

Síntomas psicológicos poscovid-19 en afectados por la enfermedad en Santiago de Cuba

Post-COVID-19 psychological symptoms in patients affected by the disease from Santiago de Cuba

Yorkys Santana González^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-6645-3385>

Nelsa María Sagaró del Campo² <https://orcid.org/0000-0002-1964-8830>

Luis Eugenio Valdés García³ <https://orcid.org/0000-0003-1613-4305>

Yaser Bring Pérez¹ <https://orcid.org/0000-0001-5184-9678>

Nober Luis Torres Estrada¹ <https://orcid.org/0009-0002-5982-5771>

¹Universidad de Oriente. Santiago de Cuba, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba, Cuba.

³Instituto Finlay de Vacunas. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: yorkyss@uo.edu.cu

RESUMEN

Introducción: El aislamiento social por la pandemia ha repercutido negativamente en la salud mental; asimismo, han sido evidentes los síntomas psicológicos en pacientes que han padecido la COVID-19 en el contexto social cubano.

Objetivo: Analizar los principales síntomas psicológicos en personas que han padecido la COVID-19.

Métodos: Se realizó un estudio cualitativo y cuantitativo, desde el 12 de enero hasta el 12 de junio de 2021, de 51 sujetos que habían padecido la COVID-19 en la ciudad de Santiago de Cuba.

Resultados: Los síntomas más relevantes fueron el estrés, la ansiedad, el miedo y la frustración, que resultaron de la exposición a la enfermedad y generaron comportamientos que modificaron la vida cotidiana.

Conclusiones: Los sujetos entrevistados presentaron diferentes síntomas psicológicos, los cuales modificaron la cotidianidad, reafirmaron la protección de la salud, aumentaron la percepción del riesgo ante la enfermedad y la preocupación por el futuro de sus vidas y su país.

Palabras clave: síntomas psíquicos; infecciones por coronavirus; salud mental; responsabilidad social.

ABSTRACT

Introduction: Social isolation has had a negative impact on mental health; moreover, psychological symptoms have been evident in patients who have suffered from COVID-19 in Cuban social context.

Objective: To analyze the main psychological symptoms in people who have suffered from COVID-19.

Methods: A qualitative and quantitative study of 51 subjects who had suffered from COVID-19, from January 12 to June 12, 2021, in the city of Santiago de Cuba, was carried out.

Results: The most relevant symptoms were stress, anxiety, fear and frustration; these have been the result of exposure to the disease and have generated behaviors that modify daily life.

Conclusions: The interviewed subjects presented different psychological symptoms, which modified daily life, reaffirmed health protection, and increased the coronavirus risk perception and concern for the future of their lives and their country.

Keywords: psychic symptoms; coronavirus infections; mental health; social responsibility.

Recibido: 04/04/2023

Aprobado: 15/08/2023

Introducción

La ciencia psicológica posee un papel relevante en el tratamiento de las personas antes, durante y después de haber padecido la COVID-19. La convivencia durante la pandemia y la prevención del contagio están poniendo a prueba la capacidad humana de adaptación social. Ante tal necesidad, predecir los síntomas psicológicos asociados a la enfermedad y trabajar en función de disminuirlos han constituido la línea esencial de trabajo para los profesionales de esta rama.

Al respecto, en Cuba algunos autores⁽¹⁾ han investigado los principales síntomas psicológicos derivados del coronavirus; otros⁽²⁾ han señalado las intervenciones telepsicológicas para erradicarlos, así como las acciones a realizar durante la cuarentena. En tal sentido, Liu *et al*⁽³⁾ han recomendado a los padres recurrir a la atención psicológica especializada para niños que han sufrido la pérdida de un ser querido y manifiestan miedo al contagio y ansiedad por la separación.

Son múltiples las fuentes de estrés condicionadas por el contexto pandémico. Algunos estudios determinan que las principales variables implicadas en el impacto psicológico pueden ser los sentimientos de frustración y aburrimiento, el miedo a infectarse por el virus, la imposibilidad de satisfacer las necesidades básicas, la falta de información y orientaciones para actuar de forma precisa, el antecedente de trastornos de salud mental o los problemas económicos.^(4,5)

En ese mismo orden de ideas, entre las manifestaciones psíquicas vigentes figura el estigma basado en los estereotipos y prejuicios, que llevan a rechazar a las personas infectadas o expuestas a la enfermedad, lo cual disminuye la posibilidad de adaptarse a la realidad existente.⁽⁶⁾

