

LA RELAJACIÓN PERCIBIDA Y SU ROL COMO FACTOR PROTECTOR FRENTE A LA ANSIEDAD FÓBICA DURANTE EL TRANCURSO DEL AISLAMIENTO SOCIAL, PREVENTIVO Y OBLIGATORIO POR COVID-19 EN EL GRAN MENDOZA

Perceived relaxation and its role as a protective factor against phobic anxiety during the course of preventive and compulsory social isolation due to COVID-19 in population of Mendoza.

María F. Vela, Jesús L. Sánchez, Marcos Jofré Neila, Fabiola A. Ragone, Alicia C. Quiero Carrión,
Zarina Mesa, Yesica Lucero, Denis Rossi, Celia Maschi, Carla Belamate.

Universidad de Congreso, Facultad de Ciencias de la Salud, Licenciatura en Psicología, Laboratorio de Neuropsicología.
Mendoza, Argentina

RESUMEN

Una situación de crisis surge cuando irrumpe en nuestra realidad un evento sin precedentes, y los modos de afrontamiento que se utilizaban para solucionar problemas similares, resultan insuficientes. El presente estudio se sitúa en el marco de "aislamiento social, preventivo y obligatorio", impuesto por decreto ante la pandemia de COVID-19, declarada por la OMS. Se encontró que la relajación percibida tendría una incidencia a favor de la reducción de la ansiedad fóbica al comparar grupos que perciben o no relajación durante el aislamiento social preventivo y obligatorio por COVID-19 en el Gran Mendoza, comportándose así, como un posible factor protector. Actualmente se conoce muy poco acerca de las consecuencias psicológicas que este tipo de medidas, o este contexto, podría producir, por lo cual resulta pertinente analizar los factores que podrían ser determinantes en la salud mental y el bienestar de la población del Gran Mendoza.

Palabras clave: COVID-19, relajación percibida, psicología, factores protectores, ansiedad fóbica.

ABSTRACT

A crisis situation arises when an unprecedented event breaks into our reality, and the ways of coping that were used to solve similar problems are insufficient. This study is situated within the framework of "social, preventive and compulsory isolation", imposed by decree in the face of the COVID-19 pandemic, declared by the WHO. It was found that the perceived relaxation would have an incidence in favor of the reduction of phobic anxiety when comparing groups that perceive or not relaxation during the preventive and compulsory social isolation by COVID-19 in Greater Mendoza, thus behaving as a possible protective factor. Currently, very little is known about the psychological consequences that this type of measures, or this context, could produce, for which reason it is pertinent to analyze the factors that could be determining factors in the mental health and well-being of the population of Greater Mendoza.

Keywords: COVID-19, perceived relaxation, psychology, protective factor, phobic anxiety.

INTRODUCCIÓN

En enero del 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara al brote de la enfermedad por nuevo coronavirus 2019 (COVID-19) como emergencia de salud pública de importancia internacional. En marzo del 2020, se decide que el brote de COVID-19 puede ser caracterizado como pandemia, la propagación mundial de una nueva enfermedad.

Por antecedentes históricos, como la Pandemia de gripe española de 1918 y 1919, o la Pandemia de gripe A (H1N1) de 2010 (OMS, 2010), se sabe que el efecto de estos eventos, no solo produce un alto número de personas fallecidas, sino que además, genera la pérdida de homeostasis del individuo, y constituye fenómenos sociales por su impacto en la vida cultural, económica, política, etc.; detonando una ruptura en la cotidianidad, potenciada por las medidas sanitarias que se imponen para combatirla. Si bien la pandemia en sí misma genera una crisis a partir del temor que origina en la población, el desequilibrio se acentúa en el marco del desarrollo de políticas públicas tendientes a luchar contra la dolencia y de respuestas sociales frente a ellas. (Carbonetti, Rivero y Herrero, 2014).

