



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 27 No. 1

Marzo de 2024

ESTADO DE SALUD EN UNIVERSITARIOS DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19, COMPARACIÓN POR GÉNERO Y EDAD.

Karla Paola Mendoza Vega¹, Georgina Eugenia Bazán Riverón², Laura Evelia Torres Velázquez³, Maricela Osorio Guzmán⁴
Universidad Nacional Autónoma De México
Facultad De Estudios Superiores Iztacala

RESUMEN

El objetivo del estudio fue comparar por género y por grupo etario, el impacto del distanciamiento social de la pandemia por COVID-19 sobre la salud física y psicológica. Participaron 129 miembros de la comunidad de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM (Intervalo de edad 19-72 años; $M=37.84$; $DE=14.59$). Se utilizó una batería de instrumentos breves y diseñados ad hoc para evaluar cambios conductuales, economía, relaciones interpersonales, conductas de prevención de enfermedades, depresión y ansiedad. Los resultados muestran que el género (género femenino $M=5.56$; $DE=3.11$; género masculino $M=3.80$; $DE=2.16$; $t_{35,23}= 3.09$, $p= .004$) y el grupo etario de 19 a 25 años ($I-J= 2.50$ $p= .000$) mostró diferencias estadísticamente significativas en el cuestionario PHQ-4 (Löwe, et al., 2010), mientras que en las demás variables no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. También se observó un deterioro general en la actividad física, en los hábitos sueño, en la actividad laboral y en los ingresos económicos mientras que la alimentación y las relaciones interpersonales se mantuvieron sin cambio, por otro lado, se notó una mejora en las conductas relacionadas a sus pasatiempos. En conclusión, el género femenino presenta mayor afectación en la salud psicológica, así como el grupo de los más jóvenes, presentando niveles más altos de ansiedad y

depresión. Mientras que en la salud física y en la adherencia a las medidas de prevención no hay diferencias entre géneros.

Palabras Clave: Estado de salud, COVID-19, cambios conductuales, ansiedad, depresión, género, grupos etarios.

HEALTH STATUS IN UNIVERSITY STUDENTS DURING THE COVID-19 PANDEMIC, COMPARISON BY GENDER AND AGE.

ABSTRACT

The aim of the study was to compare by gender and age group the impact of social distancing from the COVID-19 pandemic on physical and psychological health. A total of 129 members of the community of the Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM (age range 19-72 years; $M=37.84$; $SD=14.59$) participated. A battery of brief, ad hoc designed instruments was used to assess behavioural changes, economics, interpersonal relationships, disease prevention behaviours, depression and anxiety. The results show that gender (female gender $M=5.56$; $SD=3.11$; male gender $M=3.80$; $SD=2.16$; $t_{35.23}=3.09$, $p=.004$) and age group 19-25 years ($I-J=2.50$ $p=.000$) showed statistically significant differences in the PHQ-4 questionnaire (Löwe, et al., 2010), while no statistically significant differences were found for the other variables. A general deterioration was also observed in physical activity, sleep habits, work activity and income, while nutrition and interpersonal relationships remained unchanged, on the other hand, an improvement was noted in behaviours related to hobbies. In conclusion, the female gender presents greater affectation in psychological health, as well as the younger group, presenting higher levels of anxiety and depression. While in physical health and adherence to prevention measures there are no differences between genders.

Keywords: Health status, COVID-19, behavioural changes, anxiety, depression, gender, age groups.

La enfermedad COVID-19, es una neumonía infecciosa causada por el coronavirus SARS-CoV-2, el cual apareció en el municipio de Wuhan, China (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020). Los síntomas por COVID-19 se manifiestan en función de cada persona (Segura et al., 2020; Aragón, Vargas y Miranda, 2019). Aunque de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), los síntomas más comunes son tos, fiebre y cansancio.

En marzo del 2020, debido a la rápida propagación de la enfermedad y al aumento en el número de casos positivos y graves, la Organización Mundial de la Salud decretó al COVID-19 como pandemia (Arroyo, 2020). Conforme esta se extendía, la OMS (2020) advertía del aumento en el miedo y temor que presentaría la población en general y específicamente en los grupos quienes presentaban factores de riesgo como adultos mayores, personas con enfermedades crónicas y/o que padecen obesidad o sobrepeso (Robles, 2020).

En distintas ocasiones la OMS ha mencionado que no todas las respuestas conductuales que se presentan durante una situación de emergencia, apuntan a un desequilibrio psicológico o reacciones patológicas, sino que se tratan de reacciones naturales ante una situación que presenta un panorama incierto o anormal (Organización Panamericana de la Salud, [OPS] 2016b).

Así mismo, los problemas psicosociales tienden a aumentar; la incertidumbre y las pérdidas humanas disponen a las personas a presentar algún problema de salud mental, como puede ser estrés postraumático, ansiedad y depresión. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2016a), una de las primeras dificultades que se presentan en situaciones de desastres y emergencias es que los recursos y el personal de los sistemas de salud se ven limitados, sin la suficiente preparación para la magnitud del evento y sin contemplar la atención a la salud mental.

Ambas organizaciones desde el 2015 comenzaron a implementar un plan de acción sobre la salud mental, en el cual se expresa la necesidad de resaltar el vínculo que existe entre lo psicológico y lo físico en el proceso salud-enfermedad, el plan parte de cuatro perspectivas: género, equidad, etnicidad y derechos humanos y contemplan dimensiones como la biológica, la cultural, la ambiental, la socioeconómica y los sistemas de salud (OPS, 2015) respecto al género, mencionan que existen diferencias entre ambos en cuanto a los riesgos a los que se exponen y por ello es importante que los servicios de salud consideren las necesidades particulares para cada género.

Anteriormente se ha registrado que uno de los factores asociados con la alta prevalencia de malestar psicológico ante una situación de emergencia sanitaria, es

pertenecer al género femenino; las personas de género femenino en comparación con las de género masculino presentaron niveles de angustia más altos durante el brote de una epidemia de influenza equina (Taylor, Agho, Stevens y Raphael, 2008); además, presentaron un mayor nivel de estrés, predominando las manifestaciones psicológicas como ansiedad, frustración y tristeza seguidas de las manifestaciones físicas como dolores de cabeza, dolores musculares y problemas digestivos (Marquina, 2020) así como episodios de insomnio (Voitsidis, et al., 2020) durante la pandemia por COVID-19.