Las poblaciones que han vivido en cuarentenas debido a alguna pandemia son más propensas a presentar trastornos por estrés agudo, de adaptación y dolor (30 % con trastorno por estrés postraumático).⁽⁷⁾

Como bien se conoce, la COVID-19 ha representado un riesgo significativo para la salud, especialmente la mental. Los datos de un estudio realizado en China mostraron que 53,8

% de los encuestados calificaron el impacto psicológico del brote como moderado o grave y 28,8 % informó síntomas de ansiedad y niveles de estrés en esas mismas categorías.⁽⁵⁾

El impacto psíquico de la enfermedad en embarazadas de Italia se manifestó en las categorías mencionadas en el párrafo anterior; en esta nación, además, dos tercios de la población femenina refirió sentir ansiedad en un nivel más alto de lo normal y 46 %, en grado elevado.⁽⁸⁾

Durante la pandemia, la reducción de oportunidades para realizar las tareas que anteriormente eran consideradas como cotidianas produjo efectos secundarios en los individuos, a corto, mediano y largo plazo, aún más si se habían contagiado.⁽⁹⁾

En el ámbito familiar se han experimentado cambios y conflictos en las interrelaciones familiares; uno de estos surgió al dejar la rutina laboral, no poder compartir espacios públicos y estar confinados en el hogar.⁽¹⁰⁾

En determinadas investigaciones realizadas^(4,11) en Cuba sobre las manifestaciones psicológicas producidas por la COVID-19 se enfocaron las acciones que deben realizarse en aquellos que la han padecido. Asimismo, se ha analizado el impacto negativo de la cuarentena y el aislamiento social en la salud mental de los cubanos; sin embargo, son pocos los estudios sobre los síntomas psicológicos relacionados con la infección por el coronavirus en el contexto social del país.

Hechas las consideraciones que preceden, el objetivo de este artículo es analizar los principales síntomas psicológicos en pobladores santiagueros que padecieron la COVID-19.

Métodos

Se realizó un estudio mixto empleando la metodología cuantitativa, para la obtención de la muestra y el procesamiento de datos, y la cualitativa, para profundizar en las características de los síntomas psicológicos de los sujetos y la elaboración de argumentos analíticos al estudiarlos, desde el 12 de enero hasta el 12 de junio de 2021, en la ciudad de Santiago de Cuba.

De las 545 personas con diagnóstico definitivo de COVID-19, registradas en la base de datos de casos confirmados del Grupo Técnico Asesor para el Consejo de Defensa Provincial de Santiago de Cuba hasta la fecha del inicio de estudio (12 de enero de 2021), se seleccionó una muestra de 51, de manera aleatoria simple, quienes se habían recuperados epidemiológicamente cuando se inició el estudio. El tamaño de la muestra se calculó según la fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

De donde N es el tamaño de la población, Z, nivel de confianza; p, probabilidad de éxito o proporción esperada; q, probabilidad de fracaso y d, precisión o error máximo admisible en términos de proporción.

Los individuos escogidos fueron visitados en sus viviendas para la aplicación del cuestionario, que fue una de las técnicas de recolección de datos, junto con la entrevista. Este instrumento fue elaborado por el autor y luego fue evaluado y validado por 12 expertos profesionales de la psicología en la ciudad (3 doctores y 6 másteres en ciencias psicológicas de la Universidad de Oriente y 3 psicólogos de la salud que laboran en la Dirección Provincial de Salud Pública).

La validez de los criterios de los expertos estuvo analizada por el coeficiente de competencia experta (K), que evidencia el factor subjetivo desde la elaboración de las preguntas por el investigador y la propia autovaloración que realizan estos candidatos de sus conocimientos y las fuentes de obtención de estos.⁽¹²⁾ Se obtuvo un índice K de 0,9, el cual representa un valor de alta significatividad con respecto a la experticia de los evaluadores. El índice K se calcula por la siguiente expresión: $K = \frac{1}{2} (K_c + K_a)$, donde K_c evidencia el factor subjetivo desde la elaboración de las preguntas del cuestionario por el investigador y K_a la autovaloración que realizan los expertos de sus conocimientos, así como las fuentes de obtención.

El cuestionario constó de 16 preguntas relacionadas con los datos generales de los entrevistados y los principales síntomas psicológicos producidos por la COVID-19,

comportamiento antes y después de la enfermedad, convivencia en el hogar, valoraciones sobre su salud mental, responsabilidad con su salud, expresiones esenciales en la cotidianidad.

Para conocer las características generales de la muestra estudiada, los datos generales se contabilizaron con medidas absolutas y relativas. Se aplicó el coeficiente de correlación por rangos de Spearman una vez comprobado que los datos no seguían una distribución normal. Los síntomas se graficaron mediante barras para determinar su frecuencia y un gráfico radial para la intensidad.