Luego de la rápida propagación del virus a nivel mundial, con la declaración de pandemia y los antecedentes de China e Italia principalmente, se decreta en Argentina (Decreto 297/2020), el "aislamiento social, preventivo y obligatorio", que incluye el cierre total de fronteras y la suspensión de las clases en todos sus niveles, que más tarde será extendido por el Decreto DNU 325/2020; una cuarentena total establecida por decreto, con el objetivo de contener y mitigar la propagación de la enfermedad, por la cual todos los argentinos o residentes del territorio argentino deben permanecer en la residencia en que se realizará el aislamiento.

De acuerdo a lo elaborado en el documento por la OPS-OMS (2016) sobre atención de la salud mental en situaciones de epidemia o pandemia o preparativos y cuidados durante estas calamidades suelen focalizarse en la implementación de planes nacionales, vigilancia epidemiológica, programas de vacunación y medicamentos, sobre todo en grupos de alto riesgo, así como la evaluación del impacto y la carga económica. Los soslayados y olvidados en los preparativos de estos programas suelen ser los aspectos psicológicos, a pesar de que la evidencia indicaría que el miedo, y sus expresiones, son el origen de muchos de los problemas que afligen al conjunto de personas (OPS-OMS, 2016). Como indica Xiang, Yang, Li et al. (2020), la atención de salud mental para los afectados y la población toda, ha sido subestimada, a pesar de las recomendaciones que surgieron durante el brote de SARS (Comisión Nacional de Salud de China, 2003); abordar el bienestar psicológico, su desarrollo, mantenimiento, y los procesos de afrontamiento, como complemento del enfoque tradicional de las ciencias médicas, podría ser beneficioso para la población en general, durante el "aislamiento social, preventivo y obligatorio".

Debido a la imposición del "aislamiento social, preventivo y obligatorio por enfermedad de Covid-19, previamente mencionada, esta investigación se basa en la comparación de los niveles de ansiedad fóbica mediante el inventario SCL-90R entre un grupo de personas que reportan percibir relajación durante el aislamiento, y otro grupo que no reporta esta experiencia. Además, se evaluó la incidencia de esta percepción en la ansiedad fóbica y su posible rol como factor protector.

La relajación resulta de vital importancia tanto para la salud física como la salud mental de las personas. Según Amutio Kareaga (2000, p. 650), la relajación autopercebida no constituye una cura en sí misma, pero puede contribuir de manera significativa en lo que se refiere a la prevención y recuperación de muchos trastornos o enfermedades. Algunos de los factores

que contribuyen a la prevención y recuperación pueden ser por medio de la reducción de respuesta corporal de estrés de lucha o huida, o quizás mediante la experiencia de los estados emocionales positivos relacionados al proceso de relajación.

Al mismo tiempo, la relajación, conlleva una serie de habilidades cognitivas. Smith (1999, Citado en Amutio Kareaga, 2000) señala que todas las formas de relajación implican un acto atencional básico, mantener una concentración o enfoque simple y pasivo de una forma continua. La relajación implica el cese de toda actividad analítica dirigida a una meta y la concentración de la atención en una sola cosa, es decir, opuesto al esfuerzo intelectual. En la relajación solo se debe concentrar en un estímulo.

En la práctica clínica, existe evidencia (Roca, E. y Roca, B., 2000), de que la relajación es de utilidad, sobre todo en el tratamiento de pacientes con pánico con un componente de ansiedad severa y crónica o exceso de tensión muscular.

Al igual que ocurre con la respiración diafragmática lenta, puede ayudar al paciente al favorecer su sentido de autocontrol y autoeficacia. Sin embargo, su utilidad difiere mucho de unos pacientes a otros y la mayoría encuentra más útil la respiración diafragmática lenta que la relajación.