Otro factor que se asocia con un impacto psicológico negativo es la edad, siendo los jóvenes de entre 16 a 30 años quienes son más vulnerables (Taylor, et al., 2008; Marquina, 2020 y Ozamiz, Dosil, Gorrochategui y Idoiaga, 2020); Van, et al. (2010) mencionan que los adultos jóvenes son candidatos más probables a contraer una enfermedad durante una pandemia ya que presentan conductas que conllevan un contacto social más cercano; además de que existe una mayor probabilidad de que no realicen algún cambio significativo en su estilo de vida al percibirse como no susceptibles a la enfermedad. Lima y Tullo (2017) mencionan que el riesgo percibido por cada individuo de contraer una enfermedad va ligado con las creencias, las percepciones, las experiencias previas, los recursos psicológicos que tenga cada persona para hacer frente a la incertidumbre, así como de la forma en la que se transmite la información sobre el origen del riesgo. Específicamente, en las emergencias sanitarias, la OPS (2016b) señalan que “el temor al contagio agrava la situación existente” y tanto el funcionamiento cotidiano de la comunidad como la seguridad de cada individuo se vuelve vulnerable; los efectos psicológicos que se pueden presentar van ligados a la percepción de urgencia e incertidumbre de cada individuo (Taylor, 2021).

Los múltiples efectos se pueden clasificar en aquellos que tienen un efecto relacionado mayormente con la salud física, que pueden ser en la alimentación, en la actividad física y en los horarios de sueño; aquellos que se relacionan con la salud psicosocial a partir de la alteración de los espacios limitados para realizar actividades recreativas, educativas y económicas; aquellos relacionados con los

trastornos psicológicos como la ansiedad y depresión y aquellos que tienen efectos en las relaciones sociales.

Sobre la alimentación, León y Arguello (2020) reportan que adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe presentan dificultades para acceder a alimentos saludables, así como un aumento en el consumo de alimentos procesados durante la pandemia. Además de haber señalado una disminución o anulación en su actividad física. Por otra parte, el Instituto Nacional de Salud Pública (2020) menciona que además de verse afectado el acceso a los alimentos, puede haber un consumo excesivo durante la pandemia por el aburrimiento, ansiedad o depresión.

En cuanto a las alteraciones en los patrones de sueño, éstos pueden ser provocados por el miedo a la misma enfermedad (Wang, et al., 2020) o por la modificación de los horarios en los que se llevaban a cabo las actividades fuera de casa (ocupaciones laborales, escolares y recreativas) (Altena, et al., 2020).

Al mismo tiempo Junco (2020), menciona que el tiempo de ocio de los adolescentes se ha visto alterado al posponer sus actividades escolares y sociales, lo cual puede ser un factor de frustración ya que las actividades recreativas y pasatiempos contribuyen a mejorar habilidades sociales, físicas y cognitivas además de experimentar bienestar, descanso y satisfacción (Salazar, 2020). Por otro lado, Reyes, Vera, Sandoval y González (2022) señalan que durante el aislamiento por Covid-19, los jóvenes encuestados indicaron participar en actividades de ocio o practicar deporte, junto a familiares además de que éstos expresaron el deseo de realizar más actividades recreativas y sociales o de retomarlas cuando se normalizara la situación.

Por otra parte, conviene decir que las manifestaciones de tipo ansioso y depresivo son las que se reportaron con mayor frecuencia durante los periodos de aislamiento debido a la pandemia por COVID-19 (Broche, Fernández y Reyes, 2020 y Caccia, De Grandis y Perez, 2021). Desde hace siglos, los periodos de aislamiento se han empleado para evitar que se multipliquen los casos de personas que contraigan la enfermedad infecciosa; Hawryluck, et al. (2004) señalan que dichos periodos vienen acompañados de problemas psicológicos y

económicos; además del cumplimiento de ciertas medidas de sanidad en el lugar en el que se encuentran mientras transcurre el tiempo de distanciamiento social. Según Sánchez, et al. (2020), dichas medidas se realizan más efectivamente cuando se tiene acceso a los insumos, siendo esto un facilitador para la atención a la salud, sin olvidar que otros elementos como contar con redes de apoyo, acceso a la información confiable, entre otros que contribuyen a que se lleven a cabo conductas para preservar la salud (Hirmas, et al., 2013).

Un estudio reciente señala que el sentimiento de afiliación hacia una escuela universitaria, está fuertemente vinculado al manejo de la información junto con el seguimiento de medidas sanitarias, Tavera y Martínez (2021) mencionan que los universitarios encuestados fueron quienes difundían dentro y fuera de su círculo social y familiar, información confiable y al mismo tiempo los exhortaban a seguir las medidas sanitarias declaradas por el gobierno de México.

Con respecto a las medidas sanitarias, el gobierno de México las difundió mediante una campaña de comunicación, pero pese al alcance que tuvo esta campaña Sánchez, et al. (2020) menciona que la responsabilidad se dejó totalmente en manos de la población ya que no hubo acciones complementarias para facilitar su cumplimiento, especialmente en la población de bajos recursos. Respecto a esto Hrimas et al. (2010), plantean que la condición social y económica es una de las principales barreras para la atención a la salud según los ingresos, ocupación laboral, escolaridad, etnia y género; mencionan que el costo de las consultas y los medicamentos no son las únicas barreras, sino que también se suma la desconfianza tanto en el profesional de la salud como en el tratamiento; los sentimientos de vergüenza, las creencias, los mitos y los posibles señalamientos que pueda tener el paciente.

