



Salud mental y relaciones con el entorno en tiempos de COVID-19

Informe de Investigación

Equipo de investigación

Eva Carazo Vargas, Psicóloga social y comunicadora
M.Sc. Raúl Ortega, Psicólogo
Ph.D. Harold Arias LeClaire, Biólogo
Ph.D. Nerea González García, Estadística y matemática
M.Sc. Armando González Sánchez, Psicólogo y estadístico
Ph.D. Greibin Villegas Barahona, Estadístico

Enero, 2021

TABLA DE CONTENIDO

I	Introducción	4
II	Abordaje metodológico	6
2.1	Población y diseño muestral.....	6
2.2	Metodología de recopilación de datos	7
2.3	Tamaño de muestra, nivel de confianza y error de muestreo	8
2.4	Ponderación estadística de la muestra	8
2.5	Equipo de investigadores e instituciones participantes	9
2.6	Aprobación del Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS).....	9
2.7	Dimensiones psicológicas.....	9
2.7.1	Depresión	9
2.7.2	Ansiedad.....	10
2.7.3	Estrés.....	11
2.7.4	Temor a la COVID-19	12
2.7.5	Calidad de vida profesional	13
2.7.6	Adherencia a las medidas de protección.....	14
2.7.7	Resiliencia.....	14
2.7.8	Otros contenidos abordados	14
2.8	Metodología de segmentación psicográfica	15
2.9	Diseño del cuestionario.....	15
III	Presentación de resultados	17
3.1	Perfil de la muestra.....	17
3.2	Segmentación	18
3.3	Situación general de salud	22
3.3.1	Depresión	25
3.3.2	Ansiedad.....	27
3.3.3	Estrés.....	30
3.3.4	Temor a la COVID-19	31
3.4	Percepción de afectación en la comunidad por la pandemia	37
3.5	Adherencia a medidas sanitarias.....	41

3.5.1	Diferencias sociodemográficas para adherencia a las medidas sanitarias	41
3.6	Resiliencia.....	47
3.6.1	Diferencias sociodemográficas según la resiliencia	48
3.7	Estrategias de afrontamiento.....	48
3.8	Fuentes de información.....	49
IV	Conclusiones y recomendaciones	51
4.1	Conclusiones.....	51
4.2	Recomendaciones.....	54
V	Referencias	56

Salud mental en tiempos de COVID-19 en la población costarricense

I Introducción

La pandemia por la enfermedad COVID-19 ha generado una crisis de salud pública que conlleva importantes transformaciones en la vida cotidiana de las personas, que trascienden el ámbito sanitario y abarcan dimensiones económicas, políticas y sociales. Esta investigación se enfoca en la salud mental de la población costarricense en el contexto de la emergencia sanitaria: en la forma en que se están viviendo y enfrentando esas transformaciones en términos psicológicos y psicosociales.

Los objetivos que orientaron el estudio son los siguientes:

1. Caracterizar el estado de salud mental de la población según los aspectos cognitivos, afectivos, somáticos, interpersonales y conductuales como reacción a la pandemia sufrida debido al COVID-19.
2. Identificar recursos y estrategias de afrontamiento considerados o puestos en práctica por la población durante la emergencia sanitaria.
3. Identificar los perfiles de la población costarricense en la gestión de la crisis, según las características demográficas en asociación con las dimensiones psicológicas y psicosociales.
4. Estimar las correlaciones estadísticas entre las diferentes dimensiones psicológicas y la percepción de riesgo de contagio del COVID-19.
5. Construir un indicador de bienestar de salud mental a partir de las dimensiones psicológicas consideradas en esta investigación.
6. Estimar el porcentaje de cumplimiento de las diez medidas más críticas que resultaron con menor porcentaje en la primera medición y el respeto de la burbuja social.
7. Estimar el nivel de riesgo de contagio del COVID-19 según la percepción del informante.
8. Estimar el grado de afectación social, económico y laboral en la comunidad (entorno inmediato) y en el hogar de las personas informantes (adicionalmente se incluye la referencia de provincia y cantón de residencia).
9. Conocer la modalidad de educación actual, para el próximo año y del futuro que tiene la población costarricense según tipo de educación (Distancia, Virtual, Mixta).

La Universidad Estatal a Distancia (UNED) y la Universidad Nacional (UNA), con apoyo del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social, a través de esta investigación buscan ofrecer información precisa y actualizada a la población en general, y muy particularmente a las autoridades e instituciones que tienen potestades y responsabilidades en el ámbito de la salud mental.

Tal como se desarrolla en el protocolo de investigación, el concepto de salud mental y abordaje psicosocial que encuadran esta investigación se definen a partir de la

“Norma de atención integral de la salud mental y de abordaje psicosocial en situaciones de emergencias y desastres en los escenarios de servicios de salud y en la comunidad” N° 41599 – S, de la siguiente forma:

Abordaje Psicosocial: proceso de apoyo y seguimiento articulado, interdisciplinario, interinstitucional, intersectorial y comunitario basado en la gestión del riesgo, orientado a restablecer la cotidianeidad de las personas, la integridad emocional y reactivar sus redes sociales, con un enfoque participativo, de derechos y de género, brindado por personal especializado y no especializado".

Salud Mental: proceso de bienestar y desempeño personal y colectivo caracterizado por la autorrealización, la autoestima, la autonomía, la capacidad para responder a las demandas de la vida en diversos contextos: familiares, comunitarios, académicos, laborales y disfrutar la vida en armonía con el medio ambiente.

Enfoque de Salud Mental. este enfoque permite visualizar la salud mental como una construcción colectiva, histórica y social que surge de las condiciones de vida e interacción entre las personas, grupos sociales, comunidades y el ambiente en que se encuentran, con lo cual las acciones se orientan hacia la promoción y fortalecimiento de factores protectores desde las comunidades y grupos, evitando la excesiva medicalización.

Enfoque Psicosocial: lo psicosocial no es una dimensión desarticulada del proceso de atención de población afectada ante situaciones de emergencias o desastres, es un abordaje transversal en todas las decisiones que se toman en este tipo de eventos, ya que se producen diferentes problemáticas en los niveles: individual, familiar, comunitario y social, deteriorando los mecanismos de protección y aumentan los riesgos de que se presenten numerosos tipos de problemas sociales o de conducta (Poder Ejecutivo, 2019).

Se complementa esta definición según la brindada por la OMS, a través de su Comité interinstitucional Permanente (IASC, por sus siglas en inglés Inter-Agency Standing Committee):

Salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) son utilizados para describir una amplia gama de acciones que permiten abordar problemas sociales, psicológicos y psiquiátricos preexistentes o inducidos por una emergencia. Estas acciones son implementadas en contextos muy distintos por organizaciones y personas con distintos bagajes profesionales, pertenecientes a distintos sectores y con distintos tipos de recursos. Todos estos múltiples actores - y sus donantes - necesitan evaluaciones prácticas que conduzcan a recomendaciones que se puedan utilizar inmediatamente para mejorar la salud mental y el bienestar de las personas (IASC, 2006).

En este marco, se presenta inicialmente un apartado metodológico que resume las características del proceso de investigación. Se detalla allí la manera en que se

recopilaron los datos y la forma en que se utilizaron distintas herramientas para caracterizar las dimensiones de la salud mental abordadas, así como para construir una segmentación que permite visualizar los grupos de la población que han sido menos afectados y los que han sido más afectados en su salud mental.

Posteriormente se exponen y profundizan los principales resultados acerca de las consecuencias cognitivas, afectivas, somáticas, interpersonales y conductuales vinculadas con la pandemia. Se presenta así la situación relacionada con dimensiones psicológicas y psicosociales como depresión, ansiedad, estrés, resiliencia, miedo personal y social a la COVID-19. Se retoma también la adherencia o cumplimiento de medidas sanitarias, además siempre que es posible se analiza la variación de estos datos con respecto a una medición previa efectuada en marzo de 2020.

