



ORIGINAL

Impacto psicológico de la pandemia COVID-19 en cinco países de Latinoamérica

Andrés Palomera-Chávez ^a, Marta Herrero ^b, Nayib Ester Carrasco Tapias ^c,
 Pedro Juárez-Rodríguez ^a, Claudio Rodolfo Barrales Díaz ^d, María Isabel Hernández-Rivas ^a,
 María del Carmen Llantá Abreu ^e, Lucia Lorenzana Montenegro ^f, Rosa Martha Meda-Lara ^{a,*},
 Bernardo Moreno-Jiménez ^g

^a Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Jalisco, México

^b Departamento de Psicología Social y del Desarrollo. Universidad de Deusto, Bilbao, España

^c Facultad de Psicología, Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín, Colombia

^d Facultad de Salud, Escuela de Psicología, Universidad Central de Chile, Chile

^e Instituto Nacional de Psicooncología y Radiobiología, Sección Psicooncología y Trabajo Social, La Habana, Cuba

^f Asociación Guatemalteca de Psicología, Guatemala, Guatemala

^g Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid, Comunidad de Madrid, Madrid, España

Recibido el 22 de enero de 2021; aceptado el 2 de agosto de 2021

PALABRAS CLAVE

COVID-19, pandemia,
salud mental, resiliencia,
Latinoamérica

Resumen **Introducción:** El distanciamiento social y la cuarentena han probado tener efectos negativos en la salud mental de las poblaciones, a saber: miedo, ansiedad, depresión y sintomatología de estrés postraumático. La resiliencia emerge como variable amortiguadora del impacto. El objetivo del estudio fue comparar el impacto psicológico del COVID-19 en varios países latinoamericanos. **Método:** se obtuvo una muestra de 1184 participantes de México, Cuba, Chile, Colombia y Guatemala; cuya edad osciló entre 18 y 83 años ($M = 38.78$, $DT = 13.81$). Se aplicó una encuesta sobre síntomas médicos asociados al COVID-19 con tres instrumentos para evaluar: (1) síntomas de depresión, ansiedad y estrés, (2) impacto del evento y (3) resiliencia. **Resultados:** Las personas más jóvenes, con mayor cantidad de síntomas médicos y con mayores puntajes de impacto del evento tienden a presentar mayor sintomatología depresiva, ansiosa y estrés, siendo el impacto del evento el predictor más determinante. La resiliencia fue el predictor protector contra la depresión, ansiedad y estrés. **Conclusiones:** Los resultados muestran las diferencias en la respuesta psicológica ante la pandemia del COVID-19 en cada país, y sugieren la necesidad del desarrollo de políticas públicas enfocadas en la prevención y la promoción de la salud integral ante emergencias sanitarias.

© 2021 Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: rosa.meda@academicos.udg.mx

<https://doi.org/10.14349/rlp.2021.v53.10>

0120-0534/© 2021 Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

COVID-19, pandemic, mental health, resilience, Latin America

Psychological impact of the COVID-19 pandemic on five Latin American countries

Abstract **Introduction:** Social distancing and quarantine have proven to have negative effects on the mental health of populations, namely fear, anxiety, depression and post-traumatic stress symptoms. Resilience emerges as a buffering variable for such impact. The objective of this study was to compare the psychological impact of COVID-19 in several Latin American countries. **Method:** a sample of 1184 participants from Mexico, Cuba, Chile, Colombia and Guatemala was obtained; whose age ranged from 18 to 83 years old ($M = 38.78$, $SD = 13.81$). A survey on medical symptoms associated with COVID-19 and three instruments to evaluate: (1) depression, anxiety and stress, (2) impact of the event and (3) resilience were administered. **Results:** Younger people, with more symptoms associated with COVID-19 and those who reported higher scores of impact of event tended to present greater depressive, anxious and stress symptomatology. The impact of the event was the most determinant predictor. Resilience was protective against the impact of event, depression, anxiety and stress. **Conclusions:** The results show the differences in the psychological response to COVID-19 in each country and suggesting the need to develop public policies focused on prevention and promotion of integral health when facing sanitary emergencies.

© 2021 Fundación Universitaria Konrad Lorenz. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

El brote del nuevo coronavirus (SARS-CoV-2), agente viral causante de la enfermedad de coronavirus 2019 (COVID-19), produjo un gran número de muertes por neumonía en Wuhan, China (Khan et al., 2020) y rápidamente se diseminó a otros países (WHO, 28 de febrero de 2020). La Organización Mundial de la Salud declaró el brote de COVID-19 como una emergencia de salud pública internacional el 30 de enero de 2020 (WHO, 16 de marzo de 2020). En junio el número de muertes en Latinoamérica superó los cuatro millones, representando el 27% de las muertes provocadas por este virus en el mundo (Pablos-Méndez et al., 2020).

El confinamiento obligatorio ha sido una de las principales intervenciones establecidas por las autoridades para prevenir la propagación de coronavirus, dada su forma de transmisión aun por portadores asintomáticos (Wilder-Smith & Freedman, 2020), no obstante, el confinamiento y el distanciamiento social han probado tener efectos negativos en la salud mental, produciendo miedo y ansiedad (Lima et al., 2020; Martínez-Taboas, 2020; Roy et al., 2020), depresión moderada a severa, estrés emocional (Xin et al., 2020), sintomatología de estrés postraumático, confusión e ira (Brooks et al., 2020). Dado que las políticas de confinamiento han sido adoptadas de forma prácticamente global se vuelve necesario validar los hallazgos e identificar diferencias y similitudes entre los diferentes países.

Cada vez son más los profesionales de la salud que señalan que las secuelas en la salud mental de la población a nivel global, derivadas del COVID-19, constituirán la siguiente pandemia, cuyo impacto podría ser aún peor que la actual (Dong & Bouey, 2020; Fiorillo & Gorwood, 2020; Parrish, 2020; Ramírez-Ortiz et al., 2020; Talevi et al., 2020; Thomas et al., 2020; Urzúa et al., 2020), lo que ha producido inquietud respecto a los alcances que esta amenaza puede tener entre la población.

Variables psicológicas como la resiliencia individual (Zhai & Du, 2020), la resiliencia colectiva (Smith et al., 2020), la resiliencia institucional (Legido-Quigley et al., 2020), tienen un papel fundamental en el desarrollo de respuestas efectivas ante eventos estresantes como las pandemias.

Las medidas adoptadas en cada país y los elementos socioculturales también tienen repercusiones en la respuesta a las pandemias y epidemias, particularmente en los países en desarrollo (St. Victor & Ahmed, 2019). La cultura, los estilos de vida y las tradiciones de los pueblos han facilitado las infecciones (Liritzis, 2020), muestra patente de ello es el hecho de que ésta es la tercera epidemia zoonótica en las últimas dos décadas (Zhang et al., 2020). Además, las costumbres y creencias a menudo se han mostrado insensibles a los trastornos mentales y conductuales (Tucci et al., 2017), subestimando los efectos traumáticos, depresivos y suicidas de las pandemias.

