

## **Síntomas de ansiedad por la COVID-19, como evidencia de afectación de salud mental en universitarios salvadoreños**

*Anxiety symptoms due to COVID-19 as evidence of their negative impact in the mental health of Salvadorean university students*

*José Ricardo Gutiérrez Quintanilla<sup>1</sup>*

*ORCID: 0000-0003-3856-1527*

*Marlon Elías Lobos Rivera<sup>2</sup>*

*ORCID: 0000-0002-7995-6122*

*Edgardo René Chacón Andrade<sup>3</sup>*

URI: <http://hdl.handle.net/11298/1171>

### **RESUMEN**

El presente estudio pretende determinar la prevalencia de síntomas de ansiedad por la pandemia de COVID-19 y la enfermedad crónica de sus parientes en estudiantes universitarios salvadoreños. El estudio es de tipo descriptivo con diseños retrospectivo y transversal. Se utilizó un muestreo no probabilístico, mediante la técnica bola de nieve. La muestra fue de 1.440 estudiantes universitarios de ambos sexos. La técnica de recolección de datos fue la encuesta. La media de edad total es de 26.84 años, con una SD de 6.55. En los hombres, la media de edad es de 27.85 años, con SD de 7.18; y en las mujeres, de 26.14 años, con SD de 5.98. Los resultados indican que los grupos más afectados psicológicamente son el de las mujeres y el de 18 a 23 años de edad. Existe una asociación estadística entre la ansiedad producida por la COVID-19 y el sexo femenino, presentando

mayor afectación las mujeres. En el nivel de gravedad de la ansiedad por COVID-19, son más prevalentes los niveles moderados y severos.

**Palabras clave:** Estudiantes universitarios - Salud mental. Ansiedad en la adolescencia - Aspectos psicológicos. Ansiedad ante el rendimiento. COVID-19 - Aspectos psicológicos. Estudiantes universitarios - Aspectos psicológicos. Pandemias - Aspectos psicológicos.

## ABSTRACT

The objective of this study is to determine the prevalence of anxiety symptoms which origin is COVID-19 given the chronic condition of family members within the household of Salvadorean university students. This is a descriptive study with transversal and retrospective designs. The non-probabilistic snowball sampling technique was applied. The sample totaled 1,440 university students, both male and female. A survey was used to collect data. The average age of the students in general was 26.85 years, with a SD of 6.55. Males were 27.85 years old, with a SD of 7.18, and females were 26.14 years old, with a SD of 5.98. The findings demonstrate that those who exhibit a greater psychological impact are women between the ages of 18 and 23 years old.

There is a statistical relationship between the anxiety produced by COVID-19 and females; therefore, women have been more affected. The severity levels of anxiety due to COVID-19 include those at the medium and acute levels.

**Key words:** University/college students – Mental health. Anxiety during adolescence – Psychological aspects. Performance anxiety. COVID-19 – Psychological aspects. University/college students – Psychological aspects. Pandemics - Psychological aspects.

## INTRODUCCIÓN

Los eventos catastróficos al igual que las pandemias producen en las personas pérdidas de vidas, lesiones físicas, pérdidas materiales y afectación psíquica, debido a que todo fenómeno que implique una amenaza a la vida, la salud y sus bienes materiales, producirán un impacto psicológico. Lamentablemente existe muy poca investigación empírica de los efectos en la actividad psíquica de las personas en riesgo, en las víctimas y sus familias que sufren estas circunstancias. Las disciplinas relacionadas con la salud mental tienen una deuda histórica con la investigación de los efectos psíquicos de estos eventos traumáticos. Es en esta dirección que el equipo de investigadores en salud mental de la Universidad Tecnológica de El Salvador (Utec), desde los inicios de la cuarentena domiciliar declarada por el gobierno, el 21 de marzo de 2020, se inició a evaluar la posibilidad de realizar un estudio que midiera el impacto de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental de la población.

El presente informe es una parte del proyecto mayor que se está trabajando actualmente. Entre las preguntas formuladas en este estudio, se tienen las siguientes: ¿Cuál es la prevalencia de síntomas de ansiedad por la COVID-19 en los universitarios salvadoreños? ¿Qué grupos de universitarios son más afectados por la pandemia de la COVID-19? ¿Qué tan grave es la afectación por ansiedad por la COVID-19 en los universitarios salvadoreños? Ante estas preguntas, se formulan estos objetivos de investigación: 1. Determinar la prevalencia de síntomas de ansiedad por la COVID-19 en una muestra de universitarios salvadoreños. 2. Identificar qué segmentos de universitarios presentan más síntomas de ansiedad por la pandemia de la COVID-19. 3. Determinar la magnitud de la gravedad de la ansiedad por la pandemia de la COVID-19 en los universitarios.

La historia de la humanidad ha estado marcada por devastadoras epidemias, muchas veces ocasionaron más muertes que las que se generaron

en las guerras. Los conceptos de su origen, prevención y manejo han ido cambiando, atrás quedaron las creencias ancestrales de su origen mitológico, divino, un dios enfadado que al ver que su pueblo quebranta el programa de vida trazado decide castigarlo. Tucídides, en la *Historia de la guerra del Peloponeso* (428 a. de C.), documentó la peste de Atenas con graves consecuencias económicas y estratégicas como la muerte de más 5.000 pobladores, 12.000 soldados e incluso con la muerte de Pericles. Imperios como el Romano en algunos momentos se beneficiaron de las pestes, como, por ejemplo, cuando el ejército cartaginés fue asolado por la peste de Siracusa, permitiendo una fácil derrota por el ejército romano [396 a. de C.] (Rodríguez-Rodríguez, 2020).