Se profundiza asimismo en la relación entre estas dimensiones y la percepción del riesgo de contagio, así como en diferencias significativas encontradas de acuerdo con el sexo, edad, escolaridad, estado civil, condición laboral y lugar de residencia de las personas informantes. Se identifica además la percepción de la población participante acerca de la afectación social, laboral y económica por COVID-19 en su comunidad.

A partir de los resultados obtenidos en las dimensiones psicológicas se realizó un análisis multivariante de segmentación de la población, resultando segmentos o clústeres de acuerdo con el grado de afectación en su salud mental. El proceso utilizado para esta agrupación se detalla en el apartado metodológico, y en el de resultados se discuten la información que dicha segmentación visibiliza con respecto a la población costarricense.

Al final del documento se presentan las principales conclusiones derivadas de la investigación, y algunas recomendaciones generales que pueden ser de utilidad para el cuidado de la salud mental en la actual coyuntura.

II Abordaje metodológico

2.1 Población y diseño muestral

La población de estudio corresponde a todas las personas residentes en el territorio costarricenses con edad de 15 a 80 años durante el periodo del 9 al 29 de octubre de 2020. Según el Instituto Nacional de estadística la población de 15 a 80 años es de 3 905 505 personas que representan un 76.4% del total de la población residente en Costa Rica.

Tabla N.1 Distribución de la población residente en Costa Rica según edad

Edad	N.	%
15 - 17	222.281	5,7%
18 - 29	1.020.898	26,1%
30 - 39	865.731	22,2%
40 - 49	653.100	16,7%
50 - 59	558.114	14,3%
60 - 69	396.135	10,1%
70 - 80	189.246	4,8%
Población de estudio	3.905.505	76,4%
Costa Rica	5.111.152	100,0%

Fuente: INEC-Costa Rica, 2020.

2.2 Metodología de recopilación de datos

Este es un estudio cuantitativo, recoge la información obtenida a través de un cuestionario autoadministrado por medio de internet, que se solicitó completar a través de una invitación masiva y abierta. Para el caso de Costa Rica, la penetración de internet en los hogares es de 84.7%, el servicio de internet en el quintil 1 de ingreso es de 77.9% mientras que el quintil 5 de ingreso el servicio de internet ha penetrado en un 95.6% de los hogares.

La recolección de datos continúa, y se invita a llenar el cuestionario que está disponible en esta dirección: <https://bit.ly/2wHwo03>.

Tabla N.2 Penetración de internet y acceso a teléfono, computadora y tablas en Costa Rica y zona urbana y rural

Zona y tenencia de las TIC	Total	Quintil de ingreso per cápita del hogar				
		Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5
	%	%	%	%	%	%
Total de viviendas en Costa Rica	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Con teléfono celular	96,3	95,5	93,1	96,5	97,6	98,8
Con computadora	48,2	29,4	32,3	43,2	56,3	79,5
Con tableta	12,8	4,8	5,5	9,0	14,0	30,6
Con servicio de internet en la vivienda	84,7	77,9	77,1	83,6	89,1	95,6
Zona urbana	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Con teléfono celular	96,4	94,2	94,4	96,6	98,1	98,9
Con computadora	53,6	31,8	36,6	50,7	64,5	83,8
Con tableta	15,4	6,2	6,0	12,4	16,7	35,2
Con servicio de internet en la vivienda	87,0	78,7	81,1	87,0	91,2	96,8
Zona rural	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Con teléfono celular	96,0	96,2	92,6	96,4	97,2	97,5
Con computadora	34,1	22,4	26,2	33,1	33,8	55,4
Con tableta	6,1	1,5	4,3	4,9	6,3	13,6
Con servicio de internet en la vivienda	78,7	73,2	71,3	80,0	79,5	89,6

Fuente: INEC-Costa Rica. Encuesta Nacional de Hogares, 2020.

2.3 Tamaño de muestra, nivel de confianza y error de muestreo

La información que se da a conocer en enero de 2021 fue obtenida a partir de una muestra de $n = 6786$ cuestionarios completos. El nivel de confianza de las estimaciones que se presentan es de un 95%. Se estima un error de muestreo de 1,2% para estimaciones globales. Toda diferencia en las cifras superior al 1,2% se considera evidencia de una diferencia significativa.

2.4 Ponderación estadística de la muestra

La base de datos se ponderó en función del sexo, edad, escolaridad, condición laboral, sector de trabajo y provincia de residencia, con el fin de restituir las probabilidades de selección de cada informante en función de la estructura de la población habitante del país, la ponderación realizada es la siguiente:

```
IF (A3 eq 1 and origen eq 1) ponde1 =0.601915913.
IF (A3 eq 2 and origen eq 1) ponde1 =3.3953002611 .
IF (edad6categoria eq 1 and origen eq 1) ponde2 =0.55.
IF (edad6categoria eq 2 and origen eq 1) ponde2 =0.756523043.
IF (edad6categoria eq 3 and origen eq 1) ponde2 =0.567286639.
IF (edad6categoria eq 4 and origen eq 1) ponde2 =0.9862960401.
IF (edad6categoria eq 5 and origen eq 1) ponde2 =1.895364913.
IF (edad6categoria eq 6 and origen eq 1) ponde2 =3.15735165.
IF (edad6categoria eq 7 and origen eq 1) ponde2 =3.887141443.
IF (a5recod eq 1 and origen eq 1) ponde3 = 14.7067144.
IF (a5recod eq 2 and origen eq 1) ponde3 = 2.027929981.
IF (a5recod eq 3 and origen eq 1) ponde3 = 0.3625516292.
IF (CONDICIONLABORAL eq 1 and origen eq 1) ponde4 =1.10988687468.
IF (CONDICIONLABORAL eq 2 and origen eq 1) ponde4 =1.254474781.
IF (CONDICIONLABORAL eq 3 and origen eq 1) ponde4 =1.746135959.
IF (q5b1REC eq 1 and origen eq 1) ponde5 =0.494165556.
IF (q5b1REC eq 2 and origen eq 1) ponde5 =1.763966033.
RECODE ponde5 (SYSMIS=1).
IF (D21 eq 1 and origen eq 1) ponde6 =0.750800409704.
IF (D21 eq 2 and origen eq 1) ponde6 =1.196238732.
IF (D21 eq 3 and origen eq 1) ponde6 =0.554380140212.
IF (D21 eq 4 and origen eq 1) ponde6 =0.658445734.
IF (D21 eq 5 and origen eq 1) ponde6 =1.818425142.
IF (D21 eq 6 and origen eq 1) ponde6 =1.803765954.
IF (D21 eq 7 and origen eq 1) ponde6 =2.2536941699.
RECODE ponde6 (SYSMIS=1).
IF (Q17N_1 eq 1 and origen eq 1) ponde7=1.610810794.
IF (Q17N_1 eq 2 and origen eq 1) ponde7=1.883603514.
IF (Q17N_1 eq 3 and origen eq 1) ponde7=0.589834777.
IF (Q17N_1 eq 6 and origen eq 1) ponde7=1.829178262.
IF (Q17N_1 eq 4 and origen eq 1) ponde7=0.979078484.
execute.

COMPUTE PONDERAFINAL=ponde1 * ponde2 * ponde3 * ponde4 * ponde5 * ponde6*ponde7.
EXECUTE.

IF (ORIGEN = 1) muestrafinal=6786/9112*ponderafinal.
EXECUTE.
```

2.5 Equipo de investigadores e instituciones participantes

La investigación es desarrollada por un equipo interdisciplinario integrado por profesionales en diversas áreas de la psicología, así como en estadística, biología, matemáticas y comunicación. Es liderada por la Universidad Estatal a Distancia, con participación de la Universidad Nacional, y con respaldo del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social. El estudio fue declarado de interés institucional por el Ministerio de Salud de Costa Rica (oficio MS-DM-4598-2020), y por el Consejo de Rectoría de la UNED (ref. CR-2020-1719).

