Check for updates

ARTÍCULO ORIGINAL

Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en la población general

Oscar Galindo-Vázquez,[1] Mónica Ramírez-Orozco,[2] Rosario Costas-Muñiz,[3] Luis A. Mendoza-Contreras,[1] Germán Calderillo-Ruíz[4] y Abelardo Meneses-García[5]*

[1]Instituto Nacional de Cancerología, Servicio de Psicooncología, Ciudad de México, México; [2]Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Ciudad de México, México; [3]Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento, Nueva York, Estados Unidos; [4]Instituto Nacional de Cancerología, Subdirección de Medicina Interna, Ciudad de México, México; [5]Instituto Nacional de Cancerología, Dirección General, Ciudad de México, México

Resumen

Introducción: *La pandemia por COVID-19 puede tener consecuencias psicosociales importantes en la población.* **Objetivo:** *Determinar los niveles de síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en población general.* **Método:** *Encuesta en línea distribuida durante tres semanas mediante muestreo no probabilístico. Se empleó el Cuestionario sobre la Salud del Paciente PHQ-9, la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada GAD-7 y la Escala análoga visual de conductas de autocuidado. Se realizaron análisis descriptivos y de comparación entre los grupos con ansiedad y depresión.* **Resultados:** *Se incluyeron 1508 participantes, 20.8 % presentó síntomas de ansiedad grave y 27.5 %, síntomas de depresión grave. Ser mujer, soltero(a) no tener hijos, presentar comorbilidad médica y antecedentes de atención a la salud mental estuvieron relacionados con la presencia de mayores niveles de síntomas de ansiedad y depresión; 66 a 80 % de la población cumplía con las recomendaciones de autocuidado. Se identificó la necesidad de recibir atención de salud mental.* **Conclusión:** *Se observó mayor número de individuos con síntomas de ansiedad y depresión moderadas a graves que en otras pandemias. Los efectos psicológicos de la pandemia de COVID-19 se consideran un problema de salud mental pública emergente, por lo que se recomienda la implementación de programas para su atención.*

PALABRAS CLAVE: *Ansiedad. COVID-19. Depresión. Pandemia.*

Symptoms of anxiety, depression and self-care behaviors during the COVID-19 pandemic in the general population

Abstract

Introduction: *The COVID-19 pandemic can have important psychosocial consequences in the population.* **Objective:** *To determine the levels of anxiety, depression and self-care symptoms during the COVID-19 pandemic in the general population.* **Method:** *Online survey distributed over three weeks using a non-probability sampling. The PHQ-9 Patient Health Questionnaire, the GAD-7 Generalized Anxiety Disorder Scale and Visual analog scale for self-care behaviors were used. Between-group (anxiety and depression) descriptive and comparison analyses were carried out.* **Results:** *Out of 1508 included participants, 20.8% had symptoms of severe anxiety, while 27.5% showed symptoms of severe depression. Being a woman, being single, having no children, having medical comorbidities and a history of mental health care were risk factors for developing symptoms of anxiety and depression; 66 to 80 % of the population complied with self-care recommendations. A need for receiving mental health care was identified in our study population.* **Conclusion:** *A larger number of individuals with moderate to severe*

Correspondencia:
*Oscar Galindo-Vázquez
E-mail: psigalindo@yahoo.com.mx

Fecha de recepción: 07-05-2020
Fecha de aceptación: 22-06-2020
DOI: 10.24875/GMM.20000266

Gac Med Mex. 2020;156:298-305
Disponible en PubMed
www.gacetamedicademexico.com

0016-3813/© 2020 Academia Nacional de Medicina de México, A.C. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

anxiety and depression symptoms were observed than in other pandemics. COVID-19 pandemic psychological effects are considered an emerging public health problem, and implementation of programs for their care is therefore recommended.