Por otra parte, Dong y Bouey (2020) señalan que la Comisión Nacional de Salud de China emitió un comunicado en el cual manifestó que la intervención psicológica debía ser parte de la respuesta ante la emergencia sanitaria debido al COVID-19 con el objetivo de reducir los efectos negativos durante y después de la pandemia, ya que éstos podrían contribuir a un descontrol de la propagación infecciosa; en pandemias precedentes, se registró un aumento en los

comportamientos hiperreactivos; sintomatología del estrés postraumático y depresiva (Hawryluck et al., 2004 y Wu et al., 2009).

El distanciamiento social por COVID-19, también ha tenido un efecto en las relaciones familiares y de pareja; las relaciones familiares se han visto afectadas en la calidad de sus interacciones y en el apoyo percibido por los integrantes de cada familia tanto en jóvenes universitarios (Tardivo, Suárez y Díaz, 2021) como en personas que van desde edades entre 19 y 67 años (Zacarias, Barbosa, Uribe y Montes, 2022) en donde una tercera parte de los participantes reportaron sostener relaciones conflictivas mientras que otra tercera parte mencionó que sus relaciones familiares se fortalecieron o mejoraron y el resto reportó no presentar ningún cambio.

En cuanto a las relaciones de pareja, Rodríguez y Rodríguez (2021) encontraron que los jóvenes, era el grupo etario más afectado en sus relaciones afectivas y sexuales por el distanciamiento social; las parejas que vivían juntos reportaron presentar cansancio por la convivencia prolongada dentro del hogar y la pérdida de espacios de privacidad y de recreación. Mientras que los participantes que sostenían una relación, pero no vivían en el mismo hogar, se vieron obligados a anteponer la salud propia y de sus cohabitantes antes de su satisfacción. Además, mencionaron haber integrado el uso de la tecnología para mantener relaciones a distancia. Es importante señalar que, en esta investigación, la mayoría del género femenino mencionaron presentar con mayor frecuencia estrés y conflictos y extrañar su privacidad; mientras que el género masculino indicó sentirse con más energía durante el distanciamiento social. Siendo éstas las únicas diferencias por género, probablemente porque la muestra contaba con una educación académica superior, lo cual ha sido relacionado con mostrar conductas de equidad en ambos géneros. Por otra parte, también hay hallazgos que indican que las parejas que presentaban una estabilidad desde antes de iniciar la pandemia, tuvieron una mayor adaptación a las medidas de confinamiento, mientras que las parejas que ya presentaban desacuerdos o dificultades en la relación, reportaron presentar más conflictos (Williamson, 2020).

Dichos efectos durante el distanciamiento social se han convertido en tema de interés mundial de tal modo que el presente estudio se deriva de una investigación internacional titulada "PSY-COVID" diseñada por 50 académicos de diferentes universidades. La sede coordinadora es la Universidad Autónoma de Barcelona y fue aprobado por el Comité de Ética en Experimentación Animal y Humana (CEEAH) de dicha Universidad (número de referencia CEEAH5197).

El presente estudio forma parte de dicha investigación y tiene por objetivo comparar por género y por grupo etario, el impacto del distanciamiento social de la pandemia por COVID-19 sobre la salud (física y psicológica) en la comunidad universitaria.

MÉTODO

Participantes

La muestra estuvo conformada por un total de 129 miembros de la comunidad de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM de ambos géneros (15.5% de género masculino y 84.5% de género femenino) con edades comprendidas entre los 19 y 72 años ($M=37.84$; $DE=14.59$), los cuales fueron seleccionados por un muestreo de bola de nieve. Su participación fue de forma voluntaria y anónima bajo el Reglamento Europeo de Protección de Datos y las normativas autorizadas por el Comité de Ética en Experimentación Animal y Humana (CEEAH) de la Universidad Autónoma de Barcelona, España.

Instrumentos

PSY-COVID-19. Es una batería de instrumentos breves integrada en *Google form* para su envío en línea a más de 30 países, estructurada por un grupo internacional de 50 investigadores de 20 universidades de Europa y América; y organizados por nodos en por país, cada nodo determinó y aprobó la validez de apariencia, contenido y de constructo, así como la adaptación lingüística a su país (Universitat Autònoma de Barcelona [UAB], 2020). En México participaron investigadores de más de diez universidades públicas y privadas.

La batería evalúa tres áreas, descritas como sociodemográficas/ contextuales, salud pública y psicológica. Consta de 118 ítems, su formato de respuesta fue en

escala Likert con cinco opciones de respuesta; los ítems se agruparon en 23 dimensiones que se conformaron de algunos instrumentos diseñados ad hoc y otros seleccionados por sus propiedades psicométricas en las formas breves.

Las variables incluidas en este estudio se describen en la tabla 1:

Variable	Instrumento	Evalúa
Cambios conductuales.	Diseñado <i>ad hoc</i> .	Nivel de deterioro, permanencia o nivel de mejora (1= Mucho peor. 2= Algo peor. 3= Igual. 4= Algo mejor. 5= Mucho mejor) en actividad física, hábitos de sueño y alimentación.
Economía.	Diseñado <i>ad hoc</i> .	Nivel de deterioro, permanencia o nivel de mejora (1= Mucho peor. 2= Algo peor. 3= Igual. 4= Algo mejor. 5= Mucho mejor) en ingresos económicos y actividad laboral.
Relaciones interpersonales.	Diseñado <i>ad hoc</i> .	Nivel de deterioro, permanencia o nivel de mejora (1= Mucho peor. 2= Algo peor. 3= Igual. 4= Algo mejor. 5= Mucho mejor) en relaciones con su pareja o su familia; con vecinos; con amigos y/o conocidos y pasatiempos.
Conductas de prevención de enfermedades (barreras/facilitadores).	Diseñado <i>ad hoc</i> .	Situaciones que dificultan o facilitan (1= Me facilita mucho. 2= Me facilita algo. 3= Neutro. 4= Me dificulta algo. 5= Me dificulta mucho) la realización de conductas de prevención como accesibilidad a mascarillas/cubre bocas, geles antibacteriales; actitud de las personas acerca de las conductas de prevención; información o consejos de las autoridades/ expertos y de las redes sociales y actitud de familiares o amigos con las que viven o tienen contacto.
PHQ con 2 dimensiones: 1. Depresión.	Cuestionario de Salud del Paciente-2 (PHQ-2) (Löwe, et al., 2010).	Frecuencia durante un periodo de dos semanas (0= Ningún día, 1= Algún día, 2= Más de la mitad de días, 3= Casi cada día) en la que se han experimentado situaciones como poco interés o placer en hacer las cosas y decaimiento o desesperanza.
2. Ansiedad.	Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada-2 (GAD-2) (Löwe, et al., 2010).	Frecuencia durante un periodo de dos semanas (0= Ningún día, 1= Algún día, 2= Más de la mitad de días, 3= Casi cada día) en la que se han experimentado situaciones como nerviosismo o tensión e incapacidad de dejar de preocuparse.

