



**REPÚBLICA DEL ECUADOR  
UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO  
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE:**

**MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA**

**TEMA:**

Aislamiento social durante la pandemia por COVID-19 y su influencia en la presentación del trastorno depresivo en pacientes que acudieron a la Clínica MachalaDent. Machala 2021-2022

**Autor:**

Diana Carolina Macas Castillo

**Tutor:**

ND. Pamela Alejandra Ruiz Polit, Mgtr.

Milagro, 2023

## Derechos de autor

**Dr.**

**Fabrizio Guevara Viejó**

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente. –

Yo, Diana Carolina Macas Castillo, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de autor de este proyecto de desarrollo, el cual fue realizado como requisito previo para la obtención del grado de Magíster en Salud Pública, como aporte a la línea de investigación: Salud Pública y Bienestar Humano Integral, de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación. En ese sentido, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Asimismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Declaro que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, 21 de agosto 2023

Psic. Cl. Diana Carolina Macas Castillo

CI: 0705468791

## Aprobación del director del Trabajo de Titulación

Yo, Pamela Alejandra Ruiz Polit, en mi calidad de director del trabajo de titulación, elaborado por Diana Carolina Macas Castillo, cuyo tema es: «Aislamiento social durante la pandemia por COVID-19 y su influencia en la presentación del trastorno depresivo en pacientes que acudieron a la Clínica MachalaDent. Machala 2021-202», que aporta a la línea de investigación: Salud Pública y Bienestar Humano Integral, previo a la obtención del grado de Magíster en Salud Pública. Trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación exploratoria y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta; considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de Informe de Investigación de la Universidad Estatal de Milagro.

Milagro, 21 de agosto 2023



Firmado electrónicamente por:  
PAMELA ALEJANDRA  
RUIZ POLIT

ND. Pamela Alejandra Ruiz Polit, Mgtr.

CI: 0401591441

## VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

### DIRECCIÓN DE POSGRADO

### CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

El TRIBUNAL CALIFICADOR previo a la obtención del título de **MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA**, presentado por **MACAS CASTILLO DIANA CAROLINA**, otorga al presente proyecto de investigación denominado "AISLAMIENTO SOCIAL DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 Y SU INFLUENCIA EN LA PRESENTACIÓN DE TRASTORNO DEPRESIVO EN PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA MACHALADENT. MACHALA 2021-2022.", las siguientes calificaciones:

|                       |                  |
|-----------------------|------------------|
| TRABAJO DE TITULACION | 55.00            |
| DEFENSA ORAL          | 33.33            |
| <b>PROMEDIO</b>       | <b>88.33</b>     |
| <b>EQUIVALENTE</b>    | <b>Muy Bueno</b> |



Firmado electrónicamente por:  
**STEFANY DENISE  
GOMEZ OLAYA**

---

Mgs. GOMEZ OLAYA STEFANY DENISE  
**PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL**



Firmado electrónicamente por:  
**RAYNIER ARNALDO  
ZAMBRANO VILLACRES**

---

Mgs. ZAMBRANO VILLACRES RAYNIER ARNALDO  
**VOCAL**



Firmado electrónicamente por:  
**NATHALIA FERNANDA  
SOLORZANO IBARRA**

---

Lic. SOLORZANO IBARRA NATHALIA FERNANDA  
**SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL**

## Dedicatoria

*Para ti mi amada hija, Amelia Alejandra. Fuente inagotable de inspiración, crecimiento, apoyo y amor genuino. Gracias por haber confiado en mi capacidad para lograr esta fase de mi carrera, por tu grata espera siendo tan pequeña y por las razones que me das a diario para ser una mejor mamá y conducirme a alcanzar lo mejor para ambas.*

## Agradecimientos

Agradezco a Dios, aunque su presencia no sea física, la siento con intensidad a nivel espiritual, es quien guía mi camino hacia el encuentro divino con la serenidad. Mi fe inquebrantable regocijada en él ha permitido que a pesar de los quebrantos en mi salud y de las múltiples adversidades me sienta amada y bendecida, sin su divina presencia en mi vida con sus milagros, nada fuera posible.

A mis padres, por su amor inagotable, por la paciencia con la que supieron orientarme hacia el logro de mis metas no solo profesionales sino también personales; por los valores que construyeron en mí para hacer una mujer de bien, que desde el servicio de la salud pública lucha por las causas nobles. Gracias a ustedes, fuente infinita de inspiración, de valentía y esperanza.

A la Universidad Estatal de Milagro, que ha venido aportando a la construcción de conocimientos científicos, a los docentes de la maestría en Salud Pública, quienes otorgaron conocimientos de calidad y experiencias con el más alto nivel, para hacer de mí, una profesional con capacidad ética, y responsabilidad académica. A la Mgtr. Pamela Alejandra Ruiz, mi tutora, se mostró en todo momento pendiente de mí y de los avances en nuestra investigación, atendiendo sin escatimar esfuerzo alguno mis inquietudes, sugiriendo aportes sustanciales con conocimiento técnico y capacidad afectiva, que han hecho de éste un documento con calidad investigativa.

A mis pacientes de la Clínica MachalaDent, quienes acuden por tratamientos psicoterapéuticos a la especialidad de psicología clínica, por su desinteresada predisposición de participar en esta investigación. Ustedes son mi inspiración de formación, son mi fuente de crecimiento académico, de constante búsqueda de aportes teóricos y prácticos que disminuyan el impacto y dolor emocional de diversos escenarios traumáticos. Mi interés es que los resultados prácticos que se recaban en esta investigación sean de aplicabilidad a su crecimiento personal y salud mental.

## Resumen

Uno de los más grandes hitos vividos por la humanidad en la contemporaneidad fue la recién superada pandemia originada por el SARS-CoV-2. Los largos periodos de aislamiento social a la que fueron sometidos los individuos por decisiones unilaterales de los entes de salud pública de los Estados, repercutieron significativamente en la salud mental de la población. Patologías como la depresión se hicieron cada vez más visibles incrementando la afluencia de pacientes a los servicios de atención primaria; por ende, esta investigación se centra en determinar el grado de afectación del aislamiento social y su correlación con el trastorno depresivo en pacientes de Clínica MachalaDent en el periodo entre abril de 2021 y abril 2022. En ese sentido, el estudio se erigió con base en el enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y con un diseño de investigación no experimental. Los resultados mostraron, a partir de una muestra de 310 pacientes, que el grado de aislamiento social experimentado por estos fue moderado, no llegando al punto de afectar al extremo en la pérdida del sentido de la vida; además, no se halló una asociación significativa entre los niveles de depresión y los niveles de soledad, pero se encontró una relación entre los pacientes con depresión moderada y soledad moderada.

*Palabras claves:* Salud mental, Patología, Pandemia, Virus.

### Abstract

One of the most significant milestones of our contemporary era has been the recently overcome pandemic caused by the SARS-CoV-2 virus. Prolonged periods of social isolation, enforced by unilateral decisions made by public health authorities, had a profound impact on the mental well-being of individuals. Conditions such as depression became increasingly noticeable, leading to a surge in patients seeking primary care services. As a result, this research is focused on assessing the extent of the impact of social isolation and its connection to depressive disorders in patients at MachalaDent Clinic between April 2021 and April 2022. In this study, a quantitative descriptive approach was adopted, based on a sample of 310 patients, to understand the interplay between social isolation and depression. The results indicated that the level of social isolation experienced by these patients was moderate; it didn't reach the point of severely affecting their sense of purpose in life. Additionally, while no significant link was found between the levels of depression and loneliness, a connection did emerge between patients with moderate depression and moderate levels of loneliness. This underscores the complex relationship between mental health factors during the pandemic era.

*Keywords:* Mental health, Pathology, Pandemics, Viruses

## Lista de Gráficos

|             |  |    |
|-------------|--|----|
| Gráfico 1.  | Estado clínico de los pacientes .....    | 61 |
| Gráfico 2.  | Cumplimiento de aislamiento social ..... | 62 |
| Gráfico 3.  | Vacío existencial .....                  | 63 |
| Gráfico 4.  | Abandono emocional .....                 | 65 |
| Gráfico 5.  | Interacciones sociales.....              | 66 |
| Gráfico 6.  | Percepción del círculo social.....       | 67 |
| Gráfico 7.  | Acompañamiento socioemocional.....       | 68 |
| Gráfico 8.  | Presencia de gente alrededor .....       | 69 |
| Gráfico 9.  | Nivel de confianza .....                 | 70 |
| Gráfico 10. | Red de apoyo .....                       | 71 |
| Gráfico 11. | Personas para confiar .....              | 72 |
| Gráfico 12. | Amistades cercanas.....                  | 73 |
| Gráfico 13. | Apoyo de amigos .....                    | 74 |
| Gráfico 14. | Nivel de aislamiento social.....         | 75 |
| Gráfico 15. | Nivel de tristeza .....                  | 76 |
| Gráfico 16. | Llanto fácil .....                       | 78 |
| Gráfico 17. | Somnolencia.....                         | 79 |
| Gráfico 18. | Insomnio .....                           | 80 |
| Gráfico 19. | Conducta alimentaria.....                | 81 |
| Gráfico 20. | Deseo sexual.....                        | 82 |
| Gráfico 21. | Pérdida de peso.....                     | 83 |
| Gráfico 22. | Trastornos gastrointestinales .....      | 84 |
| Gráfico 23. | Taquicardia.....                         | 85 |
| Gráfico 24. | Falta de energía.....                    | 86 |
| Gráfico 25. | Esfera motivacional.....                 | 87 |
| Gráfico 26. | Intranquilidad .....                     | 88 |
| Gráfico 27. | Lucidez mental.....                      | 89 |
| Gráfico 28. | Desesperanza.....                        | 90 |
| Gráfico 29. | Irritabilidad .....                      | 91 |
| Gráfico 30. | Toma de decisiones.....                  | 92 |
| Gráfico 31. | Sentimientos de valía personal .....     | 93 |
| Gráfico 32. | Satisfacción personal.....               | 94 |
| Gráfico 33. | Ideación suicida .....                   | 95 |
| Gráfico 34. | Sensación de bienestar .....             | 96 |
| Gráfico 35. | Nivel clínico de la depresión .....      | 97 |

### Lista de Tablas

|           |   |    |
|-----------|---|----|
| Tabla 1.  | Síntomas de la depresión de acuerdo al área .....                         | 41 |
| Tabla 2.  | Criterios diagnósticos del trastorno depresivo DSM-V .....                | 42 |
| Tabla 3.  | Criterios diagnósticos del trastorno depresivo CIE-10 .....               | 44 |
| Tabla 4.  | Equivalencia del trastorno depresivo en el CIE-10 y el DSM-V.....         | 46 |
| Tabla 5.  | Interpretación del nivel de soledad .....                                 | 57 |
| Tabla 6.  | Esquema de puntuación de los ítems de la escala de depresión de Zung..... | 58 |
| Tabla 7.  | Interpretación de nivel de depresión.....                                 | 58 |
| Tabla 8.  | Estado clínico de los pacientes .....                                     | 61 |
| Tabla 9.  | Cumplimiento de aislamiento social.....                                   | 62 |
| Tabla 10. | Vacío existencial.....  | 63 |
| Tabla 11. | Abandono emocional .....  | 65 |
| Tabla 12. | Interacciones sociales.....   | 66 |
| Tabla 13. | Percepción del círculo social.....  | 67 |
| Tabla 14. | Acompañamiento socioemocional.....  | 68 |
| Tabla 15. | Presencia de gente alrededor .....  | 69 |
| Tabla 16. | Nivel de confianza .....  | 70 |
| Tabla 17. | Red de apoyo .....  | 71 |
| Tabla 18. | Personas para confiar.....  | 72 |
| Tabla 19. | Amistades cercanas.....   | 73 |
| Tabla 20. | Apoyo de amigos .....   | 74 |
| Tabla 21. | Nivel de aislamiento social.....  | 75 |
| Tabla 22. | Nivel de tristeza .....   | 76 |
| Tabla 23. | Llanto fácil .....  | 78 |
| Tabla 24. | Somnolencia.....  | 79 |
| Tabla 25. | Insomnio .....  | 80 |
| Tabla 26. | Conducta alimentaria.....   | 81 |
| Tabla 27. | Deseo sexual.....   | 82 |
| Tabla 28. | Pérdida de peso.....  | 83 |
| Tabla 29. | Trastornos gastrointestinales .....                                       | 84 |
| Tabla 30. | Taquicardia.....  | 85 |
| Tabla 31. | Falta de energía.....   | 86 |
| Tabla 32. | Esfera motivacional.....  | 87 |
| Tabla 33. | Intranquilidad .....  | 88 |
| Tabla 34. | Lucidez mental.....   | 89 |
| Tabla 35. | Desesperanza.....   | 90 |

|           |   |     |
|-----------|---|-----|
| Tabla 36. | Irritabilidad .....   | 91  |
| Tabla 37. | Toma de decisiones.....   | 92  |
| Tabla 38. | Sentimientos de valía personal .....  | 93  |
| Tabla 39. | Satisfacción personal.....  | 94  |
| Tabla 40. | Ideación suicida .....  | 95  |
| Tabla 41. | Sensación de bienestar .....  | 96  |
| Tabla 42. | Nivel clínico de la depresión .....   | 97  |
| Tabla 43. | Relación entre el grado de aislamiento social y el nivel clínico del trastorno depresivo. | 101 |

## Lista de Siglas / Acrónimos

- [a.C]: Antes de Cristo
- [ACV]: Accidente cerebrovascular
- [APA]: American Psychiatric Association
- [CIE-10]: Clasificación internacional de las enfermedades
- [DJGLS]: Escala de Soledad de Jong Gierveld
- [DSM-V]: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
- [IESS]: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
- [MINEDUC]: Ministerio de Educación
- [ONU]: Organización de las Naciones Unidas
- [OMS]: Organización Mundial de la Salud
- [OPS]: Organización Panamericana de la Salud
- [PPL]: Personas privadas de libertad
- [SARS]: Síndrome respiratorio agudo grave
- [SARS-CoV-2]: Agente patógeno causante del COVID-19
- [RRSS]: Redes Sociales
- [SIDA]: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
- [SPSS®]: Statistical Product and Service Solutions
- [TCA]: Trastorno de la Conducta Alimentaria
- [TGS]: Trastorno Gastrointestinal Funcional
- [TOC]: Trastorno Obsesivo Compulsivo

## Lista de Abreviaturas

[Psic. Cl.]: Psicóloga Clínica

[ND]: Nutricionista

## Índice

|  |    |
|--|----|
| Introducción .....   | 16 |
| Capítulo I: El problema.....   | 19 |
| 1.1. Planteamiento del problema .....                                      | 19 |
| 1.2. Delimitación del Problema .....                                       | 21 |
| 1.3. Formulación del Problema.....   | 21 |
| 1.4. Preguntas de Investigación .....                                      | 22 |
| 1.5. Determinación del Tema .....  | 23 |
| 1.6. Objetivo General .....  | 23 |
| 1.7. Objetivos Específicos .....   | 23 |
| 1.8. Hipótesis .....   | 23 |
| 1.8.1 <i>Hipótesis General</i> .....                                       | 23 |
| 1.8.2 <i>Hipótesis Particulares</i> .....                                  | 23 |
| 1.9. Operacionalización de las Variables .....                             | 24 |
| 1.9. Justificación.....  | 28 |
| 1.10. Alcance y Limitaciones .....   | 29 |
| 1.10.1 <i>Alcance</i> .....  | 29 |
| 1.10.2 <i>Limitaciones</i> .....   | 30 |
| Capítulo II: Marco Teórico Referencial .....                               | 31 |
| 2.1. Antecedentes .....  | 31 |
| 2.1.1 <i>Antecedentes Históricos</i> .....                                 | 31 |
| 2.1.2 <i>Antecedentes Referenciales</i> .....                              | 33 |
| 2.2. Contenido Teórico que Fundamenta la Investigación .....               | 36 |
| 2.2.1 <i>Definición de Aislamiento Social</i> .....                        | 36 |
| 2.2.2 <i>Causas del Aislamiento Social</i> .....                           | 38 |
| 2.2.3 <i>Tipos de Interacción Social</i> .....                             | 38 |
| 2.2.4 <i>Consecuencias del Aislamiento Social en la Salud Mental</i> ..... | 39 |
| 2.2.5 <i>Trastorno Depresivo</i> .....                                     | 39 |
| 2.2.6 <i>Etiología de la Depresión</i> .....                               | 40 |
| 2.2.7 <i>Síntomas de la Depresión</i> .....                                | 41 |

|   |     |
|---|-----|
|   | 14  |
| 2.2.8 Clasificación del Trastorno Depresivo .....   | 42  |
| 2.2.9 Criterios Diagnósticos del Trastorno Depresivo según el DSM –V .....  | 42  |
| 2.2.10 Criterios Diagnósticos del Trastorno Depresivo según el CIE-10 .....   | 43  |
| 2.2.11 Comorbilidad de la Depresión .....   | 48  |
| 2.2.12 Comportamiento de los pacientes frente al servicio de Psicología Clínica que brinda la Clínica MachalaDent para el abordaje de la depresión..... | 48  |
| Capítulo III: Diseño metodológico.....  | 50  |
| 3.1. Tipo y diseño de investigación.....  | 50  |
| 3.2. La población y la muestra.....   | 52  |
| 3.2.1 Características de la población .....   | 52  |
| 3.2.2 Delimitación de la población.....   | 52  |
| 3.2.3 Tipo de muestra .....   | 52  |
| 3.2.4 Proceso de selección de la muestra.....   | 53  |
| 3.3. Los métodos y las técnicas .....   | 53  |
| 3.3.1 Métodos Teóricos.....   | 54  |
| 3.3.2 Métodos Empíricos .....   | 55  |
| 3.3.3 Consideraciones Éticas.....   | 58  |
| 3.3.3.1 Informe Belmont.....  | 59  |
| 3.4 Procesamiento estadístico de la información .....   | 60  |
| Capítulo IV: Análisis e Interpretación de Resultados .....  | 61  |
| 4.1 Análisis de la Situación Actual.....  | 61  |
| 4.1.1 Características Generales de la Muestra .....   | 61  |
| 4.1.2 Análisis de aislamiento social, de acuerdo a los resultados obtenidos de la escala de soledad de Jong Gierveld.....                               | 63  |
| 4.1.3 Análisis del trastorno depresivo, de acuerdo a los resultados obtenidos de la escala de depresión de Zung .....                                   | 76  |
| 4.2 Análisis Comparativo.....   | 98  |
| 4.3 Verificación de las Hipótesis.....  | 100 |
| Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones .....  | 102 |
| 5.1 Conclusiones.....   | 102 |

5.2 Recomendaciones..... 103

Referencias..... 104



## Introducción

Uno de los acontecimientos mundiales que golpearon la humanidad —durante el siglo XX— sin tomar en cuenta los dos enfrentamientos bélicos a escala global, fue la gripe española de 1918. Si bien se desconoce el origen de la misma, se estima que entre 1918 y 1920 esta pandemia mató alrededor de 40 millones de personas alrededor del mundo, convirtiéndose en la más devastadora de la historia reciente. Paradójicamente, pasado exactamente una centuria, un evento de similar naturaleza se repitió con el apareamiento y evolución del SARS-CoV-2, un agente patógeno que produce una afectación respiratoria grave, la cual fue responsable de entre 6,8 y 10 millones de muertes alrededor del globo, según estimaciones oficiales (Organización de las Naciones Unidas, 2021).

Ante la peligrosidad y alto índice de contagio de este virus, los Estados y sus entes de salud decidieron de forma unilateral decretar medidas tendientes a salvaguardar a la población a través del confinamiento. Si bien esta medida, unida a la inmunización masiva por medio de la vacunación sirvió en la práctica para detener la elevada cantidad de contagios y muertes; paralelamente generó innumerables efectos adversos producidos por los dilatados periodos de distanciamiento y aislamiento social.

A este respecto, el aislamiento social se entiende como la falta objetiva de interacción con otros individuos de acuerdo a su grado de intensidad y duración particular; por su parte, la soledad se presenta como el sentimiento subjetivo de la ausencia de una red de apoyo social y familiar (Gené *et al.*, 2020). Es así que todos los seres humanos demandan un cierto grado de interacciones sociales para subsistir y progresar de acuerdo a sus necesidades individuales; sin embargo, a medida que el tiempo y la vida transcurren, los individuos pasan más tiempo solos por algunas condiciones relacionadas a factores biológicos, sociales y ambientales. Estar apartados puede hacer que las personas se vuelvan más vulnerables a la soledad y a las experiencias del entorno, lo que indefectiblemente afecta su salud y bienestar, dando paso para el apareamiento de problemas de salud, entre los que se destaca la depresión (National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, 2020; Centers for Disease Control and Prevention, 2021)

Además, algunos grupos etarios exhiben un especial impacto como respuesta ante el aislamiento social, lo que obedece a procesos, factores o condicionamientos internos propios producto de la edad; es decir que durante la pandemia por COVID-19, los jóvenes representaron uno de los sectores con mayor grado de vulnerabilidad ante los dilatados periodos de confinamiento y aislamiento social (Casimiro *et al.*, 2020). Ello se debe principalmente debido a que durante el desarrollo son cruciales las interacciones sociales, ya que a partir de estas se fortalecen las habilidades emocionales y sociales y, del mismo modo

se satisfacen las necesidades vinculadas a esta, lo que asiente un crecimiento personal adecuado y un grado de bienestar general equilibrado.

De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas (ONU), antes de la pandemia, casi mil millones de personas sufrían algún trastorno mental diagnosticable; de las cuales, el 82 % vivían en países pobres o en vías de desarrollo. Desde entonces, los efectos del COVID-19 se siguen sintiendo, afectando la salud mental de muchas más personas, tanto las que ya padecían estos problemas como las que no; exhibiendo las marcadas deficiencias de los sistemas sanitarios, así como las desigualdades socioeconómicas latentes en las sociedades. Se calcula que la pandemia incrementó entre un 25 % y un 27 % la prevalencia de la depresión y la ansiedad a escala mundial (Organización de las Naciones Unidas, 2022).

Es por ello que, un estudio que permita demostrar los efectos del aislamiento social en la salud mental de los individuos, representa un hito de inestimable valía científica, debido a que comprueba con datos verificables las repercusiones que en la salud mental tiene un suceso como la pandemia. Asimismo, conviene desarrollarla porque a partir de esta, se pueden obtener categorías de análisis válidas que —*a posteriori*— determinen el inicio u hoja de ruta para el abordaje de un tema tan complejo como este; además, para el diseño e implementación de procedimientos, mecanismos y acciones tendientes a disminuir los indetenibles efectos colaterales que socialmente tiene un evento de las características de una pandemia.

La población objeto de este estudio se encuentra en su mayoría caracterizada por individuos con ingresos medios, hecho que permite su asistencia a un nosocomio privado para una atención —si se quiere— más personalizada. Este se encuentra ubicado en el cantón Machala y presta servicios para la urbe, así como para los habitantes de la Provincia de El Oro en general. El centro médico, se encuentra dentro del primer nivel de atención con servicios como: cardiología, dermatología, diabetología, endocrinología, ginecología, medicina interna y familiar, nefrología, neurología, reumatología, pediatría, odontología general y pediátrica, nutrición y psicología clínica. Estos datos permiten deducir *a priori* que el tema de la salud mental en la actualidad ha tomado una inusitada preponderancia para la colectividad; haciéndose visibles una serie de patologías que, si bien siempre han existido, la pandemia ha permitido des-invisibilizar y colocar en el tapete del análisis académico de las enfermedades, en este caso, de aquellas que comprometen la *psique*.

Por ende, este estudio se centra en: analizar el aislamiento social y su influencia en la presentación de trastornos depresivos en pacientes que acudieron a la Clínica MachalaDent durante la pandemia por COVID-19. Machala 2021-2022. Estrategia que contribuye al análisis en retrospectiva de un evento catastrófico capaz de modificar la dinámica habitual de los más de 7 billones de personas que habitan el globo. Esto permitirá obtener un perfil mental objetivo de parte de los habitantes del cantón Machala durante el

periodo estudiado e identificar posibles elementos comunes que dejen el camino trazado para la elaboración de futuras investigaciones que se centren en la creación de protocolos de atención psicológica en caso de eventuales pandemias.

Ahora bien, tomando lo anterior como preámbulo y de acuerdo a la naturaleza de la investigación precedente, el mismo se cimienta sobre el enfoque cuantitativo de corte transversal, de tipo descriptivo y con un diseño de investigación no experimental. Resulta importante destacar que como herramienta de investigación se precisaron dos escalas, la primera es el cuestionario de soledad de Jong Gierveld y la segunda la escala de depresión de Zung.

De acuerdo con ello, el cuestionario de soledad de Jong Gierveld es una herramienta que se emplea con la finalidad de evaluar la soledad en adultos. El test en su estructura contiene 11 ítems, que calculan la frecuencia e intensidad de la soledad sobre la base de respuestas que se tabulan en una escala 0 a 3 puntos. Por su parte, la escala de depresión de Zung se utiliza para cuantificar el nivel clínico de la depresión presente en un individuo; en este sentido, contiene 20 ítems que valoran la presencia e intensidad de los síntomas que se circunscriben al trastorno depresivo, tales como: tristeza, desesperanza, pérdida de interés y dificultades para dormir; partiendo de que cada pregunta se encuentra sobre una escala de 4 puntos, los cuales sirven como herramienta básica para la detección y seguimiento de este trastorno clínico.

## Capítulo I: El problema

### 1.1. Planteamiento del problema

Con la globalización y los procesos que se circunscriben a ella, el mundo ha vivido una serie de cambios que han modificado la dinámica del ser humano para siempre; entre otras cosas, porque ha habido un estrechamiento de la brecha comunicacional, lo que ha permitido que el mundo se interconecte en cuestión de segundos. Esto, unido al apogeo de la internet promovieron el fomento y auge de las Redes Sociales (RRSS), que no es más que las plataformas para compartir información, estrechar vínculos e instaurar patrones de belleza y consumo. Sin embargo, en paralelo con las RRSS, la humanidad está viviendo una crisis grave de salud mental, la cual se ve agravada exponencialmente por la insatisfacción, la frustración, las crisis económicas, la merma de los valores, las condiciones laborales y los problemas propios de cada nación.

Hasta el año 2019, no se había dado en la historia reciente un evento a escala planetaria de tal envergadura que fuese capaz de paralizar por completo el flujo de mercancías, bienes, servicios, y personas en todo el mundo. A finales de este año el SARS-CoV-2 aparece en la escena, al encontrarse presumiblemente en un mercado de animales silvestres en la ciudad de Wuhan, China, diseminándose por el globo en cuestión de meses, cambiando de esta forma la interacción de la humanidad para siempre (Salazar y Abancin, 2022). Era de esperarse que un evento de esta naturaleza tendría secuelas que *a posteriori* serían difíciles de subsanar, más allá de la mera contención del virus.

Vale mencionar que el COVID-19 es una enfermedad infecciosa respiratoria causada por un agente patógeno denominado: SARS-CoV-2 que, una vez unido a los receptores en las células humanas penetra en el cuerpo y se replica en las vías respiratorias, provocando una respuesta inflamatoria. Las personas infectadas experimentan problemas respiratorios, pero se recuperan sin la necesidad de algún tratamiento especial o la asistencia a un centro de salud; no obstante, algunas personas evidencian un deterioro grave, por lo que requieren atención médica especializada, sobre todo los adultos mayores y aquellos que padecen enfermedades crónicas, tales como: enfermedades cardiovasculares, respiratorias, diabetes, cáncer, entre otras. Estos individuos tienen más probabilidades de desarrollar complicaciones asociadas de acuerdo a las condiciones particulares de su enfermedad de base (Organización Mundial de la Salud, s.f).

En el caso de Ecuador, las primeras medidas se adoptaron el 16 de marzo del 2020. En ellas se declaró un estado de excepción y emitieron una serie de medidas tendientes a frenar el contagio masivo y a salvaguardar a la población de un mal mayor; de las cuales se destacan: cierre de las fronteras por mar, aire y tierra, cierre de instituciones del Estado, suspensión de las jornadas laborales y escolares presenciales, restricción de la circulación,

toque de queda pasadas las 21H00 y hasta las 05H00. En palabras del primer mandatario nacional para ese momento Lenin Moreno Garcés: «Es hora de un control ciudadano solidario y estricto, un control que nos recuerde que quien actúa irresponsablemente, saliendo a la calle sin necesidad, nos pone en riesgo a todos. Hoy, la responsabilidad es de todos nosotros» (Secretaría General de Comunicación de la Presidencia de la República, 2020).

La prolongación de las medidas de confinamiento y aislamiento social que se alargaron conforme transcurrían los meses por protección a la población, mantuvieron en vilo a la ciudadanía, quienes por pánico a ser contagiados redujeron al mínimo sus exposiciones en público, produciendo una situación estresante que minaba la salud mental general. Esta situación capitalizada por los medios de comunicación social, estimuló el sensacionalismo y/o amarillismo televisivo exponiendo personas que fallecían en las calles, que se descomponían en algunos lugares públicos o que ingresaban con extraña frecuencia a las morgues. Ante la mirada atónita de toda una nación que anhelaba recuperar su vida normal, el confinamiento prolongado provocó trastornos mentales: de adaptación, depresión, trastorno del sueño, estrés postraumático, entre otros; agravados por el miedo de contagio o posibilidad de infectar a seres queridos, dificultades económicas, falta de medicina, informaciones parciales o contradictorias en los mensajes oficiales y fallecimiento de personas conocidas (Broche-Pérez *et al.*, 2020).

Es de presumir que una situación de esta naturaleza indefectiblemente originaría consecuencias en la *psique* humana a corto, mediano y largo plazo, dado el grado de afectación que se genera en el ser humano y la alteración súbita de la dinámica habitual. Sin embargo, resulta imposible determinar —*a priori*— con certeza el grado de afectación que un evento de estas características produciría en los individuos, si no se realizan estudios tendientes a descubrir y demostrar con base científica sólida la intensidad del daño provocado por los efectos colaterales adversos de la pandemia.

Cabe destacar que en la antigüedad se atribuían los problemas mentales a la influencia por espíritus y otros condicionantes presentes en el incipiente realismo mágico; sin embargo, la depresión desde la antigüedad hasta la actualidad, ha sido la única alteración mental estudiada por la medicina. Hipócrates, en el año 450 a.C asoció el termino melancolía con la depresión, siendo la primera alusión científica de la patología. El estado depresivo es común en la población actual como consecuencia del proceso de aislamiento social, de los conflictos con la familia, del estrés, o también como reacción a un proceso perturbador como la muerte de un amigo, familiar, el fracaso laboral o por enfermedades psiquiátricas preexistentes. La depresión se caracteriza por presentar un estado general de tristeza, desánimo y pérdida de la autoestima, sentimientos de inutilidad, e ideas distorsionadas en relación a la vida que pueden tomar forma de ideación suicida.

En tal sentido, la investigación se cimienta sobre la necesidad de conocer los efectos del aislamiento social en la aparición de síntomas del trastorno depresivo en pacientes, específicamente aquellos atendidos en la Clínica MachalaDent por el servicio de psicología clínica, en el periodo comprendido entre abril de 2021 y abril de 2022. Esta investigación pretende profundizar en la comprensión de cómo el aislamiento social generado por la pandemia del COVID-19 y las medidas de distanciamiento implementadas, afectó la salud mental de los pacientes y su manifestación en términos de síntomas depresivos. Al examinar esta relación, se busca proporcionar información relevante que pueda contribuir a la detección e intervención temprana del trastorno depresivo.

## 1.2. Delimitación del Problema

El problema de la presente investigación se encuentra delimitado en el contexto geográfico que corresponde a la Clínica MachalaDent, ubicada en el Cantón Machala, Provincia de El Oro - Ecuador.

- **Línea de investigación.** Salud pública y Bienestar humano integral.
- **Sub-línea de investigación.** Salud Mental en el primer nivel de atención.
- **Lugar de investigación.** Clínica MachalaDent.
- **Objeto de estudio.** Aislamiento social durante la pandemia por COVID-19 y su influencia en la presentación del trastorno depresivo.
- **Unidad de observación.** Pacientes con signos y síntomas del trastorno depresivo, sin latencia anterior a la pandemia por COVID-19.
- **Delimitación temporal.** de abril 2021 a abril 2022.

## 1.3. Formulación del Problema

La presente investigación se desarrolló en la Clínica MachalaDent, ubicada en el Cantón Machala de la Provincia de El Oro. Los datos tomados corresponden a los pacientes que acudieron al servicio de psicología clínica del referido centro de salud, en el periodo entre abril de 2021 y abril de 2022; haciendo énfasis en aquellos que producto de los prolongados periodos de aislamiento social y confinamiento mostraron signos y síntomas en la aparición del trastorno depresivo. Ante ello, surge la siguiente pregunta:

¿Cuál es la relación entre el aislamiento social originado por la pandemia COVID-19 y la aparición del trastorno depresivo en pacientes de la Clínica MachalaDent durante abril de 2021 y abril de 2022?

- **Delimitado.** Vinculación del aislamiento social y la presentación del trastorno depresivo, presentados por los pacientes de la Clínica MachalaDent entre abril de 2021 y abril de 2022.

- **Claro.** Conocer el grado de afectación de los pacientes, a consecuencia del trastorno depresivo originado por el aislamiento social.
- **Evidente.** Se observarán los cambios generados en los pacientes afectados con trastorno depresivo a raíz del aislamiento social.
- **Concreto.** La información a obtener permitirá conocer de primera mano: ¿cuáles son los principales elementos comunes en los afectados por el trastorno depresivo y su relación con el aislamiento social?
- **Relevante.** Representa un estudio inédito, pertinente y oportuno que, además, pretende establecer relaciones directas entre el aislamiento social y el surgimiento del trastorno depresivo.
- **Original.** No existen estudios similares en la Clínica MachalaDent y tampoco en ninguno de los prestadores externos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) en la Ciudad.
- **Contextual.** Pertenece a la práctica clínica y al estudio de los fenómenos relacionados con la salud mental.
- **Factible.** Representa un elemento de análisis válido para determinar el grado de afectación que ocasiona el aislamiento social y la relación con el trastorno depresivo. Permitirá que los profesionales de la salud mental cuenten con una perspectiva general, capaz de asegurar mejores mecanismos para la detección y abordaje de la patología asociada.
- **Variables.** Aislamiento social y trastorno depresivo.

#### 1.4. Preguntas de Investigación

- ¿Cuál es el grado de aislamiento social, evaluado mediante la escala de soledad de Jong Gierveld, en los pacientes que acudieron a la Clínica MachalaDent, durante el período de abril de 2021 a abril de 2022?
- ¿Cuál es el nivel clínico de depresión de los pacientes de la Clínica MachalaDent en el lapso de abril de 2021 a abril de 2022, evaluado mediante la escala de depresión de Zung?
- ¿Cuál es el grado de prevalencia del trastorno depresivo y la relación con los niveles de aislamiento social de los pacientes de la Clínica MachalaDent en el período de abril de 2021 a abril de 2022?

## 1.5. Determinación del Tema

Aislamiento social durante la pandemia por covid-19 y su influencia en la presentación de trastorno depresivo en pacientes que acudieron a la clínica MachalaDent. Machala entre abril de 2021 a abril de 2022.

## 1.6. Objetivo General

Analizar la relación entre el aislamiento social producto de la pandemia por COVID-19, y la presentación de trastorno depresivo en pacientes de la Clínica MachalaDent durante el periodo entre abril de 2021 a abril de 2022.

## 1.7. Objetivos Específicos

- Evaluar el grado de aislamiento social a través de la aplicación de la escala de soledad de Jong Gierveld en los pacientes que acudieron a la Clínica MachalaDent en el período de abril de 2021 a abril de 2022.
- Determinar el nivel clínico de la depresión en los pacientes de la Clínica MachalaDent, en el período de abril de 2021 a abril de 2022, por medio de la utilización de la escala de depresión de Zung.
- Medir el grado de prevalencia del trastorno depresivo con relación a los niveles de aislamiento social de los pacientes de la Clínica MachalaDent, en el período de abril de 2021 a abril 2022.

## 1.8. Hipótesis

### 1.8.1 Hipótesis General

El aislamiento social como antagonista de la salud mental tiene unos efectos adversos en la psiquis humana. Por ello, se parte de que existe una relación —no directa— entre la experimentación del aislamiento social y la presentación del trastorno depresivo en los pacientes de la Clínica MachalaDent, durante el período entre abril de 2021 y abril de 2022.