Los indicadores de las manifestaciones poscovid-19 se analizaron y evaluaron a través del análisis de contenido de forma cualitativa.⁽¹³⁾

Con respecto a los aspectos éticos, a los participantes se les presentó un consentimiento informado en el cual se plasmó los objetivos de la investigación, el contexto, la posibilidad de finalizar la entrevista de forma anticipada, así como los aspectos de confidencialidad; este fue aceptado y firmado por cada uno. Además, no se señalaron nombres reales de los entrevistados y se les informó quién tendría acceso a las entrevistas.

Resultados

Como se aprecia en la tabla 1, primaron el grupo etario de 20 a 40 años (56,9 %), el sexo femenino (58,8 %) y la hipertensión arterial (39,2 %) como comorbilidad asociada. De la serie, solo un sujeto no presentaba enfermedad crónica alguna.

Tabla 1. Características de la población estudiada (n=51)

Características	No.	%
• Grupo de edades (años)		
Menor de 20	4	7,8
20-40	29	56,9
41-60	11	21,6
Mayor de 60	7	13,7
• Sexo		
Femenino	30	58,8
Masculino	21	41,2
• Comorbilidad		
Hipertensión arterial	20	39,2
Diabetes <i>mellitus</i>	12	23,5

Asma bronquial	11	21,6
Alergia	11	21,6
Cardiopatía	5	9,8
Migraña	4	7,8
Glaucoma	3	5,9
Epilepsia	2	3,9
Retraso mental	1	1,9
Fibromialgia	1	1,9
No refiere	1	1,9

La mayoría de los entrevistados tuvieron una estadía hospitalaria mayor de 20 días, con un promedio de casi 14 días y como máximo 30 días (tabla 2).

Tabla 2. Estadía hospitalaria

Estadía hospitalaria (días)	No.	%
Menos de 15	3	8,1
15 - 20	1	2,7
Más de 20	33	89,2
Total	37	100,0
Mínimo	3	
Máximo	30	
Media	13,8	
Desviación estándar	6,8	

Se aprecia en la figura 1 que los síntomas psicológicos que predominaron fueron el estrés (62,2 %), la ansiedad (59,5 %), el miedo (45,9 %), la frustración (40,5 %) y la depresión (32,4 %). La idea suicida fue la menos frecuente (2,0 %).

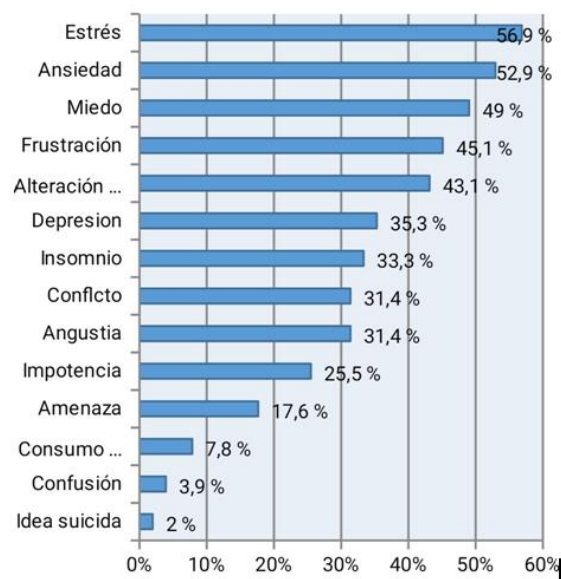


Fig. 1. Sujetos afectados según tipos de síntomas psicológicos poscovid-19

Al analizar la intensidad promedio con que fueron percibidos los síntomas, resultó mayor en el estrés, la ansiedad, el miedo, la frustración y la depresión (fig. 2). Cabe destacar que todos los tipos de síntomas estuvieron presentes en la muestra estudiada.