La pandemia de la peste negra (1347 a 1350), las variantes de peste neumónica, peste septicémica y sus reinfecciones azotaron a la mayor parte del continente europeo; resultaron casi siempre mortales y ocasionaron grandes cambios en la población, como despoblamiento, baja en rentas públicas, abandono de las labores del campo, destierros, éxodo hacia ciudades, fallecimiento de notarios, juristas, religiosos y médicos, muertes ocasionadas por el estrecho contacto con enfermos; esto agravó la crisis económica y social que vivió Europa.

Londres, sufrió tres severas epidemias de cólera en 1832, de 1848 a 1849 y de 1853 a 1854. Fue el médico John Snow, uno de los fundadores de la epidemiología, quien, utilizando un meticuloso sistema de mapeo de los casos, mostró cómo se transmite el cólera (Bynum, 2013); sentó las bases teórico-metodológicas de la epidemiología, que a través de los tiempos se ha utilizado para investigar las causas y estrategias de control de las enfermedades transmisibles. El virus de la influenza ocasionó varias pandemias a lo largo del siglo XX y a principios del XXI. La pandemia de gripe ocurrida entre 1918 y 1919, conocida como *gripe española*, provocó más muertes que la Primera Guerra Mundial. El momento histórico conllevó a la censura de la prensa y ocasionó la baja disponibilidad de información, contribuyendo a que no se generará conciencia de la gravedad de la pan-

demia (Murillo, 2011). Fue en Estados Unidos que se originó la pandemia y documentó la implementación de medidas que incluyeron cierre de teatros, cines y escuelas nocturnas, prohibición de reuniones públicas, uso de mascarillas y programas educativos para difundir publicidad acerca del peligro de toser y estornudar sin cubrirse la boca cerca de otras personas (Centro para el Control de Enfermedades, 2018).

Entre 1957 y 1958, y en 1968, se produjeron dos pandemias consideradas leves por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como la gripe asiática, causada por un nuevo virus de la influenza A (H2N2), y la gripe de Hong Kong A (H3N2). Después de cuatro décadas, en 2009 la OMS declaró una nueva pandemia de influenza A(H1N1) (Saavedra-Trujillo, 2020). Virus diferentes al de la influenza han generado diversas situaciones epidemiológicas de importancia en lo que va del siglo XXI. Epidemias de ébola se han presentado en 2014 y del 2018 al 2020; y zika del 2015 al 2016 (Mehand et al., 2018). En las últimas dos décadas, han emergido tres coronavirus (CoV) que han provocado importantes enfermedades humanas de impacto en la salud global. Los CoV son patógenos importantes para humanos y animales vertebrados, que generalmente causan enfermedades leves (Mousavizadeh & Ghasemi, 2020), infectando sistemas como el respiratorio, gastrointestinal, hepático y nervioso central de humanos, en ganado, aves, murciélagos, ratones y animales silvestres (Chen et al., 2020).

El síndrome respiratorio agudo severo (SARS), en 2002 y 2003, el síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS), en 2012, y la nueva pandemia de la COVID-19 ocasionada por el SARS-CoV-2 desde 2019 resaltan la importancia en salud pública de virus emergentes de origen zoonótico. En los casos del SARS-CoV y el MERS-CoV, se presentaron sintomatologías similares y varios factores de riesgo en común como la edad avanzada, el sexo masculino y la presencia de comorbilidades; para el MERS fueron la diabetes mellitus, hipertensión, el cáncer, las coinfecciones y la enfermedad renal y pulmonar, todas estas se asociaron a

un mal pronóstico. Las instituciones prestadoras de servicios de salud presentaron un mayor riesgo de transmisión viral, permitiendo ver que para futuros eventos de características similares las prácticas de higiene hospitalaria y las medidas de protección adecuada del personal de la salud limitarían la aparición de brotes nosocomiales y la diseminación desde estos escenarios en la comunidad. Sin embargo, se presentaron importantes diferencias. En SARS, entre el 20 y el 30 % de los pacientes requirieron cuidados intensivos con ventilación mecánica, con una letalidad aproximada al 10 %. En comparación el MERS, entre el 50 y el 89 % de los pacientes requirió de cuidados intensivos, y la tasa de letalidad estuvo en alrededor del 36 % (De Wit et al., 2016; Guarner, 2020). La letalidad bruta de los casos clínicos de SARS-CoV-2, supera actualmente el 3 %, aunque aumenta en relación con la edad hasta aproximadamente el 15 % o más en pacientes mayores de 80 años (OMS, 2020).

