

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA LA ANTIGUA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**RESPUESTA PSICOSOCIAL A LA PANDEMIA DE COVID-19 EN
ADULTOS RESIDENTES EN PANAMÁ**

Tesis de Licenciatura de Psicología

PRESENTADO POR

MARÍA SOFÍA DE LOURDES PINZÓN LEÓN

8-940-1234

DIRECTOR DE TESIS: DIANA OVIEDO

CODIRECTOR DE TESIS: GABRIELLE BRITTON

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ, 2022



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons
Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

doi del documento
<https://doi.org/10.37387/speiro.tl.580>

DEDICATORIA

Para Paola “Phoebe” Beatriz.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por permitirme culminar esta primera etapa de mi vida profesional.

A mi mamá Nayarit, a mi papá Manuel y mi hermano Mel por creer en mí.

A mi prima Bebyta y mis abuelas Etna y Nica por motivarme cada día a alcanzar mis metas.

A Dianita, Luimel, Jael, Flavita, Rafa, Lore y Angy, la familia que me regaló la vida, gracias por los momentos de catarsis.

A mis supervisoras de tesis la Dra. Diana Oviedo y la Dra. Gabrielle Britton por compartirme su invaluable sabiduría.

A Sofía, Adam, Elianne, Carlos y Camilo por el apoyo en estadística y por las recomendaciones brindadas, a todos, gracias.

RESUMEN

La pandemia por la nueva enfermedad respiratoria infecciosa, Coronavirus 2019 (COVID-19), ha tenido un impacto significativo en la salud mental de la población. La implementación de estrategias para reducir los contagios como el distanciamiento social, las cuarentenas, el uso obligatorio de mascarillas, la restricción de movilización, la suspensión de actividades sociales y el cierre de fronteras, se asocian a un aumento de síntomas de depresión, ansiedad, estrés, insomnio y una variedad de síntomas físicos. Por ende, el objetivo de esta investigación fue analizar la respuesta psicosocial a la pandemia de COVID-19 en adultos residentes en Panamá. Esta investigación fue descriptiva correlacional, cuantitativa y transversal. La muestra estuvo constituida por 480 adultos mayores de 18 años nacionales y extranjeros residentes en Panamá. El protocolo fue sometido al Comité Nacional de Bioética de la Investigación. Se realizó una encuesta en línea que incluyó un cuestionario sociodemográfico, la Escala de Depresión Ansiedad y Estrés (DASS-21), la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson, la Escala Original de Prosocialidad, la Escala Atenas de Insomnio y la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. Los análisis estadísticos incluyeron métodos uni y multivariantes para hacer comparaciones entre grupos de interés. Además, se realizó un análisis de regresión lineal para evaluar los factores asociados con las distintas respuestas a la pandemia. Se encontró que la mayoría de los participantes (>60 %) reportaron verse afectados negativamente por la pandemia. Las mujeres experimentaron más síntomas de depresión, ansiedad y estrés que los hombres. La edad, la percepción del nivel de salud, el apoyo social percibido y la resiliencia se asociaron negativamente con los síntomas de depresión, ansiedad y estrés. Por el contrario, el aislamiento social percibido, la enfermedad psiquiátrica y el insomnio se asociaron positivamente con síntomas de depresión, ansiedad y estrés. Estos resultados corroboran los hallazgos de otros estudios sobre la COVID-19 y la salud mental. Este estudio destaca la necesidad de mecanismos específicos de prevención e intervención relacionados con la pandemia de COVID-19 en diferentes grupos de población. Este

es el primer reporte del impacto psicológico del COVID-19 en población panameña en general y uno de los únicos estudios en la región latinoamericana, por lo tanto, contribuye a la investigación en población latina y países de ingresos medios-bajos.

Palabras claves: Salud mental, COVID-19, ansiedad, estrés y depresión.

ABSTRACT

The pandemic due to the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), is having a significant impact on the mental health of the population. The implementation of strategies to reduce contagion such as: social distancing, quarantines, mandatory use of masks, restriction of mobility schedules, suspension of social activities and border closures are associated with an increase in symptoms of depression, anxiety, stress, insomnia, fear and a variety of physical symptoms. The objective of this research was to analyse the psychosocial response to the COVID-19 pandemic in the general adult Panamanian population. This study was approved by the National Research Bioethics Committee. An online survey was conducted including a sociodemographic questionnaire, the Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21), the Connor-Davidson Resilience Scale, the Original Prosociality Scale, the Athens Insomnia Scale and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. This was a descriptive correlational, quantitative and cross-sectional study. The sample consisted of 480 adults over 18 years of age, nationals and foreigners residing in Panama. Statistical analyses were carried out with SPSS version 20.0. Uni and multivariate methods were used to make comparisons between groups of interest. In addition, a linear regression analysis was performed to evaluate the factors associated with the different responses to the pandemic. Most of the participants (>60%) reported being negatively affected by the pandemic. Women experienced greater depression, anxiety, and stress symptoms than men, and age was negatively associated with depression, anxiety, and stress symptoms. Self-perceived health status and self-perceived social support were negatively associated with depression, anxiety, and stress symptoms. Self-perceived social isolation was positively associated with depression, anxiety, and stress symptoms. Psychiatric illness and insomnia were positively associated with depression, anxiety, and stress symptoms, whereas psychological resilience was negatively associated with depression, anxiety, and stress symptoms. These results corroborate other studies regarding COVID-19 and mental health. This study highlights the need

for specific prevention and intervention mechanisms related to the COVID-19 pandemic in different population groups.

Keywords: mental health, covid-19, anxiety, stress and depression.

ÍNDICE GENERAL

| | |
|---|-------------|
| DEDICATORIA | ii |
| AGRADECIMIENTOS | iii |
| RESUMEN..... | iv |
| ABSTRACT..... | vi |
| LISTA DE TABLAS | xii |
| LISTA DE GRÁFICAS | xiii |
| CAPÍTULO 1..... | 14 |
| 1.1 Introducción..... | 15 |
| 1.2 Planteamiento del problema | 18 |
| 1.2.1 Antecedentes y situación actual | 18 |
| 1.2.2 Formulación de la pregunta de investigación..... | 26 |
| 1.2.3 Objetivos | 27 |
| 1.2.3.1 Objetivo general..... | 27 |
| 1.2.3.2 Objetivos específicos | 27 |
| 1.3 Justificación..... | 27 |

| | |
|---|-----------|
| CAPÍTULO 2..... | 29 |
| 2.1 Revisión Bibliográfica..... | 30 |
| 2.2 Contexto social..... | 50 |
| CAPÍTULO 3..... | 58 |
| 3.1 Metodología..... | 59 |
| 3.2 Unidad de análisis y población..... | 59 |
| 3.2.1 Criterios de inclusión | 59 |
| 3.2.2 Criterios de exclusión..... | 59 |
| 3.3 Variables..... | 60 |
| 3.4 Materiales | 61 |
| 3.5 Procedimiento..... | 64 |
| 3.6 Consideraciones éticas | 65 |
| CAPÍTULO 4..... | 67 |
| 4.1 Presentación de resultados..... | 68 |
| 4.1.1 Análisis estadísticos | 68 |

| | | |
|---|------------------------------|------------|
| 4.1.2 | Resultados | 68 |
| 4.2 | Análisis de resultados | 87 |
| CAPÍTULO 5..... | | 96 |
| 5.1 | Conclusiones | 97 |
| 5.2 | Recomendaciones | 98 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | | 100 |
| APÉNDICES..... | | 133 |
| APROBACIÓN DEL COMITÉ NACIONAL DE BIOÉTICA | | 134 |
| CONSENTIMIENTO INFORMADO | | 137 |
| CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO | | 139 |
| ESCALA DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS -21 (DASS-21)..... | | 153 |
| ESCALA DE RESILIENCIA DE CONNOR-DAVIDSON (CD-RISC)..... | | 155 |
| ESCALA ORIGINAL DE PROSOCIALIDAD..... | | 157 |
| ESCALA ATENAS DE INSOMNIO | | 159 |
| ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO | | 161 |

| | |
|--|-----|
| XVI CONGRESO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA, ASOCIACIÓN PANAMEÑA PARA EL AVANCE DE LA CIENCIA (APANAC) | 163 |
| • Póster informativo | 163 |
| • Certificado de participación | 164 |
| I CONGRESO LATINOAMERICANO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA | 165 |
| • Póster informativo | 165 |
| • Certificado de participación | 166 |
| • Certificado de Mención de Honor | 166 |

LISTA DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1: Variables sociodemográficas | 68 |
| Tabla 2: Percepción del nivel de salud y factores de riesgos..... | 70 |
| Tabla 3: Conocimiento y cumplimiento de las medidas de bioseguridad contra el coronavirus..... | 73 |
| Tabla 4: Riesgo de contagio, áreas de afectación y atención psicológica..... | 74 |
| Tabla 5: Distribución entre las Escalas y el sexo..... | 80 |
| Tabla 6: Distribución entre la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) y sexo | 81 |
| Tabla 7: Distribución entre las Escalas y los grupos de edad | 82 |
| Tabla 8: Factores que predicen una respuesta adaptativa a la pandemia | 84 |

LISTA DE GRÁFICAS

| | |
|---|----|
| Gráfica 1: Medidas de bioseguridad | 77 |
| Gráfica 2: Factores asociados al riesgo de contagio | 78 |
| Gráfica 3: Mayor preocupación en la pandemia de COVID-19 | 79 |

CAPÍTULO 1

1.1 Introducción

En diciembre de 2019 surgió una nueva enfermedad respiratoria infecciosa en Wuhan, provincia de Hubei, China, nombrada por la Organización Mundial de la Salud Coronavirus novel 2019 (2019-nCoV), posteriormente conocida como Enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19). La COVID-19 es causada por el virus Coronavirus del Síndrome Respiratorio Agudo Severo 2 (SARS-CoV2). Este virus presenta similitud genética con patógenos zoonóticos previamente reconocidos como es el caso del Coronavirus del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS-CoV) que causó epidemias en China en 2002-2003 y el Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) que afectó a Arabia Saudita y países vecinos en 2012-2013 (Millán-Oñate et al., 2020).

En febrero de 2020 se registró un aumento significativo de casos de COVID-19 en Estados miembros de la Unión Europea, y el 11 de marzo de 2020 la epidemia de COVID-19 fue declarada pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La caracterización de pandemia significa que la epidemia se ha extendido por varios países, continentes o todo el mundo, afectando a un gran número de personas (OPS, 2020).

En Panamá, el 9 de marzo del 2020 el Ministerio de Salud (MINSAL) confirmó el primer caso de COVID-19 en el país, por este motivo en la resolución de Gabinete N°11, dado en la República de Panamá el 13 de marzo de 2020, se declaró Estado de

Emergencia Nacional, considerando que la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus afectaba a la población en general amenazando la salud de los nacionales y extranjeros radicados en el territorio de la República, a la economía nacional y generando alteraciones e interrupciones de las condiciones normales de funcionamiento u operación de las entidades del Estado (Resolución de Gabinete N°11, 2020).

Después de que la enfermedad se empezara a propagar en China y otros países, jefes de equipo de la Misión Conjunta OMS-China señalaron que muchos países no estaban preparados mental ni económicamente para aplicar las medidas que China estaba llevando a cabo para contener la propagación del COVID-19, debían actuar rápido y generar medidas similares como la detección y aislamiento de casos, el rastreo, seguimiento de contactos y su puesta en cuarentena y la colaboración comunitaria.

En las próximas semanas ante la emergencia sanitaria, Panamá adoptó diversas medidas de restricción para mitigar y controlar la propagación de la pandemia: movilidad según número de cédula y sexo, suspensión de clases y actividades sociales, cierre de fronteras, control sanitario y epidemiológico, rotación de personal y modalidad de teletrabajo (SICA, 2020).

Aunque las medidas de contención tienen el propósito de proteger la salud física de las personas, también es esencial tomar en cuenta las implicaciones en la salud mental. La implementación de las medidas para reducir los contagios y la constante

exposición a situaciones de incertidumbre, miedo, inseguridad y preocupación pueden asociarse a un aumento de síntomas de depresión, ansiedad, estrés, insomnio, una variedad de síntomas físicos y al desarrollo de crisis. Como resultado de la pandemia por COVID-19 se han manifestado distintas condiciones psiquiátricas: ansiedad, depresión, estrés postraumático y rebotes de síntomas en personas con antecedentes de estas condiciones generando problemas a corto, mediano o largo plazo (Gutiérrez et al., 2021).

Aunque la amenaza de la COVID-19 representó un impacto significativo a nivel psicosocial, económico, laboral, educativo y familiar de todos los seres humanos, en algunas investigaciones se ha evidenciado que existen algunos factores protectores como la resiliencia y las conductas prosociales que pueden predecir una mejor respuesta a la pandemia (Brailovskaia & Margraf, 2020; Cabanillas-Rojas, 2020).

En Latinoamérica existen algunos estudios sobre cómo la COVID-19 ha afectado la salud mental de la población (Landa-Blanco et al., 2021; Cortés-Meda y Ponciano-Rodríguez, 2021; Ballena et al., 2021). Sin embargo, a la fecha en Panamá, los estudios que abordan el impacto en la población general son escasos o inexistentes. Ante esta problemática se requiere un abordaje que sustente cuáles pueden ser los factores asociados a una respuesta adaptativa y desadaptativa para la correcta implementación de estrategias de prevención y promoción del bienestar psicosocial (Landa-Blanco et al., 2021; Cortés-Meda y Ponciano-Rodríguez, 2021; Ballena et al., 2021).

La finalidad del presente trabajo de investigación fue estudiar la respuesta psicosocial a la pandemia de COVID-19 en adultos residentes en Panamá, permitiendo sentar las bases para intervenciones futuras y estrategias de prevención y mitigación de riesgos asociados a la salud mental. Esta tesis contempla un primer capítulo que aborda el planteamiento del problema, el cual incluye los antecedentes, la pregunta de investigación, los objetivos y la justificación. El segundo capítulo plasma la revisión bibliográfica (marco teórico). En el tercer capítulo se desarrolla el marco metodológico de la investigación. El cuarto capítulo evidencia los análisis estadísticos, resultados y el análisis de resultados; finalmente el quinto capítulo incluye la conclusión y recomendaciones. Posteriormente se encuentra la bibliografía y finalmente los diferentes anexos.

1.2 Planteamiento del problema

1.2.1 Antecedentes y situación actual

En brotes anteriores de enfermedades infecciosas, las personas puestas en cuarentena han reportado resultados adversos en la salud mental después del período de cuarentena (Hossain et al., 2020; Lee et al., 2020). Durante la epidemia del Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS), se evidenció que las personas que estuvieron aisladas durante dos semanas debido al contacto con pacientes positivos, experimentaron síntomas de ansiedad e ira durante el aislamiento y mostraron efectos

en la salud mental incluso entre cuatro y seis meses después de haber sido retirados del aislamiento (Jeong et al., 2016; Khalid et al., 2016).

Un estudio que examinó el nivel de estrés y angustia psicológica de los sobrevivientes un año después del brote del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS), concluyó que algunas de las secuelas psicológicas inmediatas incluyen niveles de estrés significativamente más altos entre los individuos afectados, sueño deficiente, estado de ánimo deprimido, llanto, pesadillas y falta de concentración. También se observó psicosis aguda en algunos pacientes. Aproximadamente un mes después del alta de los pacientes, se encontraron niveles significativos de ansiedad, depresión y síntomas de estrés postraumático en pacientes que fueron SARS positivos (Lee et al., 2007). Otro estudio sobre el brote de SARS, encontró que ser puesto en cuarentena predijo significativamente síntomas de depresión y estrés postraumático tres años después de que terminó la cuarentena (Reynolds et al., 2008).

Adicionalmente, durante el brote de influenza A (H1N1), una mayor intolerancia a la incertidumbre se relacionó con valoraciones más bajas de autocontrol y autonomía, siendo predictores de menor capacidad para afrontar adaptativamente el estrés, ansiedad y mayor probabilidad de percibir la epidemia como amenazante (Taha et al., 2014). Por otro lado, la presencia de trastornos mentales se asocia a un mayor uso de mecanismos de defensa desadaptativos como el aislamiento social, la inhibición y la somatización (Ríos et al., 2010).

Los estudios de las epidemias anteriores han permitido una aproximación a los desafíos a nivel psicosocial de la pandemia por la COVID-19. Se ha propuesto que la respuesta a situaciones estresantes y predictores del impacto psicosocial de la cuarentena en gran medida dependerá de factores sociodemográficos; ser mujer, ser estudiante y tener un nivel económico bajo, se relaciona con mayor malestar emocional y la morbilidad psíquica. De manera similar, predomina la prevalencia de síntomas de estrés y depresión entre las personas de 16-26 años; además los comportamientos de salud pública pueden variar según el género, nivel educativo, ser cuidador, nivel de información y haberse contagiado de COVID-19 (Parrado-González y León-Jariego, 2020).

En una muestra compuesta por 1340 participantes de los cuales el 16.6% eran varones y el 83.4% eran mujeres de entre 18 a 81 años, se encontró que la prevalencia de ansiedad fue del 23% y el riesgo de cometer suicidio fue del 25%. Los autores llegaron a la conclusión que existe una asociación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas (rango de edad, grado académico, estado civil, nivel de ingreso, estado laboral, seguro médico) con la desesperanza (Britos et al., 2021).

En un estudio con una muestra de 1210 personas, el 53.8% de los participantes calificó el impacto psicológico del brote del coronavirus como moderado o severo; el 16.5% informó síntomas depresivos de moderados a graves; el 28.8% informó síntomas de ansiedad de moderados a graves y el 8.1% informó niveles de estrés de moderados a severos. El 84.7% de los participantes pasaba de 20 a 24 horas al día en casa; al 75.2%

les preocupaba que sus familiares contrajeran el virus y el 75.1% estaban satisfechos con la cantidad de información sanitaria disponible. El sexo femenino, ser estudiante, los síntomas físicos y un estado de salud autoevaluado deficiente se asociaron significativamente con un mayor impacto psicológico del brote y niveles más altos de estrés, ansiedad y depresión (Wang et al., 2020).

Es necesario resaltar que las personas mayores de 60 años se consideraron como un grupo vulnerable al coronavirus y dentro de los factores que los ponen en riesgo destacaron por una mayor prevalencia de fragilidad y vulnerabilidad a eventos adversos, discapacidad, dependencia y la presencia de condiciones de salud subyacentes tales como enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, insuficiencia renal crónica, hipertensión y diabetes (Callís-Fernández et al., 2021).

De manera similar, los profesionales sanitarios experimentan vulnerabilidad como parte o consecuencia de su profesión al estar expuestos habitualmente a factores estresantes y ser testigos del sufrimiento. Trabajar como personal de salud también se ha asociado a mayor gravedad de síntomas. En distintos estudios se observó que los trabajadores de la salud que habían sido puestos en cuarentena experimentaron síntomas más graves de estrés postraumático, sintieron mayor estigmatización, exhibieron más conductas de evitación después de la cuarentena, reportaron una mayor pérdida de ingresos y se vieron más afectados psicológicamente; informaron sentir más ira, enojo, miedo, frustración, culpa, impotencia, aislamiento, soledad, nerviosismo,

tristeza, preocupación y ser menos felices (Delgado, 2020; Brooks et al., 2020; Dosil et al., 2020; Bueno y Barrientos, 2020).

Un estudio con una muestra de 56, 679 participantes de 34 provincias de China expuso que los participantes que experimentaron medidas de cuarentena informaron tasas más altas de síntomas de depresión de moderados a graves (2,243 [13.6 %] frente a 3,871 [9.6 %]; $P < 0,001$), ansiedad (2,188 [13.3 %] frente a 3,683 [9.2 %]; $p < 0,001$), insomnio (1.192 [7.2%] vs 2,064 [5.1%]; $p < 0,001$) y estrés agudo (4,702 [28.6%] vs 9,115 [22.7%]; $p < 0,001$) en comparación con los que no estuvieron en cuarentena. En relación con la totalidad de los trastornos mentales, el 34.1% de los participantes en cuarentena reportaron mínimo uno de los síntomas psicológicos, en comparación con el 27.3% en la población que no estaban en cuarentena (Wang et al., 2021).

En un estudio similar se encontró una alta prevalencia de síntomas psicológicos generales: (26% 7-8 meses después de la cuarentena); trastornos emocionales (19%); depresión (31% una mediana de 36 días después de finalizada la cuarentena); estrés (39% varios meses después de la cuarentena); estado de ánimo bajo (72%); irritabilidad (55%); insomnio (32%); y síntomas de estrés postraumático (16 % de los participantes a las pocas semanas de salir de la cuarentena) (Brooks et al., 2020).

En un estudio realizado con participantes de Honduras, Chile, Costa Rica, México y España se evidenció una mayor prevalencia de estrés relacionado a los aspectos familiares, económicos, sociales, académicos y una menor prevalencia de

estrés con aspectos relacionados a la salud. Los participantes desempleados tuvieron puntuaciones más altas en somatización y depresión. El estrés relacionado con el confinamiento es el predictor más significativo de las puntuaciones de ansiedad, depresión y somatización (Landa-Blanco et al., 2021).

Tomando en cuenta factores de estilo de vida, en un estudio con una muestra de 387 109 participantes, en donde el 94.5% eran británicos blancos, se encontró que el 33.5% excedió las pautas de consumo de alcohol, el 23.5% eran obesos, el 9.7% fumadores, el 17.8% inactivos, el 4.9% tenían diagnóstico de diabetes, el 56.1% hipertensión y el 5.2% enfermedad cardiovascular. Alrededor del 0.2% (N = 760) de la muestra fueron hospitalizados luego de contraer COVID-19 durante el período de seguimiento y su perfil de riesgo se caracterizó por ser masculino, de mayor edad, fumadores, físicamente inactivos, con menor nivel educativo, no etnia blanca y mayor prevalencia de comorbilidad cardiometabólica (Hamer et al., 2020).

Por otro lado, en México conforme disminuye la posición socioeconómica aumenta la probabilidad de padecer obesidad, hipertensión y diabetes. A partir de esto los autores exponen que durante el primer año de la pandemia, las comorbilidades más comunes en los casos positivos de coronavirus incluyeron: hipertensión (17%), obesidad (15%), diabetes (13%) y tabaquismo (7%), mientras que las comorbilidades más comunes en las personas que fallecieron por el coronavirus se encontraron: hipertensión (45%), diabetes (37%), obesidad (22%), enfermedad cardiovascular (11%), tabaquismo (8%) e inmunosupresión (5%). Las personas que tuvieron dos o

más comorbilidades incrementaron el riesgo de morir. En este sentido, la inactividad puede convertirse en un factor de riesgo importante para la salud; el confinamiento sin permitir actividades al aire libre se asocia con cambios en el estilo de vida saludable y al desarrollo de enfermedades no transmisibles como el tabaquismo o la obesidad (Picco et al., 2020; Salman et al., 2021; Cortés-Meda y Ponciano-Rodríguez, 2021).

Otros estudios señalan que en condiciones de aislamiento se manifiesta o agudiza el consumo de sustancias como alcohol, tabaco, marihuana, estimulantes y ansiolíticos ya que la persona se puede encontrar lejos de una red de apoyo o sin acceso a un tratamiento adecuado. La depresión, la ansiedad y el abuso de sustancias pueden aparecer de manera independiente o asociados con el trastorno de estrés postraumático (Muñoz-Fernández et al., 2020; Pascale, 2020).

Wathalet et al. (2020) citado por Aknin et al. (2021) evidencia la correlación de sentimientos de angustia y soledad, conductas autolesivas, el bienestar subjetivo y la conexión social con los efectos de la pandemia de coronavirus. De la muestra el 11.4% reportó la prevalencia de pensamientos suicidas, el 22.4% angustia severa, el 24.7% estrés percibido, el 16.1% depresión y el 27.5% ansiedad.

Los síntomas de depresión, ansiedad y estrés se asocian con la percepción de poco apoyo social y menor resiliencia; estos últimos factores necesarios para manejar la experiencia de sobrecarga emocional por situaciones negativas inesperadas. Su ausencia contribuye a la aparición de síntomas somáticos que afectan negativamente la

efectividad de los tratamientos. En contraste, el bienestar social, emocional y psicológico, aumenta la resiliencia, reduce las consecuencias negativas de las experiencias desagradables y potencia la respuesta adaptativa a situaciones inciertas (Brailovskaia & Margraf, 2020; Alsalman et al., 2020; Wu et al., 2020).

Estudios señalan que altos niveles de preocupación se relacionan con tasas más altas de cumplimiento informado de las medidas de prevención, conducta altamente motivada por la responsabilidad social de no querer enfermar a otras personas, seguir las normas estatales y las reglas de los padres (Oosterhoff et al., 2020; Bacon et al., 2020). Para evaluar y fortalecer la respuesta a la pandemia de COVID-19, predominan cinco principios: la sensación de seguridad, sensación de calma, sentido de la eficacia colectiva y personal, conectividad y esperanza (Krueger, 2020).

Se ha visto que la crisis sanitaria ha permitido el desarrollo y el fortalecimiento de las relaciones interpersonales, consideradas como una respuesta resiliente, creativa y de cuidado por otro. Además, se da paso a la reconstrucción cultural, con la oportunidad de cambio hacia el mejoramiento y fortalecimiento de la sociedad a través del arte, del cuidado mutuo, de las relaciones vecinales y de la tecnología (Boschiero, 2020; Echeverri, 2020).

En la actualidad, se han manifestado distintas condiciones psiquiátricas como estrés agudo, ansiedad, depresión y rebrotes de síntomas en personas con antecedentes de estas condiciones. La Dra. Delia Ycaza, médico y coordinadora de Salud Mental del

Ministerio de Salud (MINSAs), expone en el periódico La Estrella, del 20 de mayo de 2020 que: *“más de la mitad de la población panameña experimentará síntomas psicoemocionales asociados al Coronavirus”* (Testa, 2020).

A pesar de reconocer que la pandemia supone un desafío para la salud mental de la población en general, en Panamá son escasas las investigaciones del impacto del coronavirus a nivel psicosocial. Por ello, las investigaciones y recomendaciones que abarquen dichos temas favorecen el desarrollo de estrategias dirigidas a la detección temprana y al adecuado tratamiento de los síntomas y trastornos derivados de la pandemia de COVID-19.

1.2.2 Formulación de la pregunta de investigación

Para una mejor comprensión del impacto del COVID-19 en la salud mental, el bienestar psicológico y los factores que aumentan o disminuyen una buena adaptación, es pertinente analizar la respuesta psicosocial a la pandemia por COVID-19.

El presente trabajo plantea las siguientes preguntas:

- ¿Los síntomas de depresión, ansiedad y estrés se asocian a una respuesta desadaptativa al confinamiento por la pandemia de COVID-19?
- ¿La resiliencia, las conductas prosociales y la percepción de apoyo psicosocial se asocian a una mejor respuesta a la pandemia por COVID-19?

