



Este artículo se encuentra disponible
en acceso abierto bajo la licencia Creative
Commons Attribution 4.0 International License

Ciencia y Psique

Revista del Instituto de Investigación en Salud Mental

Vol. 2, n.º 2, enero-junio, 2023 • Publicación semestral. Lima, Perú

ISSN: 2961-2004 (En línea) • DOI: 10.59885/cienciaypsique.2023.v2n2.03

LA TRÍADA ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SOMATIZACIÓN Y SU RELACIÓN CON LOS TEMORES DE LA POBLACIÓN DE LIMA EN CONDICIÓN DE CONFINAMIENTO POR LA PANDEMIA DE LA COVID-19¹

**The anxiety, depression and somatization triad and its
relationship with the fears of the population of Lima in
condition of confinement due to
the COVID-19 pandemic**

HUGO SÁNCHEZ CARLESSI
Universidad Ricardo Palma
(Lima, Perú)

Contacto: hugo.sanchezc@urp.edu.pe
<https://orcid.org/0000-0002-3680-6271>

CARLOS REYES ROMERO
Universidad Ricardo Palma
(Lima, Perú)

Contacto: creyes@urp.edu.pe
<https://orcid.org/0000-0001-7446-9467>

PATRICIA MATOS RAMÍREZ
Universidad Ricardo Palma
(Lima, Perú)

Contacto: pmatos@urp.edu.pe
<https://orcid.org/0000-0001-9624-5528>

1 En este artículo, Katherine La Torre Cayetano y Lucía Colonna Sotomayor participaron en calidad de colaboradoras.

RESUMEN

El presente trabajo es un estudio de carácter descriptivo, correlacional y comparativo respecto de los indicadores de comportamiento desajustado ansiedad, depresión y somatización y su relación con los temores, presentados por una muestra de la población de Lima en condición de confinamiento por la pandemia de la COVID-19.

El estudio se realizó entre los meses de julio y agosto de 2020, con una muestra de 580 sujetos con residencia en Lima. Dadas las condiciones de confinamiento y pandemia, se realizó un muestreo no estratificado tipo bola de nieve a través de las redes sociales. El instrumento empleado fue el Inventario de Indicadores Comportamentales ante la COVID-19, al cual se le aisló las cuatro variables de estudio en la forma de cuatro escalas: ansiedad, depresión somatización y temores. Se encontraron niveles de comportamiento desajustados, se relacionó cada indicador del comportamiento desajustado con variables demográficas-personales y se estableció la correlación entre ansiedad, depresión, somatización y temores.

Palabras clave: ansiedad; depresión; somatización; temores; confinamiento; COVID-19.

ABSTRACT

This study has a descriptive, correlational, and comparative nature regarding the indicators of maladjusted behavior anxiety, depression and somatization and their relationship with fears, presented by a sample of the population of Lima in condition of confinement due to the COVID-19 pandemic.

The study was carried out between July and August 2020, with a sample of 580 subjects residing in Lima. Given the confinement and pandemic conditions, a non-stratified snowball sampling was carried out through social networks. The instrument used was the Inventory of Behavioral Indicators during COVID-19. The four study variables were isolated from this instrument in the form of four scales: anxiety, depression, somatization, and fears. Maladjustment behavior levels were found, each indicator of maladjustment behavior was related to

demographic-personal variables and the correlation between anxiety, depression and somatization with fears was established.

Keywords: anxiety; depression; somatization; fears; lockdown; COVID-19.

Recibido: 07/06/2023 Aceptado: 13/06/2023

1. INTRODUCCIÓN

Ansiedad, depresión y somatización son tres indicadores del comportamiento desajustado que, para algunos autores (Coletas et al., 2014), constituyen una tríada, en el sentido de que, si bien son indicadores independientes, las manifestaciones de uno de ellos frecuentemente están asociadas con las manifestaciones de los otros indicadores. Estos tres indicadores comportamentales son los que más se presentan a la consulta en los institutos, los centros y consultorios de salud mental.

En el 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó un 10 % de adultos con trastornos mentales y de comportamiento en el mundo, porcentaje que representa la cifra de 450 millones de personas. La OMS también informó que la prevalencia de atención primaria de trastornos mentales y de comportamiento en catorce ciudades del mundo asciende a 24 personas por cada 100. En particular, en América Latina, uno de cada dos afectados por depresión, ansiedad y trastorno compulsivo y tres de cada cuatro discapacitados por alcoholismo no reciben atención alguna en los hospitales, centros de salud o atención ambulatoria (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2009).

2. LA SALUD MENTAL EN EL PERÚ

En los últimos 20 años se ha observado que los problemas de salud mental en el Perú se han incrementado. Entre las décadas de 1980 y 1990 se advirtió el aumento de los casos de salud mental como consecuencia de los actos del terrorismo, sobre todo en las zonas en donde tuvo mayor presencia, es decir, en la sierra central y Lima (OPS, 2009).

En el 2012, en un estudio en las ciudades de Lima y el Callao, se encontró la prevalencia de trastornos mentales del 28.5 %, esto es, que más de uno por cada cuatro habitantes han padecido algún trastorno mental a lo largo de su vida, siendo la incidencia en mujeres de una por cada tres (30.25 %) (Tapia, 2017).

Con respecto a investigaciones psicosociales en el contexto de la pandemia por el coronavirus (COVID-19), se han realizado estudios vinculados a la ansiedad, la depresión y los trastornos psicosomáticos. Oblitas y Sempertegui (2020), en una muestra de 67 adultos, identificaron que la ansiedad alcanzó al 43.3 % de participantes, de los cuales 20.9 % presentaron ansiedad leve; 13.4 %, moderada y 9.0 %, severa. Becerra y Becerra (2020), con una muestra de 386 adultos, encontraron un grado de ansiedad ante la muerte en promedio medio/alto; quienes obtuvieron los puntajes más altos en la escala fueron las mujeres, los viudos, las amas de casa y los profesores, alcanzando significación estadística. Los estudios sobre la depresión durante la pandemia por la COVID-19 también han revelado tendencias importantes.