Para Seligman (2002), la relajación, al igual que otras emociones positivas, forma parte de una de las tres rutas para alcanzar la plenitud o el bienestar: La pleasant life o vía de la vida placentera. Esta vía consiste en desarrollar la vivencia de las emociones o estados considerados positivos. Algunos de ellos son la dicha, la contemplación y, por supuesto, la relajación. El bienestar psicológico se conceptualiza como "la efectividad en el funcionamiento psico-social del individuo global e incluye estados emocionales positivos, en una dimensión alta y baja (felicidad vs. tristeza o depresión). Gozar de un alto bienestar psicológico supone puntuar alto en emociones positivas y bajo en negativas" (Diener et al., 1999; Wright et al., 2002 citado en Amutio Kareaga 2004, p 80) Si bien estos estados son deleites inmediatos que proceden de los sentidos (Seligman, 2002, p.133) no es sencillo basar el bienestar psicológico en ellos debido a su transitoriedad. Dichos estados positivos pueden incrementarse en nuestra vida a través de dos prácticas: El savoring o saboreo y el mindfulness o atención plena. Ambas actividades se proponen rescatar la importancia del instante presente. Fredrickson (2001, 2009, citada en Lupano Perugini y Castro Solano, 2010) demostró empíricamente, además, que si las personas desarrollan la emocionalidad positiva (como podría ser la relajación) mediante diferentes técnicas de forma continua (la atención plena, el saboreo) "no solo se tornan más creativas y resuelven mejor los problemas que se les presentan, sino que las emociones positivas en el largo plazo crean recursos personales y resiliencia".

La ansiedad es considerada un estado emocional displacentero, vinculado a pensamientos negativos, que involucra la evaluación cognitiva que el individuo hace acerca de la situación que percibe como amenazadora (Lazarus y Folkman, 1986, citado en Contreras et al., 2005). Además de ser una experiencia emocional desagradable, es una respuesta o patrón de respuestas que engloba aspectos cognitivos, aspectos fisiológicos y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. Esta respuesta puede ser elicitada, tanto por situaciones o estímulos externos, como por estímulos internos, tales como pensamientos, creencias, expectativas, atribuciones, entre otros, los cuales son percibidos por el sujeto como eventos amenazantes (Cano Vindel y Miguel-Tobal, 2001, citado en Contreras et al., 2005).

Desde la Asociación Americana de Psiquiatría (2013, citado en Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5, 2013) la ansiedad corresponde a un síntoma del Trastorno denominado Fobia Específica. La fobia específica, a su vez, es el miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, etc).

Asimismo, Casullo (2008, p.2) señala que "la ansiedad fóbica alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca"

METODOLOGÍA

La investigación responde a un diseño cuantitativo, de corte transversal, alcance descriptivo, observacional y de medición única. Algunos de estos términos, serán ampliados con mayor detalle a continuación.

Estrategia de acceso a la muestra

Esta investigación fue una iniciativa de un grupo de investigadores de la Carrera de Psicología de la Universidad de Congreso, conformado por profesionales y estudiantes. Para su aplicación, se contó con la aprobación del Comité de ética de la misma institución.

Las personas que conformaron la muestra fueron convocadas dentro de la Provincia de Mendoza mediante reenvío personalizado de formulario online, con la aplicación SurveyHeart, disponible en PlayStore. En una primera fase (días 1, 2 y 3 de la recolección), los investigadores compartieron el formulario por medio de WhatsApp, solicitando a los convocados que participaran responsablemente, y a su vez, solicitaron a los convocados, que reenviarán el formulario a quienes ellos consideran responsables para participar.

De esta forma se logró una convocatoria de difusión privada, limitada, personalizada y basada en la mayor responsabilidad posible, con un alto nivel de participación que constituyó aproximadamente el 40% de la muestra total en primera fase.

En una segunda fase (días 4, 5, 6 y 7 de la recolección), el equipo de investigadores utilizó su Instagram oficial del Laboratorio de Neuropsicología de la Universidad de Congreso (@laboratorio_uc). Esta fase estuvo basada en los mismos principios de la fase 1, obteniendo aproximadamente el 60% de la muestra total.

Tipo de muestra

Los participantes que integran la muestra, participaron de forma voluntaria, por lo tanto, la muestra se presenta como disponible, y su composición está dada naturalmente por quienes accedieron a participar.

Tipo de muestreo

Se incluyó intencionalmente sólo a personas residentes en la Provincia de Mendoza, comprometidas con la evaluación, a partir de la edad de 18 años y en el contexto de desarrollo de COVID-19, por tanto, se clasifica al muestreo como intencional, y no aleatorizado.