Latinoamérica en conjunto muestra un grado de afectación severo por el COVID-19 debido a los sistemas de salud precarios, la débil infraestructura sanitaria, la alta prevalencia de enfermedades crónicas, la pobreza e inequidad (Pablos-Méndez et al., 2020) y, en algunos casos, a problemas políticos que debilitan la gobernabilidad de los países (Solano, 2020). Como consecuencia, la respuesta individual y colectiva de la población ante un escenario pandémico difiere por una multitud de variables en el contexto social, cultural y económico de cada país. En tales aspectos, Latinoamérica, en sus diferentes países, presenta unidad y al mismo tiempo diversidad que requiere investigación.

El primer caso confirmado en México se registró el 27 de febrero del 2020, el gobierno mexicano implementó una serie de medidas para prevenir la diseminación del virus en el país, a saber: implementación del plan de ayuda para desastres por la Secretaría de Defensa; suspensión de actividades económicas no esenciales, distanciamiento social, restricciones de reunión y confinamiento domiciliario (Secretaría de Salud, 2020). Para el 10 de junio el número total de casos confirmados era de 120102 y el número de muertes 14053 (WHO, 10 de junio, 2020). En Chile, el primer caso confirmado ocurrió el 3 de marzo del 2020. Las acciones emprendidas por el gobierno incluyeron la declaración constitucional del estado de emergencia; establecimiento de distanciamiento social, cuarentenas dinámicas obligatorias, toques de queda, unificación del sistema de salud público y privado,

incremento del número de camas en las unidades de cuidados intensivos, subsidios económicos para la población vulnerable y permisos policiales para circular (Chilean Ministry of Health, MINSAL, 2020). El número de casos confirmados para el 10 de junio fue de 142759 y el número de muertes de 2283 (WHO, 10 de junio de 2020).

Guatemala ha sido considerado como un país vulnerable a la pandemia debido al bajo número de ventiladores mecánicos en el país (Burki, 2020); sin embargo, la información con que se cuenta respecto al número de casos, muertes, pruebas y su distribución es poca e imprecisa (Shadmi et al., 2020). El primer caso confirmado ocurrió el 12 de marzo de 2020, el número de casos confirmados para el 10 de junio era de 7502 y el número de muertes 267 (WHO, 10 de junio 2020). Por otro lado, Cuba presenta aspectos únicos en Latinoamérica, como un sistema de salud primario bien organizado, un alto número de médicos por millón de habitantes y experiencia en evacuaciones durante situaciones de emergencia, así como en epidemias, lo que ha contribuido a su efectiva respuesta a través de la vigilancia masiva, seguimiento de contactos y uso de centros de aislamiento (Pérez-Riverol, 2020). El primer caso confirmado se registró el 11 de marzo (Pérez-Riverol, 2020), al 10 de junio el número de casos confirmados era de 2205 y 83 decesos (WHO, 10 de junio, 2020).

Colombia ha lidiado con la pandemia de una forma que ha sido considerada innovadora en la materia, con una aproximación preventiva desde el primer caso confirmado registrado el 6 de marzo de 2020, a partir de ese momento fueron tomadas medidas de contención tempranas tales como políticas de cierre en puertos, centros educativos, cuarentenas para migrantes y aislamiento social (Shadmi et al., 2020). A 10 de junio de 2020 el número de casos confirmados era de 40719 mientras que se reportaban 1308 muertes (WHO, 10 de junio, 2020).

Por lo anterior el presente estudio tiene como objetivos analizar los niveles del impacto psicológico del COVID-19 en cinco países latinoamericanos claramente diferenciados, dando amplitud y variabilidad a la muestra participante, así como detectar las diferencias entre estos. Asimismo, analizar los factores predictores de las variables criterio depresión, ansiedad y estrés como elementos constitutivos de la salud mental en los cinco países.

Método

Participantes

Se recabaron 1184 respuestas de participantes pertenecientes a cinco países: México ($n = 680$), Colombia ($n = 149$), Cuba ($n = 106$), Chile ($n = 128$) y Guatemala ($n = 120$), todos ellos en un número superior a cien sujetos por país.

Instrumentos

Se siguió el estudio de Wang et al. (2020b) sobre el impacto del COVID-19 en población china y complementariamente, se analizaron otros estudios acerca de la influencia de los brotes pandémicos en la salud mental de las poblaciones (Rubin et al., 2010) para el diseño del presente estudio el cual consta de tres secciones, a saber:

Cuestionario sociodemográfico

Se atiende a los aspectos más habituales para describir una población como sexo, edad, estudios, país de origen, ocupación, relaciones familiares, hijos y mayores a cargo, y tamaño de la familia.

Síntomas médicos

Se preguntó a los participantes acerca de la presencia o ausencia de síntomas médicos relacionados con el COVID-19 en los 14 días anteriores a la encuesta. Los síntomas incluidos son: fiebre, resfriado, dolor de cabeza, dolor muscular, tos, dificultad de respirar, mareo, rinitis, dolor de garganta.

Influencia y efectos psicológicos de la pandemia en la población

Escala del Impacto del Evento Revisada (EIS-R, *Impact of Event Scale Revised*), denominada EIS (*Impact of Event Scale*) en la versión propuesta por Weiss y Marmar (1997). Se compone de 22 ítems: siete miden la intrusión (e.g., “soñaba con lo sucedido”, “pensaba en ello aun cuando no quería”), ocho la evitación (e.g., “intentaba no pensar en lo sucedido”, “mis sentimientos sobre el suceso estaban como adormecidos”) y siete la hiperactivación (e.g., “me sentía irritable y enojado”, “me sentía vigilante y en guardia”). Se solicitó a los participantes que indicaran qué tan preocupante había sido para ellos la experiencia de la pandemia del coronavirus durante los últimos siete días. Utiliza escala Likert de cuatro puntos para la evaluación de la intensidad de la sintomatología, desde cero = “Nada” hasta cuatro = “Extremadamente”. Atendiendo a nuestro objetivo se utilizó la evaluación global o evaluación del impacto traumático. Se utilizó la adaptación chilena de Caamaño et al. (2011) contextualizada para el suceso traumático actual. En este estudio se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de consistencia interna de .94. Los resultados fueron evaluados usando la puntuación total y siguiendo los puntos de corte: 0-23 = Normal; 23-32 = Leve; 33-36 = Moderado; > 37 = Severo (McCabe, 2019).

Escala de Depresión, Ansiedad, y Estrés (DASS, Depression, Anxiety and Stress Scales) (Lovibond & Lovibond, 1995). Desarrollada para evaluar de forma discriminada los síntomas más reconocidos de la afectividad negativa: depresión (e.g., “sentí que la vida no tenía sentido”, “me sentí triste y deprimido”), ansiedad (e.g., “estuve cerca de entrar en pánico”, “sentí el latido de mi corazón cuando no hacía esfuerzo físico (e.g., corazón acelerado o fallas en el latido del corazón”) y estrés (e.g., “me sentí muy nervioso”, “sentí que estaba agitado”). Se utiliza escala Likert de cuatro puntos desde 0 = “no me ha ocurrido”, hasta tres = “me ha ocurrido mucho”. Se utilizó la adaptación a una población hispánica de Daza et al. (2002). En este estudio se reportan los siguientes coeficientes alfa de Cronbach de consistencia interna: global de .95; subescala depresión de .91; subescala de ansiedad de .87; subescala de estrés de .90. Los resultados fueron evaluados usando la puntuación total y siguiendo los puntos de corte para la subescala de depresión: 0-9 = normal, 10-12 = leve, 13-20 = moderada, 21-27 = severa, 28-42 = severa extrema. Para la subescala de ansiedad: 0-6 = normal, 7-9 = leve, 10-14 = moderada, 15-19 = severa, 20-42 = severa extrema. Para la subescala de estrés: 0-10 = normal, 11-18 = leve,

19-26 = moderada, 27-34 = severa, 35-42 = severa extrema (Wang et al., 2020b).