La COVID-19, ha originado una emergencia sanitaria, económica, social y ambiental a escala mundial. En muy corto tiempo se ha convertido en pandemia con tres características definidas: rapidez-escala, gravedad y perturbación socioeconómica (OMS, 2020). A la fecha se reporta su circulación en más de 200 países, aproximadamente 1.5 millones de casos y más de 634.744 muertes. En El Salvador, se tienen 13.792 casos confirmados y 379 casos fallecidos (24/07/2020). El 80 % de los contagiados experimenta síntomas leves similares a los de una gripe común, o son asintomáticos; los casos severos acaban en neumonía y requieren de cuidados intensivos con ventilación mecánica. Los factores de riesgo asociados a severidad incluyen enfermedades subyacentes y tener edad avanzada. En tiempo récord (cuatro semanas) se identificó a un nuevo coronavirus como el agente causal (SARS-CoV-2), se secuenció y se publicó su genoma, se desarrollaron pruebas diagnósticas (RT-PCR en tiempo real). La letalidad bruta de los casos clínicos de SARS-CoV-2 supera actualmente el 3 %, aunque aumenta con la edad de los pacientes hasta aproximadamente el 15 % o más en los mayores de 80 años (OMS, 2020).

En el presente estudio se pretende analizar variables afectivas, concretamente síntomas de ansiedad y algunos de depresión, y salud física, en una muestra de universitarios salvadoreños de últimos años de su carrera, que permitirá determinar la prevalencia y la gravedad de los síntomas, o el impacto de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental y si estos son diferentes a los hallazgos en otros países y poblaciones. Los riesgos para la salud física y el impacto psicológico, y social de esta pandemia son indiscutible. Varias líneas de investigación han trabajado en la comprensión de cómo la sociedad define el origen y el impacto de las pandemias y cómo las afrontan, siendo el afrontamiento emocional clave en este proceso (Idoiaga et al., 2017). En esta situación insólita es difícil predecir con exactitud y poder estimar las consecuencias psicológicas y emocionales de la COVID-19. Las investigaciones que llegan de China, primer país afectado, apuntan a que el miedo a lo desconocido y la incertidumbre pueden llevar a evolucionar a enfermedades mentales, como pueden ser los trastornos de estrés, ansiedad, depresión, somatización y conductas como aumento de consumo de alcohol y tabaco (Shigemura et al., 2020). En un estudio realizado del 31 de enero al 2 de febrero de 2020 evaluando 1.210 personas en 194 ciudades de China, se administró la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21). El objetivo de este estudio fue hacer una encuesta en línea, usando técnicas de muestreo de *snowball* para entender mejor, entre otras variables, sus niveles de impacto psicológico, ansiedad, depresión y estrés en la etapa inicial del brote de la COVID-19. El 16,5 % de los participantes mostró síntomas depresivos de moderados a graves; el 28,8 % síntomas de ansiedad de moderados a graves; y el 8,1 % informó de niveles de estrés de moderados a graves (Wang et al., 2020).

Un estudio realizado con 1.354 adultos canadienses, a principios de febrero de 2020, indicó que un tercio de las personas encuestadas estaban preocupadas por el virus y el 7 % estaban “muy preocupadas” sobre la infección (Asmundson & Taylor, 2020). En el momento de la encuesta, solo había cuatro canadienses infectados, lo que indica un riesgo muy

bajo para un país de aproximadamente 37 millones de habitantes; sin embargo, el 7 % de la población, es decir, 2.6 millones de personas, estaba muy preocupada.

En cualquier desastre biológico, el miedo, la incertidumbre y la estigmatización son comunes, por ello es importante realizar intervenciones médicas y de salud mental apropiadas (Xiang et al., 2020). En esas intervenciones, es fundamental conocer la situación psicológica concreta del grupo potencial sobre el que se quiere actuar, ya que cada grupo puede percibir el riesgo de forma diferente (Gil-García et al., 2010). Por ejemplo, en la epidemia de la gripe A (H1N1) del 2009 se encontró que la población universitaria encuestada no estaba preocupada por la situación de la pandemia ni pensaba que fuera grave. De hecho, los encuestados más jóvenes (de 20 a 34 años) eran los que más creían que no eran susceptibles a la gripe A H1N1, a pesar de ser el grupo más afectado en anteriores pandemias de gripe (Van et al., 2010). En suma, en una emergencia de salud pública internacional como la que estamos viviendo, es importante investigar el impacto psicológico que está produciendo la pandemia en poblaciones concretas para poder desarrollar estrategias en aras de que puedan reducir el impacto psicológico (sintomatología) que se dé durante la crisis (Wang et al., 2020). Por eso, es importante estudiar los niveles de estrés, ansiedad y depresión relacionados con la pandemia.

Se espera que haya niveles más altos de estrés, ansiedad y depresión tras la orden de cuarentena domiciliar (Brooks et al., 2020), ya que el confinamiento acarrea problemas psicológicos como estrés, ansiedad y depresión (Cava et al., 2005). También se prevé que las personas con enfermedades crónicas presentarán niveles más altos de síntomas psicológicos (Applegate, & Ouslander, 2020), debido a que la COVID-19 es propensa a manifestarse más severamente en personas con múltiples enfermedades subyacentes (Dong et al., 2020). Respecto al rango de edad, es probable que las personas mayores sean psicológicamente más vulnerables a la situación actual y que los jóvenes, sin embargo, se protejan con un sesgo optimista de invulnerabilidad (Idoia et al., 2016).