2.6 Aprobación del Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS)

Un elemento importante que respalda este estudio es la revisión y aprobación del protocolo de investigación por parte del Consejo Nacional de Investigación en Salud (acuerdo No. 22 de sesión 38, del 26 de agosto de 2020), aspecto que asegura la rigurosidad del proceso así como la protección de los derechos y bienestar de las personas participantes, en línea con lo indicado por las autoridades en salud mental de Costa Rica, de acuerdo con lo establecido en la Ley N° 9234 “Ley Reguladora de Investigación Biomédica”.

2.7 Dimensiones psicológicas

Para la caracterización de la situación de salud mental de la población, se utilizaron varios instrumentos psicométricos que se detallan a continuación.

2.7.1 Depresión

Para abordar la dimensión de Depresión se utilizó el PHQ-2 (Kroenke et al., 2003), un test de cribado utilizado usualmente para evaluar trastorno depresivo mayor, que en este caso no se utiliza con ese fin específico sino más bien se adaptó como medida más general de detección de cualquier posible trastorno depresivo.

El PHQ-2 deriva de la Teoría Clásica de los Test y consta de 2 ítems que evalúan la frecuencia con que ocurren síntomas depresivos de anhedonia (falta de deseo) y estado anímico. Es una reducción del PHQ-9 (Kroenke et al., 2001) en la que se utilizan sus dos primeros ítems. Las puntuaciones en el test original por cada ítem van de 0 a 3, teniendo unas puntuaciones teóricas que oscilan entre el 0 y el 6; pero para el presente estudio se adaptaron para que cada ítem tuviera un formato de 0 a 10, obteniendo una puntuación teórica ajustada total de 0 a 20. Esta prueba ha sido ampliamente aplicada y validada, su adaptación corresponde a una estrategia estadística a criterio de los investigadores para darle mayor margen de respuesta a los informantes respecto de su estado de depresión.

En otras investigaciones se ha propuesto el 3 como el punto de corte que ofrece la mejor sensibilidad y especificidad (Kroenke et al., 2003), no obstante, en este caso se utilizó el punto de corte en 8/20, como medida propia, dado que con esta medida ajustada se describe mejor a la población al compararla con otras.

Tabla 3. Valores de sensibilidad y especificidad presentadas en el artículo original de Kroenke 2003

Desorden depresivo mayor (7% Prevalencia)			
PHQ-2 Puntuación	Sensibilidad	Especificidad	Valor predictivo positivo
1	97,6	59,2	15,4
2	92,7	73,7	21,1
3	82,9	90,0	38,4
4	73,2	93,3	45,4
5	53,7	96,8	56,4
6	26,8	99,4	78,6
Cualquier otro desorden depresivo (18% Prevalencia)			
PHQ-2 Puntuación	Sensibilidad	Especificidad	Valor predictivo positivo
1	90,6	65,4	36,9
2	82,1	80,4	48,3
3	62,3	95,4	75,0
4	50,9	97,9	81,2
5	31,1	98,7	84,6
6	12,3	99,8	92,9

Tabla 4. Puntuaciones ajustadas utilizadas en el test PHQ-2.

PHQ-2	0-10	%
0	0,000	0,00
1	3,333	16,67
2	6,667	33,33
3	10,000	50,00
4	13,333	66,67
5	16,667	83,33
6	20,000	100,00

Por tanto y a efectos de este estudio se considera una puntuación de 0 a 8 no indica manifestaciones serias de depresión, y como indicadores de un posible cuadro depresivo se ubican las puntuaciones que vayan desde 9 a 20.

2.7.2 Ansiedad

Para evaluar la dimensión Ansiedad se utilizó el cuestionario Generalized Anxiety Disorder (GAD-2), en su versión en español (García-Campayo et al., 2012). Se trata de un cuestionario de ansiedad compuesto por 2 ítems en que cada uno se puntúa de 0 a 3, dando una puntuación teórica de 0 a 6. Así se obtiene una sensibilidad de 0,83 y una especificidad de 0,61.

Según sus autores se puede tomar el valor de 2 como punto de corte para explorar la prevalencia de la ansiedad. En este estudio, y siguiendo los criterios de la primera medición efectuada en marzo, se tomaron los valores comprendidos entre 0 y 2 como indicadores de afectación mínima, y el valor de 3 a 6 como indicador de una posible afectación severa, en ansiedad generalizada, denominación utilizada por el artículo original (García-Campayo et al., 2012). De esta forma también se mantiene una visión respetuosa con los criterios psicométricos.

2.7.3 Estrés

El estrés como dimensión de la salud mental se abordó a través del instrumento *How stressed are you?*, prueba desarrollada por el Instituto Headington. Esta institución se enfoca en ofrecer recursos de aprendizaje y conocimiento que dan apoyo a personas e instituciones de ayuda humanitaria y de respuesta en emergencia, y se enfoca en contenidos vinculados con la afectación y el afrontamiento en situaciones críticas o de emergencia (www.headington-institute.com).

La escala “How stressed are you?” de The Headington Institute no ha sido validada psicométricamente, aunque las dimensiones que incorpora (cognitiva, emocional, corporal y conductual) se relacionan con las dimensiones presentes en cuestionarios validados para la medición de consecuencias en personas que han experimentado situaciones de estrés, tales como el Daily Stress Inventory (Brantley et al., 1988), el Derogatis Stress Profile, o el Perceived Stress Scale (Cohen et al., 1994). Asimismo, estudios previos confirman la utilidad de cuestionarios autoaplicables (como la escala “How stressed are you?”), confirmando que los ítems presentes se correlacionan con conceptualizaciones compartidas entre teorías ampliamente aceptadas que hacen referencia al estrés (Amirkhan, 2012).

El cuestionario, de tipo autoadministrado, está destinado originalmente a realizar una autoevaluación sobre el nivel de estrés que tiene una persona. Cuenta originalmente con un total de 25 ítems distribuidos entre aquellos enfocados a valorar el impacto emocional, cognitivo, conductual o físico, en los que las personas deben valorar el grado de frecuencia con el que han aparecido estos síntomas en el mes previo al momento en que responden el test.

Para este estudio se seleccionaron de este test 18 ítems, a decisión del equipo investigador y en relación con la construcción del cuestionario; considerando el resto de las referencias incluidas en el instrumento, y teniendo en cuenta las respuestas típicas y habituales que se dan en situaciones de emergencia. Estos ítems corresponden a las dimensiones de impacto somático-corporal (5 preguntas), impacto conductual (5 preguntas), impacto cognitivo (6 preguntas) e impacto emocional (2 preguntas).

Dado que se trata de un test de la Teoría Clásica de los Test, en la que cada ítem aporta el mismo valor que los otros ítems que lo componen y siguiendo la metodología del Instituto Headington, se ha agrupado a la población que participó

en este estudio en función de cuatro categorías, clasificándolos según el valor total de las respuestas:

- 25% o inferior: posible estrés controlado.
- Entre 25 y 50%: indicador de estrés de bajo a moderado.
- De 50 a 75%: posible estrés de moderado a alto.
- Más de 75%: indicador de un posible estrés muy alto.

2.7.4 Temor a la COVID-19

El miedo ante la pandemia se abordó utilizando dos escalas. Se realizó una adaptación de Vozmediano (Vozmediano et al., 2008), herramienta que permite evaluar el miedo a la enfermedad en las áreas social, laboral y afectiva, con el fin de detectar frecuencias de episodios de miedo lo bastante importantes para tener una relevancia en la vida diaria de las personas. Este instrumento aborda tanto el miedo personal al contagio (miedo a contagiarse) como el miedo social (temor a que se contagien personas cercanas).