Escala de Resiliencia Connor-Davidson (CD-RISC, Connor-Davidson Resilience Scale, 2003), en su versión de 10 ítems (Campbell-Sills & Stein, 2007). Utilizada en otras situaciones de desastres colectivos para la evaluación de la resiliencia (Ying et al., 2016). Incluida para establecer las diferencias individuales en la respuesta a la pandemia. Se ha utilizado la adaptación española de Notario-Pacheco et al. (2011) conformada por 10 ítems (e.g., “sé adaptarme a los cambios”, “me defino como una persona fuerte”). Utiliza una escala Likert de cinco puntos, desde cero = “totalmente en desacuerdo” hasta cuatro = “totalmente de acuerdo”. En el presente estudio el coeficiente alfa de Cronbach de consistencia interna de la escala fue de .93. Los resultados fueron evaluados usando la puntuación total y siguiendo los puntos de corte: ≤ 27 = nivel bajo de resiliencia y ≥ 36 = nivel alto de resiliencia (Broche et al., 2012).

Procedimiento

El cuestionario y la carta de consentimiento informado fueron convertidos a formato electrónico a través de la plataforma SurveyMonkey, donde los participantes autorizaron el uso de datos y dieron su consentimiento para responder la encuesta electrónica. Se utilizó una estrategia de muestreo de bola de nieve que permitió la paulatina incorporación de informantes de diversos países de Latinoamérica (Atkinson & Flint, 2001). Para la recolección de datos, los investigadores compartieron la encuesta con sus conocidos mediante un enlace provisto por la plataforma SurveyMonkey a través de distintas redes sociales (*Facebook, Instagram, Whatsapp*) y correo electrónico, solicitando a su vez que se compartiera la encuesta con otros conocidos. Las respuestas fueron recabadas entre 30 de abril y 11 de junio de 2020 en los cinco países empleando el mismo procedimiento. Se definió un

Tabla 1 Datos sociodemográficos por país

Variable	México (n = 680)	Colombia (n = 149)	Chile (n = 128)	Cuba (n = 106)	Guatemala (n = 120)	χ^2	V
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Género							
Mujeres	474 (69.70)	120 (80.50)	91(71.10)	61 (57.00)	92 (76.70)	19.06***	.127
Hombres	206 (30.30)	29 (19.50)	37 (28.90)	46 (43.00)	28 (23.30)		
Relaciones de pareja							
En una relación estable	433 (63.68)	73 (49.00)	75 (58.60)	62 (58.50)	74 (61.67)	23.80**	.100
En una relación inestable	33 (4.85)	7 (4.70)	11 (8.60)	8 (7.50)	0 (.00)		
Soltero	214 (31.47)	69 (46.3)	42 (32.80)	36 (34.00)	46 (38.33)		
Familiares mayores de 60 años							
Sí	537 (79.00)	112 (75.20)	96 (75.00)	66 (61.70)	99 (82.50)	18.19***	.124
No	143 (21.00)	37 (24.80)	32 (25.00)	41 (38.30)	21 (17.50)		
Hijos							
Con hijos menores de 16 años	192 (28.20)	38 (26.00)	42 (32.80)	28 (26.20)	45 (37.50)	68.70***	.170
Con hijos mayores de 16 años	162 (23.80)	9 (6.00)	23 (18.00)	43 (40.20)	39 (32.50)		
Sin hijos	326 (48.00)	102 (68.00)	63 (49.20)	36 (33.60)	36 (30.00)		
Nivel educativo							
Educación básica	77 (11.30)	80 (53.69)	25 (21.09)	54 (50.50)	31 (25.80)	332.45***	.265
Licenciatura	320 (47.10)	32 (22.82)	72 (56.25)	52 (48.60)	51 (42.50)		
Maestría o superior	283 (41.60)	33 (23.49)	28 (22.66)	1 (0.90)	38 (31.70)		
Ocupación							
Estudiante	134 (19.71)	85 (57.05)	50 (39.06)	9 (8.49)	11 (9.17)	423.48***	.314
Profesor	179 (26.32)	23 (15.44)	18 (14.06)	9 (8.49)	11 (9.17)		
Trabajador administrativo	104 (15.30)	27 (18.12)	14 (10.94)	14 (13.21)	23 (19.16)		
Otras ocupaciones	234 (34.41)	11 (7.38)	40 (31.25)	7 (6.60)	35 (29.17)		
Desempleado	29 (4.26)	3 (2.01)	6 (4.69)	0 (.00)	0 (.00)		
No respondió	0 (.00)	0 (.00)	0 (.00)	67 (63.21)	40 (33.33)		

Nota. La educación básica incluye la primaria, la secundaria y bachillerato. ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$

mínimo de 100 participantes por país para la realización de comparaciones siguiendo el criterio adecuado para contrastes bilaterales con una prueba de significación de $p < .05$ (Faul et al., 2007). Durante el periodo de recolección de datos los cinco países se encontraban en las fases dos o tres de la pandemia, en las que se implementaron campañas dirigidas a prevención del contagio como la declaración de cuarentenas comenzando en marzo; distanciamiento físico, cierre de escuelas y centros de recreación, cierre de actividades económicas no esenciales, así como uso obligatorio de mascarillas entre otras medidas.

Consideraciones éticas

El proyecto de investigación fue evaluado y aprobado por el comité de ética y de investigación del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, con número de folio CI-01520. Todos los participantes incluidos en el estudio dieron de forma voluntaria su consentimiento informado después de leer los propósitos del estudio.

Análisis estadísticos

Los datos obtenidos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS v.23.0 (IBM Corp. Armonk, NY). Se consideró $\alpha \leq .05$ como estadísticamente significativo. Se examinó el supuesto de normalidad y el de colinealidad. Se asumió normalidad cuando la asimetría fue menor de $|3|$ y la curtosis menor de $|10|$ (Kline, 2011). Se asumió que no hubo problemas de colinealidad cuando los valores de los factores de inflación de varianza (FIV) fueron menores de 4.0 y los de tolerancia menores de .2 (Hair et al., 2009). Se utilizaron estadísticos descriptivos para caracterizar la muestra, las variables objeto de estudio y sus correlaciones, y se calculó el coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach para los instrumentos. Además, se realizó análisis de varianza (ANOVA) para comparar las variables por país para las variables continuas y contrastes de chi-cuadrado (χ^2) para las variables categóricas. En los ANOVA se incluye la η^2_p (eta al cuadrado parcial) para la estimación del tamaño del efecto, definido como pequeño ($\eta^2_p > .10$), medio ($\eta^2_p > .25$) y grande ($\eta^2_p > .40$) (Cohen, 1988). En las pruebas de χ^2 se calculó la V de Cramer para estimar el tamaño del efecto, definido como pequeño ($V > .10$), medio ($V > .30$) y grande ($V > .50$) (Cohen, 1988). Finalmente, se realizó análisis de regresión lineal múltiple para examinar variables predictivas de salud mental (i.e., depresión, ansiedad y estrés) incluyendo como variables independientes edad, género, impacto del

evento, sintomatología médica compatible con COVID-19, resiliencia y país.