1.2.3 Objetivos

1.2.3.1 Objetivo general

Analizar la respuesta psicosocial a la pandemia de COVID-19 en adultos residentes en Panamá.

1.2.3.2 Objetivos específicos

1. Analizar las variables sociodemográficas asociadas a mayores síntomas de estrés, ansiedad y depresión.
2. Determinar la relación entre las variables sociodemográficas como la edad y el sexo con la resiliencia y las conductas prosociales.
3. Determinar la relación entre los factores económicos y sociales con la salud física, la depresión, el estrés y la ansiedad.
4. Identificar los factores asociados al cumplimiento de las medidas de bioseguridad.

1.3 Justificación

La amenaza del COVID-19 conlleva grandes retos económicos, ambientales, sociales, de salud física y mental para la población mundial. La implementación de estrategias para reducir los contagios tales como el distanciamiento social, las cuarentenas, el uso obligatorio de mascarillas, la restricción de horarios de movilización, la suspensión de actividades sociales y el cierre de fronteras, con el

propósito de evitar la propagación del virus, se asocian a un aumento de síntomas de depresión, ansiedad y estrés.

Múltiples estudios señalan que la gravedad de los síntomas dependerá de la duración y el alcance de la cuarentena, los sentimientos de soledad, el miedo a infectarse, la pérdida de seres queridos, la preocupación por la estabilidad económica y la promoción de información adecuada. Estar expuesto repetidamente a estresores, como las situaciones que se derivan de la pandemia, afecta las funciones cognitivas, conductuales y afectivas del individuo, manifiesta en cambios en la concentración, mayor irritabilidad, insomnio, reducción de la productividad y conflictos interpersonales. Una mayor intolerancia a los factores estresores se relaciona con valoraciones más bajas de autocontrol y autonomía, siendo predictores de menor capacidad para afrontar adaptativamente la pandemia y percibirla como una situación amenazante.

En este estudio se toman en cuenta distintas variables demográficas (grupos de edad, nivel socioeconómico, nivel de vulnerabilidad, condiciones de salud, conductas de riesgo y acceso a la información correcta), lo cual permite sentar las bases para intervenciones futuras (terapias, grupos de apoyo o políticas públicas) y estrategias de prevención y mitigación de riesgos asociados a la salud mental. De este modo, la psicoeducación (prevención y promoción de la salud mental) proporciona un sistema de alerta temprana para las personas, permitiendo dentro del sistema de salud una respuesta más efectiva al impacto de la pandemia por COVID-19 en adultos.

CAPÍTULO 2

2.1 Revisión Bibliográfica

En Panamá el 9 de marzo de 2020, el Ministerio de Salud (MINSA) confirmó el primer caso de COVID-19 en el país (MINSA, 2020). Ante el estado de emergencia, para que el ritmo de contagio se desacelere, la cuarentena, el aislamiento y el distanciamiento social, son consideradas las medidas de contención principales ante cualquier enfermedad contagiosa.

- **Cuarentena:** Restricción voluntaria u obligatoria de una persona, un grupo de personas o a nivel comunitario, que se presume que han sido expuestas a una enfermedad contagiosa. Durante este tiempo, las personas deben permanecer en un lugar determinado hasta que pase el periodo de incubación de la enfermedad (Cetron y Landwirth, 2005; Sánchez-Villena y De la Fuente, 2020).
- **Aislamiento:** Mantener a las personas infectadas con una enfermedad contagiosa lejos de las que no están infectadas (Cetron y Landwirth, 2005; Lockerd, 2020).
- **Distanciamiento Social:** Aumentar el espacio físico entre las personas para evitar la propagación de una enfermedad (Lockerd, 2020).

Entre las medidas de restricción para mitigar y controlar la propagación del virus se incluye movilidad según número de cédula y sexo, suspensión de clases y actividades sociales, cierre de fronteras y puertos, control sanitario y epidemiológico, rotación de personal y modalidad de teletrabajo (SICA, 2020).

Hasta la fecha los casos confirmados a nivel mundial superan los 457 millones y más de seis millones de defunciones. De la misma manera, en Panamá, según las estadísticas presentadas por el Ministerio de Salud (MINSAL), hasta la fecha existen más de 700 mil casos confirmados y más de ocho mil defunciones.

La crisis sanitaria derivada de la pandemia por COVID-19 ha reflejado un gran deterioro en la salud física y mental a nivel mundial. Las medidas de prevención y contención adoptadas, la incertidumbre, el temor al contagio y a la muerte, la exposición a información falsa, la pérdida de seres queridos y la preocupación por la estabilidad económica, se asocian a un aumento de síntomas de depresión, ansiedad y estrés.

La crisis es la repercusión psicológica experimentada de manera dolorosa por la persona, ya sea por las características de la situación o por factores individuales, conscientes e inconscientes. Para enfrentar y protegerse, la persona deberá recurrir a mecanismos que le ayudarán a aliviar su malestar para eventualmente restablecer el equilibrio emocional. Estos mecanismos pueden ser adaptativos o desadaptativos, en ambos casos el dolor intenso puede ser superado, pero en el segundo el dolor puede ser intercambiado por síntomas psiquiátricos, comprometiendo el funcionamiento normal de la persona (Martínez, 1999).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la pandemia provocó un incremento de la demanda de servicios de salud mental. Muchas personas adoptaron

conductas de riesgo y desarrollaron problemas para dormir, aunado a las secuelas del COVID-19 que pueden producir alteraciones neurológicas y mentales. Las personas que padecen trastornos mentales, neurológicos o derivados del consumo de sustancias, pueden ser más vulnerables al contagio del virus y podrían estar expuestos a un mayor riesgo de enfermedad e incluso de muerte. En este sentido, los pacientes confirmados o los casos sospechosos de COVID-19, pueden experimentar miedo derivado de las secuelas del virus y aquellos puestos en cuarentena pueden experimentar aburrimiento, soledad, insomnio e ira (Organización Mundial de la Salud, 2020; Xian et al., 2020).

Salud mental

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos (Organización Mundial de la Salud, 2018).

El bienestar físico, psicológico y social va más allá del esquema biomédico, donde abarca la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano. No es la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo. De este modo, la salud es un

fenómeno social y complejo que debe ser abordado a través de la interdisciplinariedad, pues para poder comprenderla en su multidimensionalidad es necesario que diversas disciplinas interactúen y se integren entre sí (Oblitas, 2004; Alcántara, 2008; Bustos y Russo, 2018).

Houtman y Kompier (2001), plantean un modelo conceptual para describir los componentes y procesos que definen la salud mental:

- **Un estado de bienestar psicológico y social:** El individuo interactúa en sociedad, indicativo de estados de ánimo y afectos positivos (placer, satisfacción y comodidad) o negativos (estado de ánimo deprimido, ansiedad, e insatisfacción).
- **Un proceso indicativo de una conducta de afrontamiento:** La lucha por ser independiente y autónomo.
- **El resultado de un proceso:** Confrontación con un factor estresante o a la presencia continua de un factor estresante.
- **Estilos de afrontamientos:** El afrontamiento eficaz, el dominio del entorno y la autoeficacia caracterizan a una persona mentalmente sana que se interesa y participa en su entorno.

De manera similar, Johnson (2000), citado por Pacheco (2003) indica que la salud mental supone un dominio de las áreas del funcionamiento social, laboral e interpersonal. Entre los componentes de la salud mental se encuentran los siguientes:

- **Autodominio:** La persona es autónoma, independiente e interdependiente, mantiene la creencia de sus propios valores y normas; actúa de forma independiente, dependiente o interdependiente, según considere necesario, sin perder de forma permanente su independencia.
- **Orientación del crecimiento:** La persona quiere salir de su “status quo” para progresar hacia su autorrealización y potenciar sus capacidades.
- **Tolerancia de la incertidumbre:** La persona se enfrenta a la incertidumbre de la vida y la muerte con esperanza y fe.
- **Autoestima:** La persona se construye sobre el autoconocimiento y la conciencia de sus habilidades, capacidades y áreas de mejora.
- **Dominio del entorno:** Para influir en su entorno la persona se enfrenta a él con fortaleza y creatividad.
- **Orientación a la realidad:** La persona distingue entre el mundo real y el mundo imaginario y actúa de acuerdo con ello.
- **Tratamiento individualizado del estrés:** La persona es capaz de tolerar altos niveles de estrés sabiendo que esa sensación no va a durar siempre. Es flexible y puede experimentar el fracaso sin autocastigarse.

Para resumir, el concepto de “salud mental”, está relacionado con el concepto de “salud”, un estado de completo bienestar biopsicosocial. De este modo, una persona estará “sana” cuando mantenga un equilibrio en la interacción de los factores físicos,

emocionales y sociales, que le permitan adaptarse y cumplir con los estándares estipulados por la sociedad.

Trastorno mental

La quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico De Los Trastornos Mentales (DSM-5), propone que los trastornos mentales se definen en relación a las normas y valores culturales, sociales y familiares. La cultura provee marcos de referencia que moldean la experiencia y expresión de los síntomas, signos y comportamientos que constituyen los criterios para realizar un diagnóstico (American Psychiatric Association, 2014).

Para describir este concepto se toma en cuenta la siguiente definición:

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyace en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014).

En tal sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea la existencia de una gran variedad de trastornos mentales, cada uno de ellos con manifestaciones diferentes que aumentan el riesgo de otras enfermedades y contribuyen a lesiones no intencionales e intencionales. Entre ellos se incluyen el trastorno de depresión, el trastorno bipolar, la esquizofrenia y otras psicosis, la demencia, las discapacidades intelectuales y los trastornos del neurodesarrollo.

Las estadísticas presentadas por la Organización Panamericana de la Salud para el 2015 exponen que 322 millones de personas tienen un trastorno de depresión, representando un 4.4% de la población mundial, cifra que aumentó un 18.4% entre el 2005 y 2015. Doscientos sesenta y cuatro millones de personas tienen un trastorno de ansiedad, representando el 3.6% de la población mundial, cifra que aumentó un 14.9% desde el 2005 (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

De manera similar, la esquizofrenia afecta a más de 21 millones de personas, asociándose a una discapacidad considerable. Las personas con esquizofrenia tienen entre 2 y 2.5 veces más probabilidades de morir a una edad temprana en comparación al resto de la población. El trastorno bipolar, caracterizado por la alternancia de episodios maníacos y depresivos separados por periodos de estado de ánimo normal afecta a alrededor de 45 millones, mientras que la demencia, caracterizada por el deterioro de la función cognitiva, más allá de lo que podría considerarse consecuencia del envejecimiento normal, está presente en aproximadamente 50 millones de personas (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Informes presentados por la Caja de Seguro Social (CSS), exponen que un 30% de la población panameña enfrenta algún padecimiento relacionado con la salud mental. Los casos más comunes se presentan como cuadros de ansiedad, conducta bipolar, trastornos de pánico, alteraciones conductuales por consumo de drogas, depresión, alteraciones emocionales asociadas a vivencias como la violencia intrafamiliar y abandono. Aunado a los casos de suicidio o intento de suicidio,

principalmente en los jóvenes entre 15 y 29 años y los adultos en edad comprendidas entre 45 y 60 años (De León, 2020).

Depresión

Hollon y Beck (1979) citados por García (2009) definen la depresión como el síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. La depresión afecta negativamente el sentir, el pensar y el actuar de una persona. Causa sentimientos de una tristeza profunda, desesperación y disminución del interés. Puede provocar una variedad de problemas emocionales, físicos y disminuir la capacidad de funcionamiento normal a nivel laboral, social, económico y familiar (Saavedra-González et al., 2016; López-Ibor, 2016; Torres, 2020).

La tristeza como emoción universal es la respuesta normal y esperada luego de un evento desfavorable, varía en intensidad y duración, pero suele ser corta. La tristeza es uno de los síntomas principales de la depresión, sin embargo, el diagnóstico de depresión se basa en la presencia de varios síntomas que deben durar al menos más de dos semanas (Cuervo y Izzedin, 2007; Balcázar et al., 2007; López-Ibor, 2016; Camuñas et al., 2019).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) expone que en los trastornos depresivos hay una desregulación disruptiva del estado de ánimo; y mencionan que el trastorno de depresión está caracterizado por un estado de ánimo deprimido, disminución del interés, pérdida o aumento de peso, insomnio o

hipersomnia, retraso psicomotor, pérdida de energía, dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad, ideación suicida e intento de suicidio (American Psychiatric Association, 2014).

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.^a edición (CIE-11) los criterios diagnósticos de un episodio depresivo incluyen: el episodio depresivo debe durar al menos dos semanas, la persona tiene dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, desesperanza, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito o el sueño, agitación o retraso psicomotor y disminución de la energía (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Klonsky et al., (2016) citado por Alejos et al., (2020) proponen que los tres pilares básicos en el suicidio son la depresión, impulsividad y desesperanza. En tal sentido, argumentan que el comportamiento suicida en una persona está acompañado por dolor y desesperanza, esto promueve la ideación suicida. El individuo se desconecta del medio al carecer de un proyecto de vida y finalmente se daría la capacidad de suicidio, siendo la impulsividad clave para traspasar la barrera entre ideación e intento de suicidio lo cual es una complicación más seria de la depresión. Datos presentados por la OMS en el 2019, exponen que anualmente cerca de 800 000 personas se quitan la vida y aproximadamente por cada suicidio consumado se dan 20 tentativas (Restrepo et al., 2013; Organización Mundial de la Salud, 2019).

La depresión es reconocida como un problema de salud pública, ya que es uno de los trastornos más frecuentes en niños, adolescentes y adultos. A nivel mundial, más de 300 millones de personas sufren depresión, trastorno que se asocia a la principal causa de discapacidad y a una tasa alta de morbilidad y mortalidad; afectando más al sexo femenino (Balcázar et al., 2007; Schulz y Arora, 2015; Pérez-Padilla et al., 2017).

Ansiedad

El término ansiedad hace referencia a un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo; esta emoción complicada y displacentera se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático (Ayuso, 1988 citado por Sierra et al., 2003). Esta respuesta emocional se activa ante procesos de evaluación y reevaluación cognitiva, permitiéndole a la persona analizar información relevante sobre la situación, las estrategias con las que cuenta y el resultado esperado para actuar en consecuencia (Ayuso, 1988; Pego-Pérez et al., 2018; Díaz y de la Iglesia, 2019).

La ansiedad normal cumple una función protectora de defensa y adaptativa frente a situaciones aversivas, estresantes y de incertidumbre. En intensidad moderada impulsa y mejora el desempeño físico e intelectual, ayuda a estar alerta, fomenta la resolución de conflictos y favorece la adaptación (Barlow y Durand, 2001; Díaz y de la Iglesia, 2019; Vilcacuri y Rodríguez, 2020).

Tanto el miedo como la ansiedad son útiles para la supervivencia, ya que favorecen la reacción fisiológica de los organismos ante la presencia de peligro o

amenaza, ya sea la inmovilidad, el sobresalto, el desmayo y la respuesta de lucha y huida (Sierra et al., 2003; Vila et al., 2009; Reyes Marrero y de Portugal Fernández, 2019).

La diferenciación entre una respuesta normal y una respuesta patológica se da en función de los criterios de frecuencia, intensidad o duración excesiva. La ansiedad se convierte en un obstáculo cuando impide el bienestar e interfiere con el nivel de funcionamiento normal de una persona (Reyes Marrero y de Portugal Fernández, 2019; Díaz y de la Iglesia, 2019).

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por una exacerbación de dos respuestas normales y adaptativas: el miedo y la ansiedad. El miedo es la respuesta emocional a una amenaza real o imaginaria; mientras que la ansiedad es la respuesta emocional anticipatoria a una amenaza futura (Reyes Marrero y de Portugal Fernández, 2019). Los diagnósticos principales de trastornos de ansiedad crónicos, comparten características de miedo, ansiedad excesiva y alteraciones conductuales asociales (Pelissolo, 2019).

La quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico De Los Trastornos Mentales (DSM-5), señala que el trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por una ansiedad y preocupación excesiva, que perdura durante un mínimo de seis meses; al individuo le es difícil controlar la preocupación y puede experimentar inquietud,

sensación de estar atrapado, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones en el sueño (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014).

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.^a edición (CIE-11), los síntomas de ansiedad persisten la mayor parte del día durante al menos varios meses; la persona puede presentar tensión muscular o inquietud motora, experiencia subjetiva de nerviosismo, dificultad para concentrarse, irritabilidad o trastornos del sueño (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Estrés

Los seres humanos sobreviven manteniendo la homeostasis, que es constantemente desafiada y amenazada por perturbaciones internas o externas. La exposición repetida a estresores puede afectar las funciones cognitivas, afectivas y conductuales del individuo; de no resolverse esto genera alteraciones metabólicas e inmunológicas que debilitan al organismo (Chrousos y Gold, 1992; Yaribeygi et al., 2017; Landa-Blanco et al., 2021).

En tal sentido, Hans Selye (1936) citado por Torres y Aguilar (2006) y Muñoz-Fernández et al. (2020), define el “síndrome general de adaptación” (o estrés) como la respuesta del organismo a algo perdido, un desequilibrio al que se debe hacer frente, dividiéndolo en tres fases muy importantes:

- **Fase de alarma:** El organismo se percata del agente nocivo (estresor).

- **Fase de resistencia:** El organismo hace frente al estresor, utilizando recursos energéticos disponibles. Los sistemas y órganos innecesarios para sobrevivir a la emergencia disminuyen sus funciones y aquellos que sean necesarios, incrementan su actividad.
- **Fase de desgaste:** Se caracteriza por imposibilidad del organismo para hacer frente al agente estresor debido al desgaste energético. Por ende, si el estresor continúa activo, el organismo se debilita y es más propenso a enfermarse.

Otro autor define el estrés como una amenaza real o implícita al mantenimiento del equilibrio necesario para la supervivencia. Puede causar una respuesta en forma de “angustia” (distrés) o conducir a un sentimiento de euforia, conocido como “buen estrés” (eustrés) (McEwen, 2000).

La respuesta en forma de distrés se presenta cuando hay un desequilibrio fisiológico y psicológico, rompiéndose la armonía entre el cuerpo y la mente; se reduce la productividad y pueden aparecer enfermedades psicosomáticas, impidiéndole al individuo responder de forma adecuada a la situación (Naranjo, 2009; Pérez et al., 2014).

Según la quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico De Los Trastornos Mentales (DSM-5), el trastorno de estrés agudo puede surgir ante la experiencia directa del suceso traumático, el conocimiento de que le ocurrió a otros o la exposición repetida a detalles del suceso traumático. Este trastorno tiene una

duración de tres días a un mes después de la exposición al trauma y se caracteriza por los recuerdos y sueños angustiosos, sentido de la realidad alterado, irritabilidad, estado de ánimo negativo, alteración del sueño, hipervigilancia, dificultad para concentrarse, esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos y malestar psicológico al exponerse a factores internos o externos que se parecen al suceso traumático. Si los síntomas son superiores a un mes, pueden explicarse mejor tomando en cuenta los criterios del trastorno de estrés post traumático.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.^a edición (CIE-11), el trastorno de estrés postraumático (TEPT) puede desarrollarse después de la exposición a un evento o serie de eventos extremadamente amenazantes. Se caracteriza por volver a experimentar el evento traumático en forma de vívidos recuerdos intrusivos, flashbacks o pesadillas, y puede acompañarse de emociones abrumadoras de miedo u horror y fuertes sensaciones físicas. Además, quien lo padezca, intentará evitar pensamientos, recuerdos, situaciones o personas que recuerden el evento (Organización Mundial de la Salud, 2019).

El estrés o estrés positivo permite la adaptación a la amenaza. Se asocia con la claridad mental y condiciones físicas óptimas, direccionadas a pensamientos, conductas y actitudes que son beneficiosas para la persona. Cuando un individuo responde adaptativamente, se mantiene motivado, entusiasmado y creativo (De Miguel, 2009; Pérez et al., 2014; Cruz, 2018).

Hernández (2014) citado por Espinoza (2018), el manejo del estrés se puede comprender en tres niveles:

- **Afrontamiento individual:** Estrategias cognitivas y conductuales para mitigar o neutralizar los efectos negativos.
- **Afrontamiento interpersonal:** Habilidades sociales y el apoyo social.
- **Organizacional:** Acciones que disminuyen los estresores del entorno.

Para resumir, el estrés es un mecanismo necesario para la supervivencia. Cierta nivel de estrés nos lleva a ser más productivos, aumenta la atención, estimula la creatividad, desarrolla la capacidad para la resolución de conflictos y desarrolla una respuesta más adaptativa. Sin embargo, al igual que la ansiedad, el estrés puede volverse patológico cuando se presenta por un periodo prolongado y de manera excesiva, produciendo una sobrecarga de tensión que debilita el organismo y provoca la aparición de síntomas físicos y psicológicos que impiden el desarrollo y funcionamiento normal del individuo (Pérez et al., 2014; Díaz y de la Iglesia, 2019).

Insomnio

El sueño es una necesidad biológica que permite restablecer las funciones físicas y psicológicas esenciales para un óptimo rendimiento; dormir restablece y repone el cerebro y el cuerpo. Feldman (2014) plantea que las personas atraviesan por cuatro etapas de sueño durante el descanso nocturno, conocidas como:

- **Fase 1:** estado de transición entre la vigilia y el sueño, caracterizado por ondas cerebrales de baja amplitud relativamente rápidas. En ocasiones aparecen imágenes, como si estuviéramos viendo unas fotografías.
- **Fase 2:** El sueño se va volviendo más profundo, caracterizado por ondas cerebrales mucho más lentas y regulares.
- **Fase 3:** Las ondas cerebrales se vuelven mucho más lentas, con picos más elevados y valles más bajos en el patrón de ondas.
- **Fase 4:** La etapa más profunda del sueño, la persona es menos sensible a la estimulación externa.

Durante el sueño se produce una disminución de la conciencia y reactividad a los estímulos externos; este proceso se asocia a una inmovilidad y relajación muscular, pero puede revertirse fácilmente. La ausencia o privación de sueño genera alteraciones psicológicas, conductuales y fisiológicas (Lira y Custodio 2018).

La quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico De Los Trastornos Mentales (DSM-5), describe que los trastornos de sueño-vigilia presentan insatisfacción con la cantidad, el horario y la calidad del sueño. En ese mismo contexto, el trastorno de insomnio se caracteriza por la dificultad para iniciar y mantener el sueño, y despertar pronto por la mañana con incapacidad para volver a dormir. Esta dificultad se produce al menos tres noches a la semana presente durante un mínimo de tres meses.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.^a edición (CIE-11) los síntomas del insomnio se caracterizan por quejas relacionadas a dificultades para conciliar y mantener el sueño, presente por lo menos tres veces a la semana durante al menos un mes y acompañado de síntomas durante el día, en particular cansancio, estado de ánimo deprimido o irritabilidad, malestar general y deterioro cognitivo (Organización Mundial de la Salud, 2019).

En los pacientes con insomnio es más común la presencia de ansiedad y depresión, ya sea como causa o como consecuencia. También conlleva la aparición de problemas crónicos de salud, consumo de alcohol y drogas, ausentismo laboral, disminución de la productividad, excesiva somnolencia diurna y cambios metabólicos, endocrinos e inmunológicos (Merino et al., 2016; Torrens et al., 2018).

Conductas de riesgo

Celis y Vargas (2005), definen las conductas de riesgo como aquella conducta manifiesta o intraverbal que atenta contra el equilibrio y el desarrollo físico, psicológico y social de una persona. Otros autores describen las conductas de riesgo como las acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por un individuo o una comunidad que pueden llevar a consecuencias nocivas (Corona y Peralta, 2011).

Un informe presentado por el Banco Mundial advierte que las conductas de riesgo van en aumento a nivel mundial y plantean una amenaza cada vez mayor para la salud de las personas, sobre todo en los países en vías de desarrollo (Banco Mundial,

2013). Algunos factores que pueden estar asociados significativamente a las conductas de riesgo para la salud incluyen: la edad, el sexo, el país de nacimiento, el nivel educativo y el nivel socioeconómico (De Juan et al., 2021).

Es común ver en la etapa adolescente cómo las conductas de riesgo pueden comprometer el desarrollo biopsicosocial normal del joven; muchas veces acompañándolo hasta la adultez y contribuyendo a la morbilidad y mortalidad en dicha etapa (Corona y Peralta, 2011). De manera similar, en condiciones difíciles de vida se priva la satisfacción de las necesidades básicas y universales lo cual aumenta la probabilidad de responder de una manera desadaptativa utilizando conductas de riesgo (Sabucedo y Morales, 2015).

Factores protectores

Apoyo social

El apoyo social consiste en la percepción subjetiva de una persona con respecto al soporte proporcionado por su red de apoyo, enténdase como la familia, amigos u otras personas que se consideren cercanas. Este factor facilita la adaptación a situaciones excepcionales ya que le permite a la persona un mejor afrontamiento y superación de las adversidades, por lo que a mayor apoyo social percibido, mejor es la calidad de vida (Chu et al., 2010; Alejo et al., 2020).

Entre los elementos que conforman el apoyo social, Tapia (2020) menciona los recursos materiales, condiciones socioeconómicas, funcionalidad familiar, la organización comunitaria y el apoyo emocional. De manera similar Meléndez et al. (2021) distinguen dos perspectivas relacionadas al apoyo social:

- **Perspectiva estructural:** Incluye las características objetivas de las personas pertenecientes a la red de apoyo (alcance, prevalencia de contactos, estructura, cohesión, parentesco y homogeneidad).
- **Perspectiva funcional:** Es la perspectiva subjetiva que el individuo posee hacia el acceso y mantenimiento de su red de apoyo.

Resiliencia

En el mundo físico, el término “resiliencia” es sinónimo de elasticidad, y puede ser definida como la capacidad de un cuerpo de recuperar su forma original después de someterse a una presión deformadora (Becoña, 2006; Oriol-Bosch, 2012).

Para describir este concepto se toma en cuenta la siguiente definición:

La resiliencia es el proceso de afrontamiento a eventos desgarradores, estresantes o desafiantes de un modo que le proporciona al individuo habilidades protectoras y de afrontamiento adicionales que las que tenía previa a la ruptura que resultó del evento (Richardson et al., 1990).

La resiliencia no representa la inmunidad al trauma, sino la capacidad de recuperarse de las experiencias adversas y desarrollarse en los contextos difíciles; el dolor emocional es común las personas que han sufrido grandes adversidades en sus

vidas. Los mecanismos para afrontar un trauma, una tragedia o fuentes de tensión significativas se basan en buscar el apoyo social, hacer uso del humor, la gestión emocional, la capacidad de reflexión, el sentido de propósito y la espiritualidad (Arango, 2005; Cabanyes, 2010; Oriol-Bosch, 2012).