3. LA SALUD MENTAL A NIVEL GLOBAL EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA

Alrededor del orbe y particularmente en China proliferaron los estudios sobre la salud mental en el contexto de la pandemia. Estos trabajos han versado sobre la investigación de variables como la ideación suicida, la soledad, la resiliencia psicológica y la salud mental (la depresión, la ansiedad y los síntomas de somatización), el miedo, las implicaciones psicosociales de padecer algunos síntomas clínicos, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y el trastorno del sueño.

Killgore et al. (2020) realizaron un estudio con 3120 adultos estadounidenses evaluados en los primeros tres meses de restricciones y, a pesar de la relajación de los bloqueos y las órdenes de refugio en el lugar durante ese tiempo, los puntajes de soledad aumentaron significativamente, sobre todo de abril a mayo de 2020, y parecen haberse estancado en junio. La soledad se correlacionó con la depresión y la ideación suicida en todos los momentos y fue más frecuente entre quienes

informaron que todavía estaban bajo restricciones comunitarias para aislarse socialmente debido al nuevo coronavirus.

Ran et al. (2020) examinaron la relación existente entre la resiliencia psicológica y la salud mental (depresión, ansiedad y síntomas de somatización) en la población de China. Los síntomas de 1770 ciudadanos fueron estudiados durante el punto máximo epidémico de la COVID-19 (23 de febrero al 2 de marzo de 2020). Respecto a la prevalencia de la depresión, la ansiedad y la somatización, se registró que los síntomas eran 47.1 %, 31.9 %, 45.9 %, respectivamente, entre todos los participantes. De ellos, el 18.2 % mostró síntomas de depresión de moderados a graves, el 8.8 % presentó síntomas de ansiedad de moderados a graves y el 16.6 % manifestó síntomas de somatización de moderados a graves. La resiliencia psicológica se correlacionó negativamente con la depresión, la ansiedad y la somatización.

Mertens et al. (2020) determinaron los predictores del miedo al coronavirus. En una encuesta en línea a 439 sujetos, tres días después de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la COVID-19 como pandemia (es decir, entre el 14 y el 17 de marzo de 2020), se identificaron 16 motivos diferentes de preocupación basados en las respuestas abiertas de los participantes, incluida la salud de sus seres queridos, la sobrecarga de los sistemas de atención médica y las consecuencias económicas.

Xiong et al. (2020), en un trabajo de recapitulación de la bibliografía existente que expone los efectos de la COVID-19 sobre los resultados psicológicos de la población general y sus factores de riesgo asociados, encontraron reportadas tasas relativamente elevadas de síntomas de ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático, angustia psicológica y estrés con diferentes porcentajes de incidencia.

Croll et al. (2020), en su estudio sobre las implicaciones psicosociales de la COVID-19, refieren que encuestaron a 130 personas, entre profesores (48 %) y empleados domésticos (60 %), quienes informaron que se les había incrementado el miedo (79 %), la ansiedad (83 %) y la depresión (38 %) durante la pandemia de la COVID-19. Estos resultados no fueron significativamente diferentes entre los grupos de docentes y el personal doméstico.

Tang et al. (2020) examinaron la prevalencia del trastorno de estrés postraumático (TEPT) y la depresión en una muestra de 2485 participantes de 6 universidades en cuarentena domiciliaria para determinar los factores de riesgo de angustia psicológica. En los resultados se observó que la prevalencia de PTSD y depresión fue de 2.7 % y 9.0 % en cada caso. Subjetivamente, sentir miedo extremo fue el factor de riesgo más importante de angustia psicológica, seguido de cortos períodos de sueño, estar en su año de graduación (cuarto año) y vivir en áreas severamente afectadas.

Fu et al. (2020) hallaron, en 1242 residentes de Wuhan, que el 27.5 % sufría ansiedad; el 29.3 %, depresión; el 30.0 %, trastorno del sueño y el 29.8 % tenía una respuesta pasiva ante la COVID-19. Ser mujer fue el factor de riesgo de la ansiedad y el trastorno del sueño; estar casado se asoció con la ansiedad, entre otros hallazgos.

Lozano (2020) advirtió que la tasa de ansiedad del personal de salud fue del 23.04 %, superior en las mujeres que en los hombres y superior entre las enfermeras que entre los médicos.

4. LA TRÍADA PSICOSOMÁTICA

La tríada psicósomática la conforman los indicadores comportamentales desajustados de ansiedad, depresión y somatización.

a) La ansiedad es una manifestación del comportamiento desajustado

caracterizado por un sentimiento de opresión, tensión e inquietud permanente, en espera de estar a merced de una amenaza, de un susto o un sentimiento de daño inminente. [Tiene manifestaciones de] nerviosismo, inseguridad, fatigabilidad, inquietud, inestabilidad, intranquilidad, tensión general y opresión [con] sentimientos de preocupación, temor o susto y miedos irracionales. [Asimismo, se acompaña de] manifestaciones psicósomáticas tales como: sudoración, palpitaciones, agitación, temblor, insomnios, sueño irregular, intranquilidad, rubor fácil y tendencia a comerse las uñas (Sánchez et al., 2020a, p. 20).

b) La depresión es una manifestación de desequilibrio emocional

caracterizad[a] por un estado de disposición psíquica de humor triste y esencialmente sombrío[,] dificultad para pensar, con retardo psicomotor, angustia, agitación y trastornos somáticos diversos, sobre todo del sueño y del apetito. Sentimiento de soledad, con pérdida del interés y entusiasmo. [Tiene] manifestaciones de pena o tristeza y deseo[s] de llorar, abatimiento y desgano, con variaciones durante el día, pudiendo llegar a la tristeza profunda. Pesimismo, humor abatido y ensimismamiento en los problemas y preocupaciones y falta de voluntad para realizar algo. Trastornos somáticos ligados a la falta de energía y decaimiento (astenia psicomotora) (Sánchez et al., 2020a, p. 20).