Resultados

Descripción de la muestra

Se recabaron 1184 respuestas de participantes, aproximadamente el 60% son de México; sin embargo, se logró tener más de 100 participantes por país (Colombia, Cuba, Chile y Guatemala). La participación mayoritaria fue de mujeres (70.8%). La edad media de la muestra fue de 38.78 años ($DT = 13.81$); rango de edad de 18 a 83 años. El 61% tenían una pareja estable, 52.4% tenían hijos y 77% tenían familiares mayores de 60 años. En cuanto al nivel educativo, se trata de una muestra con nivel académico alto y de manera similar, las ocupaciones con mayor porcentaje fueron de estudiantes y profesores (ver tabla 1).

Todas las variables cumplen los criterios de normalidad. La media en síntomas médicos asociados al COVID-19, de los cinco países en conjunto, es de .83 lo que indica que la mayoría de los participantes ($n = 707$) no ha tenido ninguno de los síntomas. Sólo un 5% reporta haber tenido 4 o más síntomas. Los valores obtenidos muestran que la depresión, ansiedad y estrés se relacionan positivamente con el impacto del evento, asimismo estos indicadores están relacionados entre sí positivamente. Los síntomas médicos y la resiliencia muestran correlaciones negativas con el resto de las variables (ver tabla 2).

Diferencias entre los países

Para contrastar los resultados en función de los países incluidos en la muestra se realizó un ANOVA con las variables impacto del evento, síntomas médicos compatibles con el COVID-19, resiliencia, depresión, ansiedad y estrés. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los países en todas las variables. El tamaño del efecto es pequeño (ver tabla 3). La muestra de Chile muestra mayor afectación en salud mental, con un nivel leve de depresión, ansiedad y estrés, en comparación con las muestras de los otros países, en los que se reporta niveles normales. Mientras que en el impacto del evento la muestra chilena mostró un nivel de afectación moderado en comparación con México y Colombia que mostraron un nivel leve. En cuanto a la resiliencia todas las muestras obtuvieron puntuaciones similares.

Tabla 2 Estadísticos descriptivos y correlaciones entre las variables objeto de estudio

Variable	α	M ± DT	AS	CR	1	2	3	4	5
1. Síntomas médicos	NA	.83 ± 1.23	1.90	4.02					
2. Impacto del evento	.94	25.60 ± 15.99	.45	-.27	-.25*				
3. Resiliencia	.93	27.95 ± 7.55	-.07	.39	-.13*	-.25*			
4. Depresión	.91	6.34 ± 8.58	1.92	3.59	.29*	.64*	-.35*		
5. Ansiedad	.87	4.86 ± 7.25	2.17	4.86	.31*	.66*	-.26*	.76*	
6. Estrés	.90	8.48 ± 9.25	1.28	1.10	.33*	.74*	-.30*	.83*	.83*

Nota. Síntomas médicos = Síntomas médicos compatibles con COVID-19; $\alpha = \alpha$ de Cronbach; AS = Asimetría; CR = Curtosis; NA = No Aplica.

*Todas las correlaciones son significativas $p < .001$.

Tabla 3 ANOVA de las variables por países

Variable	Méjico <i>M ± DT</i>	Colombia <i>M ± DT</i>	Chile <i>M ± DT</i>	Cuba <i>M ± DT</i>	Guatemala <i>M ± DT</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Síntomas médicos	.83 ± 1.23	1.11 ± 1.44	1.34 ± 1.56	.14 ± 0.44	.60 ± 1.07	16.90	< .001	.054
Impacto del evento	25.60 ± 15.99	30.91 ± 15.77	33.41 ± 15.36	16.21 ± 13.91	31.08 ± 15.96	23.57	< .001	.074
Resiliencia	27.48 ± 7.83	27.81 ± 7.51	28.21 ± 6.07	29.27 ± 7.88	29.38 ± 6.83	2.61	.034	.009
Depresión	5.86 ± 8.19	7.81 ± 10.20	9.53 ± 9.40	2.43 ± 5.51	7.25 ± 8.28	12.40	< .001	.040
Ansiedad	4.64 ± 7.16	5.87 ± 8.10	6.91 ± 7.78	2.24 ± 5.85	5.03 ± 6.40	7.07	< .001	.023
Estrés	7.93 ± 9.04	10.07 ± 9.94	12.53 ± 9.91	3.48 ± 6.52	9.70 ± 8.44	17.07	< .001	.055

Nota. Síntomas médicos = Síntomas médicos compatibles con COVID-19.

Tabla 4 Pruebas *post hoc* de la diferencia de medias entre países.

Diferencia de medias (I-J)							
País (I)	País (J)	Síntomas médicos	Impacto del evento	Resiliencia	Depresión	Ansiedad	Estrés
Méjico	Colombia	-.29	-5.31**	1.02	-1.94	-1.22	-2.13
	Chile	-.52***	-7.82***	.82	-3.66***	-2.26*	-4.59***
	Guatemala	0.23	-5.48**	-9.75***	-1.38	-.39	-1.76
	Cuba	.68***	9.39***	-9.64***	3.43**	2.39*	4.45***
Colombia	Chile	-.23	-2.51	-.20	-1.71	-1.04	-2.46
	Guatemala	.51**	-.17	-10.78***	.56	.83	.36
	Cuba	.97***	14.70***	-10.67***	5.38***	3.62**	6.59***
Chile	Guatemala	.74***	2.34	-10.57***	2.28	1.87	2.83
	Cuba	1.20***	17.21***	-10.46***	7.10***	4.66***	9.05***
Guatemala	Cuba	.46	14.87***	.11	4.82***	2.79*	6.22***

Nota. **p* < .05; ***p* < .01; ****p* < .001.

De acuerdo con las pruebas *post hoc* con corrección por Bonferroni (ver tabla 4), Cuba y Guatemala indicaron significativamente presentar menos síntomas; la muestra cubana menos que la chilena o la colombiana, y la guatemalteca menos que la mexicana. Asimismo, Cuba reporta niveles considerablemente menores de impacto del evento que el resto de los países, seguido de México. Guatemala y Cuba mostraron niveles más altos de resiliencia que el resto de los países. Cuba mostró niveles de depresión, ansiedad y estrés significativamente más bajos que el resto de los países.

Predictores de la salud mental

Por último, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple para examinar los efectos de los sociodemográficos, síntomas médicos compatibles con el COVID-19, el impacto del evento y la resiliencia sobre la depresión, ansiedad y estrés de los participantes. Los FIV y la tolerancia indicaron ausencia de problemas de multicolinealidad. Los participantes más jóvenes, aquellos que reportaron más síntomas médicos asociados al COVID-19, mayor nivel de impacto del evento y menor nivel de resiliencia fueron predictores de la sintomatología depresiva, ansiosa y el estrés. En Colombia hubo significativamente menor nivel de estrés y ansiedad, en Guatemala y Cuba mayor nivel de depresión y estrés, y en Cuba también mayor nivel de ansiedad. Estos modelos explicaron un 49% de la varianza ajustada de depresión, un 48% de la

varianza ajustada de ansiedad, y un 60.2% de la varianza de estrés (ver tabla 5).