La escala de Miedo a la COVID-19 se asocia a estrés agudo y a afrontamiento (Piqueras et al., 2020), evalúa la presencia de manifestaciones físicas y emocionales de temor frente a la posibilidad de enfermarse, y se entiende en este estudio como “miedo personal” para diferenciarlo del temor a que se enfermen otras personas cercanas.

El miedo al contagio puede ser adaptativo cuando las manifestaciones de miedo ayudan a prevenir el contagio, es decir, cuando el temor funciona de manera proactiva y lleva a tomar medidas ante un peligro real. El miedo puede ser también desadaptativo, cuando existiese una disparidad con respecto a la amenaza real de contagio y el miedo empieza a afectar la calidad de las interacciones de las personas en sus espacios familiares, laborales y comunitarios.

Se presenta como “alto miedo” en sus diferentes áreas una puntuación de 2 o más en alguno de los ítems presentados por separado. Para efectos de análisis se toma el criterio de una puntuación de 2 o más en el sumatorio de los ítems, asignando a cada categoría de respuesta en función de su frecuencia valores que van de 0 a 3. Dejando una puntuación teórica de 0 a 9.

Esta dimensión se analiza también a partir de los resultados obtenidos mediante la Escala de “Miedo a la Covid-19”, una herramienta construida durante la pandemia por el equipo de Ahorsu en la población general iraní (Ahorsu et al., 2020). Esta herramienta ha sido utilizada y adaptada a varios países e idiomas, como el israelí (Tzur Bitan et al., 2020) y el castellano (Martínez-Lorca et al., 2020), cuya versión fue utilizada para este estudio. Puede tomarse como una medida de estimación del peligro percibido, que toma como indicadores las manifestaciones personales en los dos subdimensiones que considera: 1) reacciones emocionales al miedo a la COVID-19, y 2) manifestaciones físicas al miedo a la COVID-19.

Se debe tener en cuenta que en el artículo original se detectó un ítem (sobre nerviosismo y ansiedad ante noticias o redes sociales) con un Funcionamiento Diferencial de 0,48 en dificultad de hombres respecto del puntaje que presentaron las mujeres. Esto quiere decir que tiene un nivel subcrítico de funcionamiento diferencial, ya que a partir de 0,5 se considera que la interpretación de los puntajes que obtengan las mujeres se debe apegar a la consideración de esta diferencia detectada, circunstancia que se tuvo en cuenta en esta investigación.

2.7.5 Calidad de vida profesional

La afectación en cuanto a la calidad de vida en términos laborales y relacionales se evalúa a través de la herramienta psicométrica PROQOL (Stamm, 2002). Esta escala fue inicialmente construida como un recurso para poder conocer el impacto (negativo y positivo) de personas trabajando en contextos de crisis humanitarias o en profesiones que conllevan riesgo, pero se considera apropiado su uso en escenarios en los que exista exposición a situaciones estresantes o potencialmente traumáticas. No se trata de una escala diagnóstica, sino de un instrumento que permite identificar tendencias positivas o negativas en situaciones de riesgo (Stamm, 2010).

Los diez ítems incluidos en la herramienta están organizados en dos componentes. El primero, de valor positivo, la satisfacción por compasión se define como “el placer derivado de hacer bien tu trabajo” (Stamm, 2010, 12) y el bienestar generado por apoyar o contribuir a personas del propio entorno o comunidad. Por otro lado, el segundo, de valor negativo, se denomina fatiga por compasión y es identificada a partir de dos subcomponentes, estrés secundario y “burnout”. El “estrés secundario” se refiere al impacto emocional al recibir o vivenciar eventos traumáticos experimentados por otras personas (Figley, 1983). Se diferencia del estrés primario porque el origen del estrés proviene de la vivencia estresora de otra persona o personas. Por su parte, el “burnout” se trata de un estado de agotamiento mental, emocional y físico que se presenta como resultado de exigencias agobiantes, estrés crónico o insatisfacción laboral (Freudenberg, 1974, Gil-Monte, 2007).

Los resultados en estos ítems dependen del componente al que pertenecen, de tal manera que cada escala plantea una puntuación particular para su medición. En líneas generales, resultados altos en fatiga por compasión, reflejan posibilidad de afectación en la salud mental. Resultados bajos, denotan falta de impacto negativo en la salud mental. En el caso de la satisfacción por compasión, los resultados se invierten (valor bajo, no impacto; valor alto, afectación positiva).

De esta manera, resultados elevados en satisfacción por compasión y bajos en fatiga por compasión, se relacionan con un adecuado nivel emocional frente a las demandas del contexto, mientras que niveles bajos de satisfacción por compasión junto con niveles altos de fatiga por compasión, se asocian con afectaciones y malestar emocional (Duarte, 2017, Galiana et al., 2017).

2.7.6 Adherencia a las medidas de protección

Con el fin de identificar la adherencia o cumplimiento de las medidas sanitarias recomendadas como protección frente a la COVID-19, se utilizó una adaptación del test de Morinsky-Green-Levnie de adherencia de medicamentos contemplando las dimensiones, pero adaptándolas a la situación de adherencia a los protocolos de bioseguridad.

Este test consta de 4 ítems dicotómicos en los que debe indicarse “sí” o “no”, asignando 0 y 1 según corresponda. Una puntuación de 1 o mayor, indicaría baja adherencia a los protocolos de seguridad.

2.7.7 Resiliencia

La resiliencia se refiere a la habilidad de sobreponerse ante un estresor significativo a través de una adaptación positiva (Dyer & McGuinness, 1996). Con el objetivo de caracterizar los factores de personalidad y establecer relaciones con los factores protectores del entorno, se propuso el cuestionario de 4 ítems Brief Resilience Coping Scale (BRCS), que evalúa la capacidad de los sujetos de sobreponerse ante situaciones difíciles.

Todos los ítems del cuestionario pertenecen a la esfera cognitiva. En las instrucciones del artículo original (Sinclair & Wallston, 2004) se le pide al informante que autoevalúe su comportamiento en función de cada una de las afirmaciones en una escala de 1 a 5, donde 1 indica una pobre descripción de uno mismo, mientras que 5 una muy buena descripción de sí mismo. En el mismo artículo se propone la medida de menor de 13 para clasificar a los sujetos con una posible baja resiliencia, y puntuaciones mayores de 17 corresponderían al grupo de personas clasificadas con una adaptación considerablemente elevada o una alta resiliencia.

Esta clasificación deja en los rangos medios a los sujetos comprendidos entre esas puntuaciones, a quienes se denomina grupo de afrontamiento medio de resiliencia. Se consideran como estrategias de afrontamiento la puesta en práctica de acciones que permiten una adaptación flexible y satisfactoria ante circunstancias estresantes, de manera que se genere el mínimo impacto negativo posible para la salud integral de las personas.

2.7.8 Otros contenidos abordados

En este estudio se complementa la información identificada a través de los test psicológicos indicados con otros datos que se recopilaron mediante ítems contruidos o adaptados por el equipo de investigación. Se analiza entonces la salud mental de la población contemplando también aspectos como la presencia de padecimientos de salud física, el acceso a fuentes de información sobre la pandemia, la cercanía con personas que se hubiesen realizado la prueba de COVID-19, el acceso a zonas verdes para esparcimiento, la tendencia a explicar y resolver problemas de forma más individual o más colectiva, así como la percepción

de los impactos que ha generado la pandemia en distintos sectores de la comunidad y en los procesos educativos.

Es relevante enfatizar que la utilización de las distintas escalas psicológicas en este estudio no busca realizar un diagnóstico clínico de las personas que participan en la investigación, por el contrario, pretende facilitar una aproximación precisa y rigurosa a la situación general de salud mental de la población. En ese sentido, cuando se menciona la prevalencia de sintomatología depresiva, de ansiedad o de estrés ésta se considera como indicadora de la existencia de estas condiciones, pero no como un diagnóstico clínico individualizado, y de ninguna forma esta investigación puede sustituir el diagnóstico ni la atención especializada por parte de profesionales en salud mental.