c) La somatización es una

manifestación de desajuste orgánico [con] estados emocionales que se desplazan como síntomas orgánicos o somáticos [y] pueden [manifestarse] como reacciones temporales en forma de enfermedades gastrointestinales, pulmonares, cardiovasculares, dermatológicas, genito-urinarias, [entre] otras. [Surge una] preocupación exagerada respecto de la propia salud, con tendencia a imaginarse enfermedades o a adquirirlas realmente. Tendencia a presentar dolores musculares, de cabeza, en el corazón o en el pecho, o parte inferior de la espalda, manifestación de desórdenes gástricos, dis pépticos, espasmos, palpitaciones, latidos vasculares, problemas abdominales y estreñimiento, [además de] entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo, [así como] sensación de pesadez de brazos y piernas, de flojera o escasa energía. Episodios de sensación de ahogo o falta de aire, dificultad para respirar y sudoración (Sánchez et al., 2020a, p. 20).

d) El temor es un

comportamiento y una actitud de constante suspicacia y evasividad ante la presencia o [el] contacto con las personas. Tendencia a percibir el ambiente social como peligroso, asociado con ideas

de contagio, [de ahí que exista el] temor [de] relacionarse con los demás. Tendencia a dudar y desconfiar de los otros, recelo que puede llegar a la actitud paranoide y pensar que la gente quiere provocarle enfermedad (Sánchez et al., 2020a, p. 21).

En condiciones de pandemia, el temor en las personas se acrecienta más aún si se hace necesario el distanciamiento o aislamiento para evitar los contagios que pueden llevar a la persona a la muerte.

4.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Lo anteriormente expuesto permite arribar a las siguientes interrogantes:

- a) ¿Cómo se presenta la tríada ansiedad, depresión y somatización, en cuanto manifestaciones del comportamiento psicosocial desajustado en condiciones de confinamiento por la COVID-19, en una muestra de la población de Lima?
- b) ¿Cuál es el nivel de correlación que tienen los indicadores de ansiedad, depresión y somatización entre sí como para ser considerados un factor común?
- c) ¿Qué relación hay entre los indicadores de ansiedad, depresión y somatización y los temores expresados en condiciones de confinamiento por la COVID-19 en una muestra de la población de Lima?
- d) ¿Los comportamientos desajustados de ansiedad, depresión y somatización varían en relación con variables demográficas personales?

4.2. OBJETIVOS

Sobre la base de las interrogantes planteadas se propuso los siguientes objetivos:

- a) Determinar la presencia de indicadores de ansiedad, depresión y somatización en una muestra de la población de Lima.
- b) Establecer la correlación entre los indicadores de ansiedad, depresión y somatización que puedan estar integrados en un factor común.

- c) Establecer la relación entre los indicadores de ansiedad, depresión y somatización, y la variable temores ante la condición de confinamiento por la pandemia de la COVID-19.
- d) Comparar los indicadores de comportamiento psicosocial altamente desajustado en ansiedad, depresión y somatización en una muestra de la población de Lima, considerando las variables demográficas-personales de sexo, edad, nivel educativo, ocupación y conocimiento de familiares o amigos cercanos con COVID-19.

4.3. HIPÓTESIS

H1: Un porcentaje importante de la población de jóvenes y adultos del Lima presenta indicadores de comportamiento psicosocial desajustados en ansiedad, depresión y somatización, los cuales se hallan por encima de lo normalmente esperado.

H2: Existe correlación significativa y positiva entre los indicadores de ansiedad, depresión y somatización.

H3: Existe relación significativa y positiva entre los indicadores de ansiedad, depresión y somatización, y la variable temores.

H4: La presencia de indicadores de comportamiento psicosocial desajustado en ansiedad, depresión y somatización varía en función del sexo, la edad, el nivel educativo, la ocupación y el conocimiento de familiares o amigos cercanos con COVID-19.

4.4. MÉTODO

Investigación básica, cuantitativa y descriptivo-explicativa, orientada a la descripción y la explicación de tres indicadores del comportamiento psicosocial desajustado en la población del Perú. En la primera etapa se empleó el diseño descriptivo a fin de identificar los niveles de desajustes del comportamiento en las tres escalas de comportamiento psicosocial desajustado: ansiedad, depresión y somatización. En la segunda etapa se utilizó el diseño descriptivo correlacional para identificar la relación entre las variables ansiedad, depresión y somatización y entre estas con la variable temor. Finalmente, se empleó un diseño comparativo para lo cual se identificaron cinco variables demográficas-personales que se

asociaron a las variables comportamentales. Estas cinco variables fueron sexo, edad, nivel educativo, ocupación y conocimiento de algún familiar o amigo cercano con COVID-19.

4.5. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO

La población objetiva la conformaron todas las personas mayores de 17 años residentes en Lima Metropolitana. La muestra fue obtenida de forma no probabilística, tipo bola de nieve y accidental por la modalidad virtual de recolección de la información. La muestra total fue de 580 sujetos, entre varones y mujeres, que estudian y trabajan en diferentes niveles ocupacionales.

La muestra definitiva fue de 580 individuos, después de haber pasado los filtros de una muestra inicial de 883 individuos a nivel nacional, considerando variables personales asociadas tales como sexo, edad, nivel educativo, ocupación y conocimiento de alguien cercano afectado con COVID-19. Los criterios de inclusión para seleccionar la muestra fueron sexo (masculino y femenino), edad (de 17 a 65 años), nivel educativo (secundaria y superior), ocupación (trabajador, estudiante o ama de casa) y conocimiento o no de familiares o amigos cercanos con COVID-19.

4.6. INSTRUMENTO

Se utilizó un inventario conformado por 62 reactivos especialmente elaborados para recoger los indicadores de comportamiento psicosocial desajustados (INDACPS-COVID-19). Este inventario fue previamente validado a través de la opinión de jueces y recoge información de diez indicadores de comportamiento psicosocial con ocho reactivos cada uno.