### 1.8.2 Hipótesis Particulares

- Existe una variación significativa en el grado de aislamiento social experimentado por los pacientes que acudieron a la Clínica MachalaDent, durante el periodo de abril de 2021 a abril de 2022, evaluado a través de la escala de soledad de Jong Gierveld.
- Los pacientes de la Clínica MachalaDent muestran un aumento en los niveles clínicos de depresión, evaluados mediante la escala de depresión de Zung, durante el período de abril 2021 a abril de 2022. Por ello, es posible afirmar que el incremento podría estar relacionado con los efectos de la pandemia de COVID-19.

- El grado de aislamiento social experimentado por los pacientes de la Clínica MachalaDent y la prevalencia del trastorno depresivo durante el período de abril 2021 a abril de 2022, podrían estar asociados, ya que el grado de aislamiento social puede ser proporcional a la gravedad del trastorno depresivo.

### 1.9. Operacionalización de las Variables

Operacionalización de variable independiente: Aislamiento Social

**Tema:** Aislamiento social durante la pandemia por COVID-19 y su influencia en la presentación del trastorno depresivo en pacientes que acudieron a la Clínica MachalaDent. Machala entre abril de 2021 a abril de 2022.

#### OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

| Variables                                     | Concepto   | Dimensión          | Indicador  | Ítem | Unidad de Análisis                                | Técnica instrumento                      |
|---|--|--------------------|--|------|---|--|
| Variable independiente:<br>Aislamiento Social | Enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2, es altamente contagiosa y de fácil propagación         | COVID-19           | Número de pacientes que fueron diagnosticados con COVID-19                               | Si   | Pacientes que pertenecen a la Clínica MachalaDent | Encuesta                                 |
|   |  |                    |  | No   |   | Encuesta                                 |
|   | Situación objetiva e involuntaria en la que tiene ausencia o un mínimo contacto con otras personas | Aislamiento social | Número de pacientes que cumplieron con el aislamiento social por recomendaciones medicas | Si   | Pacientes que pertenecen a la Clínica MachalaDent | Encuesta                                 |
|   |  | No                 |  |      |   |  |
|   | Sentimiento desalentador constante y continuo de sentirse solo, distanciado y alejado de los demás | Soledad emocional  | Número de pacientes con sentimientos de vacío existencial                                | 3,10 | Pacientes que pertenecen a la Clínica MachalaDent | Cuestionario de soledad de Jong Gierveld |

| Variables  | Concepto | Dimensión            | Indicador   | Ítem   | Unidad<br>Análisis   | de          | Técnica<br>instrumento                         |
|--|----------|----------------------|---|--------|--|-------------|--|
| Variable<br>independi<br>ente:<br>Aislamiento Social |          | Soledad<br>emocional | Grado de<br>ausencia<br>de<br>interaccio<br>nes<br>sociales | 2,6    | Pacientes que<br>pertenecen a la<br>Clínica<br>MachalaDent | que<br>a la | Cuestionario de<br>soledad de Jong<br>Gierveld |
|  |          |                      | Grado de<br>acompañ<br>amiento<br>socioemo<br>cional        | 5,9    | Pacientes que<br>pertenecen a la<br>Clínica<br>MachalaDent | que<br>a la | Cuestionario de<br>soledad de Jong<br>Gierveld |
|  |          | Soledad<br>social    | Nivel de<br>confianza                                       | 1,4    | Pacientes que<br>pertenecen a la<br>Clínica<br>MachalaDent | que<br>a la | Cuestionario de<br>soledad de Jong<br>Gierveld |
|  |          |                      | Nivel de<br>interacció<br>n en<br>esfera<br>social          | 7,8,11 | Pacientes que<br>pertenecen a la<br>Clínica<br>MachalaDent | que<br>a la | Cuestionario de<br>soledad de Jong<br>Gierveld |

## Operacionalización de variable dependiente: Trastorno Depresivo

**Tema:** Aislamiento social durante la pandemia por COVID-19 y su influencia en la presentación del trastorno depresivo en pacientes que acudieron a la Clínica MachalaDent. Machala entre abril de 2021 a abril de 2022.

## Operacionalización de las variables

| Variables                                 | Concepto  | Dimensión             | Indicadores  | Ítems                       | Unidad de Análisis                  | Instrumento                 |
|---|---|-----------------------|--|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| Variable dependiente: trastorno depresivo | Enfermedad mental que describe un período de tiempo caracterizado por tener el ánimo bajo y decaído | Dimensión afectiva    | Número de pacientes con sentimientos de tristeza, melancolía, llanto fácil.              | 1, 3                        | Pacientes de la Clínica MachalaDent | Escala de depresión de Zung |
|   |   |                       | Nivel de sueño   | 2, 4                        | Pacientes de la Clínica MachalaDent | Escala de depresión de Zung |
|   |   |                       | Nivel de apetito   | 5                           | Pacientes de la Clínica MachalaDent | Escala de depresión de Zung |
|   |   | Dimensión fisiológica | Grado de satisfacción sexual   | 6                           | Pacientes de la Clínica MachalaDent | Escala de depresión de Zung |
|   |   |                       | Reducción en el peso   | 7                           | Pacientes de la Clínica MachalaDent | Escala de depresión de Zung |
|   |   |                       | Número de pacientes con problemas gastrointestinales, cardiovasculares y osteomusculares | 8, 9 y 10                   | Pacientes de la Clínica MachalaDent | Escala de depresión de Zung |
|   |   |                       | Número de pacientes con enlentecimiento motriz   | 12                          | Pacientes de la Clínica MachalaDent | Escala de depresión de Zung |
| Dimensión Psicomotriz                     | Número de pacientes con agitación motriz  | 13                    | Pacientes de la Clínica MachalaDent de la ciudad de Machala                              | Escala de depresión de Zung |                                     |                             |

| <b>Variables</b>                          | <b>Concepto</b>   | <b>Dimensión</b>      | <b>Indicadores</b>                                 | <b>Ítems</b> | <b>Unidad de Análisis</b>           | <b>Instrumento</b>          |
|---|---|-----------------------|--|--------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| Variable dependiente: trastorno depresivo | Enfermedad mental que describe un período de tiempo caracterizado por tener el ánimo bajo y decaído | Dimensión psicológica | Nivel de confusión mental                          | 11           | Pacientes de la Clínica MachalaDent | Escala de depresión de Zung |
|   |   |                       | Número de pacientes que experimentan desesperación | 14           | Pacientes de la Clínica MachalaDent | Escala de depresión de Zung |
|   |   |                       | Número de pacientes que experimentan irritabilidad | 15           | Pacientes de la Clínica MachalaDent | Escala de depresión de Zung |
|   |   |                       | Grado de indecisión vivenciada                     | 16           | Pacientes de la Clínica MachalaDent | Escala de depresión de Zung |
|   |   |                       | Grado de devaluación personal                      | 17           | Pacientes de la Clínica MachalaDent | Escala de depresión de Zung |
|   |   |                       | Grado de soledad experimentada                     | 18           | Pacientes de la Clínica MachalaDent | Escala de depresión de Zung |
|   |   |                       | Número de pacientes con pensamientos suicidas      | 19           | Pacientes de la Clínica MachalaDent | Escala de depresión de Zung |
|   |   |                       | Nivel de insatisfacción personal                   | 20           | Pacientes de la Clínica MachalaDent | Escala de depresión de Zung |

## 1.9. Justificación

La pandemia trajo consigo una serie de desafíos que se desarrollaron a partir del surgimiento y auge de esta como fenómeno de perturbación de la dinámica humana. Uno de ellos representa las repercusiones que en la salud mental se comenzaron a sentir, luego de los exacerbados periodos de aislamiento social a la que fue sometida la sociedad global. Si bien era de esperarse que se sintieran resultados desfavorables de algún tipo, las previsiones que se tomaron solamente estuvieron orientadas en contener el virus y no los efectos colaterales ocasionados en la *psique* humana.

En tal sentido, esta investigación centra su necesidad en comprender y abordar las implicaciones subyacentes en la pandemia, a tal punto de deteriorar la salud mental de la población; específicamente de los habitantes de una urbe tan importante para el Ecuador como Machala. En ese sentido, el bienestar de una persona se encuentra íntimamente relacionado al grado de salud mental de un individuo; por ende, su deterioro —indefectiblemente— tiene efectos perjudiciales en la calidad de vida y en la interacción con terceros. La relación existente entre la pandemia, el aislamiento social y la salud mental está siendo discutida actualmente en la literatura científica con inusitada insistencia, pero resulta primordial ahondar en datos a nivel local, con el fin de entender: ¿cómo un evento de esta naturaleza, afectó a una comunidad como esta?

Además, la elección de la Clínica MachalaDent (prestador externo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social), se basa que este nosocomio privado es uno de los más relevantes proveedores del servicio de salud en la Ciudad y en la Provincia de El Oro; adicional a ello, durante el periodo de crítico de la pandemia no cesó funciones y se mantuvo en la primera línea de atención a través de la telemedicina. Por estas razones, es que resulta de incommensurable valor investigativo, analizar los datos de los pacientes que voluntariamente acudieron a la clínica en aras de obtener datos e indicios que permitan elaborar un panorama detallado de la forma en la que impactó el aislamiento en la salud mental y en la proliferación del trastorno depresivo. Sin lugar a dudas, un estudio de estas características puede proporcionar información inestimable para adaptar —en el futuro— el servicio de psicología clínica ofrecido por este recinto, a los cambiantes requerimientos de la población, sobre todo en situaciones donde se vea nuevamente comprometida la salud mental ante un evento de naturaleza análoga.

Desde un enfoque netamente metodológico, este estudio empleará el método cuantitativo para analizar por medio de datos e información clínica, la asistencia de los pacientes al centro de salud y la proporción de aquellos que presentaron sintomatología del trastorno depresivo como consecuencia directa del aislamiento social producto de las medidas de contención del COVID-19. Se utilizarán dos instrumentos que soportan la

investigación; en este caso, el cuestionario de soledad de Jong Gierveld y la escala de depresión de Zung. Los datos arrojados permitirán establecer relaciones causales concretas, contribuyendo a una comprensión más objetiva de los factores de riesgo específicos asociados al aislamiento social, con especial énfasis en los pacientes de la Clínica MachalaDent.

En suma, esta investigación tiene como objetivo generar un cuerpo teórico sustancial, capaz de brindar ideas que expliquen las implicaciones del aislamiento social en la salud mental, como una forma innovadora de guiar la toma de decisiones en salud pública que orienten los mecanismos de abordaje de estos casos en situaciones de naturaleza similar, contextualizándolo a la realidad en la que se sitúa el estudio. Los resultados podrían servir como fuente de información primaria para los profesionales de la salud, acerca de la necesidad de intervenciones tempranas en las que sea menos complejo asumir el tratamiento de personas afectadas por el aislamiento social una vez ya desarrollado el trastorno. Asimismo, resulta una herramienta de la que se pueden valer para para diseñar programas de apoyo psicológico orientados a quienes experimentaron una vulnerabilidad más acentuada durante la pandemia por COVID-19.

## **1.10. Alcance y Limitaciones**

### **1.10.1 Alcance**

La investigación en cuestión, intenta establecer de forma directa las relaciones existentes entre el aislamiento social y el surgimiento del trastorno depresivo asociados a ello, por medio del estudio de los datos de frecuencia y asistencia de los pacientes de la Clínica MachalaDent al servicio de psicología clínica. En tal sentido, el objetivo general que rige el estudio es: Analizar la relación entre el aislamiento social producto de la pandemia por COVID-19, y la presentación de trastorno depresivo en pacientes de la Clínica MachalaDent durante el periodo entre abril de 2021 a abril de 2022.

Fundamentalmente serán estudiadas dos variables, como variable independiente está el aislamiento social; mientras que como variable dependiente se encuentra el trastorno depresivo. Todo ello a través del estudio de una muestra de 310 pacientes que acudieron a la Clínica MachalaDent, en un periodo comprendido entre abril de 2021 y abril de 2022; por ende, dada la naturaleza de esta investigación, la misma empleará el enfoque cuantitativo de corte transversal, de tipo descriptivo y un diseño de investigación no experimental, apoyado en dos herramientas de investigación, que son: el cuestionario de soledad de Jong Gierveld y la escala de depresión de Zung.

### 1.10.2 Limitaciones

Si bien se parte de que el tema estudiado resulta relevante y novedoso a nivel investigativo porque puede establecer relaciones entre dos variables tan importantes como el aislamiento social y el trastorno depresivo; como toda pesquisa plantea unos desafíos que pueden considerarse como limitaciones no solo para el investigador, sino para la obtención de los datos que soportan las ideas esgrimidas por el mismo. En torno al tema planteado y a la realidad *in situ* donde se desarrolla el estudio, unos elementos a valorar al momento de establecer las limitaciones pueden ser los siguientes:

- Muestra autoseleccionada: en el caso de que los pacientes se hayan ofrecido voluntariamente para formar parte del estudio, podría existir un sesgo en la investigación que haya dejado por fuera a un sector que, aun presentando la característica, no participó de forma espontánea en la investigación.
- Correlación no implica causalidad: es importante señalar que aun cuando hay una relación entre el aislamiento social y el trastorno depresivo, pueden estar presentes otros factores que influyen de igual manera en los resultados.
- Factores de confusión: existen otros elementos que influyen en la presentación del trastorno depresivo y que pueden unirse a los que se procuraron por el aislamiento social, los cuales pueden estar relacionados con la situación económica, la falta de acceso a la atención médica oportuna.
- Limitaciones de tiempo: en virtud que el estudio se desarrolló en un periodo de un año calendario (abril del 2021 a abril del 2022), es probable que los resultados no sean aplicables con la misma exactitud y rigurosidad a situaciones análogas posteriores o anteriores. Así como la falta de estudios previos en relación a la variable de estudio del aislamiento social como consecuencia del COVID-19.
- Recuerdo y sesgo de respuesta: la sensibilidad y/o perturbación que genera para algunos el tema de la pandemia y sus efectos colaterales, pueden influir en los participantes a la hora de obtener las respuestas, las cuales pueden ser imprecisas debido al carácter delicado del asunto.

## Capítulo II: Marco Teórico Referencial

### 2.1. Antecedentes

#### 2.1.1 Antecedentes Históricos

Los eventos traumáticos producen heridas emocionales importantes en la *psique*, y en el organismo en su totalidad. Un trauma psicológico es una vivencia impactante en la historia de vida de un paciente, ante ello, ciertas respuestas emocionales son producto de la dificultad para discernir desde el pensamiento racional la experiencia vivida. De esta manera, la eventualidad traumática se integra de forma disfuncional, con patrones de comportamiento anormales que afectan su salud mental a lo largo del tiempo, incidiendo en el desarrollo de posibles trastornos psiquiátricos como: trastornos de ansiedad generalizada, trastornos de estrés postraumático, trastornos depresivos, etc. (Martínez, Ucros y Vanegas, 2016).

Desde la perspectiva individual, resulta punzante que un evento traumático pueda ser producido por catástrofes de trascendencia comunitaria, tal es el caso de las pandemias, las cuales han coexistido en paralelo con la humanidad. Por esta razón, la sensación de *déjà vu* se repite mientras la pandemia del COVID-19 sigue su curso y con ella una serie de resultados perniciosos. Un *déjà vu* que permite ver con estupor como se repiten eventos traumáticos relacionados a las enfermedades de forma intrínseca y ocurridas a lo largo de la humanidad. En relación con ello, Castañeda, López y Martínez (2021) repasan algunas pandemias detalladas a continuación: la llamada gripe española en 1918 —desencadenada por el virus de la influenza H1N1— que aniquiló al 2,5 % (40 millones) de los habitantes de la tierra; las tasas de mortalidad alcanzadas por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en 1982, ha matado a 25 millones de personas a escala mundial. Por su parte, el síndrome respiratorio agudo grave (SARS), infección que evidenció una diseminación rápida con elevados índices de letalidad, desde el 2002 hasta 2003 provocó 916 defunciones en 29 países de los 5 continentes y se configuró en la población mundial como eventos traumáticos en la salud mental (Jácome, 2020).

En relación a las afugias de la humanidad originadas por una pandemia, se encuentra que la más reciente data es de al menos un bienio. Un ejemplo de ello es que el 31 diciembre del 2019, la OMS recibió reportes de la presencia de un brote de neumonía e insuficiencia respiratoria en la ciudad de Wuhan-China, el cual se relacionó en un principio a condiciones epidemiológicas del mercado de mariscos de esta urbe (Ferrer, 2020). En febrero de 2020, tras intensos estudios del genoma presente en el hallazgo, la OMS nombró a este agente patógeno como *Coronavirus Disease 19* o COVID-19. De forma vertiginosa, el COVID-19 se fue propagando en Asia, Medio Oriente, Europa y América. Para marzo del 2020 la OMS a través de su director Tedros Adhan Ghebreyesus declaró el virus oficialmente como pandemia en rueda de prensa (Ciotti *et al.* 2020). En el último informe sobre la actualización de la

situación epidemiológica semanal del COVID-19 emitido por la (OMS) reporta que hasta el 30 de julio del 2023 se han registrado alrededor de 768 millones de casos confirmados, y más de 6,9 millones de muertes en el mundo (World Health Organization, 2023).

Entretanto, el sistema de salud a escala mundial brindó respuestas a pacientes críticos con COVID-19; y ha sido un reto sin precedentes para la medicina y psicología clínica atender estos casos y buscar brindar una luz en medio de tanto caos. Para los primeros, por el reto que constituye salvar vidas y comprometerse con la restitución de las condiciones normales de vida de los pacientes; para los segundos, la dificultad radica en recuperarlos de las afectaciones que a nivel mental se siguen sintiendo por las medidas adoptadas —en su momento— tales como: la cuarentena y el aislamiento social, cuyos efectos colaterales generaron miedo, ansiedad, frustración y angustia en niveles antagónicos con el sosiego humano.

Cabe indicar que al menos en los casos confirmados y probables con síntomas, las personas debían salir de la cuarentena (aislamiento social) una vez transcurridos once días desde la aparición de la sintomatología, más tres días sin la aparición de síntomas febriles ni respiratorios. Concretamente, el número total rondaba los catorce días y se ejecutaba tras un análisis crítico de médicos especialistas en el área (Ministerio de Salud Pública, 2021).

El aislamiento social representa uno de los factores de mayor dificultad en el comportamiento adaptativo, ya que implica estar separados físicamente de otros, de quienes incluso pudieran representar para su salud mental una red de apoyo, provocando en los pacientes elevados niveles de tristeza, como mecanismo de defensa ante la separación obligatoria de su tejido social. Las recomendaciones de profesionales de la salud mental ante una situación tan excepcional como la experimentada, fue incrementar la actividad de asistencia de los servicios en psicología clínica para contribuir a afrontar este evento adverso y buscar las mejores formas de adaptarse de forma progresiva y planificada (Johnson, Cuesta y Tumas, 2020).

Las personas en situación de aislamiento social, y con escasas habilidades de autorregulación emocional presentan un elevado riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos, como la depresión. Con lo antecedido, la depresión, proviene del latín *depressus*, que significa abatimiento, inicialmente fue relacionada con la melancolía por el termino griego que se empleó para describirla —«negro»— que significa desequilibrio humoral. Su origen se atribuye a Hipócrates (padre de la Medicina), quien atribuye la melancolía a un origen natural, hereditario u orgánico, relacionándola con los cuatro temperamentos básicos: la sangre, la flema, la bilis negra, y la bilis amarilla (Aguirre, 2008).

El uso de la palabra depresión, surge por primera vez en Inglaterra en el siglo XVII. Wilhem Griesinger, asoció el término: «estados de depresión mental», como sinónimo de

melancolía, y dividió las enfermedades mentales en: estados depresivos, estados de excitación y estados de debilidad mental. Emil Kraepelin lo denomina locura depresiva, sin dejar de lado el término melancolía para referirse a la enfermedad, y manteniendo la palabra depresión para referirse a un estado de ánimo; sostenía que la melancolía es una forma de depresión mental (Mazzotta, 2011). Hasta el nacimiento de la Psiquiatría en el siglo XIX, la forma de tratar las afectaciones psíquicas estaba asociada a terapias alternativas ambientalistas de carácter empírico.

En algunos casos, el desarrollo de la melancolía estaba asociado a eventos traumáticos relacionados con la infancia; al respecto encontramos algunos aportes investigativos como: «la anatomía de la melancolía de Burton (1943)», en el que se resalta la relevancia de las vivencias experimentadas durante la infancia, y la influencia formativa que ejercen las figuras primarias de apoyo mediante la observación, aprendizaje denominado por el Conductismo como modelado; además, Parkinson (2007) arguye que el temperamento se desarrolla en las primeras etapas de vida, asociando la expresión de melancolía a la parte más instintiva del ser humano (Guillén *et al.*, 2013). En el Psicoanálisis, Sigmund Freud —su máximo exponente— realizó una comparación de la melancolía con el duelo, condición experimentada por la pérdida real o imaginaria del objeto deseado. A partir de ello, el autor hace referencia a la depresión endógena como una respuesta displacentera, desinterés por el contexto, dificultad para amar, y disminución de la autoestima (Benavides, 2018).

El impacto en la salud mental de una enfermedad desconocida como el COVID-19, refleja un estilo comportamental heterogéneo y homogéneo, amplio y concreto a la vez, de emociones distintas entre sí; en unos casos, con capacidad para ampliar las capacidades del pensamiento racional y construir reservas de recursos disponibles para el afrontamiento de una crisis (Richaud y Mesurado, 2016). Y en otros casos, se internaliza en los pacientes un abanico de emociones displacenteras, que los agobia, apena, desencanta, desilusiona, y en el peor de los escenarios los deprime, y conlleva a presentar síntomas asociados con la depresión, tales como: pérdida del sentido de la vida y la inhibición de casi todas las funciones cognitivas, volitivas y afectivas. Por ende, queda claro que la depresión no se reduce a una mera enfermedad del espíritu (Rojas, 2011).

### **2.1.2 Antecedentes Referenciales**

En el estudio titulado: «Efectos depresivos del aislamiento preventivo obligatorio asociados a la pandemia COVID-19 en docentes y estudiantes de una universidad pública en Colombia», se trazaron una serie de consideraciones para determinar los efectos depresivos causados por el aislamiento preventivo del COVID-19 en estudiantes y docentes universitarios, mediante la metodología cuantitativa, descriptiva y correlacional; además, se aplicó el inventario de depresión de Beck a una muestra de 100 docentes y 394 estudiantes.

Entre los aportes están que la depresión posee un grado de interrelación con el aislamiento social y produce cambios sustanciales en la cotidianidad, aun cuando no existen diferencias significativas en los niveles de afectación entre docentes y estudiantes; por el contrario, hay un contraste notorio en relación al género, reflejando que la depresión se presenta mayormente en los hombres; además, el grupo etario de personas entre 16 y 35 años de edad presentaron depresión moderada o grave; no obstante, el mayor grado de esta se ubicó en personas viudas (Prada, Gamboa y Hernández, 2021).

En relación con ello, en la investigación: «Depresión y ansiedad durante el aislamiento obligatorio por el COVID-19 en Lima Metropolitana», el objetivo fue describir la prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión en adultos de Lima Metropolitana, durante el periodo de aislamiento social en respuesta a la pandemia del COVID-19. Se aplicó la escala de ansiedad de Lima, y la escala de psicopatología depresiva en una muestra de 565 adultos que residían en esta urbe durante el estado de emergencia sanitaria. Los autores resaltan estrategias de salud pública útiles para el control de esta enfermedad; paralelamente, destacaron que el aislamiento obligatorio exteriorizó síntomas de ansiedad y depresión en adultos, presentándose mayormente en las mujeres. Asimismo, el grupo de los adolescentes presentó mayores índices de ansiedad por la irrupción de su proyecto de vida a nivel profesional, y un nivel menor de escolaridad se asocia a un mayor riesgo de presentar cuadros ansiosos y depresivos por la adaptación súbita de una modalidad presencial a virtual (Prieto *et al.*, 2020).

En ese sentido, en la investigación: «Ansiedad, estrés, y depresiones relacionadas con la pandemia COVID-19 en la población ecuatoriana», planteó analizar alternativas de tratamiento psiquiátrico para restaurar la salud mental a personas que padecen estrés, depresión y ansiedad vinculados a la incidencia de la enfermedad del COVID-19 en Ecuador, mediante una revisión de carácter documental de 15 artículos académicos. En la misma se destaca que: hubo mayor frecuencia de ansiedad, depresión y estrés como consecuencia del COVID-19; además, en lo concerniente a los planes de intervención psicoterapéuticos los profesionales de salud mental, se basaron en el fortalecimiento de factores protectores de la personalidad, tales como: resiliencia, habilidades de afrontamiento, autorregulación de emociones, y gestión de duelo (Cazares, 2021).

Datos homónimos se obtienen de la investigación titulada: «Ansiedad y depresión en sobrevivientes de COVID-19: papel de predictores inflamatorios y clínicos». En ella, se administró el inventario de depresión de Beck, el inventario de ansiedad rasgo/estado forma Y, la escala de autoevaluación de depresión de Zung, la *impact of events scale/revised*, el inventario obsesivo-compulsivo y la escala de sueño, con el fin de explorar síntomas psiquiátricos en 402 adultos sobrevivientes del COVID-19. Los resultados aportan cifras en las que el 55.7 % de las personas tienen al menos una dimensión de rasgos psicopatológicos,

36.8 % dos, 20.6 % tres, y 10 % cuatro; en concreto, las mujeres sufrieron más ansiedad y depresión. Conjuntamente, los pacientes con antecedentes psicopatológicos de trastornos psiquiátricos evidenciaron elevados índices de psicopatías e inflamación sistémica, como: depresión y ansiedad; además de asociar la depresión a un riesgo elevado de mortalidad por causas generales y específicas (Mazza *et al.*, 2020).

En el mismo orden de ideas, la pesquisa denominada: «Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en la población general ecuatoriana durante la pandemia por COVID-19», planteó describir el estado de la salud mental en adultos ecuatorianos durante la pandemia por COVID-19, en el periodo de marzo a agosto del 2020. La investigación se caracterizó por ser de tipo no experimental, cuantitativa, transversal y descriptiva. En ella, se encuestó a 766 participantes, y los resultados mostraron que: el 64.23 % fueron mujeres, el 8 % fue diagnosticado con COVID-19, el 77.4 % no presentaron malestar clínicamente significativo en la salud mental, el 87.6 % expresó no tener problemas de salud mental, y el 41 % no fue perturbado psicológicamente, por lo que los niveles de ansiedad, depresión y estrés fueron mínimos. El grupo etario de mujeres y adultos jóvenes fueron la población más conmocionada por los síntomas evaluados; en relación con ello, las premisas fundamentales de los resultados se relacionan con el planteamiento de los proyectos de vida por cumplir que — para ese momento— habían sido interrumpidos (Hermosa *et al.*, 2021).

De modo análogo, en el artículo: «Factores de riesgo asociados a depresión y ansiedad por COVID-19 (SARS-Cov-2)» los autores revisaron la literatura sobre los factores de riesgos asociados a la depresión y ansiedad en la población afectada por COVID-19. Allí sostuvieron la idea de que el aislamiento social infiere significativamente en el trastorno depresivo y en los elevados niveles de estrés de los adultos mayores; por lo que es capaz demostrar los factores de riesgo asociados como el hecho de: ser mujer, tener menos de 40 años, mantener alteraciones en el sueño, y una percepción distorsionada de la soledad. En los factores estresores inmanentes se encontró una alteración en la continuidad de las actividades cotidianas y/o rutinas, la falta de una red de apoyo; así como, la recesión y la falta de ingresos (Rodríguez *et al.*, 2021).

Igualmente, en el *paper* titulado: «Efectos psicológicos del aislamiento social durante la cuarentena», se exploró el nivel de impacto psicológico y los factores de vulnerabilidad presentes. En él participaron 3.919 personas, mayoritariamente del grupo femenino 80 %. *A posteriori*, se evidenció que el 90.5 % no tuvo mecanismos de autocontrol emocional, el 83.8 % experimentaron sensación de soledad, el 60.5 % irritabilidad, el 39.7 % ansiedad, el 67.6 % miedo. Del estudio se pudo concluir que el 43.8 % de los participantes presentaron perturbación psíquica, por lo que buscaron procesos de acompañamiento psicoterapéutico en los servicios de atención primaria; además, diversos pacientes se encontraron en

situaciones de vulnerabilidad, tales como: discapacidades, víctimas de violencia de género, que no han sido abordadas tempranamente (Dagnino *et al.*, 2020).

En el caso de la investigación: «Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina», se indagaron los sentimientos y expectativas que genera el COVID-19, mediante el suministro de una encuesta diseñada por la OMS a 300 empleados del municipio de Córdoba. Los resultados evidenciaron que los efectos psíquicos son desiguales de acuerdo al: género, nivel educativo, y confort vivenciado dentro del hogar, por ejemplo: las condiciones de hacinamiento o de aseo deficientes, estimulan el desarrollo de mayores conflictos emocionales. Los vínculos sociales, personales y familiares, así como su interpretación subjetiva, representan parte de las preocupaciones centrales demostradas en la pandemia por COVID-19 (Johnson, Cuesta y Tumas, 2020).

Entretanto, la investigación: «Soledad y envejecimiento» pretendió conocer la prevalencia existente entre la soledad y el aislamiento social en adultos mayores a 65 años de edad, entre el período de junio 2010 a junio 2011. Se aplicó la escala *Olders American Resource and Services Multidimensional Functional Assesment Questionnaire* (OARS-MFAQ) a 572 adultos mayores. Los resultados demuestran que: el 32.7 % experimentó una sensación de soledad, el 17 % viven solos, el 18.9 % no tiene contacto semanal con nadie y el 1.4 % se encuentra en un aislamiento social total. Ante los datos recabados se concluye que la percepción de la soledad se asocia a diversos factores de riesgo, como: ser mujer, tener una inconclusa escolarización, depender de psicofármacos, mostrar signos de depresión y deterioro cognitivo (Hernández *et al.*, 2021).

Por último, el estudio titulado: «Estrés, ansiedad y depresión en la etapa inicial del aislamiento social por COVID-19 en Cusco-Perú», determinó que dentro de los factores protectores y las conductas de afrontamiento, se dieron algunas relacionadas con el compartir en familia a través del disfrute de películas; la realización del teletrabajo como parte de la actividad laboral; así como la confianza en las decisiones gubernamentales para disponer de políticas que contribuyesen a la disminución de la propagación de la pandemia (Virto *et al.*, 2021).

## **2.2. Contenido Teórico que Fundamenta la Investigación**

### **2.2.1 Definición de Aislamiento Social**

El aislamiento social se reduce a la falta de conexiones o a la limitación de tener contactos mínimos con otras personas, ya sean familiares, compañeros, o amigos; a diferencia de la soledad, la cual es la sensación subjetiva de recibir menos afecto de lo anhelado, sintiéndose menos querido, estimado, valorado y apreciado. En este escenario, las experiencias de proximidad hacia los demás se escasean, por lo que el aislamiento social

puede llevar a causar sentimientos de soledad; mientras que otros, pueden sentirse solos sin necesariamente encontrarse aislados (Hernández *et al.*, 2022).

Una de las características del aislamiento social en la contemporaneidad, son las manifestaciones de soledad y tristeza como sentimientos catalizadores de la problemática psicosocial de mayor relevancia del siglo XXI. En la población adolescente, cuya fase de maduración psicológica no se ha logrado, incide la expresión de sentimientos de soledad como fracaso en la satisfacción de las relaciones sociales, así como un limitado sentimiento de pertenencia a un tejido social; por lo que es común que coexistan ambos fenómenos, a pesar que el aislamiento puede ser —en sí mismo— un factor predisponente en la aparición de la soledad (Cohen, Mejail y Caballero, 2012). En este caso, el aislamiento social representa un debilitamiento de las áreas y soportes relacionales del sujeto, una ausencia en la interacción recreacional, y, una limitada capacidad para la expresión de sentimientos personales a otras personas (Izcara, 2012).

En el contexto de la pandemia por COVID-19, el aislamiento social fue una estrategia para tomar distancia de las personas contagiadas del virus en relación con aquellas que se encontraban sanas; es decir, el distanciamiento fue concretamente una medida gubernamental de profilaxis y contención del agente patógeno. Los sujetos aislados podían de alguna manera recibir el cuidado de familiares en sus hogares, hospitales o en instalaciones designadas para llevar a cabo la atención médica; sin embargo, en este escenario, las personas iniciaron un proceso de adaptabilidad, en el que pasaron de interactuar físicamente con otros a una restricción casi total. Ante ello, la estrategia del aislamiento social se convirtió —a largo plazo— en una privación de la integración social, invalidando la valoración positiva que representa la red de apoyo en la vida de una persona (Dorina *et al.*, 2023).

La OMS a partir de la rápida propagación del COVID-19 implementó varias medidas de bioseguridad, como recomendación a los Estados, para establecer políticas de cuarentena y aislamiento social. Sin embargo, estas prácticas que por un lado resultaron beneficiosas a nivel físico; desde otra óptica, han impactado la salud mental de alguna manera; esa es una de las razones por las que hubo una dilatación exacerbada en la publicación de los datos epidemiológicos sobre los problemas en salud mental (Larios y Naranjo, 2020). En países desarrollados, el aislamiento social y la soledad tuvo una prevalencia del 20 al 40 % en la población de adultos mayores. Por su parte, durante esa época en España, el 36,8 % de los ancianos vivían en hogares unipersonales, por lo que el aislamiento social está intrínsecamente asociado a una mayor tasa de mortalidad, sobre todo por enfermedad mental y cardiovascular (Gené, y otros, 2020).

Por su parte, el gobierno ecuatoriano siguiendo las recomendaciones de la OMS decidió aplicar un aislamiento social, preventivo y obligatorio a partir del 20 de marzo del 2020, limitando el contacto social especialmente con grupos de riesgo, como adultos mayores y personas con enfermedades catastróficas. Es imprescindible analizar situaciones específicas relacionadas con el aislamiento social en pacientes con distinto grado de deterioro cognitivo, tomando en cuenta que en esta población los síntomas de ansiedad, depresión, y trastornos del sueño poseen una prevalencia del 60 al 80% (Russo et al., 2021).

### **2.2.2 Causas del Aislamiento Social**

Según Calle (2020), existen diversas causas para que un sujeto, o un grupo social se encuentre en una situación de aislamiento social:

**Causas Psicológicas.** Se relaciona con experiencias traumáticas que desencadenan en perturbación y el individuo percibe a su entorno social como eminentemente peligroso. En algunos casos el desarrollo de trastornos mentales que limitan el curso funcional de habilidades sociales indispensables para la trascendencia y estabilidad emocional; entre las patologías más comunes se encuentran: depresión, problemas de aprendizaje, trastornos de personalidad, entre otros.

**Causas Penitenciarias.** Se debe a un aislamiento social por cometimiento de un delito tipificado en la ley penal de cada país; en este sentido, el individuo debe cumplir una pena de presidio separado de la sociedad por su comportamiento antisocial. En este caso, se aíslan a los individuos en centros de detención, internados judiciales y centros penitenciarios. Jurídicamente se les denomina personas privadas de la libertad (PPL).

**Causas Epidemiológicas.** El aislamiento social se da por circunstancias involuntarias, como sucesos originados por un brote epidémico, epidemia, pandemia o endemia. En las normativas gubernamentales vigentes de cada país, para detener la propagación de esta última se dispuso la cuarentena, como medida tendiente a limitar los contagios masivos, situación que produce un cambio en el estilo de vida de las personas.

### **2.2.3 Tipos de Interacción Social**

La interacción social, de acuerdo con Molina y Muñoz (2015) es lo contrario de aislamiento social; en este sentido, hay algunos tipos de interacción social:

**Accidental (contacto social).** Capacidad de relacionarse con una o varias personas, de forma no planificada o deliberada, sino de forma casual, por lo que normalmente no se vuelve a repetir en el tiempo.

**Repetida o no planificada.** Habilidad para relacionarse de forma causal, por segunda vez con uno o varios sujetos.

**Regular, no planificada.** El sujeto se caracteriza por su capacidad para vincularse de manera frecuente o diaria con las mismas personas.

**Regulada.** Acción para vincularse de forma planificada y sistemática; con relación a ello, se rige por reglas externas determinadas por un tercero, ya sea por medio de relaciones laborales o profesionales.