Tabla 1. Descripción de las variables evaluadas en el presente estudio.

PROCEDIMIENTO

El estudio se llevó a cabo en 4 etapas:

Etapa 1. Estudio internacional. Un equipo de investigadores de la Universidad Autónoma de Barcelona desarrolló el protocolo y convocaron a diferentes investigadores internacionales para la conformación de nodos por país.

Etapa 2. Estudio en México. Se distribuyó el instrumento original en castellano para hacer la adaptación lingüística del instrumento a español de México. Después de haber revisado y redactado los ítems, se realizó y se mantuvo una versión con 118 ítems posterior a las revisiones de validez, apariencia, contenido y de constructo. Los investigadores del nodo México a cargo realizaron una prueba piloto evaluando el tiempo de respuesta y la claridad de los ítems, se hizo una revisión en México a partir de la cual sólo se corrigió el 5% de los ítems para mejorar su calidad. Esta versión fue aprobada.

Etapa 3. Fase de aplicación. Se utilizó *Google forms* para integrar la batería y realizar el formulario virtual de acuerdo con el instrumento, el cual se distribuyó (en los meses de mayo y junio del 2020) mediante plataformas digitales, redes sociales, aplicaciones de chat para teléfonos móviles y páginas WEB.

Etapa 4. Las respuestas de los participantes se registraron de manera automática en una hoja del programa Excel generando así una base de datos. Una vez concluido el periodo de aplicación, se exportó la base de datos al programa SPSS versión 25.

Análisis de resultados

Se obtuvieron estadísticos descriptivos y comparativos de 5 de las 23 dimensiones que conforman el instrumento PSY-COVID-19; se realizó la prueba t de Student para comparar las diferencias, por género, entre las puntuaciones obtenidas en el cuestionario PHQ-4, perteneciente a la dimensión de trastornos psicológicos del instrumento PSY-COVID-19 y posteriormente se realizó un análisis de varianza (ANOVA) para comparar por grupo etario, los resultados obtenidos en el cuestionario ya mencionado; así como para comparar los cambios en la actividad

física, hábitos de sueño, alimentación y en la adherencia a las medidas de prevención de COVID-19, en función de la edad.

RESULTADOS

Cambios conductuales, economía y relaciones interpersonales.

Referente a los cambios conductuales, situación económica y relaciones interpersonales (tabla 2) los participantes reportan disminución en la práctica de actividad física, en sus hábitos de sueño y en la actividad laboral, obteniendo porcentajes del 20.8% al 43.1% en las categorías algo peor a mucho peor. En el caso de la alimentación, los puntajes se distribuyen de forma homogénea desde notar algo de deterioro, no tener cambios y notar algo de mejora (30%, 32.3% y 30.8% respectivamente). Con respecto a los ingresos económicos, los puntajes que van del 22.3% al 38.5% se ubican en las categorías de mucho peor a no tener cambios. En cuanto a las relaciones sociales predomina la estabilidad; en las relaciones con su pareja y familia; en las relaciones con sus vecinos y en las relaciones con sus amigos y conocidos, con porcentajes del 36.9% al 70.8% en la categoría igual. Por último, los participantes reportan una mejora en los pasatiempos con un 43.8% en la categoría de algo mejor.

	1	2	3	4	5
Actividad física	20.8	43.1	18.5	13.8	3.8
Hábitos de sueño	27.7	39.2	20.0	11.5	1.5
Alimentación		30.0	32.3	30.8	6.9
Ingresos económicos	22.3	31.5	38.5	6.2	1.5
Actividad laboral	28.5	31.5	28.5	7.7	3.8
Relaciones con su pareja o familia.	6.9	27.7	36.9	21.5	6.9
Relaciones con sus vecinos.	3.8	16.9	70.8	7.7	.8
Relaciones con sus amigos y conocidos.	8.5	33.8	46.9	10.8	
Pasatiempos.	3.8	11.5	26.9	43.8	13.8

1= Mucho peor. 2= Algo peor. 3= Igual. 4= Algo mejor. 5= Mucho mejor.

Tabla 2. Porcentajes de los cambios conductuales, economía y relaciones interpersonales en los participantes.

Prevención de enfermedad: barreras y facilitadores.

En cuanto a las barreras y facilitadores (tabla 3) los participantes reportan una menor dificultad para seguir las conductas de prevención referente a la accesibilidad de mascarillas/cubre bocas, geles, etcétera; a la información o consejos de las autoridades o expertos y a la actitud de familiares o amigos con las que viven o tienen contacto, obteniendo porcentajes del 33.1% al 48.5% en la categoría me facilita mucho. Referente a la actitud de otras personas acerca de las conductas de prevención y a la información o consejos en las redes sociales, los participantes reportan mantenerse neutral, con puntuaciones de 41.5% y 40.8%, respectivamente.

	1	2	3	4	5
Accesibilidad de mascarillas/ cubre bocas, geles, etc.	48.5	18.5	15.4	13.1	4.6
Actitud de otras personas acerca de las conductas de prevención.	26.9	19.2	41.5	10.8	1.5
Información o consejos de las autoridades o expertos.	46.2	29.2	12.3	8.5	3.8
Información o consejos en las redes sociales.	16.9	22.3	40.8	13.8	6.2
Actitud de familiares o amigos con las que vivo o tengo contacto.	33.1	23.8	25.4	14.6	3.1

1= Me facilita mucho. 2= Me facilita algo. 3=Neutro. 4= Me dificulta algo. 5= Me dificulta mucho.