## MÉTODO

### PARTICIPANTES

En el presente estudio, de tipo descriptivo mediante encuesta de poblaciones (Montero & León, 2007), se aplicaron los diseños retrospectivo y transversal, se utilizó un muestreo no probabilístico mediante la técnica de bola de nieve. El instrumento fue preparado en Google Forms y enviado por internet a los correos institucionales de los estudiantes universitarios de la Utec, de diferentes carreras, a través de las autoridades respectivas de las escuelas y facultades de la Utec. La muestra estuvo formada por 1.440 estudiantes de la Universidad, de ambos sexos. La técnica de recolección de datos fue la encuesta. La media de edad total es de 26.84 años, con una *SD* (*standard deviation*) de 6.55. En los hombres, la media de edad es de 27.85 años, con *SD* de 7.18; y en las mujeres, de 26.14 años, con *SD* de 5.98. Referente a las variables sociodemográficas, 588 (40,8 %) son hombres, y 852 (59,2 %), mujeres. Con respecto a la edad, 532 (36,9 %) tienen de 18 a 23 años, 491 (34,1 %) de 24 a 28 años, y 417 (29,0 %) son mayores de 29 años.

### MEDIDAS E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

*Escala de ansiedad por la pandemia COVID-19* (de construcción propia). Para medir la ansiedad por la pandemia de la COVID-19, se construyó un conjunto de 18 indicadores de ansiedad (*ad hoc*), partiendo de los principios de Goldberg et al. (1988) y Antony et al. (1998), y se construyeron los reactivos o ítems para ser administrados inicialmente a una muestra de 214 estudiantes universitarios y posteriormente a 1.440. Tras la administración del universo de ítems a una muestra de adultos de ambos sexos, entre los 18 y 60 años de edad, los datos fueron procesados en el programa estadístico SPSS versión 25.0. Se realizó un análisis fac-

torial mediante el método de componentes principales. Tanto el análisis Kaiser-Meyer-Olkin ( $KMO = .93$ ) como la prueba de esfericidad de Bartlett ( $X^2(1440) = 148003.334; p = .001$ ) indicaron la adecuación de los datos para este tipo de análisis. Siguiendo el procedimiento de factores con rotación Varimax, resultó en una solución de dos factores que explican el 54,50 % de la varianza total, presentando todos los ítems valores de saturación superiores a .40. En este sentido, se describen los dos factores de la escala. La dimensión *Ansiedad por COVID-19* está conformada por 14 ítems (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 13, 14, 15, 16, 17, 18), y la dimensión de *enfermedad crónica del pariente* la integran cuatro ítems (8, 10, 11, 12). Para el análisis de confiabilidad, se aplicó el análisis de consistencia interna mediante Alfa de Cronbach, obteniéndose los índices siguientes: en *Ansiedad por COVID-19*, un Alfa de Cronbach de .92; y en *enfermedad crónica del pariente*, un Alfa de Cronbach de .80. Indicando los análisis psicométricos que la prueba goza de las propiedades métricas de validez de contenido, validez de constructo y confiabilidad para medir ansiedad por la pandemia de la COVID-19 en El Salvador.

## RESULTADOS

En el análisis de resultados, en un primer momento, se presenta el análisis descriptivo de la escala de ansiedad por la COVID-19, y en un segundo momento se comparan las dimensiones de la prueba por sexo y la edad, por los niveles de gravedad de los síntomas de ansiedad por la COVID-19. Se comienza la descripción de algunos indicadores relevantes. En el indicador 1, el cual cuestiona si tuvo dificultad para relajarse y dormir por la COVID-19, 177 sujetos (12,3 %) no presentan el síntoma, mientras que 1.263 (87,7 %) sí lo presentan; en el indicador 2, el cual hace alusión a si ha sentido temor de contagiarse de la COVID-19, son 152 (10,6 %) los que expresan que no, mientras que 1.288 (89,4 %) sí presentan temor de contagiarse. En el indicador 3, el cual trata acerca de si ha

experimentado incremento de dolencias por la cuarentena, 741 (51,5 %) no presentan dolencias, mientras que 699 (48,5 %) sí manifiestan dolencias como resultado de la cuarentena.

En el indicador 8, el cual evalúa si tiene parientes con incremento de azúcar en sangre, 908 (63,1 %) afirman que no tienen familiares o amigos con incremento de azúcar en sangre, mientras que 532 (36,9 %) expresan que sí los tienen. En el indicador 12, el cual aborda si tiene parientes con comportamientos anormales, 795 (55,2 %) respondieron negativamente, mientras que 645 (44,8 %) indican tener parientes o amigos que han presentado comportamientos anormales. Por último, el indicador 15, el cual trata acerca de si ha percibido tristeza inusual durante la cuarentena por la COVID-19, 442 (30,7 %) niegan haber presentado tristeza inusual, mientras que 998 (69,3 %) afirman haberse sentido tristes. Para comprobar los datos anteriormente descritos, se puede revisar la tabla 1.