Discusión

En el estudio de epidemias y pandemias, la atención se ha centrado en los efectos médicos y las consecuencias físicas, habitualmente. No obstante, los efectos sociales, económicos y psicológicos de las pandemias pueden alcanzar incluso una envergadura mayor (Taylor, 2019). Así, multitud de informes internacionales resaltan el impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de la población (e.g., China: Wang et al., 2020a; India: Roy et al., 2020; Paraguay: Ríos-González & Palacios, 2020; entre otros). Los estudios sobre COVID 19 en Latinoamérica son numerosos, tanto desde el punto de vista clínico (Gregorio-Chaviano et al., 2020; Fiesco-Sepúlveda & Serrano-Bermúdez, 2020), como desde el punto de vista social (García et al., 2020). Aunque se ha analizado la capacidad de respuesta de Latinoamérica (Acosta, 2020) y se han propuesto planes regionales coordinados para temas específicos (Ibañez et al., 2020), no se han abordado estudios directos del impacto psicológico que abarquen el análisis conjunto de varios países. El estudio de Benítez et al. (2020) que incluyó Brasil, Chile, Colombia, Ecuador y Perú, tuvo como objetivo analizar el contexto social y las medidas gubernamentales emprendidas.

Tabla 5 Coeficientes estandarizados de las regresiones lineales de depresión, ansiedad y estrés.

Variable independiente	Variable dependiente										
	FIV	To	Depresión			Ansiedad			Estrés		
			β	t	p	β	t	p	β	t	p
Edad	1.17	.85	-.14	-6.36	< .001	-.11	-4.84	< .001	-.13	-6.79	< .001
Género	1.04	.95	< .01	0.04	.966	< -.01	-.02	.980	.03	1.81	.070
Síntomas médicos	1.12	.88	.11	4.98	< .001	.13	6.22	< .001	.12	6.14	< .001
Impacto del evento	1.24	.80	.52	22.63	< .001	.59	25.50	< .001	.64	31.24	< .001
Resiliencia	1.56	.64	-.23	-8.826	< .001	-.09	-3.53	< .001	-.13	-6.05	< .001
Colombia	1.14	.87	-.03	-1.60	.108	-.05	-2.25	.25	-.04	-2.25	.024
Chile	1.09	.91	.02	1.14	.254	-.01	-.85	.393	.03	1.62	.106
Guatemala	1.32	.75	.10	4.18	< .001	.01	.29	.771	.06	2.87	.004
Cuba	1.25	.80	.08	3.46	.001	.06	2.79	.005	.04	2.30	.021

Nota. Sexo: 1 = Mujeres y 2 = Hombres; Síntomas médicos = Síntomas médicos compatibles con COVID-19; FIV = Factores de inflación de varianza; To = Tolerancia.

La contribución de esta investigación al estudio de los efectos psicológicos del COVID-19 en Latinoamérica consiste en la inclusión de cinco países claramente diferenciados, lo que dota de amplitud y variabilidad a la muestra participante. Un enfoque similar, con una amplitud controlada de muestra de cinco países no ha sido publicado. Además de proporcionar un resultado global de los países considerados, provee un contraste de medias de las variables lo que posibilita apreciar la diferenciación que se ha producido en los países en respuesta al COVID-19. Asimismo, se aporta un análisis de regresión conjunto de los cinco países sobre elementos predictivos de la salud mental, lo que permite una mejor aproximación a la comprensión e intervención de la respuesta psicológica a la pandemia.

En la muestra latinoamericana 33% de los participantes mostraron niveles moderados o altos de impacto del evento, porcentaje similar a la media reportada en el metaanálisis de Zhao et al. (2021) –24.9%–, en contraste con la muestra china del estudio de Wang et al. (2020b) donde 53% manifestó niveles moderados o altos de impacto del evento, evaluados con la misma escala. La diferencia puede ser atribuida a particularidades culturales que influyen en la percepción de riesgo. La sintomatología de estrés postraumático es común en las poblaciones durante los brotes de coronavirus, lo que debe servir para alertar a los sistemas de salud de los países sobre el riesgo a la salud mental durante y después de una pandemia (Salehi et al., 2021). Por otra parte, se obtuvieron niveles moderados de resiliencia, factor que puede dotar de flexibilidad y resistencia al riesgo (Broche et al. 2012). Con respecto a las variables de depresión, ansiedad y estrés se obtuvieron niveles bajos (según los criterios de Lovibond & Lovibond, 1995) en comparación con los resultados obtenidos al examinar otras poblaciones con el mismo instrumento y metodología (e.g., China: Wang et al., 2020b; Arabia Saudí: Alkhamees et al., 2020; España: Rodríguez Rey, 2020; Ecuador: Mautong et al., 2021). Cabe

destacar que el mayor nivel educativo de la muestra puede actuar como un factor protector, asociado con menores niveles de ansiedad, estrés y depresión (Hossain et al., 2020).

Si bien el tamaño del efecto es medio en todas las variables (atendiendo a los criterios de Cohen, 1988), su valor más alto aparece para el impacto del evento, lo que indica que la variable más diferencial entre los países es el impacto traumático de la pandemia. Por otra parte, la variable resiliencia es la que obtiene menor nivel de contraste y diferenciación entre las medias de los países. En general, los cubanos muestran indicadores más positivos en comparación al resto de países manifestando una mejor adaptación –fue la muestra que experimentó menor impacto del evento, menores niveles de depresión, ansiedad y estrés, y mayor nivel de resiliencia–. Es importante hacer notar la escasez de datos acerca de la repercusión psicológica del COVID-19 en Cuba (Rubio et al., 2020). Los datos que aquí se presentan tienen por ello mayor relevancia. Por el contrario, los chilenos refirieron mayor impacto del evento y niveles más altos de depresión, ansiedad y estrés; asimismo, reportaron haber experimentado un mayor número de síntomas comunes al COVID-19, con un 10% indicando presentar de cuatro a siete síntomas.

El análisis de regresión múltiple mostró que las variables depresión, ansiedad y estrés, consideradas como formas de respuesta a la pandemia, se caracterizan por tener elementos predictores comunes, a saber: edad, síntomas médicos, impacto del evento y resiliencia. Siendo impacto del evento el predictor más determinante. Los resultados obtenidos confirman los datos de Rajkumar (2020) que considera las variables depresión, ansiedad y estrés elementos comunes de respuesta ante el COVID-19. El factor edad ha sido constatado en diversas investigaciones (Arabia Saudita: Alkhamees et al., 2020; China: Qiu et al., 2020; China: Wang et al., 2020b; Brasil: Zhang et al., 2021) siendo los más jóvenes los más afectados por la pandemia. El estrés psicológico, las

alteraciones en los patrones de conducta y estilos de vida producidos por las medidas de confinamiento impuestas, así como las condiciones de vivienda son factores que podrían estar relacionados con este resultado, como lo demuestran hallazgos recientes en otros grupos etarios (Francisco et al., 2020; Orgilés et al., 2021). Aunque diferentes estudios señalan la importancia del género sobre los efectos del COVID-19 (Guatemala: Alonzo et al., 2021; El Salvador: Orellana & Orellana; China: Qiu et al., 2020; Brasil: Seco et al., 2020; China: Wang et al., 2020b; México: Zamarripa et al., 2020), en este estudio el género sólo aparece como tendencia para el caso del estrés. Se usó, además, la perspectiva de la resiliencia como variable vinculada con el impacto del evento (Ahmed, 2007) y específicamente con el COVID-19 (Bozdağ & Ergün, 2020; Ran et al., 2020). Los resultados obtenidos indican que la resiliencia, con una β negativa en las tres variables criterio, actúa disminuyendo los niveles de depresión, ansiedad y estrés, en concordancia con otros estudios con la variable resiliencia como mediadora ante la pandemia (Bozdağ & Ergün, 2020; Tam et al. 2021), confirmado la importancia de la flexibilidad y la resistencia psicológica ante las adversidades.