2.8 Metodología de segmentación psicográfica

Con el fin de caracterizar la situación de la salud mental de la población costarricense de manera más clara, a partir de las puntuaciones obtenidas en las dimensiones psicológicas que aborda la investigación, se realizó una segmentación de la población costarricense en función de las dimensiones psicológicas y psicosociales utilizadas en esta investigación.

Primeramente, se llevó a cabo una reducción de la dimensionalidad de cada test para obtener dimensiones psicológicas (Figura 2). Cada una de estas dimensiones brindó información a la construir los segmentos o cluster mediante el procedimiento de Mclust (paquete estadístico R) que crea los grupos utilizando modelos gaussianos en su conformación. Posteriormente, los cluster creados fueron validados con un análisis discriminante con el paquete estadístico SPSS mediante una muestra de entrenamiento del 40% de los casos y de creación del modelo de clasificación del 60%. Todas las respuestas de los participantes se pasaron por el modelo de clasificación en tres momentos diferentes con el fin de maximizar la tasa de clasificación correcta resultando en cuatro cluster finales con un 98% de buena clasificación.

2.9 Diseño del cuestionario

El diseño del cuestionario constituyó un proceso muy importante dentro de esta investigación, dado que en su construcción se incorporaron diferentes pruebas psicológicas y módulos específicos diseñados para relacionar las dimensiones psicológicas con como salud, educación, afectación a la comunidad, individualismo, organización social y uno de los más importantes fue el módulo correspondiente al cumplimiento de medidas sanitarias.

Esta investigación incorpora en su diseño escalas psicométricas reconocidas y validadas en contextos nacionales e internacionales, otras fueron de elaboración propia pero que también alcanzaron atributos psicométricos de validez y consistencia relevantes para continuar con su análisis.

Tal como se aprecia en la figura, los módulos que incluye el cuestionario son: Consentimiento informado, demográficos, acciones tomadas por el gobierno y su cumplimiento, dimensiones psicológicas para valorar el impacto corporal, cognitivo, conductual, emocional. También se incluyeron módulos para evaluar las acciones realizadas por parte de la población como medio de protección, dos módulos sobre miedo, salud, educación en general y universitaria, así como aspectos de la afectación comunitaria y finalmente un módulo para valorar el individualismo y organización social.

MÓDULOS DEL CUESTIONARIO

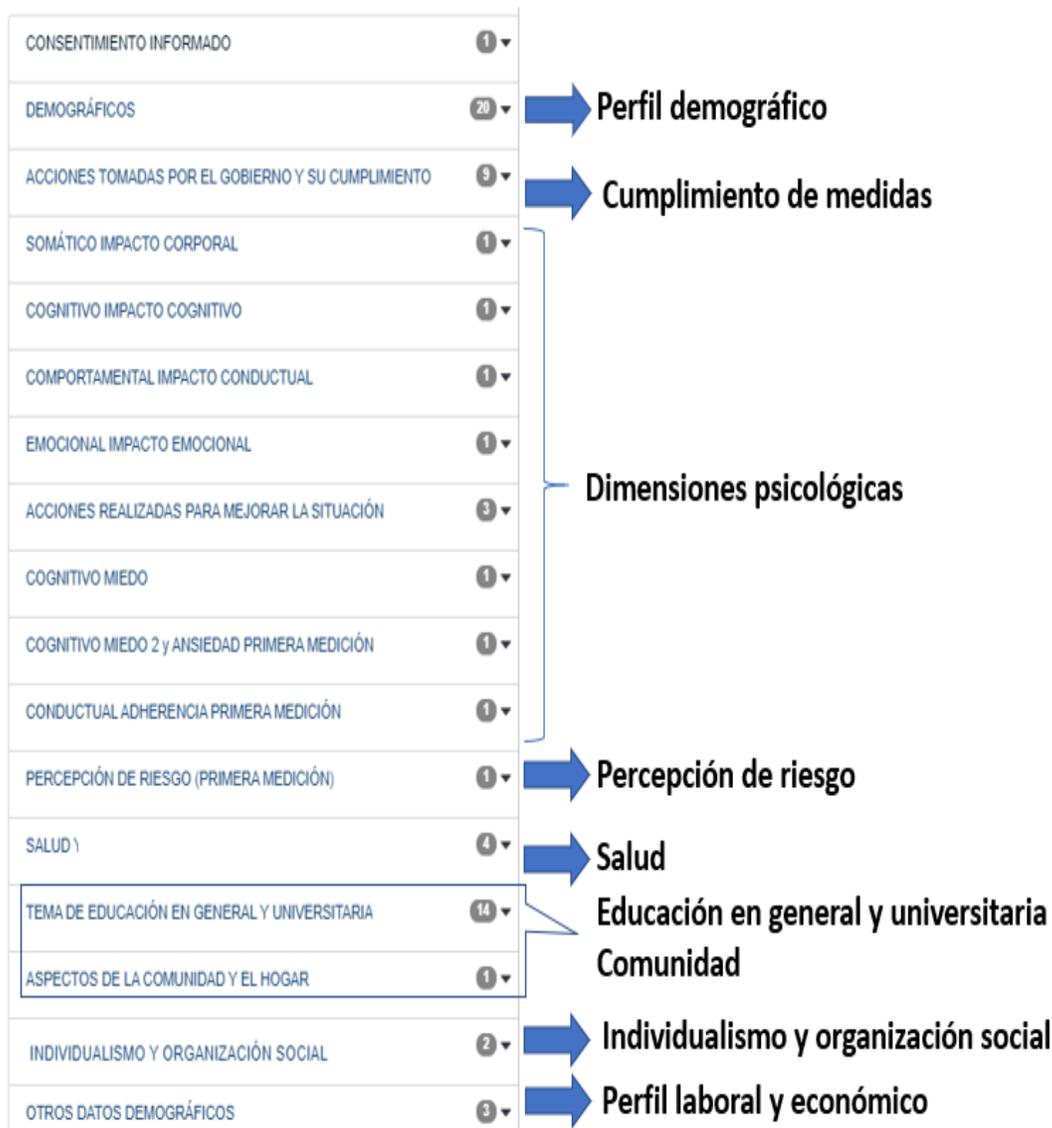


Figura 1 Módulos del cuestionario

III Presentación de resultados

3.1 Perfil de la muestra

La muestra obtenida en esta investigación fue de 6786 personas distribuidas según sexo biológico, edad, escolaridad, condición laboral, lugar de trabajo, provincia de residencia y resultado de la prueba para diagnosticar la enfermedad de la COVID-19 como se muestra en la tabla N.2.