KEY WORDS: *Anxiety. COVID-19. Depression. Pandemic.*

Introducción

La pandemia por COVID-19 ha traído no solo el riesgo de contagios y muertes por infección, sino también efectos psicológicos importantes.[1] Se conoce que los factores psicológicos desempeñan un papel vital en el éxito de las estrategias de salud pública utilizadas para controlar epidemias y pandemias; así como en la comunicación de riesgos, vacunación y terapia antiviral, prácticas de higiene y distanciamiento social.[2-4]

Se ha reportado que las pandemias, como la del síndrome respiratorio agudo severo (SARS), son situaciones estresantes que amenazan la salud física y el bienestar psicológico, además de causar interrupciones en las funciones interpersonales y la percepción de que el contagio es relativamente incontrolable aun cuando se lleven a cabo medidas que reducen el riesgo (por ejemplo, usar mascarillas, evitar aglomeraciones).[5]

En los brotes virales, una persona con ansiedad grave puede malinterpretar dolores musculares benignos o tos como signos de infección, así como presentar comportamientos desadaptativos como lavarse las manos compulsivamente, retraimiento social y realizar compras de pánico, que pueden tener consecuencias negativas para el individuo y su comunidad. Por ejemplo, la sensación de urgencia por productos necesarios para la cuarentena puede llevar a gastar demasiado en el almacenamiento de recursos y perjudicar a la comunidad, la cual necesita dichos recursos para otros fines, incluida la atención médica.[3] Por otra parte, las personas que se consideran con bajo riesgo de infección es poco probable que cambien su comportamiento y sigan las recomendaciones de distanciamiento social, con el consecuente impacto negativo en los esfuerzos por mitigar la propagación del virus.

En relación con los síntomas psicológicos reportados, en 21.3 % de 7143 estudiantes universitarios expuestos a COVID-19 se identificó ansiedad leve; en 2.7 %, ansiedad moderada y en 0.9 %, ansiedad grave. Vivir en áreas urbanas y con los padres fueron factores protectores contra la ansiedad. Tener familiares o conocidos infectados de COVID-19, situación económica inestable y retrasos en las actividades académicas se asociaron a mayor ansiedad ($p < 0.001$). El apoyo social se correlacionó negativamente con el nivel de ansiedad ($p < 0.001$).[1]

Después de un mes de recuperación, en 35 % de 180 sobrevivientes de SARS se identificaron síntomas de ansiedad y/o depresión moderados a graves o graves. Los trabajadores de la salud o quienes tenían familiares fallecidos por SARS fueron más propensos a desarrollar niveles altos de angustia.[6]

Al comparar a trabajadores de la salud hospitalarios ($n = 82$) durante el pico de la epidemia y personal del hospital que se recuperó de SARS ($n = 97$), se identificó que ambos grupos presentaron el mismo nivel de preocupación de infectar a otros (especialmente a los miembros de su familia). Los trabajadores tenían más miedo relacionado con la infección; en los sobrevivientes, el miedo relacionado con el SARS se correlacionó con síntomas de estrés postraumático; además, manifestaron preocupación por otros problemas de salud y la discriminación ($p < 0.05$).[7] Las personas que han experimentado emergencias de salud pública tienen diversos grados de estrés, incluso después de que el evento ha terminado o se han recuperado y egresado del hospital.[6,8]

Teniendo en cuenta los límites de interacción social y las medidas de confinamiento, los servicios de salud mental han adoptado el uso de líneas directas, plataformas de aplicaciones móviles, internet y redes sociales para compartir estrategias para lidiar con el estrés,[9] así como para evaluar el impacto psicosocial en la población expuesta. Por lo tanto, el objetivo de esta investigación fue determinar los niveles de síntomas de ansiedad y de depresión, así como conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en población general.

Método

Se realizó un estudio no experimental, transversal,[10] para el cual se realizó una encuesta en línea mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia; se incluyeron 1508 participantes, hombres y mujeres de México y el extranjero. Como criterios de inclusión se consideró edad mínima de 12 años y saber leer y escribir. Los individuos con deterioro cognitivo que les impidiera contestar la encuesta fueron excluidos y fueron eliminados de la investigación quienes durante

o después del llenado de la encuesta decidieron no continuar participando.