Limitaciones y futuras investigaciones

En primer lugar, las observaciones se han basado únicamente en autoinformes, lo que puede aumentar la posibilidad de variación del método común (Podsakoff et al., 2003) y obliga considerar los resultados como una primera aproximación a los datos que debe mejorarse mediante metodologías complementarias que puedan controlar tales efectos. En segundo lugar, no se consideraron variables como nivel socioeconómico, pérdida reciente de empleo a causa de la pandemia, hospitalizaciones o haber padecido la enfermedad. En tercer lugar, la desigual muestra de los cinco países que comprenden la muestra total, resultado de la diferente participación y acceso a plataformas de encuestas. No obstante, en los cinco casos se ha alcanzado más de 100 participantes, número que permite una capacidad de análisis suficiente (Faul et al., 2007). Esta razón ha llevado a prescindir de datos de países inicialmente incluidos en el protocolo del estudio. En cuarto lugar, el método de muestreo de bola de nieve permitió un rápido acceso a la población latinoamericana durante una emergencia de salud pública internacional en la que otras estrategias hubieran sido inseguras, limitó la representatividad de la muestra, lo que queda demostrado por el porcentaje de participantes de contextos académicos. En este sentido futuras investigaciones podrían implementar diseños de seguimiento y/o métodos de investigación de panel en línea para mejorar la representatividad de las muestras estudiadas. Por otro lado, las entrevistas telefónicas podrían ser implementadas para llegar a sectores urbano-marginales de las poblaciones, sin violar las medidas de distanciamiento o confinamiento en situaciones de pandemias o epidemias.

A pesar de las limitaciones, el estudio provee datos valiosos sobre la respuesta psicológica de cinco poblaciones diversas de Latinoamérica. Los estudios sobre los aspectos psicológicos vinculados al COVID-19, y en general a las pandemias, son iniciales (Pedroza et al., 2020) y abren el camino a enfoques interdisciplinarios que complementen las disciplinas singulares. Ello está obligando a proponer enfoques que permitan la elaboración de una ciencia mental

(Holmes et al., 2020) que pueda dar un resultado interdisciplinar y, específicamente, de una ciencia psicológica aplicada a las pandemias (O'Connor et al., 2020). Los tomadores de decisiones en el sector de la salud en los respectivos países de América Latina deben incorporar planes de prevención de enfermedades infecciosas, así como programas de promoción de estilos de vida saludable hechos a la medida de su población, lo que podría mitigar las afectaciones psicológicas en futuros escenarios de crisis. Asimismo, la integración de psicólogos de la salud como miembros activos de los equipos interdisciplinarios de salud favorecerá el desarrollo y la implementación de estos planes de preventión, promoción, tratamiento y rehabilitación.

Referencias

- Acosta, L. D. (2020). Capacidad de respuesta frente a la pandemia COVID-19 en América Latina y el Caribe. *Panamerican Journal of Public Health*, 44, Article e109. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.109>
- Ahmed, A. S. (2007). Post-traumatic stress disorder, resilience and vulnerability *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 369-375. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.106.003236>
- Alkhamees, A. A., Alrashed, S. A., Alzunaydi, A. A., Almohimeed, A. S., & Aljohani, M. S. (2020). The psychological impact of COVID-19 pandemic on the general population of Saudi Arabia. *Comprehensive Psychiatry*, 102, Article 152192. <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2020.152192>
- Alonso, D., Popescu, M., & Zubarooglu-loannides, P. (2021). The current pandemic, a complex emergency? Mental health impact of the COVID-19 pandemic on highly vulnerable communities in Guatemala. *The International Journal of Social Psychiatry*, 207640211027212. <https://doi.org/10.1177/00207640211027212>
- Atkinson, R., & Flint, J. (2001) Accessing hidden and hard-to-reach populations: Snowball research strategies. *Social Research Update*, 33, 1-4.
- Benítez, M. A., Velasco, C., Sequeira, A. R., Henríquez, J., Meñezes, F. M., & Paolucci, F. (2020). Responses to COVID-19 in five Latin American countries. *Health Policy and Technology*, 9(4), 525-559. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.08.014>
- Broche, Y., Rodríguez, B. C. Pérez, S., Alonso, G., Hernández, A., & Blanca, Y. (2012). Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC). En B. C. Rodríguez & O. Moleiro (Eds.), *Validación de instrumentos psicológicos: criterios básicos*. Editorial Samuel Feijoo
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Bozdağ, F., & Ergün, N. (2020). Psychological resilience of healthcare professionals during COVID-19 Pandemic. *Psychological Reports*, 3329412096547. <https://doi.org/10.1177/0033294120965477>
- Burki, T. (2020). COVID-19 in Latin America. *Lancet Infectious Disease*, 20, 547-548. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30303-0](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30303-0)
- Caamaño, L., Fuentes, D., González, L., Melipillán, R., Sepúlveda, M., & Valenzuela E. (2011). Adaptación y validación de la versión chilena de la escala de impacto de evento-revisada (EIE-R). *Revista Médica de Chile*, 139, 1163-1168.
- Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress*, 20(6), 1019-1028. <https://doi.org/10.1002/jts.20271>