Además, existe un nivel de resiliencia compartida, la cual permite afrontar el malestar generado por el acontecimiento desfavorable y recuperar los niveles normales de funcionamiento. En comunidad se puede sacar fuerzas del hecho de que todos están en la misma situación, permitiendo un cierto nivel de control. En tal sentido, la resiliencia se asocia con el afrontamiento de los desastres naturales, la crisis económica, los cambios políticos, los cambios ambientales o los eventos traumáticos que atentan contra la estabilidad de las comunidades (Oriol-Bosch, 2012; Ruiz, 2015; Vinker et al., 2020; Fattah, 2020).

Conducta prosocial

El ser humano es un ser social por naturaleza, gran parte de su comportamiento se va formando a partir de la interacción y el contacto con los demás. Por lo tanto, desde la perspectiva del aprendizaje, el comportamiento social proviene de la interacción con el entorno, ya que promueve comportamientos socialmente aceptados por medio de refuerzos positivos o negativos (Urquiza y Casullo, 2005 citado por Redondo et al., 2013).

La conducta prosocial hace referencia al comportamiento que se aplica a las conductas que benefician a otras personas y se realizan de manera voluntaria, asociándose a la conducta altruista y al comportamiento de ayuda al realizar acciones como donar, ponerse en el lugar del otro, cuidar, confortar y compartir (Sabucedo y Morales, 2015; Armas, 2021).

Para describir el comportamiento de ayuda y el altruismo, se toma en cuenta la definición propuesta por Sabucedo y Morales (2015):

La conducta de ayuda es entendida como un subtipo de comportamiento prosocial, que tiene como propósito ayudar a una persona específica que lo necesita y colaborar con su bienestar. El altruismo es un subtipo de comportamiento de ayuda y que contempla dos componentes: quien emite el comportamiento de ayuda no tiene un interés específico y su motivación es la de contribuir a mejorar el bienestar del otro, generando y manteniendo efectos positivos.

Estas conductas prosociales son las acciones que se realizan voluntariamente para aumentar el bienestar de otra persona y que contribuyen a la mejora de las relaciones interpersonales de quien recibe la acción y de quien las genera; dependerán del grado de empatía, juicio moral y responsabilidad social que tiene la persona (Mestre et al., 2006; Eisenberg et al., 2007; Marín, 2014; Arias, 2017).

2.2 Contexto social

La pandemia implica un fenómeno psicosocial, ha generado cambios a nivel psicológico (emociones, pensamientos, valores), grupal (relaciones interpersonales), social (organización social) y global (relaciones entre continentes). De manera similar,

el estado de alerta que ha originado la pandemia es causa también de una epidemia de carácter social y emocional que se ha visto reflejada en trastornos de pánico, depresión, ansiedad, estrés, desconfianza y miedo a la muerte (Buitrago et al., 2020; Hernández, 2020).

Debido a la crisis social, económica y de salud derivada del coronavirus, las personas tendrán consecuencias potencialmente devastadoras en su bienestar, entendido como la interacción del individuo con el medio que lo rodea (Caballero-Domínguez y Campo-Arias, 2020; Ballena et al., 2021). De lo expuesto anteriormente, Hernández Rodríguez (2020), menciona situaciones que pueden incrementar el riesgo psicosocial ante la pandemia de coronavirus:

- Dependencia a las bebidas alcohólicas y otras drogas.
- Ausencia de una red de apoyo.
- Violencia doméstica.
- Movilidad reducida.
- Dificultad para comprender el estado de alarma.
- Aumento de vulnerabilidad social.
- Aumento de vulnerabilidad económica.
- Desempleo.
- Exposición al virus en el puesto de trabajo.

Un análisis sociodemográfico presentado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo señala que:

La crisis sanitaria derivada del coronavirus también ha desencadenado una crisis económica a nivel mundial, poniendo a prueba al mismo tiempo las capacidades de los sistemas de salud y la resiliencia de la economía y que exhibe, a la vista de todos, los estrechos vínculos que existe entre la estructura económica y sus desigualdades y la salud pública (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2020).

El riesgo psicosocial aumenta el malestar psicológico y contribuye con el desarrollo de conductas de riesgo y trastornos mentales, especialmente en las personas con una psicopatología preexistente (Ponce de León y Carrara, 2021; Castellini et al., 2021). El miedo, la preocupación y la inseguridad son reacciones normales y esperadas cuando existe una situación de amenaza real e impalpable. Estas reacciones pueden incluir cambios en la concentración, irritabilidad, ansiedad, insomnio, reducción de la productividad y conflictos interpersonales. La gravedad de los síntomas dependerá de la duración y el alcance de la cuarentena, los sentimientos de soledad, el miedo a infectarse y la promoción de información adecuada (Robles, 2020; Vinker et al., 2020; Pieh et al., 2020; Hsing et al., 2020).

La cuarentena es una de las medidas epidemiológicas de mayor magnitud para frenar la propagación de un virus. Supone la restricción escalonada hasta la totalidad del flujo de movimiento de población, el confinamiento en el hogar y el estricto cumplimiento de normas de bioseguridad. No obstante, tiene un impacto significativo

en la salud mental de las personas a corto, mediano y largo plazo (Gutiérrez et al., 2021; Broche-Pérez et al., 2021).

En un estudio realizado con 1,951 participantes se observó que la cuarentena voluntaria en el hogar se asocia con una disminución de los síntomas de depresión y un aumento de la felicidad, mientras que la cuarentena obligatoria a nivel comunitario se asocia con una disminución de la felicidad y aumento de síntomas de depresión (Lu et al., 2021).

Por su parte, en una investigación de la psicopatología general unas semanas antes del brote de COVID-19, durante el confinamiento y las asociaciones entre las condiciones ambientales relacionadas con el confinamiento, el empeoramiento autopercebido en la vida diaria y la psicopatología, se observó un aumento significativo de los síntomas depresivos y de ansiedad fóbica. Por el contrario, las puntuaciones de sensibilidad interpersonal e ideación paranoide disminuyeron significativamente durante el confinamiento (Castellini et al., 2021).

En una revisión sistemática de literatura en las bases de datos de PubMed, PsycINFO y Embase, y metanálisis, reveló el decaimiento de la salud mental para los individuos que se mantenían en cuarentena y en aislamiento. Niveles elevados de trastornos relacionados con el estrés se asociaron a los individuos en cuarentena, mientras que la depresión y la ansiedad se asoció a los individuos en aislamiento (Henssler et al., 2021).

Diversos estudios señalan que el impacto psicológico de la pandemia por COVID-19 depende de factores sociodemográficos los cuales afectan mayormente a las mujeres, estudiantes, personas con enfermedades crónicas y psiquiátricas, personal de salud, adultos mayores y personas de escasos recursos (González-Soto et al., 2021; Buitrago et al. 2020; Villar y Día, 2021).

Otros autores clasifican a los adultos mayores como una población vulnerable tomando en cuenta el sentimiento de soledad y aislamiento emocional preexistentes, la reducción de las redes de apoyo social y disminución de la participación en actividades sociales. El impacto psicológico para esta población puede incluir ansiedad, estrés, depresión, irritabilidad y deterioro cognitivo (Broche-Pérez et al., 2021).

Por el contrario, Bruine de Bruin, W (2020) realizó un estudio el cual tuvo como objetivo examinar las diferencias de edad en las percepciones de riesgo y la salud mental durante las primeras etapas del brote de COVID-19 en los Estados Unidos. La muestra estuvo constituida por 6,666 participantes de entre 18 y 100 años. Se concluyó que ser adulto mayor se integra con la percepción de mayor riesgo de infección y letalidad del virus. Sin embargo, también con un estado de salud mental óptimo, ya que reportaron menos emociones negativas y mayor capacidad de respuesta a los factores estresantes diarios.

En una muestra de 610 participantes de un rango de edad entre 21 a 60 años sin ninguna enfermedad médica o psicológica, la edad de los participantes tenía una mayor

asociación con la percepción de bienestar psicológico. Tomando en cuenta los grupos de edad, el estudio reveló que los participantes entre 21 y 30 años y mayores de 50 años mostraron menos bienestar psicológico que los participantes entre 31 y 50 años (Raju et al., 2021).

Es necesario resaltar que el personal de salud también es considerado como una población vulnerable, ya que se enfrenta a estresores laborales muy intensos como jornada laboral extensa, medidas de bioseguridad estrictas, escasez del equipo de protección y reducción del contacto social. Un estudio realizado compuesto por 421 profesionales de la salud expone que 46.7% de los participantes indicaron sufrir estrés, el 37% ansiedad, el 27.4% depresión y el 28.9% problemas de sueño (Dosil et al., 2020).

Una de las características humanas más importantes es la necesidad de vincularse con otros seres humanos. Esta necesidad básica se ha visto interferida por las medidas para combatir la propagación del coronavirus. El distanciamiento físico y el aislamiento social involucra cambios en el estado de ánimo de las personas y sus entornos familiares al verse reclusas en sus domicilios, planteándose nuevas condiciones de vida (Callís Fernández et al., 2021).

En relación a lo anterior, en situaciones de crisis, la familia cumple un papel fundamental en la conservación de la salud y el afrontamiento adecuado, influye en el desarrollo de una enfermedad o malestar entre sus integrantes. Además, expone que

estar soltero, viudo o sin pareja se asocia con mayores niveles de malestar (López et al., 2021).

Para poder hacerle frente a la pandemia, los seres humanos se apoyan en los mecanismos de afrontamiento, estrategias cognitivas y conductas que se ponen en marcha para enfrentar la ansiedad en la interacción con el ambiente. Para una adaptación, el individuo debe definir qué estrategias y acciones le ayudarán a afrontar la situación y superar los síntomas o manifestaciones asociadas con esta situación. A partir de esto, es importante tomar en cuenta que ante un mismo suceso potencialmente estresante se pueden presentar diversas respuestas que permitirán el empleo de estrategias de afrontamiento para la adaptación, unas más adecuadas que otras (Muñoz-Fernández et al., 2020; Gallegos et al., 2020).

El término “resiliencia” está asociado a una crisis o situaciones donde la persona esta expuesta a un estrés prolongado, como forma de protección y recuperación; es por esta razón que la resiliencia es un factor importante para enfrentarse exitosamente al estrés derivado de la pandemia, permitiéndole al individuo sobrellevar la situación adaptativamente (Costa et al., 2010; Macías-Valadez et al., 2020). De manera similar la percepción de apoyo social es un factor fundamental para el desarrollo de bienestar ya que fortalece al individuo en momentos de críticos al reducir la sensación de incertidumbre y potenciar la validación emocional (Abellán, 2020).

La pandemia de COVID-19 ha generado nuevas relaciones que pueden ser consideradas como una respuesta resiliente, creativa y de cuidado comunitario. Entre el confinamiento que pone en riesgo la propia presencia cultural en el mundo y ante la alternativa de afirmarse únicamente como vida a preservar dentro de las paredes domésticas, se da paso a la reconstrucción cultural con la oportunidad de cambio hacia el mejoramiento y fortalecimiento de la sociedad, a través del arte, del cuidado mutuo y de las relaciones vecinales (Boschiero, 2020; Echeverri, 2020).

Es probable que las personas que otorgan mayor importancia a la responsabilidad y seguridad sean más compatibles con el cumplimiento de conductas de protección contra el COVID-19. Además, al percibir que otros comparten esos valores se genera una sensación de conexión relevante en la promoción de esfuerzos colectivos para contener la pandemia (Cabanillas-Rojas, 2020; Akant, 2020; Pfattheicher et al., 2020).

Una situación amenazante para la salud en general, como lo es la pandemia de COVID-19, altera el funcionamiento normal de una persona de una manera incierta y crítica. La finalidad de este trabajo de investigación es estudiar la respuesta psicosocial asociada a la pandemia de COVID-19 para contribuir con el diseño de intervenciones futuras y estrategias de prevención y reducción del riesgo asociado a la salud mental.

CAPÍTULO 3

3.1 Metodología

Esta investigación fue descriptiva correlacional, cuantitativa y transversal.

3.2 Unidad de análisis y población

La población estuvo enmarcada por hombres y mujeres, mayores de edad que residan en la República de Panamá. La muestra estuvo constituida por 480 adultos nacionales y extranjeros residentes en Panamá.

3.2.1 Criterios de inclusión

- Personas mayores de 18 años.
- Nacionales, residentes y extranjeros que hayan estado en Panamá durante toda la cuarentena.
- Población con acceso a un dispositivo electrónico (computadora, celular o tablet).

3.2.2 Criterios de exclusión

- Personas menores de 18 años.
- Personas que no residan en Panamá.
- Personas que no sepan leer ni escribir.
- Personas que no den su consentimiento para participar en el estudio.
- Personas con alguna discapacidad severa que no les permita acceder y/o contestar los cuestionarios.

3.3 Variables

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional |
|----------------------|--|--|
| Edad | Tiempo que ha vivido una persona. | Encuesta sociodemográfica. |
| Nivel socioeconómico | Característica que clasifica a la población activa en diferentes grupos sociales. | Encuesta sociodemográfica. |
| Estrés | Conjunto de reacciones fisiológicas que se presentan cuando una persona sufre un estado de tensión nerviosa. | Escala de Depresión Ansiedad y Estrés -21 (DASS-21). |
| Ansiedad | Respuesta anticipatoria ante una amenaza futura. | Escala de Depresión Ansiedad y Estrés -21 (DASS-21). |
| Depresión | Trastorno del estado de ánimo, caracterizado por presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, trastornos del sueño o apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. | Escala de Depresión Ansiedad y Estrés -21 (DASS-21). |
| Resiliencia | Capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o | Escala de Resiliencia de Connor-Davidson. |

| | | |
|-----------------------|--|--|
| | transformado por experiencias adversas. | |
| Conductas prosociales | Comportamientos tendientes para ayudar o beneficiar a otras personas. | Escala original de Prosocialidad de Caprara, Steca, et al. |
| Aislamiento | Separar del resto a una persona con resultado positivo para la enfermedad y mantenerla aislada. | Encuesta sociodemográfica. |
| Insomnio | Trastorno del sueño que puede causar dificultad para conciliar o mantener el sueño. | Escala Atenas de Insomnio. |
| Apoyo psicosocial | Cantidad, calidad y características de las relaciones sociales y cómo son percibidas por el individuo. | Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. |

3.4 Materiales

Encuesta sociodemográfica: A través de una encuesta de 56 preguntas, se recopiló datos personales del participante y aspectos relevantes para cubrir las interrogantes de la investigación, tales como género, edad, nivel socioeconómico,

estado civil, nivel de educación, situación laboral actual, antecedentes médicos, actividades de recreación, consumo de drogas y alcohol.

Escala de Depresión Ansiedad y Estrés -21 (DASS-21): La escala de Depresión evalúa disforia, falta de sentido, falta de interés y anhedonia. La escala de Ansiedad evalúa el malestar subjetivo y somático, ansiedad situacional y experiencia subjetiva del estado ansioso. La escala de Estrés evalúa activación persistente no específica, dificultad para relajarse, irritabilidad e impaciencia (Alves et al., 2006). En total la escala cuenta con 21 ítems, tipo Likert de 0 a 3 puntos. Cada ítem se responde de acuerdo a la presencia e intensidad de los síntomas en la última semana. Cada subescala (depresión, ansiedad y estrés) tiene siete ítems, su puntaje total se calcula con la suma de los ítems y varía entre 0 y 21 puntos (Román et al., 2016).

Escala de Resiliencia de Connor-Davidson: Utilizada para identificar la competencia personal, constancia, confianza en la intuición, tolerancia a los efectos negativos, fortaleza frente al estrés, aceptación positiva de los cambios, relaciones seguras, control e influencia espiritual. Esta escala cuenta con 25 ítems, tipo Likert de 0 a 4 (nunca a casi siempre) donde la persona debe evaluar cómo se ha sentido en el último mes; de acuerdo a la suma total de cada ítem, se puede interpretar que a mayor puntuación, mayor indicador de resiliencia en el individuo (Broche-Pérez et al., 2012).

Escala original de Prosocialidad: Permite evaluar conductas prosociales destinadas a beneficiar a otros como ayudar, compartir, cuidar y empatizar mediante

un puntaje total, discriminar sujetos mayormente prosociales de los que no lo son. Esta escala contiene 16 ítems tipo Likert de 5 opciones, van desde nunca/casi nunca a siempre/casi siempre. Pueden distinguirse los ítems que dan más información (ítems 3, 5, 7, 8, 10, 12 y 13), los ítems que dan mediana información (ítems 4, 6 y 9) y los ítems que proporcionan menor información (ítems 1, 2, 11, 14, 15 y 16) para diferenciar los individuos mayormente prosociales y aquellos que no lo son (Rodríguez et al., 2017; Mieres-Chacaltana et al., 2019).

Escala Atenas de Insomnio: Consta de ocho ítems que permiten abordar el dormir cuantitativamente, la calidad del dormir y el impacto diurno (Portocarrero y Jiménez-Genchi, 2005). Se solicita a los participantes que califiquen como positivo si han experimentado la dificultad para dormir descrita en cada ítem al menos tres veces por semana durante el último mes. Cada elemento se puede calificar de 0 a 3, donde 0 corresponde a “ningún problema” y 3 “problema muy grave” (Soldatos et al., 2000).

Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido: Permite evaluar el nivel de apoyo social que perciben las personas a las que se les administra. Consta de 12 ítems y presenta una escala de respuesta de 7 alternativas, en donde el valor 1 significa “Estar totalmente en desacuerdo” y el valor 7 “Estar totalmente de acuerdo” (Ruiz et al., 2007).

3.5 Procedimiento

El protocolo fue revisado y aprobado por el Comité Nacional de Bioética de Investigación (CNBI) el 26 de marzo de 2021. Luego de su aprobación, el afiche y la encuesta se compartieron por medio de un formulario de Google Forms a través de las redes sociales como Facebook, Whatsapp, Instagram y Twitter. El formulario de Google Forms contenía el consentimiento informado, el cuestionario sociodemográfico y las cinco escalas propuestas para esta investigación.

Inicialmente, el participante leyó el consentimiento informado. Este incluye, objetivo del estudio, el procedimiento, los beneficios, el riesgo, la voluntariedad y la confidencialidad para posteriormente aceptar o rechazar su participación. Al realizarse en línea, el participante podía retirarse del estudio en cualquier momento, sin ningún tipo de consecuencia y no debía notificar al investigador. Luego de aceptar participar de manera voluntaria en el estudio, el participante completó 56 preguntas de la encuesta sociodemográfica, 21 ítems de la Escala de Depresión Ansiedad y Estrés -21 (DASS-21), 25 ítems de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson, 16 ítems de la Escala original de Prosocialidad, ocho ítems de la Escala Atenas de Insomnio y 12 ítems de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido.

Al final de la encuesta y las cinco escalas, si el participante lo requería y le solicitaba al investigador, se le refería a una clínica psicológica o a un profesional de salud mental.

El reclutamiento y recolección de datos se realizó por medio de un formulario del 26 de marzo de 2021 hasta el 11 de mayo de 2021, mientras se redactaba el capítulo uno (Introducción), capítulo dos (Revisión Bibliográfica y Contexto Social) y el capítulo tres (Metodología). Al finalizar el tercer mes se cerró el formulario de Google Forms, se determinó en función del tiempo transcurrido sin recibir respuestas.

3.6 Consideraciones éticas

Este estudio fue aprobado por el Comité Nacional de Bioética de la Investigación (Código PT-023). La investigadora principal ha aprobado un curso de buenas prácticas clínicas. El estudio va de acorde al Código de Buenas Prácticas Éticas de Investigación de la Universidad Católica Santa María la Antigua y con los reglamentos internacionales sobre el uso ético de seres humanos en la investigación [Nuremberg Code (1947), The Wilson Directive (1953), Belmont Report (1974) y 45 CFR 46 (Common Rule)].

Se consideró el respeto y el cuidado de los participantes y su integridad social y personal. Las actividades estuvieron dirigidas a velar por el bienestar de los participantes, evitando cualquier acción que pudiera resultar en un perjuicio o daño.

Participar en este estudio no representó un costo para el participante. Tampoco recibió una recompensa o compensación por participar, contribuyó de manera significativa con la respuesta psicosocial a la pandemia de COVID-19 que se tiene en Panamá.

Los datos que los participantes proporcionaron en el estudio son de carácter confidencial, se guardó el anonimato y no se usará para ningún otro propósito que el previsto anteriormente. No se divulgó ninguno de sus datos personales como nombre, teléfono, dirección ni correo electrónico; se utilizó un código para identificarle.

CAPÍTULO 4

4.1 Presentación de resultados

4.1.1 Análisis estadísticos

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 20.0. Las variables demográficas continuas se expresaron con la media (desviación estándar). Las variables demográficas categóricas se presentaron con la cantidad de sujetos (expresado por porcentaje) y se utilizó métodos uni y multivariantes para hacer comparaciones entre grupos de interés tomando en cuenta covariables como la edad, el sexo y otras. Posteriormente se aplicó pruebas post hoc de Bonferroni para comparar entre grupos.

Se realizó un análisis de regresión lineal incluyendo como variable dependiente la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) y como variables independientes: variables sociodemográficas, nivel de salud, enfermedades crónicas, convivencia familiar, falta de compañía, aislamiento emocional, apoyo social percibido, diagnósticos psiquiátricos, insomnio y resiliencia. En todos los análisis se estableció un nivel de significación de $p < 0.05$.

4.1.2 Resultados

Tabla 1

Variables sociodemográficas

| | Total(N=480) n (%) / M (SD) | Femenino(N=388) n (%) / M (SD) | Masculino(N=92) n (%) / M (SD) |
|-------------|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Sexo | | | |
| Femenino | 388 (80.8%) | - | - |
| Masculino | 92 (19.2%) | - | - |

| | Total(N=480) | Femenino(N=388) | Masculino(N=92) |
|------------------------------------|----------------|-----------------|-----------------|
| | n (%) / M (SD) | n (%) / M (SD) | n (%) / M (SD) |
| Edad | 32.7 (14.6) | 32.4 (14.3) | 33.8 (15.6) |
| Nacionalidad | | | |
| Panameña | 425 (88.5%) | 344 (88.7%) | 81 (88.0%) |
| Extranjera | 55 (11.5%) | 44 (11.3%) | 11 (12.0%) |
| Estado civil | | | |
| Casado (a) | 99 (20.6%) | 77 (19.8%) | 22 (23.9%) |
| Soltero (a) | 381 (79.4%) | 311 (80.2%) | 70 (76.1%) |
| Nivel de estudio alcanzado | | | |
| Bachillerato | 66 (13.8%) | 48 (12.4%) | 18 (19.6%) |
| Licenciatura | 235 (49.0%) | 189 (48.7%) | 46 (50.0%) |
| Máster o doctorado | 130 (27.1%) | 110 (28.4%) | 20 (21.7%) |
| Situación laboral actual | | | |
| Desempleado(a) | 179 (37.3%) | 144 (37.1%) | 35 (38.0%) |
| Independiente | 76 (15.8%) | 63 (16.2%) | 13 (14.1%) |
| Contrato | | | |
| Permanente | 151 (31.5%) | 121 (31.2%) | 30 (32.6%) |
| Otro | 74 (15.4%) | 60 (15.5%) | 14 (15.2%) |
| Tenencia de vivienda | | | |
| Propia | 154 (32.1%) | 123 (31.7%) | 31 (33.7%) |
| Alquilada | 57 (11.9%) | 46 (11.9%) | 11 (12.0%) |
| Familiar | 255 (53.1%) | 207 (53.4%) | 48 (52.2%) |
| Ingreso mensual en el hogar | | | |
| \$800 - \$1500 | 94 (19.6%) | 79 (20.4%) | 15 (16.3%) |
| \$1500 - \$2000 | 83 (17.3%) | 65 (16.8%) | 18 (19.6%) |
| > \$2000 | 222 (46.3%) | 177 (45.6%) | 45 (48.9%) |
| Otro | 81 (16.8%) | 67 (17.3%) | 14 (15.2%) |
| Convivencia familiar | | | |
| Vivo solo(a) | 27 (5.6%) | 21 (5.4%) | 6 (6.5%) |
| 2 personas | 111 (23.1%) | 89 (22.9%) | 22 (23.9%) |
| 3 personas | 116 (24.2%) | 93 (24.0%) | 23 (25.0%) |
| 4 personas | 126 (26.3%) | 103 (26.5%) | 23 (25.0%) |
| 5 personas o más | 100 (20.8%) | 82 (21.1%) | 18 (19.6%) |

En la Tabla 1 se evidencia que la mayoría de los participantes son mujeres (80.0%) de nacionalidad panameña (88.7%), solteras (49.2%) y con un nivel de educación superior (48.7%). La media de edad de la muestra es de 32.7 años con una desviación estándar de 14.6 años. Esto significa que las personas que respondieron la encuesta están en un rango de edad de 18 años a 48 años. Alrededor del 88.5% de la muestra es de nacionalidad panameña, mientras que el 11.5% son extranjeros de nacionalidad colombiana, venezolana, boliviana, ecuatoriana, española, francesa, estadounidense, italiana, mexicana y salvadoreña. El 37.3% de la muestra se encuentra desempleada y comparte la vivienda con 3 a 4 familiares. El ingreso mensual en el hogar es superior a los B/. 2 000.00, representando un 46.3%.