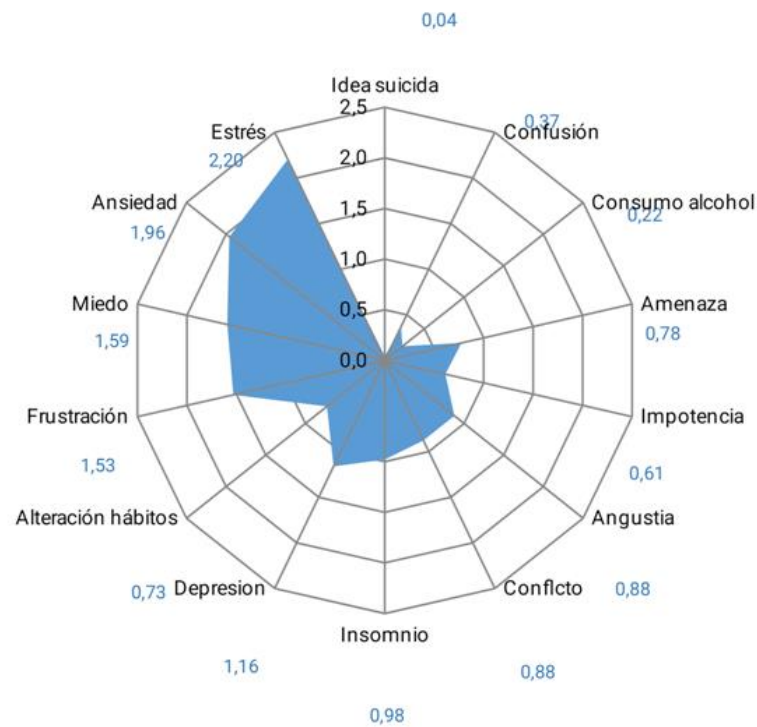


Fig. 2. Intensidad promedio percibida de los síntomas psicológicos poscovid-19 según sus tipos

Al analizar los síntomas según el sexo, hubo diferencias significativas en cuanto al conflicto, que fue más frecuente y de mayor intensidad en el sexo femenino. No existieron diferencias significativas respecto a la presencia de síntomas en aquellos con curso sintomático y asintomático.

El estrés fue el síntoma que más se correlacionó con los demás, a diferencia de la impotencia que no se correlacionó con ningún otro. La ansiedad fue otro de los más vinculados con la depresión, el miedo, el estrés y la ansiedad; la frustración se relacionó con la ansiedad y el estrés; en tanto, el miedo se vinculó con la ansiedad y el estrés, y así sucesivamente en cada uno (tabla 3).

Tabla 3. Correlación entre síntomas psicológicos notificados en el estudio

		Depresión	Frustración	Miedo	Ansiedad	Estrés	Insomnio	Angustia	Amenaza	Impotencia	Confusión	Conflicto	Consumo alcohol	Idea suicida
Frustración	C. correl.	0,307	1,000											
	p	0,064												
Miedo	C. correl.	0,461**	,147	1,000										
	p	0,004	,387											
Ansiedad	C. correl.	0,553**	,511**	,627**	1,000									
	p	0,000	0,001	0,000										
Estrés	C. correl.	0,526**	0,454**	0,577**	0,754**	1,000								
	p	0,001	0,005	0,000	0,000									
Insomnio	C. correl.	0,013	0,043	0,329*	0,259	0,266	1,000							
	p	0,941	0,801	0,047	0,121	0,111								
Angustia	C. correl.	0,411*	-0,100	0,439**	0,280	0,300	0,350*	1,000						
	p	0,011	0,555	0,007	0,093	0,072	0,034							
Amenaza	C. correl.	0,048	0,103	0,254	0,259	0,272	0,464**	0,170	1,000					
	p	0,776	0,543	0,129	0,121	0,103	0,004	0,314						
Impotencia	C. correl.	0,288	0,178	0,377*	0,372*	0,363*	0,490**	0,721**	0,342*	1,000				
	p	0,084	0,293	0,021	0,023	0,027	0,002	0,000	0,038					
Confusión	C. correl.	0,087	0,049	0,191	0,446**	0,433**	0,260	0,158	0,323	0,302	1,000			
	p	0,608	0,771	0,258	0,006	0,007	0,120	0,350	0,051	0,069				
Conflicto	C. correl.	0,507**	0,197	-0,061	0,233	0,355*	0,011	0,136	0,192	0,334*	0,163	1,000		
	p	0,001	0,242	0,719	0,166	0,031	0,948	0,422	0,255	0,043	0,334			
Consumo alcohol	C. correl.	0,089	0,030	-0,109	-0,182	-0,032	-0,222	0,196	-0,137	0,008	-0,137	0,107	1,000	
	p	0,599	0,860	0,519	0,280	0,852	0,187	0,244	0,419	0,960	0,419	0,530		
Idea suicida	C. correl.	-0,113	0,257	-0,146	0,213	0,183	0,319	-0,100	0,447**	0,340*	0,368*	0,338*	-0,058	1,000
	p	0,506	0,125	0,390	0,205	0,278	0,054	0,556	0,006	0,040	0,025	0,041	0,733	
Alteración de hábitos	C. correl.	0,234	0,230	-0,217	-0,078	0,240	-0,247	-0,005	-0,252	-0,127	-0,252	0,552**	0,393*	-0,106
	p	0,163	0,170	0,197	0,647	0,152	0,140	0,975	0,133	0,454	0,133	0,000	0,016	0,531