#### **2.2.4 Consecuencias del Aislamiento Social en la Salud Mental**

La exposición a situaciones estresantes como la pandemia por COVID-19, indujo a la población a experimentar ansiedad, depresión, e interrupciones en el patrón del sueño, entre otros. Con el aislamiento social se han visto cambios en los patrones de nutrición, limitada interacción entre las personas, mayor trabajo bajo circunstancias estresantes y sobrecarga de actividades laborales bajo la fachada del teletrabajo (Ramírez y Fontecha, 2019). En los adultos mayores que viven solos, se dieron respuestas psicológicas tales como: trastornos de ansiedad y depresión, impactando su esfera afectiva y produciendo un distanciamiento de la comunidad en la que habitan (Naranjo *et al.*, 2021).

A nivel internacional se han realizado estudios de revisión sistemática en relación al aislamiento social y los cambios experimentados en el estado anímico, uno de ellos es el aporte realizado por Marquez *et al.* (2021), en donde la mayoría de encuestados adultos mayores percibió un elevado impacto sobre las medidas implementadas por el COVID-19. Entre la sintomatología específica la mitad de la muestra presentó ansiedad, preocupación constante, tristeza, sentimientos de vacío existencial, y sentimientos de soledad. Además, se reportó un mayor índice de irritabilidad, y desmotivación hasta un 35,9 % y 37,5 % de los casos, conductas violentas en 53,1 % e hipocondría en un 37 %.

#### **2.2.5 Trastorno Depresivo**

La OMS define a la depresión como una enfermedad mental recurrente, que afecta a la población en un 3,8 %; en este contexto, el 5 % son adultos y de ellos un 5,7 % son adultos mayores (Organización Mundial de la Salud, 2023). A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas padecen depresión; en países desarrollados, la depresión ocupa el tercer lugar, y en países en vías de desarrollo como Ecuador o Perú ocupará el primer lugar. Resulta un problema de salud complejo, sobre todo cuando es de intensidad de moderada a grave, lo que en el peor de los escenarios puede conducir a la persona a ideaciones y planificaciones suicidas. Si se parte del planteamiento anterior, es preciso acotar que el suicidio es la cuarta causa de muerte para el grupo etario comprendido entre 15 a 29 años de edad.

La depresión como trastorno mental es uno de los que mayor prevalencia posee en diversos contextos del mundo. Navarro, Moscoso y Calderón (2017) identificaron que la

sintomatología depresiva tiene una ocurrencia del 5 % en la población adolescente, debido a que estos son más proclives a situaciones de vulnerabilidad o a cambios fluctuantes en su estado de ánimo. Se presenta como un trastorno clínico afectivo, en el que se encuentran implícitos factores orgánicos, emocionales, cognitivos, motores y sociales (González, 2006). A pesar de ser un problema de salud pública tratable por el curso y la intensidad de su sintomatología, las personas deciden no buscar ayuda; ello se refleja en que más del 75 % de las personas en países de ingreso medio-bajo no reciben ningún tipo de tratamiento. Entre las principales razones para no buscar ayuda profesional están las limitaciones económicas y las precariedades del servicio de salud mental en el primer nivel de atención, así como la consolidación de estigmas asociados a la salud mental y los trastornos mentales.

A propósito de las manifestaciones clínicas de la depresión, desde el enfoque cognitivo es interpretada como el resultado de pensamientos rumiantes, en donde el sujeto distorsiona la realidad mediante la llamada triada cognitiva negativa; esto es —a saber—, una visión negativa de sí mismo, de su entorno y del futuro, lo que incluye un comportamiento disfuncional en áreas sociales como el trabajo, relaciones interpersonales y familiares (Álvarez, Garrido y Schweiger, 2010). En ese sentido, de acuerdo con los planteamientos esgrimidos por Álvarez *et al.* (2009) las distorsiones cognitivas que se presentan en una persona con trastorno depresivo son: pensamiento dicotómico, sobre generalización, inferencias arbitrarias, abstracción selectiva.

Estos esquemas desesperanzadores disminuyen la respuesta del estado emocional y el tono afectivo, el cual se acompaña de desosiego, lenguaje limitado, y disminución de la actividad psicomotriz (Córdova y Rosales, 2010). Además, las capacidades volitivas también se ven alteradas y se expresan mediante la ausencia de entusiasmo por las vivencias del entorno; por lo que, en este estado, no se responde positivamente a los diversos aspectos de la vida cotidiana, lo que genera consecuencias graves en la salud mental (González, 2009).

### **2.2.6 Etiología de la Depresión**

En la etiología de la depresión intervienen factores genéticos, biológicos, y psicosociales, con una significativa desestabilización neuroquímica en la transmisión noradrenérgica, serotoninérgica, y dopaminérgica. Diversas investigaciones como la de Sicras *et al.* (2007) resaltan la influencia del consumo de fármacos (glucocorticoides, anticonceptivos orales, propranolol, esteroides y anabolizantes, reserpina, entre otros); dependencia de sustancias nocivas como el alcohol, uso de anfetaminas y abstinencia de cocaína; o la aparición de patologías somáticas (tumores, diabetes, accidente cerebrovascular (ACV), esclerosis múltiple, demencias, Parkinson). Otros factores se vinculan con aspectos socioeconómicos, como: recursos económicos limitados, estado civil (separado, divorciado, viudo), situaciones laborales específicas (desempleo, sobrecarga

laboral, inestabilidad laboral), y antecedentes personales o familiares previos (eventos traumáticos).

Algunos de los factores ambientales influyentes en pacientes que han sido diagnosticados con trastorno depresivo están —fundamentalmente— constituidos por: la condición de fémina, el ciclo mayor de 40 años, el crecimiento en medio de una familia disfuncional, los problemas de pareja y las condiciones devenidas de la deserción escolar o a la irrupción de los estudios (Hernández *et al.*, 2014). En tal sentido, realizando un *insight* como mecanismo de profilaxis interna, se permite entender que aquellas emociones interpretadas como desagradables pueden ser trabajadas con la finalidad de alcanzar la paz, el equilibrio y la armonía; puntualizando, además, que el apoyo familiar y profesional representan herramientas necesarias para conseguir la superación de estos estados anímicos.

### 2.2.7 Síntomas de la Depresión

Los síntomas de una enfermedad son alteraciones clínicas subjetivamente experimentadas por el paciente respecto a su propia salud; por ende, su interpretación se circunscribe únicamente a la persona afectada. Raramente son observables y se evalúa por el comportamiento que se desprende de los mismos; empero, las posibles divergencias del síntoma pueden analizarse mediante algunos criterios como: intensidad, frecuencia, duración, nivel de percepción y capacidad adaptativa (Castro, 2019). En palabras de Guillén *et al.* (2013) la gravedad de la depresión dependerá del nivel de deterioro cognitivo, afectivo y volitivo; así como de la presencia o ausencia de síntomas somáticos y psicomotores. Algunos de los cuales son categorizados de acuerdo a:

**Tabla 1.** Síntomas de la depresión de acuerdo al área

| Área emocional                    | Área psicósomática             | Área conductual                           |
|-----------------------------------|--------------------------------|---|
| Tristeza                          | Enuresis                       | Conflictos                                |
| Fluctuaciones del estado de ánimo | Falta de energía               | Falta de límites                          |
| Disminución de intereses          | Fatiga, cansancio              | Desobediencia                             |
| Desesperanza                      | Aumento o disminución del peso | Indisciplina escolar                      |
| Irritabilidad                     | Dolores corporales             | Comportamientos antisociales o disociales |
| Llanto fácil                      | Pesadillas                     | Consumo de drogas                         |
|                                   | Alteraciones del sueño         | Piromanía                                 |
| Área motriz                       | Área cognitiva                 | Área social                               |
| Inexpresividad corporal           | Desconcentración               | Aislamiento social                        |
| Hipobulia                         | Pérdida de memoria             | Sentimientos de soledad                   |

|                 |                                     |                           |
|-----------------|-------------------------------------|---------------------------|
| Enlentecimiento | Negativismo                         | Conductas de retraimiento |
| Hiperactividad  | Sentimientos de culpa               | social                    |
|                 | Dificultad en la toma de decisiones | Incompetencia social      |
|                 | Baja autoestima                     |                           |
|                 | Ideación suicida                    |                           |
|                 | Bajo rendimiento escolar            |                           |

*Fuente:* Castro, 2019

*Elaborado por:* Diana Macas Castillo

### **2.2.8 Clasificación del Trastorno Depresivo**

La categorización de los trastornos depresivos se aborda en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) diseñado por la OMS y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) elaborado por *American Psychiatric Association* (APA); ambos sujetos a criterios científicos que buscan la aplicabilidad práctica y el lenguaje unificado entre investigadores y clínicos (Pérez *et al.*, 2017). El DSM-V es uno de los instrumentos más influyentes en la clasificación de los trastornos mentales porque cuenta con el respaldo de la APA, cuenta con mayor operatividad y sus criterios diagnósticos son: concisos, explícitos y con menor narrativa que el CIE-10 (Echeberúa, Salaberría y Cruz, 2014).

### **2.2.9 Criterios Diagnósticos del Trastorno Depresivo según el DSM – V**

Para el diagnóstico del trastorno depresivo es necesario recurrir a los criterios clínicos establecidos en el DSM-V. Su última actualización no presentó cambios significativos con relación al episodio depresivo mayor si se compara con el DSM-IV; por ende, el criterio de cumplimiento primordial para su detección y diagnóstico sigue siendo el de al menos cinco síntomas. En el que uno de ellos debe ser: estado de ánimo depresible o a su vez placer disminuido en todas las actividades (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales, e Igualdad, 2018).

**Tabla 2.** Criterios diagnósticos del trastorno depresivo DSM-V

A. Los síntomas del trastorno depresivo se presentarán en el transcurso de dos semanas con cinco o más síntomas. Las características sintomatológicas se exteriorizarán mediante un cambio del funcionamiento a nivel comportamental. En el que uno de ellos es: (1) estado de ánimo depresivo, (2) falta de interés o de placer.

- 
1. Durante la mayor parte del día y en el lapso de todos los días el estado de ánimo es depresivo  
(Nota: En niños y adolescentes el estado de ánimo puede caracterizarse por ser irritable)
  2. Disminución significativa del placer por la mayoría, o casi todas las actividades cotidianas, en el lapso de todos los días.
  3. Disminución o aumento en el peso; el cual no se debe a dietas restrictivas. En este caso, lo que se observa es un comportamiento de la conducta alimentaria que no es normal.
  4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
  5. Enlentecimiento o agitación psicomotriz.
  6. Sentimientos de poca valía personal, o sensación de ser poco útiles ante la sociedad, sentimientos de culpa extremos que pueden llegar a ser delirantes; estas sensaciones se presentan de forma continua, durante casi todos los días.
  7. Ideación suicida recurrente, aunque el paciente no cuenta con un método o planificación suicida; además, es probable que existan antecedentes de intentos de suicidios previos.

B. La sintomatología depresiva ocasiona malestar clínicamente significativo. Incluso podría conllevar al sujeto a presentar deterioro a nivel de las esferas de: lo social, lo laboral, y lo familiar.

C. El episodio depresivo no puede atribuirse a los efectos fisiológicos ocasionados por el consumo de alguna sustancia psicoactiva o psicotrópica, o de algún tipo de enfermedad médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, o algún trastorno específico o no de la esquizofrenia, o de otras enfermedades psicóticas.

E. No ha experimentado un episodio maniaco, o hipomaniaco.

---

*Fuente:* APA, 2014

*Elaborado por:* Diana Macas Castillo

### **2.2.10 Criterios Diagnósticos del Trastorno Depresivo según el CIE-10**

En el siguiente apartado, se definirán los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo detallado en el CIE-10, del mismo modo como la información adaptada de la Guía de Práctica Clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia (Íbidem, 2018).

**Tabla 3.** Criterios diagnósticos del trastorno depresivo CIE-10**A. Criterios diagnósticos para el episodio depresivo**

-La duración del episodio depresivo debe ser de al menos dos semanas con síntomas continuos.

- El episodio depresivo no se asocia con el consumo o abuso de sustancias psicoactivas, además, se descarta la presencia de trastornos mentales orgánicos.

**B. Se presenta al menos dos de los siguientes síntomas:**

- El estado de ánimo se caracteriza por presentar fluctuaciones emocionales como: tristeza, irritabilidad, llanto fácil, desesperanza, desanimo, descontento, y apatía.
  - Los niños al estar en un ciclo de maduración en relación a sus áreas: motriz, afectiva, lingüística y cognitiva, pueden presentar limitaciones para verbalizar y expresar su estado anímico; en este contexto, los infantes relatan quejas físicas indeterminadas, monotonía en el tono y volumen de la voz, escasa comunicación o contacto visual.
  - El estado de ánimo deprimido se puede acompañar de comportamientos irritables, hostiles o coléricos.
  - La impulsividad se da mayormente en los niños y adolescentes, y esta se expresa en la relación de ellos con su medio social.
  - En la adolescencia tardía los síntomas del trastorno depresivo se suelen presentar igual que en los adultos.
- Estado de ánimo deprimido, el paciente se caracteriza por experimentar a nivel emocional un carácter que no es normal. Esta afección mental se presenta casi todos los días, durante la mayor parte del día, por dos semanas consecutivas.

- 
- Presentan dificultad para experimentar placer en las actividades que antes solían disfrutar.
  - Fatiga excesiva, o falta de energía.
  - La falta de interés puede manifestarse en distintas áreas, tales como: juego, ocio, o actividades relacionadas con el proyecto de vida.
  - Ausencia de juego con compañeros, ausentismo escolar, sentir rechazo en las interrelaciones de pares a nivel escolar.

C. Se deben presentar uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea de al menos cuatro síntomas:

- Perdida de autoconfianza, y sentimientos de inferioridad.
- Autorreproches exagerados, y sentimientos de culpa excesiva.
- Pensamientos o conductas suicidas
- Disminución en la concentración y en el pensamiento racional; además, presentan dificultad en la toma de decisiones.
- Agitación o inhibición de la actividad psicomotriz.
- Alteraciones del sueño
- Disminución o aumento de la conducta alimentaria
- Similar a los adultos
- En los niños se presenta desvalorización hacia sí mismos. Los sentimientos de culpa suelen presentarse de forma escasa.
- Gestos autolesivos (arúños, mordidas, cortes, quemaduras, etc.). Los indicios de la conducta suicida son no verbales.
- Las dificultades emocionales se evidencian a través del bajo rendimiento escolar, o desempeño insatisfactorio a nivel académico.
- Comportamiento hiperactivo.
- Similar a la de los adultos
- En los infantes existe una tendencia a la disminución del peso.

D. Se puede presentar o no el síndrome somático. Generalmente, los síntomas somáticos de dan mayormente en los niños.

---

- Episodio depresivo leve: en este episodio se encuentran presentes al menos dos o tres síntomas del criterio B. El paciente diagnosticado con episodio leve, podría estar en la capacidad de ejecutar la mayoría de sus actividades cotidianas.
- Episodio depresivo moderado: en este episodio se encuentran presentes al menos dos síntomas del criterio B, y dos síntomas del criterio C; por lo que se presentaría al menos para este diagnóstico como mínimo 6 síntomas. El paciente diagnosticado con episodio depresivo moderado presenta dificultades en la ejecución de sus actividades cotidianas porque su cuadro sintomatológico se encuentra conexas: pérdida de autoestima, sentimientos de culpa, sensación de inutilidad, ideaciones y conductas suicidas.
- Además, pueden aparecer síntomas psicóticos como: alucinaciones, delirios, retraso psicomotor, o estupor, lo cual se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

*Fuente:* OMS, 1992

*Elaborado por:* Diana Macas Castillo

**Tabla 4.** Equivalencia del trastorno depresivo en el CIE-10 y el DSM-V

| Código | CIE-10  | Código | DSM-V                          |
|--------|---|--------|--------------------------------|
| F32.00 | Episodio depresivo leve sin síndrome somático     |        | Episodio único leve            |
| F32.01 | Episodio depresivo leve con síndrome somático     |        | Moderado                       |
| F32.10 | Episodio depresivo moderado sin síndrome somático |        |                                |
| F32.11 | Episodio depresivo moderado con síndrome somático |        |                                |
| F32.2  | Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos  |        | Grave                          |
| F32.3  | Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos  |        | Con características psicóticas |

|        |   |        |  |
|--------|---|--------|--|
|        |   | F32.4  | En remisión parcial                        |
|        |   | F32.5  | En remisión total                          |
|        |   | F32.9  | No especificado                            |
| F33.00 | Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve, sin síndrome somático     |        | Episodio recurrente, leve                  |
| F33.01 | Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve, con síndrome somático     |        | Moderado                                   |
| F33.10 | Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado, sin síndrome somático |        |  |
| F33.11 | Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado, con síndrome somático |        |  |
| F33.2  | Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave, sin síntomas psicóticos  |        | Grave                                      |
| F33.3  | Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave, con síntomas psicóticos  |        | Con características psicóticas             |
| F33.4  | Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión                          | F33.41 | En remisión parcial                        |
|        |   | F33.42 | En remisión total                          |
|        |   | F33.9  | No especificado                            |
| F34.1  | distimia  |        | Trastorno depresivo persistente (distimia) |

Fuente: OMS, 1992; APA, 2014

Elaborado por: Diana Macas Castillo

### **2.2.11 Comorbilidad de la Depresión**

La comorbilidad se refiere a la coexistencia de dos o más enfermedades en una misma persona. La comorbilidad a nivel psiquiátrico conlleva innumerables desafíos en el tratamiento clínico, a las que se suman las elevadas tasas de resistencia al tratamiento y la recurrencia de las patologías. Las implicaciones de carácter clínico se deben tener en cuenta a la hora del abordaje de la depresión y la comorbilidad con otras patologías mentales, tales como: el trastorno de ansiedad, el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), los trastornos de personalidad, los trastornos psicóticos, el trastorno de pánico y el trastorno de somatización. Es importante resaltar que los correlatos de la comorbilidad refieren la importancia de una valoración adecuada del cuadro clínico general del paciente (Valencia, 2006).

Las personas que han sido diagnosticadas con trastorno depresivo poseen un riesgo mayor de presentar fobia social y trastorno de ansiedad. Referente a ello, el 22,5 % de los pacientes valorados poseen más de un diagnóstico, los cuales se encuentran frecuentemente asociados a: migraña y trastorno depresivo mayor; trastorno depresivo mayor y trastorno de angustia; ello explica por qué la fobia social y el trastorno de angustia se consolidan como comorbilidades de especial trascendencia (Cardona *et al.*, 2007).

### **2.2.12 Comportamiento de los pacientes frente al servicio de Psicología Clínica que brinda la Clínica MachalaDent para el abordaje de la depresión**

La salud mental no se limita exclusivamente a la ausencia de enfermedades o trastornos mentales, es un estado de completo bienestar físico, mental y social. El sujeto con bienestar emocional tiene la capacidad de afrontar diversas vicisitudes de la vida cotidiana, siendo altamente coherente en su accionar para el logro de una calidad de vida real (Organización Mundial de la Salud, 2022). En la atención primaria, el personal de salud debe enfocar su abordaje en la detección oportuna de síntomas depresivos en la infancia y en la adolescencia; así como, la identificación de pacientes que se encuentren atravesando un evento traumático, con el objetivo de mejorar los sistemas de detección, evaluación y derivación frente al trastorno depresivo (Sánchez *et al.*, 2023).

Un factor de riesgo para el desarrollo del trastorno depresivo puede estar determinado por la vivencia de una situación insólita como la pandemia de finales de 2019. Los factores de riesgo son características pertenecientes a un sujeto que lo predisponen a una mayor probabilidad de daños en su salud (Herrera, 1999). Evidentemente, ante tal escenario los pacientes con escaso nivel de autocontrol emocional o con limitada habilidad para practicar la regulación de reacciones impulsivas de una conducta, deseo o emoción, vuelven especialmente vulnerables a los individuos con los que interactúan, por la generación y

fomento de una interrelación sobre la base de unos elementos que visiblemente distorsionan el bienestar emocional.

El comportamiento de los pacientes que buscaron ayuda por la especialidad de psicología clínica, mostró en su anamnesis psicopatológica: patrones de pensamientos distorsionados, de afectividad hipotímica, de comportamientos disruptivos, algunos con habilidades para verbalizar su situación emocional interna; por su parte, otros con dificultades de verbalización y de procesos introspectivos que los lleven a canalizar de forma funcional su historia de vida. Partiendo del enfoque de la psicología positiva, se intentó en un primer término establecer un diagnóstico técnico y con validez científica; y como segunda acción, fortalecer los factores protectores no interpretados desde del déficit, sino como predictores de salud mental (Góngora y Casullo, 2009). Los factores protectores que se incoaron en consulta partieron del desarrollo de emociones positivas, fortalezas individuales, competencias, destrezas y virtudes que aumentan el nivel de satisfacción personal y permiten llevar una mejora calidad de vida (Sánchez y Méndez, 2009).

### Capítulo III: Diseño metodológico

El diseño metodológico de una investigación, muestra a grandes rasgos como se aborda la misma conforme al tema de estudio y a los elementos que se persiguen obtener por medio de la realización de la pesquisa; por ende, es necesario que consten algunos elementos sistémicos para su enfoque. En ese sentido, Atkinson, Coffrey y Delamont (2001) plantean que el diseño metodológico implica la elección de uno varios métodos para el abordaje del fenómeno, el cual debe estar vinculado con las proposiciones teóricas. Por ende, resulta una *conditio sine qua non* que el diseño metodológico se encuentre relacionado al enfoque teórico con el que se asume la investigación, toda vez que resulta necesario que ambos se encuentren en un tipo de sinergia que permita la obtención de los resultados deseados. Referente a ello, Ázuer (2019) arguye —en concordancia con los autores anteriores— que la sistematización de conceptualizaciones teóricas, debe estar elaborada siguiendo un marco metodológico capaz de validar el conocimiento en todas sus formas.

A tenor de lo anterior, se hará mención en los apartados subsiguientes a aquellos elementos que resultan medulares para la investigación y que requieren ser detallados, en aras de dar una ilustración aún más completa que aquella que brinda *per se* el marco teórico. A saber, población, objeto de estudio, métodos, técnicas, instrumentos de recolección de datos y los tópicos del modelo que posibilitó la elaboración del marco teórico.

#### 3.1. Tipo y diseño de investigación

A continuación, se detalla algunas características del tipo y diseño de investigación:

- Según su finalidad: teórica y aplicada
- Según su objetivo gnoseológico: descriptiva o también llamada de diagnóstico, y correlacional.
- Según su contexto: de campo.
- Según el control de las variables: no experimental.
- Según la orientación temporal: transversal.
- Según la naturaleza: cuantitativa.

De acuerdo con la naturaleza de la investigación, la misma responde a una finalidad teórico-aplicada. La finalidad teórica conlleva un proceso en el que el investigador busca información científica relacionada con el fenómeno de su elección; esto hace que los datos proporcionados a lo largo de la misma conduzcan a la generación de unas hipótesis de fundamentación técnica. En concordancia con el planteamiento anterior, el diseño es aplicado porque se constituye como un eje correlacionador entre el conocimiento y su utilidad práctica. Por ende, sus resultados invitan al investigador a aplicarlos en contextos reales;

representando estos, un aporte sustancial a la resolución de problemáticas sociales (Feria, Blanco y Valledor, 2019).

De acuerdo con el objetivo gnoseológico, la investigación es descriptiva porque aporta datos verídicos, precisos y sistemáticos con características observables que peculiarizan el fenómeno estudiado (Hernández Sampieri *et al.*, 1997; Guevara, Verdesoto y Castro, 2020). A través de ella, es posible proporcionar una representación clara, puntual y completa de los hechos, características o tendencias a partir de las variables de estudio esgrimidas *ut supra*, como lo son: el aislamiento social y el trastorno depresivo; permitiendo indagar acerca del: ¿cómo? ¿cuánto? y ¿por qué?, a partir del cual pueda formarse una realidad capaz de ser estudiada en su totalidad.

Del mismo modo, es correlacional, porque tiene como objetivo principal: conocer la interrelación entre dos variables en un contexto específico (Bernal, 2010). Por esta razón, el coeficiente de correlación es —medida estadística— el valor que provee la información acerca de la dirección (positiva o negativa), así como la fuerza de la relación entre las variables. En relación a la determinación del grado de asociación entre las dos variables, es importante destacar que se sigue un proceso sistemático; en primer lugar, se analiza y mide cada una de las variables; en segundo lugar, se cuantifican; y finalmente, se determinan las asociaciones mediante la verificación de hipótesis.

Como se afirmase en párrafos anteriores, este es un estudio de campo. En referencia a ello, la investigación de campo o también llamada natural, se desarrolla en un contexto real donde se evidencia y produce el fenómeno estudiado (Hernández Sampieri *et al.*, 1997). En este caso, las variables tienen un menor control ya que no se trasladan a laboratorios o entornos sujetos a ciertos criterios; dejando en claro que los datos obtenidos son los que aporta de forma espontánea el fenómeno estudiado.

Según el control de las variables, su diseño es no experimental. La investigación no experimental es un tipo de pesquisa que no manipula deliberadamente las variables objeto de estudio; su finalidad es observar al objeto de estudio tal como se expresa en el contexto real, para después proceder a registrarlo y a analizarlo desde su realidad (*Op. cit.*, 1997). En el caso de los pacientes diagnosticados con trastorno depresivo, estos fueron evaluados *in situ*, conociendo de primera mano la influencia del aislamiento social causado por la pandemia COVID-19 en el comportamiento, las respuestas y las actitudes de los pacientes.

De acuerdo a su naturaleza es de enfoque cuantitativa; es decir, utiliza un sistema de recolección y análisis de datos a través de la estadística, con el fin de brindar respuestas a preguntas específicas y con ello otorgar probidad a las hipótesis que han sido prediseñadas. La aplicabilidad de instrumentos suele ser mediante la aplicación de encuestas, con preguntas abiertas o cerradas (Vega Malagon *et al.*, 2014). En el estudio se procesó

estadísticamente los datos obtenidos de la aplicación de dos test psicométricos, a saber: la escala de soledad de Jong Gierveld y la escala de depresión de Zung.

Según la orientación temporal, el estudio es Transversal. La investigación transversal es un estudio observacional; que permite al investigador obtener las características del fenómeno estudiado con una población y un tiempo determinado (Calderon Saldaña & Alzamora de los Godos, 2018). En este caso busca en las causas del aislamiento social indagar los efectos presentes en el trastorno depresivo, en un tiempo determinado.

### **3.2. La población y la muestra**

#### **3.2.1 Características de la población**

La población se define como un conjunto de sujetos, u objetos, de los que se tiene como finalidad conocer una situación concreta. En el campo investigativo, el universo o la población, pueden estar compuestas por personas, registros médicos, historias clínicas, entre otros (López, 2004; Arias, Villacís y Miranda, 2016). La población del estudio está compuesta por aquellos pacientes que acudieron a la Clínica MachalaDent por atención del servicio de psicología clínica, en el periodo comprendido entre abril de 2021 y abril de 2022. Si bien se toman todos los asistentes a consulta —en un año calendario— como parte de la población, resulta preciso destacar que para la definición de la muestra privaron factores excluyentes detallados en apartados subsiguientes.

#### **3.2.2 Delimitación de la población**

La población objeto del estudio en la investigación es finita porque se encuentra delimitada por los 310 pacientes que acudieron por consulta de psicología clínica en la Clínica MachalaDent, y fueron diagnosticados con trastorno depresivo, durante el periodo abril 2021 a abril 2022. Al respecto, el concepto de la población finita tiene que ver con elementos constitutivos que sean delimitados y cuantificados (Arias, Villacís, & Miranda, 2016) Además, es de tipo probabilística, ya que se basa en el uso de técnicas y métodos estadísticos para seleccionar y analizar muestras de una población con el objetivo de generalizar los resultados a toda la población (Tamayo, 2018).

#### **3.2.3 Tipo de muestra**

Todos los individuos considerados para el estudio son incluidos dentro de la muestra de esta investigación; por ende, se consideró a un total de 310 pacientes, que acudieron a la especialidad de psicología clínica en la Clínica MachalaDent de la Ciudad de Machala, durante el período de abril de 2021 a abril de 2022, y se estableció como diagnóstico algún tipo de trastorno depresivo de acuerdo al CIE-10.

### **3.2.4 Proceso de selección de la muestra**

La selección de muestra se la realizó con el total de pacientes diagnosticados con trastorno depresivo en la Clínica MachalaDent; seguidamente, se aplicó la técnica no probabilística, y muestreo por conveniencia, la cual consiste en elegir a participantes los cuales son más útiles para el investigador, en lugar de seleccionarlos de manera aleatoria o siguiendo algún otro método. Asimismo, se aplicaron criterios de inclusión, entre los cuales están: pacientes diagnosticados con trastorno depresivo entre el periodo abril 2021 a abril 2022, mayores a 18 años de edad, y que acudieron por más de dos ocasiones a la consulta en psicología clínica como parte de su acompañamiento subsecuente. No obstante, para los criterios de exclusión se consideró, la exclusión de pacientes que han sido diagnosticados previamente con algún tipo de trastorno depresivo, o que su diagnóstico no se encuentra relacionado al aislamiento social por la pandemia del COVID-19.

### **3.3. Los métodos y las técnicas**

El método científico no se limita —exclusivamente— a una cadena de pasos a seguir, su pretensión principal radica en que el investigador trabaje en torno a una metodología y estructura conceptual específica para la construcción del conocimiento (Mineira y Vera, 2020). Referente a ello, el método y las técnicas de investigación se circunscriben estrictamente a un paradigma de índole científico, adaptándose a realidades holísticas, históricas, variables, dinámicas que impulsan al investigador a proponer planes y estrategias que otorguen respuestas a problemáticas planteadas. Para la sustentación de esta presente investigación fueron incorporados varios enfoques: el hipotético-deductivo, el histórico-lógico y el inductivo. Los aspectos teóricos y metodológicos fueron analizados de manera crítica a través de una revisión exhaustiva de documentos disponibles en los repositorios digitales y bases de datos de índole académico.

El método de razonamiento hipotético-deductivo se basa en la formulación de una hipótesis y la prueba de ella con el fin de generar y evaluar cargas teóricas orientadas a explicar el mundo. De acuerdo con Garduño Román (2002) sus pasos son: «planteamiento del problema, donde se incluye la descripción del objeto de estudio, las preguntas de investigación, los objetivos y la justificación» (p.15). En cuanto al histórico-lógico, es un enfoque que permite la sinergia entre el análisis histórico y el razonamiento lógico para comprender el desarrollo y evolución de una disciplina a lo largo de un periodo de tiempo determinado; por su parte, el método inductivo, se erige mediante la observación de patrones y fenómenos particulares en aras de inferir principios generales o teorías más amplias, partiendo de que el conocimiento se encuentra en constante evolución.

### 3.3.1 Métodos Teóricos

Los métodos teóricos son una representación lógica y estructurada del pensamiento; su fundamento reside en sintetizar, generalizar y extraer un análisis específico sobre la importancia y los vínculos de los fenómenos investigados. Desde esta perspectiva, se insta al investigador a descubrir las leyes que los determinan y pasan de teorías sensibles a abstractas (Rodríguez y Pérez, 2017). En el método teórico se estructura el estudio del arte sobre la problemática científica planteada; seguidamente se interpretan estadísticamente los datos obtenidos y se verifican las hipótesis planteadas preliminarmente, asintiendo la posibilidad de establecer conclusiones y recomendaciones de la pesquisa.

**3.3.1.1 Método Hipotético-deductivo.** El método hipotético-deductivo tiene como objetivo el planteamiento de hipótesis, empieza con dos premisas fundamentales: una universal, que son leyes y teorías científicas denominadas enunciado nomológico; y otra empírica, denominada enunciado entimemático, la cual es el objeto observable y genera el problema para la investigación (Sánchez, 2018). En concordancia con lo anterior, este parte de la lógica de la investigación científica y se basa en formular una ley universal para estructurar teorías, las cuales se derivan de especulaciones más que de conjeturas inductivistas, correspondiéndose a una proposición como la siguiente: si «X sucede, Y sucede» (Hernández, 2008). De acuerdo con ello, el enfoque dirige al investigador a la aceptación de una epistemología, en su quehacer investigativo se efectiviza lo general a lo particular.

**3.3.1.2 Método Histórico Lógico.** El método histórico se fundamenta en la importancia que tiene la historia, por lo que contribuye a determinar vínculos presentes con hechos acontecidos en el pasado para la consolidación de las ciencias (Abreu, 2014). Con referencia a lo anterior, el método lógico permite determinar leyes generales del funcionamiento y del desarrollo de los fenómenos (Torres, 2019). Se empleó en la investigación como maniobra para reunir evidencias de las variables, comparándola con hechos relevantes a nivel histórico, los cuales permitan estructurar información secuencial y coherente asociada al objeto en estudio, desde el problema de la investigación, el marco teórico referencial, el diseño metodológico y el planteamiento de sus resultados, conclusiones y recomendaciones.

**3.3.1.3 Método Inductivo.** El método inductivo es conocido por ser experimental; de modo que, motiva al investigador a reflexionar sobre el planteamiento de premisas específicas, que posteriormente lo induzcan al arribo de conclusiones particulares. En el método inductivo es posible encontrar —a grandes rasgos— los siguientes pasos: 1) observación; 2) formulación de hipótesis; 3) verificación de hipótesis; 4) tesis; 5) ley; 6) teoría y 7) la contrastación de las conclusiones extraídas (Dávila, 2006). En suma, para tener una

conclusión inductiva, el investigador debe observar todas las características del fenómeno investigado.

### **3.3.2 Métodos Empíricos**

El método empírico se fundamenta en la experiencia y la lógica, contribuyendo a obtener datos del contexto real, lo que alimenta a la investigación por medio de la: revisión documental, delimitación del problema y aplicación de test psicológicos en la fase de diagnóstico para la recopilación de información (Cortez, 2018). Los métodos empíricos aportan conclusiones científicas en el estudio; por ende, se parte de seleccionar instrumentos adecuados que cumplan con criterios de validez y confiabilidad, requerimientos técnicos pertinentes y factibilidad de los mismos. Los métodos empíricos empleados son: revisión documental y las escalas de evaluación psicológica: de soledad de Jong Gierveld (DJGLS) y de depresión de Zung.

**3.3.2.1 Revisión Documental.** La investigación documental es una herramienta para la recolección de información escrita, incita al investigador a realizar una síntesis de la información obtenida sobre un tema particular para delimitar sus componentes, vínculos, diferencias, perspectivas, y procesos de la situación actual objeto investigado (Íbid, 2018). Las principales fuentes de información para el desarrollo del estudio han sido libros, tesis doctorales, documentos electrónicos obtenidos de páginas web y revistas indexadas en las diversas plataformas disponibles en internet, como: *Google Académico, Redalyc, Scielo, Renati, Dialnet, ScieceDirect, Eksevier*, etc. Esta revisión fortalece la función interpretativa y crítica del investigador acerca del tema de estudio; además, fue necesario examinar documentos de naturaleza legal, tales como: la Constitución de la República del Ecuador, la Ley Orgánica de la Salud y la Ley de la Federación Ecuatoriana de Psicólogos Clínicos para el Ejercicio, Perfeccionamiento y Defensa Profesional, con la finalidad de analizar todas las aristas del fenómeno planteado al inicio de la investigación.

**3.3.2.2 Test Psicométricos.** Los test psicométricos son un procedimiento estandarizado que miden cualidades psíquicas de un sujeto en estudio. Contiene preguntas abiertas o cerradas, o, ítems de forma organizada para invitar a la persona a dar ciertas respuestas registrables. Son una herramienta técnica que se usa en el campo de la psicología clínica y por su complejidad abarca aspectos como: duración, forma, expresividad y significado.

**Escala de soledad de Jong Gierveld (DJGLS).** La DJGLS es altamente usada en Europa para medir la categoría de la soledad. Su uso se fundamenta en un modelo teórico breve que no presenta sesgos a nivel cultural, asociados a la forma de interpretación del aislamiento social y la forma de vida. El objetivo del test es medir el grado de soledad que percibe un sujeto en sus dimensiones más básicas; asimismo, evalúa la existencia de dos dimensiones subyacentes: la soledad emocional y social. En este contexto, La soledad a nivel emocional causada por el ausentismo, abandono o desprotección de su red de apoyo social y familiar; mientras que la soledad social, efectuada por el anhelo de sentirse apoyado por alguien en caso de necesitarlo (Buz y Prieto, 2013).