Contexto y período de recolección de datos

El período de recolección de datos se inició el día 1 de abril de 2020 a las 11:30hs y finalizó el día 7 de abril de 2020 a las 00:00hs, obteniendo así un corte transversal representativo de ese período de tiempo. Dicho intervalo, estuvo inmerso en el contexto de pandemia por COVID-19 anunciada por la OMS, en grado de alerta 6 según considera la misma institución, y en el contexto de "aislamiento social, preventivo y obligatorio" decretado por el Estado Nacional Argentino el día 19 de marzo de 2020. Por lo tanto, el período de recolección de datos comenzó habiendo transcurrido 13 días desde el decreto de aislamiento.

De acuerdo con los reportes epidemiológicos diarios del Ministerio de Salud de la Nación, al momento de iniciar la recolección de datos, había en Argentina un total de 1054 casos confirmados, 27 fallecidos, mientras que la Provincia de Mendoza había acumulado 15 casos confirmados, con dos nuevas confirmaciones y la primera muerte por COVID-19 se había reportado 5 días antes.

Al momento de finalizar la recolección de datos, el reporte epidemiológico vespertino del día 7 de marzo de 2020, señaló que la cantidad total de casos confirmados en Argentina fue de 1715 y 60 fallecidos; mientras que Mendoza ya acumulaba 32 casos y 2 nuevas confirmaciones.

Conformación de la muestra general del Gran Mendoza

La muestra quedó conformada por personas del Gran Mendoza, con un total n=767.

El género quedó distribuido con n=574 para género femenino, n=187 para género masculino, n=1 para género no binario y n=5 prefirieron no decirlo.

La edad promedio de la muestra total resultó en ME=31,5 y DE=12,55 mientras el rango de edad quedó comprendido entre 18 y 83 años. Los únicos criterios de inclusión fueron vivir en Mendoza, ser mayor de edad, y participar voluntaria como también responsablemente del estudio.

De los niveles de estudio predominantes en la muestra resultaron: n=336 para universitario incompleto, n=160 para universitario completo y n=110 para secundaria completa.

Los participantes se encontraban cumpliendo el aislamiento social preventivo y obligatorio en convivencia con 2 a 4 personas aproximadamente.

Base normativa de referencia

Como datos de referencia para comparar con la muestra del Gran Mendoza, se tuvieron en cuenta los datos brindados por Casullo (2008, p.5), cuyas medidas de tendencia central pertenecen a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), para el año 2003, en un rango de 25 a 60 años. Dicho rango es considerado por la autora como muestra de adultos.

La muestra de CABA contiene un total $n=760$, del cual $n=381$ corresponde al género femenino, y $n=379$ pertenece al género masculino. La edad promedio resultó: $ME=41$ y $DE=9$. A partir de filtrar únicamente casos entre 25 y 60 años, la muestra del Gran Mendoza resultó compuesta por un total de $n=440$, del cual $n=331$ corresponde al género femenino, y $n=109$ al género masculino, con una edad promedio de $ME=36$ y $DE=9,7$ entre ambos géneros.

Procedimiento de comparación

La conformación de la muestra de Gran Mendoza, resultó asimétrica en género. En calidad de adultos se incluyó a personas a partir de los 18 años, hasta una edad máxima hallada de 83 años. Este rango difiere del propuesto por Casullo (2008) para categorizar a la población adulta.

Con el objetivo de reducir al máximo las discrepancias entre poblaciones, se optó por mantener la asimetría de distribución de género de la muestra del Gran Mendoza, de esa forma la cantidad total de integrantes del género femenino de ambas bases de datos, resultaron en una cantidad muy similar, es decir: $n=381$ para CABA, y $n=331$ para Gran Mendoza.

Finalmente, del total de la muestra del Gran Mendoza y sólo a fines de la comparación entre muestras, se retiraron todos los casos en un rango de edad de 18 a 24 años, y también todos los casos de 61 años en adelante. De esta forma, tanto los datos de CABA como los del Gran Mendoza, quedaron compuestos por personas entre 25 y 60 años de edad. A pesar de que la base de datos del Gran Mendoza quedó más reducida, la comparación entre muestras es más segura en tanto, incluye integrantes de que se encuentran en una media de edad más cercana.