Tabla 2

Percepción del nivel de salud y factores de riesgos

| | Total(N=480) n (%) / M (SD) | Femenino(N=388) n (%) / M (SD) | Masculino(N=92) n (%) / M (SD) |
|--|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Nivel de salud | | | |
| Muy buena | 120 (25.0%) | 92 (23.7%) | 28 (30.4%) |
| Buena | 260 (54.2%) | 211 (54.4%) | 49 (53.3%) |
| Regular | 94 (19.6%) | 81 (20.9%) | 13 (14.1%) |
| Mala | 5 (1.0%) | 4 (1.0%) | 1 (1.1%) |
| Muy Mala | 1 (0.2%) | - | 1 (1.1%) |
| Participantes con Enfermedades Crónicas | | | |
| Sí | 129 (26.9%) | 99 (25.5%) | 30 (32.6%) |
| Participantes con Enfermedades Psiquiátricas | | | |
| Sí | 101 (21.0%) | 88 (22.7%) | 13 (14.1%) |
| Participante toma por lo menos un medicamento | | | |
| Sí | 154 (32.1%) | 121 (31.2%) | 33 (35.9%) |

| | Total(N=480) n (%) / M (SD) | Femenino(N=388) n (%) / M (SD) | Masculino(N=92) n (%) / M (SD) |
|---|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Participante ha olvidado o ha aumentado su dosis | | | |
| Frecuentemente | 21 (13.9%) | 19 (15.7%) | 2 (6.6%) |
| Ocasionalmente | 45 (29.8%) | 37 (30.6%) | 8 (26.7%) |
| Rara vez | 85 (56.3%) | 65 (53.7%) | 20 (66.7%) |
| Consumo de cigarrillo | | | |
| Frecuentemente | 12 (2.5%) | 7 (1.8%) | 5 (5.4%) |
| Ocasionalmente | 19 (4.0%) | 14 (3.6%) | 5 (5.4%) |
| Nunca | 449 (93.5%) | 367 (94.6%) | 82 (89.1%) |
| Aumento del consumo de cigarrillo | | | |
| Sí | 14 (14.6%) | 9 (12.7%) | 5 (20.0%) |
| Consumo de bebidas alcohólicas | | | |
| Frecuentemente | 49 (10.2%) | 35 (9.0%) | 14 (15.2%) |
| Ocasionalmente | 210 (43.8%) | 168 (43.3%) | 42 (45.7%) |
| Nunca | 221 (46.0%) | 185 (47.7%) | 36 (39.1%) |
| Aumento del consumo de bebidas alcohólicas | | | |
| Sí | 85 (22.1%) | 67 (21.6%) | 18 (24.0%) |
| Actividad física antes de la pandemia | | | |
| Frecuentemente | 160 (33.3%) | 115 (29.6%) | 45 (48.9%) |
| Ocasionalmente | 120 (25.0%) | 99 (25.5%) | 21 (22.8%) |
| Rara vez | 200 (41.7%) | 174 (44.8%) | 26 (28.3%) |
| Cambio de la actividad física durante la pandemia | | | |
| Sí | 376 (78.3%) | 306 (78.9%) | 70 (76.1%) |
| Cambio en el nivel de actividad física | | | |
| Ya no realizo actividad física | 103 (27.9%) | 78 (25.9%) | 25 (36.7%) |
| Rara vez realizo actividad física | 57 (15.4%) | 45 (14.9%) | 12 (17.6%) |
| Realizo actividad física por lo menos una vez a la semana | 76 (20.6%) | 67 (22.2%) | 9 (13.2%) |

En la Tabla 2 se evidencia que el 54.2% de los participantes clasifica su nivel de salud como buena. A su vez, el 26.9% reporta tener una o más enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, obesidad, artritis, cáncer, enfermedad renal, enfermedad pulmonar, enfermedad cardíaca y enfermedad vascular. El 21.0% de los participantes señala contar con un diagnóstico psiquiátrico de depresión, ansiedad, agorafobia, fobia social, trastorno bipolar tipo I y II, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno límite de la personalidad y trastorno ciclotímico. De la muestra el 32.1% señala tomar por lo menos un medicamento; de los cuales el 29.8% reporta ocasionalmente haber olvidado o aumentado su dosis de medicamentos durante la pandemia por COVID-19.

De los participantes el 93.5% nunca ha consumido cigarrillos. En relación con el consumo de bebidas alcohólicas el 46.0% reportó escaso o nulo. El 14.6% de los participantes registra un aumento en el consumo de cigarrillo y un 22.1% un aumento en el consumo de bebidas alcohólicas, derivado por la pandemia de COVID-19. La mayoría de los participantes que consumen cigarrillos y bebidas alcohólicas son hombres. En cuanto a la actividad física, el 41.7% de los participantes antes de la pandemia, rara vez realizaba ejercicio. A raíz de la pandemia, se observa que el 78.3% de los participantes manifiestan cambios: ya no realizan actividad física, rara vez realizan actividad física o han aumentado su frecuencia.

Tabla 3*Conocimiento y cumplimiento de las medidas de bioseguridad contra el coronavirus*

| | Total(N=480) N (%) / M (SD) | Femenino(N=388) N (%) / M (SD) | Masculino(N=92) N (%) / M (SD) |
|--|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Información sobre el COVID-19 | | | |
| Frecuentemente | 255 (53.1%) | 196 (50.5%) | 59 (64.1%) |
| Ocasionalmente | 169 (35.2%) | 149 (38.4%) | 20 (21.7%) |
| Rara vez | 56 (11.7%) | 43 (11.1%) | 13 (14.1%) |
| Conocimiento de las medidas de bioseguridad recomendadas por el MINSA | | | |
| Sí | 479 (99.8%) | 387 (99.7%) | 92 (100.0%) |
| Cumplimiento de las medidas de bioseguridad | | | |
| Sí | 480 (100.0%) | 388 (100.0%) | 92 (100.0%) |
| Razones por las que cumple las medidas de bioseguridad | | | |
| Quiero cuidar de mi salud y la de los demás | 435 (90.6%) | 359 (92.5%) | 76 (82.6%) |
| ¿Considera que las medidas de bioseguridad son efectivas? | | | |
| De acuerdo | 446 (93%) | 362 (93.2%) | 84 (91.3%) |
| Indeciso | 17 (3.5%) | 15 (3.9%) | 2 (2.2%) |
| En desacuerdo | 17 (3.5%) | 11 (2.9%) | 6 (6.5%) |

En la Tabla 3 se plasma que más del 50.0% de la muestra, se informó frecuentemente sobre el virus. La mayoría señaló que conoce y cumple con las medidas de bioseguridad recomendadas por el Ministerio de Salud (MINSA). En cuanto a la efectividad de estas el 93% reportó estar de acuerdo. El 93.8% de los participantes manifestó que cumple con las medidas de bioseguridad porque quiere cuidar su salud y la de los demás; mientras que el resto cumple con estas medidas porque lo obligan, teme recibir una multa o ir preso.

Tabla 4*Riesgo de contagio, áreas de afectación y atención psicológica*

| | Total(N=480) N (%) / M (SD) | Femenino(N=388) N (%) / M (SD) | Masculino(N=92) N (%) / M (SD) |
|--|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Riesgo de contagio de COVID-19 | | | |
| De acuerdo | 193 (40.2%) | 158 (40.7%) | 35 (38.0%) |
| Indeciso | 71 (14.8%) | 60 (15.5%) | 11 (12.0%) |
| En desacuerdo | 216 (45.0%) | 170 (43.8%) | 46 (50.0%) |
| COVID positivo | | | |
| Tuve síntomas y me hice la prueba. | 63 (13.1%) | 46 (11.9%) | 17 (18.5%) |
| No, pero personas que viven conmigo tuvieron síntomas o dieron positivo. | 62 (12.9%) | 49 (12.6%) | 13 (14.1%) |
| No y ninguna de las personas que viven conmigo manifestaron síntomas. | 355 (74.0%) | 293 (75.5%) | 62 (67.4%) |
| Personas cercanas COVID positivo | | | |
| Familiares y amigos | 199 (41.5%) | 161 (41.5%) | 38 (41.3%) |
| Personas cercanas fallecidos por COVID-19 | | | |
| Familiares | 66 (13.8%) | 51 (13.1%) | 15 (16.3%) |
| Amigos | 73 (15.2%) | 60 (15.5%) | 13 (14.1%) |
| Actualmente en cuarentena | | | |
| No | 427 (89.0%) | 341 (87.9%) | 86 (93.5%) |
| Otro | 53 (11.0%) | 47 (12.1%) | 6 (6.5%) |
| Falta de compañía | | | |
| Frecuentemente | 172 (35.8%) | 136 (35.1%) | 36 (39.1%) |
| Ocasionalmente | 133 (27.7%) | 111 (28.6%) | 22 (23.9%) |
| Rara vez | 175 (36.5%) | 141 (36.3%) | 34 (37.0%) |
| Aislamiento emocional | | | |
| Frecuentemente | 212 (44.1%) | 174 (44.9%) | 38 (41.3%) |
| Ocasionalmente | 141 (29.4%) | 118 (30.4%) | 23 (25.0%) |
| Rara vez | 127 (26.5%) | 96 (24.7%) | 31 (33.7%) |

| | Total(N=480) N (%) / M (SD) | Femenino(N=388) N (%) / M (SD) | Masculino(N=92) N (%) / M (SD) |
|--|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Capaz de hacerle frente a la pandemia | | | |
| De acuerdo | 401 (83.5%) | 317 (81.7%) | 84 (91.3%) |
| Indeciso | 37 (7.7%) | 33 (8.5%) | 4 (4.3%) |
| En desacuerdo | 42 (8.8%) | 38 (9.8%) | 4 (4.3%) |
| Afectado por la pandemia de COVID-19 | | | |
| Afectado | 313 (65.2%) | 255 (65.7%) | 58 (63.0%) |
| Poco afectado | 167 (34.8%) | 133 (34.3%) | 34 (37.0%) |
| Áreas afectadas | | | |
| Salud mental | 302 (62.9%) | 254 (65.5%) | 48 (52.2%) |
| Economía | 242 (50.4%) | 195 (50.3%) | 47 (51.1%) |
| Relaciones sociales | 325 (67.7%) | 261 (67.3%) | 64 (69.6%) |
| Mis actividades recreativas y hobbies. | 358 (74.6%) | 292 (75.3%) | 66 (71.7%) |
| Atención psicológica en estos momentos | | | |
| Sí | 96 (20.0%) | 82 (21.1%) | 14 (15.2%) |
| Atención psicológica en el pasado | | | |
| Sí | 249 (51.9%) | 214 (55.2%) | 35 (38.0%) |
| Participante satisfecho con el apoyo de familiares y amigos | | | |
| De acuerdo | 390 (81.2%) | 313 (80.7%) | 77 (83.7%) |
| Indeciso | 68 (14.2%) | 59 (15.2%) | 9 (9.8%) |
| En desacuerdo | 22 (4.8%) | 16 (4.1%) | 6 (6.5%) |

La Tabla 4 se observa que el 45.0% de los participantes consideró no estar en riesgo de contagio de coronavirus. El 74.0% reporta no haber dado positivo al virus y ninguna de las personas que viven con ellos manifestaron síntomas; solo el 13.1% tuvo síntomas y se realizaron una prueba. El 41.5% de la muestra señala que familiares y amigos fueron COVID positivo. En cuanto a las defunciones, la muestra reporta que el 15.2% de las defunciones fueron amigos y el 13.8% familiares. Hasta el momento de

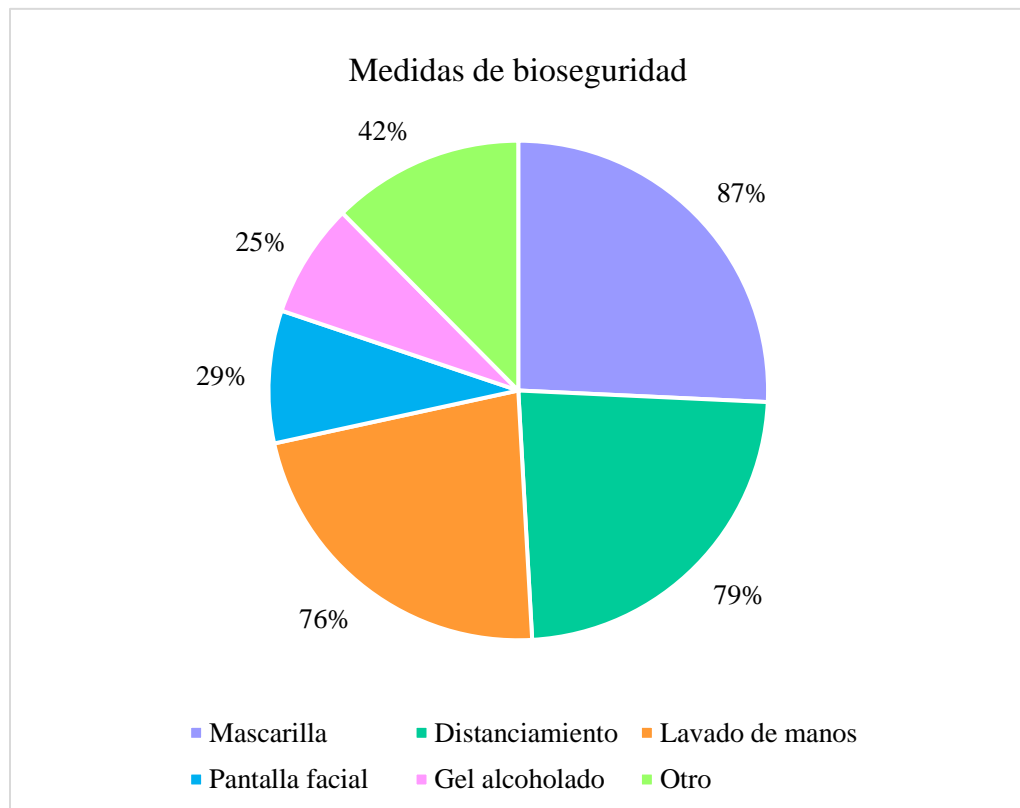
la encuesta, el 89.0% de los participantes no se encontraba en cuarentena; el resto se mantenía en cuarentena obligatoria impuesta por el Gobierno, en cuarentena por ser COVID positivo o por motivos personales.

En general, el 36.5% de los participantes considera que durante el confinamiento rara vez ha sentido que le falta compañía; mientras que el 35.8% consideró que con frecuencia y el 27.7% ocasionalmente. El 44.1% de la muestra reporta que durante el confinamiento se ha sentido aislado emocionalmente de los demás.

El 83.5% de los participantes considera que es capaz de hacerle frente a la pandemia, a pesar de sentirse afectado por la situación. Solo el 20.0% de la muestra reportó estar recibiendo atención psicológica en estos momentos. El 51.9% reporta haber recibido atención psicológica en el pasado. Se observa que la mayoría de los participantes reporta que las áreas con mayor afectación son actividades recreativas y hobbies (74.6%), relaciones sociales (67.7%), salud mental (62.9%) y economía (50.4%). El 81.2% de los participantes reporta estar satisfechos con el apoyo de sus familiares y amigos.

Gráfica 1

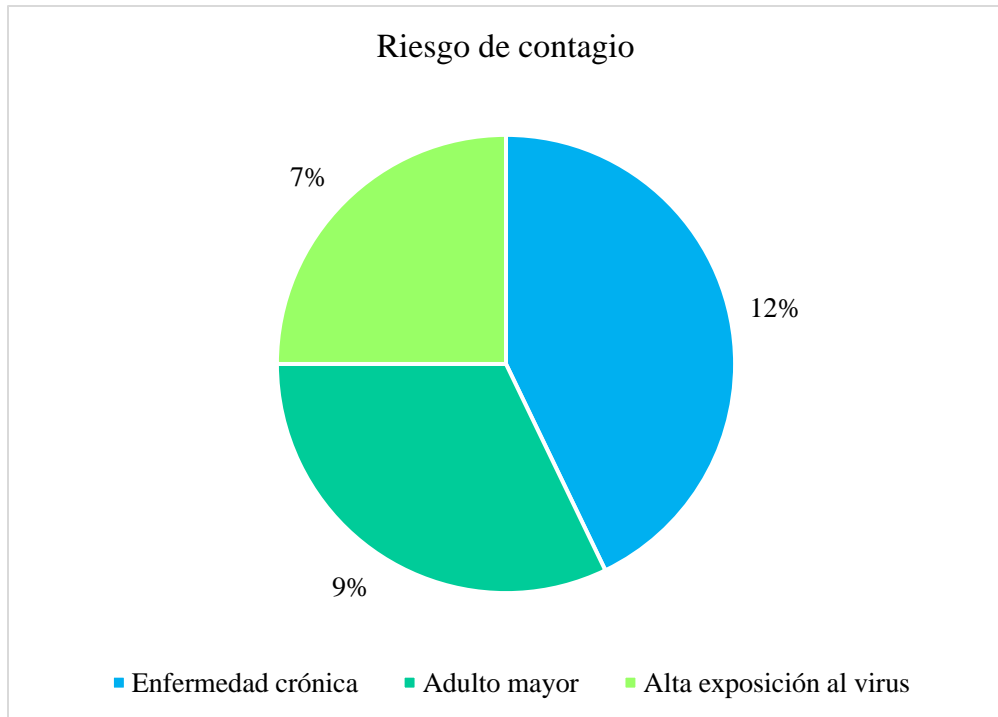
Medidas de bioseguridad contra el coronavirus



En la Gráfica 1 se observa que de la muestra 476 participantes respondieron que las medidas de bioseguridad que conoce incluyen: el uso de la mascarilla (87%), distanciamiento social (79%), el lavado de manos (76%), el uso de la pantalla facial (29%) y el uso del gel alcoholado (25%). Otras medidas que también mencionaron son evitar aglomeraciones (15%), limitar el contacto a la burbuja familiar (13%), desinfectar los alimentos (7%), estar en lugares abiertos y ventilados (4%) confinarse (3%).

Gráfica 2

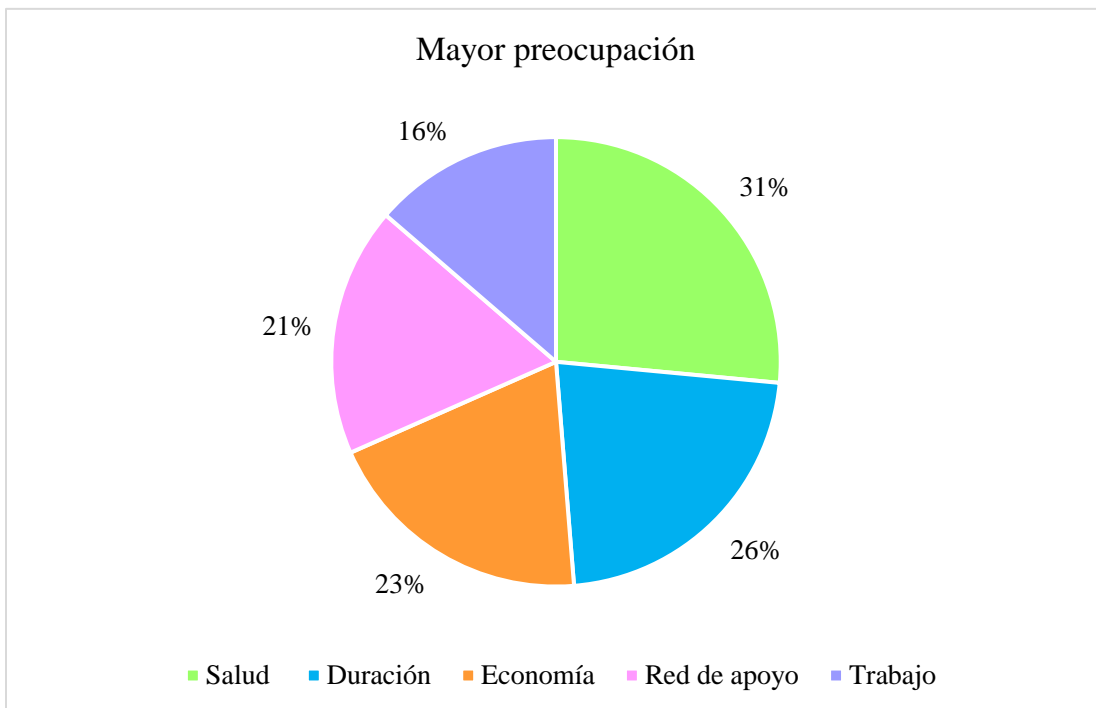
Factores asociados al riesgo de contagio



De la Gráfica 2 se interpreta que de 480 participantes el 12% considera que está en riesgo de contagio de COVID-19 por tener una enfermedad crónica, el 9% por ser adulto mayor y el 7% por una alta exposición al virus por el trabajo. A su vez otro porcentaje (9%) reporta que se encuentra en riesgo por: estar embarazada, estar inmunosuprimido, ser fumador y no seguir las medidas de bioseguridad.

Gráfica 3

Mayor preocupación en la pandemia de COVID-19



En la Gráfica 3 se observa que 480 participantes manifestaron que su mayor preocupación es la salud (salud mental, salud física y contagiarse de coronavirus), seguido por la duración de la pandemia, la economía, la red de apoyo y el trabajo. Aunado a otras preocupaciones en menor medida incluyen: preocupación por la muerte, las secuelas del COVID-19, la educación, el futuro, la incertidumbre, reincorporarse a la rutina, no poder hacerle frente a la situación, el país (corrupción, futuro del país y manejo de la situación) y la vacunación (demora y la población no vacunada).

Tabla 5*Distribución entre las Escalas y el sexo*

| | Total (N=480) N (%) / M (SD) | Femenino (N=388) N (%) / M (SD) | Masculino (N=92) N (%) / M (SD) | F | p |
|-------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-------|--------|
| Escalas | | | | | |
| DASS-21 | | | | | |
| Depresión | 12.8 (10.88) | 13.4 (10.93) | 10.6 (10.41) | 4.76 | .030 |
| Ansiedad | 9.4 (9.14) | 10.0 (9.38) | 6.8 (7.51) | 9.48 | .002 |
| Estrés | 16.2 (9.74) | 17.0 (9.54) | 13.04 (9.98) | 12.44 | < .001 |
| Resiliencia | 71.6 (14.19) | 71.0 (14.11) | 74.2 (14.32) | 3.73 | .054 |
| Prosocialidad | 46.4 (9.34) | 46.7 (9.60) | 45.0 (8.09) | 2.50 | .114 |
| Insomnio | 6.4 (4.35) | 6.6 (4.36) | 5.9 (4.29) | 1.92 | .167 |
| Apoyo Social Percibido | 67.1 (15.28) | 67.3 (14.96) | 65.9 (16.61) | 0.64 | .423 |

En la Tabla 5 se observa los resultados de las escalas utilizadas: Escala de Depresión Ansiedad y Estrés (DASS-21), la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson, la Escala original de Prosocialidad, la Escala Atenas de Insomnio y la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. Se realizó un análisis de modelo lineal ANOVA univariable para las variables cuantitativas y chi cuadrado (χ^2) para las variables cualitativas (ver Tabla 1). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 20.0. El nivel de significancia se estableció en $p < 0.05$.

Los resultados del ANOVA entre grupos unifactorial univariado señalan que existen diferencias estadísticamente significativas entre el sexo de los participantes y las puntuaciones medias de las Escala de Depresión Ansiedad y Estrés (DASS-21), de modo que las mujeres ($M = 13.4$) tenían una puntuación media de depresión más alta

que los hombres ($M = 10.6$), $F(1, 479) = 4.76$, $p = 0.03$. Las mujeres ($M = 10.0$) también tenían puntuaciones de ansiedad más altas que los hombres ($M = 6.8$), $F(1, 479) = 9.48$, $p = 0.002$, y puntuaciones de estrés más altas ($M = 17.0$) que los hombres ($M = 13.0$), $F(1, 479) = 12.44$, $p < 0,001$. Sin embargo, no hubo diferencias de sexo en las puntuaciones de resiliencia, $F(1, 479) = 3.73$, $p = 0.054$, puntuaciones de insomnio, $F(1, 479) = 1.92$, $p = 0.167$, apoyo social percibido, $F(1, 479) = 0.64$, $p = .423$, o prosocialidad, $F(1, 479) = 2.50$, $p = .114$.

En resumen, las mujeres informaron puntajes más altos de depresión, ansiedad y estrés en comparación con los hombres, y no hubo diferencias significativas en los puntajes de resiliencia, insomnio o apoyo social percibido entre los géneros.

Tabla 6

Distribución entre la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (Dass-21) y sexo

| | Total(N=480) N (%) / M (SD) | Femenino(N=388) N (%) / M (SD) | Masculino(N=92) N (%) / M (SD) |
|------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| DASS-21 | | | |
| Depresión | | | |
| Normal | 209 (43.5%) | 158 (40.7%) | 51 (55.4%) |
| Leve | 81 (16.9%) | 69 (17.8%) | 12 (13.0%) |
| Moderado | 88 (18.3%) | 72 (18.6%) | 16 (17.4%) |
| Severo | 37 (7.7%) | 33 (8.5%) | 4 (4.3%) |
| Muy severo | 65 (13.5%) | 56 (14.4%) | 9 (9.8%) |
| Ansiedad | | | |
| Normal | 246 (51.2%) | 187 (48.2%) | 59 (64.1%) |
| Leve | 39 (8.1%) | 31 (8.0%) | 8 (8.7%) |
| Moderado | 83 (17.3%) | 71 (18.3%) | 12 (13.0%) |
| Severo | 43 (9.0%) | 39 (10.1%) | 4 (4.3 %) |

| | Total(N=480) N (%) / M (SD) | Femenino(N=388) N (%) / M (SD) | Masculino(N=92) N (%) / M (SD) |
|---------------|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Muy severo | 69 (14.4%) | 60 (15.5%) | 9 (9.8%) |
| Estrés | | | |
| Normal | 161 (33.5%) | 116 (29.9%) | 45 (48.9%) |
| Leve | 146 (30.4%) | 127 (32.7%) | 19 (20.7%) |
| Moderado | 101 (21.0%) | 82 (21.1%) | 19 (20.7%) |
| Severo | 50 (10.4%) | 44 (11.3%) | 6 (6.5%) |
| Muy severo | 22 (4.6%) | 19 (4.9%) | 3 (3.3%) |

En la Tabla 6 se observa los resultados de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), en donde la mayoría de los participantes se encuentra dentro del rango normal en las subescalas de depresión, ansiedad y estrés. Además, se observó que de este resultado resalta que el grupo femenino presentaron un mayor porcentaje en los rangos: “moderado”, “severo” y “muy severo”.

Tabla 7

Distribución entre las Escalas y grupos de edad

| | Adulthood Emergent (N=285) N (%) / M (SD) | Adulthood (N=194) N (%) / M (SD) | F | p |
|-------------------------------|---|-------------------------------------|-------|-------|
| Escalas | | | | |
| DASS-21 | | | | |
| Depresión | 14.5 (11.24) | 9.0 (9.07) | 44.00 | <.001 |
| Ansiedad | 11.0 (9.50) | 7.1 (8.06) | 21.49 | <.001 |
| Estrés | 18.4 (9.46) | 13.1 (9.29) | 36.14 | <.001 |
| Resiliencia | 68.6 (13.56) | 76.12 (13.95) | 34.60 | <.001 |
| Prosocialidad | 47.4 (9.45) | 45.7 (9.13) | 4.01 | .046 |
| Insomnio | 6.61 (4.23) | 6.16 (4.51) | 1.23 | .268 |
| Apoyo Social Percibido | 66.33 (14.46) | 68.05 (16.40) | 1.47 | .227 |

En la Tabla 7 se realizaron análisis multivariados para examinar las diferencias entre los grupos de edad. Los participantes se dividieron en dos grupos: adultos jóvenes (18-29 años) y adultos (30 años o más). Hubo una diferencia estadísticamente significativa entre los menores de 29 años y los mayores de 30 años en las puntuaciones de depresión, de modo que los adultos jóvenes ($M = 14.5$) tenían puntuaciones significativamente más altas que los adultos mayores ($M = 9.0$), $F(1, 478) = 44.00$, $p < .001$. Los adultos jóvenes ($M = 11.0$) también informaron puntajes de ansiedad más altos que los adultos mayores ($M = 7.1$), $F(1, 478) = 21.49$, $p < 0.001$ y puntajes de estrés más altos (Adultos jóvenes = 18.4) que los adultos mayores ($M = 13.1$), $F(1, 478) = 36.14$, $p < 0,001$. Por el contrario, los adultos mayores ($M = 76.12$) informaron puntuaciones de resiliencia significativamente más altas que los adultos jóvenes ($M = 68.6$), $F(1, 478) = 34.60$, $p < 0.001$. Además, los adultos mayores ($M = 47.4$) informaron puntajes de prosocialidad más altos que los adultos jóvenes ($M = 45,7$), $F(1, 478) = 4,01$, $p = 0.046$. No hubo una diferencia significativa entre los grupos en las puntuaciones de insomnio, $F(1, 478) = 1.23$, $p = 0.268$, ni en las puntuaciones de apoyo social percibido, $F(1, 478) = 1.47$, $p = 0.227$. En resumen, los adultos jóvenes parecen tener mayor sintomatología de depresión, ansiedad y estrés que los adultos mayores, mientras que los adultos mayores informaron puntajes más altos de resiliencia y prosocialidad que los adultos jóvenes.