En ese sentido, la DJGLS ha sido estudiada, validada y aplicada en diversos estudios para evaluar el nivel de soledad experimentado —específicamente— en la población de adolescentes. Conforme a ello, en una investigación realizada en Perú titulada: «Evidencia de validez y confiabilidad de una medida de soledad en adolescentes peruanos», se concluyó que el nivel de confiabilidad del test fue aceptable ( $\geq .70$ ), evidenciando características psicométricas efectivas y apropiadas para este grupo etario. Además, se determinó que la escala en base a una estructura factorial oblicua dio apertura a la ampliación de conocimientos de componentes individuales y sociales que influyen en la interiorización de la soledad (Ventura *et al.*, 2017). En Argentina, un estudio llevado a cabo con el tema: «Evidencias de validez y confiabilidad de la versión abreviada de la escala de soledad de Jong-Gierveld en estudiantes universitarios de Argentina», evidenció en los resultados del análisis factorial confirmatorio, que esta escala es de tipo bidimensional porque cuenta con una distribución igualitaria de los ítems en ambas dimensiones: soledad social y emocional. Lo cual representa un aporte sustancial para los investigadores argentinos, ya que los instrumentos utilizados hasta ese entonces, no operacionalizaban la soledad desde una perspectiva bifactorial, que si bien es cierto están correlacionadas, pero son constructos diferenciados (Chemisquy, Arévalo y Sadaniowski, 2022).

La DJGLS fue creada por Jong Gierveld en 1989, se fundamenta en un modelo cognitivo. En esta escala se percibe a la soledad con un nivel de discrepancia existente entre las relaciones sociales que se desean y las que se tiene en realidad; su objetivo principal es medir el grado de soledad experimentado por un sujeto (Buz y Prieto, 2013). El cuestionario cuenta con un total de 11 ítems, seis de ellos miden la soledad emocional, como consecuencia del abandono percibido en su red de apoyo familiar y social; los otros cinco ítems evalúan la soledad social, desenlazada por el deseo profundo de contar con alguien cuando necesiten apoyo, o atraviesen momentos de dificultad.

**Interpretación del Nivel de Soledad.** En la DJGLS las puntuaciones cuantitativas en la versión de 11 ítems tienen tres categorías de respuesta: (1 = no, 2 = más o menos, 3 = si). Dentro de las recomendaciones para su calificación, se dicotomizaron las respuestas otorgando un punto si la respuesta era: (más o menos o no) en los ítems: 1, 4, 7, 8 y 11 (ítems inversos); y un punto a las respuestas: (más o menos o si) en los ítems: 2, 3, 5, 6, 9 y 10 (ítems directos). Una vez dicotomizada la escala, los puntajes pueden variar desde: un valor mínimo de cero (nula soledad), a un máximo de 11 (soledad extrema) (Jong Gierveld & Kamphuls, 1985). La presente escala será de uso y aplicación para la población objeto de estudio en la investigación.

**Tabla 5.** Interpretación del nivel de soledad

| Índice | Interpretación     |
|--------|--------------------|
| 0 - 2  | No solitario       |
| 3 - 8  | Solitario moderado |
| 9 - 10 | Solitario severo   |
| 11     | Solitario máximo   |

*Fuente:* Gierveld y Kamphuls, 1985

*Elaborado por:* Diana Macas Castillo

**Escala de depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale SDS).** La Escala de depresión de Zung fue diseñada en 1965 por William Zung, con el objetivo principal de obtener un instrumento con criterios de validez y confiabilidad científica, capaz de comparar casos y datos relevantes de pacientes con depresión. Este instrumento, parte de los fundamentos de la escala de depresión de Hamilton; ambos estudian mayormente el componente somático conductual que se presenta en un paciente con depresión. La escala está compuesta por 20 ítems; en los ítems se cuantifica la asociación de los síntomas depresivos durante las dos últimas semanas. En los componentes estructurales del test 10 preguntas se elaboran de forma positiva, y las otras 10 de forma negativa; por lo tanto, el puntaje total oscila entre 20-80 puntos. Las preguntas tienen una evaluación en escala de Likert en un rango del 1-4; con respecto al tipo de respuesta, se puede contestar ordinalmente; es decir, el paciente contestará: nunca o raras veces, algunas veces, muchas veces, siempre o casi siempre.

En el mismo sentido, la escala de depresión de Zung, es un instrumento que permite medir los niveles clínicos de la depresión; es capaz de proporcionar datos de diversas dimensiones: afectivos, contiene 2 preguntas y representa estadísticamente el 10 % de su totalidad; fisiológicos, consta de 8 preguntas representa el 40 %; psicomotrices, con 2 preguntas el 10 %; y psicológicos, con 8 preguntas es el 40 % del total (Suárez, Pinerúa y Estevez, 2023). El test no garantiza por sí solo el establecimiento de un diagnóstico del

trastorno depresivo; sin embargo, aporta información clínicamente valiosa para establecer un pronóstico general del paciente.

**Tabla 6.** Esquema de puntuación de los ítems de la escala de depresión de Zung

|                 | Nunca o raras veces | Algunas veces | Muchas veces | Siempre o casi siempre |
|-----------------|---------------------|---------------|--------------|------------------------|
| <b>Positivo</b> | 4                   | 3             | 2            | 1                      |
| <b>Negativo</b> | 1                   | 2             | 3            | 4                      |

*Fuente:* Rivera y Cáceres, 2007

*Elaborado por:* Diana Macas Castillo

**Interpretación de Nivel de Depresión.** La suma total de las 20 preguntas conlleva a una puntuación global, con la cual posteriormente es posible determinar el nivel de depresión que presenta el sujeto que ha sido participante del estudio.

**Tabla 7.** Interpretación de nivel de depresión

| Índice | Interpretación     |
|--------|--------------------|
| < 50   | Normal             |
| 50-59  | Depresión leve     |
| 60-69  | Depresión moderada |
| ≥ 70   | Depresión severa   |

*Fuente:* Rivera y Cáceres, 2007

*Elaborado por:* Diana Macas Castillo

### 3.3.3 Consideraciones Éticas

A escala mundial, en la salud pública se presentó un hito importante sobre abusos denunciados de seres humanos sometidos a experimentos médicos y conductuales durante la Segunda Guerra Mundial, sobre todo por aquellos dirigidos por Josef Mengele — *Todesengel*—. Con este antecedente, el Código de Núremberg fue publicado para juzgar algunos crímenes cometidos en contra de médicos y científicos que realizaron ensayos clínicos a los prisioneros de los campos de concentración de aquella época; el cual, sirvió como un antecedente para garantizar una praxis investigativa ética; especialmente, donde se involucre a seres humanos.

Ante ello, para fundamentar las consideraciones éticas del presente estudio se tomó el Informe Belmont, cuyo planteamiento inicial es resumir los principios éticos elementales en el desarrollo de una investigación científica del área de la salud (*U.S Department of Health and Human Services*, 1979). En este informe se detallan tres principios sobre los cuales se crean reglas específicas: el principio de respeto, beneficencia y justicia.

### 3.3.3.1 Informe Belmont

**Principio de Respeto a las Personas.** El principio de respeto a las personas incluye dos aspectos importantes: por un lado, el tratar a todos los individuos como entes autónomos y responsables en la direccionalidad y el sentido de sus vidas; así como el sentirse capaces de tomar decisiones asertivas y efectivas; por el contrario, los sujetos donde cuya autonomía este desprotegida y pertenezcan a un sector vulnerable de la población: personas con discapacidad, menores de edad, mujeres embarazadas, etc., tienen derecho a ser mayormente protegidos. En el actual estudio los derechos de confidencialidad y de libre participación de los pacientes han sido respetados; en tal sentido, dentro de los criterios de exigencia se incluye que los sujetos participen proporcionándoseles información adecuada mediante el uso del consentimiento informado.

**Principio de Beneficencia.** El principio de beneficencia refuerza los beneficios y reduce riesgos o daños que se pudieran presentar en los pacientes durante el desarrollo de una investigación. Investigar no parte solo de respetar los derechos del sujeto investigado, sino también de buscar con los resultados de la investigación su bienestar, desde una perspectiva compasiva y bondadosa que responda a principios de: no causar daño, aumentar los beneficios y disminuir los daños. Tomando como base lo anterior, se protegió los datos de filiación e historia clínica del paciente y se expone únicamente los beneficios del presente estudio al encontrar la correlación existente entre el aislamiento social durante la pandemia por COVID-19 en la presentación de trastorno depresivo.

**Principio de Justicia.** El principio de justicia demanda que los avances investigativos proporcionen aportes sustanciales, no sólo para aquellas personas que tengan el alcance económico de costear los beneficios que de los resultados de la investigación se encuentren; por el contrario, se pueda involucrar también a personas o sectores que no cuenten con las posibilidades económicas de participar en los resultados subyacentes de la presente. De la misma forma, debe evitarse bajo toda circunstancia que en la selección de sujetos de la investigación se concentre en población vulnerable, por motivos de: minorías étnicas o raciales, orientación sexual, o estado de salud mental; por el contrario, cada participante ha sido seleccionado sin discriminación de ningún tipo.

En este contexto, se examinó el cumplimiento del principio de justicia de la investigación; por ello, inicialmente se ofició a la Gerente de la Clínica MachalaDent para solicitar la autorización del levantamiento de información de los pacientes que acuden a esta unidad de salud; por lo que se favorecerá a toda la población seleccionada para el desarrollo del estudio sin discriminación de condición económica, o posición social.

### **3.4 Procesamiento estadístico de la información**

En el procesamiento estadístico de la información se utilizó la herramienta de SPSS® o también conocido como el paquete estadístico para las ciencias sociales implementado por primera vez en la Universidad de Chicago. Es un paquete estadístico de uso general que integra procedimientos estadísticos y también gráficos de alta gama; en tal sentido, SPSS es un apoyo al momento de analizar los datos, ya que incluye métodos cuantitativos, métodos de investigación, segmentación de mercados, finanzas, inferencia estadística, análisis multivariado, pronóstico con series de tiempo, y otros (Benítez y Miranda, 2018)

Una vez aplicado los instrumentos: DJGLS y escala de depresión de Zung, se continuó con el procesamiento de la información elaborado en una base de datos en Excel 2007 y se exportó al programa SPSS® (*Statistical Product and Service Solutions*) versión 29.0.1.0. Para el análisis descriptivo se incluyó medidas de resumen, porcentajes para las variables cuantitativas, como medida de dispersión, además se utilizó la desviación estándar; para el análisis de la asociación de variables se utilizó la técnica estadística Chi cuadrado de Pearson con un alfa de 0,05.

## Capítulo IV: Análisis e Interpretación de Resultados

### 4.1 Análisis de la Situación Actual

#### 4.1.1 Características Generales de la Muestra

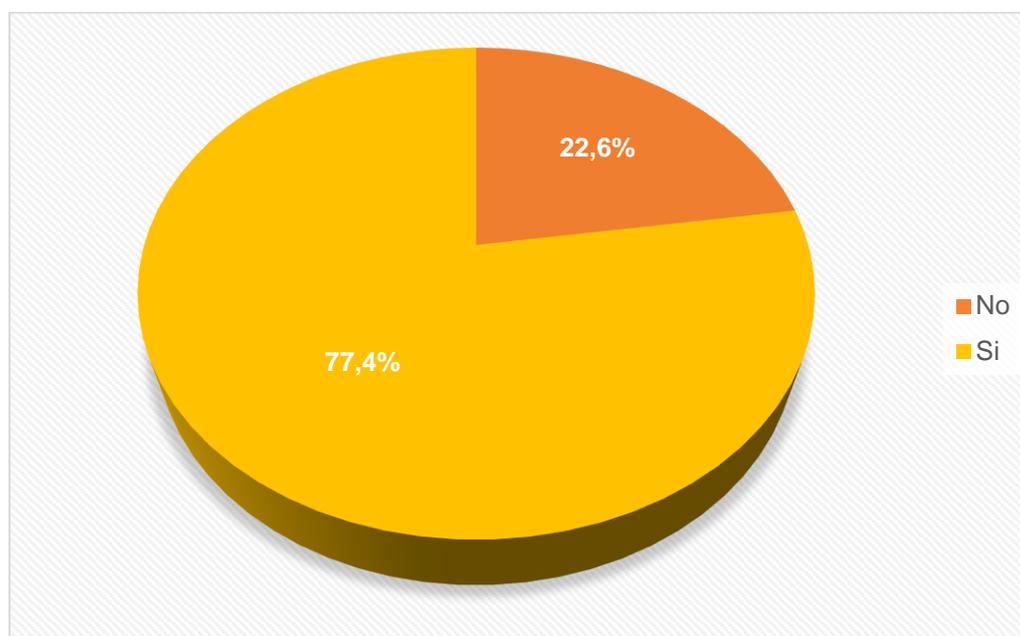
**Tabla 8.** Estado clínico de los pacientes

| Características                       | Categoría | N°  | Porcentaje |
|---------------------------------------|-----------|-----|------------|
| Pacientes diagnosticados con COVID-19 | No        | 70  | 22,60      |
|                                       | Si        | 240 | 77,40      |

*Fuente:* Clínica MachalaDent

*Elaborado por:* Diana Macas Castillo

**Gráfico 1.** Estado clínico de los pacientes



*Fuente:* Clínica MachalaDent

*Elaborado por:* Diana Macas Castillo

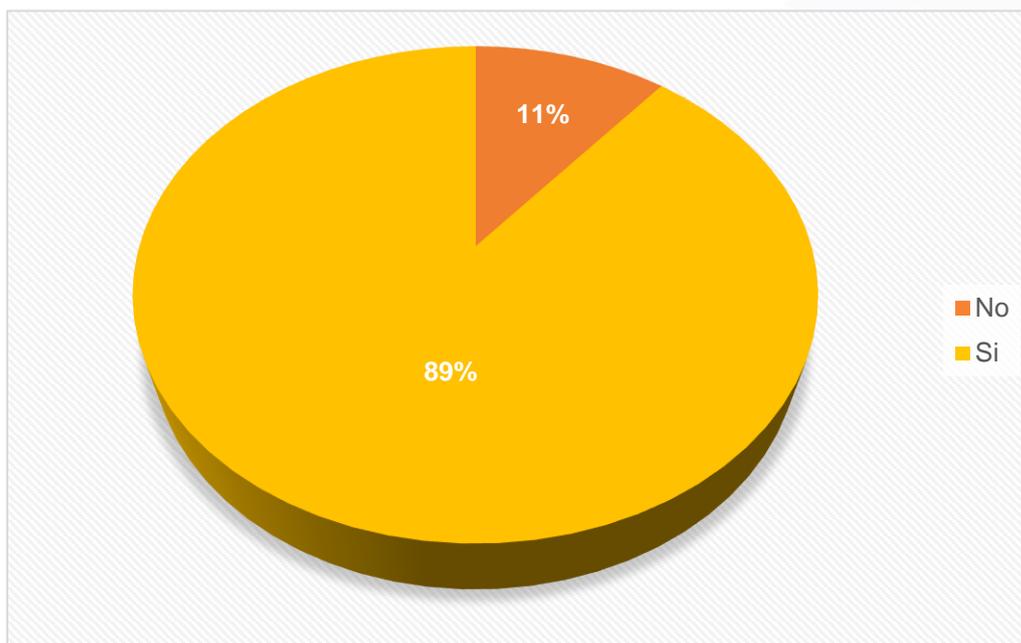
Tal y como lo muestra la tabla anterior, el 77,4 % (240) tuvo un diagnóstico de COVID-19 positivo; a diferencia del 23 % (70) quienes no fueron diagnosticados de forma oficial con la afección respiratoria. No obstante, no es posible determinar con precisión si de esta última proporción, existe alguno que no fuese diagnosticado pero que tuviese los síntomas asociados al mismo; entendiéndose que el clima de zozobra del momento asintió la idea del autoaislamiento. Tomando como base lo anterior, vale destacar que aun cuando se encuentra un grupo de individuos que no refieren haber sido diagnosticados con la enfermedad respiratoria, ello no excluye que familiares y amigos si hayan tenido la confirmación positiva, haciendo que las consecuencias y resultados originados por el COVID-19, se sintieran con la misma frecuencia e impacto como si el diagnóstico hubiese sido realizado a título personal.

**Tabla 9.** Cumplimiento de aislamiento social

| Características  | Categoría | N°  | Porcentaje |
|--|-----------|-----|------------|
| Pacientes que cumplieron con el aislamiento social por recomendaciones medicas | No        | 34  | 11         |
|  | Si        | 276 | 89         |

*Fuente:* Clínica MachalaDent

*Elaborado por:* Diana Macas Castillo

**Gráfico 2.** Cumplimiento de aislamiento social

*Fuente:* Clínica MachalaDent

*Elaborado por:* Diana Macas Castillo

De la misma manera, los otros datos arrojaron que el 89 % (276) de los sujetos cumplieron con el aislamiento social de acuerdo a las recomendaciones médicas; mientras que el 11 % (34) de los encuestados no lo realizó. Con estas cifras se refleja el alto grado de compromiso de los pacientes para con su salud y el cumplimiento responsable de las medidas de aislamiento exigidas para quienes se contagiasen; ello como una medida de protección colectiva tendiente a frenar las indetenibles olas de contagio masivo.

Si se extrapolan estos datos, a la realidad del cantón durante el periodo de aislamiento social, será posible corroborar que hubo un comportamiento análogo reflejado al de las respuestas, pero en este caso a nivel social general. El elevado índice de conciencia demostrado a partir de las recomendaciones médicas durante este periodo, denota el grado de respeto que representó el COVID-19 en la vida y dinámica de los machaleños.

#### 4.1.2 Análisis de aislamiento social, de acuerdo a los resultados obtenidos de la escala de soledad de Jong Gierveld

El siguiente punto basa su análisis en el aislamiento social, de acuerdo a los resultados obtenidos con la aplicación de la escala de soledad de Jong Gierveld; instrumento de evaluación psicológica con el que se valoró el grado de soledad en dos dimensiones: la soledad emocional y la soledad social. Los datos expuestos no son ajenos a la realidad de muchas latitudes a nivel mundial, tomando en cuenta que el aislamiento fue una estrategia estatal de salud pública aplicada para la contención del virus; y, por que —por antonomasia— también trajo consigo la implosión de la salud mental de los individuos dados los prolongados periodos de tiempo por los que se mantuvo la medida.

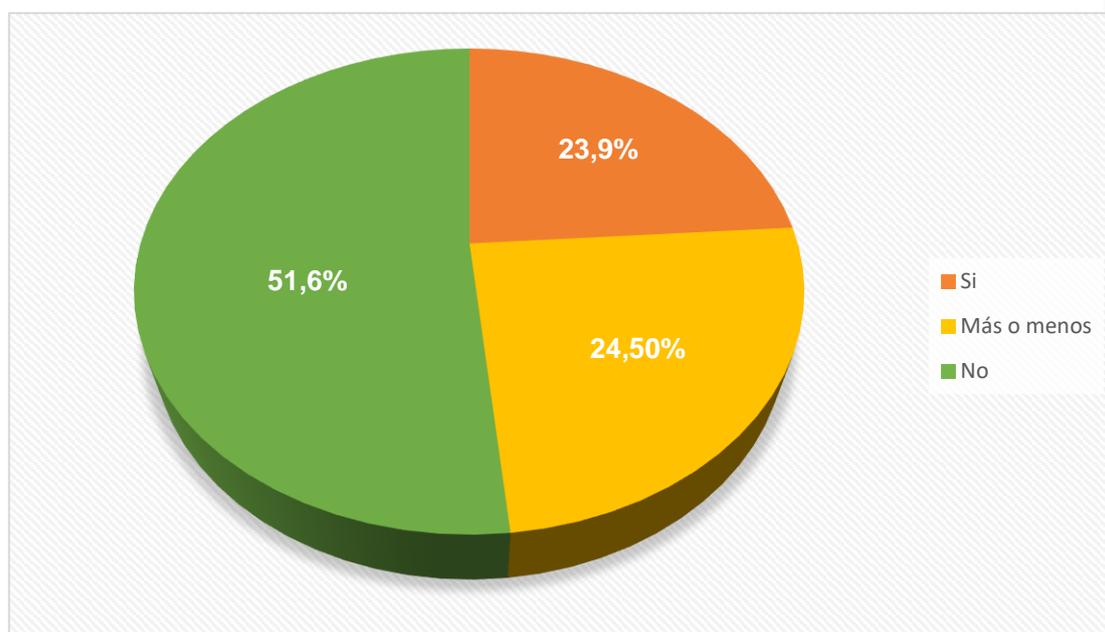
**Tabla 10.** Vacío existencial

| Ítem   | Sí |      | Más o menos |      | No  |      | Total |     |
|--|----|------|-------------|------|-----|------|-------|-----|
|  | Nº | %    | Nº          | %    | Nº  | %    | Nº    | %   |
| Siento una sensación de vacío a mi alrededor | 74 | 23,9 | 76          | 24,5 | 160 | 51,6 | 310   | 100 |

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

**Gráfico 3.** Vacío existencial



Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

La dimensión de soledad emocional se evalúa en la tabla 10. En ella se hace evidente la categoría vacío existencial expuesta en el ítem 3, arrojando que el 51,6 % (160) refiere no presentarlos, el 24,5 % (76) lo presentó más o menos, y el 23,9 % (74) sí lo presentó. Los

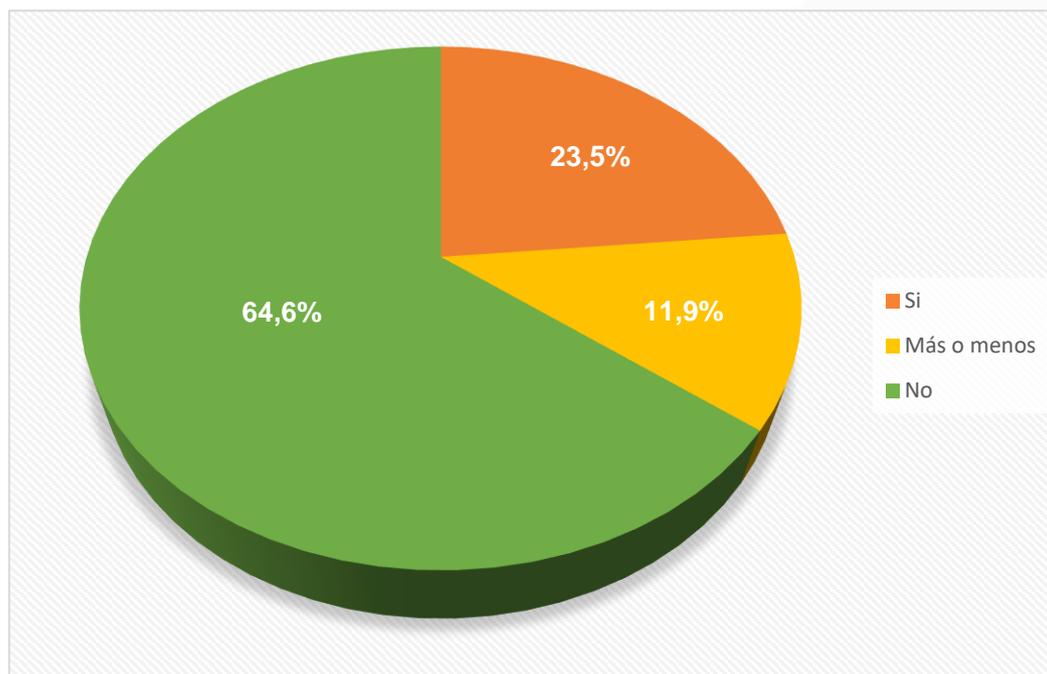
resultados de esta categoría permiten vislumbrar que los pacientes no alcanzaron un nivel exacerbado de vacío existencial durante el periodo de confinamiento; a pesar de los sentimientos de tristeza, falta de motivación en la ejecución de actividades cotidianas, frustración y miedo, la esperanza en el vencimiento de la contingencia estaba presente en cada uno de los pacientes encuestados.

**Tabla 11.** Abandono emocional

| Ítem                                   | Sí |      | Más o menos |      | No  |      | Total |     |
|--|----|------|-------------|------|-----|------|-------|-----|
|  | Nº | %    | Nº          | %    | Nº  | %    | Nº    | %   |
| Me siento abandonado(a) frecuentemente | 73 | 23,5 | 37          | 11,9 | 200 | 64,6 | 310   | 100 |

*Fuente:* Clínica MachalaDent

*Elaborado por:* Diana Macas Castillo

**Gráfico 4.** Abandono emocional

*Fuente:* Clínica MachalaDent

*Elaborado por:* Diana Macas Castillo

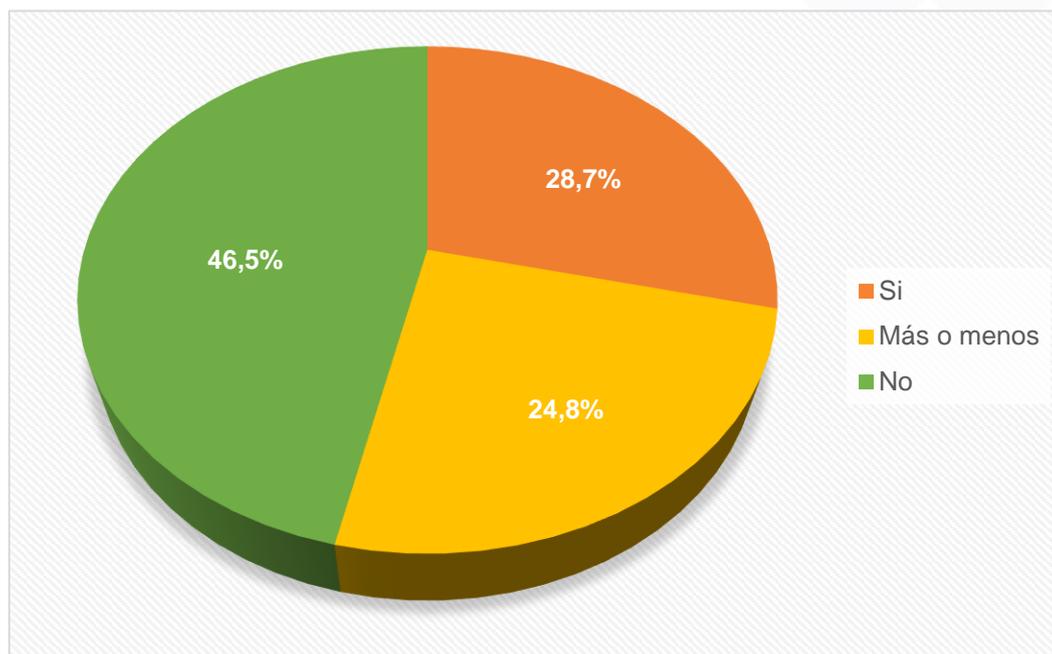
En el ítem 11, el 64,6 % (200) indicó que no se siente abandonado, seguido de sí con 23,5 % (73) y finalmente más o menos con 11,9 % (37). Los resultados de esta categoría permiten vislumbrar que los pacientes no percibieron abandono o desprotección total por parte de su red de apoyo; entendiendo que paralelamente con el auge y desarrollo de la pandemia, se desarrollaron otros mecanismos de comunicación e interacción conexos, más allá de la acostumbrada presencialidad. Por ende, la sensación de abandono no se sintió de una forma más acentuada.

**Tabla 12.** Interacciones sociales

| Ítem  | Sí |      | Más o menos |      | No  |      | Total |     |
|---|----|------|-------------|------|-----|------|-------|-----|
|   | Nº | %    | Nº          | %    | Nº  | %    | Nº    | %   |
| Echo de menos tener un buen amigo de verdad | 89 | 28,7 | 77          | 24,8 | 144 | 46,5 | 310   | 100 |

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

**Gráfico 5.** Interacciones sociales

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

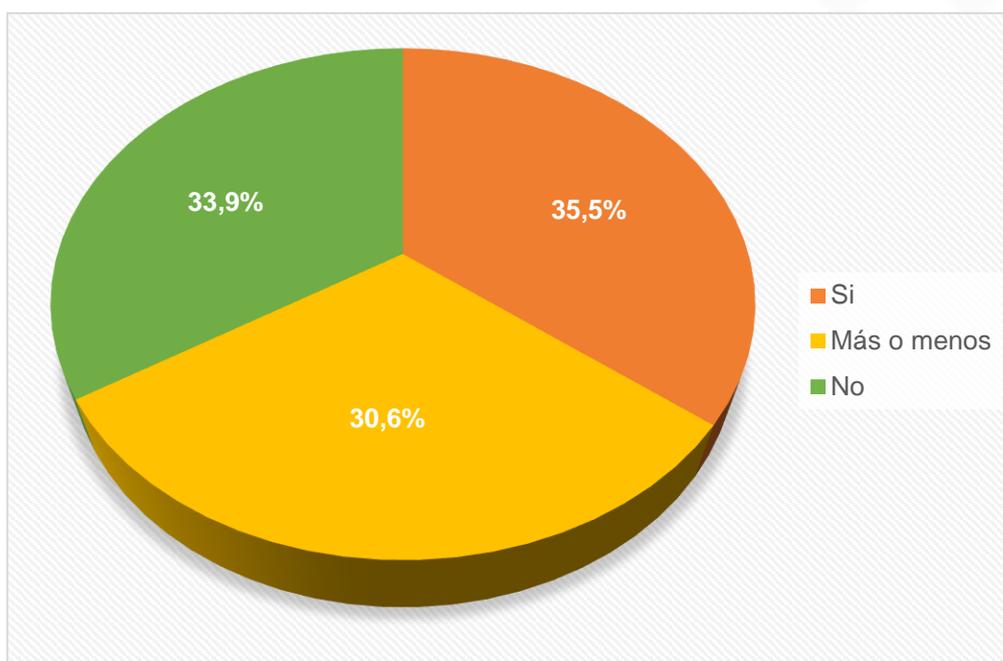
En la categoría sobre la ausencia de interacciones sociales que aparece en el ítem 2, los consultados respondieron que no con el 46,5 % (144), seguido del sí con el 28,7 % (89) y más o menos con el 24,8 % (77). Referente a ello, a los pacientes no les afectó el hecho de no tener una red de apoyo presencial debido a la situación coyuntural, por lo que lograron adaptarse a la nueva situación producto de las recomendaciones gubernamentales sugeridas. No obstante, como bien se sabe, la amistad es un nexo que se construye y se mantiene con el tiempo y la intensidad de los acontecimientos. Por ende, una circunstancia como la descrita a lo largo de esta investigación, no debe ser una situación condicionante para evaluar la calidad de una amistad; con base en lo anterior, vale puntualizar que el contacto en línea permitió —paradójicamente— la reunificación de muchas amistades que no interactuaban, convirtiendo la sensación de soledad en una experiencia menos traumática, y comprendiendo que a través de la virtualidad se pueden mantener los lazos familiares y de amistad, aun cuando es una forma no convencional de practicarlo.

**Tabla 13.** Percepción del círculo social

| Ítem   | Sí  |      | Más o menos |      | No  |      | Total |     |
|--|-----|------|-------------|------|-----|------|-------|-----|
|  | N°  | %    | N°          | %    | N°  | %    | N°    | %   |
| Pienso que mi círculo de amistades es demasiado limitado | 110 | 35,5 | 95          | 30,6 | 105 | 33,9 | 310   | 100 |

*Fuente:* Clínica MachalaDent

*Elaborado por:* Diana Macas Castillo

**Gráfico 6.** Percepción del círculo social

*Fuente:* Clínica MachalaDent

*Elaborado por:* Diana Macas Castillo

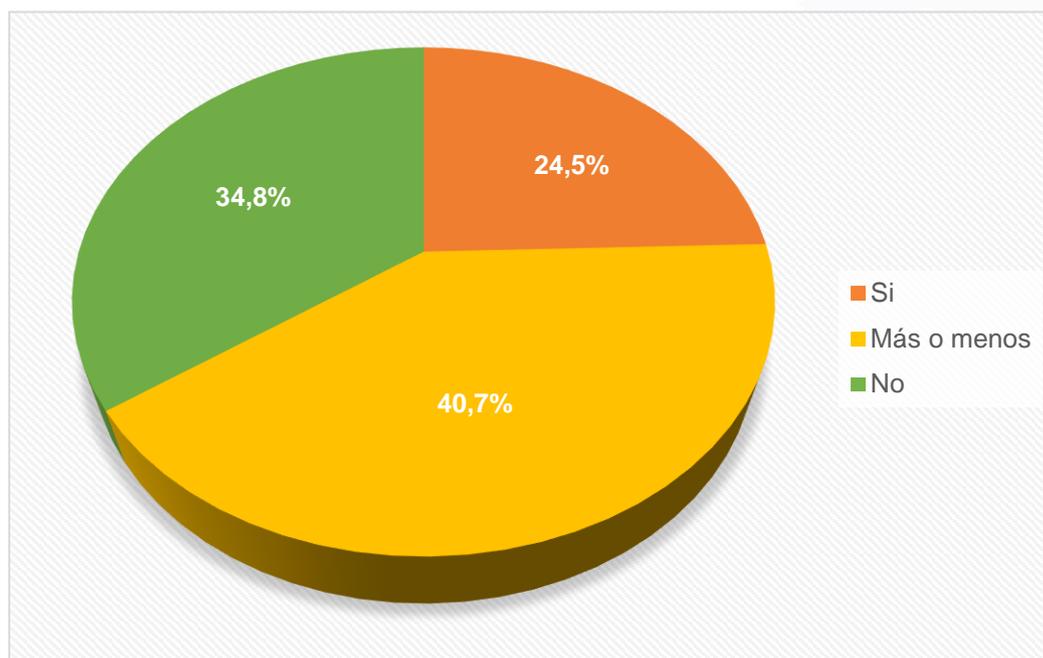
En torno al ítem 6, las respuestas ubicadas en sí, no y más o menos, mostraron un resultado de 35,5 % (110), 33,9 % (105) y 30,6 % (95) respectivamente. El nivel de percepción de contar con una red de apoyo fue negativo, ya que se percibe al círculo social y al familiar como limitado, lo que representa un factor de riesgo al indisponer de un soporte emocional capaz de generar bienestar y mejora en la calidad de vida. Si bien es cierto, el ser humano se forma como un ser libre y autónomo, también requiere de una red de apoyo próxima a su esfera de desarrollo que le permita sentirse querido y apoyado, así como interactuar y por medio de ello concretar la aprehensión de conocimientos y vivencias que, en suma, produzcan equilibrio.

**Tabla 14.** Acompañamiento socioemocional

| Ítem  | Sí |      | Más o menos |      | No  |      | Total |     |
|---|----|------|-------------|------|-----|------|-------|-----|
|   | Nº | %    | Nº          | %    | Nº  | %    | Nº    | %   |
| Echo de menos la compañía de otras personas | 76 | 24,5 | 126         | 40,7 | 108 | 34,8 | 310   | 100 |

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

**Gráfico 7.** Acompañamiento socioemocional

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

Sobre la categoría del acompañamiento emocional del ítem 5, se resalta la respuesta más o menos con un 40,7 % (126), seguido del no con un 34,8 % (108) y si con el 24,5 % (76). En esta categoría es posible presuponer que sentir la compañía, difiere de tener gente alrededor; es decir, tiene un contenido emocional por la necesidad de sentirse acompañados, apoyados, escuchados, queridos e interconectados con el resto. Desde una perspectiva psicológica, la necesidad de sentirse acompañado y conectado con otros individuos se ha arraigado —indefectiblemente— en la naturaleza humana, influyendo en la percepción del individuo sobre sí mismo y su capacidad para afrontar desafíos.