4.7. PROCEDIMIENTO

El Inventario de indicadores comportamentales ante el COVID-19 (Sánchez et al., 2020b) se diseñó en el formulario de encuesta de Google (Google Forms), cuya dirección electrónica se les remitió a los participantes, a saber: https://docs.google.com/forms/d/1C_WRdcI fbUl_umGHw83UMUt17ThkquXJFu9HNidRRhw/viewform?fbclid=IwAR3PMMrcvz89mhVo6nQpINS-qRdX0PuzNVAqo6V2Nea5SyaLE0CGnJCz0Wg&edit_requested=true

El acceso a la muestra fue tipo bola de nieve y previo consentimiento informado de cada participante. El procedimiento de análisis de datos implicó el uso de estadísticos descriptivos para verificar el comportamiento de la muestra en cada variable. Para determinar la significatividad de las correlaciones se usó el estadístico Pearson.

4.8. RESULTADOS

4.8.1. Datos demográficos de la muestra

En la tabla 1 se presentan las frecuencias obtenidas y sus respectivos porcentajes considerando las cinco variables demográficas-personales. Respecto al sexo, la gran mayoría corresponde al sexo femenino (71.0 %); en relación con la edad, la mayoría se halla entre los 21-30 años (29.0 %), siguiéndoles los de 17-20 años (19.0 %). En cuanto a si tienen o han tenido un(a) familiar, amigo(a) o conocido(a) cercano(a) enfermo(a) con la COVID-19, una gran mayoría afirma que sí (69 %). Respecto a sus ocupaciones, la mayoría son profesionales (53.1 %) y les siguen los estudiantes (32.1 %). En cuanto a niveles de estudios, la gran mayoría (87.0 %) tiene estudios superiores.

Tabla 1

Distribución de frecuencias según variables demográficas-personales

Variable	Indicador	N	%
Sexo	Femenino	414	71.0
	Masculino	166	29.0
Edad	17-20	108	19.0
	21-30	173	30.0
	31-40	81	14.0
	41-50	70	12.0
	51-60	82	14.0
	61 o más	66	11.0
Conocidos con COVID-19	Sí	402	69.0
	No	178	31.0

Ocupación	Profesional dependiente	308	53.0
	Estudiante	186	32.0
	Empleado	56	10.0
	Ama de casa	30	5.0
Nivel educativo	Superior	504	87.0
	Secundaria	76	13.0

Fuente: Elaboración propia.

4.8.2. Datos descriptivos de los indicadores comportamentales desajustados

En la tabla 2 se exponen los principales estadísticos descriptivos de los indicadores de ansiedad, depresión, somatización y temores. Se observa que el indicador temores presenta el mayor nivel y le siguen ansiedad y depresión, respectivamente. Los rangos obtenidos suponen una amplia distribución de las puntuaciones obtenidas.

Las figuras 1, 2, 3 y 4 representan la distribución de las frecuencias de los 4 indicadores comportamentales estudiados. Se observa que la distribución de las puntuaciones en los 4 casos tiende a seguir la curva normal de distribución, aunque no de manera perfecta.

Tabla 2

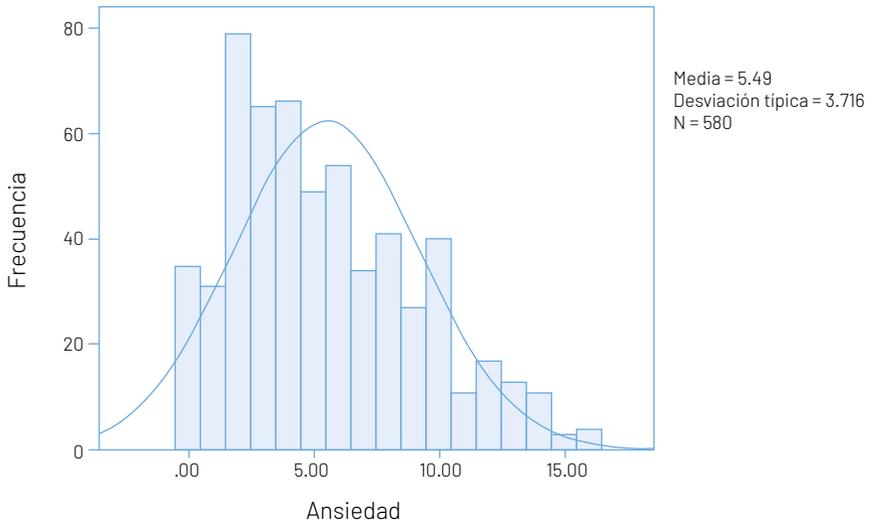
Datos descriptivos de los indicadores ansiedad, depresión, somatización y temores en la muestra de Lima

	Ansiedad	Depresión	Somatización	Temores
Media	5.49	5.59	4.78	6.34
Mediana	5.00	5.00	4.00	6.00
Desviación típica	3.72	3.40	3.45	3.92
Rango	16	15	16	16

Fuente: Elaboración propia.

Figura 1

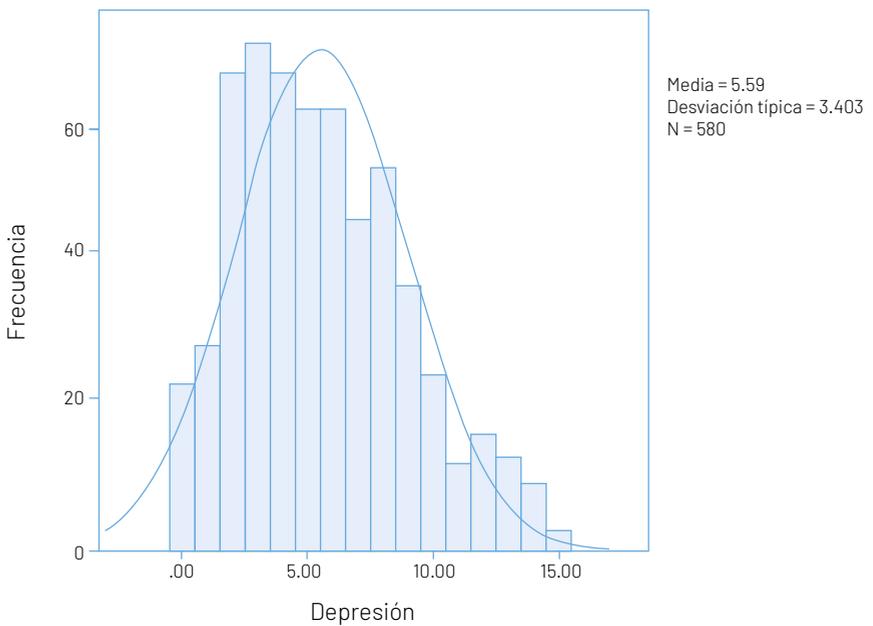
Distribución de frecuencias del indicador ansiedad



Fuente: Elaboración propia.