Tabla 5 Perfil de la muestra

Perfil de la muestra		muestra ponderada		Estructura de la población costarricense	Dif.
		%	n		
Sexo biológico	Mujer	49,1%	3332	50,0%	0,9%
	Hombre	50,9%	3454	50,0%	-0,9%
	Total	100,0%	6786	100,0%	0,0%
Edad	15 - 17	5,8%	395	5,7%	-0,1%
	18 - 29	25,9%	1755	26,1%	0,3%
	30 - 39	22,5%	1529	22,2%	-0,4%
	40 - 49	17,1%	1160	16,7%	-0,4%
	50 - 59	13,8%	936	14,3%	0,5%
	60 - 69	11,2%	760	10,1%	-1,1%
	70 - 80	3,7%	251	4,8%	1,1%
Escolaridad	Primaria	35,4%	2402	37,2%	1,8%
	Secundaria y técnicos no universitarios	39,9%	2708	39,3%	-0,6%
	Universidad	24,7%	1676	23,6%	-1,1%
Condición laboral	Trabaja	45,5%	3089	45,1%	-0,4%
	Desempleado	12,4%	845	13,6%	1,2%
	Otro	42,0%	2853	41,3%	-0,8%
Lugar de trabajo	Sector público	16,9%	496	15,3%	-1,7%
	Sector privado	83,1%	2593	84,7%	1,7%
Provincia de residencia	San José	33,4%	2263	33,6%	0,2%
	Alajuela	21,6%	1469	20,2%	-1,4%
	Cartago	9,1%	616	10,8%	1,7%
	Heredia	9,4%	637	10,5%	1,1%
	Guanacaste	6,4%	434	6,7%	0,3%
	Puntarenas	10,1%	685	9,5%	-0,6%
	Limón	10,0%	681	8,7%	-1,3%
Personas que se han realizado la prueba para diagnosticar la enfermedad de la COVID-19 y resultado obtenido (n=739)	Positivo	33,9%	250	34,6%	1,1%
	No sabe resultado	1,8%	14		
	Negativo	64,3%	475	65,4%	1,1%

3.2 Segmentación

Como se ha indicado, a partir de los resultados obtenidos en las distintas dimensiones analizadas se realizó una segmentación de la población de acuerdo con el grado de afectación que presenta en su salud mental.

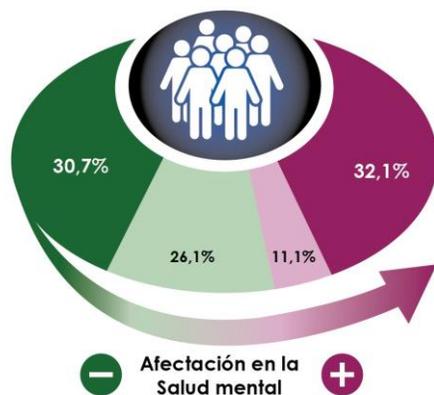


Figura 2. Segmentos psicográficos

Se encuentra así que un 30,7% de la población costarricense se ubica en el segmento que presenta una menor afectación en su salud mental, o segmento 1. El 26,1% de la población se ubica en el segmento 2, con una leve afectación aparente, y el 11,1% se encuentra en el segmento 3 presentando un posible mayor impacto en su salud mental. El 32,1% de la población costarricense se ubica en el segmento 4, caracterizado verosímilmente por un nivel crítico de afectación en la salud mental a raíz de la COVID-19. A

continuación, se detallan los resultados obtenidos en las distintas dimensiones y la manera en que se manifiestan de acuerdo con la segmentación propuesta.

Así, se analizaron las dimensiones psicológicas abordadas a partir de esta agrupación. Las características de estos cuatro segmentos o clúster difieren en la intensidad de la afectación de las dimensiones estudiadas. De esta forma, los segmentos se clasifican del menos crítico al más crítico en salud mental, con dos segmentos intermedios en su grado de afectación.

Como los segmentos se construyeron a partir de las dimensiones psicológicas de manera exhaustiva y mutuamente excluyente, dada esta configuración, el segmento 4 toma valores más críticos en salud mental (indicando una mayor afectación en la salud mental), mientras que el segmento 1 toma valores menos críticos en salud mental, esto es, está conformado por personas que apenas presentan una posible afectación negativa o no presentan ninguna.

La metodología utilizada para realizar la separación de los segmentos permite agrupar a las personas que obtienen puntuaciones más similares entre sí en un mismo segmento, y simultáneamente separa o diferencia en segmentos distintos a las que difieren en su estado de salud mental, todo esto en función de las puntuaciones obtenidas en los diferentes test. De esta forma, las personas agrupadas en un mismo segmento presentan características similares entre sí, y al mismo tiempo se diferencian de las personas agrupadas en otros segmentos o clúster. Se generaron así los cuatro segmentos indicados, que se pueden apreciar en la siguiente figura, en la que una coloración verde más intensa indica una posible

menor afectación en la salud mental y una coloración morada más intensa indica puntuaciones que remiten a posibles mayores grados de afectación.

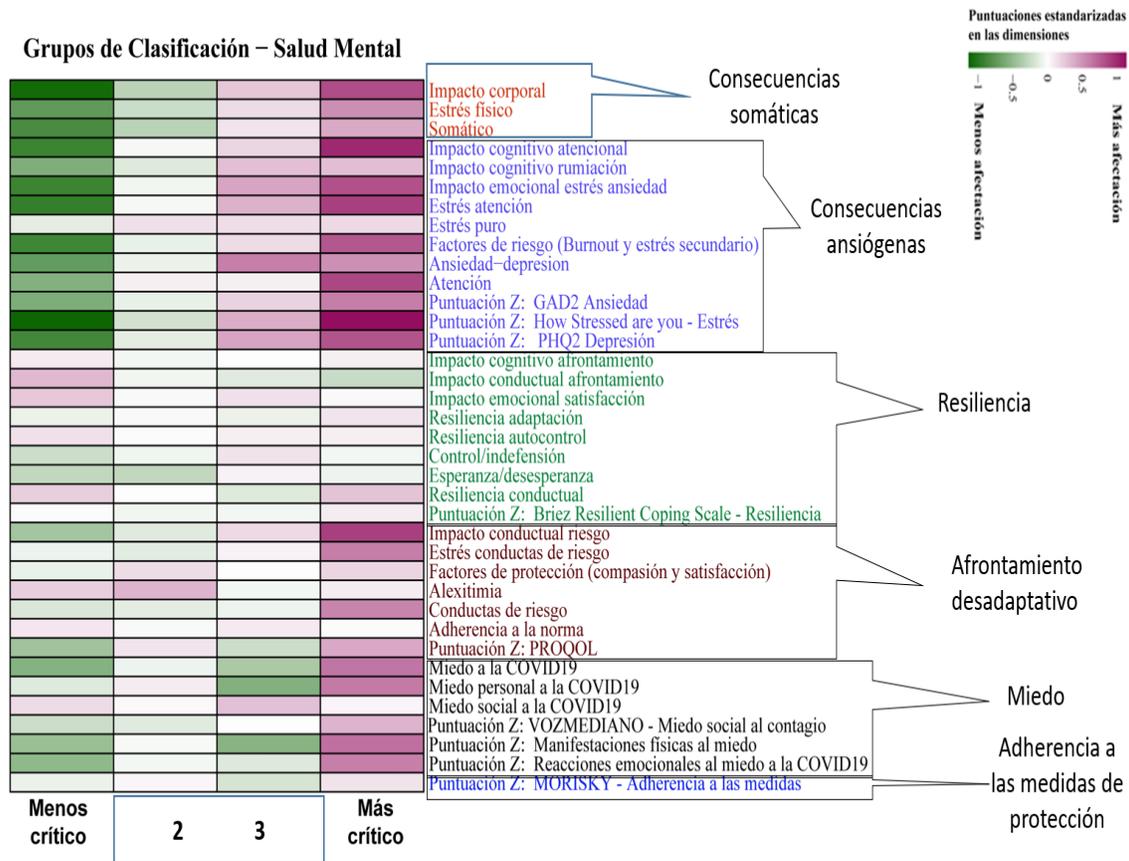


Figura 3. Caracterización de los segmentos en función de las dimensiones psicológicas utilizadas para el estudio Salud mental en tiempos de COVID-19 en la población costarricense.

Para explicar qué significa el segmento más crítico de salud mental, puede concretarse que una de sus características es el estar integrado por personas que presentan puntuaciones más extremas en la dimensión de ansiedad, las que reflejan también valores más críticos en salud mental: su salud posiblemente se ve afectada de forma más profunda, y esto caracteriza este segmento de afectación crítica en salud mental. La agrupación y separación entre segmentos clasifica muy bien a las personas que presentan signos de ansiedad, esto quiere decir que puntuaciones que indican una posible mayor afectación y que definen el segmento más extremo, estarían señalando una mayor probabilidad de padecer trastorno por ansiedad generalizada. De forma análoga se definiría el segmento menos crítico, caracterizado por la escasa presencia de posibles síntomas ansiógenos y por lo tanto una afectación menor, que se registra como en niveles muy bajos en las puntuaciones.