- Chilean Ministry of Health (MINSAL). (2021). *Plan de acción coronavirus*. <https://www.gob.cl/coronavirus/>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd edition). Academic Press.
- Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M.A., & Averill, P. (2002). The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish translation and validation with a hispanic sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24, 195-205. <https://doi.org/10.1023/A:1016014818163>
- Dong, L., & Bouey, J. (2020). Public mental health crisis during COVID-19 Pandemic, China. *Emerging Infectious Diseases*, 26(7), 1616-1618. <https://doi.org/10.3201/eid2607.200407>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Fiesco-Sepúlveda, K. Y., & Serrano-Bermúdez, L. M. (2020). Contributions of Latin American researchers in the understanding of the novel coronavirus outbreak: a literature review. *PeerJ*, 8, Article e9332. <https://doi.org/10.7717/peerj.9332>
- Fiorillo, A., & Gorwood, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, 63(1), Article e32, 1-2 <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.35>
- Francisco, R., Pedro, M., Delvecchio, E., Espada, J. P., Morales, A., Mazzeschi, C., & Orgilés, M. (2020). Psychological Symptoms and Behavioral Changes in Children and Adolescents During the Early Phase of COVID-19 Quarantine in Three European Countries. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 570164. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.570164>
- García, P. J., Alarcón, A., Bayer, A., Buss, P., Guerra, G., Ribeiro, H., Rojas, K., Saenz, R., Salgado de Snyder, N., Solimano, G., Torres, R., Tobar, S., Tuesca, R., Vargas, G., & Atun, R. (2020). COVID-19 Response in Latin America. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 103(5), 1765-1772. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0765>
- Gregorio-Chaviano, O., Limaymanta, C. H., & López-Mesa, E. K. (2020). Análisis bibliométrico de la producción científica latinoamericana sobre COVID-19. *Biomedica: Revista del Instituto Nacional de Salud*, 40(Supl. 2), 104-115. <https://doi.org/10.7705/biomedica.5571>
- Hair, J. F., Black, W. C., & Babin, B. J. (2009). *Multivariate data analysis: A global perspective*. (7th ed.). Prentice Hall.
- Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Cohen Silver, R., Everall, I., Ford, T., John, A., Kabir, T., King, K., Madan, I., Michie, S., Przybylski, A. K., Shafran, R., Sweeney, A., Worthman, C. M., ... Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet. Psychiatry*, 7(6), 547-560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
- Hossain, M. A., Jahid, M., Hossain, K., Walton, L. M., Uddin, Z., Haque, M. O., Kabir, M. F., Arafat, S., Sakel, M., Faruqui, R., & Hossain, Z. (2020). Knowledge, attitudes, and fear of COVID-19 during the rapid rise period in Bangladesh. *PLoS One*, 15(9), Article e0239646. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239646>
- Ibañez, A., Santamaría-García, H., Guerrero Barragan, A., Kornhuber, A., Ton, A., Slachevsky, A., Teixeira, A. L., Mar Meza, B. M., Serrano, C. M., Cano, C., Arias Gonzalez, C., González-Billault, C., Butler, C., Bustín, J., Duran-Aniotz, C., Acosta, D., Matallana, D. L., Acosta-Alvear, D., Trépel, D., Resende, E., ... Kosik, K. S. (2020). The impact of SARS-CoV-2 in dementia across Latin America: a call for an urgent regional plan and coordinated response. *Alzheimer's & Dementia*, 6(1), Article e12092. <https://doi.org/10.1002/trc2.12092>
- Khan, S., Ali, A., Siddique, R., & Nabi, G. (2020). Novel coronavirus is putting the whole world on alert. *The Journal of Hospital Infection*, 104(3), 252-253. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.01.019>
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3rd ed.). The Guilford Press.
- Legido-Quigley, H., Asgari, N., Teo, Y. Y., Leung, G. M., Oshitani, H., Fukuda, K., Cook, A. R., Hsu, L. Y., Shibuya, K., & Heymann, D. (2020). Are high-performing health systems resilient against the COVID-19 epidemic? *The Lancet*, 395(10227), 848-850. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30551-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30551-1)
- Lima, C., Carvalho, P., Lima, I., Nunes, J., Saraiva, J. S., de Souza, R. I., da Silva, C., & Neto, M. (2020). The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). *Psychiatry Research*, 287, 112915. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112915>
- Liritzis, I. (2020). Pandemics - from ancient times to COVID-19. Some thoughts. *Mediterranean Archaeology and Archaeometry*, 20(1), i-ix.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. (2nd. ed.). Psychology Foundation.
- Martínez-Taboas, A. (2020). Pandemias, COVID-19 y salud mental: ¿qué sabemos actualmente? *Revista Caribeña de Psicología*, 4(2), 143-152. <https://doi.org/10.37226/rcp.v4i2.4907>
- Mautong, H., Gallardo-Rumbea, J. A., Alvarado-Villa, G. E., Fernández-Cadena, J. C., Andrade-Molina, D., Orellana-Román, C. E., & Cherrez-Ojeda, I. (2021). Assessment of depression, anxiety and stress levels in the Ecuadorian general population during social isolation due to the COVID-19 outbreak: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 21(1), 212. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03214-1>
- McCabe, D. (2019). The Impact of Event Scale - Revised (IES-R). *Try this: best practices in nursing care to older adults*, 19. New York University Rory Meyers College of Nursing
- Notario-Pacheco, B., Solera-Martínez, M., Serrano-Parra, M. D., Bartolomé-Gutiérrez, R., García-Campayo, J., & Martínez-Vizcaíno, V. (2011). Reliability and validity of the Spanish version of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (10-item CD-RISC) in young adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 63. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-63>
- O'Connor, D. B., Aggleton, J. P., Chakrabarti, B., Cooper, C. L., Creswell, C., Dunsmuir, S., Fiske, S. T., Gathercole, S., Gough, B., Ireland, J. L., Jones, M. V., Jowett, A., Kagan, C., Karanika-Murray, M., Kaye, L. K., Kumari, V., Lewandowsky, S., Lightman, S., Malpass, D., Meins, E., ... Armitage, C. J. (2020). Research priorities for the COVID-19 pandemic and beyond: a call to action for psychological science. *British Journal of Psychology*, 111(4), 603-629. <https://doi.org/10.1111/bjop.12468>
- Orellana C. I., & Orellana, L. M. (2020). Predictores de síntomas emocionales durante la cuarentena domiciliar por pandemia de COVID-19 en El Salvador. *Actualidades en Psicología*, 34(128), 103-120. <https://doi.org/10.15517/ap.v34i128.41431>
- Orgilés, M., Espada, J. P., Delvecchio, E., Francisco, R., Mazzeschi, C., Pedro, M., & Morales, A. (2021). Anxiety and depressive symptoms in children and adolescents during COVID-19 Pandemic: a transcultural approach. *Psicothema*, 33(1), 125-130. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.287>
- Parrish E. (2020). The next pandemic: COVID-19 mental health pandemic. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(3), 485. <https://doi.org/10.1111/ppc.12571>
- Pablos-Méndez, A., Vega, J., Aranguren, F. P., Tabish, H., & Ravaglione, M. C. (2020). COVID-19 in Latin America. *BMJ (Clinical Research ed.)*, 370, Article m2939. <https://doi.org/10.1136/bmj.m2939>
- Pedrosa, A. L., Bitencourt, L., Fróes, A., Cazumbá, M., Campos, R., de Brito, S., & Simões e Silva, A. C. (2020). Emotional, behavioral, and psychological impact of the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychology*, 11, 566212. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.566212>