Se diseñó una cédula de identificación que incluía datos sociodemográficos y clínicos. Se emplearon los siguientes instrumentos de evaluación:

- *Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9).* El PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9), desarrollado por Kroenke *et al*. en 2001,[11] es una herramienta de tamizaje que evalúa la posible presencia de trastorno depresivo mayor y la gravedad de los síntomas de depresión. Su estructura es unidimensional, cuenta con nueve reactivos basados en los criterios del DSM IV TR (Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition, Text Revision) y un alfa de Cronbach global de 0.89. Fue validado en la población mexicana,* con una consistencia interna de 0.86 y una varianza explicada de 47 %.
- *Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada* (GAD-7, Generalized Anxiety Disorder-7). Desarrollada por Spitzer *et al*. en 2006,[12] se trata de una herramienta de tamizaje que evalúa la presencia de posible trastorno de ansiedad generalizada. Cuenta con una estructura unidimensional de siete reactivos basados en los criterios del DSM IV TR, que explican 63 % de la varianza y un alfa de Cronbach global de 0.92. Fue validada en población mexicana,* con una consistencia interna de 0.88 y una varianza explicada de 57.72 %.
- *Escala visual análoga de conductas de autocuidado.* Las conductas se valoraron mediante una escala visual análoga de 10 puntos, en la que 0 significa "para nada sigo la recomendación" y 10, "sigo la recomendación todo el tiempo", que especifican cómo los individuos realizaban las estrategias de autocuidado.

La recolección de la muestra se llevó a cabo del 26 de marzo al 12 de abril de 2020. Por medio electrónico se explicó a cada participante el objetivo de la investigación, procedimiento, confidencialidad de los datos, así como los posibles riesgos y beneficios. Todos los individuos participaron voluntariamente y concedieron su consentimiento por escrito. Los procedimientos de esta investigación cumplieron con las disposiciones de la Declaración de Helsinki respecto a la investigación en humanos.

Los datos se analizaron con SPSS versión 22.0. Se realizó análisis descriptivo de medidas de tendencia central y dispersión para ilustrar las características demográficas y clínicas, así como análisis univariado para identificar las diferencias entre las variables sociodemográficas y el nivel de los síntomas de ansiedad y depresión. La normalidad de las variables se determinó por medio de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov ($p < 0.001$), con la que se observó una distribución no normal, por lo que se utilizaron medianas y las pruebas no paramétricas U de Mann-Whitney y de Kruskal-Wallis.[13] Finalmente, se realizó análisis de correlación de Pearson. Se estableció un valor de $p < 0.05$ como significativo estadísticamente.

Resultados

Como se observa en la Tabla 1, la muestra total estuvo integrada por 1508 participantes, 1123 mujeres y 385 hombres, con edad promedio de 34 años; 61.3 % sin hijos, 50.8 % soltero, 55.2 % con licenciatura, 35.6 % se desempeñaba laboralmente como profesional y 24 % mencionó tener alguna enfermedad crónico-degenerativa.

Se exploraron diferentes áreas comportamentales relacionadas con la contingencia y sus consecuencias psicosociales. La mayoría de los participantes (92 %) refirió que sí se realizaría la prueba para la detección de COVID-19, en tanto que 90 % no contaba en ese momento con algún familiar o amistad con infección por el virus.

Respecto a las conductas de autocuidado, destacó una adecuada adhesión a las recomendaciones, ya que 80 % cumplía con no asistir a reuniones o sitios conglomerados, 88 % lavaba o desinfectaba sus manos de forma frecuente, 66 % mantenía la distancia recomendada (1.5 a 2 m) y 72 % se quedaba en casa.

En relación con las estrategias de afrontamiento, 41 % se preocupaba poco por enfermar, aproximadamente 15 % se preocupaba de forma frecuente por contagiarse, mientras que 31 % analizaba continuamente sus sensaciones corporales y las interpretaba como síntomas de la enfermedad. La mitad de los participantes usó frecuentemente estrategias de experiencias estresantes pasadas para reducir el miedo y generó una lista de actividades para mantenerse con actividad; el mismo porcentaje aseguró mantener una actitud optimista y objetiva ante la

* Mendoza-Contreras L, Flores-Juárez J, Núñez-Hernández J, Guzmán Saldaña R, Lerma A. Galindo-Vázquez O. Propiedades psicométricas del Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9) y de la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) en población general mexicana. México: Servicio de Psicooncología, Instituto Nacional de Cancerología; 2020. Documento no publicado.