**Tabla 1.**

*Frecuencia y porcentajes de síntomas de ansiedad por la COVID-19 en muestra de universitarios salvadoreños*

<i>n.º</i>	<i>Indicadores</i>	<i>n (%)</i>	<i>Sin(%)</i>	<i>Con(%)</i>
1.	Dificultad para relajarse y dormir por la COVID-19	1.440 (100)	177 (12,3)	1.263 (87,7)
2.	Temor a contagiarse de la COVID-19	1.440 (100)	152 (10,6)	1.288 (89,4)
3.	Dolencias durante la cuarentena	1.440 (100)	741 (51,5)	699 (48,5)
4.	Nerviosismo durante cuarentena por la COVID-19	1.440 (100)	271 (18,8)	1.169 (81,2)
5.	Preocupado y ansioso por la pandemia COVID-19	1.440 (100)	212 (14,7)	1.228 (85,3)
6.	Preocupado de enfermar por la COVID-19	1.440 (100)	171 (11,9)	1.269 (88,1)
7.	Dificultad para concentrarse por la COVID-19	1.440 (100)	353 (24,4)	1.088 (75,6)
8.	Parientes con incremento de azúcar	1.440 (100)	908 (63,1)	532 (36,9)
9.	Sensación de inseguridad por la COVID-19	1.440 (100)	311 (21,6)	1.129 (78,4)
10	Parientes con incremento de hipertensión	1.440 (100)	875 (60,8)	565 (39,2)
11	Parientes con incremento de dolores crónicos	1.440 (100)	801 (55,6)	639 (44,4)
12	Parientes con comportamiento anormal	1.440 (100)	795 (55,2)	645 (44,8)

13	Cambios en su estado de ánimo por la COVID-19	1.440 (100)	256 (17,8)	1.184 (82,2)
14	Enojo o enfado en la cuarentena por la COVID-19	1.440 (100)	326 (22,6)	1.114 (77,4)
15	Tristeza inusual por la cuarentena por la COVID-19	1.440 (100)	442 (30,7)	998 (69,3)
16	Frustración durante la cuarentena por la COVID-19	1.440 (100)	248 (24,2)	1.092 (75,8)
17	Percibe futuro catastrófico por la COVID-19	1.440 (100)	392 (27,3)	1.047 (72,7)
18	Noticias afectan mi estado psicológico por COVID-19	1.440 (100)	373 (25,9)	1.067 (74,1)

Tras realizar el análisis de contingencia contrastando los indicadores en función del género, aplicando la prueba de Chi-Cuadrado y la V de Cramer para obtener el tamaño de la asociación, se encontraron los siguientes datos: en el primer indicador, el cual evalúa la dificultad para relajarse y dormir por la COVID-19, se encontró una prevalencia del 87,7 %. Al dividir el resultado según el género, se encontró que 779 (61,7 %) son mujeres y 484 (38,3 %) hombres. La prueba de Chi-Cuadrado evidencia que existe una asociación entre el indicador con el género femenino [ $X^2(1, N = 1.263) = 26.84; p = .001; V = .14$ ], siendo las mujeres quienes presentan mayor dificultad para relajarse y dormir, con un efecto pequeño. Con respecto al cuarto indicador, el cual trata sobre el nerviosismo durante la cuarentena de la COVID-19, mostró una prevalencia del 81,2 %. Al segmentarla según el género, se encontró que 740 (63,3 %) son mujeres y 429 (36,7 %) hombres. La prueba de Chi-Cuadrado revela que existe una asociación entre el indicador con el género femenino [ $X^2(1, N = 1.169) = 43.97; p = .001; V = .18$ ], siendo las mujeres quienes presentan más nerviosismo, con un efecto pequeño.

En relación con el indicador 11, que pretende indagar sobre los parientes con incremento de dolores crónicos, determinó una prevalencia de 639 (44,4 %). Al segregar el dato según el género, se encontró que 404 (63,2 %) son mujeres y 235 (36,8 %) hombres. La prueba de Chi-Cuadrado revela que existe una asociación entre el indicador con el género [ $X^2(1, N = 639) = 7.83; p = .005; V = .07$ ], siendo las mujeres las que se preocupan más por sus parientes con incremento de dolores crónicos, con un

efecto pequeño. En el indicador 16, que aborda la frustración durante la cuarentena de COVID-19, determinó una prevalencia del 1.092 (75,8 %). Al segregar el dato según el género, se encontró que 696 (63,7 %) son mujeres y 396 (36,3 %) hombres. La prueba de Chi-Cuadrado indica que existe una asociación entre el indicador con el género [ $X^2(1, N = 1092) = 39.05; p = .001; V = .17$ ], siendo las mujeres quienes manifestaron más frustración durante la cuarentena por la COVID-19, con un efecto pequeño. Para verificar los datos anteriores, revisar la tabla 2.

**Tabla 2.**

*Frecuencias y porcentajes de la escala de ansiedad por la COVID-19 en función de género*

n.º	Indicadores	Género			$X^2$	p	V
		Con síntomas (%)	Mujeres (%)	Hombres (%)			
1	Dificultad para relajarse y dormir por la COVID-19	1.263 (87,7)	779 (61,7)	484 (38,3)	26.84	.001	.14
2	Temor a contagiarse de la COVID-19	1.288 (89,4)	782 (60,7)	506 (39,3)	12.10	.001	.09
3	Dolencias durante la cuarentena	699 (48,5)	447 (63,9)	252 (36,1)	12.86	.001	.09
4	Nerviosismo durante cuarentena de la COVID-19	1.169 (81,2)	740 (63,3)	429 (36,7)	43.97	.001	.18
5	Preocupado y ansioso por la pandemia COVID-19	1.228 (85,3)	760 (61,9)	468 (38,1)	25.59	.001	.13
6	Preocupado de enfermar por la COVID-19	1.269 (88,1)	777 (61,2)	492 (38,8)	18.82	.001	.11
7	Dificultad para concentrarse por la COVID-19	1.088 (75,6)	652 (59,9)	436 (40,1)	1.06	.302	.03
8	Parientes con incremento de azúcar	532 (36,9)	319 (60,0)	213 (40,0)	0.22	.638	.01
9	Sensación de inseguridad por la COVID-19	1.129 (78,4)	691 (61,2)	438 (38,8)	8.99	.003	.08