Análisis cualitativo por indicadores

En el análisis del comportamiento antes y después de la enfermedad, 27,0 % aseveró que no habían cambiado su conducta después de haber sufrido la enfermedad, mientras 72,9 % opinaba que los cambios habían sido en la convivencia en el hogar. Habían quedado secuelas tales como dolores lumbares, escalofríos, tensión durante las salidas a la calle, temor a contagiarse nuevamente, dificultades para conciliar el sueño, aumento

del apetito, ansiedad, pesadillas, agresividad, aumento del cuidado de la familia. Estos resultados se aprecian en las siguientes respuestas: “no siento que soy otra persona, sigo siendo la misma y me relaciono igual con los demás”, “pienso mucho cuando tengo salir de casa y a veces no quiero ir a ningún lugar para cuidarme más”, “tengo un temor muy grande a que mi familia se contagie con esta enfermedad”. Como se puede observar, se evidencian las secuelas psicológicas de la enfermedad y emerge un sentido de preservación que garantiza el tomar medidas de protección dentro y fuera del contexto familiar.

Respecto a la convivencia en el hogar luego de padecer la COVID-19, refirieron un aumento del cuidado y la protección en el hogar, en acciones como lavarse sistemáticamente las manos (86,3 %), niveles de estrés elevado (84,3 %), quitarse la ropa y bañarse al llegar de la calle (66,7 %), uso correcto de la mascarilla (62,7 %), alteración de la voz sin necesidad (56,9 %), irritabilidad con facilidad (54,9 %), alejarse de los hijos para evitar contagiarlos (52,9 %), iniciar conflictos sin motivos (45,1 %) y sentimiento de incomprensión sobre algunos miembros en el hogar (31,4 %). En este sentido, manifestaron expresiones como “ahora en mi casa nadie entra sin nasobuco o sin limpiarse manos y pies antes de pasar”, “estoy que peleo por todo y todo me molesta”, “yo siento que mi familia piensa que exagero sobre lo peligrosa que es la enfermedad”, “yo creo que lo mejor es mantenerme aislada hasta que pase un tiempo”.

En el contexto de dicha enfermedad, el estado emocional lleva a la aparición del miedo, la incertidumbre de forma extrema, las conductas obsesivas y neuróticas para el funcionamiento personalógico negativo, ambiguo, con percepciones distorsionadas del contexto, de las interacciones y generan miedo extremo a la enfermedad, ira, aislamiento social excesivo, insomnio, estrés postraumático y somatizaciones.

De acuerdo con las expresiones esenciales en la cotidianidad, se apreciaron las siguientes reacciones después de haber padecido la enfermedad: evitar al máximo el contacto con las personas allegadas (70,6 %), aumento de la percepción del riesgo respecto a la enfermedad (68,6 %), inasistencia a la escuela y escasa relación con los compañeros (66,7 %), expresión de ansiedad, la mayoría del tiempo generando malestar psicológico, como impotencia, angustia, estrés, depresión (64,7 %); limitaciones para buscar los abastecimientos para el hogar (62,7 %), cansancio (58,8 %), disminución

considerable de las salidas del hogar (54,9 %), temor a propagar la enfermedad (52,9 %), afectaciones en la marcha al caminar (45,1 %), lentitud para realizar las actividades cotidianas (39,2 %), rechazo al trabajo y pérdida del entusiasmo para asumirlo (21,6 %) y percepción de rechazado por parte de los demás vecinos (17,6 %).

Los resultados anteriores se registraron sobre la base de las siguientes opiniones de los entrevistados: “me siento cansada todo el tiempo y antes no era así”, “tengo miedo ir a la escuela y que me rechacen”, “no quiero salir para no contagiar a nadie”, “siento que mis vecinos ya no me visitan y ni pasan a saludarme como antes”.

Puede observarse que se generan cambios significativos en los comportamientos de los sujetos que la padecen. Ante las situaciones de crisis pandémica, los seres humanos aprenden a identificar sus limitantes y malestares, se ponen en función de garantizar alternativas para erradicarlos, enfrentar los prejuicios sociales que existen sobre el contagio y los rechazos por parte de los sujetos sanos, maximizan la protección, seguridad individual y colectiva ante la amenaza real.