Tabla 8*Factores que predicen una respuesta adaptativa a la pandemia de COVID-19*

| | <i>b</i> | SE <i>B</i> | β | <i>p</i> |
|-------------------------------|----------|-------------|---------|----------|
| Modelo 1 | | | | |
| Sexo del participante | -4.956 | 1.508 | -.142 | .001 |
| Edad del participante | -.290 | .043 | -.308 | .000 |
| Estado civil del participante | -.400 | .480 | -.036 | .405 |
| Nivel de estudio alcanzado | -.422 | .555 | -.035 | .447 |
| Modelo 2 | | | | |
| Sexo del participante | -4.673 | 1.518 | -.134 | .002 |
| Edad del participante | -.294 | .048 | -.313 | .000 |
| Estado civil del participante | -.457 | .482 | -.041 | .344 |
| Nivel de estudio alcanzado | -.177 | .576 | -.015 | .759 |
| Ingreso mensual | -2.440 | 1.561 | -.088 | .119 |
| Situación laboral actual | .462 | .675 | .041 | .494 |
| Modelo 3 | | | | |
| Sexo del participante | -3.935 | 1.453 | -.113 | .007 |
| Edad del participante | -.334 | .050 | -.354 | .000 |
| Estado civil del participante | -.587 | .460 | -.053 | .202 |
| Nivel de estudio alcanzado | .215 | .551 | .018 | .697 |
| Ingreso mensual | -1.693 | 1.490 | -.061 | .257 |
| Situación laboral actual | .324 | .643 | .029 | .615 |
| Nivel de salud | -5.738 | .849 | -.293 | .000 |
| Enfermedades crónicas | .341 | .964 | .017 | .724 |
| Modelo 4 | | | | |
| Sexo del participante | -3.332 | 1.137 | -.096 | .004 |
| Edad del participante | -.141 | .041 | -.150 | .001 |
| Estado civil del participante | -.407 | .366 | -.037 | .267 |
| Nivel de estudio alcanzado | .320 | .430 | .026 | .457 |
| Ingreso mensual | -.069 | 1.171 | -.003 | .953 |

| | <i>b</i> | <i>SE B</i> | β | <i>p</i> |
|---------------------------------|----------|-------------|---------|----------|
| Situación laboral actual | -.460 | .503 | -.041 | .361 |
| Nivel de salud | -4.296 | .672 | -.219 | .000 |
| Enfermedades crónicas | .200 | .751 | .010 | .790 |
| Convivencia familiar | .322 | .311 | .036 | .301 |
| Compañía percibida | .853 | .479 | .081 | .075 |
| Aislamiento emocional percibido | 5.364 | .504 | .497 | .000 |
| Apoyo social percibido | -.108 | .029 | -.121 | .000 |
| Modelo 5 | | | | |
| Sexo del participante | -2.505 | .997 | -.072 | .012 |
| Edad del participante | -.076 | .037 | -.081 | .038 |
| Estado civil del participante | -.158 | .321 | -.014 | .622 |
| Nivel de estudio alcanzado | .049 | .378 | .004 | .897 |
| Ingreso mensual | .353 | 1.028 | .013 | .731 |
| Situación laboral actual | -.340 | .441 | -.030 | .441 |
| Nivel de salud | -1.497 | .634 | -.076 | .019 |
| Enfermedades crónicas | -.270 | .659 | -.013 | .682 |
| Convivencia familiar | .291 | .272 | .032 | .287 |
| Compañía percibida | .617 | .421 | .059 | .143 |
| Aislamiento emocional percibido | 3.716 | .462 | .344 | .000 |
| Apoyo social percibido | -.042 | .027 | -.047 | .120 |
| Enfermedades psiquiátricas | 3.196 | .556 | .173 | .000 |
| Insomnio | .703 | .104 | .223 | .000 |
| Resiliencia | -.200 | .034 | -.207 | .000 |

En la Tabla 8 se resume los resultados de un análisis de regresión lineal para determinar qué factores predicen un impacto en la salud mental. Se incluyó como variable dependiente la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21). En el modelo 1 se agregó el sexo, edad, estado civil y nivel educativo como variables predictoras. En el modelo 2 se agregó el ingreso mensual y la situación laboral como

variables predictoras. En el modelo 3 se agregó la percepción del nivel de salud y el número total de enfermedades crónicas como variables predictoras. En el modelo 4 se agregó la puntuación total de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, la autopercepción de soledad, la convivencia en el hogar y la autopercepción de aislamiento emocional. En el modelo 5 se agregó el número total de enfermedades psiquiátricas, la puntuación de la suma total la Escala de resiliencia de Connor-Davidson y la suma total de la Escala de Insomnio de Atenas como predictores.

En el modelo 1 se explicó una relación significativa de la varianza [F (4, 473) = 17.391, MSE= 12.850, $R^2 = 0.128$, $p < .001$] en DASS-21 e indicó efectos significativos para el sexo, pero no el estado civil o nivel educativo. Las mujeres experimentaron mayores síntomas de depresión, ansiedad y estrés, y la edad se asoció negativamente con los síntomas de depresión, ansiedad y estrés.

En el modelo 2 se explicó una varianza adicional pero no indicó una relación significativa [F (2, 471) = 1,257 MSE = 12,84, $R^2 = 0,005$, $R^2 = 0,133$, $p= 0,285$]. El ingreso mensual y situación laboral no se asociaron significativamente con síntomas de depresión, ansiedad y estrés.

En el modelo 3 se explicó la varianza adicional [F (2, 469) = 25.649, MSE = 12.219, $R^2 = .085$, $R^2 = 0.218$, $p < .001$] e indicó efectos significativos para la percepción del estado de salud, pero no en el número total de enfermedades crónicas.

La percepción del estado de salud se asoció negativamente con síntomas de depresión, ansiedad y estrés.

En el modelo 4 se explicó una varianza adicional [$F(4, 465) = 77.885$, $MSE = 9.496$, $R^2 = .314$, $R^2 = 0.532$, $p < .001$] e indicó efectos significativos para la percepción de aislamiento emocional, percepción de apoyo social pero no en la percepción de compañía y en la convivencia familiar. La percepción de aislamiento emocional se asoció positivamente con síntomas de depresión, ansiedad y estrés, mientras que la percepción de apoyo social se asoció negativamente con síntomas de depresión, ansiedad y estrés.

En el modelo 5 se explicó una varianza adicional [$F(3, 462) = 48.842$, $MSE = 8.301$, $R^2 = .113$, $R^2 = 0.645$, $p < .001$] e indicó efectos significativos para el número total de enfermedades psiquiátricas, insomnio y resiliencia. Tener un diagnóstico psiquiátrico y el insomnio se asociaron positivamente con los síntomas de depresión, ansiedad y estrés, mientras que la resiliencia se asoció negativamente con los síntomas de depresión, ansiedad y estrés.

4.2 Análisis de resultados

El objetivo principal de este estudio es analizar la respuesta psicosocial a la pandemia de COVID-19 en adultos residentes en Panamá. La muestra no es 100% representativa de la población panameña, sin embargo, permitió sentar las bases para intervenciones futuras. Las personas con alguna discapacidad severa que no les

permitió acceder y contestar los instrumentos, y aquellos que no contaron con el acceso a una computadora, laptop o un celular inteligente no podían participar.

La cuarentena, el aislamiento y el distanciamiento social tuvo un impacto significativo en los participantes; más de la mitad reportaron sentirse afectados por la pandemia de COVID-19. Según la muestra las áreas más afectadas fueron: las actividades recreativas y hobbies, las relaciones sociales, la salud mental y la economía. Estudios similares señalan que las medidas que ayudan a detener la propagación del virus tienen implicaciones significativas para el bienestar biopsicosocial de los seres humanos (Etchevers et al., 2020; Caccia et al., 2020; Sala, 2021).

Se evidenció que a menor edad, mayor es el riesgo de contagio. Aunque los adultos mayores son un grupo vulnerable por reportar enfermedades preexistentes, presentar sintomatologías más graves y el registro de tasas de mortalidad más altas, los adultos emergentes son más proclives al contagio y a la propagación del virus por la exposición social y la creencia de que por la edad puede existir menor riesgo (Módenes et al., 2020; Nupia, 2021; Organización Panamericana de la Salud, 2021).

Encontramos una diferencia significativa entre los grupos de edad y la Escala de Depresión Ansiedad y Estrés (DASS-21), esto quiere decir que los adultos emergentes reportaron mayores niveles de depresión, ansiedad y estrés en comparación con los adultos mayores. Autores señalaron que hubo niveles más altos de estrés, ansiedad y depresión en el grupo de edad de 18 a 25 años, seguido del grupo de 26 a

60 años y finalmente, los niveles más bajos fueron en las personas de 61 años o más. Las personas entre los 18-30 años y mayores de 60 años presentaron altos niveles de estrés (Ozamiz-Etxebarria et al., 2020; Qiu et al., 2020). Por el contrario, otros autores expusieron que particularmente en los adultos emergentes puede predominar el estrés, mientras que en los adultos mayores la ansiedad y la depresión (Gutiérrez y González, 2021).

De manera general los resultados señalaron que dentro de los factores vinculados al riesgo de contagio también se encuentran: tener una alta exposición al virus por ser personal de salud, estar embarazada, estar inmunosuprimido, ser fumador y no seguir las medidas de bioseguridad. Estudios señalan que los grupos vulnerables se ven afectados por carencias, riesgos o limitaciones relacionadas a los servicios de salud, condición económica, hacinamiento, disfunción familiar, insalubridad en la vivienda y el ambiente, inseguridad social y discriminación, aunado a la mayor probabilidad de comorbilidades como diabetes, obesidad, hipertensión, inmunosupresión o tabaquismo (Quintanar, 2021; Cortés-Meda y Ponciano-Rodríguez, 2021).

El sexo femenino se asocia a niveles más altos de depresión, ansiedad y estrés. No se observó una relación significativa de los síntomas de depresión, ansiedad y estrés con el estado civil, nivel de estudio alcanzado, ingreso mensual y la situación laboral actual de los participantes. Por el contrario, en estudios similares se encontró que además de ser del sexo femenino, las variables relacionadas a menor nivel educativo,

menor nivel económico y estar desempleado también pueden asociarse a síntomas de depresión, ansiedad y estrés (Wang et al., 2020; Johnson, 2020; Mejia et al., 2020).

Los participantes de sexo masculino reportaron un aumento en el consumo de cigarrillo y bebidas alcohólicas. Estudios demuestran que el estrés derivado del aislamiento, puede ser un potencial detonante para el consumo de cigarrillo y de alcohol; y también puede asociarse a una respuesta desadaptativa a la pandemia (García-Álvarez et al., 2020; Sixto-Costoya et al., 2021). Por el contrario, otros estudios señalan que la pandemia puede ser un factor para dejar de fumar, tomando en cuenta el riesgo identificado por ser un grupo vulnerable al virus y su complicación asociada (Cai, 2020; Hefler y Gartner, 2020; Hamer et al., 2020; Tan et al., 2021).

La autopercepción del nivel de salud de “muy buena a muy mala”, tiene una relación significativa con la sintomatología de depresión, ansiedad y estrés. Las enfermedades crónicas no se asociaron a los síntomas de depresión, ansiedad y estrés; podemos interpretar que esto es posible ya que la mayoría de la muestra está dentro de la adultez emergente.

En otros estudios se ha encontrado que en la pandemia de COVID-19, la presencia de una o más enfermedades crónicas generó un estado emocional de miedo e incertidumbre ante la posibilidad de tener que acudir al hospital, cambios en la rutina y un impacto psicológico relacionado con la ansiedad, depresión, estrés e insomnio,

agravado por categorizarse como grupo de riesgo (Prieto et al., 2020; Virto-Farfan 2021; Lacomba-Trejo et al., 2021).

Las enfermedades psiquiátricas se asociaron a los síntomas de depresión, ansiedad y estrés. Los sentimientos de soledad y aislamiento son perjudiciales para la salud mental ya que pueden considerarse factores de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales como depresión, ansiedad, trastorno de adaptación, estrés crónico, insomnio o demencia en la vejez (Banerjee y Rai, 2020; Llibre et al., 2021).

Altos niveles de cortisol, principal hormona del estrés puede ocasionar una respuesta inadecuada frente a situaciones cotidianas al incrementar el riesgo de padecer problemas de salud. Al estar expuestos a situaciones de incertidumbre puede aumentar los niveles de estrés, ansiedad y los problemas del sueño, interfiriendo con la regulación emocional. La respuesta desadaptativa a nivel emocional, conductual y cognitivo se puede caracterizar por negar o evitar las emociones, limitando el funcionamiento del individuo (Muñoz-Fernández et al., 2020; Altena et al., 2020; Broche-Pérez et al., 2021; Vaca y Mayorga, 2021).

Diversos autores señalan que otras reacciones inevitables del aislamiento, confinamiento y los cambios en las rutinas que pueden influir en el estado de salud y la calidad de vida son el sedentarismo, aumento de peso, disminución de la capacidad funcional, pérdida de fuerza y debilidad ósea (Celis-Morales et al., 2020; Molina, 2021; García-Tascón et al., 2021; Salman et al., 2021). En este estudio se evidencia una

marcada reducción en la actividad física. No obstante solo una quinta parte de la población reporta un aumento de la actividad.

Con respecto a la resiliencia, se encontró una asociación negativa con los síntomas de depresión, ansiedad y estrés, esto significa que a mayor resiliencia, menor es la sintomatología de depresión, ansiedad y estrés. La depresión, ansiedad, estrés, insomnio, alteración social y síntomas somáticos se asocian con una menor resiliencia; este hallazgo sugiere la importancia del rol que juega la resiliencia como factor protector para el desarrollo de distintos problemas de salud mental. Asimismo, otros factores de riesgo relacionados a una menor percepción de resiliencia incluyen: menor ingresos económicos, problemas familiares y menor nivel educativo (Martínez et al., 2020; Lacomba-Trejo et al., 2021).

En relación al grupo de edad y percepción de resiliencia, se encontró que los adultos emergentes señalan menor percepción de resiliencia en comparación con los adultos mayores. Estudios anteriores han indicado que los adultos emergentes tienden a reaccionar con mayor intensidad luego de experimentar una pérdida o una situación traumática, por ende, pueden tener dificultad para comprender y controlar pensamientos negativos y emociones desagradables como miedo, ira, irritabilidad y agresividad que surgen a raíz del aislamiento (Ang et al., 2018; Pérez et al., 2020; Martínez et al., 2020).

Es normal que las personas sientan incertidumbre, miedo y angustia, pero también puede surgir el sentimiento de responsabilidad y cuidado frente al coronavirus por la valoración de interdependencia social, condición que se relaciona con los valores de solidaridad, empatía, unión y conciencia social. En general los participantes reportaron que durante el confinamiento no sintieron falta de compañía y que estaban satisfechos con el apoyo de sus seres queridos. En nuestro estudio existe una relación significativa entre la percepción de apoyo social, las conductas prosociales y la resiliencia. De manera similar, varios estudios demostraron que el apoyo social, el bienestar social, las conductas prosociales y la resiliencia son factores que pueden potenciar una respuesta adaptativa a las situaciones estresantes (Johnson et al., 2020; Brailovskaia y Margraf, 2020; Macías-Valadez et al., 2020).

El apoyo social es un factor necesario para el bienestar emocional; sin embargo, las medidas de contención y propagación del virus, en su mayoría imposibilitan el relacionamiento social, el contacto físico, la sensación de control y seguridad. La percepción de apoyo social puede relacionarse con el fortalecimiento de la resiliencia y las conductas prosociales. Estos tres factores necesarios para una respuesta adaptativa promueven una mejor comprensión y manejo de la situación, sensación de pertenencia, sensación de seguridad e incentivan acciones para cuidar a los demás (Abellán, 2020; Martín-Aragón-Gelabert y Terol-Cantero, 2020; Armas, 2021).

Del total de los participantes la mayoría reconoció que cumplen con las medidas de bioseguridad para cuidar su salud y la salud de los demás; mientras que el resto

señala que cumple con las medidas porque lo obligan, teme recibir una multa o teme ir preso. Estudios señalan que la responsabilidad social, el cuidado mutuo y el cumplimiento de las medidas estatales son factores asociados al cumplimiento de las medidas de contención y propagación del virus (Akant, 2020; Pfattheicher et al., 2020; Echeverri, 2020).

Dentro de la muestra prevaleció el uso de la mascarilla, pantalla facial, gel alcoholado, el lavado de manos y el distanciamiento social como medidas de bioseguridad más utilizadas. La implementación de las medidas de bioseguridad y planes de acción permiten la mitigación, control y manejo adecuado del riesgo derivado del COVID-19. Estudios de brotes infecciosos anteriores han demostrado que el uso de la mascarilla y el lavado de manos son estrategias eficaces para el controlar el riesgo de contagio; y señalan que el distanciamiento social y el aislamiento puede ser devastador para la economía y la salud de las personas (Pan et al., 2020; Leung et al., 2020; Esposito et al., 2020).

Por otro lado, lo que más le preocupó a los participantes hasta el momento de la evaluación, se relaciona con la duración de la pandemia, la economía, la red de apoyo, el trabajo y la educación, contagiarse y las secuelas del virus, la salud física y mental, morir, reincorporarse a la rutina, no poder hacerle frente a la situación, el país y el proceso de vacunación.

Limitaciones y fortalezas

Esta investigación empleó un diseño correlacional y transversal, lo que impide sacar conclusiones causales sobre los efectos psicosociales del confinamiento. Además, los participantes fueron reclutados a través de un muestreo de conveniencia, lo que hace que los resultados del estudio sean menos generalizables. El estudio se limitó a personas con acceso a redes sociales, computadoras o teléfonos inteligentes, pudiendo influir en el reclutamiento de participantes jóvenes, con un nivel educativo superior y con un nivel económico medio que la población general. Sin embargo, en el momento del estudio las restricciones de confinamiento afectaban la movilidad de los participantes y los investigadores, por lo que las encuestas en línea eran la única opción viable para recopilar datos.

A pesar de las limitaciones del estudio, estos datos brindan información útil sobre la salud mental de las personas residentes en Panamá durante la pandemia. Las fortalezas de este estudio incluyen el reclutamiento de una muestra grande y la utilización de instrumentos válidos previamente utilizados en estudios similares. Este estudio es el primer informe sobre el impacto psicosocial del COVID-19 en la población general en Panamá y uno de los únicos estudios sobre el impacto psicosocial del COVID-19 en la región latinoamericana, contribuyendo así a la investigación sobre la población latinoamericana y de países con un ingreso económico medio.

CAPÍTULO 5

El resultado del estudio realizado permite presentar las siguientes conclusiones y recomendaciones.

5.1 Conclusiones

Dentro de las características sociodemográficas el sexo femenino se asoció a niveles más altos de depresión, ansiedad y estrés. No se observó una relación significativa de los síntomas de depresión, ansiedad y estrés con el estado civil, nivel de estudio alcanzado, ingreso mensual y la situación laboral actual de los participantes.

Los participantes reportaron un aumento en el consumo de cigarrillo y bebidas alcohólicas, derivado de la pandemia de COVID-19. La mayoría de los participantes que consumen son del sexo masculino. Las enfermedades crónicas no se asociaron a los síntomas de depresión, ansiedad y estrés, mientras que las enfermedades psiquiátricas sí.

Los adultos emergentes tienen mayor riesgo al contagio. Los adultos emergentes reportaron mayores niveles de depresión, ansiedad, estrés y menor percepción de resiliencia en comparación con los adultos mayores.

La mayoría de los participantes señaló que la pandemia tuvo un impacto significativo en las actividades recreativas y hobbies, en las relaciones sociales, en la salud mental y en la economía.

Los síntomas de ansiedad, estrés y depresión se asocian a conductas desadaptativas y a una peor respuesta a la pandemia. Por el contrario, la resiliencia, las conductas prosociales y la percepción de apoyo psicosocial se asocian a una mejor respuesta a la pandemia por COVID-19.

Finalmente, se observó que gran porcentaje de los participantes afirmó que cumple con las medidas de bioseguridad porque quieren cuidar su salud y la de los demás.

5.2 Recomendaciones

- Adoptar políticas de prevención y promoción del bienestar y la salud mental para los grupos más vulnerables: personas con menor nivel económico, menor nivel educativo, con enfermedades crónicas, con trastornos mentales, adultos mayores y personal de salud.
- Brindar apoyo psicológico dirigido a reducir el impacto a largo plazo por los altos niveles de depresión, ansiedad y estrés en la población en general.
- Desarrollar estrategias multidisciplinarias dirigidas a la detección temprana de los trastornos mentales derivados del impacto psicosocial del COVID-19 y a la creación de recursos psicoeducativos con la finalidad de fortalecer la autoconfianza, la autonomía, la autoestima, las conductas prosociales y la resiliencia.

- Realizar campañas de sensibilización para educar a la población sobre los factores de riesgo y los factores protectores asociados al aislamiento derivado por la pandemia de COVID-19.
- Continuar el estudio con diferentes grupos de edades para identificar cuáles pueden ser otras variables asociadas a una respuesta adaptativa y desadaptativa a la pandemia por COVID-19.

BIBLIOGRAFÍA

- Abellán, C. (2020). Incidencia del Burnout en enfermeros de urgencias y análisis de su relación con las variables resiliencia y apoyo social durante el Covid-19. *Universitat Oberta de Catalunya*. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10609/122366>
- Akant, A. (junio de 2020). How to Weave Equity Considerations into Your COVID-19 Response. *The Practical Lawyer*, 14-17. Obtenido de <https://ssrn.com/abstract=3617042>
- Aknin, L., De Neve, J., Dunn, E., Fancourt, D., Goldberg, E., Helliwell, J., . . . Ben Amor, Y. (2021). Mental Health During the First Year of the COVID-19 Pandemic: A Review and Recommendations for Moving Forward. *Perspectives on Psychological Science*.
- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107.
- Al-Dmour, H., Masa'deh, R., Salman, A., Abuhashesh, M., & Al-Dmour, R. (2020). Influence of Social Media Platforms on Public Health Protection Against the COVID-19 Pandemic via the Mediating Effects of Public Health Awareness and Behavioral Changes: Integrated Model. *J Med Internet Res*, 22(8). doi:10.2196/19996

- Alejo, T., Cota, M. R., & García, M. (2020). Estudio comparativo de la percepción de resiliencia y apoyo social entre dos grupos de alumnado universitario del inicio y del final de estudios. Obtenido de <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/20532/Estudio%20comparativo%20de%20la%20percepcion%20de%20Resiliencia%20y%20Apoyo%20Social%20entre%20dos%20grupos%20de%20alumnado%20universitario%20del%20Inicio%20y%20del%20final%20de%20estudios.pdf?sequence>
- Alejos, M., Vázquez-Bourgon, J., Santurtún, M., Riancho, J., & Santurtún, A. (2020). ¿Existe mayor riesgo de suicidio en pacientes diagnosticados de una enfermedad neurológica? *Neurología*. doi:10.1016/j.nrl.2020.03.003
- Alsaman, A., Mubarak, H., Aljabal, M., Abdulnabi, M., Ishaq, A., Yusuf, A., . . . Jahrami, H. (25 de julio de 2020). The psychological impact of COVID-19 Pandemic on the population of Bahrain. doi:10.2139/ssrn.3660648
- Altena, E., Baglioni, C., Espie, C., Ellis, J., Gavrilloff, D., Holzinger, B., . . . Riemann, D. (2020). Dealing with sleep problems during home confinement due to the COVID-19 outbreak: Practical recommendations from a task force of the European CBT-I Academy. *J Sleep Res*. doi:<https://doi.org/10.1111/jsr.13052>
- Alves, J., Cruz, A., & Aguiar, Z. (2006). Adaptación para la lengua portuguesa de la Escala Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS). *Rev Latino-am Enfermagem*.
- American Psychiatric Association. (2011). *Road to resilience*. Obtenido de American Psychiatric Association.

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Ang, S., Uthaman, T., Ayre, T., Mordiffi, S., Ang, E., & López, V. (2018). Association between demographics and resilience - a cross-sectional study among nurses in Singapore. *International Nursing Review*, 65(3), 459–466. doi:10.1111/inr.12441
- Arango, Ó. A. (2005). La resiliencia, una alternativa actual para el trabajo psicosocial. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*(15), 1-19.
- Arias, W. (2017). Prosocial behavior and positive psychology. *Avances En Psicología*, 23(1), 37-47. doi:10.33539/avpsicol.2015.v23n1.169
- Armas, H. (2021). La conducta prosocial, personalidad y estilos de pensamiento. Obtenido de <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/23963/La%20Conducta%20Prosocial%2C%20Personalidad%2C%20Estilos%20de%20Pensamiento%20%28En%20Epoca%20Covid%29.pdf?sequence=1>
- Arrufat, S. (2021). The spanish media in times of pandemic: news generation on social media during COVID-19. *Vivat Academia. Revista de Comunicación*, 154, 107-122. doi:10.15178/va.2021.154.e1309
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (Quinta ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Ayuso, J. (1988). *Trastornos de angustia*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

- Bacon, S., Baro, S., Barreira, I., Caravello, J., Caruso, J., Filippa, N., . . . De Souza, S. (2020). Representations of Government Measures in the Context of COVID-19. *Revista Digital Prospectivas en Psicología*, 5(1).
- Balcázar, P., Bonilla, M., Santamaría, J., Gurrola, G., & Trejo, L. (2007). Evaluación de la depresión en hombres y mujeres preuniversitarios. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 40(4), 97-101. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2007/nnp074a.pdf>
- Ballena, C., Cabrejos, L., Davila, Y., Gonzáles, C., Mejía, G., Ramos, V., & Barboza, J. (2021). Impacto del confinamiento por COVID-19 en la calidad de vida y salud mental. *Revista del Cuerpo Médico del HNAA*, 14(1). doi:10.35434/rcmhnaaa
- Banco Mundial. (2013). *Las conductas de riesgo constituyen una amenaza creciente para la salud mundial*. Obtenido de Banco Mundial: <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2013/11/20/risky-behaviors-growing-threats-global-health#:~:text=Un%20nuevo%20informe%20del%20Banco,personas%2C%20sobre%20todo%20en%20los>
- Banerjee, D., & Rai, M. (2020). Social isolation in Covid-19: The impact of loneliness. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(6), 525-527. doi:10.1177/0020764020922269
- Barlow, D., & Durand, V. (2001). *Psicología anormal*. México: International Thomson Editores S.A.