10	Parientes con incremento de hipertensión	565 (39,2)	355 (62,8)	210 (37,2)	5.17	.023	.06
11	Parientes con incremento de dolores crónicos	639 (44,4)	404 (63,2)	235 (36,8)	7.83	.005	.07
12	Parientes con comportamiento anormal	645 (44,8)	379 (58,8)	266 (41,2)	0.08	.777	.01
13	Cambios en su estado de ánimo por la COVID-19	1.184 (82,2)	728 (61,5)	456 (38,5)	14.84	.001	.10
14	Enojo o enfado en la cuarentena por la COVID-19	1.114 (77,4)	711 (63,8)	403 (36,2)	44.18	.001	.18
15	Tristeza inusual por la cuarentena por la COVID-19	998 (69,3)	648 (64,9)	350 (35,1)	44.70	.001	.18
16	Frustración durante la cuarentena de COVID-19	1.092 (75,8)	696 (63,7)	396 (36,3)	39.05	.001	.17
17	Percibe futuro catastrófico por la COVID-19	1.047 (72,7)	644 (61,5)	403 (38,5)	8.71	.003	.08
18	Noticias afectan mi estado psicológico por COVID-19	1.067 (74,1)	681 (63,8)	386 (36,2)	36.98	.001	.16

Al contrastar los niveles de gravedad de las dimensiones de ansiedad por la COVID-19 en función del género y la edad, se encontró lo siguiente: en la dimensión *ansiedad por la COVID-19* existe asociación entre el género con la ansiedad por COVID-19 [ $X^2(3, N = 1440) = 30.48; p = .001; V = .15$ ]. Al revisar los porcentajes, son las mujeres quienes presentan más ansiedad con gravedad de moderada, severa y muy severa (59,1 %), con un efecto pequeño; sin embargo, no existe asociación entre la edad con la ansiedad por la COVID-19. Para comprobar lo anterior, revisar tabla 3.

**Tabla 3.**

*Aplicación prueba Chi-Cuadrado por gravedad de la ansiedad por la COVID-19 en función de género y edad*

<i>Variables sociodemográficas</i>	<i>Ansiedad por la COVID-19 (%)</i>				<i>X<sup>2</sup></i>	<i>p</i>	<i>V</i>
	<i>Leve</i>	<i>Moderada</i>	<i>Severa</i>	<i>Muy severa</i>			
<b>Género</b>							
Mujer	0,1	21,3	28,7	9,1	30.48	.001	.15
Hombre	0,8	18,7	16,3	5,0			
Total	0,9	40,0	45,0	14,1			
<b>Edades</b>							
De 18 a 23 años	0,3	13,8	17,4	5,3	7.89	.246	.05
De 24 a 28 años	0,2	13,4	15,7	4,9			
Mayor de 29 años	0,4	12,8	11,9	3,9			
Total	0,9	40,0	45,0	14,1			

Al comparar la dimensión enfermedad crónica del pariente por el género y la edad de la muestra, se encontró que existe asociación entre el género con la enfermedad crónica del pariente [ $X^2 (3, N = 1440) = 7.92; p = .048; V = .07$ ]. Al ver los porcentajes, son las mujeres quienes presentan más preocupación por la enfermedad crónica del pariente en todos los niveles, con un efecto pequeño. Cabe señalar que no existe asociación entre la edad con la enfermedad crónica del pariente. Para comprobar lo anterior, revisar la tabla 4.

**Tabla 4.**

*Aplicación prueba Chi-Cuadrado por gravedad de enfermedad crónica del paciente en función de género y edad*

<i>VARIABLES sociodemográficas</i>	<i>Enfermedad crónica del paciente (%)</i>				<i>X<sup>2</sup></i>	<i>P</i>	<i>V</i>
	<i>Leve</i>	<i>Moderado</i>	<i>Grave</i>	<i>Muy grave</i>			
<b>Género</b>							
Mujer	16,4	30,6	9,1	3,0	7.92	.048	.07
Hombre	13,6	20,0	6,0	1,3			
Total	30,0	50,6	15,1	4,3			
<b>Edad</b>							
De 18 a 23 años	10,7	18,7	5,8	1,7	1.28	.973	.02
De 24 a 28 años	10,6	17,3	5,0	1,3			
Mayor de 29 años	8,7	14,6	4,3	1,4			
Total	30,0	50,6	15,1	4,3			

## DISCUSIÓN

La pandemia del coronavirus ha producido una afectación global sin precedentes. Hasta la fecha se superan los 15 millones de contagiados y más de 600.000 fallecidos en el mundo, además de afectar la vida y la salud física y mental de la población. También ha afectado la convivencia social y las formas de trabajo tradicional. En este contexto está de moda el teletrabajo o trabajo remoto, casi a frenado las economías de los países, incidiendo negativamente en los ingresos de las familias, las pérdidas laborales y el crecimiento económico de los países, aún de las economías más grandes del mundo. Ya se habla de la *nueva normalidad*, que implica un cambio radical de todas las formas y los estilos de vida como los conocíamos, por ejemplo, la transición de la educación presencial a la no presencial (en línea) y semipresencial, del trabajo de oficina al teletrabajo, entre muchos cambios.