Figura 2

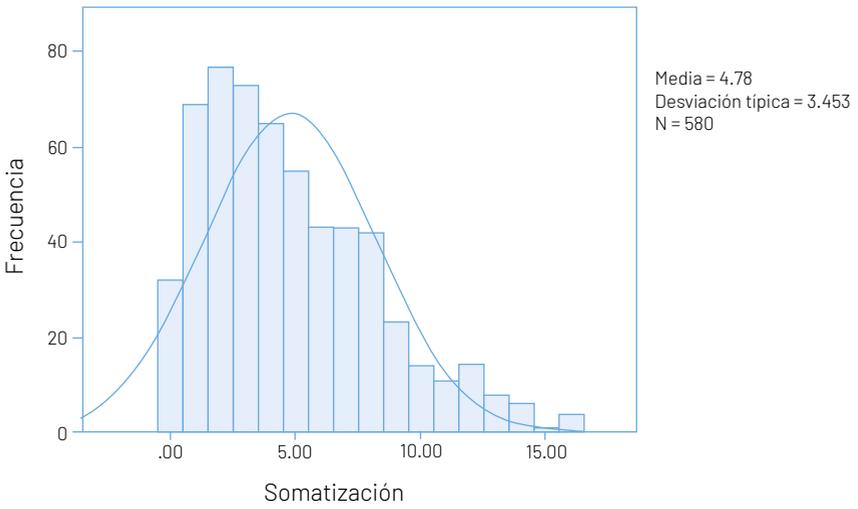
Distribución de frecuencias del indicador depresión



Fuente: Elaboración propia.

Figura 3

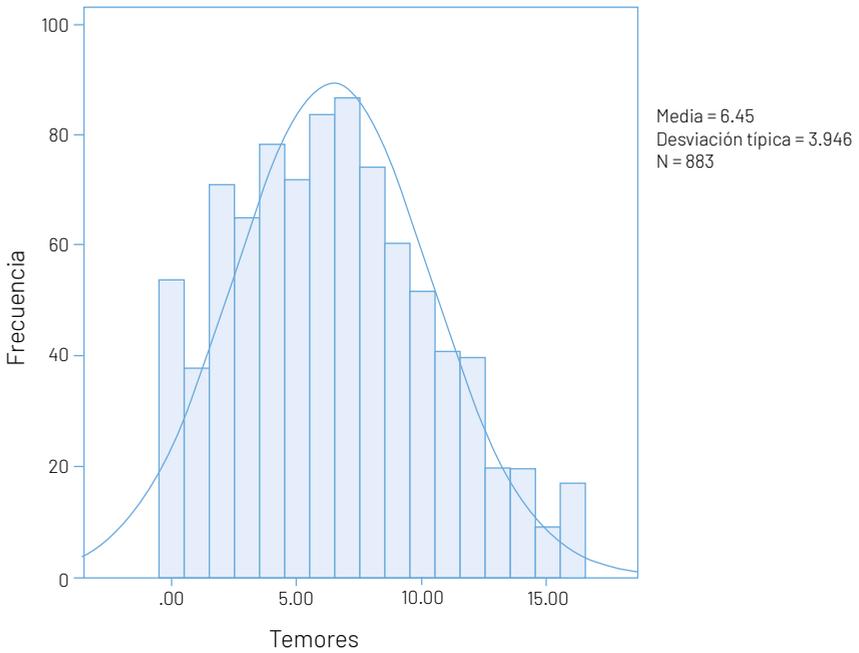
Distribución de frecuencias del indicador somatización



Fuente: Elaboración propia.

Figura 4

Distribución de frecuencias de la variable temores



Fuente: Elaboración propia.

El baremo percentil obtenido con una muestra inicial de la población peruana, considerando un total de 883 sujetos, sirve de referencia para ubicar los datos logrados con la muestra de Lima en los indicadores ansiedad, depresión y somatización. Observamos que en los 3 indicadores comportamentales los puntajes promedios de Lima se ubican en el percentil 50 del baremo percentil con $N = 883$.

Tabla 3

Baremos percentil (N = 883)

Percentil	Ansiedad	Depresión	Somatización
95	12	12	12
90	10	10	9
85	10	9	8
80	9	8	8
75	8	8	7
70	7	7	7
65	7	7	6
60	6	6	5
55	6	6	5
50	5	5	4
45	4	5	4
40	4	4	3
35	4	4	3
30	3	3	3
25	3	3	2
20	2	3	2
15	2	2	1
10	1	2	1
5	0	1	0

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 4 encontramos la cantidad de sujetos de la muestra ubicados por encima del percentil 75 y que presentarían altos y muy altos desajustes del comportamiento en los indicadores de ansiedad, depresión y somatización. Específicamente, se observa que el 29 % de la muestra

presenta altos y muy altos niveles de ansiedad; el 28%, altos y muy altos niveles de depresión y el 29 %, altos y muy altos niveles de somatización.

Tabla 4

Porcentaje de sujetos que se ubican en los niveles alto y muy alto en ansiedad, depresión y somatización (N = 580)

	Ansiedad	Depresión	Somatización
Sujetos de 75 a más	167	165	166
% sujetos con alto nivel	29 %	28 %	29 %
Media	10.35	9.96	9.28
Mediana	10	9.00	8.00

Fuente: Elaboración propia.