Los segmentos retoman también componentes de depresión, en el mismo sentido. Es decir, puntuaciones altas podrían estar asociadas a la presencia de síntomas propios de lo que se conoce como el trastorno depresivo mayor. De esta forma el

clúster más crítico estaría definido por unas puntuaciones que indican la presencia de posibles síntomas como decaimiento y anhedonia (dificultad para sentir placer, interés y satisfacción) de forma más intensa. Los otros segmentos se distribuyen de forma que explican adecuadamente todo el espectro de puntuaciones, en ese sentido los clústeres 2 y 3 toman puntuaciones intermedias, encontrándose puntuaciones menores en el segmento menos crítico según las escalas que evalúan la depresión.

La calidad de vida profesional es un buen indicador que define la conformación de los segmentos. En el segmento más extremo en cuanto a la afectación de salud mental se encuentran características de una posible calidad de vida profesional más pobre, con elementos como “quemazón” en el trabajo, desgaste laboral, o un rebasamiento de los límites en la capacidad para afrontar situaciones complejas, por ejemplo. Se encuentran asimismo en este grupo valores muy elevados de fatiga por compasión, una pobre satisfacción o una alta inestabilidad laboral, una visión de poco apoyo o baja satisfacción con el trabajo.

Es importante tener en cuenta también que el estrés laboral no se relaciona únicamente con lo que ocurre en el trabajo, si no con todas las circunstancias del entorno que influyen en la calidad de vida laboral, y en ese sentido es necesario contemplar la posibilidad de que esta dimensión se vea afectada por la mezcla entre la esfera pública y la privada en la vida cotidiana de las personas como producto del teletrabajo y el confinamiento.

La adherencia a las medidas de protección indicadas por las autoridades sanitarias se utilizó también para la definición de los segmentos, aunque de forma más delicada al no existir una separación tan acusada entre las puntuaciones que se presentan entre distintos segmentos como ocurre con otros indicadores. Esto quiere decir que, como indicador, el grado de adherencia a las medidas sanitarias es útil para comprender las características de los distintos segmentos, pero la posible separación entre puntuaciones no estaría definiéndolos o diferenciándolos entre sí de manera tan precisa.

Sin embargo, resulta un indicador útil en tanto permite evidenciar que en el clúster más extremo en salud mental se identifica una adherencia menor a las medidas de protección, esto es no seguir las normas cuando deberían seguirse. Por lo tanto, las personas que conforman el segmento más crítico se caracterizan porque dejan de tomar medidas de protección o que no se cumplen los protocolos de forma adecuada. Y de forma análoga, pero contraria se definiría el segmento menos crítico en salud mental: se toman adecuadas medidas de protección cumpliendo los protocolos de seguridad de forma adecuada.

Los segmentos también evidencian las diferencias existentes con respecto al miedo que puede sentirse. Éste se aborda a partir de tres acercamientos: la manifestación de sintomatología somática (reacciones físicas) ante el miedo a contraer la enfermedad, la expresión de sintomatología emocional por el miedo a contraer la

enfermedad, y lo que llamamos “miedo social” o temor de que otras personas del entorno puedan resultar contagiadas.

Así el clúster más crítico en salud mental estaría siendo definido por personas con una posible afectación mayor en el miedo. Como sintomatología somática este temor se refleja en reacciones como por ejemplo una mayor sudoración en las manos, o mayor aceleración del corazón al pensar en la COVID-19. En la esfera emocional, el miedo se expresa con los índices más altos de incomodidad o preocupación, asimismo se identifica entre quienes conforman este segmento un posible mayor miedo social como preocupación por la posibilidad de que otras personas cercanas se contagien. Al mismo tiempo, el segmento considerado como menos crítico en términos de salud mental se define como contrario al más crítico, a partir de valores que aproximan a posiblemente un menor miedo en sus diferentes concreciones: menor afectación emocional, somática y social.

Los segmentos también están definidos por el estrés, o más concretamente por las herramientas con que se cuenta para enfrentar el estrés y las maneras en que el mismo se manifiesta, por ejemplo, a través de la irritabilidad, cambios de humor, olvidos frecuentes, o un incremento en conductas de riesgo que pongan en peligro a las personas, como consumo de alcohol y otras sustancias. Así, el segmento más crítico se define a partir de puntuaciones indicativas de un posible estrés más elevado, y de forma análoga el de menor afectación en salud mental estaría siendo definido por la poca o nula presencia de posibles afectaciones de estrés.

Finalmente, el segmento más crítico en términos de salud mental también se caracteriza por una posible menor resiliencia. Esto quiere decir que las personas que se ubican en el segmento de mayor afectación en salud mental expresan indicadores de una menor capacidad para resolver problemas de forma adaptativa: menor confianza respecto a su propio control de las situaciones, menor capacidad de sobreponerse, menor creatividad en la resolución de problemas, peor control de las propias reacciones, mayores dificultades para asimilar pérdidas, poca confianza en la posibilidad de fortalecerse a partir del enfrentamiento de situaciones difíciles.

Entonces, hablando de resiliencia, la capacidad de sobreponerse a estas situaciones difíciles sería la característica más sobresaliente del segmento denominado como menos crítico en salud mental, y al mismo tiempo el segmento más crítico estaría integrado por personas con mayores dificultades para afrontar las dificultades de manera flexible y saludable.

3.3 Situación general de salud

Se consultó a las personas participantes por su situación general de salud, contemplando aspectos relacionados con la salud física, así como con la salud mental.



Figura 4. Porcentaje de población según los padecimientos físicos indicados al momento de responder el cuestionario para el estudio Salud mental en tiempos de COVID-19 en la población costarricense.

La molestia reportada con mayor frecuencia son los dolores de cabeza, que un 44,3% de la población reporta estar padeciendo. Le siguen en frecuencia los problemas de visión relacionados con largos períodos de exposición a pantallas, dolores en la zona lumbar, depresión, gastritis, colitis y otros padecimientos.

Como aspecto relevante un 27,6% de las personas que respondieron el formulario (1875) auto definió que presentan depresión como padecimiento. Es decir, estas personas incluyen entre los problemas de salud que ha presentado. Al cotejar esta información con las puntuaciones resultantes de la escala psicológica PHQ-2, utilizada en la investigación para explorar la posible presencia de sintomatología depresiva, se comprueba que la escala clasifica correctamente al 88,58% de las personas que indicaron a su criterio padecer de depresión, mientras que un 11,41% de este grupo que se autoreporta con depresión no es detectado por el cuestionario. Como se verá más adelante, los resultados de la investigación reflejan una incidencia de posibles síntomas depresivos significativamente superior a la que

reporta la población, algo que ocurre también con respecto a posibles trastornos de ansiedad que fueron reportados por menos del 3% de la muestra consultada.

Los hombres presentaron significativamente una mayor prevalencia respecto de las mujeres en el caso de posibles afectaciones a su salud por problemas visuales por sobreexposición a pantallas, hipertensión arterial, malestares renales y obesidad. En todos los demás casos, los padecimientos son reportados por una proporción de mujeres mayor que de hombres, diferencia especialmente amplia en el caso de los dolores de cabeza (el 51% de las mujeres indica padecer, frente al 37,8% de los hombres) y problemas de colitis (34,8% de mujeres y 16,9% de hombres).

Se consultó también en la investigación si se conocía a alguna persona que se hubiera realizado la prueba de detección del virus SARS-CoV-2, causante de la COVID-19, a lo que un 82,7% de la muestra respondió afirmativamente, ya fuera por haberse hecho la prueba personalmente o por conocer a familiares, amistades u otras personas que se la han realizado.