Tabla 1. Características de los individuos encuestados en relación a síntomas depresión y ansiedad ante la pandemia de COVID-19 (n = 1508)

Edad (años)			$\bar{X}$ = 34.46, rango 18-82		
	n	%		n	%
Sexo			Escolaridad		
Mujer	1123	74.5	Educación básica	34	2.3
Hombre	385	25.5	Bachillerato	209	13.9
			Licenciatura	833	55.2
País			Posgrado	406	26.9
México	1421	94.2	Otro	26	1.7
Otro	87	5.8			
Estado civil			Ocupación		
Soltero	817	54.2	Hogar	58	5.8
Casado	397	26.3	Estudiante	256	25.6
Viudo	17	1.1	Empleado	254	25.4
Divorciado o separado	111	7.4	Desempleado	48	4.8
Unión libre	157	10.4	Profesional	356	35.6
Otro	9	0.6	Jubilado	27	2.7
Paternidad			Residencia en México (n = 1426)		
Sí	583	38.7	Ciudad de México	688	42.8
No	925	61.3	Estado de México	265	18.6
			Otros estados	473	33.2
Comorbilidad médica (n = 417)			Enfermedad		
Hipertensión	85	20.4	Sí	400	26.5
Diabetes	43	10.3	No	1108	73.5
Cáncer	29	7.0			
Depresión	75	18	Seguro médico		
Ansiedad	116	27.8	Sí	1035	68.6
Otra	196	47.0	No	473	31.4
			Atención de salud mental previa		
			Sí	929	61.6
			No	579	38.4

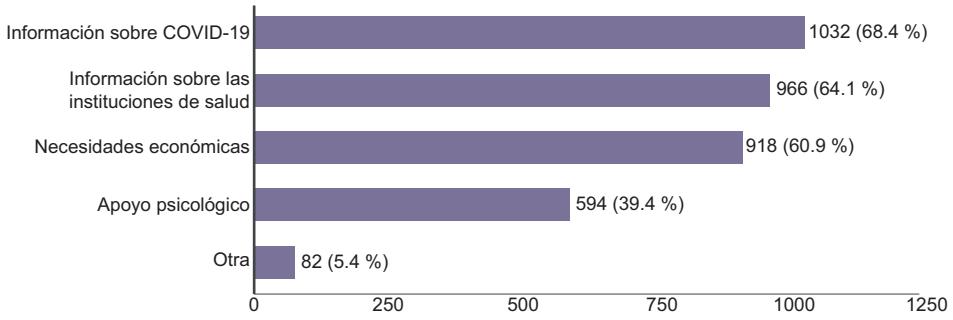

Figura 1. *Aspectos percibidos para adaptarse a la pandemia de COVID-19.*

situación, así como contar con redes de apoyo para hablar y solucionar problemas (Tabla 2).

En cuanto a las necesidades específicas para enfrentar la problemática de salud actual, 68 % respondió que tener información sobre la enfermedad era indispensable, conocer las instituciones de salud a las que puede acudir y cubrir las necesidades económicas de subsistencia; 34 % consideró necesario atender el aspecto psicológico (Figura 1).

Las puntuaciones de los síntomas de ansiedad y depresión tuvieron medias de 12.35 y 14.4, respectivamente. Resaltó que 20.8 % presentaba síntomas de ansiedad grave y 27.5 %, de depresión grave (Tabla 3). Se observó que los participantes sin hijos, con

Tabla 2. Afrontamiento y conductas de autocuidado ante la pandemia de COVID-19 en individuos encuestados en relación con síntomas depresión y ansiedad