Instrumentos de recolección de datos

Se utilizó el inventario SCL-90-R, (Symptom Checklist 90 Revised) de L. Derogatis, adaptado para Argentina por María Martina Casullo en el año 2008. Dicho inventario ha sido desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico (Casullo, 2008).

VARIABLES DEL SCL-90-R

Se tuvieron en cuenta todas las dimensiones sintomatológicas de dicho inventario, las cuales Casullo (2008, p.1) enumera de la siguiente forma: 1) Somatizaciones (SOM); 2) Obsesiones y compulsiones (OBS); 3) Sensitividad interpersonal (SI); 4) Depresión (DEP); 5) Ansiedad (ANS); 6) Hostilidad (HOS); 7) Ansiedad fóbica (FOB); 8) Ideación paranoide (PAR); 9) Psicoticismo (PSIC); y 1) Índice global de severidad (IGS); 2) Total de síntomas positivos (TSP); 3) Índice Malestar Sintomático Positivo (IMSP).

Se confeccionó un cuestionario AD-HOC, para variables sociodemográficas y para recolección de variables cualitativas como la percepción de determinadas emociones, rasgos, valores, actitudes, etc. En el caso de este trabajo, la variable tenida en cuenta es la relajación percibida.

La aplicación de SurveyHeart disponible en PlayStore (Similar a Google Forms) permitió la administración mediante formulario online del SCL-90-R como también del cuestionario AD-HOC y fue elegida por brindar una interfaz mucho más intuitiva y versátil que otras aplicaciones para administrar a distancia.

Instrumentos de procesamiento de información

Se utilizó la versión 24.0 de SPSS, para el procesamiento estadístico, gráficos, y Microsoft Excel para la codificación de algunas variables y algunos tipos de gráficos comparativos.

RESULTADOS

Tabla 1

Medidas de tendencia central y dispersión de las dimensiones del inventario SCL-90R para la muestra general del Gran Mendoza

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	767	18	83	31,56	12,556
Somatizaciones	767	0	3,67	0,91	0,71769
Obsesiones y Compulsiones	767	0	3,9	1,3859	0,82467
Sensitividad Interpersonal	767	0	3,67	0,9229	0,73644
Depresión	767	0	3,62	1,2718	0,77868
Ansiedad	767	0	3,5	0,9657	0,74138
Hostilidad	767	0	3,33	0,7703	0,66529
Ansiedad Fóbica	767	0	3,43	0,7318	0,73599
Ideación Paranoide	767	0	3,67	0,8186	0,73947
Psicoticismo	767	0	2,8	0,6425	0,58751
Índice Global de Severidad	767	0,04	3,23	0,986	0,59698
Total de síntomas positivos	767	2	88	42,7106	18,53998
Índice de Malestar Sintomático Positivo	767	1	3,53	1,9557	0,50316
Ítems adicionales	767	0	3,29	1,1978	0,69941
N válido (según lista)	767				

Fuente: Datos Propios (2020)

Figura 1

Comparación de la media estadística para el género femenino de las bases normativas de Ciudad Autónoma de Buenos Aires para el año 2003 (Casullo, 2008) y la muestra del Gran Mendoza para el año 2020 en tiempos de COVID-19 (Datos Propios, 2020). Los valores observados en TSP (Total de síntomas positivos) fueron divididos por 100, para mejor ajuste de escala visual.