Tabla 3. Porcentajes de las barreras/ facilitadores de las conductas de prevención de los participantes.

Por otra parte, el género mostró diferencias estadísticamente significativas en el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-4), donde las puntuaciones del género femenino (M=5.56; DE=3.11) fueron mayores que las del género masculino (M=3.80; DE=2.16) $t_{35,23} = 3.09$, $p = .004$. Es decir, el género femenino presenta

una mayor afectación en la salud psicológica, a comparación de los participantes del género masculino.

Con respecto a la escala de depresión (PHQ-2) y la escala de ansiedad (GAD-2), las puntuaciones del género femenino son ligeramente más altas que las del género masculino. Por lo cual se observa que el factor género es importante en el efecto en la salud psicológica (ver tabla 4).

	Femenino (n=109)	Masculino (n=20)	t	p
	M (DE)	M (DE)		
PHQ-2 (escala de depresión)	2.48 (1.70)	1.90 (1.02)	3.13	.003
GAD-2 (escala de ansiedad)	2.78 (1.76)	1.90 (1.37)	2.51	.017
Total: PHQ-4 (PHQ-2 + GAD-2)	5.56 (3.11)	3.80 (2.16)	3.09	.004

Tabla 4. Comparación por género, de los resultados obtenidos en los Cuestionarios de depresión y ansiedad (PHQ-4, PHQ-2 y GAD-2).

En cuanto a los cambios en la salud física de los participantes, no existen diferencias estadísticamente significativas entre género ya que en las tres variables (actividad física, hábitos de sueño y alimentación) se obtuvieron valores de t que oscilan entre 0.431 a 1.83 ($p < 0.05$) (ver tabla 5).

Posteriormente se aplicó una prueba t de Student para comparar por género, las diferencias entre las puntuaciones obtenidas en la adherencia a las medidas de prevención de COVID-19; obteniendo valores de t que oscilan entre 0.10 a 0.25 ($p > 0.05$) por lo tanto no se muestran diferencias estadísticamente significativas.

	Femenino (n=109)	Masculino (n=20)	t	p
	M (DE)	M (DE)		
Actividad física	2.44 (1.10)	2.05 (.826)	1.83	.076
Hábitos de sueño	2.19 (1.04)	2.30 (.923)	.431	.667

Alimentación	3.16 (.915)	3.05 (1.05)	.465	.643
--------------	-------------	-------------	------	------

Tabla 5. Comparación por género, de los cambios en la salud física.

Se aplicó un ANOVA en función de la edad, el cual arrojó resultados estadísticamente significativos, en la escala de depresión (PHQ-2) se obtuvo $F= 12.506$, $p= .000$; en la escala de ansiedad (GAD-2) se obtuvo $F= 5.958$, $p= .003$ y en el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-4) se obtuvo $F= 10.395$, $p= .000$; posteriormente se realizó la prueba de honestidad de Tukey, la cual indicó que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos etarios de 19 a 25 años con respecto a los otros dos grupos ($I-J= 2.50$ $p= .000$) (ver tabla 6).

	Grupo etario	M (DE)
PHQ-2 (escala de depresión)	19-25	3.73 (1.52)
	26-60	2.22 (1.46)
	61-72	2.45 (2.01)
GAD-2 (escala de ansiedad)	19-25	3.43 (1.89)
	26-60	2.44 (1.62)
	61-72	1.82 (1.32)
Total: PHQ-4 (PHQ-2 + GAD-2)	19-25	7.16 (2.95)
	26-60	4.66 (2.82)
	61-72	4.27 (3.13)

Tabla 6. Comparación por grupos etarios de los resultados obtenidos en el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-4, PHQ-2 y GAD-2).

Respecto a los cambios en la salud física (tabla 7), al aplicar un ANOVA se observan los siguientes resultados, en los cambios en la actividad física se obtuvo $F=.511$, $p=.601$; en los hábitos de sueño se obtuvo $F= 2.11$, $p= .125$ y en los cambios en la alimentación se obtuvo $F= .333$, $p= .717$ por lo cual no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

	Grupo etario	M (DE)
Actividad física	19-25	2.32 (1.02)
	26-60	2.43 (1.13)
	61-72	2.09 (.83)
Hábitos de sueño	19-25	1.92 (.92)
	26-60	2.29 (1.07)
	61-72	2.45 (.82)
Alimentación	19-25	3.11 (1.02)
	26-60	3.13 (.91)
	61-72	3.36 (.80)

Tabla 7. Comparación por grupos etarios de los cambios en la salud física.

Por último, se aplicó un ANOVA en función de la edad a las variables sobre la adherencia a las medidas de prevención de COVID-19, en las cuales solo la variable “evitar tocarse la cara, ojos, boca o nariz” ($F= 7.17$, $p= .001$), mostró diferencias estadísticamente significativas. Mientras que en las demás variables no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, obteniendo valores de F que oscilan entre .084 a 2.236 ($p > a 0.05$).

DISCUSIÓN

De acuerdo con los hallazgos, se encontró un deterioro en la práctica de actividades físicas durante el periodo de distanciamiento social, lo cual concuerda con lo mencionado por León y Arguello (2020) sobre la disminución o eliminación de la actividad física en la rutina de los adolescentes y jóvenes. Los hábitos de sueño también presentaron un deterioro (Wang, et al., 2020) así como las actividades laborales (Altena, et al., 2020) y los ingresos económicos, mostrando un deterioro en más de la mitad de los participantes (Hawryluck, et al., 2004) y otros manteniéndose sin cambios. En cuanto a la alimentación, reportaron no tener cambios o notar algo de mejora, caso contrario a lo que mencionan León y

Arguello (2020) y el Instituto Nacional de Salud Pública (2020), ya que señalan que durante el periodo de distanciamiento social se dificultó el acceso a alimentos saludables y hubo una ingesta excesiva de alimentos procesados.