	Nunca		Pocas veces		Frecuentemente		Casi todo el tiempo		Todo el tiempo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
¿Con qué frecuencia se preocupa por contagiarse de COVID-19?	7.4	6.9	629	41.7	523	34.7	164	10.9	81	5.4
¿Se encuentra continuamente analizando e interpretando sus sensaciones corporales como síntomas de enfermedad?	329	21.8	704	46.7	340	22.5	84	5.6	51	3.4
¿Se siente frustrado por los efectos que ha tenido COVID-19 en su vida?	207	13.7	585	38.8	436	28.9	185	12.3	95	6.3
Cuando siente miedo, se apoya en las experiencias que ha tenido en situaciones similares para reducir el miedo	140	9.3	361	23.9	437	29.0	365	24.2	205	13.6
Genera una lista de actividades diarias y trata de mantenerme ocupado (a)	138	9.2	302	20.0	390	25.9	390	25.9	288	19.1
Mantiene una actitud optimista y objetiva ante la situación	20	1.3	134	8.9	423	28.1	521	34.5	410	27.2
Cuenta con alguien en quien puede apoyarse o con quien puede hablar de sus problemas	40	2.7	200	13.3	244	16.2	341	22.6	683	45.3
	Puntuación en la escala visual análoga									
	0-1		2-3		4-5		6-7		8-10	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
¿Qué tanto ha seguido las siguientes recomendaciones?										
– No asistir a reuniones sociales o sitios conglomerados	44	2.9	44	2.9	82	5.4	92	6.8	1236	82.0
– Lavarse o desinfectarse las manos con frecuencia	10	0.7	12	0.8	40	2.7	97	6.4	1349	89.4
– Mantenerse al menos 1.5 m de distancia de otras personas	64	4.3	46	3.3	167	11.1	225	26.3	1006	66.8
– Quedarse en casa	97	6.5	49	3.3	120	7.9	123	8.8	1109	73.0

Tabla 3. Nivel de ansiedad y depresión derivadas de la pandemia de COVID-19

Ansiedad			Depresión		
Nivel	n	%	Nivel	n	%
Mínima	525	34.8	Mínima	598	39.7
Leve	253	16.8	Leve	337	22.3
Moderada	416	27.6	Moderada	158	10.5
Grave	314	20.8	Grave	415	27.5
Total	1508	100.0	Total	1508	100.0

enfermedad médica y antecedentes de atención a la salud mental presentaban mayores niveles de depresión y ansiedad ($p < 0.001$). Específicamente el sexo femenino reportó mayores niveles de ansiedad y los individuos solteros, mayores niveles de depresión ($p < 0.001$) (Tablas 4 y 5).

Cabe destacar que puede existir variabilidad en los datos de cada país, pues la encuesta se efectuó en diferentes momentos de acuerdo con la fase epidemiológica de cada nación. A pesar de lo cual, 88.4 % de los participantes consideró que experimentará repercusiones negativas en su economía individual.

Se identificó una correlación positiva, de magnitud media y estadísticamente significativa (r de Pearson = 0.721, $p < 0.001$), entre los niveles de los síntomas de depresión y ansiedad.

Discusión

Las principales estrategias para combatir el contagio por coronavirus COVID-19 implican conductas de autocuidado, las cuales deberían abordarse desde la perspectiva psicológica ya que requieren la modificación o implementación de conductas en las personas que aparentemente no tienen un reforzador inmediato, lo cual complica su ejecución.

Tabla 4. Comparación de variables sociodemográficas de los participantes con síntomas de ansiedad (n = 1508)

Variable	Puntuación GAD-7										
	Mínima		Leve		Moderada		Grave		Total		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo											
Mujer	352	67	199	78.7	316	76	256	81.5	1123	74.5	< 0.001
Hombre	173	33	54	21.3	100	24	58	18.5	385	25.5	
Paternidad											
Sí	223	42.5	98	38.7	158	38	104	33.1	583	38.7	0.008
No	302	57.5	155	61.3	258	62	210	66.9	925	61.3	
Estado civil											
Soltero	268	51	142	56.1	215	51.7	192	61.1	817	54.2	
Casado	145	27.6	71	28.1	112	26.9	69	22.0	397	26.3	
Viudo	9	1.7	3	1.2	4	1.0	1	0.3	17	1.1	0.151
Divorciado/separado	40	7.6	19	7.5	28	6.7	24	7.6	111	7.4	
Unión libre	60	11.4	17	6.7	54	13	26	8.3	157	10.4	
Otro	3	0.6	1	0.4	3	0.7	2	0.6	9	0.6	
Enfermedad											
Sí	105	20	58	22.9	105	25.2	132	42	400	26.5	< 0.001
No	420	80	195	77.1	311	74.8	182	58	1108	73.5	
Vivienda											
Ciudad de México	237	48	122	50.6	178	45.3	151	50.7	688	48.2	0.645
Estado de México	87	17.6	45	18.7	75	19.1	58	19.5	265	18.6	
Otro estado	170	34.4	74	30.7	140	35.6	89	29.9	473	33.2	
Seguro médico											
Sí	348	66.3	180	71.1	278	66.8	229	72.9	1035	68.6	0.120
No	177	33.7	73	28.9	138	33.2	85	27.1	473	31.4	
Atención de salud mental previa											
Sí	265	50.5	155	61.3	274	65.9	235	74.8	929	61.6	< 0.001
No	260	49.5	98	38.7	142	34.1	79	25.2	579	34.8	

GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder-7.