- Pérez-Riverol, A. (2020). The Cuban strategy for combatting the COVID-19 Pandemic. *MEDICC Review*, 22(3), 64-68.
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J. Y., & Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: a critical review of the literature and recommended remedies. *The Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879-903. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.5.879>
- 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(2), e100213. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>
- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: a review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry*, 52, Article 102066. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>
- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., & Escobar-Córdoba, F. (2020). Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 48(4), Article e930. <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>
- Ran, L., Wang, W., Ai, M., Kong, Y., Chen, J., & Kuang, L. (2020). Psychological resilience, depression, anxiety, and somatization symptoms in response to COVID-19: a study of the general population in China at the peak of its epidemic. *Social Science & Medicine*, 262, 113261. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113261>
- Ríos-González C., & Palacios, J. M. (2020). Trabajo de Investigación de la FCM - UNCA - Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el COVID-19 de los Paraguayos. Facultad de Ciencias Médicas de la UNCA.
- Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H., & Collado, S. (2020). Psychological impact and associated factors during the initial stage of the coronavirus (COVID-19) Pandemic among the general population in Spain. *Frontiers in Psychology*, 11, Article 1540. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01540>
- Roy, D., Tripathy, S., Kar, S. K., Sharma, N., Verma, S. K., & Kaushal, V. (2020). Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, Article 102083. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102083>
- Rubin, G. J., Potts, H. W., & Michie, S. (2010). The impact of communications about swine flu (influenza A H1N1v) on public responses to the outbreak: results from 36 national telephone surveys in the UK. *Health Technology Assessment*, 14(34), 183-266. <https://doi.org/10.3310/hta14340-03>
- Rubio, M. C., Sanchez, L., Abreu-Ruiz, G., Bermejo-Bencomo, W., Crombet, T., & Lage, A. (2020). COVID-19 and Cancer in Cuba. *Seminars in Oncology*, 47(5) 328-329. <https://doi.org/10.1053/j.seminoncol.2020.07.009>
- Salehi, M., Amanat, M., Mohammadi, M., Salmanian, M., Rezaei, N., Saghazadeh, A., & Garakani, A. (2021). The prevalence of post-traumatic stress disorder related symptoms in Coronavirus outbreaks: a systematic-review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 282, 527-538. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.188>
- Secretaría de Salud. Medidas de Seguridad Sanitaria. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/544332/CPM_Medidas_de_Seguridad_Sanitaria__31mar20.pdf.pdf
- Seco, D. C., Oliveira, W. L., Costa, Z. N., Faro, A., & Cerqueira-Santos, E. (2020). Intolerance of uncertainty and mental health in Brazil during the COVID-19 pandemic. *Suma Psicológica*, 27(1), 62-69. <https://doi.org/10.14349/sumapsi.2020.v27.n1.8>
- Shadmi, E., Chen, Y., Dourado, I., Faran-Perach, I., Furler, J., Hangoma, P., Hanvoravongchai, P., Obando, C., Petrosyan, V., Rao, K. D., Ruano, A. L., Shi, L., de Souza, L. E., Spitzer-Shohat, S., Sturgiss, E., Suphanchaimat, R., Uribe, M. V., & Willem, S. (2020). Health equity and COVID-19: global perspectives. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 104. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01218-z>
- Smith, G. D., Ng, F., & Ho Cheung Li, W. (2020). COVID-19: emerging compassion, courage, and resilience in the face of misinformation and adversity. *Journal of Clinical Nursing*, 29(9-10), 1425-1428. <https://doi.org/10.1111/jocn.15231>
- Solano, A. (2020). Resilience and COVID-19. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 71(1), 7-8. <https://doi.org/10.18597/rgog.3531>
- St. Victor G.S., & Ahmed S. (2019). The importance of culture in managing mental health response to pandemics. En D. Huremović (Eds.), *Psychiatry of Pandemics. A mental health response to infection outbreak*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-15346-5>
- Tam, C. C., Sun, S., Yang, X., Li, X., Zhou, Y., & Shen, Z. (2021). Psychological distress among HIV healthcare providers during the COVID-19 Pandemic in China: Mediating roles of institutional support and resilience. *AIDS and Behavior*, 25(1), 9-17. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-03068-w>
- Talevi, D., Socci, V., Carai, M., Carnaghi, G., Falieri, S., Trebbi, E., di Bernardo, A., Capelli, F., & Pacitti, F. (2020). Mental health outcomes of the COVID-19 pandemic. *Rivista di Psichiatria*, 55(3), 137-144. <https://doi.org/10.1708/3382.33569>
- Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics: preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Cambridge Scholars Publishing.
- Thomas, R. K., Suleiman, R., Mackay, M., Hayer, L., Singh, M., Correll, C. U., & Dursun, S. (2020). Adapting to the impact of COVID-19 on mental health: an international perspective. *Journal of Psychiatry and Neuroscience: JPN*, 45(4), 229-233. <https://doi.org/10.1503/jpn.200076>
- Tucci, V., Moukaddam, N., Meadows, J., Shah, S., Galwankar, S. C., & Kapur, G. B. (2017). The forgotten plague: psychiatric manifestations of Ebola, Zika, and emerging infectious diseases. *Journal of Global Infectious Diseases*, 9(4), 151-156. https://doi.org/10.4103/jgid.jgid_66_17
- Urzúa, A., Vera-Villarroel, P., Caqueo-Urízar, A., & Polanco-Carrasco, R. (2020). La psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. *Terapia Psicológica*, 38(1), 103-118
- Wang, C., Horby, P. W., Hayden, F. G., & Gao, G. F. (2020a). A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The Lancet*, 395(10223), 470-473. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30185-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30185-9)
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020b). 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), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Weiss, D. S., & Marmar, Ch. (1997). The impact of event scale-revised. En J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD*. The Guilford Press.
- Wilder-Smith, A., & Freedman, D. O. (2020). Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *Journal of Travel Medicine*, 27(2), taaa020. <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa020>
- World Health Organization (WHO) (March 14th, 2020). *Coronavirus disease (COVID-2019): situation report-54*. <https://bit.ly/3zjLJUm>
- World Health Organization (WHO) (February 28th, 2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation report*. <https://bit.ly/3gzl7Gj>
- World Health Organization (WHO). (June 10, 2020) *Coronavirus (COVID-19) dashboard*. <https://covid19.who.int/table>

- Xin, M., Luo, S., She, R., Yu, Y., Li, L., Wang, S., Ma, L., Tao, F., Zhang, J., Zhao, J., Li, L., Hu, D., Zhang, G., Gu, J., Lin, D., Wang, H., Cai, Y., Wang, Z., You, H., Hu, G., ... Lau, J. T. (2020). Negative cognitive and psychological correlates of mandatory quarantine during the initial COVID-19 outbreak in China. *The American Psychologist*, 75(5), 607-617. <https://doi.org/10.1037/amp0000692>
- Ying, L., Wang, Y., Lin, C., & Chen, C. (2016). Trait resilience moderated the relationships between PTG and adolescent academic burnout in a post-disaster context. *Personality and Individual Differences*, 90, 108-112. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.10.048>
- Zamarripa, J., Delgado-Herrada, M., Morquecho-Sánchez, R., Baños, R., de la Cruz-Ortega, M., & Duarte-Félix, H. (2020). Adaptability to social distancing due to COVID-19 and its moderating effect on stress by gender. *Salud Mental*, 43(6), 273-278. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2020.037>
- Zhai, Y., & Du, X. (2020). Mental health care for international Chinese students affected by the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), Article e22. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30089-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30089-4)
- Zhang, S. X., Wang, Y., Rauch, A., & Wei, F. (2020). Unprecedented disruption of lives and work: health, distress, and life satisfaction of working adults in China one month into the COVID-19 outbreak. *Psychiatry Research*, 288, Article 112958. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112958>
- Zhang, S. X., Wang, Y., Jahanshahi, A. A., Li, J., & Schmitt, V. (2021). Early evidence and predictors of mental distress of adults one month in the COVID-19 epidemic in Brazil. *Journal of Psychosomatic Research*, 142, Article 110366. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110366>
- Zhao, Y. J., Jin, Y., Rao, W. W., Li, W., Zhao, N., Cheung, T., Ng, C. H., Wang, Y. Y., Zhang, Q. E., & Xiang, Y. T. (2021). The prevalence of psychiatric comorbidities during the SARS and COVID-19 epidemics: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Journal of Affective Disorders*, 287, 145-157. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.03.016>