En cuanto a la pregunta sobre la enfermedad, esta fue catalogada como peligrosa, mortal, devastadora engañosa y traicionera; genera miedo e incertidumbre (56,9 %), freno para el desarrollo social y gasto económico para el país (13,7 %); puede contagiar a cualquiera (11,8 %); existe mucha irresponsabilidad de las personas al no asumir las medidas de protección frente a esta (9,8 %) y cuidarse todo el tiempo para evitar el riesgo de contagiarse (7,8 %).

Al analizar los problemas de salud mental que enfrentaban estos sujetos después de haber padecido la enfermedad, se registró ausencia de estas alteraciones en 51,0 %, cambios de humor constante en 45,1 %, ansiedad y angustia en 41,2 %, desequilibrio emocional en 31,4 %, dificultades en la concentración para realizar las tareas cotidianas en 29,4 %, confusión en 25,5 % y miedo constante a enfermarse nuevamente en 21,6 %.

Algunas valoraciones fueron las siguientes: “yo siento que ahora estoy más nervioso que antes y todo me preocupa”, “siento que debo cuidarme mucho para no volver a enfermarme; yo solo sé lo que es estar allí encerrado y tener la enfermedad”. Perciben síntomas psicológicos negativos asociados a la incertidumbre respecto a la eliminación de la enfermedad y el futuro mediato; niegan la posibilidad de volver a la normalidad pasada; poseen creencias negativas sobre la salud y se incrementan las problemáticas en

la salud mental, lo que condiciona comportamientos protectores eficaces en función de evitar el contagio.

Entre las responsabilidades y actitudes asumidas por los sujetos después de haber padecido COVID-19 figuraron: aumento del cuidado individual-familiar (92,1 %), uso constante de los medios de protección (92,1 %), suposición de estar en riesgo (86,3 %), evitación de salir a la calle innecesariamente (54,9 %), mantenimiento de la higiene en el hogar (51 %) y reducción de las visitas familiares fuera del domicilio (39,2 %).

Se identificaron las valoraciones: “la familia tiene que protegerse a cualquier costo, incluso hasta no dejar visitarnos a nadie”, “hay que limpiar constantemente el hogar”, “lo que no saben es que esa enfermedad está en todos lados y no tiene cara, a cuidarse mucho y siempre”.

Referente a la responsabilidad individual después de padecer la enfermedad, se reflejó el sentido personal de protección constante, llegando a niveles extremos que impiden o limitan el contacto con un infectado. El suceso desencadenante, el significado personal y los mecanismos de enfrentamiento se ven mediados por los aspectos personológicos, sus formas de interactuar socialmente, los estilos de afrontamiento y apego, las características familiares, la cultura contextual y sus estereotipos idiosincráticos.

Discusión

En este estudio las personas con edades comprendidas entre 41 y 60 años manifestaron mayor miedo a salir a la calle y la necesidad de protegerse de los conocidos y vecinos, lo cual está asociado con que en este grupo etario la experiencia de muerte por la COVID-19 es superior, pues son vulnerables a contraer la enfermedad durante la exposición pública. Estos resultados coincidieron con los encontrados en la guía para abordar las consecuencias psicológicas de la COVID-19 en los grupos de edades,⁽¹⁴⁾ donde los adultos de mediana edad poseen mayores posiciones defensivas ante la enfermedad y se protegen aislándose y evitando mayoritariamente los contactos con personas externas al hogar.

En un estudio realizado por Ro *et al*⁽¹⁵⁾ se muestran algunos efectos sobre la preocupación relacionada con la enfermedad, los cuales surgen como respuesta emocional a un padecimiento que influye en la adopción de comportamientos que promueven la salud, la prevención y el diagnóstico ante diversas enfermedades. Se relaciona directamente con los resultados obtenidos en esta investigación, donde los sujetos entrevistados después de haber padecido la COVID-19 comenzaron a cuidarse más y evitaron exponerse nuevamente a la enfermedad, aumentando el uso de los medios de protección y exigiendo su uso a los familiares en el hogar donde conviven.

La investigación de Sholten *et al*⁽¹⁶⁾ plantea que las personas luego de haber padecido la COVID-19 pueden construir una nueva normalidad, con nuevos hábitos y rutinas que requieran la intervención de la psicología y de los profesionales de la salud mental, en general. En tal sentido, en este estudio se pudo constatar que los sujetos después de haber estado enfermos adoptaron actitudes de aumento de protección y seguridad, de desconfianza hacia las personas que los visitan, por miedo a enfermarse; de eliminación de rutinas diarias y creación de otras que implican las restricciones de salidas del hogar y rechazo al trabajo y pérdida del entusiasmo para realizarlo, entre otras, que han cambiado los estilos de vida y han impuesto otros en la cotidianidad de estas personas.