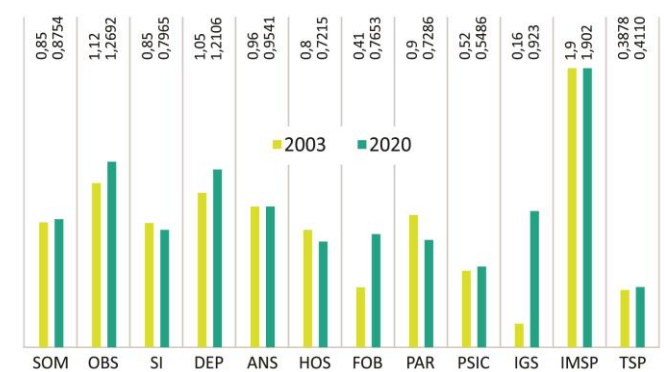


Figura 2

Comparación de la media estadística para el género masculino de las bases normativas de Ciudad Autónoma de Buenos Aires para el año 2003 (Casullo, 2008) y la muestra del Gran Mendoza para el año 2020 en tiempos de COVID-19 (Datos Propios, 2020). Los valores observados en TSP (Total de síntomas positivos) fueron divididos por 100, para mejor ajuste de escala visual.

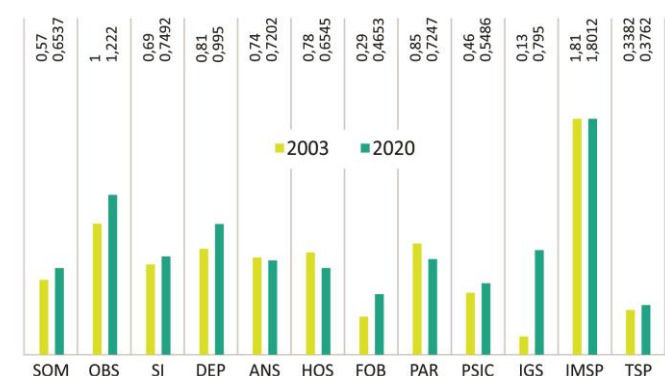


Tabla 2

Variación porcentual (diferencia expresada en porcentaje) a partir de la comparación de la media estadística de las dimensiones del inventario SCL-90R entre las muestras de CABA y Gran Mendoza.

	% FEMENINO	% MASCULINO
SOM	2,99	14,68
OBS	13,32	22,2
SI	-6,29	8,58
DEP	15,3	22,84
ANS	-0,61	-2,68
HOS	-9,81	-16,09
FOB	86,66	60,45
PAR	-19,04	-14,74
PSIC	5,5	19,26
IGS	476,88	511,54
TSP	6,005	11,247
IMSP	0,11	-0,49

Fuente: Datos Propios (2020)

Tabla 3

Frecuencia por grupos que perciben o no la relajación para el total de la muestra del Gran Mendoza

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	433	56,5	56,5	56,5
Si	334	43,5	43,5	100
Total	767	100	100	

Fuente: Datos Propios (2020)

Tabla 4

Pruebas de normalidad para la variable Ansiedad Fóbica en el grupo que no percibe relajación y en el que sí la percibe.

	Kolmogorov-Smirnov Corrección de la significación de Lilliefors			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
FOB - No percibe relajación	0,151	433	0	0,884	433	0
FOB - Si percibe relajación	0,19	334	0	0,853	334	0

Tabla 5

Distribución del género en el grupo que no percibe relajación porcentaje

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Masculino	99	22,9	22,9	22,9
Femenino	329	76	76	98,8
No binario	1	0,2	0,2	99,1
Prefiero no decirlo	4	0,9	0,9	100
Total	433	100	100	

Tabla 6

Distribución del género en el grupo que percibe relajación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Masculino	88	26,3	26,3	26,3
Femenino	245	73,4	73,4	99,7
No binario	1	0,3	0,3	100
Prefiero no decirlo	334	100	100	
Total				

Tabla 7

Media estadística de ansiedad fóbica para el grupo que no experimenta relajación

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
FOB	433	0	3,43	0,8018	0,77581
N válido (según lista)	433				

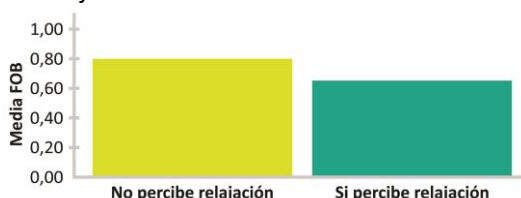
Tabla 8

Media estadística de ansiedad fóbica para el grupo que si experimenta relajación

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
FOB	334	0	3	0,6412	0,67129
N válido (según lista)	334				