Por otra parte, los resultados indican que las relaciones sociales, no se vieron afectadas en gran medida, ya que la mayoría de los participantes reportaron permanecer igual en sus relaciones de pareja, con la familia, vecinos, amigos y conocidos, lo cual puede estar relacionado a que los participantes, anterior a la pandemia ya presentaban estabilidad en sus relaciones sociales y de esa manera continuaron durante el distanciamiento social, contrario a lo que se ha registrado que ocurre, cuando en una relación los conflictos ya estaban presentes (Williamson, 2020). Cabe mencionar que en otras investigaciones se observaron ambos casos, casi en proporciones equivalentes, en algunos se presentaron conflictos durante el distanciamiento social, y en otros se mantuvieron estables e incluso algunos presentaron una mejora (Zacarias, et al., 2022), mientras que en otros las interacciones con la familia y pareja se vieron afectadas de diferentes formas (Tardivo, et al., 2021 y Rodríguez y Rodríguez, 2021).

En relación a sus pasatiempos, la mayoría de los participantes presentan una mejoría, lo cual puede relacionarse con el hecho de que durante la pandemia se vieron obligados a quedarse en casa y disponían de tiempo de ocio (Reyes et al., 2022), contrario a lo que algunas investigaciones señalan sobre las afectaciones y limitaciones de los espacios de recreación y disminución de las actividades sociales (Junco, 2020 y Rodríguez y Rodríguez, 2021).

Con respecto a las conductas de prevención, se encontró que el acceso a mascarillas/cubrebocas, geles, etc.; a la información o consejos de las autoridades o expertos y a la actitud de familiares o amigos con las que viven o tienen contacto resultan ser situaciones que contribuyen a que los participantes realicen conductas para preservar la salud (Hirmas, et al., 2013 y Sánchez, et al., 2020), mientras que situaciones como la actitud de otras personas acerca de las conductas de prevención y la información o consejos que ven en las redes sociales, son eventos que no contribuyen ni afectan las conductas de la mayoría de los participantes pues reportan ser neutrales ante ello.

Por otro lado, en la adherencia a las medidas de prevención de COVID-19, solo en una de las ocho conductas de prevención que se analizaron, hubo diferencia entre los grupos etarios, la conducta de “evitar tocarse la cara, ojos, boca o nariz”, la cual era practicada más frecuentemente en el grupo de los más jóvenes a diferencia de los otros grupos.

En cuanto a la salud psicológica de los participantes, en el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-4), el género femenino presentó mayor afectación a comparación del género masculino, lo cual se puede observar en estudios anteriores (Taylor, et al., 2008; Marquina, 2020 y Rodríguez y Rodríguez, 2021) donde las personas de género femenino presentan niveles más altos de angustia, ansiedad y estrés. En este caso en ambas escalas, el género femenino presentó niveles más elevados a comparación del género masculino.

Por el contrario, en los efectos sobre la salud física, relacionada con la actividad física, los hábitos de sueño y la alimentación, no se encontraron diferencias significativas por género, contrario a lo que había encontrado Voitsidis, et al. (2020) sobre el aumento en episodios de insomnio en el género femenino durante la pandemia de COVID-19. Tampoco se encontró diferencias por género en la adherencia a las medidas de prevención de COVID-19, esto se relaciona posiblemente a que la mayoría de los participantes reportaron tener la facilidad de acceder a los insumos para seguir las medidas de prevención (Sánchez, et al., 2020) y así realizar las conductas mientras transcurría el tiempo en el cual se encontraban en aislamiento (Hawryluck, et al., 2004). Además de que el nivel escolar de la población encuestada, se presenta como un factor para facilitar el acceso a la atención a la salud y a la información confiable de autoridades y profesionales de la salud (Hrimas et al., 2010) contribuyendo así a la forma en la que las personas toman medidas para afrontar el problema, ya que la manera en la que se comunica y la fuente de donde proviene la información también influyen (Lima y Tullo, 2017).

Se debe agregar que anteriormente se ha señalado que el que no existan diferencias significativas por género puede tener relación en que las tareas y las ocupaciones de cada uno de los roles de género se han vuelto más equitativas, lo

cual se ha presentado mayormente en personas con una educación académica superior (Rodríguez y Rodríguez, 2021).

Por último, es importante señalar que, de acuerdo a los resultados, el grupo etario que ha tenido un impacto mayor en la salud psicológica y física durante el distanciamiento social es el grupo de los jóvenes de 19 a 25 años. Las puntuaciones en la escala de depresión (PHQ-2), en la escala de ansiedad (GAD-2) y en el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-4), son más altas en los más jóvenes a diferencia de los participantes de 26 años en adelante. Asimismo, en el nivel de afectación en las conductas relacionadas con su alimentación, actividad física y hábitos de sueño, aun cuando en estas últimas, la diferencia es menor entre los otros dos grupos etarios. Esto concuerda con investigaciones anteriores que reportan que los adultos jóvenes se vuelven vulnerables físicamente al ser más propensos a contraer la enfermedad durante la pandemia debido a la cercanía de sus interacciones con otros (Taylor, et al., 2008; Marquina, 2020; Ozamiz et al., 2020; Van, et al., 2010) y también su estado psicológico se ve afectado al tener que posponer y limitar sus actividades escolares, laborales y sociales, entre otras (Rodríguez y Rodríguez, 2021). Contrario a lo que la OMS (2020) planteaba a inicios de la pandemia, donde se informaba que la población que tendría mayor vulnerabilidad eran los adultos mayores.

CONCLUSIÓN

El distanciamiento social impuesto por la pandemia por COVID-19 tuvo efectos en diferentes ámbitos de la vida diaria de forma simultánea, debido a la rapidez y magnitud del desarrollo de la enfermedad (Arroyo, 2020, Segura et al., 2020; Aragón, et al., 2019 y la OMS, 2020) las actividades escolares y laborales se modificaron y en algunos casos pararon por completo, limitando las interacciones personales; las actividades sociales, recreativas y económicas también se vieron afectadas por las medidas sanitarias; todo ello para intentar detener la propagación del virus SARS-CoV-2.