4.8.3. Correlaciones entre los indicadores de desajuste del comportamiento y temores

Como se observa en la tabla 5, se han identificado correlaciones altamente significativas entre ansiedad y depresión (0.69), ansiedad y somatización (0.85), y ansiedad y temores (0.55); asimismo, entre depresión y somatización (0.63), depresión y temores (0.40), y somatización y temores (0.67).

Tabla 5

Correlaciones entre ansiedad, depresión, somatización y temores

	Ansiedad	Depresión	Somatización
Ansiedad			
Depresión	.694**		
Somatización	.854**	.632**	
Temores	.550**	.403**	.667**

Nota: ** $p < 0.01$.

Fuente: Elaboración propia.

4.8.4. Ansiedad, depresión, somatización y temores considerando variables demográficas

De acuerdo con la tabla 6, las mujeres manifiestan mayores niveles de ansiedad, depresión y somatización que los varones.

Tabla 6

Variables ansiedad, depresión y somatización en relación con el sexo

Indicadores	Estadístico	Masculino	Femenino
Ansiedad	Media	4.17	6.02
	Mediana	3.00	6.00
	Desviación	3.23	3.77
	Rango	16	16
Depresión	Media	5.04	5.81
	Mediana	4.00	5.50
	Desviación	3.39	3.38
	Rango	14	15
Somatización	Media	3.61	5.26
	Mediana	3.00	5.00
	Desviación	3.07	3.49
	Rango	16	16

Fuente: Elaboración propia.

Según la tabla 7, los sujetos de menor edad (17 a 40 años) muestran mayores niveles de ansiedad, depresión y somatización que los de mayor edad (41-a más años).

Tabla 7

Variables ansiedad, depresión y somatización en relación con la edad

	Estadístico	17-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61 o más
Ansiedad	Media	6.40	6.19	5.55	4.26	4.58	4.51
	Mediana	6.00	6.00	6.00	3.00	4.00	4.00
	Desviación	4.03	3.69	3.52	3.45	3.07	3.78
	Rango	16	16	16	14	12	14

Depresión	Media	7.35	6.39	5.36	3.94	4.30	4.26
	Mediana	7.00	6.00	5.00	3.00	4.00	3.00
	Desviación	3.45	3.26	3.21	3.14	2.74	3.03
	Rango	15	14	15	13	12	15
Somatización	Media	4.92	5.04	5.27	4.19	4.30	4.53
	Mediana	4.00	5.00	5.00	3.50	4.00	4.00
	Desviación	3.81	3.42	3.59	3.64	2.47	3.53
	Rango	16	14	16	16	10	14

Fuente: Elaboración propia.

Según la tabla 8, los sujetos que solo cuentan con educación secundaria muestran mayores niveles de ansiedad, depresión y somatización que quienes tienen educación superior.

Tabla 8

Variables ansiedad, depresión y somatización en relación con el nivel educativo

Indicador	Estadístico	Secundaria	Superior
Ansiedad	Media	6.64	5.31
	Mediana	6.00	5.00
	Desviación	4.22	3.61
	Rango	16	16
Depresión	Media	7.34	5.33
	Mediana	7.00	5.00
	Desviación	3.47	3.32
	Rango	14	15
Somatización	Media	5.56	4.66
	Mediana	5.00	4.00
	Desviación	4.03	3.34
	Rango	16	16

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con los resultados de la tabla 9, los profesionales manifiestan menores niveles de ansiedad, depresión y somatización que los no profesionales, los estudiantes y las amas de casa.

Tabla 9

Variables ansiedad, depresión y somatización en relación con la ocupación

		Profesionales dependientes	Estudiantes	Trabajadores no profesionales	Amas de casa
Ansiedad	Media	4.75	6.56	5.80	5.80
	Mediana	4	6.00	5.00	4.00
	Desviación	3.39	4.00	3.31	4.16
	Rango	16	16	12	14
Depresión	Media	4.66	7.22	5.27	5.60
	Mediana	4.00	7.00	5.00	5.00
	Desviación	3.18	3.56	2.94	3.01
	Rango	15	14	13	11
Somatización	Media	4.43	5.11	5.50	4.97
	Mediana	4.00	4.00	5.00	4.00
	Desviación	3.19	3.83	3.42	3.36
	Rango	16	16	16	12

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 10 expone que quienes tienen familiares o amigos con COVID-19 manifiestan levemente mayores niveles de ansiedad que quienes no los tienen.

Tabla 10

Variables ansiedad, depresión y somatización en personas que tienen o no familiares o amigos con COVID-19

Indicador	Estadístico	Sí	No
Ansiedad	Media	5.50	5.46
	Mediana	5.00	4.00
	Desviación	3.70	3.75
	Rango	16	16

Depresión	Media	5.42	5.99
	Mediana	5.00	6.00
	Desviación	3.51	3.13
	Rango	15	14
Somatización	Media	4.81	4.72
	Mediana	4.00	4.00
	Desviación	3.52	3.31
	Rango	16	16

Fuente: Elaboración propia.

Según los resultados de la tabla 11, las mujeres experimentan más temores que los hombres y los de mayor edad manifiestan más temores que los de menor edad.

Tabla 11

Variable temores en relación con el sexo y la edad

		Media	Mediana	Desviación	Rango
Sexo	Masculino	5.11	5.00	3.51	15
	Femenino	6.84	7.00	3.97	16
Edad	17-20	5.55	5.00	4.28	16
	21-30	5.90	6.00	3.64	14
	31-40	7.06	7.00	3.94	16
	41-50	6.10	6.00	3.83	15
	51-60	7.02	7.00	3.66	16
	61-o más	7.35	7.00	4.08	16

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con la tabla 12, los del nivel educativo superior sienten más temores que los del nivel secundario. Por otro lado, los que tienen familiares y amigos con COVID-19 manifiestan más temores que quienes no los tienen.