Santana *et al*⁽⁴⁾ determinan que el tiempo de duración de las cuarentenas es el mayor predictor de alteraciones psicológicas a mediano y largo plazo; en la medida que se extiende el tiempo de aislamiento durante la enfermedad, existe mayor desobediencia civil, la depresión se desplaza por la ansiedad y la ira y las manifestaciones de violencia se incrementan exponencialmente. En esta investigación los principales síntomas psicológicos en los sujetos entrevistados fueron la ansiedad, el estrés, la frustración y la depresión, los cuales tienen una relación con el tiempo que estuvieron aislados, por más de 20 días, y la fácil aparición de irritabilidad, de iniciar conflictos sin motivos y los cambios de humor constante en el núcleo familiar.

Lozano⁽¹⁷⁾ analiza que los factores asociados a un alto impacto psicológico y a niveles altos de estrés, síntomas de ansiedad y depresión ($p < 0,05$) fueron el sexo femenino, la ocupación de estudiante, los síntomas físicos específicos (mialgia, mareos, coriza) y una pobre percepción de la propia salud después de padecer la enfermedad. En ese orden de ideas, se observó coincidencia con los hallazgos de la actual serie, donde existieron los

síntomas de estrés y ansiedad en los jóvenes, aunque no existió diferencia significativa entre féminas y varones.

Espinosa *et al*⁽¹⁸⁾ consideran que, en lo concerniente a la epidemia, los individuos y las comunidades la perciben como un suceso vital estresante y amenazante. En el presente estudio, los sujetos generalizaron las consecuencias negativas de la enfermedad, su mortalidad, la exposición al riesgo constante de contraerla y el estrés generado por ella; de igual modo, mostraron más percepciones negativas sobre este fenómeno epidemiológico que aprendizajes luego de padecer el virus.

A modo de conclusión, se puede afirmar que las personas entrevistadas sufrían diferentes síntomas psicológicos (esencialmente significativos: estrés, miedo, ansiedad y frustración), como resultado de la exposición a la COVID-19 y estos mismos síntomas han generado otros comportamientos que modifican su vida cotidiana, reafirma la protección de su salud, el aumento de la percepción de riesgo ante la enfermedad y la preocupación por el futuro de sus vidas y su país.

Referencias Bibliográficas

1. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int. J Environ. Res. Public Health*. 2020 [citado 22/07/2022];17(5):1729. Disponible en: https://mdpi-res.com/d_attachment/ijerph/ijerph-17-01729/article_deploy/ijerph-17-01729.pdf?version=1583494840
2. Santana González Y, Torres Rodríguez O, Rodríguez Martínez Y, Silva Albear Y, Oris Martínez L. Acciones de atención psicológica durante la COVID-19 a través del chat “Santiago se Levanta”. *RCO*. 2022 [citado 23/07/2022];1(14):189-212. Disponible en: <https://periodicos.feevale.br/seer/index.php/revistaconhecimentoonline/article/download/2737/3008/8588>

3. Liu JJ, Bao Y, Huang X, Shi J, Lu, L. Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19. *The Lancet*. 2020 [citado 27/07/2022];4:347-9. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2352-4642%2820%2930096-1>
4. Santana González Y, Sagaró del Campo NM, Valdés García LE. Percepción de riesgo vs COVID-19 en centros hospitalarios de Santiago de Cuba. *Revista Universidad y Sociedad*. 2021 [citado 27/07/2022];13(4):195-206. Disponible en: <https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/2157/2138>
5. Cullen W, Gulati G, Kelly BD. Mental health in the COVID-19 pandemic. *QJM: An International Journal of Medicine*. 2020 [citado 27/07/2022];113(5):311-2. Disponible en: <https://academic.oup.com/qjmed/article/113/5/311/5813733?login=false>
6. Sprang G, Silman M. Posttraumatic Stress Disorder in Parents and Youth After Health-Related Disasters. *Disaster Med Public Health Preparedness*. 2013 [citado 23/07/2022];7(1):105-10. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/disaster-medicine-and-public-health-preparedness/article/posttraumatic-stress-disorder-in-parents-and-youth-after-healthrelated-disasters/4F3E4300F74CEEAF8EE95E490944888>
7. Saccone G, Florio A, Aiello F, Venturella R, De Angelis MC, Locci M, et al. Psychological impact of coronavirus disease 2019 in pregnant women. *AJOG*. 2020 [citado 23/07/2022];223(2):293-5. Disponible en: <https://www.ajog.org/action/showPdf?pii=S0002-9378%2820%2930527-5>
8. Ramírez Ortiz J, Castro Quintero D, Lerma Córdoba C, Yela Ceballos F, Escobar Córdoba F. Consecuencias de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *Revista Colombiana de Anestesiología*. 2020 [citado 23/07/2022];48(4):e930. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v48n4/es_2256-2087-rca-48-04-e301.pdf
9. Pinargote Macías EI, Moreira Vera FS. El COVID-19 y su incidencia en la salud mental de los moradores de la ciudadela El Florón #5 del Cantón Portoviejo. *Revista Científica Multidisciplinaria Arbitrada Yachasun*. 2020 [citado 23/07/2022];4(7Ed.esp.):2-27. Disponible en: <http://editorialibkn.com/index.php/Yachasun/article/download/62/140/318>