Figura 3

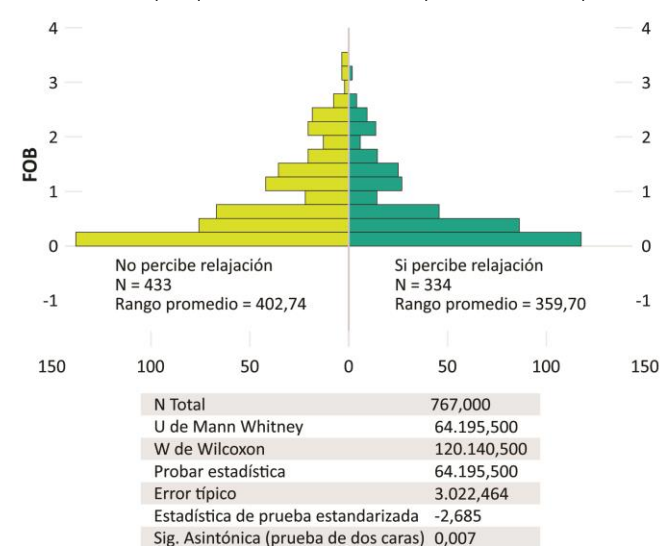
Niveles de ansiedad fóbica en el grupo que experimenta y el que no experimenta relajación



Fuente: Datos Propios (2020)

Figura 4

Visor de modelo para prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes



Fuente: Datos Propios (2020)

CONCLUSIONES

Factores de riesgo

Se observó un incremento pronunciado de la media estadística de ansiedad fóbica al momento de comparar las tendencias centrales entre la muestra de Ciudad Autónoma de Buenos Aires para el año 2003 y la de Gran Mendoza para el año 2020 entre géneros (Gráficos 1 y 2). Esta comparación se realizó mediante variación porcentual (tabla 2) separando dichas variaciones por género, donde un acento mayor se detectó en el género femenino (+86,66%), y otra variación de menor acento, pero igualmente elevada, en el género masculino (+60,45%). Aunque ambos géneros resultarían notoriamente afectados en esta dimensión sintomatológica específica del inventario SCL-90R.

De acuerdo con este análisis, se infiere que los niveles elevados de ansiedad fóbica, entendida como una respuesta persistente de miedo a personas, situaciones, lugares y objetos específicos, y además es irracional en relación con el estímulo que la provoca (Casullo, 2008), serían relevantes para el contexto de amenaza a la salud pública que representa la pandemia por COVID-19, en contexto de aislamiento social preventivo y obligatorio.

Otra observación importante se basa en la lectura del IGS (Índice de Severidad Global), el cual se constituye según Casullo (2008) como un muy buen indicador del nivel actual de la severidad del malestar, y resulta de la combinatoria del número de síntomas reconocidos y presentes, con la intensidad del malestar percibido.

Este índice de severidad global resultó muy elevado para ambos géneros (tabla 2), observándose un incremento del 476,88% en el género femenino, y del 511,54% en el género masculino, lo cual sugiere un estado de mayor malestar psicológico general en la muestra del Gran Mendoza (2020) en tiempos de COVID-19, comparada a la de CABA (2003), sin pandemia en curso.

Factores protectores

En cuanto a las mencionadas variaciones porcentuales (tabla 2), se encontraron niveles descendidos de hostilidad, (-9,81% en género femenino y -16,09% en género masculino), esta hostilidad es definida por (Casullo, 2008) como pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo.

También se encontraron niveles descendidos de ideación paranoide (-19,04% en género femenino y -14,74% en género masculino). Esta ideación paranoide es definida por Casullo (2008) en relación a comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.

En cuanto al análisis de vivencias positivas, se encontró que la relajación es una de las condiciones de grupo más incidentes en la diferencia media de niveles de ansiedad fóbica (Gráfico 3), observada como la más pronunciada de las dimensiones sintomatológicas del SCL-90R en muestra del Gran Mendoza.