Tabla 12

Variable temores en relación con el nivel educativo, la ocupación y la presencia de la COVID-19 entre sus familiares y amigos

		Media	Mediana	Desviación	Rango
Nivel educativo	Secundaria	6.15	6.00	4.36	16
	Superior	6.37	6.00	3.86	16
Ocupación	Profesionales	6.44	6.00	3.77	16
	Estudiantes	5.72	5.00	4.22	16
	Trabajadores no profesionales	6.93	7.00	3.38	13
	Amas de casa	8.13	8.00	3.89	15
Familiares/amigos con COVID-19	Sí	6.50	6.00	3.96	16
	No	5.99	6.00	3.83	16

Fuente: Elaboración propia.

Las tablas 13, 14 y 15 exponen las comparaciones realizadas según variables demográficas. La tabla 13 muestra que las mujeres presentan mayores niveles de ansiedad, depresión, somatización y temores que los varones. Comparando a las personas que han tenido a algún familiar o amigo con COVID-19, solo se encontraron diferencias en cuanto a la depresión (ver tabla 14); además, cuando se compararon las variables según nivel educativo, solo se observaron diferencias respecto a la ansiedad y la depresión (ver tabla 15).

Tabla 13

Estadísticos de contraste según sexo

	Ansiedad	Depresión	Somatización	Temores
U de Mann-Whitney	24 254.500	29 464.000	24 042.500	25 638.000
W de Wilcoxon	38 115.500	43 325.000	37 903.500	39 499.000
Z	-5.564	-2.697	-5.685	-4.797
Sig. asintót. (bilateral)	.000	.007	.000	.000

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 14

Estadísticos de contraste según presencia de la COVID-19 entre sus familiares y amigos

	Ansiedad	Depresión	Somatización	Temores
U de Mann-Whitney	35 239.000	31 472.500	35 627.000	32 794.000
W de Wilcoxon	51 170.000	112 475.500	51 558.000	48 725.000
Z	-.291	-2.323	-.082	-1.608
Sig. asintót. (bilateral)	.771	.020	.935	.108

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 15

Estadísticos de contraste según nivel educativo

	Ansiedad	Depresión	Somatización	Temores
U de Mann-Whitney	15 728.500	12 849.500	16 718.000	18 050.500
W de Wilcoxon	142 988.500	140 109.500	143 978.000	20 976.500
Z	-2.524	-4.648	-1.796	-.811
Sig. asintót. (bilateral)	.012	.000	.072	.417

Fuente: Elaboración propia.

Considerando edad y nivel educativo, solo se encontraron diferencias significativas en las áreas de ansiedad, depresión y temores, pero no en somatización (ver tablas 16 y 17).

Tabla 16

Estadísticos de contraste según edad

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de ansiedad es la misma entre las categorías de edad.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	.000	Rechazar la hipótesis nula.
2	La distribución de depresión es la misma entre las categorías de edad.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	.000	Rechazar la hipótesis nula.
3	La distribución de somatización es la misma entre las categorías de edad.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	.194	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de temores es la misma entre las categorías de edad.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	.004	Rechazar la hipótesis nula.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 17

Estadísticos de contraste según ocupación

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de ansiedad es la misma entre las categorías de ocupación.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	.000	Rechazar la hipótesis nula.
2	La distribución de depresión es la misma entre las categorías de ocupación.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	.000	Rechazar la hipótesis nula.
3	La distribución de somatización es la misma entre las categorías de ocupación.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	.096	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de temores es la misma entre las categorías de ocupación.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	.002	Rechazar la hipótesis nula.

Fuente: Elaboración propia.

5. DISCUSIÓN

Tres de las cuatro hipótesis propuestas fueron confirmadas, pero no así la relativa a las variables demográficas. Se corroboró la hipótesis respecto a que un porcentaje importante de la población de jóvenes y adultos del Lima presenta indicadores significativos y altos de comportamiento psicosocial desajustados en ansiedad, depresión y somatización, que se hallan por encima de lo normalmente esperado, ya que un porcentaje significativo de la muestra presenta indicadores altos y muy altos de conducta psicosocial desajustada en los indicadores de ansiedad, depresión y somatización, que se hallan por encima de lo normalmente esperado. En cuanto a la ansiedad, un 29 % manifiesta desajuste en su comportamiento; respecto a la depresión, un 28 % y en cuanto a la somatización, un 29 % (ver tablas 2, 3 y 4). Aunque el porcentaje es un tanto más alto, estos resultados coinciden con estudios en los cuales se estimaba un 17 % y hasta un 20 % de la población (Sánchez et al., 2020a), pero también concuerdan con otros estudios internacionales. Estos indicadores fueron una respuesta natural frente a la incertidumbre que significaba contagiarse o perder la vida a causa de la COVID-19.

Las hipótesis que predecían la correlación significativa y positiva entre los indicadores de ansiedad, depresión y somatización y entre estos y la variable temores también se validaron (ver tabla 5). Las correlaciones por encima de 0.5 entre ansiedad, depresión y somatización indican la presencia de un solo factor que confirma la idea de la tríada. Los reactivos miden síntomas que se encuentran, de una forma u otra, en todos los indicadores. Síntomas de somatización parecen ser típicos tanto en ansiedad y depresión como en temores. Síntomas de temores pueden acompañarse con ansiedad y depresión.

La hipótesis relativa a que la presencia de indicadores de comportamiento psicosocial negativo o desajustado en ansiedad, depresión y somatización varía en función del sexo, la edad, el nivel educativo, la ocupación y la presencia de la COVID-19 en familiares y/o amigos cercanos se probó con algunas variables demográficas, pero no con otras. Considerando la variable sexo, se ha encontrado que las mujeres presentan mayores niveles de desajuste en ansiedad, depresión y somatización que los varones, siendo las diferencias estadísticamente significativas (ver tablas 6 y 13). Durante la pandemia, la carga doméstica-familiar, laboral y educativa con los hijos fue mayor para las mujeres que para los hombres y quizás ello explique estos resultados.