Se identificaron mayores niveles de ansiedad y depresión que los reportados en las pandemias de SARS e influenza, lo que denota mayor efecto en la salud mental de la población general. El sexo femenino, no tener hijos, estado civil soltero, comorbilidad médica y antecedentes de atención a la salud mental coincidieron con las variables indicadas en literatura como relacionadas con la presencia de mayores síntomas psicológicos; adicionalmente, se identificaron las preocupaciones económicas, las repercusiones de la pandemia en la vida diaria y el retraso académico.[1] El 26.5 % de la muestra reportó una enfermedad médica, principalmente de índole cardiometabólica, lo que significa que este grupo tiene mayor riesgo de enfermar gravemente de COVID-19[14] y durante la pandemia pudiera enfrentarse a dificultades para obtener el tratamiento adecuado.[9]

Una posible explicación de los niveles altos de ansiedad y depresión es la alta exposición a información acerca de COVID-19, que Avittey relaciona con la exposición constante a titulares de noticias abrumadoras e información errónea.[15]

Se identificó la necesidad de información general acerca de las instituciones de salud a las que se puede acudir, así como la preocupación por los efectos de la pandemia de COVID-19 en la economía. La inestabilidad o disminución del ingreso familiar ha sido identificada como un factor significativo en la ansiedad durante la crisis.[16]

Aun cuando en el presente estudio se registró adherencia aceptable a las recomendaciones sanitarias, 5.8 % no evitaba reuniones, 7.4 % no guardaba la distancia adecuada entre personas y 9.8 % continuaba saliendo de casa, situación que conlleva repercusiones en la salud pública, pues la diseminación y el contagio del virus se incrementan en la medida en que no se cumplen las estrategias de confinamiento y distanciamiento social.

Tabla 5. Comparación de variables sociodemográficas entre participantes con síntomas de depresión (n = 1508)

Variable	Puntuación PHQ-9										
	Mínima		Leve		Moderada		Grave		Total		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo											
Mujer	429	71.7	247	73.3	127	80.4	320	77.1	1123	74.5	0.024
Hombre	169	28.3	90	26.7	31	19.6	95	22.9	385	25.5	
Paternidad											
Sí	285	47.7	124	36.8	51	32.3	123	29.6	583	38.7	< 0.001
No	313	52.3	213	63.2	107	67.7	292	70.4	925	61.3	
Estado civil											
Soltero	274	45.8	175	51.9	95	60.1	273	65.8	817	54.2	
Casado	196	32.8	94	27.9	39	24.7	68	16.4	397	26.3	
Viudo	10	1.7	1	0.3	0	0.0	6	1.4	17	1.1	< 0.001
Divorciado/separado	45	7.5	23	6.8	9	5.7	34	8.2	111	7.4	
Unión libre	69	11.5	42	12.5	14	8.9	32	7.7	157	10.4	
Otro	4	0.7	2	0.6	1	0.6	2	0.5	9	0.6	
Enfermedad											
Sí	117	19.6	80	23.7	46	29.1	157	37.8	400	26.5	< 0.001
No	481	80.4	257	76.3	112	70.9	258	62.2	1108	73.5	
Vivienda											
Ciudad de México	278	48.7	149	47.2	67	46.5	194	49.1	688	48.2	0.173
Estado de México	95	16.6	54	17.1	39	27.1	77	19.5	265	18.6	
Otro estado	198	34.7	113	35.8	38	26.4	124	31.4	473	33.2	
Seguro médico											
Sí	421	70.4	232	68.8	113	71.5	269	64.8	1035	68.6	0.100
No	177	29.6	105	31.2	45	28.5	146	35.2	473	31.4	
Atención de salud mental previa											
Sí	296	49.5	224	66.5	106	67.1	303	73	929	61.6	< 0.001
No	302	50.5	113	33.5	52	32.9	112	27	579	38.4	

PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9.