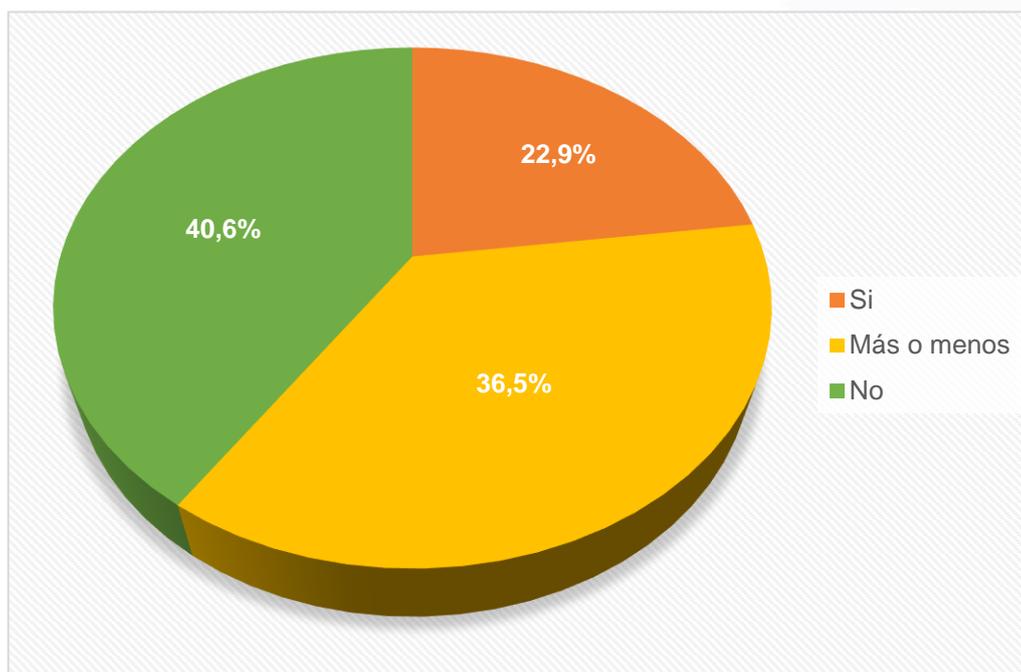
La condición gregaria del ser humano hace que, sentirse acompañado sea una necesidad de incommensurable valor en diversos estadios de la vida. Por ello que, la soledad o la sensación de esta, se ha asociado con efectos perjudiciales en la salud mental y física, incluyendo un mayor riesgo de padecer ansiedad y/o depresión.

**Tabla 15.** Presencia de gente alrededor

| Ítem                                     | Sí |      | Más o menos |      | No  |      | Total |     |
|--|----|------|-------------|------|-----|------|-------|-----|
|  | Nº | %    | Nº          | %    | Nº  | %    | Nº    | %   |
| Echo de menos tener gente a mi alrededor | 71 | 22,9 | 113         | 36,5 | 126 | 40,6 | 310   | 100 |

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

**Gráfico 8.** Presencia de gente alrededor

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

Con respecto al ítem 9, el 40,6 % (126) respondió que no, el 36,5 % (113) que más o menos; mientras que el 22,9 % (71). Los sujetos en estudio parten del hecho de no extrañar tener gente alrededor, refiriéndose a la presencia del otro, lo que refleja —en este contexto— que hubo un elevado índice de personas que manifestaron no sentir la necesidad de compañía durante los periodos de confinamiento.

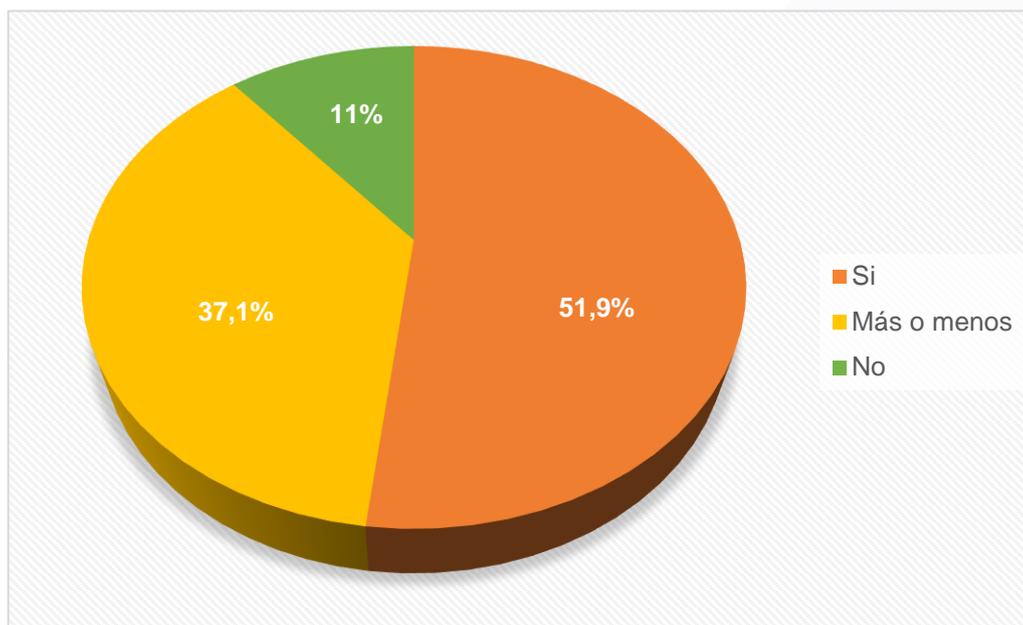
Las respuestas del apartado anterior, ofrecen una muestra perspicaz de la complejidad de las experiencias emocionales en el individuo, las cuales arrojan ciertos atisbos de luz sobre un aspecto intrigante que para la psicología humana representa los contextos de aislamiento social. Esto sugiere la activación de los mecanismos de resiliencia ante la circunstancia de aislamiento social, como una estrategia eficaz para lidiar con situaciones de este tipo, aún sin la presencia de la tan importante red de apoyo cercano.

**Tabla 16.** Nivel de confianza

| Ítem  | Si  |      | Más o menos |      | No |    | Total |     |
|---|-----|------|-------------|------|----|----|-------|-----|
|   | Nº  | %    | Nº          | %    | Nº | %  | Nº    | %   |
| Siempre hay alguien con quien puedo hablar de mis problemas diarios | 161 | 51,9 | 115         | 37,1 | 34 | 11 | 310   | 100 |

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

**Gráfico 9.** Nivel de confianza

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

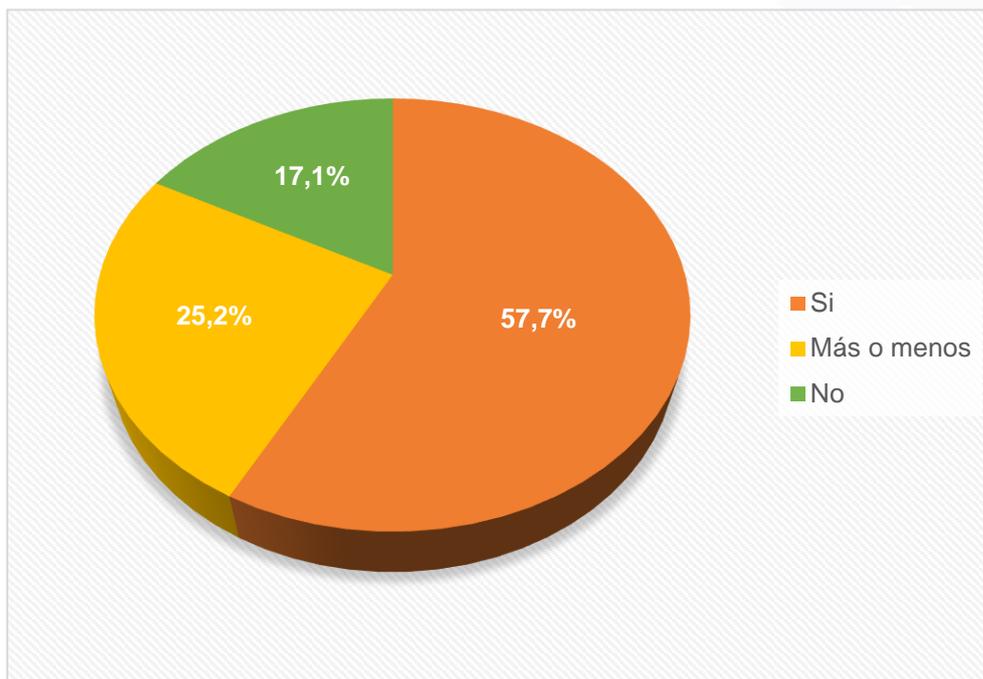
La dimensión que comprende la soledad social se evalúa en la tabla 16. En ella figura como primera categoría: nivel de confianza con el ítem 1; de acuerdo a ello, el 51,9 % (161) respondió que si, el 37,1 % (115) más o menos y el no 11 % (34). Los datos reivindican la necesidad por tener una red de apoyo cercano con quien conversar acerca de la vida, así como una persona que ayude a enfrenar los desafíos y contratiempos cotidianos, lo que representa parte de multiplicidad de factores que definen la naturaleza humana y la interacción con el otro. Desde la óptica de esta investigación, la necesidad intrínseca del otro como elemento de apoyo contra la dificultad y las adversidades, representa un elemento que consiente la sinergia de aspectos psicológicos y sociales del comportamiento humano. La presencia del otro como refugio de las experiencias de quien está afectado, plantea *a priori* una sensación de bienestar en medio de la adversidad, la cual consiste en el sentimiento de sentirse aceptado, en un momento en que las condiciones externas oscurecen el avenir.

**Tabla 17.** Red de apoyo

| Ítem  | Si  |      | Más o menos |      | No |      | Total |     |
|---|-----|------|-------------|------|----|------|-------|-----|
|   | Nº  | %    | Nº          | %    | Nº | %    | Nº    | %   |
| Hay suficientes personas a las que puedo recurrir en caso de dificultades | 179 | 57,7 | 78          | 25,2 | 53 | 17,1 | 310   | 100 |

*Fuente:* Clínica MachalaDent

*Elaborado por:* Diana Macas Castillo

**Gráfico 10.** Red de apoyo

*Fuente:* Clínica MachalaDent

*Elaborado por:* Diana Macas Castillo

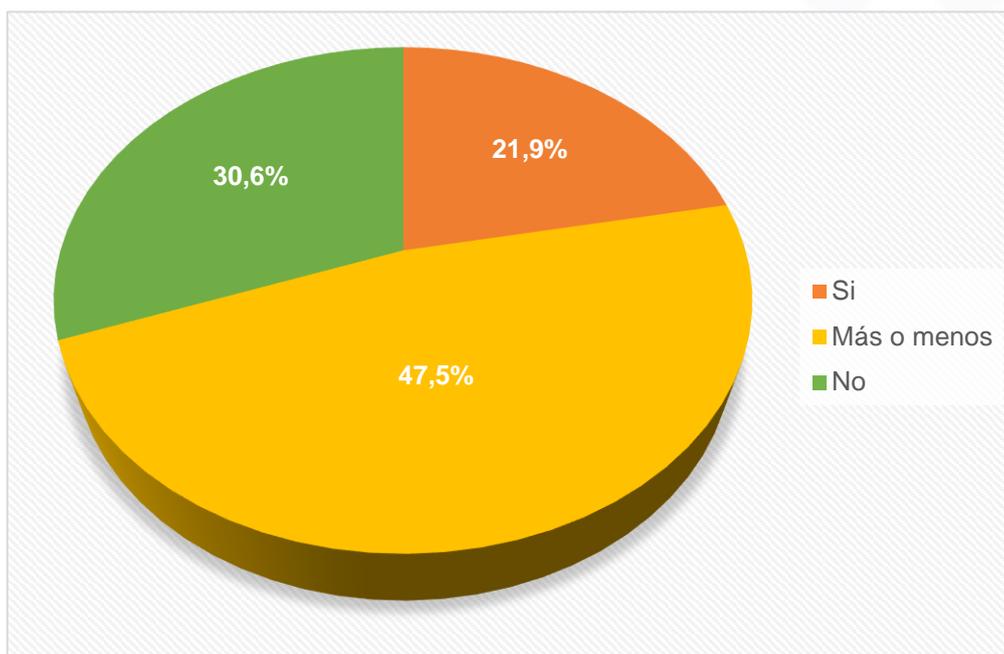
De la misma manera, en el ítem 4, predominó el si con un 57,7 % (179), seguido del más o menos con 25,2 % (78); en discrepancia con el 17,1 % (53) que respondieron no. Los resultados denotan el nivel de cohesión y adherencia que los pacientes tienen con su red de apoyo socio-familiar, al contar con personas a las que acudir en caso de querer expresar situaciones de carácter interno que los pudiesen estar afligiendo o comprometiendo mentalmente; por ende, los mecanismos de autoayuda aprendidos y adaptados durante la pandemia reestablecieron los nexos de comunicación y filiación familiar, a través de medios de contacto no convencionales.

**Tabla 18.** Personas para confiar

| Ítem  | Si |      | Más o menos |      | No |      | Total |     |
|---|----|------|-------------|------|----|------|-------|-----|
|   | N° | %    | N°          | %    | N° | %    | N°    | %   |
| Tengo mucha gente en la que puedo confiar completamente | 68 | 21,9 | 147         | 47,5 | 95 | 30,6 | 310   | 100 |

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

**Gráfico 11.** Personas para confiar

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

En la categoría correspondiente al nivel de interacción en la esfera social conforme al ítem 7, el 47,5 % (147) indicó que confía más o menos, el 30,6 % (95) respondió que no tiene mucha gente en quien confiar y finalmente el 21,9 % (68) respondió sí. Es importante señalar que la confianza hacia las personas se consolida sobre un entramado de conceptos psicológicos, socioculturales y adaptativos que trascienden la experiencia humana, entre los que destacan: la preservación de la integridad individual, la comprensión de la dinámica relacional y las influencias culturales que se encuentran presentes.

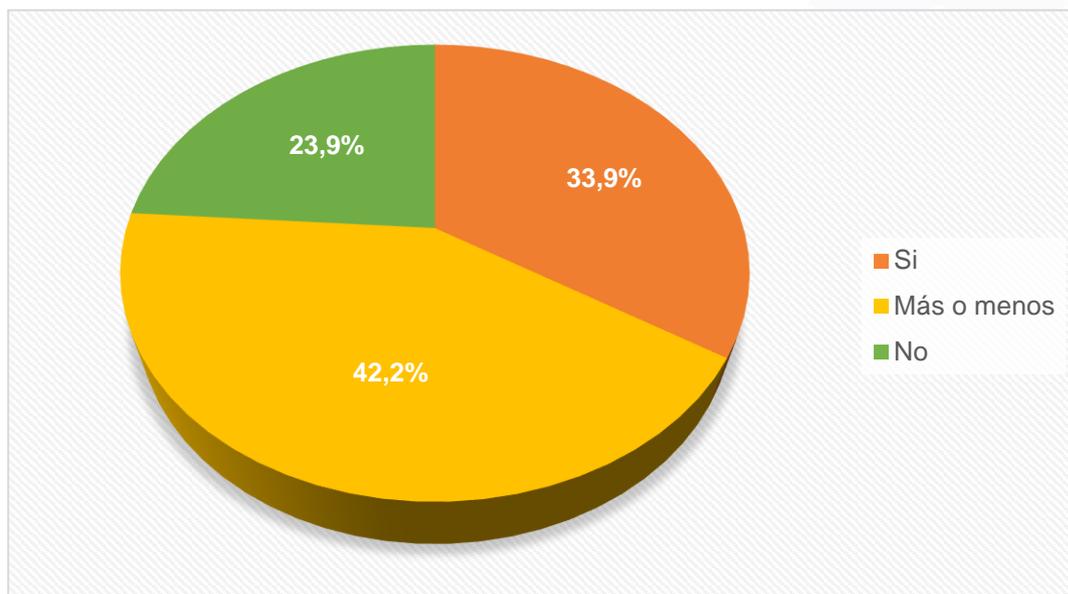
Ello sin contar con las innumerables interpretaciones del mundo que las personas tienen, el auge e influencia de las redes sociales y las nuevas corrientes que le dan primacía al individualismo, quitándole primacía e influencia al importante valor que para los constructos humanos tiene el intercambio y la cooperación.

**Tabla 19.** Amistades cercanas

| Ítem   | Si  |      | Más o menos |      | No |      | Total |     |
|--|-----|------|-------------|------|----|------|-------|-----|
|  | N°  | %    | N°          | %    | N° | %    | N°    | %   |
| Hay suficientes personas con las que tengo una amistad muy cercana | 105 | 33,9 | 131         | 42,2 | 74 | 23,9 | 310   | 100 |

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

**Gráfico 12.** Amistades cercanas

Fuente: pacientes de la Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

De igual forma en el ítem 8, la opción más o menos arrojó un 42,2 % (131), luego el si con 33,9 % (105) y por último el no con 23,9 % (74). Esto se debe al escepticismo en la confianza plena, lo que puede ser considerado una estrategia desarrollada a lo largo de la cadena evolutiva, la cual ha permitido que las personas sean más cautelosas ante hipotéticas amenazas o traiciones, lo que sin lugar a dudas es un mecanismo capaz de preservar el bienestar y la seguridad propia.

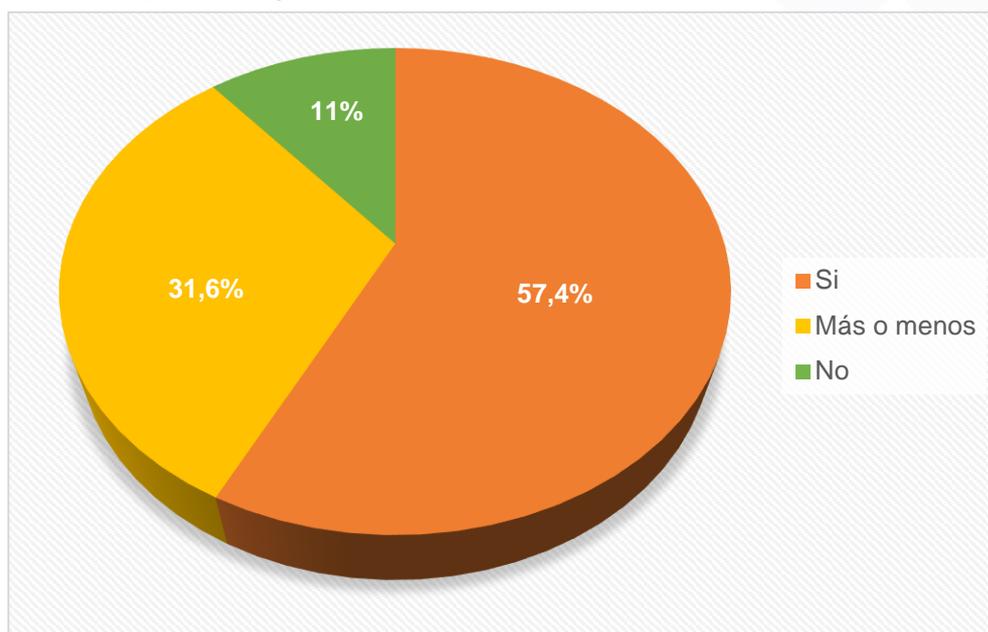
Del mismo modo, dentro de lo que comprende el desarrollo de la psicología social — como disciplina— se ha hecho presente el influjo producido por el sesgo cognitivo conocido como el «dilema del prisionero». Este fenómeno demuestra que la confianza total representa una opción arriesgada dentro del baremo de opciones humanas, por lo que los individuos son inducidos a actuar con precaución, moderación, reserva y mesura, en aras de impedir posibles repercusiones negativas.

**Tabla 20.** Apoyo de amigos

| Ítem  | Si  |      | Más o menos |      | No |    | Total |     |
|---|-----|------|-------------|------|----|----|-------|-----|
|   | Nº  | %    | Nº          | %    | Nº | %  | Nº    | %   |
| Puedo contar con mis amigos siempre que lo necesito | 178 | 57,4 | 98          | 31,6 | 34 | 11 | 310   | 100 |

*Fuente:* Clínica MachalaDent

*Elaborado por:* Diana Macas Castillo

**Gráfico 13.** Apoyo de amigos

*Fuente:* Clínica MachalaDent

*Elaborado por:* Diana Macas Castillo

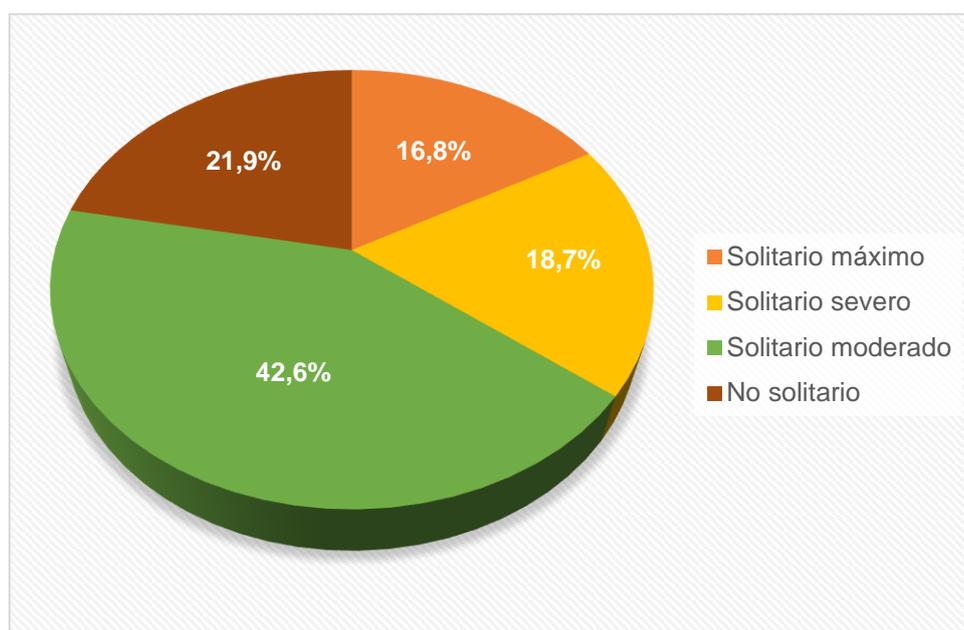
En el ítem 11, el 57,4 % (178) afirmó que si, el 31,6 % (98) que más o menos y el 11 % (34) que no. Los resultados a nivel general muestran que aun cuando no existe un nivel de confianza total en las personas en las que pueden confiar, sienten un apoyo de estas. Además, si bien las personas en quien confiar protagonizan relaciones positivas sobre la base de una interacción diádica, voluntaria, afectiva, recíproca y reforzada con acciones auténticas, no siempre esto representa *per se* un agente protector frente a situaciones adversas o entornos que pudieran considerarse negativos o abrumadores.

**Tabla 21.** Nivel de aislamiento social

| Clasificación      | Nº         | %          |
|--------------------|------------|------------|
| No solitario       | 68         | 21,9       |
| Solitario moderado | 132        | 42,6       |
| Solitario severo   | 58         | 18,7       |
| Solitario máximo   | 52         | 16,8       |
| <b>Total</b>       | <b>310</b> | <b>100</b> |

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

**Gráfico 14.** Nivel de aislamiento social

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

El encuadre del nivel de aislamiento social obtenido después de la aplicación del instrumento a 310 pacientes de la Clínica MachalaDent, establece orientaciones insoslayables que guiarán la presente y las futuras investigaciones relacionadas con la pandemia COVID-19. De este modo, es posible determinar que existe un 42,6 % de personas consideradas como solitarios moderados, seguido del 21,9 % definido como no solitario, un 19 % de solitarios severos y finalmente solitarios máximos con el 16,8 %. Conforme a lo anterior, existe un mayor rango de pacientes en estado de soledad moderada que no los afecta al extremo del vacío existencial; es decir, concurren situaciones en las que estando solo no se desarrolla una connotación negativa de ello; no obstante, la falta de confianza hacia otros resulta el principal catalizador para la elección de episodios cada vez más determinados por la soledad.

#### 4.1.3 Análisis del trastorno depresivo, de acuerdo a los resultados obtenidos de la escala de depresión de Zung

En el siguiente apartado, se presenta un análisis de la depresión, obtenida de los resultados de la escala de depresión de Zung; instrumento que evalúa cuatro dimensiones: afectiva, fisiológica, psicomotriz y psicológica. Es importante mencionar que, la depresión como patología mental reflejó un elevado alcance durante y después de la pandemia COVID-19; referente a ello la OMS demostró que: «en el primer año de la pandemia por COVID-19, la prevalencia de la ansiedad y la depresión aumentó un 25 %» (Organización Mundial de la Salud, 2022).

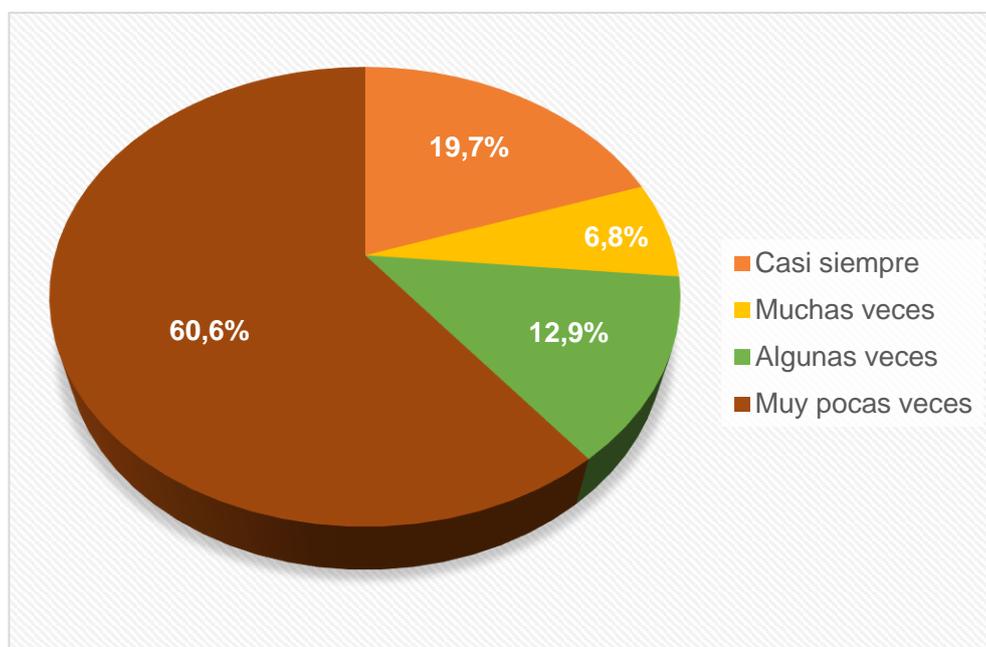
**Tabla 22.** Nivel de tristeza

| Ítem                       | Casi siempre |      | Muchas veces |     | Algunas veces |      | Muy pocas veces |      | Total |     |
|----------------------------|--------------|------|--------------|-----|---------------|------|-----------------|------|-------|-----|
|                            | Nº           | %    | Nº           | %   | Nº            | %    | Nº              | %    | Nº    | %   |
| Me siento triste y decaído | 61           | 19,7 | 21           | 6,8 | 40            | 12,9 | 188             | 60,6 | 310   | 100 |

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

**Gráfico 15.** Nivel de tristeza



Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

La dimensión afectiva se analizó en la tabla 22, en el ítem 1, el 60,6 % (188) contestó muy pocas veces, el 19,7 % (61) casi siempre, seguido de algunas veces con el 12,9 % (40)

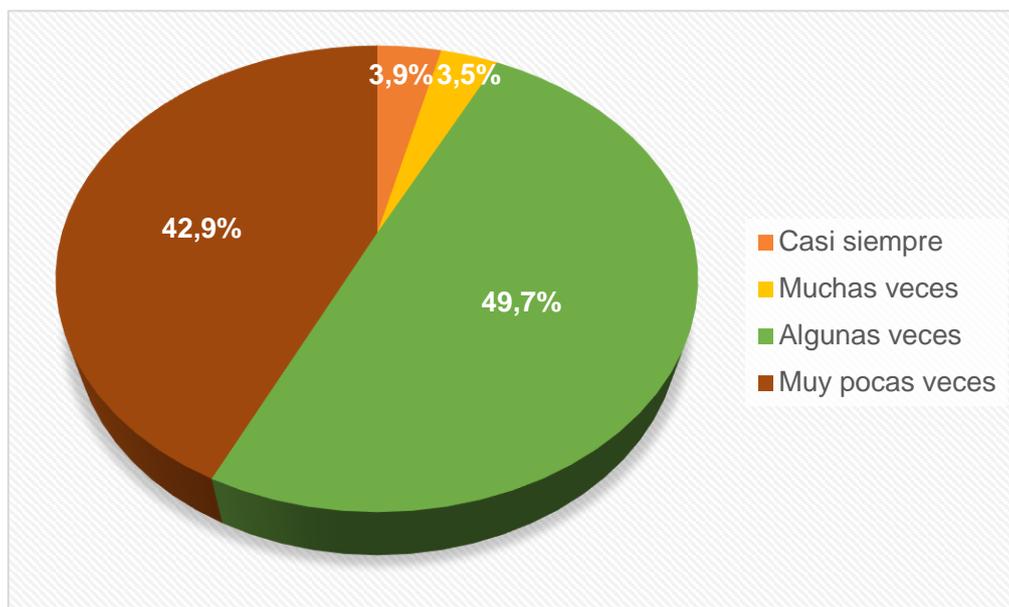
y muchas veces 6,8 % (21). Los resultados apuntan que en su gran mayoría los encuestados tienen casi siempre sensación de tristeza y decaimiento en la que no es posible observar un panorama más allá del que se experimenta; por ende, romper este ciclo y restaurar el equilibrio emocional representa uno de los elementos esenciales para el proceso de recuperación del paciente.

**Tabla 23.** Llanto fácil

| Ítem | Casi siempre                           |    | Muchas veces |    | Algunas veces |     | Muy pocas veces |     | Total |     |
|------|--|----|--------------|----|---------------|-----|-----------------|-----|-------|-----|
|      | N°                                     | %  | N°           | %  | N°            | %   | N°              | %   | N°    | %   |
|      | Tengo ganas de llorar, y a veces lloro | 12 | 3,9          | 11 | 3,5           | 154 | 49,7            | 133 | 42,9  | 310 |

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

**Gráfico 16.** Llanto fácil

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

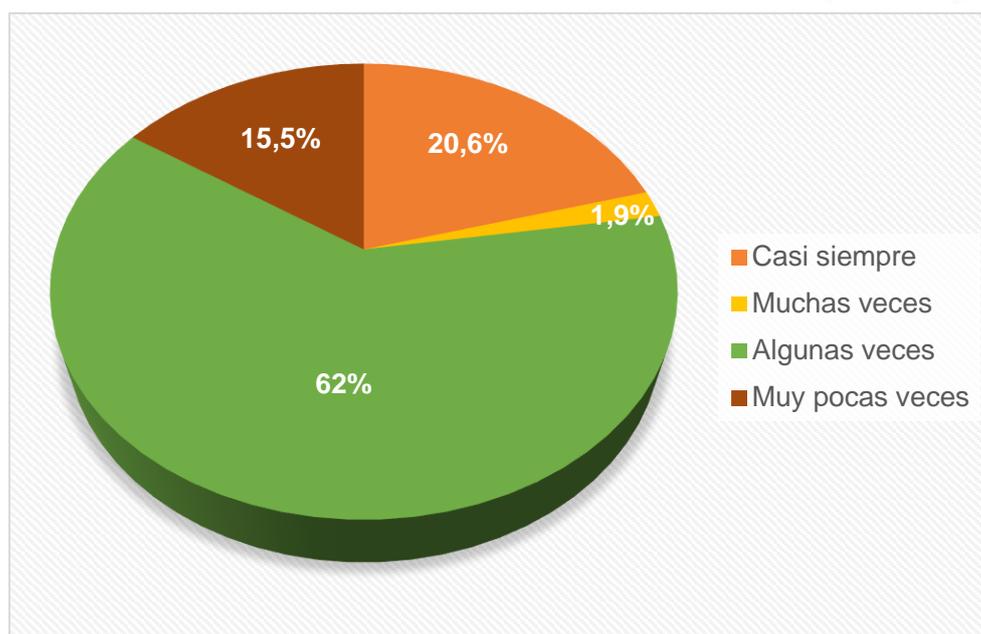
En el ítem 3, se resalta la respuesta algunas veces con el 49,7 % (154), muy pocas veces con el 42,9 % (133), seguido del casi siempre con el 3,9 % (12) y muchas veces con el 3,5 % (11). En la dimensión afectiva es posible analizar que, de acuerdo con los datos arrojados, se evidenció un promedio bajo en los niveles de tristeza y decaimiento. En los efectos negativos, es posible que los pacientes experimenten emociones displacenteras como: miedos, inhibición, inseguridad, sentimientos de frustración y de culpabilidad, sensación de fracaso que les provoca llorar en ocasiones determinadas, ya sea por las condiciones adversas del momento actual vivenciado o por el cúmulo de experiencias negativas de su historia de vida que se suman al momento de la pandemia por COVID-19.

**Tabla 24.** Somnolencia

| Ítem | Casi siempre                    |    | Muchas veces |   | Algunas veces |     | Muy pocas veces |    | Total |     |
|------|---------------------------------|----|--------------|---|---------------|-----|-----------------|----|-------|-----|
|      | N°                              | %  | N°           | % | N°            | %   | N°              | %  | N°    | %   |
|      | Por las mañanas me siento mejor | 64 | 20,6         | 6 | 1,9           | 192 | 62              | 48 | 15,5  | 310 |

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

**Gráfico 17.** Somnolencia

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

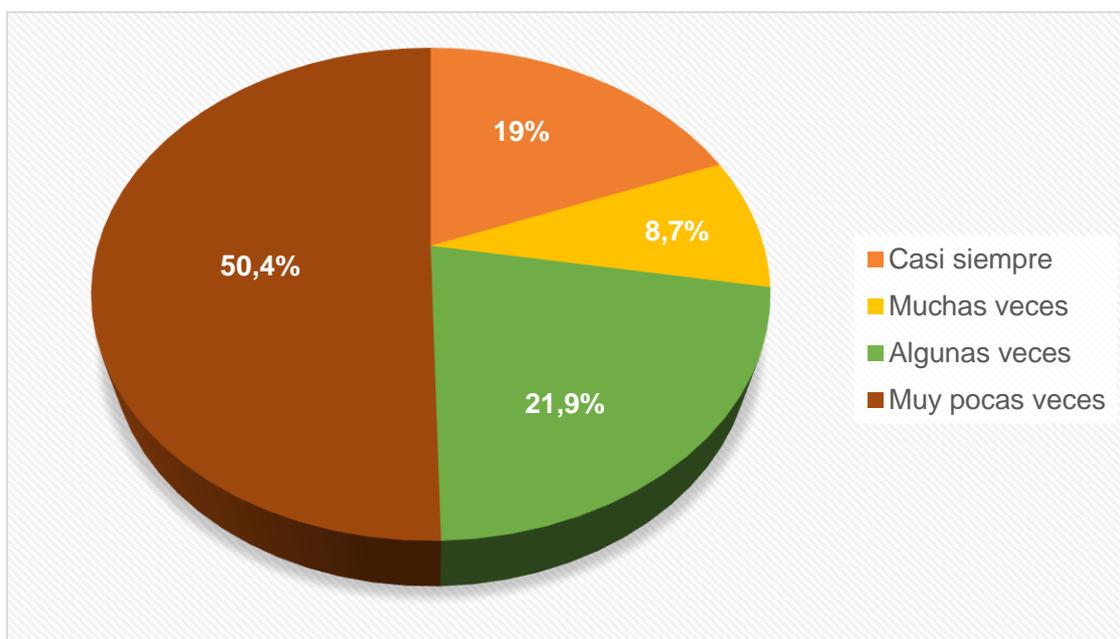
Sobre la dimensión fisiológica presentada en la tabla 24, figura el nivel de sueño en el ítem 2. De acuerdo con ello, el 62 % (192) refiere que algunas veces, casi siempre con el 20,6 % (64), muy pocas veces 15,5 % (62) y muchas veces 1,9% (6). Es importante señalar que, cuando un individuo presenta un trastorno depresivo, los ciclos del sueño se alteran por lo que es muy probable que, durante las mañanas, estos pacientes se encuentren cansados, somnolientos y con algún aletargamiento, coadyuvando a un desmejoramiento en la productividad y capacidad para apegarse a relaciones e interacciones de una forma saludable.