Con respecto a la edad, solo se observaron diferencias estadísticamente significativas en ansiedad y depresión. Las muestras de menor edad tuvieron mayores niveles de desajuste en ansiedad, depresión y somatización que los de mayor edad (ver tablas 7 y 16). La experiencia en el manejo propio debido a la edad, al parecer, ha jugado un papel importante en estos resultados.

Por otro lado, considerando el nivel educativo, los del nivel secundario tienen mayores niveles de desajustes en ansiedad, depresión y somatización que quienes han cursado la educación superior, siendo las diferencias estadísticamente significativas (ver tablas 8 y 15). Respecto a la variable ocupación, los profesionales dependientes presentan menores niveles de desajustes que los estudiantes, las amas de casa y los trabajadores no dependientes. En ese sentido, la educación y la preparación ayudarían, en alguna medida, para que las personas no se vean tan impactadas y expresen estos indicadores. En los tres indicadores se han identificado

diferencias estadísticamente significativas según ocupación (ver tablas 9 y 17). Finalmente, no hubo diferencias significativas en conductas desajustadas de ansiedad, depresión y somatización, considerando si los encuestados tienen o no familiares y/o amigos cercanos con COVID-19. Solo en depresión se aprecian diferencias estadísticamente significativas (ver tablas 10 y 14). Es el primer indicador en expresarse frente al dolor y la experiencia de duelo por la pérdida de un ser querido, familiar o amigo.

Por último, se requieren estudios adicionales para profundizar los resultados, aparentemente contradictorios en los indicadores de ansiedad, depresión y temores. Las personas de menor edad experimentan más ansiedad y depresión que las mayores, pero presentan menos temores que las de mayor edad. Respecto a las diferencias en relación con el sexo, se mantiene la tendencia al comparar hombres con mujeres (ver tablas 7 y 11). Asimismo, los sujetos con educación superior puntúan ligeramente más alto en temores que los de educación secundaria, y en las amas de casa se observan puntajes altos. Además, se verifican puntajes más altos en los sujetos que declaran tener familiares, amigos o conocidos con COVID-19. Esta respuesta también parece natural frente a la incertidumbre o la probabilidad de contagiarse y padecer los síntomas asociados a la COVID-19.

REFERENCIAS

- Becerra, B., & Becerra, D. (2020). Ansiedad ante la muerte en adultos peruanos durante la pandemia de la COVID-19. *Revista Cubana de Enfermería*, 36. <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3999>
- Coletas, J., Cañada, R., Abad, M. T., Martín, L., Julbe, E., & Aceña, R. (2014). *La tríada ansiedad-depresión-somatización. Dinámica y enfoque asistencial enfermero*. XXIX Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental, Oviedo, España. <http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/06/primer-premio-comunicacion-oral-oviedo.pdf>
- Croll, L., Kurzweil, A., Hasanaj, L., Serrano, L., Balcer, L. J., & Galletta, S. L. (2020). The psychosocial implications of COVID-19

- for a neurology program in a pandemic epicenter. *Journal of The Neurological Sciences*, 416, 117034. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2020.117034>
- Fu, W., Wang, C., Zou, L., Guo, Y., Lu, Z., Yan, S., & Mao, J. (2020). Psychological health, sleep quality, and coping styles to stress facing the COVID-19 in Wuhan, China. *Translational Psychiatry*, 10(225). <https://doi.org/10.1038/s41398-020-00913-3>
- Killgore, W. D. S., Cloonan, S. A., Taylor, E. C., Allbright, M. C., & Dailey, N. S. (2020). Trends in suicidal ideation over the first three months of COVID-19 lockdowns. *Psychiatry Research*, 293, 113390. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113390>
- Lozano, A. (2020). Impacto de la epidemia del coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(1), 51-56. <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>
- Mertens, G., Gerritsen, L., Duijndam, S., Salemink, E., & Engelhard, I. M. (2020). Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020. *Journal of Anxiety Disorders*, 74, 102258. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102258>
- Oblitas, A., & Sempertegui, N. (2020). Ansiedad en tiempos de aislamiento social por COVID-19. Chota, Perú-2020. *Avances en Enfermería*, 38(1 supl), 10-20. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n1supl.87589>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42447>
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. OPS. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/740/9789275316320.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 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>
- Sánchez, H., Reyes, C., & Matos, P. (2020a). Comportamientos psicosociales desajustados como indicadores de salud mental de la población peruana en el contexto de la presencia del COVID-19. En H. Sánchez & K. Mejía (Eds.), *Investigaciones en salud mental en condiciones de pandemia por el COVID-19* (pp. 13-40). Vicerrectorado de Investigación de la Universidad Ricardo Palma. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/3311>
- Sánchez, H., Reyes, C., & Matos, P. (2020b). Inventario de indicadores comportamentales ante el COVID-19 [Formulario]. Universidad Ricardo Palma & Colegio de Psicólogos del Perú. https://docs.google.com/forms/d/1C_WRdcIfbUI_umGHw83UMUt17ThkquXJFu9HNidRRhw/viewform?fbclid=IwAR3PMMrcvz89mhVo6nQpINS-qRdX0PuzNVAqo6V2Nea5SyaLE0CGnJCz0Wg&edit_requested=true
- Tang, W., Hu, T., Hu, B., Jin, C., Wang, G., Xie, C., Chen, S., & Xu, J. (2020). Prevalence and correlates of PTSD and depressive symptoms one month after the outbreak of the COVID-19 epidemic in a sample of home-quarantined Chinese university students. *Journal of Affective Disorders*, 274, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.009>
- Tapia, R. (2017). *La salud mental en el Perú, marco normativo y legislación comparada*. Área de Servicios de Investigación del Congreso de la República. [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con5_uidbd.nsf/FE22EFB78C85300B052581D400544D9F/\\$FILE/Salud_mental_Per%C3%BA_legislaci%C3%B3n_Am%C3%A9rica_del_Sur.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con5_uidbd.nsf/FE22EFB78C85300B052581D400544D9F/$FILE/Salud_mental_Per%C3%BA_legislaci%C3%B3n_Am%C3%A9rica_del_Sur.pdf)
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M. W., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Jacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>