Con relación al impacto de la pandemia en la salud mental de la población, los primeros estudios nos llegan de China, los cuales revelan que, en cuanto a la ansiedad, la depresión y el estrés las prevalencias son cercanas a un tercio de la muestra. En estudio realizado en el País Vasco (España), los resultados son más bajos; y similares resultados se encontraron en un estudio realizado en Canadá. En estudio chino, el 16,5 % de los participantes mostró síntomas depresivos de moderados a graves; el 28,8 % síntomas de ansiedad de moderados a graves; y el 8,1 % informó de niveles de estrés de moderados a graves (Wang et al., 2020). Pero estos estudios tienen una característica en común: que todos fueron realizados en los días iniciales en los que aparecieron los primeros casos en cada país. Probablemente la pandemia fue percibida como algo distante y que no los afectaría gravemente, además, en enero y febrero se tenía poco conocimiento y de los alcances globales de la pandemia.

En la muestra universitaria salvadoreña de 1.440 personas, se encontró una prevalencia de ansiedad como indicador empírico de problemas de salud mental; en ocho de cada diez personas, con gravedad entre moderada y severa. El estudio revela que las mujeres están más afectadas que los hombres y que el grupo de 18 a 23 años de edad es el que más síntomas de ansiedad presenta, comparado con otros grupos de mayor edad. Se debe destacar que el estudio salvadoreño se realizó en mayo del corriente año. En esos días, en El Salvador se tenían 578 casos confirmados y 15 fallecidos, además, había más conocimiento de la pandemia y de su impacto mundial. También se realizó estudio a finales de abril en una muestra de la población general de San Salvador (en prensa), y sus hallazgos son similares a la muestra universitaria. Por otra parte, en estudio realizado en 1.354 adultos canadienses, a principios de febrero de 2020, se indicó que un tercio de las personas encuestadas estaban preocupadas por el virus y que el 7 % estaban “muy preocupadas” por la infección (Asmundson & Taylor, 2020). Los resultados salvadoreños son dos veces más altos y más graves que los estudios previos realizados en China, España y Canadá.

Se recomienda continuar estudios en otros segmentos de la población e incluir otras variables para tener una perspectiva más completa del efecto del coronavirus en la salud mental. Algunos autores están pronosticando que la próxima pandemia que se acerca es la de trastornos mentales, debido a los daños psíquicos que la pandemia de la COVID-19 está ocasionando en la salud mental de la población mundial.

## REFERENCIAS

- Applegate, W. B. y Ouslander, J. G. (marzo, 2020). COVID-19 presents high risk to older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(4). DOI: 10.1111/jgs.16426
- Asmundson, G. y Taylor, S. (marzo, 2020). Coronaphobia: fear and the 2019-nCoV outbreak. *Journal of Anxiety Disorders*, 70, 102-196. DOI: 10.1016/j.janxdis.2020.102196.
- Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. & Rubin, J.G. (febrero, 2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395, 912-920. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Bynum, W. (marzo, 2013). In retrospect on the mode of communication of cholera. *Nature*, 495, 169-170. DOI: <https://doi.org/10.1038/495169a>.
- Cava, M. A., Fay, K. E., Beanlands, H. J., McCay, E. A. y Wignall, R. (octubre, 2005). The experience of quarantine for individuals affected by SARS in Toronto. *Public Health Nursing*, 22(5), 398-406. DOI: 10.1111/j.0737-1209.2005.220504.x.
- Centro para el Control de Enfermedades (2018). *Cronología histórica de la influenza pandémica de 1918*. <https://bit.ly/2X57KoH>
- Chen, Y., Liu, Q. & Guo, D. (enero, 2020). Emerging coronaviruses: Genome structure, replication, and pathogenesis. *Journal of Medical Virology*, 92(4), 418-423. DOI: 10.1002/jmv.25681.