Ante esta situación, se presentaron varios problemas como ansiedad, depresión y estrés postraumático (Broche, et al., 2020 y Caccia, et al., 2021 y Wu et al., 2009)

que iban más allá del temor, miedo e incertidumbre esperadas en emergencias sanitarias (OPS, 2016a; OPS, 2016b; y Robles, 2020).

En el presente estudio se analizó el impacto sobre la salud física y psicológica del distanciamiento social en universitarios; se realizaron comparaciones por género y por grupo etario, los hallazgos muestran que el género femenino presenta mayor afectación en la salud psicológica, presentando niveles más altos de ansiedad y depresión en comparación al género masculino. Por ello es importante que en la atención a la salud se contemple el género para brindar respuestas más eficaces ante la situación (OPS, 2015).

Otro punto relevante es que esta investigación corrobora anteriores hallazgos (Taylor, et al., 2008; Marquina, 2020; Ozamiz et al., 2020; Van, et al., 2010 y Rodríguez y Rodríguez, 2021) que demuestran que el grupo etario en el cual se presentaron más efectos negativos en la salud psicológica es el grupo de los más jóvenes, experimentando niveles más altos de depresión y ansiedad.

Cabe mencionar que a nivel general se encontró un deterioro, principalmente en la actividad física, los hábitos sueño, en la actividad laboral y en los ingresos económicos mientras que la alimentación y las relaciones de pareja, familiares y sociales (relaciones con vecinos, amigos y conocidos) en su mayoría se mantuvieron de la misma forma en la que estaban antes del distanciamiento social; llama la atención que los participantes tuvieron una notable mejoría en las conductas relacionadas a sus pasatiempos, probablemente debido al tiempo que debían pasar en casa al no poder desplazarse para realizar sus actividades cotidianas.

En cuanto a la salud física no existen diferencias entre géneros ni entre grupos etarios, es decir, los efectos en la salud física se presentaron en medidas muy similares en todos los participantes. Respecto a la adherencia a las medidas de prevención de COVID-19, ambos géneros indicaron no tener dificultades en practicar las medidas sanitarias. Esto probablemente puede deberse a la cercanía con la UNAM y el sentido de pertenencia de cada participante hacia la Facultad (Hrmas et al., 2010; Tavera y Martínez, 2021). No obstante, para saber a qué responde dicha adherencia, se tendrían que realizar análisis adicionales (Hrmas,

et al., 2013; Lima y Tullo, 2017; Taylor, 2021). Ya que podría deberse a diferentes factores como el fácil acceso a los medios necesarios para llevar a cabo las medidas sanitarias (Sánchez, et al., 2020), el que los participantes estén desarrollando roles de género menos desiguales (Rodríguez y Rodríguez, 2021), entre otros.

Dicho esto es importante mencionar que frente a una emergencia de salud pública, la dimensión psicológica juega un papel fundamental en la prevención y en la mejora de las condiciones durante y después de la pandemia por COVID-19, ya que el distanciamiento social conlleva consecuencias a corto y largo plazo que pueden ir desde malestares físicos, sentimientos de tristeza, frustración hasta sintomatología depresiva debido al aplazamiento de actividades y aislamiento físico (OPS, 2016a y OPS, 2015).

Referencias Bibliográficas

- Altena, E., Baglioni, C., Espie, C.A., Ellis, J., Gavriloff, D., Holzinger, B., Schlarb, A., Frase, L., Jernelöv, S. y 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. *Journal of Sleep Reserch*. 29, 1-7.
- Aragón, R., Vargas, I. y Miranda, M.G. (2019). COVID-19 por SARS-CoV-2: La nueva emergencia de salud. *Revista Mexicana de Pediatría*. 86, 213-218.
- Arroyo, J. (2020). Coronavirus: la OMS declara la pandemia a nivel mundial por Covid-19. mayo 12, 2021, de Redacción médica. *Sanitaria 2000*. Recuperado de: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/coronavirus-pandemia-brote-de-covid-19-nivel-mundial-segun-oms-1895>.
- Broche, Y., Fernández, E. y Reyes D. A. (2020). Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Salud Pública*. 46, 1- 14.
- Caccia, P. A., De Grandis, M. C. y Perez, 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.

- Dong, L., y Bouey, J. (2020). Public Mental Health Crisis during COVID-19 Pandemic, China. *Emerging Infectious Diseases*. 26 (7), 1616-1618. Recuperado de: <https://doi.org/10.3201/eid2607.200407>
- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., y Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canadá. *Emerging Infectious Diseases*. 10 (7), 1206-1212.
- Hirmas, M., Poffald, L., Jasmen, A. M., Aguilera, X., Delgado, I. y Vega, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica*. 33 (3), 223-229.
- Instituto Nacional de Salud Pública (miércoles 18 noviembre 2020). Estudio sobre el efecto de la contingencia por COVID-19 en el consumo y compra de alimentos. Recuperado de: <https://www.insp.mx/dieta-covid>
- Junco, M. J. (2020, 13 de Julio). Ocupación del tiempo libre en tiempos de pandemia COVID-19. *Gaceta Iztacala UNAM*.
- León, K. y Arguello, J. P. (2020). Efectos de la pandemia por la COVID-19 en la nutrición y actividad física de adolescentes y jóvenes. *Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. América Latina y el Caribe*. Recuperado de: <https://www.unicef.org/lac/efectos-de-la-pandemia-por-la-covid-19-en-la-nutricion-y-actividad-fisica-de-adolescentes-y-jovenes>.
- Lima, P. P. y Tullo, E. (2017). Percepción de riesgo ante eventos de salud urbana en trabajadores de epidemiología en Paraguay. *Revista de Comunicación y Salud*. 7, 61-79.
- Löwe, B.; Wahl, I.; Rose, M.; Spitzer, C.; Glaesmer, H.; Wingenfeld, K.; Schneider, A. y Brähler, E. (2010). A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal of Affective Disorders*. 122 (1-2), 86-95. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016503270900278X>
- Marquina, R. J. (2020). Autopercepción del estrés en aislamiento social en tiempos de COVID-19. *Revista ConCiencia EPG*. 5 (1), 83-97.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Salud Mental y COVID-19*. Recuperado de: <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-resources/mental-health-and-covid-19>
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Plan de acción sobre salud mental 2015-2020. 66ª Sesión del comité regional de la OMS para las Américas*. 29 de septiembre al 3 de octubre de 2014, Washington, D. C. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/documentos/plan-accion-sobre>

[salud-mental-2015-2020#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Panamericana%20de%20la,Am%C3%A9ricas%20entre%202015%20y%202020.](#)

Organización Panamericana de la Salud. (2016a). *Guía técnica de salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. 1-13.