**Tabla 25.** Insomnio

| Ítem | Casi siempre                       |    | Muchas veces |    | Algunas veces |    | Muy pocas veces |     | Total |     |
|------|------------------------------------|----|--------------|----|---------------|----|-----------------|-----|-------|-----|
|      | N°                                 | %  | N°           | %  | N°            | %  | N°              | %   | N°    | %   |
|      | Me cuesta mucho dormir en la noche | 59 | 19           | 27 | 8,7           | 68 | 21,9            | 156 | 50,4  | 310 |

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

**Gráfico 18.** Insomnio

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

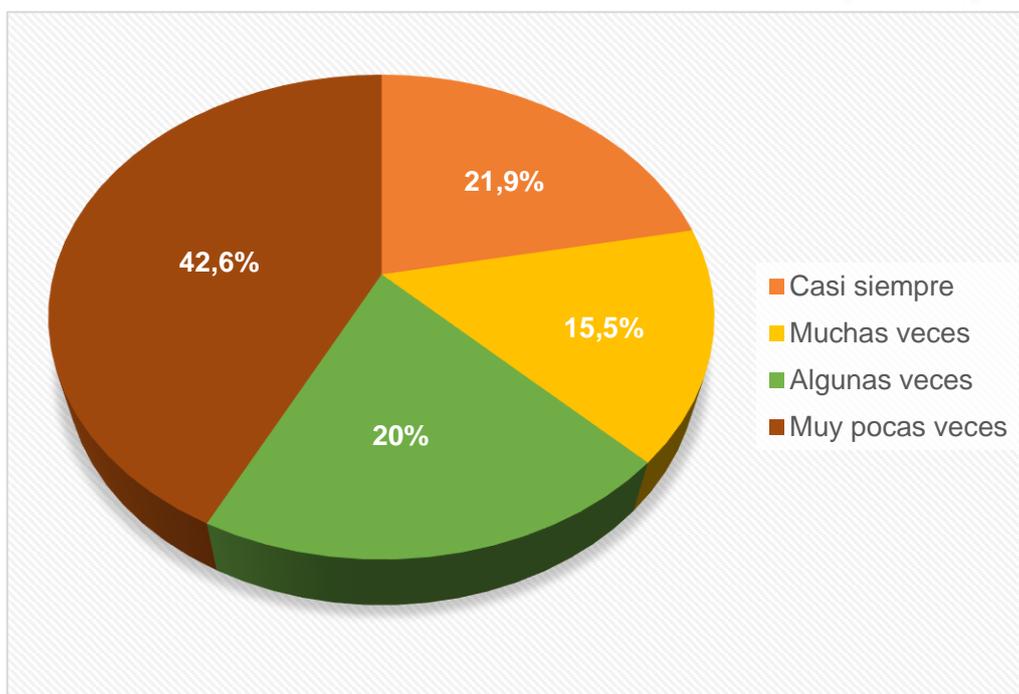
De igual forma en la pregunta contentiva del ítem 4, el 50,4 % (156) indica que muy pocas veces, seguido de algunas veces con el 21,9 % (68); en contraste de casi siempre con el 19 % (59) y muchas veces el 8,7 % (27). Una de las patologías más habituales de la depresión es el trastorno de sueño: insomnio o hipersomnias; por ende, a los pacientes se les hace difícil conciliar el sueño o lograr permanecer dormidos durante largos periodos de tiempo y experimentan al siguiente día: somnolencia diurna, falta de energía y tensión psíquica. Los efectos de la congregación de estos síntomas son diversos y pueden revelarse en múltiples aspectos de la vida cotidiana y la salud en general, entre ellos destacan: rendimiento cognitivo disminuido, disminución de la productividad, alteraciones en las relaciones interpersonales y salud física comprometida.

**Tabla 26.** Conducta alimentaria

| Ítem | Casi siempre         |    | Muchas veces |    | Algunas veces |    | Muy pocas veces |     | Total |     |
|------|----------------------|----|--------------|----|---------------|----|-----------------|-----|-------|-----|
|      | N°                   | %  | N°           | %  | N°            | %  | N°              | %   | N°    | %   |
|      | Como igual que antes | 68 | 21,9         | 48 | 15,5          | 62 | 20              | 132 | 42,6  | 310 |

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

**Gráfico 19.** Conducta alimentaria

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

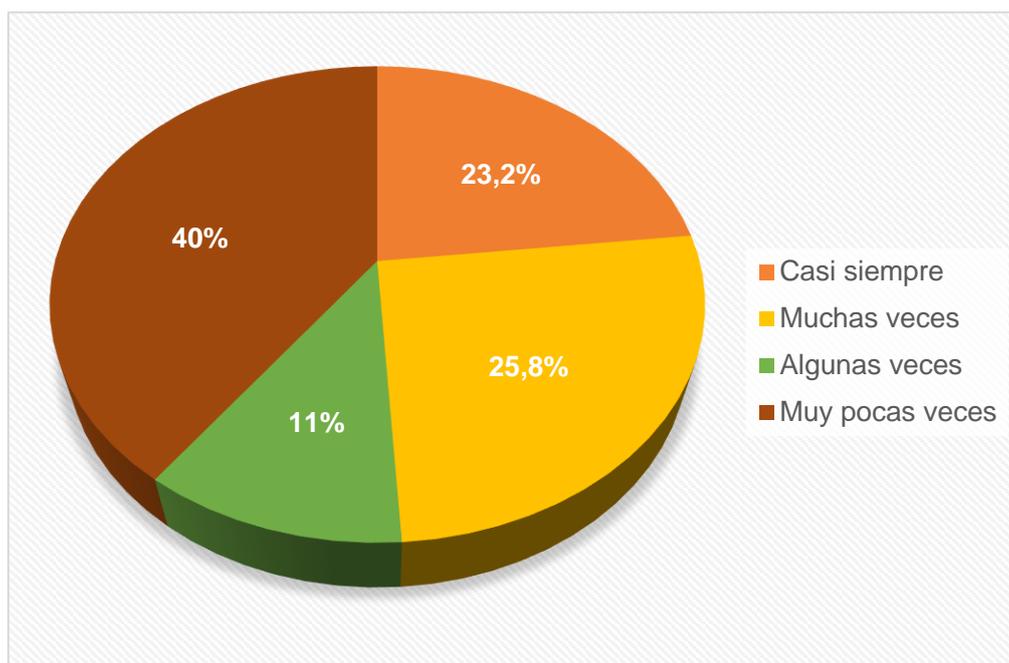
La conducta alimentaria se presenta en el ítem 5; conforme a ello, el 42,6 % (132) refiere muy pocas veces, el 21,9 % (68) con casi siempre, algunas veces come igual que antes el 20 % (62), mientras que el 15,5 % (48) muchas veces. La pérdida de apetito en personas con trastorno depresivo se revela como un síntoma que refleja la complicada interacción entre los procesos neurobiológicos, psicológicos y endocrinos de quien experimenta sintomatología depresiva. Si nos retrotraemos a ello, la explicación más plausible es que se debe a una serie de mecanismos que modifican el sistema de regulación del apetito e ingesta de alimentos, los cuales se encuentran estrechamente relacionadas con las alteraciones propias de la depresión, del desanimo y desosiego que produce esta patología.

**Tabla 27.** Deseo sexual

| Ítem | Casi siempre              |    | Muchas veces |    | Algunas veces |    | Muy pocas veces |     | Total |     |
|------|---------------------------|----|--------------|----|---------------|----|-----------------|-----|-------|-----|
|      | N°                        | %  | N°           | %  | N°            | %  | N°              | %   | N°    | %   |
|      | Aún tengo deseos sexuales | 72 | 23,2         | 80 | 25,8          | 34 | 11              | 124 | 40    | 310 |

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

**Gráfico 20.** Deseo sexual

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

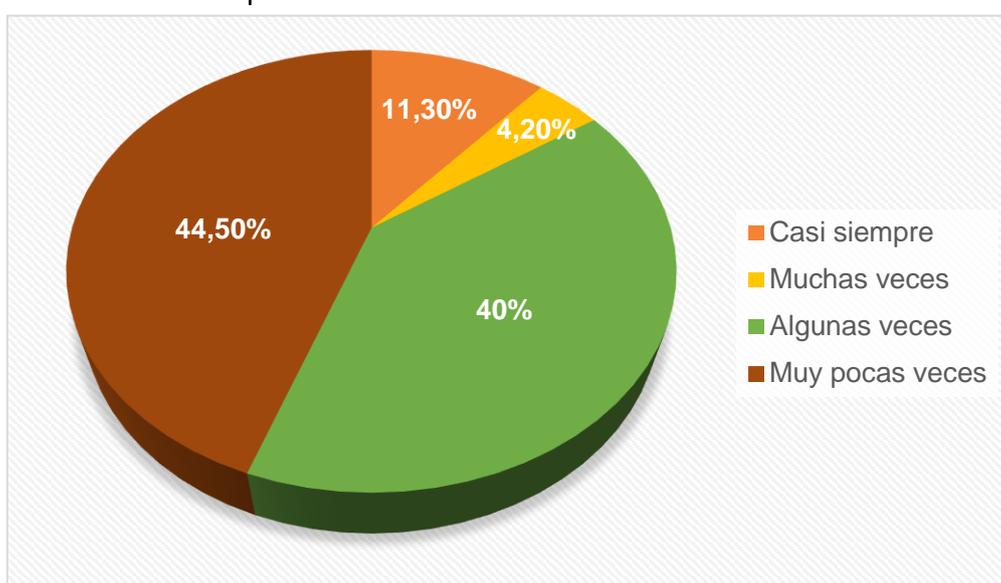
En el grado de satisfacción sexual del ítem 6; predomina la respuesta muy pocas veces con el 40 % (124), luego muchas veces 25,8 % (80), finalmente casi siempre con el 23,2 % (74) y 11 % algunas veces (34). El trastorno depresivo incide significativamente en el acto sexual en cualquiera de sus etapas: deseo, excitación, orgasmo y resolución. Resulta importante destacar que, los desequilibrios hormonales que subyacen en el trastorno depresivo pueden influir negativamente en la disminución del deseo y apetito sexual. En tal sentido, las variaciones sustanciales de las hormonas sexuales, como niveles bajos de testosterona en hombres y de estrógeno en las mujeres pueden impactar negativamente la libido y la respuesta sexual normal, lo que coadyuva a un malestar significativo del ser humano.

**Tabla 28.** Pérdida de peso

| Ítem | Casi siempre               |    | Muchas veces |    | Algunas veces |     | Muy pocas veces |     | Total |     |
|------|----------------------------|----|--------------|----|---------------|-----|-----------------|-----|-------|-----|
|      | N°                         | %  | N°           | %  | N°            | %   | N°              | %   | N°    | %   |
|      | Noto que estoy adelgazando | 35 | 11,3         | 13 | 4,2           | 124 | 40              | 138 | 44,5  | 310 |

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

**Gráfico 21.** Pérdida de peso

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

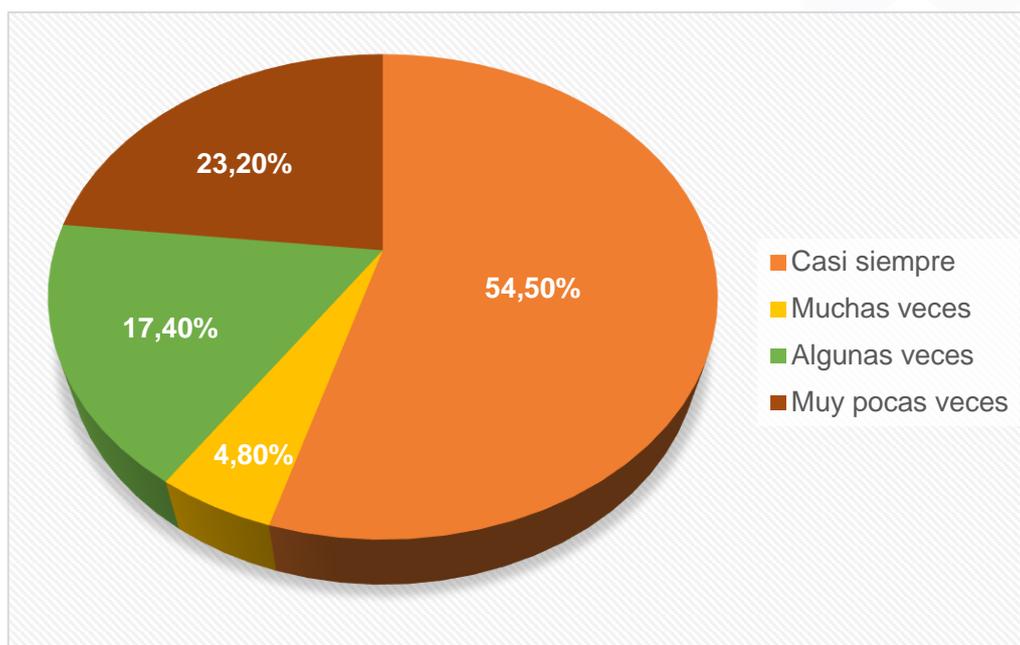
De la misma manera, el nivel de reducción de peso del ítem 7; los pacientes refieren muy pocas veces con el 44,5 % (138), algunas veces con el 40 % (124), casi siempre con el 11,3 (35) % y 4,2 % (13) muchas veces. Los pacientes presentaron trastornos de la conducta alimentaria (TCA) o desórdenes alimenticios en porcentajes mínimos. Los patrones de ingesta que incluyen comer compulsiva o restrictivamente, falta de energía, sensación de descontrol emocional y dismorfia corporal, los conduce a ocultarse de la sociedad incrementando los niveles de aislamiento social y de depresión; no obstante en este caso, se puede evidenciar que no se produjeron trastornos graves de la conducta alimentaria, por el contrario, la situación del control de la alimentación se asoció a un cuidado exclusivo de la economía de las familias, ya que muchos se quedaron sin empleo, o en situaciones financieras precarias.

**Tabla 29.** Trastornos gastrointestinales

| Ítem | Casi siempre.     |     | Muchas veces |    | Algunas veces |    | Muy pocas veces |    | Total |     |
|------|-------------------|-----|--------------|----|---------------|----|-----------------|----|-------|-----|
|      | N°                | %   | N°           | %  | N°            | %  | N°              | %  | N°    | %   |
|      | Estoy estreñado/a | 169 | 54,5         | 15 | 4,8           | 54 | 17,4            | 72 | 23,2  | 310 |

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

**Gráfico 22.** Trastornos gastrointestinales

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

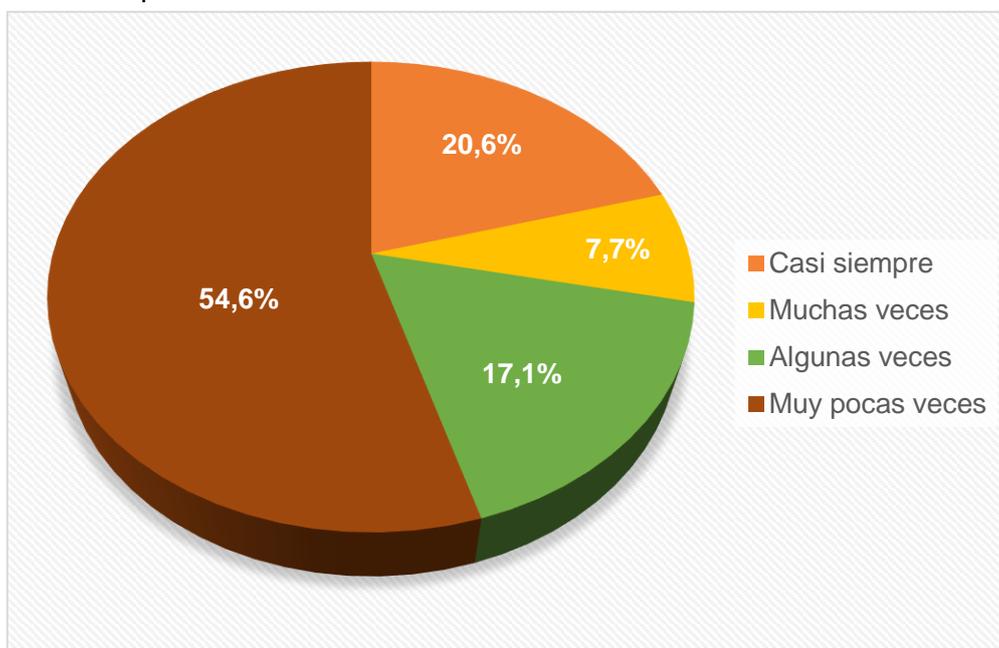
De manera análoga ocurre con los problemas gastrointestinales, en cual consta en el ítem 8; los pacientes refieren casi siempre con el 54,5 % (169), seguido de muy pocas veces con el 23,2 % (72), mientras que algunas veces con el 17,4 % (54) y 4,8 % muchas veces (15). En los pacientes con trastorno gastrointestinal funcional (TGF), los factores psicológicos ocupan un lugar significativo en el desarrollo y mantenimiento de estas patologías. Con los aportes científicos se conoce que el sistema digestivo está conectado con el cerebro mediante sustancias químicas y neurotransmisores para enviar señales de ida y vuelta; por ende, favorecen la hipersensibilidad cuando existe una interrelación anormal entre ellos. Lo cual evidenció que los pacientes con trastorno depresivo en situación de aislamiento social por la pandemia COVID-19 presentaron malestares gastrointestinales, producto de situaciones emocionales no resueltas.

**Tabla 30.** Taquicardia

| Ítem | Casi siempre.                           |    | Muchas veces |    | Algunas veces |    | Muy pocas veces |     | Total |     |
|------|---|----|--------------|----|---------------|----|-----------------|-----|-------|-----|
|      | Nº                                      | %  | Nº           | %  | Nº            | %  | Nº              | %   | Nº    | %   |
|      | El corazón me late más rápido que antes | 64 | 20,6         | 24 | 7,7           | 53 | 17,1            | 169 | 54,6  | 310 |

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

**Gráfico 23.** Taquicardia

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

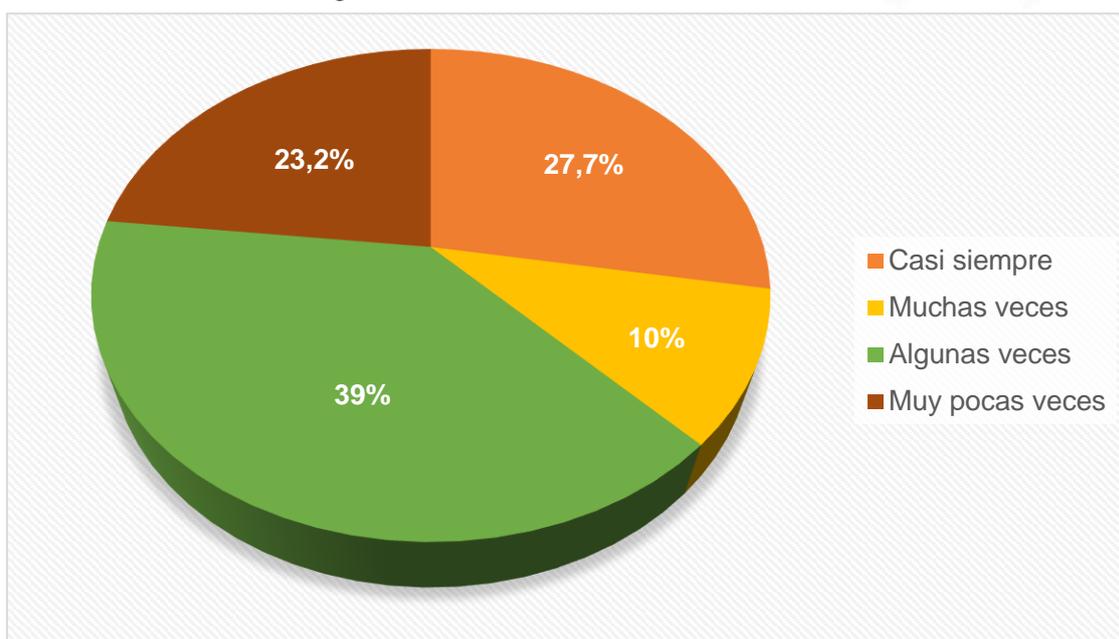
Asimismo, en las afectaciones cardiovasculares del ítem 9; el 54,6 % (169) contestó muy pocas, seguido de casi siempre con el 20,6 % (64), finalmente algunas veces 17,10 % (53) y 7,7 % (24) muchas veces. La explicación de ello puede deberse a que el sistema nervioso autónomo, el cual regula las respuestas involuntarias del cuerpo, es quien desempeña un importante papel en la taquicardia. Referente a ello, el desequilibrio producido por el trastorno depresivo puede resultar en una mayor activación del sistema simpático y conducir a una elevación súbita del ritmo cardíaco, exteriorizándose como una taquicardia. Sin embargo, los pacientes no evidenciaron mayores complicaciones del ritmo cardíaco.

**Tabla 31.** Falta de energía

| Ítem | Casi siempre.           |    | Muchas veces |    | Algunas veces |     | Muy pocas veces |    | Total |     |
|------|-------------------------|----|--------------|----|---------------|-----|-----------------|----|-------|-----|
|      | N°                      | %  | N°           | %  | N°            | %   | N°              | %  | N°    | %   |
|      | 10. Me canso sin motivo | 86 | 27,7         | 31 | 10            | 121 | 39              | 72 | 23,2  | 310 |

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

**Gráfico 24.** Falta de energía

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

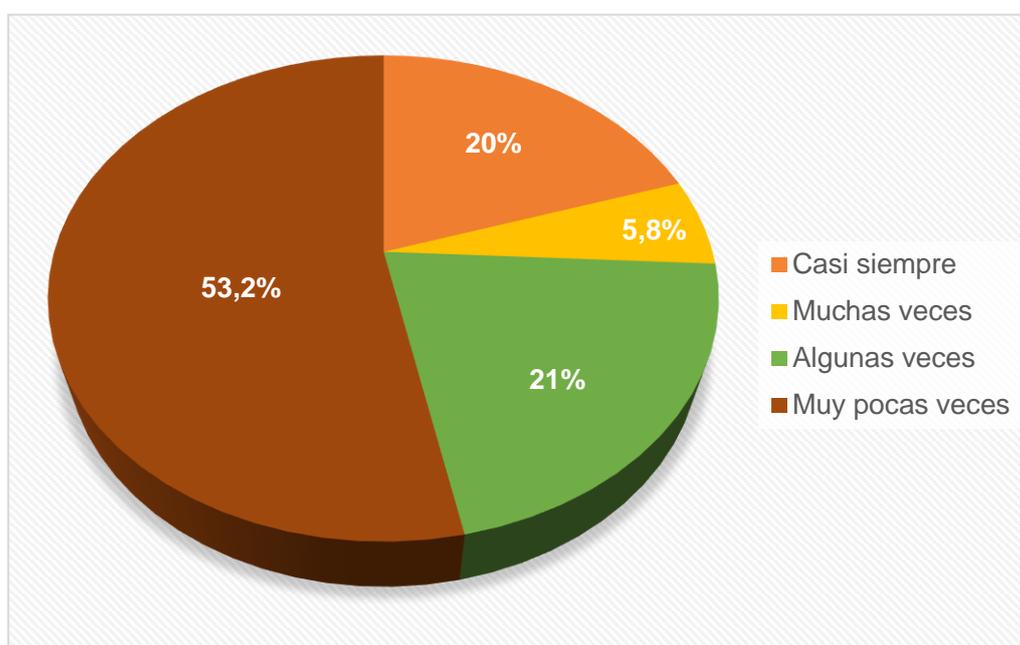
Los resultados de acuerdo a la sintomatología osteomuscular del ítem 10 reflejan que la respuesta algunas veces tiene el 39 % (121), casi siempre con el 27,7 % (86), muy pocas veces con un 23,2 % (72) y muchas veces con el 10 % (31). Los desajustes en los neurotransmisores como resultado del trastorno depresivo, tienen un impacto significativo en el estado de ánimo, la motivación y la energía. En tal sentido, cualquier alteración —sobre todo de la dopamina y serotonina en el cerebro— puede conducir a la falta de motivación y energía para participar en actividades previamente estimulantes, tal y como se refleja en la población estudiada.

**Tabla 32.** Esfera motivacional

| Ítem | Casi siempre.                         |    | Muchas veces |    | Algunas veces |    | Muy pocas veces |     | Total |     |
|------|---------------------------------------|----|--------------|----|---------------|----|-----------------|-----|-------|-----|
|      | N°                                    | %  | N°           | %  | N°            | %  | N°              | %   | N°    | %   |
|      | Hago las cosas con la misma facilidad | 62 | 20           | 18 | 5,8           | 65 | 21              | 165 | 53,2  | 310 |

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

**Gráfico 25.** Esfera motivacional

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

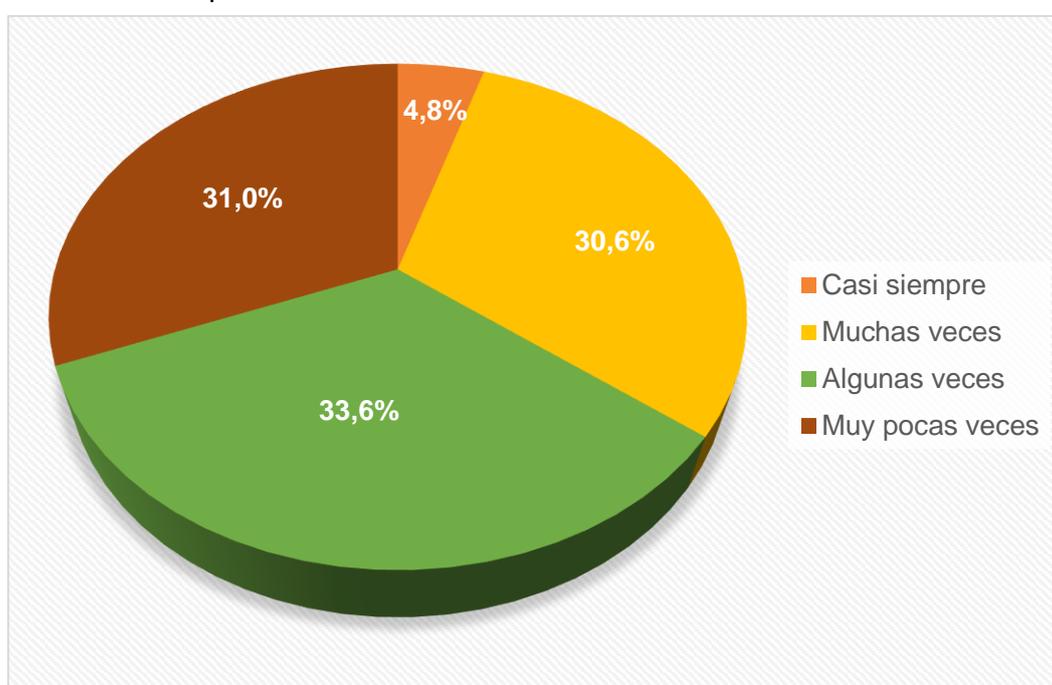
En la tabla 15 figura la dimensión psicomotriz en el ítem 12; los encuestados refieren muy pocas veces con el 53,2 % (165), seguido de algunas veces con el 21 % (65), mientras que casi siempre con el 20 % (62) y 5,8 % muchas veces (18). Es imperativo aclarar que las alteraciones en la motivación, la concentración y la toma de decisiones, son producidas por errores funcionales de los sistemas dopaminérgico y serotoninérgico, complejizando en gran medida tareas que antes resultaban cotidianas y/o simples; y a pesar de las circunstancias adversas los pacientes intentaron continuar con las actividades habituales que les correspondía cumplir, algunos adaptándose a nuevas modalidades de trabajo, como el teletrabajo, la telemedicina, la educación virtual, entre otras.

**Tabla 33.** Intranquilidad

| Ítem                                      | Casi siempre. |     | Muchas veces |      | Algunas veces |      | Muy pocas veces |    | Total |     |
|---|---------------|-----|--------------|------|---------------|------|-----------------|----|-------|-----|
|   | N°            | %   | N°           | %    | N°            | %    | N°              | %  | N°    | %   |
| Me siento intranquilo y no puedo respirar | 15            | 4,8 | 95           | 30,6 | 104           | 33,6 | 96              | 31 | 310   | 100 |

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

**Gráfico 26.** Intranquilidad

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

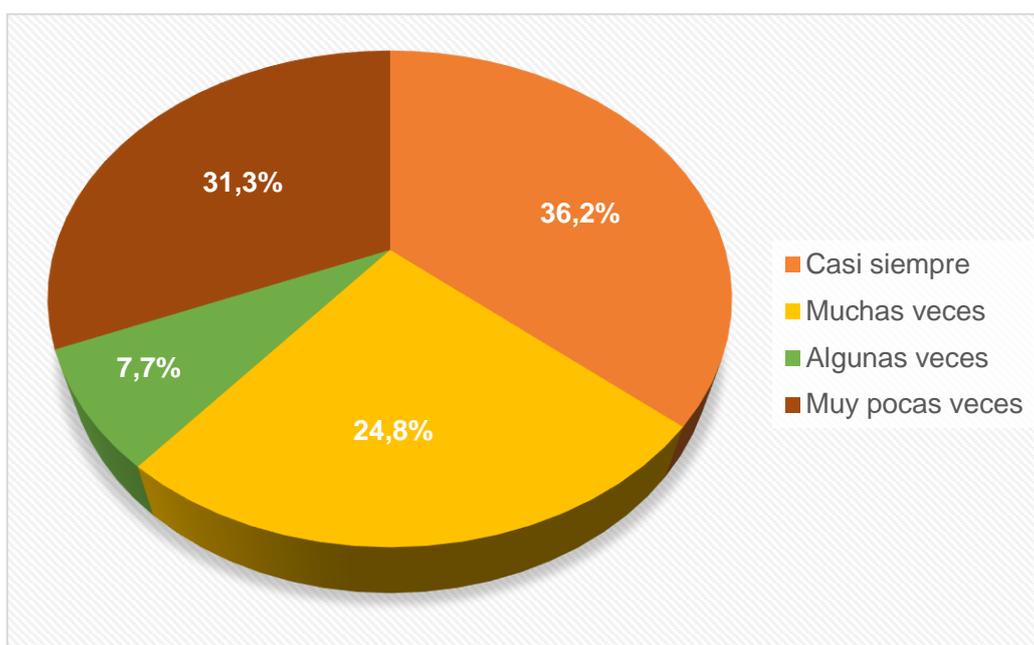
En el análisis correspondiente al ítem 13; el 33,6 % (104) contestó algunas veces, muy pocas veces con el 31 % (96), muchas veces con un 30,6 % (95) y casi siempre con el 4,8 % (15). La agitación motora se presentó más exacerbada; por ende, se asocia a elevados niveles de desorden mental y tensión psíquica, irritabilidad y agresividad, que conducen al ser humano a un estado de inquietud y de perturbación en la toma de decisiones así como en su bienestar integral, interrumpiendo la creación y el sostenimiento de hábitos saludables, así como de la capacidad de racionalizar ideas de su contexto habitual.

**Tabla 34.** Lucidez mental

| Ítem | Casi siempre                           |     | Muchas veces |    | Algunas veces |    | Muy pocas veces |    | Total |     |
|------|--|-----|--------------|----|---------------|----|-----------------|----|-------|-----|
|      | N°                                     | %   | N°           | %  | N°            | %  | N°              | %  | N°    | %   |
|      | Mi mente está tan despejada como antes | 112 | 36,2         | 77 | 24,8          | 24 | 7,7             | 97 | 31,3  | 310 |

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

**Gráfico 27.** Lucidez mental

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

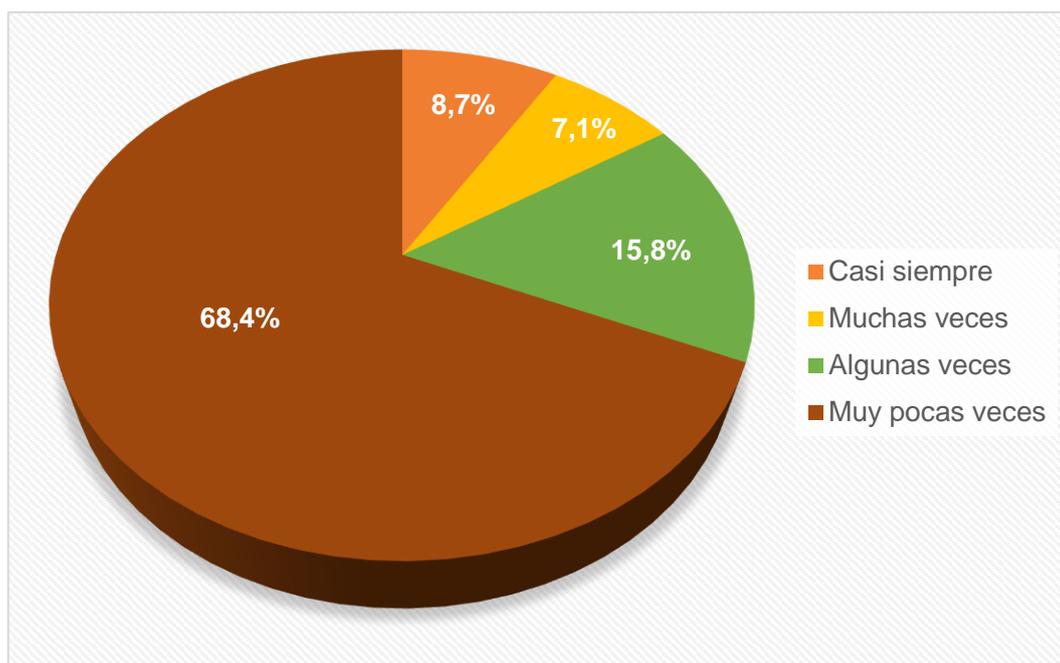
Sobre la dimensión psicológica se presenta el nivel de confusión mental especificado en el ítem 11, el 36,2 % (112) de los encuestados respondieron casi siempre, seguido de muy pocas veces con el 31,1 % (97), mientras que muchas veces se ubicó en el 24,8 % (77) y 7,7 % (24) algunas veces. La disminución de la lucidez mental se presentó mediante la pérdida progresiva de la memoria, dificultad para concentrarse, hipoactividad o hiperactividad, lo cual incide en el desempeño cotidiano de las personas, ya que no pueden procesar los estímulos provenientes del exterior con lucidez.

**Tabla 35.** Desesperanza

| Ítem                         | Casi siempre |     | Muchas veces |     | Algunas veces |      | Muy pocas veces |      | Total |     |
|------------------------------|--------------|-----|--------------|-----|---------------|------|-----------------|------|-------|-----|
|                              | N°           | %   | N°           | %   | N°            | %    | N°              | %    | N°    | %   |
| Tengo confianza en el futuro | 27           | 8,7 | 22           | 7,1 | 49            | 15,8 | 212             | 68,4 | 310   | 100 |

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

**Gráfico 28.** Desesperanza

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

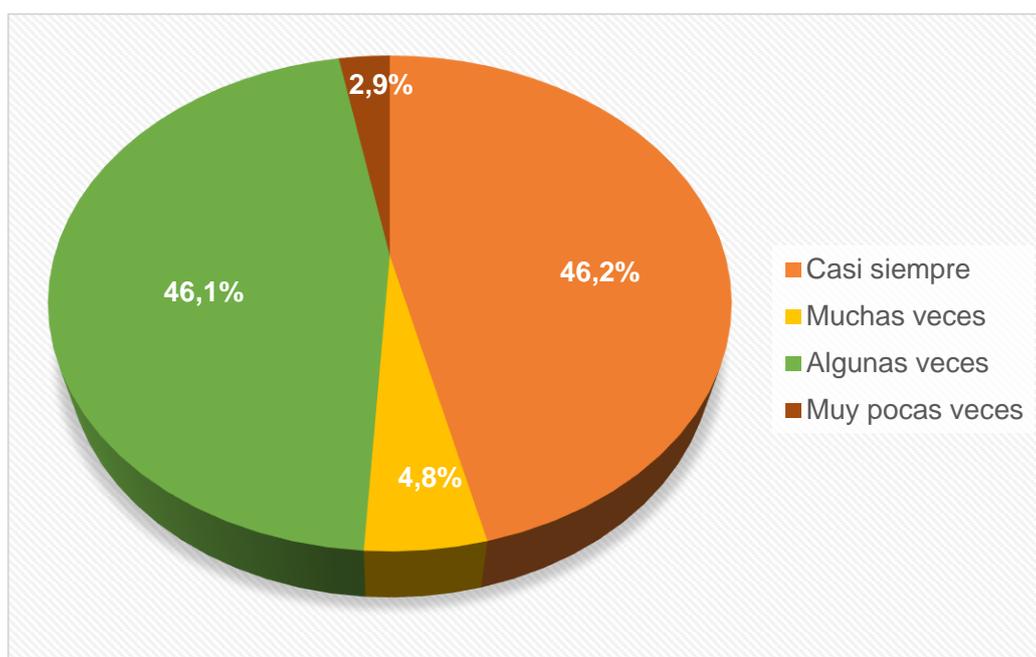
Por su parte, en los resultados de acuerdo a la desesperación del ítem 14, se resaltó la respuesta de muy pocas veces con el 68,4 % (212), seguido de algunas veces con el 15,8 % (49), casi siempre representó el 8,7 % (27) y muchas veces el 7,1 % (22). Los resultados denotan que los pacientes no tienen una confianza en el avenir ocasionado por la perturbación que genera el trastorno depresivo asociado a la pandemia por COVID-19; sin embargo, la incapacidad de seguir adelante es uno de los principales obstáculos para salir con éxito del estado en el que el individuo se encuentra sumido, situación que complica el pronóstico de recuperarse favorablemente de un trastorno depresivo, ya que el profesional de la salud mental, debe evaluar los factores protectores al momento de evaluar al paciente.