Finalmente, si bien se identificaron adecuadas estrategias psicológicas para afrontar la pandemia de COVID-19, la mitad de los participantes no contaba con dichas herramientas ni condiciones para adaptarse a la situación, por lo que es necesario enfocarse en las necesidades particulares de la población y cubrirlas para ayudar a mejorar las estrategias de afrontamiento. El 24 % de los participantes consideró necesario recibir atención de salud mental, sin embargo, 72 % no disponía de algún servicio de atención a distancia, ya fuera telefónicamente o en línea.

Es relevante considerar recomendaciones como las reportadas por Li[9] respecto a que la población expuesta a COVID-19 se puede clasificar en cuatro niveles:

1. Personas más vulnerables a problemas de salud mental, como pacientes hospitalizados con infección confirmada o condición física grave, profesionales de salud de primera línea y personal administrativo.
2. Pacientes aislados y en clínicas con síntomas de infección atípica.
3. Individuos con contactos nivel 1 y 2, es decir, miembros de la familia, colegas, amigos y rescatistas.
4. Personas afectadas por las medidas de prevención y control de epidemias, las personas susceptibles y población general.

Entre las limitaciones debe destacarse que la muestra se recolectó por conveniencia y que se utilizó un diseño de investigación transversal, por lo que se sugiere hacer un seguimiento prospectivo, lo cual permitirá observar cambios en los síntomas y las medidas de seguridad conforme la situación de salud pública se modifica.

Conclusiones

Los problemas de salud mental en la población general durante la pandemia de COVID-19 representan

un reto para el sistema de salud pública, por lo que se requieren intervenciones psicosociales válidas y confiables para identificar oportunamente la aparición e intensidad de los síntomas de depresión y ansiedad, así como para evaluar los efectos de las intervenciones psicosociales clínicas y comunitarias.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses alguno.

Financiamiento

Los autores no recibieron patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se realizaron experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo en cuanto a la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores obtuvieron el consentimiento informado de los participantes referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J, et al. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. Psychiatry Res. 2020;287:112934.
2. Taylor S, Asmundson GJ. Treating health anxiety: a cognitive-behavioral approach. EE. UU.: Guilford; 2004.
3. Asmundson GJ, Taylor S. How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: what all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. J Anxiety Disord. 2020;71:102211.
4. Wheaton MG, Abramowitz JS, Berman NC, Fabricant LE, Olatunji BO. Psychological predictors of anxiety in response to the H1N1 (swine flu) pandemic. Cognit Ther Res. 2012;36:210-218.
5. Gan Y, Liu Y, Zhang Y. Flexible coping responses to severe acute respiratory syndrome-related and daily life stressful events. Asian J Soc Psychol. 2004;7:55-66.
6. Cheng SK, Wong CW, Tsang J, Wong KC. Psychological distress and negative appraisals in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). Psychol Med. 2004;34:1187-1195.
7. Ho SM, Kwong-Lo RS, Mak CW, Wong JS. Fear of severe acute respiratory syndrome (SARS) among health care workers. J Consulting Clin Psychol. 2005;73:344-349.
8. Fan F, Long K, Zhou Y, Zheng Y, Liu X. Longitudinal trajectories of post-traumatic stress disorder symptoms among adolescents after the Wenchuan earthquake in China. Psychol Med. 2015;45:2885-2896.
9. Li W, Yang Y, Liu ZH, Zhao YJ, Zhang Q, Zhang L, et al. Progression of mental health services during the COVID-19 outbreak in China. Int J Biol Sci. 2020;16:1732-1738.
10. Babbie E. Fundamentos de la investigación social. México: International Thomson; 2000.
11. Kroenke K, Spitzer RL Williams JBW. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med. 2001;16:606-613.
12. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. Arch Intern Med. 2006;166:1092-1097.
13. Juárez F, Villatoro J, López E. Apuntes de estadística inferencial. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente; 2002.
14. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. EE. UU.: Enfermedad del coronavirus 2019; 2020.
15. Ayittey FK, Ayittey MK, Chiwero NB, Kamasah JS, Dzuvor C. Economic impacts of Wuhan 2019-nCoV on China and the world. J Med Virol. 2020;92.
16. Liu ZF. A study on the relationship between adverse family experiences in childhood and emotional and anxiety disorders. Dalian Medical University; 2013.