- Becoña, E. (2006). Resiliencia : definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 11*(3), 125-146. doi:10.5944/rppc.vol.11.num.3.2006.4024
- Boschiero, E. (2020). Riesgos globales y derechos humanos: hacia sociedades más resilientes, igualitarias y sostenibles. *Anuario CEIPAZ, 55-74*.
- Brailovskaia, J., & Margraf, J. (2020). Predicting adaptive and maladaptive responses to the Coronavirus (COVID-19) outbreak: A prospective longitudinal study. *International Journal of Clinical and Health Psychology. doi:10.1016/j.ijchp.2020.06.002*
- Britos, M., Estigarribia, R., Ferreira, J., & Valenzuela, J. (2021). Factores sociodemográficos asociados a la desesperanza y ansiedad en el periodo de cuarentena por el Covid 19, en personas que residen en Paraguay. *Revista Científica de la UCSA, 8*(1).
- Broche-Pérez, Y., Fernández-Castillo, E., & Reyes, D. (2021). Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. *Rev Cubana Salud Pública, 46*(1).
- Broche-Pérez, Y., Pérez, S., Santaella, S., Díaz, G., Carballo, A., & Blanco, Y. (2012). Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC). 71-75.
- Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. (3 de febrero de 2020). The Psychological Impact of Quarantine and How to Reduce It: Rapid Review of the Evidence. doi:10.2139/ssrn.3532534

- Bruine de Bruin, W. (2020). Age differences in COVID-19 risk perceptions and mental health: Evidence from a national US survey conducted in March 2020. *Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences*. doi:10.1093/geronb/gbaa074
- Bueno , M., & Barrientos, S. (2020). Cuidar al que cuida: el impacto emocional de la epidemia de coronavirus en las enfermeras y otros profesionales de la salud. *Enfermería Clínica*. doi:10.1016/j.enfcli.2020.05.006
- Buitrago, F., Ciurana, R., Fernández, M., & Jorge, T. (2020). Pandemia de la COVID-19 y salud mental: reflexiones iniciales desde la atención primaria de salud española. *Atención Primaria*, 53(1), 89-101.
- Bustos, V., & Russo, A. (2018). Mental health as an effect on childhood emotional developmen. *Psicogente*, 21(39). doi:10.17081/psico.21.39.2830
- Caballero-Domínguez, C., & Campo-Arias, A. (2020). Problemas de salud mental en la sociedad: Un acercamiento desde el impacto del COVID 19 y de la cuarentena. *Duazary* , 17(3). doi:https://doi.org/10.21676/2389783X.3467
- Cabanillas-Rojas, W. (2020). Conducta y propagación del COVID-19 en el Perú: marco de referencia para el diseño de intervenciones conductuales de sales pública. Recuperado el 12 de septiembre de 2020, de <https://orcid.org/0000-0001-8257-5630>
- Cabanyes, J. (2010). Resiliencia: una aproximación al concepto. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(4), 145-151. doi:10.1016/j.rpsm.2010.09.003
- Caccia, P., De Grandis, M., & Pérez, G. (2021). Somatizaciones y apoyo social funcional percibido en el contexto de aislamiento social preventivo y

- obligatorio por covid-19 en Buenos Aires, Argentina. *Revista Psicología UNEMI*, 5(008), 8-18.
- Cai, H. (2020). Sex difference and smoking predisposition in patients with COVID-19. *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(20). doi:10.1016/S2213-2600 (20) 30117-X
- Callís-Fernández, S., Guarton-Ortiz, O., Cruz-Sánchez, V., & de-Armas-Ferrera, A. (2021). Estados afectivos emocionales en adultos mayores solos en aislamiento social durante la pandemia COVID-19. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 46(1). Obtenido de <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2491>.
- Camuñas, N., Mavrou, I., & Miguel-Tobal, J. (2019). Ansiedad y tristeza-depresión: Una aproximación desde la teoría de la indefensión-desesperanza. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(1), 19-28. Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Irini_Mavrou2/publication/332973481_Camunas_N_Mavrou_I_Miguel-Tobal_J_J_2019_Ansiedad_y_tristeza-depresion_Una_aproximacion_desde_la_teor%C3%ADa_de_la_indefension-desesperanza_Revista_de_Psicopatologia_y_Psicologia_Clinica
- Castellini, G., Rossi, E., Cassioli, E., Sanfilippo, G., Innocenti, M., Gironi, V., . . . Ricca, V. (2021). A longitudinal observation of general psychopathology before the COVID-19 outbreak and during lockdown in Italy. *Journal of Psychosomatic Research*, 141. doi:10.1016/j.jpsychores.2020.110328

- Celis, R., & Vargas, C. (2005). Estilo de vida y conductas de riesgo. *Sinéctica*, 108-113. Obtenido de <https://sinectica.iteso.mx/index.php/SINECTICA/article/view/276/269>
- Celis-Morales, C., Salas-Bravo, C., Yáñez, A., & Castillo, M. (2020). Inactividad física y sedentarismo. La otra cara de los efectos secundarios de la Pandemia de COVID-19. *Rev. méd. Chile*, 148(6). doi:10.4067/S0034-98872020000600885
- Cetron, M., & Landwirth, J. (2005). Public Health and Ethical Considerations in Planning for Quarantine. *YALE Journal of Biology and Medicine*, 78, 325-330.
- Chakraborty, I., & Prasenjit, M. (1 de agosto de 2020). COVID-19 outbreak: Migration, effects on society, global environment and prevention. *Science of The Total Environment*, 728. doi:10.1016/j.scitotenv.2020.138882
- Chrousos, G., & Gold, P. (1992). The Concepts of Stress and Stress System Disorders. *JAMA*, 267(9). doi:10.1001/jama.1992.03480090092034
- Chu, P., Saucier, D. A., & Hafner, E. (2010). Meta-analysis of the relationships between social support and well-being in children and adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(6), 624-645. doi:10.1521/jscp.2010.29.6.624
- Corona, F., & Peralta, E. (2011). Prevención de conductas de riesgo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 68-75. doi:10.1016/S0716-8640(11)70394-7
- Cortés-Meda, A., & Ponciano-Rodríguez, G. (2021). Impacto de los determinantes sociales de la COVID-19 en México. *Boletín sobre COVID-19*, 4(17).

- Costa, S., Barontini, M., Forcada, P., Carrizo, P., & Almada, L. (2010). Estrés psicosocial y baja resiliencia, un factor de riesgo de hipertensión arterial. *Revista Argentina de Cardiología*, 78(5).
- Cruz, F., Bandera, A., & Gutiérrez, E. (1999). Conductas y factores de riesgo en la adolescencia. En M. d. Pública, *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud de la adolescencia* (págs. 120-144). La Habana.
- Cruz, G. (2018). Desestigmatizando la función del estrés. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(2), 604-619. Obtenido de <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol21num2/Vol21No2Art12.pdf>
- Cuervo, Á., & Izzedin, R. (2007). Tristeza, Depresión y Estrategias de Autorregulación en Niños. *Tesis Psicológica*(2), 35-47. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139012670004>
- De Juan, A., Barrio, G., Caballero, P., Gea, M. T., & Ronda-Pérez, E. (2021). Conductas de riesgo para la salud según la ocupación en población empleada en España. *Gaceta Sanitaria*. doi:10.1016/j.gaceta.2021.10.006
- De León, I. (29 de Septiembre de 2020). *CHDr.AAM celebra este 10 de octubre Día de la Salud Mental*. Obtenido de Caja de Seguro Social: <http://www.css.gob.pa/web/29-septiembre-2020ae.html>
- De Miguel, J., Gallardo, I., Becerra, A., Aguilar, P., & Briñol, P. (2009). El efecto del estrés sobre el procesamiento de mensajes persuasivos. *Revista de Psicología Social*, 24(3). doi:10.1174/021347409789050597

- Delgado, J. (2020). El papel de las comunidades de práctica en la construcción de resiliencia moral: un análisis a partir de la pandemia de Covid-19. *Dilemata*(33), 23-37.
- Díaz , I., & de la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual. *Summa Psicológica UST*, 16(1), 42-50.
- Dosil, M., Ozamiz, N., Redondo, I., Jaureguizar, J., & Picaza, M. (2020). Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. doi:10.1016/j.rpsm.2020.05.004
- Echeverri, D. (2020). Entre guerras y pandemias ¿volveremos a ser los mismos? ¿Hay duda de la resiliencia de la humanidad? 27(2), 73–76. doi:10.1016%2Fj.rccar.2020.04.003
- Eisenberg, N., Fabes , R., & Spinrad, T. (2007). Prosocial Development. Handbook of Child Psychology. doi:10.1002/9780470147658.chpsy0311
- El trastorno de ansiedad generalizada. (2013). *Revista de la Facultad de Medicina*, 53-55.
- Espinoza, A., Pernas, I., & González, R. (2018). Consideraciones teórico metodológicas y prácticas acerca del estrés. *Humanidades Médicas*, 18(3), 697-717. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v18n3/1727-8120-hmc-18-03-697.pdf>
- Esposito, S., Principi, N., Leung, C., & Migliori, G. (2020). Universal use of face masks for success against COVID-19: evidence and implications for prevention policies. *European Respiratory Journal*. doi:10.1183/13993003.01260-2020

- Etchevers, M., Garay, C., Putrino, N., Helmich, N., & Lunansky, G. (2021). Argentinian Mental Health During the COVID-19 Pandemic: A Screening Study of the General Population During Two Periods of Quarantine. *Clinical Psychology in Europe*, 3(1), 1-17. doi:10.32872/cpe.4519
- Fattah, A. (2020). Emotional Intelligence and Emotional Stability in Crises. *Journal of Psychiatry and Psychiatric Disorders*, 4, 56-62.
- Feldman, R. (2014). *Psicología con aplicaciones de países de habla hispana*. México: McGrawHill.
- Gallegos, M., Zalaquett, C., Luna, S. E., & Mazo-Zea, R. (2020). Cómo afrontar la pandemia del Coronavirus (Covid-19) en las Américas: recomendaciones y líneas de acción sobre salud mental. *Revista Interamericana de psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 54(1), 1-28. doi:10.30849/ripijp.v54i1.1304
- Gao, J., Dai, J., Zheng, P., Chen, H., Mao, Y., Chen, S., . . . Jia, Y. (2020). Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *The Lancet*. doi:10.2139/ssrn.3541120
- García, A. (2009). La depresión en adolescentes. *Revista de estudios de juventud* (84), 85-104.
- García-Álvarez, L., De la Fuente-Tomás, L., Sáiz, P., García-Portilla, M., & Bobes, J. (2020). Will changes in alcohol and tobacco use be seen during the COVID-19 lockdown? *Adicciones*, 32(2), 85-89.

- García-Tascón, M., Mendaña-Cuervo, C., Sahelices-Pinto, C., & Magaz-González, A. (2021). Repercusión en la calidad de vida, salud y práctica de actividad física del confinamiento por Covid-19 en España (Effects on quality of life, health and practice of physical activity of Covid-19 confinement in Spain). *Retos*, 42, 684-695. doi:10.47197/retos.v42i0.88098
- Garfin, D., Silver, R., & Holman, E. A. (2020). The novel coronavirus (COVID-2019) outbreak: Amplification of public health consequences by media exposure. *PubMed*, 39(5), 355-357. doi:10.1037/hea0000875
- Golpe, S., Isorna, M., Barreiro, C., Braña, T., & Rial, A. (2017). Consumo intensivo de alcohol en adolescentes: prevalencia, conductas de riesgo y variables asociadas. *Adicciones*, 29(4), 256-267.
- González-Soto, C., Agüero-Grande, J., Mazatán-Ochoa, C., & Guerrero-Castañeda, R. (2021). Cuidado de la salud mental en adultos mayores en la transición pandemia COVID19 - Nuevo normalidad. *Cogitare Enfermagem*, 26. doi:10.5380/ce.v26i0.78463
- Gutiérrez, A., Rodríguez, L., Torralbas, A., Calcerrada, M., Cruz, A., Hidalgo, D., & Ávila, Y. (2021). Impacto psicosocial de la cuarentena por COVID-19 en la comunidad 26 de Julio en Holguín. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 11(2).
- Gutiérrez, R., & González, A. (2021). Importancia de los factores que influyen en el desarrollo de ansiedad, depresión y estrés durante la pandemia de la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 20(2). Obtenido de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2021000200020&lng=es&tlng=es.

Hamer, M., Kivimäki, M., Gale, C., & Batty, D. (2020). Lifestyle Risk Factors, Inflammatory Mechanisms, and COVID-19 Hospitalization: A Community-Based Cohort Study of 387,109 Adults in UK. *Elsevier Inc.* doi:10.1016/j.bbi.2020.05.059

Hefler, M., & Gartner, C. (2020). The tobacco industry in the time of COVID-19: time to shut it down? *Tob Control*, 29(3), 245-246. doi:10.1136/tobaccocontrol-2020-055807

Henssler, J., Stock, F., van Bohemen, J., Walter, H., Heinz, A., & Brandt, L. (2021). Mental health effects of infection containment strategies: quarantine and isolation—a systematic review and meta-analysis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience volume*, 223–234. doi:10.1007/s00406-020-01196-x

Hernández Rodríguez, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 24(3), 578-594. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300578#B8

Hernández, L. (2014). Desgaste profesional en especialistas en Medicina General.

Hernández, L. (2020). Resiliencia comunitaria y salud mental: Una reflexión teórica en el marco de la emergencia mundial del covid-19. doi:10.47463/clder.2020.01.007

- Herrera-Paz, J., Bobadilla-Jacob, P., Ben, D., García-Zamora, S., Sandoval, C., Cancer, M., . . . Picco, J. (2020). Impacto psicosocial de la pandemia por COVID-19 en adultos de Buenos Aires. *Rev Argent Cardiol*, 88, 454-459. doi:10.7775/rac.es.v88.i5.18857
- Hossain, M. M., Sultana, A., & Purohit, N. (17 de marzo de 2020). Mental Health Outcomes of Quarantine and Isolation for Infection Prevention: A Systematic Umbrella Review of the Global Evidence. *Epidemiol Health*, 42. doi:10.2139/ssrn.3561265
- Houtman, I., & Kompier, M. (2001). ¿Qué es la salud mental?: un modelo conceptual. pág. 5.2.
- Hsing, A., Zhang, J., Peng, K., Lin, W.-K., Wu, Y.-H., Hsing, J., . . . Lounsbury, D. (mayo de 2020). A Rapid Assessment of Psychological Distress and Well-Being: Impact of the COVID-19 Pandemic and Shelter-in-Place. doi:10.2139/ssrn.3578809
- Jeong, H., Woo, H., Song, Y.-J., Ki, M., Min, J.-A., Cho, J., & Chae, J.-H. (noviembre de 2016). Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome. *Epidemiol Health*, 38. doi:10.4178/epih.e2016048
- Johnson, B. (2000). *Enfermería psiquiátrica y de salud mental*. Madrid: Editorial Interamericana McGraw-Hill.
- Johnson, M., Saletti-Cuesta, L., & Tumas, N. (Junio de 2020). Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. *Ciênc. saúde coletiva*, 25(1). doi:10.1590/1413-81232020256.1.10472020

- Khalid, I., Khalid, T., Qabajah, M., Barnard, A., & Qushmaq, I. (2016). Healthcare Workers Emotions, Perceived Stressors and Coping Strategies During a MERS-CoV Outbreak. *Clinical Medicine & Research*, 17(1), 7-14. doi:10.3121/cmr.2016.1303
- Klonsky, E., May, A., & Saffer, B. (2016). Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Review of Clinical Psychology*, 12(1), 307-330. doi:10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204
- Krueger, J. (Agosto de 2020). Legal Strategies for Promoting Mental Health and Wellbeing in the COVID-19 Pandemic. *Public Health Law Watch*, 138-142. Obtenido de <https://ssrn.com/abstract=3675873>
- Lacomba-Trejo, L., Mateu-Mollà, J., Cabajo, E., Oltra, A. M., & Galán, A. (2021). Percepción de amenaza de la enfermedad renal crónica avanzada y su asociación con la sintomatología ansiosa y depresiva. *Revista Psicológica de la Salud*, 8(1). doi:10.21134/pssa.v9i1.710
- Lacomba-Trejo, L., Valero-Moreno, S., de la Barrera, U., Pérez-Marín, M., & Montoya-Castilla, I. (2021). Ajuste psicológico en cuidadores familiares de adolescentes: un análisis longitudinal durante el confinamiento por la COVID-19 en España. *Análisis y Modificación de Conducta*, 47(175), 35-49. doi:10.33776/amc.v47i175.5190
- Landa-Blanco, M., Mejía, C., Landa-Blanco, A., Martínez-Martínez, C., Vásquez, D., Vásquez, G., . . . Montoya, B. (2021). Coronavirus awareness, confinement stress, and mental health: Evidence from Honduras, Chile, Costa Rica, Mexico

- and Spain. *Social Science & Medicine*, 277.
doi:10.1016/j.socscimed.2021.113933
- Lee, A., Wong, J., McAlonan, G., Cheung, V., Cheung, C., Sham, P., . . . Chua, S. (2007). Stress and Psychological Distress Among SARS Survivors 1 Year After the Outbreak. *Journal of Psychiatry*, 52(4), 233-240.
doi:10.1177/070674370705200405
- Lee, S., Jobe, M., Mathis, A., & Gibbons, J. (agosto de 2020). Incremental validity of coronaphobia: Coronavirus anxiety explains depression, generalized anxiety, and death anxiety. *Journal of anxiety disorders*, 74.
doi:10.1016/j.janxdis.2020.102268
- Leung, N., Chu, D., Shiu, E., Chan, K.-H., McDevitt, J., Hau, B., . . . Cowling, B. (2020). Respiratory virus shedding in exhaled breath and efficacy of face masks. *Nature Medicine*, 26, 676–680. doi:10.1038/s41591-020-0843-2
- Lira, D., & Custodio, N. (2018). Sleep disorders and their complex relationship with cognitive functions. *Rev Neuropsiquiatr*, 81(1), 20-26. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v81n1/a04v81n1.pdf>
- Llibre, J., Noriega, L., Guerra-Hernández, M., Zayas, T., Llibre, J., Alfonso, R., & Gutiérrez, R. (2021). Soledad y su asociación con depresión, ansiedad y trastornos del sueño en personas mayores cubanas durante la pandemia por COVID-19. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 11(3). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-01062021000300028

- Lockerd, L. (2020). *COVID-19: ¿Qué significa distanciamiento social y autocuarentena?* Obtenido de Johns Hopkins Medicine: https://www.hopkinsmedicine.org/patient_care/_documents/language-services/Social_Distancing_Spanish.pdf
- López, J., Pérez-Rojo, G., Noriega, C., Velasco, C., Carretero, I., López-Frutos, P., & Galarraga, L. (2021). Las respuestas al confinamiento por la pandemia de la COVID-19 desde una perspectiva emocional: la función familiar como patrón diferencial en las personas mayores. *Behavioral Psychology. Psicología Conductual*, 29(2), 331-344. doi:10.51668/bp.8321207s
- López-Ibor, M. I. (2016). Sadness vs depression: everyday feelings vs mood disorders and the adaptative value of sadness. *An. Real. Acad. Doct.*, 1, 103-112.
- Lu, H., Nie, P., & Qian, L. (2021). Do Quarantine Experiences and Attitudes Towards COVID-19 Affect the Distribution of Mental Health in China? A Quantile Regression Analysis. *Applied Research in Quality of Life*, 16, 1925–1942. doi:10.1007/s11482-020-09851-0
- Macías-Valadez, M., Gama, L., Zurita, M., & Rodríguez, F. (2020). Una mirada a la historia para la resiliencia ante el COVID-19. *Kuxulkab*, 26(56), 79-92. doi:10.19136/kuxulkab.a26n56.3847
- Marín, J. (2014). Conductas prosociales en los barrios Modelo y Los Trupillos de Barranquilla. *Psicogente*, 17(31), 211-225.
- Martín-Aragón-Gelabert, M., & Terol-Cantero, M. (2020). Post-COVID-19 psychosocial intervention in healthcare professionals (Intervención psicosocial

- postCOVID-19 en personal sanitario). *International Journal of Social Psychology*, 1-6. doi:10.1080/02134748.2020.1783854
- Martínez, C., Alonso, C., Castro, P., Álvarez, P., Oviedo, C., & Ellwanger, J. (2004). Efectividad de la técnica de intervención en crisis (IC) en un servicio de urgencia de un hospital general. *Terapia Psicológica*, 22(2), 177-184.
- Martínez, R., González, L., Navarro, N., de la Roca, J., & Reynoso, O. (2021). Resiliencia asociada a factores de salud mental y sociodemográficos en enfermeros mexicanos durante COVID-19. *Enferm. glob*, 20(62), 1-32. doi:10.6018/eglobal.452781
- McEwen, B. (2000). The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance. *Brain Research*, 172–189. doi:10.1016/s0006-8993(00)02950-4
- Mejia, C., Quispe-Sancho, A., Rodríguez-Alarcon, J., Ccasa-Valero, L., Ponce-López, V., Varela-Villanueva, E., . . . Vera-Gonzales, J. (2020). Factores asociados al fatalismo ante la COVID-19 en 20 ciudades del Perú en marzo 2020. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(2). Obtenido de <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3233/2495>
- Meléndez, C., Guerrero, K., & Quispe, B. (2021). Resiliencia y apoyo social percibido en profesionales de la salud que se encuentran realizando el Serums 2020. doi:10.20511/USIL.thesis/11231
- Merino, M., Álvarez, A., Madrid, J., Martínez, M., Puertas, F., Asencio, A., . . . Barriuso, B. (2016). Sueño saludable: evidencias y guías de actuación.

- Documento oficial de la Sociedad Española de Sueño. *Revista de Neurología*, 63(2), 1-27. Obtenido de <https://ses.org.es/docs/rev-neurologia2016.pdf>
- Mestre, V., Samper, P., Tur, A. M., Cortés, M., & Nácher, M. (2006). Conducta prosocial y procesos psicológicos implicados: un estudio longitudinal en la adolescencia. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(2), 203-215.
- Mieres-Chacaltana, M., Salvo-Garrid, S., & Denegri-Coria, M. (2019). Evaluación de la Escala de Prosocialidad de Caprara, Steca, Zelli y Capanna en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 56(3), 21-32. doi:10.21865/RIDEP56.3.01
- Millán-Oñate, J., Rodríguez-Morales, A. J., Camacho-Moreno, G., Mendoza-Ramírez, H., Rodríguez-Sabogal, I. A., & Álvarez-Moreno, C. (2020). A new emerging zoonotic virus of concern: the 2019 novel Coronavirus (SARS CoV-2). *Infectio*, 24(3), 187-192. doi:10.22354/in.v24i3.848
- MINSA. (9 de marzo de 2020). *Panamá confirma primer caso de COVID-19*. Recuperado el 5 de septiembre de 2020, de Ministerio de Salud: <http://www.minsa.gob.pa/noticia/panama-confirma-primer-caso-de-covid-19>
- Módenes, J., Marcos, M., & García, D. (2020). Covid-19: ¿la vivienda protege a los mayores en América Latina? Argentina y Colombia comparadas con España. *Perspectives Demographiques*(20), 1-4.
- Molina, J. (2021). *Efectos psicológicos, sociales y físicos de los adultos mayores en época de COVID 19*. Obtenido de

<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/24032/1/UCE-FCDAPD-CTO-MOLINA%20JENIFFER.pdf>

Mungmungpantip, R. (2021). Medios de comunicación, redes sociales, noticias falsas, información incierta, datos preliminares: preocupaciones durante la actual pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Investigación en Salud*, 5(1), 5-6. doi:10.35839/repis.5.1.913

Muñoz-Fernández, S., Molina-Valdespino, D., Ochoa-Palacios, R., SánchezGuerrero, O., & Esquivel-Acevedo, J. (2020). Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Acta Pediátrica de México*, 41(1), 127-136.

Naranjo, M. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista Educación*, 33(2), 171-190. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/440/44012058011.pdf>

Nupia, O. (2021). Cuarentena y poscuarentena en Colombia: preocupaciones económicas, aislamiento social y aprobación del Gobierno. *Cuadernos de Economía*, 40(85), 921-955.

Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida* (Cuarta ed.). México.

OMS. (2019). *Suicidio*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

OMS. (7 de Octubre de 2020). *Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19): orientaciones para el público*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud:

<https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>

OMS. (30 de julio de 2020). *Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19*.

Recuperado el 5 de septiembre de 2020, de Organización Mundial de la Salud:

[who.int/es/news-room/detail/29-06-2020-covid-timeline](https://www.who.int/es/news-room/detail/29-06-2020-covid-timeline)

OMS. (5 de Octubre de 2020). *Los servicios de salud mental se están viendo*

perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de

la OMS. Obtenido de Organización Mundial de la Salud:

[https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-](https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey)

[health-services-in-most-countries-who-survey](https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey)

Oosterhoff, B., Palmer, C., Wilson, J., & Shook, N. (2020). Adolescents' Motivations

to Engage in Social Distancing During the COVID-19 Pandemic: Associations

With Mental and Social Health. *Journal of Adolescent Health, 67*, 179-185.

doi:10.1016/j.jadohealth.2020.05.004

OPS. (12 de Marzo de 2020). *La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia*.

Recuperado el 5 de septiembre de 2020, de Organización Panamericana de la

Salud:

[https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=](https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10436:la-oms-caracteriza-a-covid-19-como-una-pandemia&Itemid=226)

[10436:la-oms-caracteriza-a-covid-19-como-una-pandemia&Itemid=226](https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10436:la-oms-caracteriza-a-covid-19-como-una-pandemia&Itemid=226)

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación Internacional de*

Enfermedades para Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad (11 ed.). Ginebra:

Editorial Médica Panamericana.

- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Trastornos mentales*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Hospitalizaciones y muertes por COVID-19 de adultos jóvenes se disparan en las Américas*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/es/noticias/5-5-2021-hospitalizaciones-muertes-por-covid-19-adultos-jovenes-se-disparan-americas>
- Oriol-Bosch, A. (2012). Resiliencia. *Educación Médica*, 15(2), 77-78. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132012000200004
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M., & Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4). doi:10.1590/0102-311x00054020
- Pacheco, G. (2003). Aspectos que configuran la salud mental. *Medwave*, 8. doi:10.5867/medwave.2003.08.2774
- Pan, Y., Xin, M., Zhang, C., Willa, D., Fang, Y., Wu, W., . . . He, Y. (2020). Associations of Mental Health and Personal Preventive Measure Compliance With Exposure to COVID-19 Information During Work Resumption Following

- the COVID-19 Outbreak in China: Cross-Sectional Survey Study. *J Med Internet Res*, 22(10). doi:10.2196/22596
- Parrado-González, A., & León-Jariego, J. (2020). COVID-19: Factores asociados al malestar emocional y morbilidad psíquica en población española. *Revista española de salud pública*.
- Pascale, A. (2020). Consumo de sustancias psicoactivas durante la pandemia por COVID-19: implicancias toxicológicas desde un enfoque integral y desafíos terapéuticos. *Revista Médica del Uruguay*, 36(3), 247-251. Obtenido de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902020000300247&lng=es&tlng=es
- Pego-Pérez, E., del Río-Nieto, M., Fernández, I., & Gutiérrez-García, E. (2018). Prevalencia de sintomatología de ansiedad y depresión en estudiantado universitario del Grado en Enfermería en la Comunidad Autónoma de Galicia. *12(2)*. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1988-348X2018000200005&script=sci_arttext&tlng=pt
- Pelissolo, A. (2019). Trastornos de ansiedad y fóbicos. *EMC - Tratado de Medicina*, 23(2), 1-2. doi:10.1016/S1636-5410(19)41998-3
- Peñaherrera, E. (1998). Comportamiento de riesgo adolescente: una aproximación psicosocial. *Revista de Psicología de la PUCP*, 16(2), 267-293.
- Pérez, D., García, J., García, T., Ortiz, D., & Centelles, M. (2014). Conocimientos sobre estrés, salud y creencias de control para la Atención Primaria de Salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(3), 354-363. Obtenido de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000300009

- Pérez, J., Dorado, A., Rodríguez-Brioso, M., & López, J. (2020). Resiliencia para la promoción de la salud en la crisis Covid-19 en España. *Revista de Ciencias Sociales, XXVI*(4), 52-63.
- Pérez-Padilla, E., Cervantes-Ramírez, V., Hijuelos-García, N., Pineda-Cortés, J., & Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista Biomédica, 28*(2), 73-98. doi:10.32776/revbiomed.v28i2.557
- Pfattheicher, S., Nockur, L., Böhm, R., Sassenrath, C., & Bang, M. (2020). The emotional path to action: Empathy promotes physical distancing and wearing of face masks during the COVID-19 pandemic. doi:10.31234/osf.io/y2cg5
- Picco, J., González, E., Wolff, S., Gómez, V., & Wolff, D. (2020). Aspectos psicosociales de la pandemia COVID-19 en la población de la ciudad de Mendoza. *Rev Argent Cardiol, 88*(3). doi:10.7775/rac.es.v88.i3.17925
- Pieh, C., Budimir, S., Humer, E., & Probst, T. (octubre de 2020). Comparing mental health during COVID-19 lockdown and six months later in Austria: A longitudinal study. doi:10.2139/ssrn.3707580
- Ponce de León, N., & Carrara, C. (2021). Efectos psicológicos de la cuarentena. *Evidencia, Actualizacion En La práctica Ambulatoria, 24*(2). doi:<https://doi.org/10.51987/evidencia.v24i3.6947>
- Portocarrero, A., & Jiménez-Genchi, A. (2005). Estudio de validación de la traducción al español de la Escala Atenas de Insomnio. *Salud Mental, 28*(5), 34-39.

- Prieto, M., March, J., Martín, A., Escudero, M., López, M., & Luque, N. (2020). Repercusiones del confinamiento por COVID-19 en pacientes crónicos de Andalucía. *Gaceta Sanitaria*. doi:10.1016/j.gaceta.2020.11.001
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2020). Análisis socioeconómico del impacto del COVID-19 en Panamá Estudio complementario: escenarios económicos prospectivos y alcance de las opciones de política en Panamá. Obtenido de <https://www1.undp.org/content/dam/panama/docs/documentos/Evaluacion-Economica-Inicial-Covid-19-y-el-Alcance-de-las-Opciones-de-Politica-en-Panama.pdf>
- Pulido-Capurro, V., Acevedo-Flores, J., Olivera-Carhuaz, E., Gómez-Gonzales, W., & Zapana-Tito, M. (2021). Gestión de la información y comportamiento poblacional en el aislamiento social durante la COVID 19. *Gaceta Científica*, 7(3), 127-133. doi:10.46794/gacien.7.3.1157
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33. doi:10.1136/gpsych-2020-100213
- Quintanar, F. (2021). *Análisis de experiencias exitosas en seguridad social y salud mental de grupos vulnerables ante el impacto de la COVID-19*. Obtenido de Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social: <http://ciess.ciss->

bienestar.org/ArticulosCASS/CASBSS_analisis_de_experiencias_exitosas_en_seguridad_social_y_salud_mental.pdf

Raju, J., Asirvatham, R., & Madani, A. H. (2021). Impact of lockdown during covid-19 pandemic on psychological wellbeing among healthy working adults. *Black Sea Journal of Public and Social Science*, 4(1), 34-41.

Redondo, J., Rueda, S., & Amado, C. (2013). Conducta prosocial: una alternativa a las conductas agresivas. *INVESTIGIUM IRE: Ciencias Sociales y Humana*, 4(1), 234-247.

Resolución de Gabinete N°11. (13 de marzo de 2020). Obtenido de Gaceta Oficial Digital:

https://www.concertacion.org.pa/tmp/file/490/ResGabinete_11_13marzo2020_EstadoEmergNalCOVID-19.pdf

Restrepo, C., Bohórquez, A., Gil, L., Jaramillo, L., García, J., Bravo, E., . . . Palacio, C. (2013). Evaluación del riesgo de suicidio en la guía de práctica clínica para diagnóstico y manejo de la depresión en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43, 3-11. doi:10.1016/j.rcp.2013.11.001

Reyes Marrero, R., & de Portugal Fernández, E. (2019). Trastornos de ansiedad. *Reyes Marrero, R., & de PorMedicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(84), 4911–4917. doi:10.1016/j.med.2019.07.001

Reynolds, D., Garay, J., Deamond , S., Moran, M., Gold, W., & Styra, R. (2008). Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiol Infect*, 136, 997-1007.

- Richardson, G. E., Neiger, B. L., Jensen, S., & Kumpfer, K. L. (1990). The Resiliency Model. *Health Education, 21*(6), 33-39. doi:10.1080/00970050.1990.10614589
- Ríos, B., Chávez, E., Rangel, G., & Pedraza, L. (2010). Defense mechanisms in cardiovascular disease patients with and without panic disorder. *Salud Mental, 33*, 219-227.
- Robles, J. (2020). La psicología de emergencias ante la COVID-19: enfoque desde la prevención, detección y gestión operativa del riesgo. *Clínica y Salud, 31*(2), 115-118. doi:10.5093/clysa2020a17
- Rodríguez, D. (2021). Revisión sistemática sobre la relación entre la salud mental y la actividad física en adultos durante la emergencia de salud pública por la covid-19 en el año 2020. Obtenido de https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/33971/1/2021_revision_covid19.pdf
- Rodríguez, L., Mesurado, B., Oñate, M., Guerra, P., & Menghi, M. (2017). Adaptación de la Escala de Prosocialidad de Caprara en Adolescentes Argentinos. *17*(2), 177-187.
- Román, F., Santibáñez, P., & Vinet, E. (2016). Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos. *Acta de Investigación Psicológica - Psychological Research Records, 6*(1), 2325-2336. doi:10.1016/S2007-4719(16)30053-9

- Rosabal, E., Romero, N., Gaquín, K., & Hernández, R. (2015). Conductas de riesgo en los adolescentes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 44(2), 218-229. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572015000200010
- Ruiz, J. I. (2015). Resiliencia comunitaria: propuesta de una escala. *Pensamiento Psicológico*, 13(1), 119-35. doi:10.11144/Javerianacali.PPSI13-1.rcpe
- Ruiz, M., Saiz, J., Montero, M., & Navarro, D. (2017). Adaptation of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in people with severe mental disorders. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(132), 415-437. doi:10.4321/s0211-57352017000200006
- Saavedra-González, A., Rangel-Torres, S., García-de León, Á., Duarte-Ortuño, A., Bello-Hernández, Y., & Infante-Sandoval, A. (2016). Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. 23(1), 24-28. doi:10.1016/S1405-8871(16)30073-6
- Sabucedo, J. M., & Morales, J. F. (2015). *Psicología Social*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Sala, E. (2021). Covid 19. Medidas restrictivas: cuarentena, aislamiento y estado de alarma ¿precursores de delirios? Obtenido de <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/23458/SALA%20GARCIA%2c%20ESTELA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Salman, D., Vishnubala, D., Le Feuvre, P., Beaney, T., Korgaonkar, J., Majeed, A., & McGregor, A. (2021). Volviendo a la actividad física después del Covid-19. doi:10.1136/bmj.m4721
- Sánchez-Villena, A., & De la Fuente, V. (2020). COVID-19: cuarentena, aislamiento, distanciamiento social y confinamiento, ¿son lo mismo? *Anales de Pediatría*, 93(1), 73-74. doi:10.1016/j.anpedi.2020.05.001
- Schulz, P., & Arora, G. (2015). Depression. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 21, 756–771. doi:10.1212/01.con.0000466664.35650.b4
- SICA. (24 de agosto de 2020). *Información sobre medidas adoptadas por Panamá ante la emergencia del COVID-19*. Recuperado el 6 de septiembre de 2020, de Sistema de la Integración Centroamericana: <https://www.sica.int/coronavirus/observatorioSICACOVID19/medidas/panama>
- Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos. *Revista Mal-estar E Subjetividad*, 10-59.
- Sixto-Costoya, A., Lucas-Domínguez, R., & Agulló-Calatayud, V. (2021). COVID-19 y su repercusión en las adicciones. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 21(1), 259-278. doi:10.21134/haaj.v21i1.582
- Soldatos, C., Dikeos, D., & Paparrigopoulos, T. (2000). Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(6), 555–560. doi:10.1016/s0022-3999(00)00095-7

- Taha, S., Matheson, K., Cronin, T., & Anisman, H. (2013). Intolerance of uncertainty, appraisals, coping, and anxiety: The case of the 2009 H1N1 pandemic. *British Journal of Health Psychology*, 9, 592-605. doi:<https://doi.org/10.1111/bjhp.12058>
- Tan, H., Chai, B., & Lui, Y. (2021). Effects of COVID-19 on Substance Use in Singapore. *Substance Abuse: Research and Treatment*. doi:<https://doi.org/10.1177/11782218211030533>
- Tapia, D. (2020). Estrategias de afrontamiento y apoyo social ante la emergencia sanitaria Covid-19 y su relación con variables sociodemográficas y laborales en funcionarios de la matriz de la Corporación Eléctrica del Ecuador. Periodo mayo - noviembre 2020. Obtenido de <http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/19714>
- Taylor, M., Agho, K., Stevens, G., & Raphael, B. (2008). Factors influencing psychological distress during a disease epidemic: Data from Australia's first outbreak of equine influenza. *BMC Public Health*, 8(347). doi:10.1186/1471-2458-8-347
- Testa, M. (20 de mayo de 2020). Impacto en la salud mental que llega hasta el suicidio, otro mal que se propaga. *La Estrella de Panamá*. Recuperado el 7 de septiembre de 2020, de <https://www.laestrella.com.pa/nacional/200520/impacto-salud-mental-llega-suicidio>
- Torrens, I., Argüelles-Vázquez, R., Lorente-Montalvo, P., Molero-Alfonso, C., & Esteva, M. (2018). Prevalencia de insomnio y características de la población


- insomne de una zona básica de salud de Mallorca. *Elsevier*.
doi:10.1016/j.aprim.2018.02.014
- Torres, C., & Aguilar, F. (2006). Relación anatómica, clínica y neurofisiológica entre los sistemas nervioso, endocrino e inmune. *Plasticidad y Restauración Neurológica*, 5(1), 75-84.
- Torres, F. (2020). *What Is Depression?* Obtenido de American Psychiatric Association:
<https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>
- Urquiza, V., & Casullo, M. (2005). Empatía, razonamiento moral y conducta prosocial en adolescentes. *Anuario de Investigaciones*, 13, 297-302.
- Vaca, D., & Mayorga, D. (2021). Estados emocionales y su relación con el insomnio en el personal de salud durante pandemia. *Enfermería Investiga*, 6(1), 20-26.
doi:10.31243/ei.uta.v6i1.1023.2021
- Vila, J., Guerra, P., Muñoz, M., Perakakis, P., Delgado, L., Figueroa, M., & Mohamed, S. (2009). La dinámica del miedo: la cascada defensiva. *Escritos de Psicología*, 3(1), 37-42. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/ep/v3n1/art05.pdf>
- Vilcacuri, E., & Rodriguez, L. (2020). Diagnóstico de la ansiedad utilizando Sistemas Expertos con el test psicológico “Inventario de Ansiedad de Beck”. *Nereis. Interdisciplinary Ibero-American Journal of Methods, Modelling and Simulation*(12), 195-210. doi:10.46583/nereis_2020.12.611
- Villaquiran, A., Ramos, O., Jácome, S., & Meza, M. (2020). Actividad física y ejercicio en tiempos de COVID-19. *Rev CES Med*, 34, 51-58.
doi:10.21615/cesmedicina.34.COVID-19.6

- Villar, S., & Día, J. (2021). Síntomas psicóticos en relación con cuarentena por COVID-19. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(1), 39-42.
- Vinker, C. H., van Amelsvoort, T., Bisson, J., Branchi, I., Cryan, J. F., Domschke, K., . . . van der Wee, N. (junio de 2020). Stress resilience during the coronavirus pandemic. *European Neuropsychopharmacology*, 35, 12-16. doi:10.1016/j.euroneuro.2020.05.003
- Virto-Farfan, H., Ccahuana, F., Loayza, W., Cornejo, A., Sánchez, D., Cede o, M., . . . Tafet, G. (2021). Estrés, ansiedad y depresión en la etapa inicial del aislamiento social por covid-19 Cusco-Perú. *Revista Recien*, 10(3). Obtenido de <https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/76/103>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C., & Ho, R. (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). doi:10.3390/ijerph17051729
- Wang, Y., Shi, L., Lu, Q., Liu, L., Lu, Z., Xu, Y., . . . Shi, J. (2021). The impact of quarantine on mental health status among general population in China during the COVID-19 pandemic. *Molecular Psychiatry*, 26, 4813–4822. doi:10.1038/s41380-021-01019-y
- Wathelet, M., Duhem, S., Vaiva, G., Baubet, T., Habran, E., Veerapa, E., . . . D'Hondt, F. (2020). Factors associated with mental health disorders among university

- students in France confined during the COVID-19 pandemic. *JAMA Network Open*, 3(10). doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.25591
- Wu, C., Hu, X., Song, J., Song, Y., Yang, D., Xu, J., . . . Zheng, J. (abril de 2020). Mental Health Status of Survivors Following COVID-19 in Wuhan, China: A Descriptive Study. doi:10.2139/ssrn.3559616
- Xian, Y.-T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & H Ng, C. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*, 7, 228-229. doi:https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8
- Yaribeygi, H., Panahi, Y., Sahraei, H., Johnston, T., & Sahebkar, A. (2017). The impact of stress on body function: a review. *EXCLI Journal*, 1057-1072. doi:10.17179/excli2017-480

APÉNDICES

APROBACIÓN DEL COMITÉ NACIONAL DE BIOÉTICA


| | |
|---|---|
|  <p>CNBI COMITÉ NACIONAL DE BIOÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN PANAMÁ</p> | <p>Comité Nacional de Bioética de la Investigación de Panamá Plantilla de Trabajo</p> |
| <p>Código del PT: PT-023</p> | <p>Título: Aprobación de Protocolo</p> |
| <p>Versión: 1.4</p> | <p>Fecha: Marzo 2021</p> |

Aprobación de protocolo

Por este medio informamos que, en reunión de este Comité, realizada el día 12 de febrero de 2021 luego de revisión, se decide: **Solicitud de modificaciones mínimas para aprobación** del protocolo en referencia, mismas que fueron subsanadas y **Aprobado** por los revisores el día 3 de marzo de 2021.

| | |
|--|---|
| No. Interno de Seguimiento: | EC-CNBI-2021-02-132 |
| Número del Protocolo: | |
| Título de Protocolo: | RESPUESTA PSICOSOCIAL A LA PANDEMIA DE COVID-19 EN ADULTOS RESIDENTES EN PANAMÁ |
| Patrocinador: | - |
| Investigador Principal: | María Sofía Pinzón |
| Nombre y Dirección del Sitio de Investigación aprobado: | USMA |
| Fecha de aprobación: | 3 de marzo de 2021 |
| Fecha de vencimiento de aprobación: | - |


| Se revisaron y aprobaron los siguientes documentos | | | |
|--|---------|-----------------------|---------|
| Nombre | Versión | Fecha | Idioma |
| Protocolo | 2.0 | 23 de febrero de 2021 | Español |
| Consentimiento Informado | 2.0 | 23 de febrero de 2021 | Español |
| Cuestionario Sociodemográfico | 2.0 | 23 de febrero de 2021 | Español |
| Instrumento Google Forms | | | Español |
| Afiche | | | Español |
| Mensaje adjunto al link y al afiche | | | Español |

| | |
|--|---|
|  COMITÉ NACIONAL DE BIOÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN PANAMÁ | Comité Nacional de Bioética de la Investigación de Panamá Plantilla de Trabajo |
| Código del PT: PT-023 | Título: Aprobación de Protocolo |
| Versión: 1.4 | Fecha: Marzo 2021 |

| Por este medio se hace constar que los siguientes miembros del CNBI estuvieron presentes en la sesión en la cual se APROBO el protocolo | |
|--|--|
| Nombre | Institución a la que representa |
| Argentina Ying | Universidad de Panamá |
| Luis Coronado | Hospital del Niño |
| Rita Trujillo | Caja de Seguro Social |
| Aida Libia Moreno de Rivera | ABIOPAN |
| María E. Barnett | ICGES |
| Lynn Marie Chambonnet | SENACYT |
| Jesica Candanedo | MINSAs |
| Osvaldo Reyes | Hospital Santo Tomás |

La aprobación está sujeta al cumplimiento de las siguientes responsabilidades del Investigador Principal, quien deberá velar y garantizar su cumplimiento durante el desarrollo del estudio en el sitio de investigación a su cargo:

- *Conducir la investigación de acuerdo al protocolo aprobado.*
- *Conducir la investigación en observancia a las Buenas Prácticas Clínicas, regulaciones locales e internacionales aplicables.*
- *Conducir la investigación en observancia a los acuerdos y condiciones establecidas durante el proceso de revisión y aprobación.*
- *Delegar las funciones del estudio a personal calificado, con la experiencia y educación que respalden su capacidad para desempeñar las funciones delegadas.*
- *Desarrollar y supervisar personalmente la investigación.*

| | |
|--|---|
|  COMITÉ NACIONAL DE BIOÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN PANAMÁ | Comité Nacional de Bioética de la Investigación de Panamá Plantilla de Trabajo |
| Código del PT: PT-023 | Título: Aprobación de Protocolo |
| Versión: 1.4 | Fecha: Marzo 2021 |

- *Obtener aprobación del CNBI previo a incorporar cambios en el protocolo; exceptuando aquellos casos en que sea necesario para proteger la vida y seguridad del sujeto, estos casos deberán notificarse inmediatamente al CNBI.*
- *Obtener y documentar adecuadamente el consentimiento informado de cada sujeto participante o potencialmente participando, haciendo uso de las formas vigentes aprobadas por el CNBI.*
- *Reportar dentro de las 24 horas de conocimiento todo evento adverso serio ocurrido a los sujetos participantes en el sitio de investigación.*
- *Reportar dentro de 30 días toda información de seguridad recibida del patrocinador.*
- *Presentar oportunamente los reportes continuos y final del desarrollo de la investigación.*
- *Recibir y atender las visitas del CNBI al sitio de investigación cuando lo solicite.*
- *Atender los requerimientos del CNBI relacionados al desarrollo de la investigación u otros aplicables a la conducción de estudios clínicos en sitios de investigación.*

Nota: Únicamente puede utilizar el material para reclutamiento del estudio aprobado por el CNBI, debe advertir a los posibles participantes que no deben divulgar información sobre el estudio con fines del enrolamiento de otros participantes.

Por este medio se certifica que la información arriba descrita es fiel y verdadera según se refleja en los archivos y documentación del Comité Nacional de Bioética de la Investigación de Panamá.


 Argentina Ying
 Presidenta del CNBI

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este documento es darle a conocer toda la información necesaria para que usted decida si desea participar en el estudio titulado “RESPUESTA PSICOSOCIAL A LA PANDEMIA DE COVID-19 EN ADULTOS RESIDENTES EN PANAMÁ”. Esta es una tesis de licenciatura de la Universidad Santa María La Antigua, llevada a cabo por la estudiante María Sofía Pinzón León.

Objetivo: Este estudio tiene como objetivo principal analizar la respuesta psicosocial a la pandemia de COVID-19 en adultos residentes en Panamá.

Procedimiento: Se realizará un cuestionario sociodemográfico para obtener información acerca de los datos personales y aspectos relevantes para cubrir las interrogantes de la investigación. Además, se incluirán escalas para medir síntomas de depresión y ansiedad, aparte de otras escalas que miden resiliencia, conductas prosociales y apoyo social percibido. La evaluación tendrá una duración aproximada de 15- 20 minutos.

Beneficios: Usted no recibirá un beneficio directo por participar de este estudio, pero ayudará a contribuir de manera significativa con la información que se tiene en Panamá acerca de los factores psicosociales que predicen una respuesta adaptativa o desadaptativa a la pandemia de COVID-19.

Riesgo: Este estudio no supone ningún riesgo para usted.

Voluntariedad: Participar en este estudio es voluntario. Además, aunque usted acceda a participar, puede cambiar de opinión en cualquier momento.

Confidencialidad: La información que se proporcione en el estudio es de carácter confidencial, quiere decir que siempre se guardará el anonimato de los datos y no se usará para ningún otro propósito que el previsto anteriormente. No se divulgarán ninguno de sus datos personales como nombre, teléfono, dirección, ni correo electrónico. Se utilizará un código para identificarle.

Si tiene alguna duda tienen alguna duda, por favor contáctese con la estudiante María Sofía Pinzón León al correo mpinzonl@usma.com.pa o al Comité Nacional de Bioética de la Investigación al número (507) 517-0198 o al correo cnbi.panama@senacyt.gob.pa.

Su aceptación significa que usted entiende la información provista, y que accede a participar en este estudio. Comprende que dicha autorización es voluntaria, y que puede retirarse del estudio en cualquier momento que desee sin ningún tipo de consecuencia.

Si usted desea ser referido a un profesional idóneo de salud mental, por favor comuníquese con el investigador.

¿Acepta participar en esta investigación?

- Acepto participar en el estudio “Respuesta psicosocial a la pandemia de COVID-19 en adultos residentes en Panamá”.
- No acepto participar (la encuesta finalizará).

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Sexo

- Femenino
- Masculino
- Otro: _____

2. Nacionalidad: _____

3. Edad: _____

4. Estado civil

- Casado (a)
- Soltero (a)
- En una relación sin convivencia
- Unido (a)
- Separado (a)
- Divorciado (a)
- Viudo (a)

5. Nivel de estudio alcanzado

- Educación primaria
- Educación secundaria
- Bachillerato
- Técnico
- Licenciatura

Máster o doctorado

6. Total de años de estudios: _____

7. Situación laboral actual

Desempleado

Independiente

Contrato permanente

Contrato temporal

Pensionado

8. ¿Cuál es su ocupación? _____

9. Tenencia de vivienda

Propia

Alquilada

Familiar

Compartida con otras familias

10. Total de ingreso mensual en el hogar:

Menos de \$250

\$250 - \$500

\$500 - \$800

\$800 - \$1,500

\$1,500 - \$2,000

Más de \$2,000

11. Seleccione de dónde provienen los ingresos:

- Herencia
- Sueldo mensual
- Sueldo semanal o por día
- Donaciones del Estado
- Sueldo de familiares y/o pareja

12. Seleccione los servicios y equipos que tienes en el hogar:

- Televisor por cable
- Computadora
- Internet
- Teléfono
- Baño
- Cocina
- Nevera
- Microondas
- Lavadora
- Secadora

13. ¿Cuántas personas viven con usted? (contándolo a usted)

- Vivo solo
- 2 personas
- 3 personas

- 4 personas
- 5 o más personas

14. ¿Cómo considera su nivel de salud?

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala

15. ¿Le han diagnosticado alguna enfermedad crónica?

- Sí
- No

16. De ser afirmativo, ¿hace cuánto? _____

17. De ser afirmativo, por favor especifique qué condición/condiciones le han diagnosticado:

- Diabetes
- Hipertensión
- Obesidad
- Artritis
- Cáncer
- Enfermedad renal
- Enfermedad pulmonar (bronquitis, neumonía)

- Enfermedad cardíaca
- Enfermedad vascular (trombosis, accidente cerebrovascular, embolismo)
- Otra (especifique)

18. ¿Le han diagnosticado alguna condición psiquiátrica?

- Sí
- No

19. De ser afirmativo, ¿hace cuánto? _____

20. De ser afirmativo, por favor especifique qué condición/condiciones le han diagnosticado:

- Depresión
- Ansiedad
- Esquizofrenia
- Agorafobia
- Fobia social

21. ¿Toma medicamentos regularmente?

- Sí
- No

22. ¿En la pandemia se le olvida tomarlos o ha aumentado su dosis?

- Muy frecuentemente
- Frecuentemente
- Ocasionalmente

Rara vez

Nunca

23. ¿Usted fuma?

Muy frecuentemente

Frecuentemente

Ocasionalmente

Rara vez

Nunca

24. De ser afirmativa la respuesta anterior, ¿ha aumentado la frecuencia del consumo en el confinamiento?

Sí

No

25. ¿Cuánto ha aumentado la frecuencia del consumo?

De 1 a 4 cigarrillos diarios

De 5 a 7 cigarrillos diarios

De 8 a 10 cigarrillos diarios

Más de 10 cigarrillos diarios

26. ¿Usted consume bebidas alcohólicas?

- Muy frecuentemente
- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- Rara vez
- Nunca

27. De ser afirmativa la respuesta anterior, ¿ha aumentado la frecuencia de consumo en el confinamiento?

- Sí
- No

28. ¿Cuánto ha aumentado su consumo de bebidas alcohólicas?

- De 2 a 4 copas diarias
- De 5 a 7 copas diarias
- De 8 a 10 copas diarias
- Otro: _____

29. ¿Realizaba actividad física antes de la pandemia?