10. Lorenzo Ruiz A, Díaz Arcaño K, Zaldívar Pérez D. La psicología como ciencia y profesión en el afrontamiento del COVID-19. *Revista Caribeña de Psicología*. 2020 [citado 12/04/2022];4(2):153-65. Disponible en: <https://revistacaribenadepsicologia.com/index.php/rcp/article/download/4815/4339/8829>
11. Broche Pérez Y, Fernández Castillo E, Reyes Luzardo DA. Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. *Rev Cuba Salud Pública*. 2020 [citado 17/04/2022];46(Supl.especial):e2488. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2020.v46suppl1/e2488/es>
12. Cruz Ramírez M, Martínez Cepena MC. Origen y desarrollo de un índice de competencia experta: el coeficiente K. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*. 2020. [citado 18/04/2022];(19)10:40-56. Disponible en: http://relmis.com.ar/ojs/index.php/relmis/article/download/origen_desarrollo_indice_competencia_experta/7/26
13. Cáceres P. Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas. Individuo y sociedad*. 2003 [citado 18/04/2022];2(1):53-82. Disponible en: <https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/3/1003>
14. Larroy C, Estupiñá F, Fernández Arias I, Hervás G, Valiente C, Gómez M, et al. Guía para el abordaje no presencial de las consecuencias psicológicas del brote epidémico de COVID-19 en la población general. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2020 [citado 25/04/2022]. Disponible en: <https://www.ucm.es/clinicadepsicologia/file/guia-covid-19-ucmprofesionales>
15. Ro JS, Lee JS, Kang SC, Jung HM. Worry experienced during the 2015 Middle East Respiratory Syndrome (MERS) pandemic in Korea. *Plos One*. 2017 [citado 25/04/2022];12(3):e0173234. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0173234&type=printable>

16. Scholten H, Quezada Scholz V, Salas G, Barria Asenjo NA, Rojas Jara C, Molina R, et al. Abordaje psicológico del COVID-19: una revisión narrativa de la experiencia latinoamericana. Revista Interamericana de Psicología. 2020 [citado 27/04/2022];54(1):e1287. Disponible en: <https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/26643/Abordaje%20psicológico%20del%20COVID-19.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
17. Lozano Vargas A. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. Rev Neuro-psiquiatr. 2020 [citado 21/04/2022];83(1):51-56. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v83n1/1609-7394-rnp-83-01-51.pdf>
18. Espinosa Ferro Y, Mesa Trujillo D, Díaz Castro Y, Carballo García L, Mesa Landín MÁ. Estudio del impacto psicológico de la COVID-19 en estudiantes de Ciencias Médicas, Los Palacios. Rev. Cuba. Salud Pública. 2020 [citado 21/04/2022];46(Supl. especial):e2659. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2020.v46suppl1/e2659/es>

Conflicto de intereses

Los autores no declaran conflicto de intereses alguno.

Contribución de los autores

Yorkys Santana González: conceptualización, análisis de datos, proceso de investigación, supervisión y liderazgo en la planificación y redacción de documento original. Participación: 30%.

Nelsa María Sagaró del Campo: curación de datos, análisis formal – técnicas estadísticas, análisis de datos, diseño y desarrollo. Participación: 20%.

Luis Eugenio Valdés García: diseño y desarrollo, suministro de materiales de estudio, gestión y coordinación, verificación y redacción. Participación: 20%.

Yaser Bring Pérez: diseño y desarrollo, conceptualización, análisis de datos, presentación de datos y edición. Participación: 15%.

Nober Luis Torres Estrada: proceso de investigación, gestión y coordinación, presentación de datos y edición. Participación: 15%.