Los grupos que vivencian o no la relajación quedaron conformados con distribución de género muy similar, y números de muestra total cercanos (Tablas 5 y 6). Esto favoreció a la comparativa realizada mediante prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes para la variable dependiente cuantitativa de ansiedad fóbica, observándose un nivel promedio mayor de ansiedad mayor en el grupo que no experimenta relajación: ME 0,8 y DE= 0,7 (Tabla 7), respecto del grupo que sí experimenta relajación: ME 0,6 y DE 0,6, (Tabla 8), además, con diferencia estadísticamente significativa ($p=0,007$), con un rango promedio mayor para el grupo que no la experimenta (Gráfico 4).

De esta forma, se concluye que experimentar, vivenciar o percibir relajación en tiempos de COVID-19, se comportaría como factor protector frente a los elevados niveles de ansiedad fóbica detectados en la muestra del Gran Mendoza durante el desarrollo de la pandemia, habiendo transcurrido 13 días de aislamiento social preventivo y obligatorio al inicio de la recolección de datos, y 20 días al final de dicha recolección.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Amutio Kareaga, A. (2000). *Componentes cognitivos y emocionales de la relajación: Una nueva perspectiva*. Análisis y modificación de la conducta. 26 (109). 647-671
- Amutio Kareaga, A (2004). Afrontamiento del estrés en las organizaciones: un programa de manejo a nivel individual/grupal. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 20(1),77-93. [fecha de Consulta 13 de abril de 2020]. ISSN: 1576-5962. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2313/231317996006>
- Andersen, K.G; Rambaut, A; Lipkin, W.I. et al. (2020) *The proximal origin of SARS-CoV-2*. *Nat Med*. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0820-9>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Casullo, M. M. (2008). El Inventario de Síntomas SCL-90-R de Derogatis. Adaptación UBA. Conicet.
- Comisión Nacional de Salud de China (2003). *Principios para la intervención de emergencia en crisis psicológica para la nueva neumonía por coronavirus*. <http://www.nhc.gov.cn/jkj/s3577/202001/6adc08b966594253b2b791be5c3b9467.shtml>
- Contreras, F., Espinosa, J.C., Esguerra, G., Haikal, A., Polanía, A. y Rodríguez, A. (2005) Autoeficacia, ansiedad y rendimiento académico en adolescentes. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*. 1 (2). 183-194
- Decreto DNU 297/2020. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/335000339999/335741/norma.htm>
- Decreto DNU 325/2020 <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=335974>
- Lupano Perugini, María Laura, & Castro Solano, Alejandro (2010). PSICOLOGÍA POSITIVA: ANÁLISIS DESDE SU SURGIMIENTO. *Ciencias Psicológicas*, IV (1),43-56.[fecha de Consulta 12 de Abril de 2020]. ISSN: 1688-4094. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4595/459545425005>
- Méndez, P. (2012) *Estudio exploratorio del uso de la técnica de Externalización (Terapia Narrativa) para el Tratamiento de Trastornos de Ansiedad Fóbica*. Facultad de Ciencias Sociales Departamento de Psicología, Universidad de Chile, Chile.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Gripe pandémica (H1N1) 2009*. Consultado en: https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/es/
- Organización Mundial de la Salud. Gripe estacional [acceso: 22 de junio de 2010]. Consultado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/es/>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2016). Protección de la salud mental y atención psicosocial en situaciones de epidemias. https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&view

=download&category_slug=informes-tecnicos&alias=2539-proteccion-salud-mental-atencion-psicosocial-situaciones-epidemias-2016-539&Itemid=1179&lang=en

- Roca, E., Roca, B. (2000). Capítulo 5: Tratamientos psicológicos. En: "*Cómo tratar con éxito el pánico, con o sin agorafobia*". Valencia, España. Ed. ACDE. <http://www.cop.es/colegiados/PV00520/pagina3.htm>
- Seligman, M (2002). *La auténtica Felicidad*. Ed: Vergara, España.
- Xiang, YT; Yang, Y; Li, W. et al. (2020). *Se necesita con urgencia atención médica oportuna para el nuevo brote de coronavirus de 2019*. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8)