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=33988-guia-tecnica-salud-mental-situaciones-desastres-emergencias-988&category_slug=salud-mental-emergencias-7358&Itemid=270&lang=es

Organización Panamericana de la Salud (2016b). *Protección de la salud mental y atención psicosocial en situaciones de epidemias. Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias*. 1-19. Recuperado de:

<https://www.paho.org/disasters/dmdocuments/SM%20en%20epidemias.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2020). Actualización Epidemiológica: Nuevo Coronavirus (COVID-19). 1-9. Recuperado de:

<https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-nuevo-coronavirus-covid-19-14-febrero-2020>

Ozamiz, N., Dosil, M., Gorrochategui, M. y Idoiaga, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la fase inicial del brote de COVID-19 en una muestra de población del norte de España. *Cuadernos de Salud Pública*. 36, 1-10.

Reyes, A. Y., Vera, E., Sandoval, D. A. y González, C. J. (2022). Juventudes y ocio en crisis de la pandemia ¿de regreso a la nueva normalidad? *Topofilia, Revista de Arquitectura, Urbanismo y Territorios*. 15 (24), 239-266.

Robles, J. I. (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.

Rodríguez, T. y Rodríguez, Z. (2021). Intimidación y relaciones de pareja durante la pandemia de Covid-19 en Guadalajara. *Espiral Estudios sobre Estado y Sociedad*. 27 (78), 215-264.

Salazar, C. G. (martes 24 marzo 2020). Voz experta: La recreación durante la crisis del coronavirus. Universidad de Costa Rica. Recuperado de:

<https://www.ucr.ac.cr/noticias/2020/03/24/voz-experta-la-recreacion-durante-la-crisis-del-coronavirus.html>

Sánchez, M., González, E., Sepúlveda, J., Abascal, L., Fideldhouse, J., Del Río, C. y Gallalee, S. (2020). La respuesta de México al COVID-19: Estudio de caso. Institute for Global Health Sciences. pp. 119-122. Recuperado de:

https://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/globalhealthsciences.ucsf.edu/files/la_respuesta_de_mexico_al_covid_esp.pdf

- Segura, A. B., León, I., Urgellés, S. A., Ramos, V., Herrera, Y., Rodríguez, C., Caballero, Y., Silvente, A., Duméningo, C. A. y Acosta, O. (2020). Caracterización clínica de las pacientes obstétricas con sospecha de COVID-19. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 49, 1-15.
- Tardivo, G., Suárez, A. y Díaz, E. (2021). Cohesión familiar y Covid-19: los efectos de la pandemia sobre las relaciones familiares entre los jóvenes universitarios madrileños y sus padres. *Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas*. 20 (1), 1-16.
- Tavera, L. y Martínez, C. A. (2021). Jóvenes universitarios y la Covid-19: una mirada desde la categoría de acontecimiento. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*. 242, 313-343.
- Taylor, M.R., Agho, K.E., Stevens, G.J. y 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).
- Taylor, S. (2021). The Psychology of Pandemics. *Annual Review of Clinical Psychology*. 18, 2.1-2.29.
- Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). Un estudio evaluará el efecto acumulativo de la pandemia de COVID-19 sobre el comportamiento. Sala de prensa. Prensa y medios. Universitat Autònoma de Barcelona. 18-05-2020. Recuperado de: <https://www.uab.cat/web/sala-de-prensa/detalle-noticia/un-estudio-evaluara-el-efecto-acumulativo-de-la-pandemia-de-covid-19-sobre-el-comportamiento-1345667994339.html?noticiaid=1345813097873>
- Van, D., McLaws, M. L., Crimmins, J., MacIntyre, C R. y Seale, H. (2010). University life and pandemic influenza: Attitudes and intended behaviour of staff and students towards pandemic (H1N1) 2009. *BMC Public Health* 10, 130.
- Voitsidis, P, Gliatas, J, Bairachtari, V., Papadopoulou, K. Papageorgiou, G, Parlapani, E, Syngelakis, M., Holeva, V. y Diakogiannis, I. (2020). Insomnia during the COVID-19 pandemic in a Greek population. *Psychiatry Research*. 289 (113076), 1-2.
- Wang, Y., Zhu, L., Ma, Y., Bo, H., Deng, H., Cao, J., Wang, Y., Wang, X., Dan Lu, Y., Wang y H., Wu, X. (2020). Association of insomnia disorder with sociodemographic factors and poor mental health in COVID-19 inpatients in China. *Sleep Medicine*. 75, 282-286.

Williamson, H. C. (2020). Early effects of the COVID-19 pandemic on Relationship Satisfaction and Attributions. *Psychological Science*. 31 (12), 1479-1487.

Recuperado de:

<https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/0956797620972688>

Wu, P., Fang, Y., Guan, Z., Fan, B., Kong, J., Yao, Z., Liu, X., Fuller, C. J., Susser, E., Lu, J., y Hoven, C. W. (2009). The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Canadian journal of psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*. 54 (5), 302–311. Recuperado de:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3780353/pdf/nihms506004.pdf>

Zacarias, X., Barbosa, G., Uribe, J. I. y Montes, R. (2022). Calidad de la interacción familiar durante la pandemia por Covid-19 y su relación con estado emocionales de personas adultas jóvenes. *Revista de Educación y Desarrollo*. 61, 21-28.