- Muy frecuentemente (6-7 días a la semana)
- Frecuentemente (3-5 días a la semana)
- Ocasionalmente (1-2 días a la semana)
- Rara vez (algunos días al mes)
- Nunca

30. En relación con la pregunta anterior, ¿hubo un cambio durante la pandemia? SI/NO

Si la respuesta es sí, ¿Cuánto ha cambiado su nivel de actividad física?

- Ha cambiado mucho, ya no realizo ejercicio físico
- Ha cambiado en frecuencia (días)
- Ha cambiado en intensidad (menos intenso)
- Ha cambiado en duración (menos tiempo cada vez que hago ejercicio)

31. ¿Se informa frecuentemente sobre el COVID-19?

- Muy frecuentemente
- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- Rara vez
- Nunca

32. ¿Fue así desde el inicio de la llegada del COVID-19 a Panamá?

- Sí
- No

33. ¿Por cuál vía suele informarse sobre el COVID-19?

- Redes sociales
- Noticias
- Periódico
- Radio
- Lo evito

34. ¿Conoce usted las medidas de bioseguridad que se deben seguir recomendadas por el MINSA?

Sí

No

35. De ser afirmativa, ¿cuáles conoce? _____

36. ¿Cumple usted con las medidas de bioseguridad?

Muy frecuentemente

Frecuentemente

Ocasionalmente

Rara vez

Nunca

37. ¿Por qué motivo cumple usted con las medidas de bioseguridad?

Quiero cuidar de mi salud

Quiero cuidar de la salud de los demás

Quiero cuidar de mi salud y la de los demás

Porque me obligan

Porque tengo miedo de una multa o de ir preso

38. ¿Considera que las medidas de bioseguridad son efectivas?

Totalmente de acuerdo

De acuerdo

- Levemente de acuerdo
- Indeciso
- Levemente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

39. ¿Usted se considera una persona en riesgo de contagio de COVID-19?

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Levemente de acuerdo
- Indeciso
- Levemente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

40. ¿Por qué se considera usted en riesgo?

- Tengo una enfermedad crónica (especifique cuál _____)
- Soy adulto mayor
- Estoy inmunosuprimido (especifique por qué _____)
- Otro (especifique cuál _____)

41. ¿Ha dado positivo al COVID-19?

- Tuve síntomas, pero no me hice la prueba
- Sí, confirmado con una prueba

- No, pero personas que viven conmigo dieron positivo
- No, pero personas que viven conmigo tuvieron síntomas
- No y ninguna de las personas que viven conmigo manifestaron síntomas.

42. ¿Personas cercanas a usted han dado positivo al COVID-19?

- Sí
- No

43. Si la respuesta es positiva indique quién:

- Familiares
- Amigos
- Familiares y amigos
- Ninguna persona cercana

44. ¿Personas cercanas a usted han fallecido por COVID-19?

- Sí
- No

45. Si la respuesta es positiva indique quién:

- Familiares
- Amigos
- Familiares y amigos
- Ninguna persona cercana

46. ¿En este momento se encuentra usted en cuarentena?

- Sí, cuarentena obligatoria impuesta por el Gobierno.

- Sí, cuarentena por ser COVID positivo.
- Sí, por motivos personales.
- No

47. ¿Cuánto tiempo estuvo en cuarentena?

- Días ____ (número)
- Semanas _____ (número)
- Meses ____ (número)

48. ¿Durante el confinamiento ha sentido que le falta compañía?

- Muy frecuentemente
- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- Rara vez
- Nunca

49. ¿Durante el confinamiento se ha sentido aislado emocionalmente de los demás?

- Muy frecuentemente
- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- Rara vez
- Nunca

50. ¿Se siente capaz de hacerle frente a la situación actual?

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Levemente de acuerdo
- Indeciso
- Levemente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

51. ¿Cuánto considera que ha sido afectado por la pandemia por COVID-19?

- Gravemente afectado
- Afectado
- Poco afectado
- No me ha afectado
- Indeciso

52. Si considera que ha sido de alguna manera afectado, ¿qué áreas son las que se han visto afectadas?

- Mi salud física
- Mi salud mental
- Mi salud en general
- Economía
- Trabajo

- Relaciones familiares
- Relaciones sociales
- Mis actividades recreativas, hobbies

53. ¿Está recibiendo atención psicológica en estos momentos?

- Sí
- No

54. ¿En el pasado ha recibido atención psicológica?

- Sí
- No

55. ¿Está satisfecho (a) con el apoyo que recibes de tus familiares y amigos?

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Indeciso
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

56. ¿Qué es lo que más le preocupa en este momento? _____

ESCALA DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS -21 (DASS-21)

Por favor lea las siguientes afirmaciones y marque el número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación **durante la semana pasada.** La escala de calificación es la siguiente:

- **0: No me ha ocurrido.**
- **1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo.**
- **2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo.**
- **3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.**

| Afirmaciones | 0 | 1 | 2 | 3 |
|--|---|---|---|---|
| 1. Me ha costado mucho descargar la tensión. | | | | |
| 2. Me di cuenta que tenía la boca seca. | | | | |
| 3. No podía sentir ningún sentimiento positivo. | | | | |
| 4. Se me hizo difícil respirar. | | | | |
| 5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas. | | | | |
| 6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones. | | | | |
| 7. Sentí que mis manos temblaban. | | | | |
| 8. He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía. | | | | |
| 9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo. | | | | |
| 10. He sentido que no había nada que me ilusionara. | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 11. Me he sentido inquieto. | | | | |
| 12. Se me hizo difícil relajarme. | | | | |
| 13. Me sentí triste y deprimido. | | | | |
| 14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo. | | | | |
| 15. Sentí que estaba al punto de pánico. | | | | |
| 16. No me pude entusiasmar por nada. | | | | |
| 17. Sentí que valía muy poco como persona. | | | | |
| 18. He tendido a sentirme enfadado con facilidad. | | | | |
| 19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico. | | | | |
| 20. Tuve miedo sin razón. | | | | |
| 21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido. | | | | |

ESCALA DE RESILIENCIA DE CONNOR-DAVIDSON (CD-RISC)

Indique cuál es su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones o caso durante el último mes. Si alguna en particular no le ha ocurrido, responda según crea que se hubiera sentido. Utilice para ello la siguiente escala:

- **0: Nunca.**
- **1: Rara vez.**
- **2: A veces.**
- **3: A menudo.**
- **4: Casi siempre.**

| Afirmaciones | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Soy capaz de adaptarme cuando surgen cambios. | | | | | |
| 2. Tengo al menos una relación íntima y segura que me ayuda cuando estoy estresado (a). | | | | | |
| 3. Cuando no hay soluciones claras a mis problemas, a veces la suerte o Dios puede ayudarme. | | | | | |
| 4. Puedo enfrentarme a cualquier cosa. | | | | | |
| 5. Los éxitos del pasado me dan confianza para enfrentarme a nuevos desafíos y dificultades. | | | | | |
| 6. Cuando me enfrento a los problemas intento ver su lado gracioso. | | | | | |
| 7. Enfrentarme a las dificultades puede hacerme más fuerte. | | | | | |
| 8. Tengo tendencia a recuperarme pronto luego de enfermedades, heridas u otras dificultades. | | | | | |
| 9. Buenas o malas, creo que la mayoría de las cosas ocurren por alguna razón. | | | | | |
| 10. Siempre me esfuerzo sin importar cuál pueda ser el resultado. | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 11. Creo que puedo lograr mis objetivos, incluso si hay obstáculos. | | | | | |
| 12. No me doy por vencido (a), aunque las cosas parezcan no tener solución. | | | | | |
| 13. Durante los momentos de estrés o crisis, sé dónde puedo buscar ayuda. | | | | | |
| 14. Bajo presión, me mantengo enfocado/a y pienso claramente. | | | | | |
| 15. Prefiero intentar solucionar las cosas por mí mismo, a dejar que otros decidan por mí. | | | | | |
| 16. No me desanimo fácilmente ante el fracaso. | | | | | |
| 17. Creo que soy una persona fuerte cuando me enfrento a los desafíos y dificultades vitales. | | | | | |
| 18. Si es necesario, puedo tomar decisiones difíciles que podrían afectar a otras personas. | | | | | |
| 19. Soy capaz de manejar sentimientos desagradables o dolorosos: Ej. tristeza, temor y enfado. | | | | | |
| 20. Al enfrentarse a los problemas a veces hay que actuar intuitivamente (sin saber por qué). | | | | | |
| 21. Tengo un fuerte sentido de propósito en la vida. | | | | | |
| 22. Me siento en control de mi vida. | | | | | |
| 23. Me gustan los desafíos. | | | | | |
| 24. Trabajo para alcanzar mis objetivos, sin importar las dificultades en el camino. | | | | | |
| 25. Estoy orgulloso (a) de mis logros. | | | | | |

ESCALA ORIGINAL DE PROSOCIALIDAD

Por favor lea las siguientes afirmaciones y marque el número (0, 1, 2, 3, 4) que indica en qué grado se siente identificado. La escala de calificación es la siguiente:

- **0: Nunca/ Casi nunca**
- **1: Pocas Veces**
- **2: A Veces**
- **3: Muchas veces**
- **4: Casi siempre/ Siempre**

| Ítems | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Con mucho gusto ayudo a los demás en el desarrollo de sus actividades. | | | | | |
| 2. Comparto con mis amigos y conocidos las cosas que me gustan. | | | | | |
| 3. Intento ayudar a los demás. | | | | | |
| 4. Estoy dispuesto a realizar actividades de voluntariado en favor de los necesitados. | | | | | |
| 5. Me conecto con el estado de ánimo del que sufre. | | | | | |
| 6. Acudo inmediatamente en auxilio de quien lo necesita. | | | | | |
| 7. Enseguida me pongo manos a la obra cuando otros se encuentran en dificultades. | | | | | |
| 8. Comparto intensamente las emociones de los demás. | | | | | |
| 9. Con mucho gusto pongo a disposición de los demás mis conocimientos y capacidades. | | | | | |
| 10. Intento consolar a quien está triste. | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 11. Presto espontáneamente dinero u otras cosas. | | | | | |
| 12. Me resulta fácil ponerme en el lugar de quien está disgustado. | | | | | |
| 13. Trato de estar cerca y cuidar de quien lo necesita. | | | | | |
| 14. Comparto con placer con mis seres queridos o conocidos las buenas oportunidades que se me ofrecen. | | | | | |
| 15. Con mucho gusto hago compañía a los conocidos que se sienten solos. | | | | | |
| 16. Intuyo el malestar de los demás aun cuando no me lo comuniquen directamente. | | | | | |

ESCALA ATENAS DE INSOMNIO

Esta escala está diseñada para registrar la percepción de cualquier dificultad en el sueño que usted pudiera haber experimentado. Por favor marque la opción de cada enunciado para indicar su estimación de cualquier dificultad, siempre que haya ocurrido durante la última semana.

| | |
|---|---|
| Inducción del dormir (tiempo que le toma quedarse dormido una vez acostado). | |
| | 0. Ningún problema. |
| | 1. Ligeramente retrasado. |
| | 2. Marcadamente retrasado. |
| | 3. Muy retrasado o no durmió en absoluto. |
| Despertares durante la noche. | |
| | 0. Ningún problema. |
| | 1. Problema menor. |
| | 2. Problema considerable. |
| | 3. Problema serio o no durmió en absoluto. |
| Despertar final más temprano de lo deseado. | |
| | 0. No más temprano. |
| | 1. Un poco más temprano. |
| | 2. Marcadamente más temprano. |
| | 3. Mucho más temprano o no durmió en lo absoluto. |
| Duración total del dormir. | |
| | 0. Suficiente. |
| | 1. Ligeramente insuficiente. |
| | 2. Marcadamente insuficiente. |
| | 3. Muy insuficiente o no durmió en absoluto. |

| | |
|--|---|
| Calidad general del dormir (no importa cuánto tiempo durmió usted). | |
| | 0. Satisfactoria. |
| | 1. Ligeramente insatisfactoria. |
| | 2. Marcadamente insatisfactoria. |
| | 3. Muy insatisfactoria o no durmió en absoluto. |
| Sensación de bienestar durante el día. | |
| | 0. Normal. |
| | 1. Ligeramente disminuida. |
| | 2. Marcadamente disminuida. |
| | 3. Muy disminuida. |
| Funcionamiento (físico y mental) durante el día. | |
| | 0. Normal. |
| | 1. Ligeramente disminuido. |
| | 2. Marcadamente disminuido. |
| | 3. Muy disminuido. |
| Somnolencia durante el día. | |
| | 0. Ninguna. |
| | 1. Leve. |
| | 2. Considerable. |
| | 3. Intensa. |

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO

Lea cada una de las siguientes frases cuidadosamente. Indique que tan de acuerdo está con cada una de ellas empleando esta escala:

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--------------------------|------------------------|------------------------|--------------------------------|---------------------|---------------------|-----------------------|
| Totalmente de desacuerdo | Bastante en desacuerdo | Más bien en desacuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | Más bien de acuerdo | Bastante de acuerdo | Totalmente de acuerdo |

| | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Hay una persona que está cerca cuando estoy en una situación difícil. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Mi familia realmente intenta ayudarme. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Obtengo de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que necesito. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Mis amigos realmente tratan de ayudarme. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. Tengo amigos con los que puedo compartir las penas y alegrías. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 11. Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

XVI CONGRESO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA, ASOCIACIÓN PANAMEÑA PARA EL AVANCE DE LA CIENCIA (APANAC)

● Póster informativo

RESPUESTA PSICOSOCIAL A LA PANDEMIA DE COVID-19 EN ADULTOS RESIDENTES EN PANAMÁ

MS Pinzón-León 1, GB Britton 2,3, DC Oviedo 1,2,3.

1 Escuela de Psicología, Universidad Católica Santa María la Antigua, 2 Centro de Neurociencias y Unidad de Investigación Clínica, INDICASAT AIP, 3 Sistema Nacional de Investigación (SNI), SENACYT



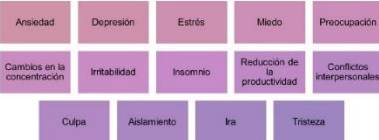
A finales del 2019, la Comisión Municipal de Salud de Wuhan (China) anunció el brote de la nueva cepa de coronavirus, "Coronavirus nuevo 2019 (2019-nCoV)", posteriormente conocido como "Enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19)". Múltiples estudios señalan que la pandemia por COVID-19 tiene un efecto negativo en la salud mental de la población en general. La implementación de estrategias para reducir los contagios, se asocian a un aumento de síntomas de depresión, ansiedad, estrés, insomnio, miedo y una variedad de síntomas físicos. La educación continua sobre la prevención y promoción de la salud mental puede proporcionar un sistema de alerta temprana para la población en general, permitiendo dentro del sistema sanitario una respuesta más efectiva al impacto de la pandemia por COVID-19 en adultos.

OBJETIVO

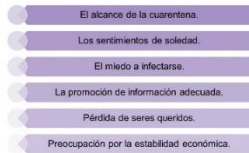
Analizar la respuesta psicosocial a la pandemia de COVID-19 en adultos residentes en Panamá.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

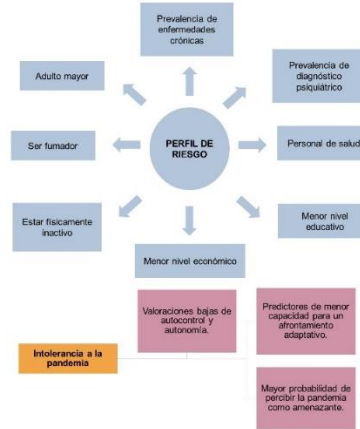
Estudios indican que los síntomas frecuentes son: 1, 3, 4, 5.



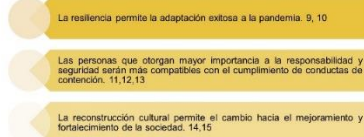
Diversos estudios señalan que gravedad de los síntomas dependerá de: 2, 3, 6.



Factores sociodemográficos que se relacionan con una respuesta desadaptativa: 1, 4, 7, 8.



Factores que potencian una respuesta adaptativa:



MÉTODOS

Está investigación será descriptiva correlacional, cuantitativa y transversal.

MUESTRA

La muestra estará constituida por 517 adultos nacionales y extranjeros residentes en Panamá.

MATERIALES

- Encuesta sociodemográfica.
- Escala de Depresión Ansiedad y Estrés-21 (DASS-21).
- Escala de Resiliencia de Connor-Davidson.
- Escala original de Prosocialidad.
- Escala Aenas de Insomnio.
- Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido.

RESULTADOS ESPERADOS

Los síntomas de ansiedad, estrés, conductas de riesgos y soledad se asociarán a conductas desadaptativas al confinamiento por la pandemia de COVID-19 y a una peor respuesta a la pandemia.

La resiliencia, las conductas prosociales y la percepción de apoyo psicosocial se asociarán a una mejor respuesta a la pandemia por COVID-19.

CONCLUSIÓN

Una situación amenazante para la salud en general, como lo que estamos viviendo por la pandemia de COVID-19, altera el funcionamiento normal de una persona de una manera incierta y crítica. A partir de esto, es importante tomar en cuenta que ante un mismo suceso potencialmente estresante se pueden presentar diversas respuestas que permitirán el empleo de estrategias de afrontamiento para la adaptación, unas más adecuadas que otras.

REFERENCIAS

1. WHO. (2020). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Retrieved from <https://covid19.who.int/>
2. WHO. (2020). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Retrieved from <https://covid19.who.int/>
3. WHO. (2020). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Retrieved from <https://covid19.who.int/>
4. WHO. (2020). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Retrieved from <https://covid19.who.int/>
5. WHO. (2020). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Retrieved from <https://covid19.who.int/>
6. WHO. (2020). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Retrieved from <https://covid19.who.int/>
7. WHO. (2020). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Retrieved from <https://covid19.who.int/>
8. WHO. (2020). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Retrieved from <https://covid19.who.int/>
9. WHO. (2020). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Retrieved from <https://covid19.who.int/>
10. WHO. (2020). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Retrieved from <https://covid19.who.int/>
11. WHO. (2020). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Retrieved from <https://covid19.who.int/>
12. WHO. (2020). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Retrieved from <https://covid19.who.int/>
13. WHO. (2020). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Retrieved from <https://covid19.who.int/>
14. WHO. (2020). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Retrieved from <https://covid19.who.int/>
15. WHO. (2020). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Retrieved from <https://covid19.who.int/>

AGRADECIMIENTO

Universidad Católica Santa María la Antigua, Doctora Diana Oviedo, Doctora Gabriela Britton e INDICASAT AIP.

- Certificado de participación



APANAC
Asociación Panameña para el avance de la ciencia



SENACYT
Secretaría Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación

OTORGAN EL PRESENTE CERTIFICADO A:

MARÍA SOFÍA PINZÓN LEÓN

EN CALIDAD DE PARTICIPANTE EN:



XVIII Congreso Nacional de Ciencia y Tecnología
APANAC 2021

Realizado del 23 al 25 de Junio de 2021

Modalidad Virtual

Panamá, República de Panamá,


José Fabrega
Presidente, Junta Directiva
de APANAC


Javier Sánchez Galán
Presidente, Comité Organizador
de APANAC 2021


Janelle Castellón
Vice-Presidente, Comité Organizador
de APANAC 2021

I CONGRESO LATINOAMERICANO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

- Póster informativo

IMPACTO PSICOSOCIAL A LA PANDEMIA DE COVID-19 EN ADULTOS PANAMEÑOS

Pinzón, MS¹, Rodríguez-Araña, S2, Pauli, E1, Chavarría C,1 Posada-Rodríguez, C2, Tratner, A4, Britton, GB2,3, Oviedo, DC 1,2,3.

1 Escuela de Psicología, Universidad Santa María La Antigua (USMA), 2 Instituto de Investigaciones Científicas y Servicios de Alta Tecnología AIP (INDICASAT AIP), 3 Sistema Nacional de Investigación (SNI), SENACYT, 4 Florida State University.



INTRODUCCIÓN

La pandemia por COVID-19 tiene un impacto significativo en la salud mental de la población. La implementación de estrategias para reducir los contagios como el distanciamiento social, las cuarentenas, la restricción de horarios de movilización, la suspensión de actividades sociales y el cierre de fronteras se han asociado a un aumento de síntomas de depresión, ansiedad, estrés, insomnio, miedo y una variedad de síntomas físicos [1,2,3]. El objetivo de esta investigación es analizar la respuesta psicosocial a la pandemia de COVID-19 en adultos residentes en Panamá.

METODOLOGÍA

Esta investigación fue descriptiva correlacional, cuantitativa y transversal.

MUESTRA



MATERIALES

- Encuesta sociodemográfica.
- Escala de Depresión Ansiedad y Estrés-21 (DASS-21).
- Escala de Resiliencia de Connor-Davidson.
- Escala original de Prosocialidad.
- Escala Atenas de Insomnio.
- Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido.

RESULTADOS

Tabla 1: Datos sociodemográficos

| | Femenino (N=388) | Masculino (N=92) |
|----------------------------|------------------|------------------|
| | N (%) / M (SD) | N (%) / M (SD) |
| Edad | 32.4 (14.3) | 33.8 (15.6) |
| Nacionalidad | | |
| Panameña | 344 (88.7%) | 81 (88.0%) |
| Estado civil | | |
| Soltero(a) | 191 (49.2%) | 49 (53.3%) |
| Nivel de estudio alcanzado | | |
| Licenciatura | 189 (48.7%) | 46 (50.0%) |
| Situación laboral actual | | |
| Desempleado (a) | 144 (37.1%) | 35 (38.0%) |

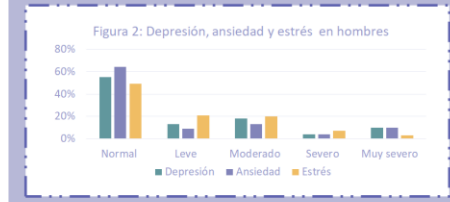
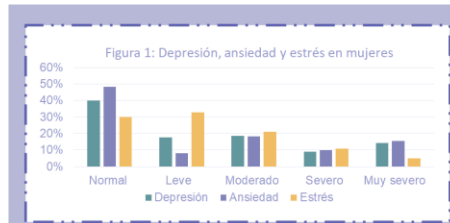


Tabla 2: Distribución de los factores protectores por grupos de edad

| | Adultez Emergente (N=285) N (%) / M (SD) | Adultez (N=194) N (%) / M (SD) | F | p |
|---------------|--|--------------------------------|--------|------|
| Resiliencia | 68.61 (13.562) | 76.12 (13.956) | 63.148 | .000 |
| Prosocialidad | 45.69 (9.449) | 47.43 (9.134) | 14.295 | .000 |
| Apoyo Social | 66.33 (14.467) | 68.05 (16.401) | 1.274 | .260 |
| Percibido | | | | |

Tabla 3: Distribución de los factores protectores por el sexo

| | Femenino (N=388) N (%) / M (SD) | Masculino (N=92) N (%) / M (SD) | F | p |
|------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------|------|
| Resiliencia | | | | |
| Suma total | 71.05 (14.120) | 74.2 (14.315) | 34.600 | .000 |
| Prosocialidad | | | | |
| Suma total | 46.73 (9.608) | 45.01 (8.088) | 4.013 | .046 |
| Apoyo Social Percibido | | | | |
| Suma total | 67.29 (14.965) | 65.90 (16.611) | 1.466 | .227 |

REFERENCIAS

Figura 3. Medidas de bioseguridad

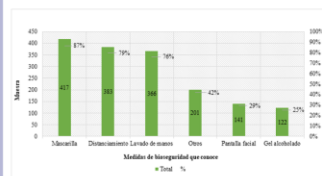
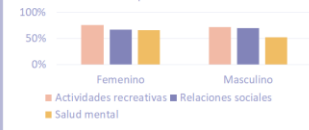


Figura 4: Afectado por la pandemia de COVID-19



Figura 5: Áreas afectadas por la pandemia



CONCLUSIÓN

Las mujeres reportaron más síntomas de estrés, ansiedad y depresión, menos resiliencia y mayor prosocialidad. Los participantes mayores de 40 años informaron menos síntomas de estrés, ansiedad y depresión, pero niveles más altos de resiliencia y prosocialidad que los adultos más jóvenes. Este estudio contribuye a la investigación en población latina y países de ingresos medios bajos.

AGRADECIMIENTO

Universidad Católica Santa María la Antigua, Doctora Diana Oviedo, Doctora Gabrielle Britton e INDICASAT AIP.

- Landa-Blanco, M., Mejía, C., Landa-Blanco, A., Martínez-Martínez, C., Vázquez, D., Vázquez, G., . . . Montoya, B. Coronavirus awareness, confinement stress, and mental health: Evidence from Honduras, Chile, Costa Rica, Mexico and Spain. *Social Science & Medicine*. 2021; 277. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33873009/>
- Buitrago, F., Czurana, R., Fernández, M., Jorge, T. Pandemia de la COVID-19 y salud mental: reflexiones iniciales desde la atención primaria de salud española. *Atención Primaria*. 2020; 53(1): 89-101.
- Millán-Olarte, J., Rodríguez-Morales, A. J., Camacho-Moreno, G., Mendoza-Ramírez, H., Rodríguez-Sabogal, I. A., Álvarez-Moreno, C. A new emerging zoonotic virus of concern: the 2019 novel coronavirus (SARS-CoV-2). *Infectio*. 2020; 24(3): 187-192.

- Certificado de participación

AVANZAR - ACIC - AFIDRO

CERTIFICAN QUE

El Trabajo titulado *"Impacto psicosocial de la pandemia por COVID-19 en adultos panameños"*
cuyos autores son Pinzón, MS, Rodríguez-Araña, S, Paulí, E, Chavarría C, Posada-Rodríguez, C, Tratner, A Britton, GB y
Oviedo, DC

Fue presentado bajo la modalidad de póster en el
I CONGRESO LATINOAMERICANO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA
– **Innovación a partir de la pandemia** -
el cual se realizó virtualmente durante los días 24, 25 y 26 de Febrero de 2022



Liliana I. Rodríguez O.
Presidente Congreso



- Certificado de Mención de Honor

AVANZAR - ACIC - AFIDRO

CERTIFICAN QUE

El Trabajo titulado *"Impacto psicosocial de la pandemia por COVID-19 en adultos panameños"*
cuyos autores son Pinzón, MS, Rodríguez-Araña, S, Paulí, E, Chavarría C, Posada-Rodríguez, C, Tratner, A Britton, GB y
Oviedo, DC

Obtuvo Mención de Honor en el
I CONGRESO LATINOAMERICANO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA
– **Innovación a partir de la pandemia** -
el cual se realizó virtualmente durante los días 24, 25 y 26 de Febrero de 2022



Liliana I. Rodríguez O.
Presidente Congreso