- De Wit, E., Van Doremalen, N., Falzarano, D. y Munster, V. J. (junio, 2016). SARS and MERS: recent insights into emerging coronaviruses. *Nature Reviews Microbiology*, 14(8), 523–534. DOI: <https://doi.org/10.1038/nrmicro.2016.81>.
- Dong, X. C., Li, J. M., Bai, J. Y., Liu, Z. Q., Zhou, P. H., Gao, L., Li, X. Y. y Zhang, Y. (marzo, 2020). Epidemiological characteristics of confirmed COVID-19 cases in Tianjin. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*, 41, 638-642. DOI: 10.3760/cma.j.cn112338-20200221-00146.
- Gil-García, E., González-López, J. R. y Meneses-Falcón, C. (2010). Percepción del riesgo y dinámicas promotoras de salud en adolescentes: una mirada de género. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(3), 297-308. <https://bit.ly/3hFjl5G>
- Guarner J. (febrero, 2020). Three emerging coronaviruses in two decades. *American Journal of Clinical Pathology*, 153(4), 420-421. DOI: 10.1093/ajcp/ aqaa029.
- Idoiaga, N., De Montes, L. G. y Valencia, J. (enero, 2017). Understanding an ebola outbreak: social representations of emerging infectious diseases. *Journal of Health Psychology*, 22, 951-960. DOI: 10.1177/1359105315620294
- Mehand, M. S., Al-Shorbaji, F., Millett, P. y Murgue B. (noviembre, 2018). The WHO R&D Blueprint: 2018 review of emerging infectious diseases requiring urgent research and development efforts. *Antiviral Research*, 159, 63-67. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.antiviral.2018.09.009>.
- Montero, I. y León, O. (2007). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862. [https:// www.redalyc.org/articulo.oa?id=33701007](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33701007)

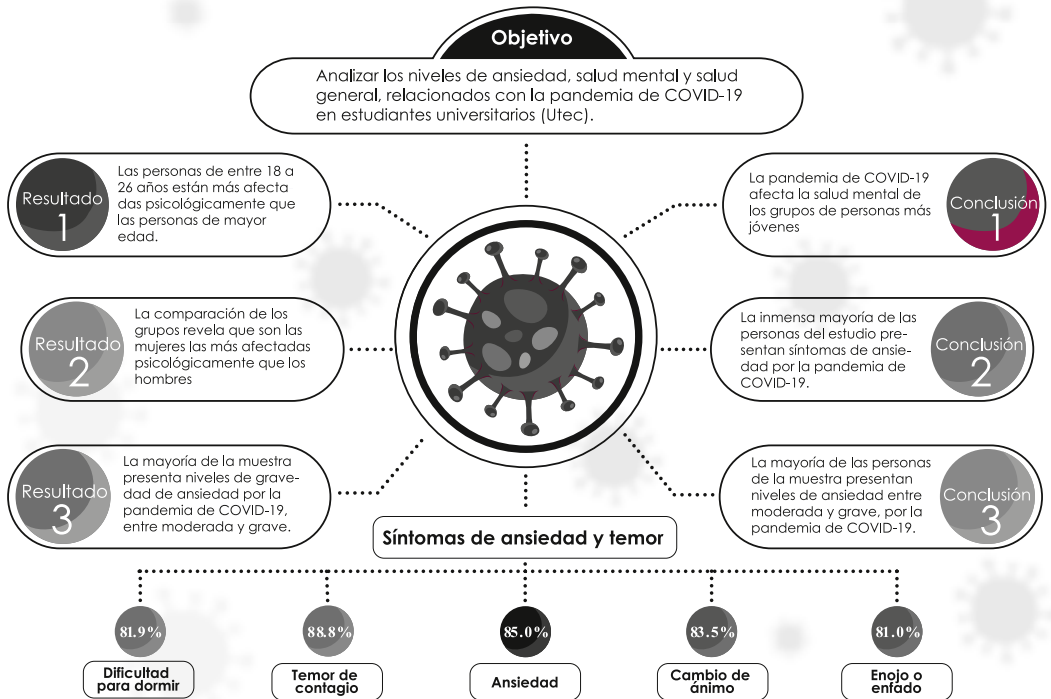
- Mousavizadeh, L. y Ghasemi, S. (marzo, 2020). Genotype and phenotype of COVID-19: Their roles in pathogenesis. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jmii.2020.03.022>.
- Murillo, G. (2011). Recordando a la gripe española. *Medicina Interna de México*, 27(5), 463-466. <https://bit.ly/39ArWnp>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020). *Actualización de la estrategia frente a la COVID-19*. [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020\\_es.pdf?sfvrsn=86c0929d\\_10](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020_es.pdf?sfvrsn=86c0929d_10).
- Rodríguez-Rodríguez, V. (enero, 2020). A propósito del SARS CoV 2/ COVID 19. ¿Qué hemos aprendido de las pandemias?. *Revista Avances en Salud*, 4 (1), 6-10. DOI: <https://doi.org/10.21897/25394622.2034>
- Saavedra-Trujillo, C. (2020). Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-COV-2/COVID 19 en establecimientos de atención de la salud. Recomendaciones basadas en consenso de expertos e informadas en la evidencia. *Infectio*, 24(3), 3-6. <http://dx.doi.org/10.22354/in.v24i3.851>.
- Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M. y Benedek, D.M. (febrero, 2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74, 281-282. DOI: <https://doi.org/10.1111/pcn.12988>
- Van, D., McLaws, M., Crimmins, J., MacIntyre, C. R. y Seale, H. (marzo, 2010). University life and pandemic influenza: attitudes and intended behaviour of staff and students towards pandemic (H1N1). *BMC Public Health*, 10, 130.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S. y Ho, R. C. (marzo, 2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease

(COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 17-29. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>.

Xiang, Y. T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T. y Ng, C. H. (febrero, 2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*. 7(3), 228-229. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30046-8.



## LA SALUD MENTAL ASOCIADA A LA PANDEMIA COVID-19



José Ricardo Gutiérrez-Quintanilla - Marlon Elías Lobos-Rivera  
Edgardo Chacón-Andrade