**Tabla 36.** Irritabilidad

| Ítem | Casi siempre                  |     | Muchas veces |    | Algunas veces |     | Muy pocas veces |   | Total |     |
|------|-------------------------------|-----|--------------|----|---------------|-----|-----------------|---|-------|-----|
|      | N°                            | %   | N°           | %  | N°            | %   | N°              | % | N°    | %   |
|      | Estoy más irritable que antes | 143 | 46,2         | 15 | 4,8           | 143 | 46,1            | 9 | 2,9   | 310 |

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

**Gráfico 29.** Irritabilidad

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

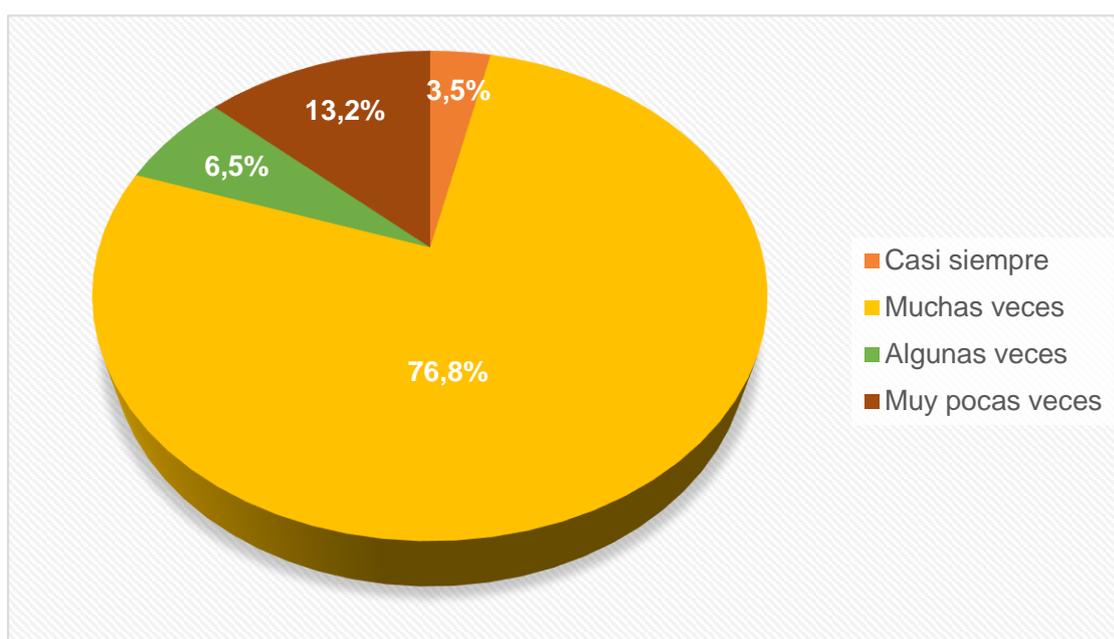
De igual modo, en la sensación de irritabilidad del ítem 15, los encuestados revelaron la respuesta de casi siempre, seguido de algunas veces con el 46,2 % (143) y 46,1 % (143) respectivamente; al contrario de muchas veces con el 4,8 (15) y muy pocas veces el 2,9 % (9). La irritabilidad repuntó en los datos obtenidos; la experiencia de una gestión inadecuada del enojo se asocia a un temperamento explosivo adherido a reacciones hostiles que dificultan la resolución pacífica de controversias y el autocontrol de las emociones en situaciones donde la economía desmejora, el desempleo prevalece, la educación se convierte en un reto, y las modalidades de trabajo se sumergen a procesos nunca antes aplicados, entre otros condicionantes sociales que influyen en el contexto de una pandemia.

**Tabla 37.** Toma de decisiones

| Ítem | Casi siempre                     |    | Muchas veces |     | Algunas veces |    | Muy pocas veces |    | Total |     |
|------|----------------------------------|----|--------------|-----|---------------|----|-----------------|----|-------|-----|
|      | N°                               | %  | N°           | %   | N°            | %  | N°              | %  | N°    | %   |
|      | Encuentro fácil tomar decisiones | 11 | 3,5          | 238 | 76,8          | 20 | 6,5             | 41 | 13,2  | 310 |

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

**Gráfico 30.** Toma de decisiones

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

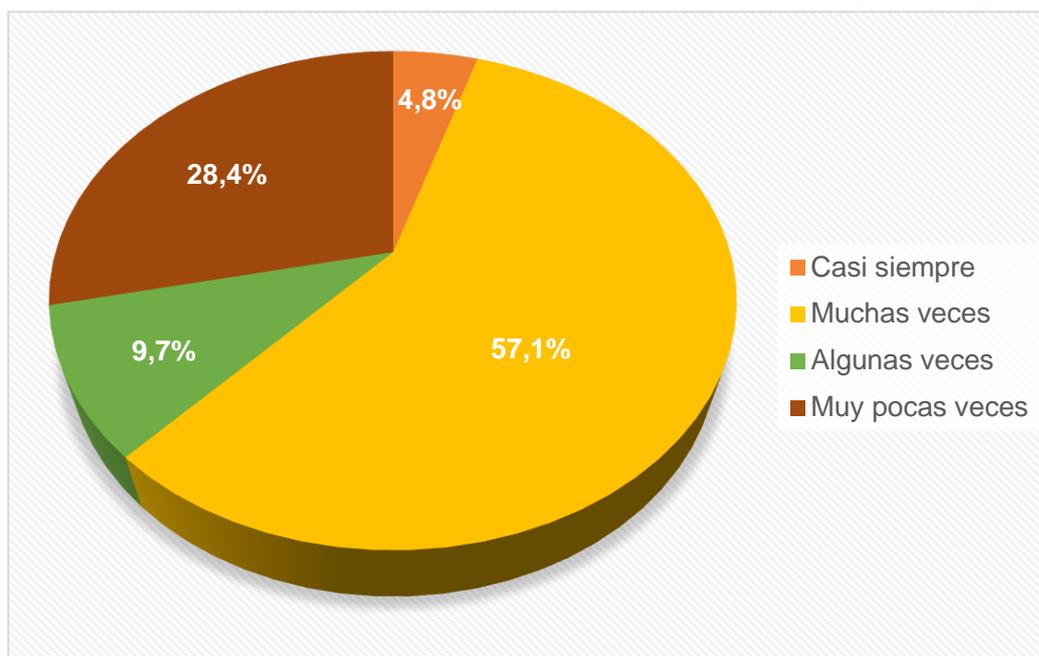
Conforme al ítem 16; se destacó el 76,8 % (238) con la respuesta de muchas veces, a diferencia de muy pocas veces con el 13,2 % (41), algunas veces 6,5 % (20) y casi siempre 3,5 % (11). Las alteraciones en las regiones prefrontales del cerebro a consecuencia del trastorno depresivo, pueden degenerar el proceso de toma de decisiones y evaluación de los costes de oportunidad de una manera más eficiente. Ante ello, la sobrevaloración de los riesgos, así como la autocrítica excesiva representan conductas autosaboteadoras que fomentan la indecisión. Sin embargo, podemos evidenciar que, los pacientes a pesar de las situaciones adversas intentaron en su mayoría tomar decisiones que no los afecte a nivel personal y familiar, buscando siempre la mejora de su contexto.

**Tabla 38.** Sentimientos de valía personal

| Ítem | Casi siempre                      |    | Muchas veces |     | Algunas veces |    | Muy pocas veces |    | Total |     |
|------|-----------------------------------|----|--------------|-----|---------------|----|-----------------|----|-------|-----|
|      | N°                                | %  | N°           | %   | N°            | %  | N°              | %  | N°    | %   |
|      | Siento que soy útil y necesario/a | 15 | 4,8          | 177 | 57,1          | 30 | 9,7             | 88 | 28,4  | 310 |

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

**Gráfico 31.** Sentimientos de valía personal

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

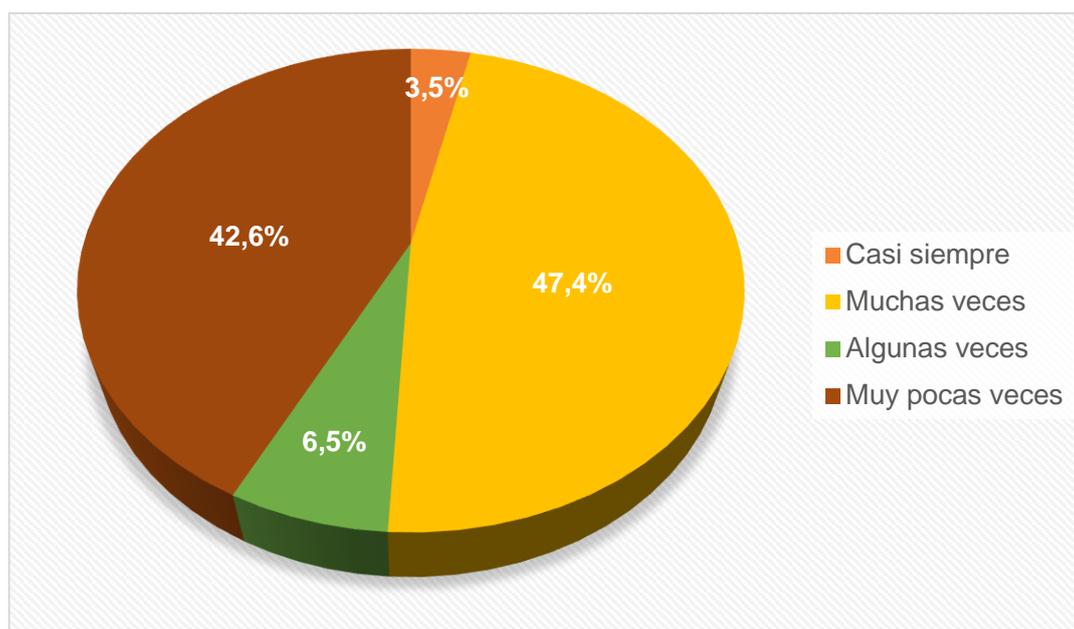
Respecto al ítem 17 se resaltó la respuesta muchas veces con el 57,1 % (177), seguido de muy pocas veces con el 28,4 % (88), mientras que algunas veces con el 9,7 % (30) y 4,8 % (15) con casi siempre. Con los datos antecedentes, se pudo demostrar que los pacientes se sienten útiles y capaces de dar cumplimiento a sus metas establecidas a corto, mediano y largo plazo, lo que los conduce a alcanzar un sentido y bienestar de vida, sin olvidar que no significa que el sentirse útil no los excluye de sentir miedo frente a un evento adverso como la pandemia.

**Tabla 39.** Satisfacción personal

| Ítem | Casi siempre              |    | Muchas veces |     | Algunas veces |    | Muy pocas veces |     | Total |     |
|------|---------------------------|----|--------------|-----|---------------|----|-----------------|-----|-------|-----|
|      | N°                        | %  | N°           | %   | N°            | %  | N°              | %   | N°    | %   |
|      | Encuentro agradable vivir | 11 | 3,5          | 147 | 47,4          | 20 | 6,5             | 132 | 42,6  | 310 |

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

**Gráfico 32.** Satisfacción personal

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

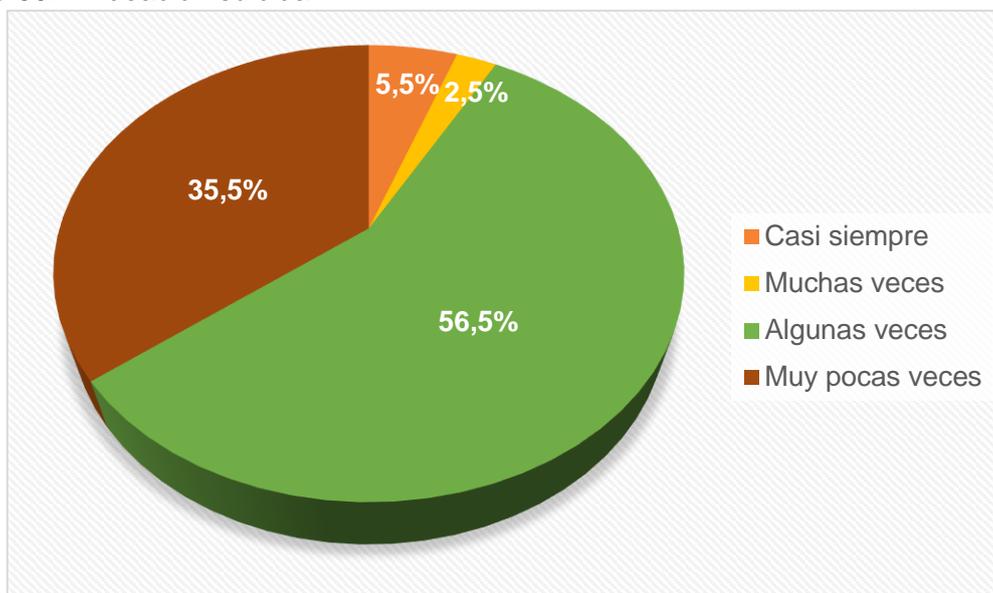
De manera semejante sobresalió la respuesta muchas veces con el 47,40 % (147) y muy pocas veces con el 42,6 % (132), seguido de algunas veces con el 6,5 % (20) y casi siempre con el 3,5 % (11). Para los pacientes con este tipo de trastornos, el día a día representa un sinfín de desafíos y retos, por lo que la experiencia de vivir no resulta tan agradable; sobre todo si las sensaciones que se experimentan a lo largo del día están estrechamente vinculadas al miedo, la desesperanza, la frustración, la melancolía y el desánimo. Por lo que se evidencia por un lado una población que encuentra agradable vivir, en contraste de pacientes que no encuentran un sentido para vivir.

**Tabla 40.** Ideación suicida

| Ítem | Casi siempre  |    | Muchas veces |   | Algunas veces |     | Muy pocas veces |     | Total |     |
|------|---|----|--------------|---|---------------|-----|-----------------|-----|-------|-----|
|      | N°  | %  | N°           | % | N°            | %   | N°              | %   | N°    | %   |
|      | Creo que sería mejor para los demás si estuviera muerto/a | 17 | 5,5          | 8 | 2,5           | 175 | 56,5            | 110 | 35,5  | 310 |

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

**Gráfico 33.** Ideación suicida

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

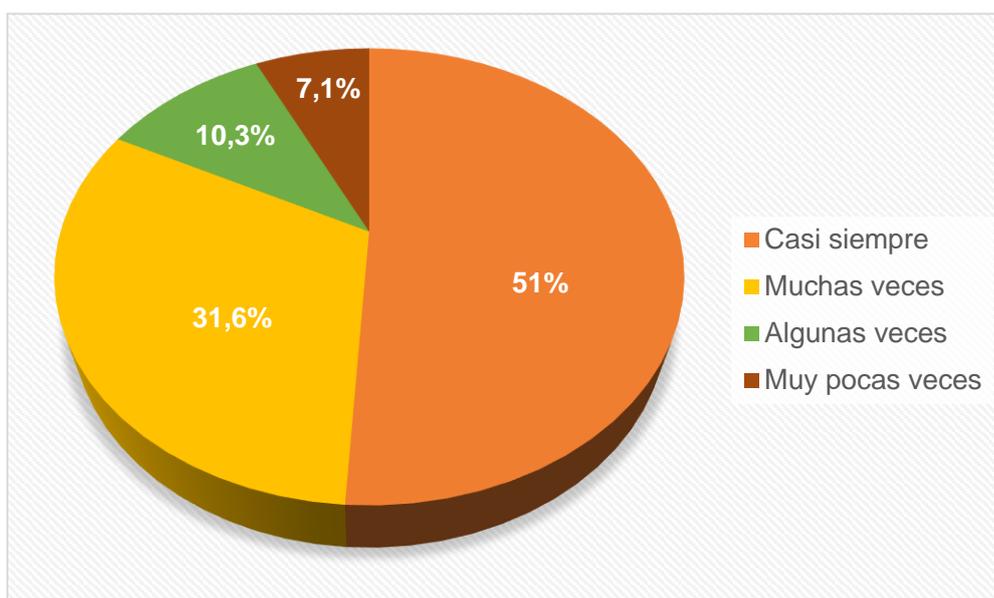
Los pensamientos suicidas especificados en el ítem 19, tuvieron una marcada preponderancia. A este respecto, la respuesta muy pocas veces se ubicó con el 56,5 % (175), continuado de algunas veces con el 36,5 % (110); al contrario de casi siempre que presentó un 5,5 % (17) y muchas veces el 2,6 % (8). La ideación, planificación y ejecución del acto suicida suele estar relacionada con el trastorno depresivo en la presente investigación se evidencia una relación baja con la ideación suicida.

**Tabla 41.** Sensación de bienestar

| Ítem | Casi siempre                         |     | Muchas veces |    | Algunas veces |    | Muy pocas veces |    | Total |     |
|------|--------------------------------------|-----|--------------|----|---------------|----|-----------------|----|-------|-----|
|      | N°                                   | %   | N°           | %  | N°            | %  | N°              | %  | N°    | %   |
|      | Me gustan las mismas cosas que antes | 158 | 51           | 98 | 31,6          | 22 | 7,1             | 32 | 10,3  | 310 |

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

**Gráfico 34.** Sensación de bienestar

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

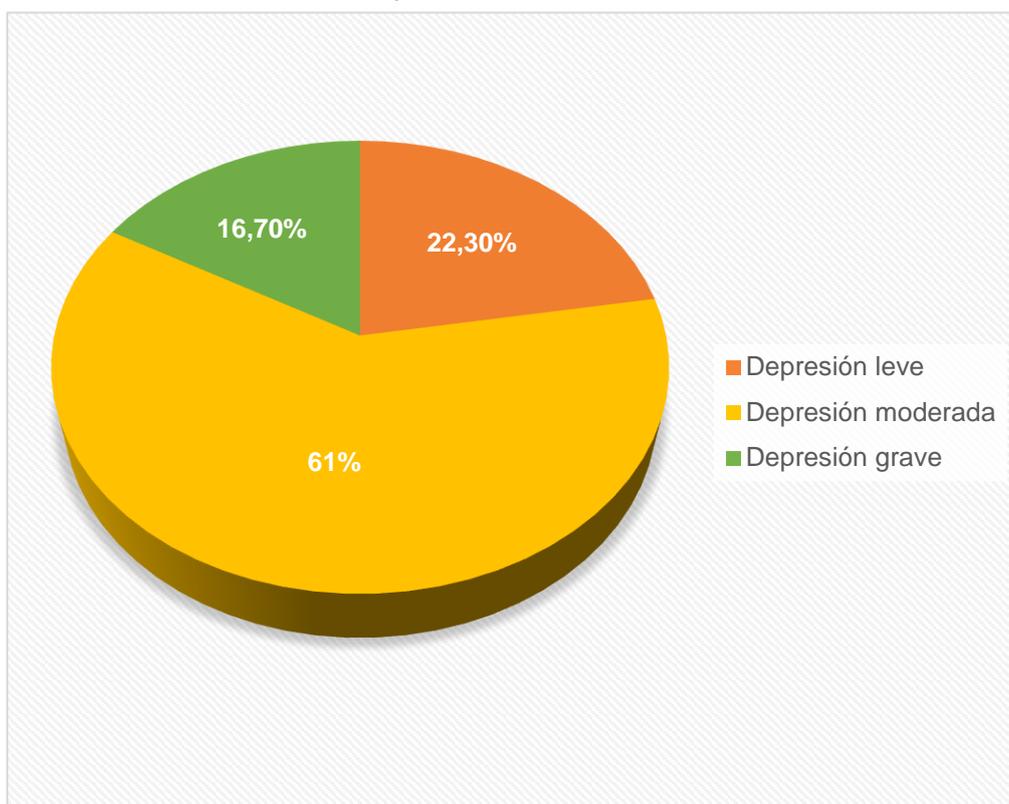
De forma consecuente, en el ítem 20; se resaltó la respuesta casi siempre con un 51 % (158) y muchas veces el 31,6 % (98); en cambio, muy pocas veces con el 10,3 % (32) y algunas veces con un 7,1 % (22). La alteración producida en el cerebro como parte de las respuestas orgánicas al trastorno depresivo, llevan al paciente a desconectarse en gran medida de aquello que en el pasado le producía satisfacción y bienestar; sin embargo, llevar a cabo actividades de esta índole puede servir como un elemento reconectante con aquellas cosas que producen sentimientos agradables y placenteros.

**Tabla 42.** Nivel clínico de la depresión

| Clasificación      | N°         | %          |
|--------------------|------------|------------|
| Depresión leve     | 69         | 22,3       |
| Depresión moderada | 189        | 61         |
| Depresión grave    | 52         | 16,7       |
| <b>Total</b>       | <b>310</b> | <b>100</b> |

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

**Gráfico 35.** Nivel clínico de la depresión

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

En la tabla sobre el nivel clínico de la depresión, de acuerdo a la escala de depresión de Zung, se evidenció que la depresión moderada tiene un 61 % (189), seguida de la depresión leve con el 22,3 % (69), y la grave con el 16,7 % (52). Esta distribución resalta la prevalencia de la depresión moderada por sobre los demás niveles de depresión, indicando que una porción sustancial de la muestra experimenta un nivel notable de síntomas depresivos asociados con la tristeza, fatiga, insomnio, desmotivación, ideación suicida, trastornos de la conducta alimentaria, falta de deseo sexual, entre otras.

## 4.2 Análisis Comparativo

De acuerdo con los datos arrojados por esta investigación, el análisis —en este apartado— se centra en establecer similitudes con estudios de naturaleza análoga realizados en otros contextos, en aras de elucubrar patrones comunes que puedan aproximarse a respuestas plausibles que expliquen los pormenores característicos del fenómeno estudiado. Por ello, el examen que precede parte de un enfoque comparativo abarcador, en cual posiciona múltiples puntos dentro del mismo sistema global, con el propósito de elucidar sus atributos en virtud de sus variadas interconexiones con el sistema en su totalidad.

En tal sentido, la pesquisa de Prada y Alonso (2021), refiere que en cuanto al aislamiento masivo, no existen suficientes estudios, y, que la mayoría de los disponibles se centra únicamente en la disciplina médico-farmacéutico con énfasis en los adultos. Asimismo, Martínez-Taboas (2020) remarca lo anterior, haciendo la salvedad que aun menor es la proporción de investigaciones que existen acerca del estudio del COVID-19 en relación con el impacto e implicaciones en la salud mental de los niños; sin embargo, deja claro que el desbalance producido por el cambio de vida ocurrido en la vida de estos, representa una de las causas de afectación de la salud mental en infantes.

Por su parte, Virto *et al.*, (2021) arguyen que si bien el que inicialmente el COVID-19 representó ser un estresor bio-ecológico por sus implicaciones a la salud física en la obstrucción grave de las vías respiratorias, pogrersivamente se dio una modificación que lo terminó por convertir en un estresor bio-psicosocial, con un alto índice de vulneración de la salud mental. Ello se relaciona con lo esgrimido por Callís Fernández *et al.* (2021) quienes sostienen que el aislamiento social ha sido —fundamentalmente— el responsable de los trastornos leves de ansiedad y depresión ante los altos niveles de estrés.

Relativo a esto Prada y Alonso (2021), titulado: «Efectos depresivos del aislamiento preventivo obligatorio asociados a la pandemia COVID-19 en docentes y estudiantes de una universidad pública en Colombia», logró determinar entre otras cosas que: «tres de cada cuatro encuestados presentan afectaciones que los ubican en el nivel de depresión mínima la cual se manifiesta en aumento de los sentimientos de tristeza, tensión y cansancio» (p. 14); empero, al menos en periodos iniciales del aislamiento en Colombia, los precitados pudieron demostrar que: «prevalece la depresión mínima (76 %), seguida de la depresión leve (14 %), la depresión moderada (6 %) y la depresión grave (3 %)» (p. 16). Los mismos autores hacen mención de Berasategi *et al.* (2020) y Andreu (2020) quienes plantean que los sentimientos asociados a la tristeza, tensión y cansancio están presentes en ambientes donde existe determinado nivel de confinamiento.

En el mismo orden de ideas, Emiro, Castañeda, y Zambrano (2022) sostienen que en el caso de estudio que les compete la generación de estos sentimientos y su relación con la

ansiedad y la depresión, se debe a que este proceso de aislamiento: «Ha sido una demanda psicológica que ha involucrado funciones cognitivas, emocionales y comportamentales» (p.10)

En cuanto a los rangos etarios Galindo *et al.* (2020) remarcan que el promedio de edad de las personas que mayormente se encuentran sumidas en un estado depresivo —en su investigación— fue de 34,46 %, con un rango de edad de 18 a 62 años. En relación con ello, Virto *et al.* (2021) descubrieron que el grupo de personas en el que prevaleció el trastorno depresivo está en un rango de 18 a 29 años con 57,5 % y de 30 a 59 años con un 33,3 %. Resultados asonantes se obtienen de la investigación Lozano (2020) en la que participaron 1210 personas de 194 ciudades de China con edades entre 21-30 años y se pudo demostrar que el 53,1 % de los estudiados presentan trastorno depresivo en este rango etario.

Por otro lado, en el estudio: «Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en la población general ecuatoriana durante la pandemia COVID-19» sus autores demostraron que en la muestra seleccionada para su estudio de 766 participantes 426 fueron mujeres, representando el 65,5 % (Hermosa *et al.*, 2021). En relación con lo anterior, el *paper*: «Depresión y ansiedad en los tiempos de pandemia de COVID-19», evidenció que el grupo que posee mayores factores de riesgo para desarrollar el trastorno depresivo y ansioso son las mujeres, especialmente, aquellas que cumplen con varios roles y funciones en paralelo, tales como: realización de tareas domésticas, responsabilidades del hogar y teletrabajo; por lo que se asoció a las mujeres embarazadas y con enfermedades mentales preexistentes al grupo vulnerable y con mayor impacto en la salud mental durante y después del COVID-19 (Nicolini, 2020).

En torno a ello, la investigación titulada: «Miedo al coronavirus, ansiedad y depresión en profesionales de la salud», desarrollada con profesionales del Hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala, se demostró que los que presentaron síntomas de trastorno depresivo se concentraron en la zona urbana con un 85,6 %; mientras que el 14,4 % eran residentes de las zonas rurales del cantón (Ortega *et al.*, 2021). El grado de tensión acumulada sufrida por estos individuos se explica; por un lado, en que los mismos estuvieron en la primera línea de acción frente a las consecuencias médicas del virus en la población; por el otro, la relación de cercanía con el puesto de trabajo dificulta el proceso de desconexión laboral, lo que produce un contexto en el que el profesional no se separa del todo de sus funciones, aun cuando no se encuentre presente en su área de trabajo.

En relación al análisis del nivel clínico de la depresión del presente estudio se expuso que el nivel de depresión moderado tiene el mayor porcentaje con el 61 % (189), seguido del nivel de depresión leve con el 22,3 % (69) y el nivel de depresión grave con el 16,70 % (52). Conforme a ello, en el *paper* de Callís Fernández *et al.* (2021), los adultos mayores evaluados demostraron que el 50,2 % presentó un nivel leve de depresión y un 31,8 % un nivel de

depresión moderada. Dentro de las causas involucradas para el desarrollo de esta patología están: la pérdida de la libertad en las actividades de la vida diaria, la movilidad y autonomía temporariamente restringida y el aislamiento social obligatorio durante la cuarentena. En suma, esto obstaculiza la potestad de decidir, por ejemplo: cuándo y cómo salir del hogar con la finalidad de laborar o disfrutar del tiempo libre en actividades recreacionales, todas claramente emparentadas con el bienestar y la calidad de vida de las personas.

Conforme a ello, el cuestionario de soledad de Jong Gierveld aplicado a la población de estudio demostró que la soledad moderada predominó con un 42,6 % (132), el 21,90 % (68) no tiene ausencia de soledad y en menor porcentaje la soledad severa con el 18,7 % (58); mientras que la soledad máxima se ubicó en el 16,80 % (52), con una prevalencia de 78,1 %. De acuerdo con esta perspectiva, el análisis efectuado a través del cuestionario de soledad diseñado por Jong Gierveld y aplicado a la muestra de población objeto de estudio, reveló resultados notables. Este panorama esbozado —*ut supra*— devenido del análisis de la población estudiada, no solo invita a profundizar en los factores hondos que inciden en los distintos niveles de soledad experimentados, sino también a considerar posibles estrategias de intervención y apoyo orientadas a mitigar el impacto de la soledad, especialmente en su manifestación más extrema; precisamente por los resultados probables que pueden darse como consecuencia de la pérdida del sentido de la vida.

### 4.3 Verificación de las Hipótesis

El primer objetivo planteado es: evaluar el grado de aislamiento social a través de la aplicación de la escala de soledad de Jong Gierveld en los pacientes que acudieron a la Clínica Machaladent en el período abril 2021 y abril 2022. En relación a ello, se hipotetizó que existe una variación significativa en el grado de aislamiento social experimentado por los pacientes. En los resultados se reflejó que los sujetos en estudio poseen una prevalencia de soledad del 78,1 %, con predominio de la soledad moderada.

Se presenta como segundo objetivo: determinar el nivel clínico de la depresión en los pacientes por medio de la utilización de la escala de depresión de Zung. En tal sentido, se hipotetizó que los pacientes muestran un aumento en los niveles clínicos de depresión. Los pacientes muestran un aumento en los niveles clínicos de depresión, con el 42,6 % de prevalencia en la depresión moderada, cuyo incremento podría estar relacionado con los efectos en la salud mental de la pandemia COVID-19.

En correspondencia al tercer objetivo se planteó: medir el grado de prevalencia del trastorno depresivo con relación a los niveles de aislamiento social. Conforme a lo anterior, se hipotetizó que el grado de aislamiento social experimentado por los pacientes y la prevalencia del trastorno depresivo podrían estar asociados, ya que el grado de aislamiento social puede ser proporcional a la gravedad del trastorno depresivo. Con este antecedente,

se utilizó el sistema estadístico de SPSS versión 29.0.1.0 y se calculó el valor de alfa según el Chi-cuadrado; además se tomó en consideración que las valoraciones menores 0.005 son hipótesis válidas. Además, para dar continuidad al procedimiento estadístico se seleccionó el nivel clínico de la depresión de la escala de Zung y su posible relación con el resultado de los niveles de aislamiento social obtenidos mediante la aplicación de la escala de soledad de Jong Gierveld, con los resultados establecidos en la tabla 24, presentada a continuación:

**Tabla 43.** Relación entre el grado de aislamiento social y el nivel clínico del trastorno depresivo.

| Trastorno depresivo   | Ausencia de soledad |      | Soledad máxima |      | Soledad moderada |      | Soledad severa |      | Total |     |
|-----------------------|---------------------|------|----------------|------|------------------|------|----------------|------|-------|-----|
|                       | Nº                  | %    | Nº             | %    | Nº               | %    | Nº             | %    | Nº    | %   |
| Depresión grave       | 15                  | 26,3 | 4              | 7    | 28               | 49,1 | 10             | 17,5 | 57    | 100 |
| Depresión leve        | 16                  | 22,2 | 16             | 22,2 | 28               | 38,9 | 12             | 16,7 | 72    | 100 |
| Depresión moderada    | 37                  | 20,4 | 32             | 17,7 | 76               | 42   | 36             | 19,9 | 181   | 100 |
| <b>Total</b>          | 68                  | 21,9 | 52             | 16,8 | 132              | 42,6 | 58             | 18,7 | 310   | 100 |
| X <sup>2</sup> : 0.05 | P:0,376             |      |                |      |                  |      |                |      |       |     |

Fuente: Clínica MachalaDent

Elaborado por: Diana Macas Castillo

La tabla antecedente presenta la correlación entre la prevalencia en el nivel clínico del trastorno depresivo y en el grado de aislamiento social; conforme a lo anterior, se resaltó un segmento del 42,6 % determinado como soledad moderada; en contraste a ello, en este mismo grupo el 49,1 % se encuentra dentro del nivel clínico de depresión grave; mientras que el 42 % con depresión moderada y el 38,9 % con depresión leve. Esta relación no obtuvo valores significativos ( $p=0,376$ ); sin embargo, se evidenció que un elevado porcentaje de pacientes presentó soledad moderada. En discrepancia con lo anterior, solo el 7 % del total de pacientes con depresión grave presentó el grado máximo de soledad.

## Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones

### 5.1 Conclusiones

- Algunas reflexiones concomitantes a los resultados de la presente investigación indican que el aislamiento social y el trastorno depresivo de los pacientes de la Clínica Machaladent se relacionaron de forma no directa durante la pandemia por COVID-19. En ese sentido, resulta posible determinar que el aislamiento social resulta perjudicial para la salud mental —principalmente— por la limitación de los niveles de interacción social y la reducción en la actividad interactiva de la red de apoyo socio-familiar, lo que conduce a experimentar sensación de intranquilidad, cambios en el estado de ánimo y sentimientos de tristeza, entre otros.
- Los resultados de la investigación revelaron el predominio de la soledad moderada; producto de ello, en la dimensión soledad emocional, los pacientes presentaron un deterioro exacerbado en la interacción social; mientras que, en la dimensión de la soledad social, se comprobó un adecuado sentimiento de confianza en la red de apoyo socio-familiar. No obstante, las medidas restrictivas de contacto social ocasionaron una escasa interrelación con el resto. En este caso, los niveles de confianza en las personas y la sensación de sentirse querido, apreciado y valorado actuaron como componentes protectores, comportándose como atenuantes durante momentos de zozobra, anomia e incertidumbre social.
- En los niveles clínicos, se vio con especial énfasis el surgimiento de la depresión moderada, con mayor afectación y deterioro en las áreas psicomotriz y psicológica. Las características resultantes de esta condición son: letargo o enlentecimiento motriz, confusión mental, irritabilidad, desmotivación y disminución del deseo sexual. Ello produjo que los individuos bajo el influjo de este estado, se aislasen de sus núcleos sociales, familiares y laborales; del mismo modo, se presentaron desafíos para establecer canales de comunicación que les permitiesen exteriorizar sus emociones y pensamientos.
- No se encontró una asociación significativa entre los niveles de depresión y los niveles de soledad, pero se encontró una relación entre los pacientes con depresión moderada y soledad moderada. Lo que conduce a confirmar lo enunciado por la Organización Mundial de la Salud en relación al aumento de los índices de depresión durante el primer año de la pandemia en un 25 %, causando desequilibrio en el pensamiento racional, alteraciones en el estado de ánimo, trastornos del sueño y otras patologías comórbidas a la depresión.

## 5.2 Recomendaciones

- Desarrollar un protocolo de detección, diagnóstico e intervención psicológica para pacientes con trastorno depresivo, estandarizado en las distintas unidades de salud mental de los prestadores de salud externos del IEES. Con ello se busca un adecuado abordaje de las necesidades y expectativas de los pacientes, en aras de generar un ambiente propicio que responda a los estándares de calidad y eficiencia que se espera de la salud pública. De este modo, se pretende alcanzar una mayor adherencia al tratamiento psicoterapéutico, erradicando las ideas preconcebidas acerca del rol del psicólogo clínico y reduciendo las causas que pudieran influir en el abandono del plan terapéutico.
- Resulta imprescindible replantear los lineamientos y enfoques de la salud pública, y con ello estimar en su justa medida el valor del psicólogo clínico como pieza fundamental para el abordaje de las patologías mentales. Con base en lo anterior, el aporte de estos profesionales consiste en participar en distintos ejes: promoción, prevención, detección, intervención, derivación y acompañamiento en las enfermedades mentales; en este caso, producidas como consecuencia directa de una pandemia.
- La depresión requiere un abordaje interdisciplinario con la intención de hacer sentir seguro y acompañado al paciente para que afronte su realidad con mecanismos de respuesta efectivos; sobre todo, desde la orientación técnico-profesional en áreas como: neurología, psiquiatría y psicología. De este modo, se garantiza en los pacientes limitación del daño y la prevención de complicaciones.
- Fomentar mecanismos de des-invisibilización e inclusión tendiente a reeducar acerca de los efectos del trastorno depresivo en el ser humano y las respuestas que se tienen para abordar un problema de índole multifactorial. En ese sentido, se busca que los pacientes con esta condición no se sientan aislados y sin esperanzas; por el contrario, que puedan encontrar en los centros de atención médica profesionales altamente capacitados, dispuestos a coadyuvar en la recuperación del equilibrio y el bienestar que todo individuo anhela.
- Promover el desarrollo de programas de salud mental enfocados al abordaje del trastorno depresivo; de este modo, el objetivo será modificar el sistema de pensamientos distorsionados, creencias limitantes y deterioro de capacidades afectivas y volitivas del paciente. Con este antecedente, el profesional de la salud mental buscará reestructurar la funcionalidad psicológica, produciendo mejoras en la calidad de vida del paciente y su familia; y de este modo, evitar recaídas a mediano y largo plazo.

## Referencias

- Abreu, J. (2014). El método de la investigación. *International Journal of Good Conscience*, 9(3), 195-204. Disponible en: <http://www.spentamexico.org/v9-n3/A17.9%283%29195-204.pdf>
- Aguirre, Á. (2008). Antropología de la depresión. *Revista Malestar e Subjetividade – Fortaleza*, 563-601. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v8n3/02.pdf>
- Álvarez, M., Ramírez, B., Silva, A., Coffin, N., & Jiménez, M. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 205-216. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56012878005>
- Álvaro, J., Garrido, A., & Schweiger, I. (2010). Causas sociales de la depresión: Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista Internacional de Sociología*, 68(2), 333-348. doi:10.3989/ris.2008.06.08
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5™*. Arlington, VA.: American Psychiatric Association. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Andreu, E. (2020). Actividad física y efectos psicológicos del confinamiento por covid-19. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 209-220. doi:<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2020.n1.v2.1828>
- Arias, J., Villacís, M., & Miranda, M. (2016). El protocolo de investigación III: la población de estudio. *Revista Alergia Mexico*, 63(2), 201-206. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4867/486755023011.pdf>
- Atkinson, P., Coffey, A., & Delamont, S. (2001). A debate about our canon. *Qualitative Research*, 1(1), 5-21. doi:<https://doi.org/10.1177/146879410100100101>
- Ázuerro, Á. (2019). Significatividad del marco metodológico en el desarrollo de proyectos de investigación. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía*, 4(8), 110-127. doi:<https://doi.org/10.35381/r.k.v4i8.274>
- Benavides, P. (2018). La depresión, evolución del concepto desde la melancolía hasta la depresión como enfermedad física. *Revista PUCE*(105), 171-188. Disponible en: <https://doi.org/10.26807/revpuce.v0i0.119>
- Benítez, H., & Miranda, I. (2018). Desarrollo y aplicación de los modelos de simulación para el estudio de la dinámica de poblaciones. *Revista de Protección Vegetal*, 1-9. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1010-27522018000200010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1010-27522018000200010)

- Berasategi Sancho, N., Idoiaga Mondragon, N., Dosil Santamaría, M., Eiguren Munitis, A., Pikaza Gorrotxategi, M., & Ozamiz Etxebarria, N. (2020). *Las voces de los niños y de las niñas en situación de confinamiento por el COVID-19*. Bilbao: Universidad del País Vasco. Disponible en: <https://web-argitalpena.adm.ehu.es/pdf/USP00202291.pdf>
- Bernal, C. (2010). *Metodología de la investigación*. Bogotá: Pearson Educación. Disponible en: <https://abacoenred.com/wp-content/uploads/2019/02/El-proyecto-de-investigaci%C3%B3n-F.G.-Arias-2012-pdf.pdf>
- Broche-Pérez, Y., Fernández-Castillo, E., & Reyes Luzardo, D. (2020). Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46(Supl. especial), 1-14. Disponible en: *Revista Cubana de Salud Pública*: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662020000500007&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662020000500007&lng=es&tlng=es)
- Burton, R. (1943). *Anatomía de la melancolía*. Buenos Aires: ESPASA-CALPE, S.A. Disponible en: <https://web.seducoahuila.gob.mx/biblioweb/upload/Burton,%20Robert%20-%20Anatomia%20De%20La%20Melancolia.pdf>
- Buz, J., & Prieto, G. (2013). Análisis de la Escala de Soledad de De Jong Gierveld mediante el modelo de Rasch. *Universitas Psychologica*, 971-981. doi:10.11144/Javeriana.UPSY12-3.aesd
- Calderon Saldaña, J., & Alzamora de los Godos, L. (2018). *Diseños de investigación para tesis de posgrado*. North Carolina: LULU International. Disponible en: [https://books.google.com.ec/books?id=pjFOAgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=pjFOAgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
- Calle, A. (2020). Aislamiento social en adolescentes , causas y consecuencias. *Juventud y Ciencia Solidaria*, 32-35. Disponible en: [https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/18965/1/Rev\\_Juv\\_Cie\\_Sol\\_0507.pdf](https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/18965/1/Rev_Juv_Cie_Sol_0507.pdf)
- Callís Fernández, S., Guarton Ortiz, O., Sánchez, V. C., & De Armas Ferrera, A. (2021). Manifestaciones psicológicas en adultos mayores en aislamiento social durante la pandemia COVID-19. *Segundo Congreso Virtual de Ciencias Básicas Biomédicas en Granma*, 1-12. Disponible en: <https://cibamanz2021.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2021/paper/viewFile/139/72>
- Callís, S., Guartón, O., Cruz, V., & Armas, A. (2021). Estados afectivos emocionales en adultos mayores solos en aislamiento social durante la pandemia COVID-19. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 46(1), 1-6. Disponible en: <https://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2491>

- Cardona, G., Isaza, R., Zapata, A., Franco, J., González, C., & Tamayo, C. (2007). La comorbilidad del trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico y los trastornos de ansiedad con la migraña. *Revista de Neurología*, 45(5), 272-275. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2366244>
- Casimiro Urcos, J. F., Benites Azabache, J. C., Sánchez Aguirre, F. M., Flores Rosa, V. R., & Palma Albino, F. (2020). Percepción de la conducta por aislamiento social obligatorio en jóvenes universitarios por Covid-19. *Revista Conrado*, 16(77), 74-80. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rc/v16n77/1990-8644-rc-16-77-74.pdf>
- Castañeda, C., López, A., & Martínez, R. (2021). Grandes pandemias y sus desafíos. *Dilemas contemporáneos: educación, política y valores*, 8(3), 1-25. doi:<https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i3.2671>
- Castro, J. (2019). El síntoma. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 37(3), 69-73. doi: <https://doi.org/10.18537/RFCM.37.03.09>
- Cazares, J. (2021). *Ansiedad, estrés, y depresión relacionadas con la pandemia Covid-19 en la población*. Quito: Universidad Central del Ecuador. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/23501/1/UCE-FCM-CPO-CAZARES%20JESSICA.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention. (07 de Mayo de 2021). *Loneliness and Social Isolation Linked to Serious Health Conditions*. Disponible en: <https://www.cdc.gov/aging/spanish/features/lonely-older-adults.html>
- Chemisquy, S., Arévalo, L., & Sadaniowski, A. (2022). Evidencias de validez y confiabilidad de la versión abreviada de la Escala de Soledad de De Jong-Gierveld en estudiantes universitarios de Argentina. *Propósitos y representaciones*, 10(3), 17-23. doi:<https://doi.org/10.20511/pyr2022.v10n3.1723>
- Ciotti, M., Ciccozzi, M., Terrinoni, A., Wen, C., Vheng, B., & Bernardini, S. (2020). The COVID-19 pandemic. *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences*, 57(6), 365-388. doi:<https://doi.org/10.1080/10408363.2020.1783198>
- Cohen, S., Mejail, S., & Caballero, S. (2012). Habilidades sociales, aislamiento y comportamiento antisocial en adolescentes en contextos de pobreza. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(1), 11-20. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79824560002>. Acta Colombiana de Psicología
- Córdova, M., & Rosales, J. (2010). La desesperanza de riesgo en jóvenes mexicanos y aspectos sociodemográficos asociados: diferencias por sexo. *Psicología y Salud*, 20(2), 195-201. doi:<https://doi.org/10.25009/pys.v20i2.602>
- Cortez, T. (2018). El marco teórico referencial y los enfoques de investigación. *Revista de la Carrera de Ingeniería Agronómica UMSA*, 4(1), 1036–1062. Disponible en: <https://apthapi.umsa.bo/index.php/ATP/article/view/213/203>

- Dagnino, P., Anguita, V., Escobar, K., & Cifuentes, S. (2020). Psychological Effects of Social Isolation Due to Quarantine in Chile: An Exploratory Study. *Frontiers Psychiatry, 11*, 1-13. doi:<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.591142>
- Dávila, N. (2006). El razonamiento inductivo y deductivo dentro del proceso investigativo en ciencias experimentales y sociales. *Laurus, 180-205*. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=76109911>
- Dorina, S., Seidmann, S., Pano, C., Acrich, L., & Vera, B. (2023). Los cuidadores familiares de enfermos crónicos: sentimientos de soledad, aislamiento social y estilos de afrontamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología, 55-65*. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/805/80535105.pdf>
- Echeberúa, E., Salaberría, K., & Cruz, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia Psicológica, 32(1)*, 65-74. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v32n1/art07.pdf>
- Emiro, J., Castañeda, T., & Zambrano, R. (2022). Sintomatología de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios colombianos durante la pandemia COVID-19. *Ciencia y Enfermería, 28(19)*, 1-13. doi:10.29393/CE28-19SDJR30019
- Feria, H., Blanco, M., & Valledor, R. (2019). *La dimensión metodológica del diseño de la investigación científica*. Las Tunas: Editorial Académica Universitaria (Edacun). Disponible en: <http://edacunob.ult.edu.cu/xmlui/bitstream/handle/123456789/90/La%20dimensi%C3%B3n%20metodol%C3%B3gica%20del%20dise%C3%B1o%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20cient%C3%ADfica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ferrer, R. (2020). Pandemia por COVID-19: el mayor reto de la historia del intensivismo. *Revista de Medicina Intensiva, 44(6)*, 323-324. doi:10.1016/j.medin.2020.04.002
- Galindo, O., Ramírez, M., Costas, R., Mendoza, L., Calderillo, G., & Meneses, A. (2020). Síntomas de ansiedad y depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en la población general. *Gaceta Médica Mexico, 156(4)*, 294-301. doi:10.24875/GMM.M20000399
- Garduño Román, S. (2002). Enfoques metodológicos en la investigación educativa. *Investigación administrativa, 31(90)*, 11-24. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/hevila/InvestigacionAdministrativa/2002/vol31/no90/2.pdf>
- Gené, J., Pierre, C., Belchin, A., Erdozain, M., Cáliz, L., Torres, S., & Rodríguez, S. (2020). Perfiles de soledad y aislamiento social en población urbana. *Atención Primaria, 52(4)*, 224-232. doi:<https://doi.org/10.1016%2Fj.aprim.2018.09.012>
- Gené-Badía, J., Pierre, C., Belchín, A., Erdozain, M. Á., Cáliz, L., Torres, S., & Rodríguez, R. (2020). Perfiles de soledad y aislamiento social en población urbana. *Atención Primaria, 52(4)*, 224-232. doi:<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.012>

- Góngora, V., & Casullo, M. (2009). Factores protectores de la salud mental: Un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general. *Interdisciplinaria*, 26(2), 183-205. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18011827002>
- González, M. (2009). Desmotivación de los estudiantes de contaduría pública: un problema de los futuros profesionales. *Revista Virtual de Estudiantes de Contaduría Pública*, 94-104. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/adversia/article/view/2034/1683>
- González, Y. (2006). Depresión en niños y niñas con cáncer. *Actualidades en Psicología*, 20(107), 22-44. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1332/133212642002.pdf>
- Guarton, O., Cruz, V., Armas, A., & Callís, S. (2020). Manifestaciones psicológicas en adultos mayores en aislamiento social durante la pandemia COVID-19. *Ciencias Básicas Biomédicas*, 1-12. Disponible en: <https://cibamanz2021.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2021/paper/viewFile/139/72>
- Guevara, G., Verdesoto, A., & Castro, N. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 163-173. doi:10.26820/recimundo/4
- Guillén, E., Ruíz, I., Gordillo, T., Ruíz, M., & Ruíz, M. (2013). ¿Depresión o evolución? Revisión histórica y fenomenológica del concepto aplicado a la infancia y la adolescencia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 499-506. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349852173034.pdf>
- Hermosa, C., Paz, C., Hidalgo, P., García, J., Sádaba, C., López, C., & Serrano, C. (2021). Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en la población general ecuatoriana durante la pandemia por COVID-19. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 30(2), 40-47. doi:<https://doi.org/10.46997/revecuatneuro130200040>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (1997). *Metodología de la investigación*. Naucalpan de Juárez: McGraw Hill. Disponible en: [https://www.uv.mx/personal/cbustamante/files/2011/06/Metodologia-de-la-Investigaci%C3%83%C2%B3n\\_Sampieri.pdf](https://www.uv.mx/personal/cbustamante/files/2011/06/Metodologia-de-la-Investigaci%C3%83%C2%B3n_Sampieri.pdf)
- Hernández, A. (2008). El método hipotético-deductivo como legado del positivismo lógico y el racionalismo crítico: Su influencia en la economía. *Ciencias Económicas*, 26(2), 183-195. doi:<https://doi.org/10.15517/rce.v26i2.7142>
- Hernández, C., García, A., Leal, E., Peralta, V., & Durán, J. (2014). Factores ambientales relacionados a trastornos depresivos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del*

- Seguro*                      *Socia*,                      574-579.                      Disponible                      en:  
<https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745484020.pdf>
- Hernández, J., Perula, L., Rich, M., Roldán, A., Perula, C., & Ventura, P. (2022). Condicionantes para el abordaje del aislamiento social y la soledad de adultos mayores no institucionalizados desde atención primaria de salud. *Atención primaria*, 54(2), 1-10. doi:<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102218>
- Hernández, M., Fernández, M., Sánchez, N., Blanco, M., Perdiz, M., & Castro, P. (2021). Soledad y envejecimiento. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 14(3), 146-153. Disponible                      en:                      [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2021000300005&script=sci\\_arttext](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2021000300005&script=sci_arttext)
- Herrera, P. (1999). Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente. *Revista Cubana de Pediatría*, 31(1), 39-42. Disponible                      en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75311999000100006&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75311999000100006&lng=es&tlng=es).
- Izcarra, S. (2012). El aislamiento social de los trabajadores con visas H-2A. El ejemplo de los jornaleros tamaulipecos. *Región y sociedad*, 24(53), 259-292. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-39252012000100009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-39252012000100009&lng=es&tlng=es).
- Jácome, A. (2020). Las pandemias de la historia. *Revista Medicina*, 42(2), 140-142. doi:<https://doi.org/10.56050/01205498.1507>
- Johnson, M., Cuesta, L., & Tumas, N. (2020). Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. *Ciência e saúde coletiva*, 25(supl 1), 2447-2456. doi:<https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10472020>
- Jong Gierveld, J., & Kamphuls, F. (1985). The Development of a Rasch-Type Loneliness Scale. *Applied Psychological Measurement*, 9(3), 289-299. Disponible en: <https://conservancy.umn.edu/bitstream/handle/11299/102185/v09n3p289.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Larios, A., & Naranjo, J. (2020). Impacto psicológico del aislamiento social en el paciente comórbido: en el tema de la pandemia de COVID-19. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(4), 227-228. doi:[10.1016/j.rcpeng.2020.07.001](https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2020.07.001)
- López, P. (2004). Población, muestra y muestreo. *Punto Cero*, 09(08), 69-74. Disponible en: [scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1815-02762004000100012](http://scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762004000100012)
- Lozano, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 51-56. doi:<http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>
- Marquez, A., Azzolino, J., Marsollier, R., Leucrini, M., & Farias, G. (2021). Repercusiones del Aislamiento Social Preventivo Obligatorio en adultos mayores. *Perspectivas En*

- Psicología*, 18(1), 78-90. Disponible en: <http://200.0.183.216/revista/index.php/pep/article/view/537>
- Martínez, M., Ucros, M., & Vanegas, B. (2016). Impacto de experiencias traumáticas sobre el desarrollo cognitivo, emocional y familiar en niños y adolescentes víctimas de violencia. *Revista Tesis Psicológica*, 11(1), 206-215. Disponible en: <https://n9.cl/tcpwb>
- Martínez-Taboas, A. (2020). Pandemias, COVID-19 y salud mental: ¿qué sabemos actualmente? *Revista Caribeña de Psicología*, 4(2), 143-152. doi:<https://doi.org/10.37226/rcp.v4i2.4907>
- Mazza, M., Lorenzo, R., Conte, C., Poletti, S., Vai, B., Bollettini, I., . . . Rovere, P. (2020). Ansiedad y depresión en sobrevivientes de COVID-19: papel de predictores inflamatorios y clínicos. *Cerebro, comportamiento e inmunidad*, 89, 594-600. doi:<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.07.037>
- Mazzotta, V. (2011). Depresión y síndrome metabólico. *Revista Argentina de Clínica*, 16(4), 396-424. Disponible en: [http://alcmeon.com.ar/16/64/08\\_mazzota.pdf](http://alcmeon.com.ar/16/64/08_mazzota.pdf)
- Mineira, F., & Vera, J. (2020). Paradigmas, enfoques y métodos de investigación. *Mundo Recursivo*, 3(1), 1-24. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1vI7S1dPpkES8zUwyfenm0Jn6PmzAsKMO/view>
- Ministerio de Salud Pública. (2021). *COVID-19, Lineamientos generales de vigilancia epidemiológica*. Quito: Ministerio de Salud Pública. Disponible en: [https://www.hgdz.gob.ec/wp-content/uploads/2021/05/de\\_covid\\_26\\_de\\_abril\\_aprobada-signed-signed-signed-signed05064860016194707040554209001620162507.pdf](https://www.hgdz.gob.ec/wp-content/uploads/2021/05/de_covid_26_de_abril_aprobada-signed-signed-signed-signed05064860016194707040554209001620162507.pdf)
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2018). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia. Actualización*. Madrid: Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS). Disponible en: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_575\\_Depresion\\_infancia\\_Avaliat\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_575_Depresion_infancia_Avaliat_compl.pdf)
- Molina, P., & Muñoz, D. (2015). Diagnóstico diferencial: deterioro de la interacción social y aislamiento social. *REDUCA*, 7(1), 1-54. Disponible en: <http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/1875>
- Naranjo, Y., Mayor, S., Rivera, O., & González, R. (2021). Estados emocionales de adultos mayores en aislamiento social durante la COVID-19. *Revista Información Científica*, 100(2), 1-10. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ric/v100n2/1028-9933-ric-100-02-e3387.pdf>
- National Academies of Sciences, Engineering and Medicine. (2020). *Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System*. Washington, DC: The National Academies Press. doi:<https://doi.org/10.17226/25663>

- Navarro, J., Moscoso, M., & Calderón, G. (2017). La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. *Liberabit*, 23(1), 57-74. doi:<https://doi.org/10.24265/liberabit.2017.v23n1.04>
- Nicolini, H. (2020). Depresión y ansiedad en los tiempos de la pandemia de COVID-19. *Cirugía y cirujanos*, 88(5), 542-547. doi:<https://doi.org/10.24875/ciru.m20000067>
- Organización de las Naciones Unidas. (21 de Mayo de 2021). *Noticias ONU*. Disponible en: Las muertes por COVID-19 en todo el mundo serían entre 6,8 y 10 millones, dos o tres veces superiores a las reportadas: <https://news.un.org/es/story/2021/05/1492332>
- Organización de las Naciones Unidas. (10 de Octubre de 2022). *Crónicas ONU*. Disponible en: Estado de la salud mental tras la pandemia del COVID-19 y progreso de la Iniciativa Especial para la Salud Mental (2019-2023) de la OMS: <https://www.un.org/es/cr%C3%B3nica-onu/estado-de-la-salud-mental-tras-la-pandemia-del-covid-19-y-progreso-de-la-iniciativa>
- Organización de las Naciones Unidas. (2023). *¿Dónde estamos?* Disponible en: <https://lac.unwomen.org/es/donde-estamos/ecuador>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (02 de 03 de 2022). *La pandemia por COVID-19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo*. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-pandemia-por-covid-19-provoca-aumento-25-prevalencia-ansiedad-depresion-todo>
- Organización Mundial de la Salud. (17 de 06 de 2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud. (31 de 03 de 2023). *Depresión*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f). *Coronavirus*. Disponible en: [https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_1)
- Ortega, A., Mesa, I., Peña, S., & Ramírez, A. (2021). Miedo al coronavirus, ansiedad y depresión en profesionales de la salud. *Universidad Ciencia y Tecnología*, 25(109), 98-106. doi:10.47460/uct.v25i109.454
- Parkinson, J. (2007). *Un ensayo sobre la parálisis temblorosa*. Londres. Disponible en: <https://www.gutenberg.org/cache/epub/23777/pg23777-images.html>

- Pérez, E., Cervantes, V., Hijuelos, N., Pineda, J., & Salgado, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista Biomédica*, 8(2), 89-115. doi:<https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>
- Prada, R., & Alonso, A. (2021). Efectos depresivos del aislamiento preventivo obligatorio asociados a la pandemia COVID-19 en docentes y estudiantes de una universidad pública en Colombia. *Psicogente*, 1-20. doi:<https://doi.org/10.17081/psico.24.45.4156>
- Prada, R., Gamboa, A., & Hernández, C. (2021). Efectos depresivos del aislamiento preventivo obligatorio asociados a la pandemia del COVID-19 en docentes y estudiantes de una universidad pública en Colombia. *Psicogente*, 24(45), 1-20. doi:<https://doi.org/10.17081/psico.24.45.4156>
- Prieto, D., Aguirre, G., Pierola, I., Luna, G., Merea, L., Lazarte, C., . . . Zegarra, Á. (2020). Depresión y ansiedad durante el aislamiento obligatorio por el COVID-19 en Lima Metropolitana. *Liberabit*, 26(2), 1-14. doi:<https://dx.doi.org/10.24265/liberabit.2020.v26n2.09>
- Ramírez, J., & Fontecha, J. (2019). Efectos del aislamiento social en el sueño durante la pandemia COVID-19. *International Academy Journal Web of Scholar*, 57(6), 23-30. doi:[https://doi.org/10.31435/rsglobal\\_wos/30062019/6552](https://doi.org/10.31435/rsglobal_wos/30062019/6552)
- Richaud, M., & Mesurado, B. (2016). Las emociones positivas y la empatía como promotores de las conductas prosociales e inhibidores de las conductas agresivas. *Acción Psicológica*, 13(2), 31-42. doi:<https://dx.doi.org/10.5944/ap.13.2.17808>
- Rivera, B., & Cáceres, O. (2007). Validación de escala de Zung en personas con VIH. *Terapia Psicológica*, 135-140. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082007000200004>
- Rodríguez, A., & Pérez, A. (2017). Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. *Revista Escuela de Administración de Negocios*, 82, 175-195. doi:<https://doi.org/10.21158/01208160.n82.2017.1647>
- Rodríguez, N., Padilla, L., Jarro, I., Suárez, B., & Robles, M. (2021). Factores de riesgo asociados a depresión y ansiedad por covid-19 (SARS-Cov-2). *Journal of American Health*, 4(1), 64-72. doi:<https://doi.org/10.37958/jah.v4i1.64>
- Rojas, E. (2011). *Adios depresión*. Madrid: PUNSET.
- Russo, M., Cohen, G., Campos, J., & Allegri, R. (2021). COVID-19 y adultos mayores con deterioro cognitivo: ¿puede influir el aislamiento social en la enfermedad? *Neurología Argentina*, 13(3), 159-169. doi:<https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2021.06.003>
- Salazar, A., & Abancin, R. (2022). Retos de la Educación Media Latinoamericana en tiempos de pandemia. *Revista Electrónica en Educación y Pedagogía*, 6(10), 210-227. doi:<https://doi.org/10.15658/rev.electron.educ.pedagog22.04061014>

- Sánchez, F. (2018). Fundamentos Epistémicos de la Investigación Cualitativa y Cuantitativa: consensos y disensos. *Revista de Investigación en Docencia Universitaria*, 102-122. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/ridu/v13n1/a08v13n1.pdf>
- Sánchez, F., Campos, A., Vega, M., Cortés, O., Esparta, J., Sánchez, J., . . . Mengual, J. (2023). Promoción de la actividad física en la infancia y la adolescencia (parte 1). *Pediatría Atención Primaria*, 279-291. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322019000300019&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000300019&lng=es&tlng=es)
- Sánchez, O., & Méndez, F. (2009). El optimismo como factor protector de la depresión infantil y adolescente. *Clínica y Salud*, 273-280. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742009000300008&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742009000300008&lng=es&tlng=es).
- Secretaría General de Comunicación de la Presidencia de la República. (16 de Marzo de 2020). *Boletines de Estado de Excepción*. Disponible en: <https://www.comunicacion.gob.ec/el-presidente-lenin-moreno-decreta-estado-de-excepcion-para-evitar-la-propagacion-del-covid-19/>
- Sicras, A., Navarro, R., Tamayo, B., Serrat, J., & Llopart, J. (2007). Comorbilidad y coste ambulatorio asociado a los pacientes con trastornos depresivos en un ámbito poblacional. *Farmacia Hospitalaria*, 101-105. doi:[https://doi.org/10.1016/S1130-6343\(07\)75720-3](https://doi.org/10.1016/S1130-6343(07)75720-3)
- Suárez, H., Pinerúa, L., & Estevez, J. (2023). Autescala de Zung para depresión como predictor de la respuesta sensorial y automática al dolor. *Investigación Clínica*, 48(4), 469-483. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0535-51332007000400007](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332007000400007)
- Tamayo, G. (2018). Diseños muestrales en la investigación. *Semestre Económico*, 4(7), 1-14. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5262273>
- Torres, T. (2019). En defensa del método histórico-lógico desde la Lógica como ciencia. *Revista Cubana de Educación Superior*, 39(2), 16-22. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0257-43142020000200016&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0257-43142020000200016&lng=es&nrm=iso)
- U.S Department of Health and Human Services. (1979). *Informe Belmont*. Departamento de Salud, Educación, y Bienestar. Washington D. C: U.S Department of Health and Human Services. Disponible en: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>
- Valencia, S. (2006). Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 2(2), 241-257. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67920205>

- Vega Malagon, G., Ávila Morales, J., Vega Malagón, A., Caamacho Calderon , N., Becerril Santos, A., & Leo Amador, G. (2014). Paradigmas en la investigación. Enfoque cuantitativo y cualitativo. *European Scientific Journal*, 10(15), 1857 – 7881. Disponible en: <https://core.ac.uk/reader/236413540>
- Ventura, J., Caycho, T., Barboza, M., & Cáceres, G. (2017). Evidencia de validez y confiabilidad de una medida de soledad en adolescentes peruanos. *Evaluar*, 17(2), 126-142. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar>
- Virto, F., Ccahuana, F., Loayza, W., Cornejo, Á., Sánchez, D., Cedeño, M., . . . Tafet, G. (2021). Estrés, ansiedad y depresión en la etapa inicial del aislamiento social por COVID-19 Cusco-Perú. *Revista Recien*, 10(3), 4-21. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Virto-Farfan/publication/349757312\\_Factores\\_Asociados\\_al\\_Estres\\_Ansiedad\\_y\\_Depresion\\_en\\_la\\_Etapa\\_Inicial\\_del\\_Aislamiento\\_Social\\_por\\_Covid-19\\_Sars-Cov-2\\_Cusco\\_Peru\\_2020/links/6138b9dac76de21e319f5183/Factores-Aso](https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Virto-Farfan/publication/349757312_Factores_Asociados_al_Estres_Ansiedad_y_Depresion_en_la_Etapa_Inicial_del_Aislamiento_Social_por_Covid-19_Sars-Cov-2_Cusco_Peru_2020/links/6138b9dac76de21e319f5183/Factores-Aso)
- Virto, F., Ccahuana, F., Loayza, W., Cornejo, Á., Sánchez, D., Cedeño, M., . . . Tafet, G. (2021). Estrés, ansiedad y depresión en la etapa inicial del aislamiento social por COVID-19 Cusco-Perú. *Revista Recien*, 10(3), 4-21. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Virto-Farfan/publication/349757312\\_Factores\\_Asociados\\_al\\_Estres\\_Ansiedad\\_y\\_Depresion\\_en\\_la\\_Etapa\\_Inicial\\_del\\_Aislamiento\\_Social\\_por\\_Covid-19\\_Sars-Cov-2\\_Cusco\\_Peru\\_2020/links/6138b9dac76de21e319f5183/Factores-Aso](https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Virto-Farfan/publication/349757312_Factores_Asociados_al_Estres_Ansiedad_y_Depresion_en_la_Etapa_Inicial_del_Aislamiento_Social_por_Covid-19_Sars-Cov-2_Cusco_Peru_2020/links/6138b9dac76de21e319f5183/Factores-Aso)
- World Health Organization. (2023). *COVID-19 Weekly Epidemiological Update*. Ginebra: WHO Editions. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---3-august-2023>

## Anexos

### Apéndice A. Consentimiento Informado

El consentimiento informado, es un documento informativo que tiene como objetivo proporcionarle al paciente, la información acerca de la investigación de tipo no experimental descriptiva, titulada: "Aislamiento social durante la pandemia por COVID-19 y su influencia en la presentación de trastorno depresivo en pacientes que acudieron a la Clínica MachalaDent. Machala 2021-2022" en el que se le invita a participar con el fin de analizar el aislamiento social y su influencia en la presentación de trastornos depresivos en pacientes que acudieron a la Clínica MachalaDent durante la pandemia por COVID-19. Machala 2021-2022. Para ello es fundamental contar con su colaboración contestando dos escalas adjuntas: escala de soledad de Jong Gierveld y escala de depresión de Zung, para obtener información con aspectos relacionados al tema.

En este sentido, y en aras de garantizar validez científica de las respuestas de los test psicométricos, resulta importante leer detenidamente cada una de las preguntas y responderlas en su totalidad, lo que indefectiblemente permitirá la obtención de resultados sólidos que contribuyan a recomendaciones de mejora. Su colaboración es libre y voluntaria, garantizando el anonimato; es decir, los datos serán protegidos, manejados con total discreción y de forma confidencial, por lo que se le solicita absoluta sinceridad en las respuestas.

Su participación a lo largo de este estudio no implica ningún riesgo, por lo que los datos obtenidos serán tratados con fines netamente académicos, siguiendo las normas éticas y legales vigentes, establecidas en la Constitución de la República del Ecuador y la Ley de Federación Ecuatoriana de Psicólogos Clínicos.

Comprendida a cabalidad la información, expreso mi consentimiento, para iniciar de forma libre y voluntaria la presente investigación en los términos detallados:

En la Ciudad de Machala, en el día \_\_\_\_ y fecha \_\_\_\_\_. Yo, \_\_\_\_\_, con CC: \_\_\_\_\_, en calidad de paciente, y en pleno uso de mis facultades y derechos, declaro que he sido informado por la autora de la presente investigación: Diana Carolina Macas Castillo, con CC. 070546879-1, Psicóloga Clínica de profesión, con registro profesional en la Secretaría de Educación Superior, Ciencia, tecnología e Investigación N° 1011-15-1416701, sobre la hoja que antecede y se me ha entregado, detallándome sobre las características del estudio a iniciar, aplicación de herramientas de test psicométricos, así como la metodología que utiliza la profesional, por lo que todas las inquietudes pertinentes me han sido respondidas.

Asimismo, por medio del presente instrumento declaro que, acepto los derechos y obligaciones que como paciente debo cumplir; y del mismo modo, comprendo que debo recibir información clara, pertinente y oportuna en todo momento de parte del profesional tratante. Además, me encuentro plenamente de acuerdo con que el investigador debe guardar absoluta confidencialidad de los datos recabados aquí, estipulados en la Constitución de la República del Ecuador y el Código Orgánico de la Salud, y del cual se me fue plenamente informado desde el inicio.

---

Firma del paciente

## Apéndice B. Escala de Soledad de Jong Gierveld (DJGLS)

**Instrucciones:** en el siguiente test, encontrará once enunciados en relación a la soledad percibida; debe leer detenidamente cada ítem y marcar con una (X) la opción con la que más corresponda a su sentir, recuerde que ninguna respuesta se puntúa como buena o mala.

| Ítem  | Si | Más o menos | No |
|---|----|-------------|----|
| 1. Siempre hay alguien con quien puedo hablar de mis problemas diarios.       |    |             |    |
| 2. Echo de menos tener un buen amigo de verdad.                               |    |             |    |
| 3. Siento una sensación de vacío a mí alrededor.                              |    |             |    |
| 4. Hay suficientes personas a las que puedo recurrir en caso de dificultades. |    |             |    |
| 5. Echo de menos la compañía de otras personas.                               |    |             |    |
| 6. Pienso que mi círculo de amistades es demasiado limitado.                  |    |             |    |
| 7. Tengo mucha gente en la que puedo confiar completamente.                   |    |             |    |
| 8. Hay suficientes personas con las que tengo una amistad muy cercana.        |    |             |    |
| 9. Echo de menos tener gente a mí alrededor.                                  |    |             |    |
| 10. Me siento abandonado(a) frecuentemente.                                   |    |             |    |
| 11. Puedo contar con mis amigos siempre que lo necesito                       |    |             |    |

## Apéndice C. Escala de Depresión de Zung

### Instrucciones:

A continuación, encontrará veinte enunciados relacionados con los síntomas de tristeza que ha presentado durante la última semana, coloque una (X) sobre los recuadros con los que más se identifique, tomando en consideración que en cada uno de los desórdenes depresivos encontrará cuatro columnas encabezadas por: nunca o casi nunca, a veces, con bastante frecuencia, siempre o casi siempre.

|    | Nunca<br>o Casi<br>Nunca                         | A<br>veces | Con<br>bastante<br>frecuencia | Siempre<br>o casi<br>siempre | Puntos |
|----|--|------------|-------------------------------|------------------------------|--------|
| 1  | Me siento abatido y melancólico.                 |            |                               |                              |        |
| 2  | Por las mañanas es cuando me siento mejor.       |            |                               |                              |        |
| 3  | Tengo acceso de llanto o ganas de llorar.        |            |                               |                              |        |
| 4  | Duermo mal.                                      |            |                               |                              |        |
| 5  | Tengo tanto apetito como antes.                  |            |                               |                              |        |
| 6  | Aún me atraen las personas de sexo opuesto.      |            |                               |                              |        |
| 7  | Noto que estoy perdiendo peso.                   |            |                               |                              |        |
| 8  | Tengo trastornos intestinales y estreñimiento.   |            |                               |                              |        |
| 9  | Me late el corazón más a prisa que de costumbre. |            |                               |                              |        |
| 10 | Me canso sin motivo.                             |            |                               |                              |        |
| 11 | Tengo la mente tan clara como antes.             |            |                               |                              |        |
| 12 | Hago las cosas con la misma facilidad que antes. |            |                               |                              |        |
| 13 | Me siento nervioso(a) y no puedo estar quieto.   |            |                               |                              |        |
| 14 | Tengo esperanza en el futuro.                    |            |                               |                              |        |
| 15 | Estoy más irritable que antes.                   |            |                               |                              |        |
| 16 | Me es fácil tomar decisiones.                    |            |                               |                              |        |

- 
- 17 Me siento útil y necesario.
- 18 Me satisface mi vida actual.
- 19 Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.
- 20 Disfruto de las mismas cosas que antes.

**Total de puntos**

---