Al 13,1% de la muestra que indicó haberse hecho la prueba se le consultó por el resultado de esta, encontrándose un 64,2% de resultados negativos, un 1,9% que estaba esperando el resultado en el momento de responder el cuestionario, y un 33,9% con resultados positivos (27% que ya se había recuperado, 5,8% aún con COVID-19 y síntomas, y 1,1% aún con la enfermedad, pero de forma asintomática).

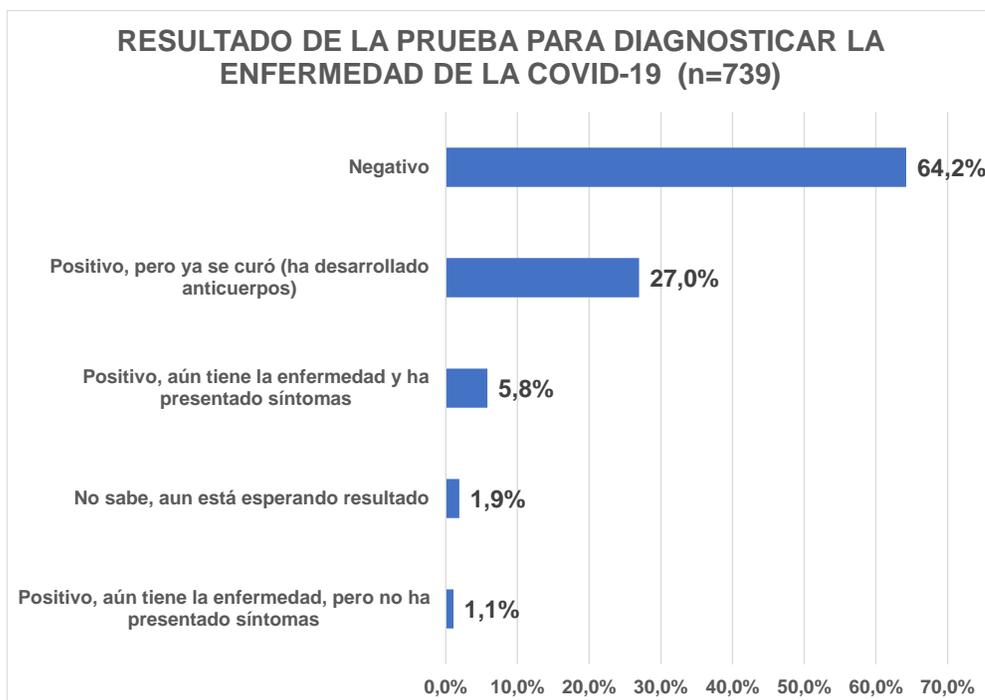
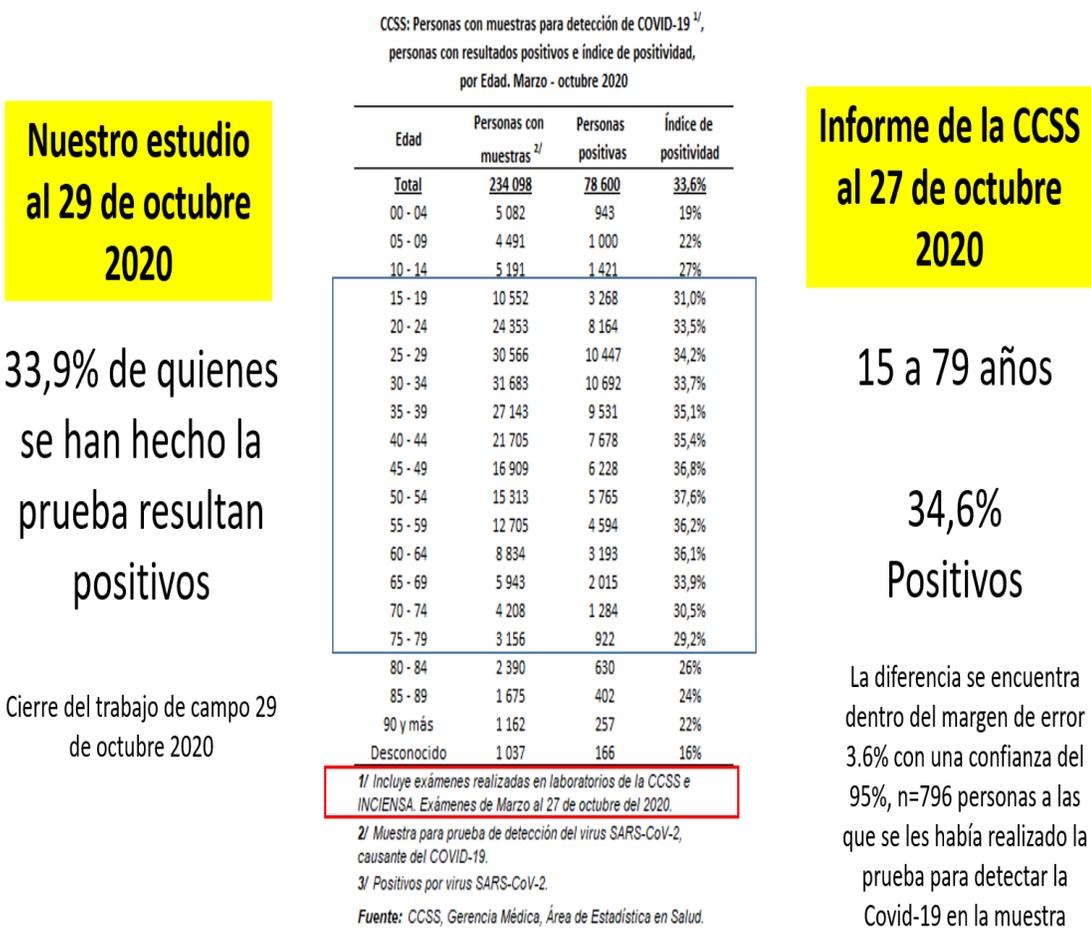


Figura 5. Porcentaje de la población según la persona a la que le hayan realizado la prueba de detección del virus SARS-CoV-2, de acuerdo con los datos recopilados con el cuestionario para el estudio Salud mental en tiempos de COVID-19 en la población costarricense.

La figura 6, incluye información brindada por la Gerencia Médica de la CCSS, refleja que, de acuerdo con los datos de esa institución, un 34,6% de las personas de 15 a 79 años a las que se les realizó la prueba de SARS-CoV-2 entre marzo y abril de 2020 obtuvo un resultado positivo en la misma, frente al 33,9% identificado en la presente investigación. En tanto la diferencia de apenas 0,7% se encuentra dentro del margen de error previsto, esto se considera una validación que confirma los resultados obtenidos en el presente estudio.



**Nuestro estudio
al 29 de octubre
2020**

33,9% de quienes
se han hecho la
prueba resultan
positivos

Cierre del trabajo de campo 29
de octubre 2020

**Informe de la CCSS
al 27 de octubre
2020**

15 a 79 años

34,6%
Positivos

La diferencia se encuentra
dentro del margen de error
3.6% con una confianza del
95%, n=796 personas a las
que se les había realizado la
prueba para detectar la
Covid-19 en la muestra

Figura 6. Detección de COVID-19 en población costarricense según datos de la CCSS

3.3.1 Depresión

En la medición realizada en marzo de 2020 se obtuvo un 10% de población con indicadores de síntomas de depresión, lo que resulta coherente con otras investigaciones de prevalencia de depresión (Jiang & Hesser, 2011) que la señalan entre 8,6% y 10,3%. Se identifica un aumento en los reportes de posibles síntomas de depresión, pues el estudio evidencia que para octubre 2020 un 61,0% de la muestra ha superado los criterios diagnósticos en esta dimensión.

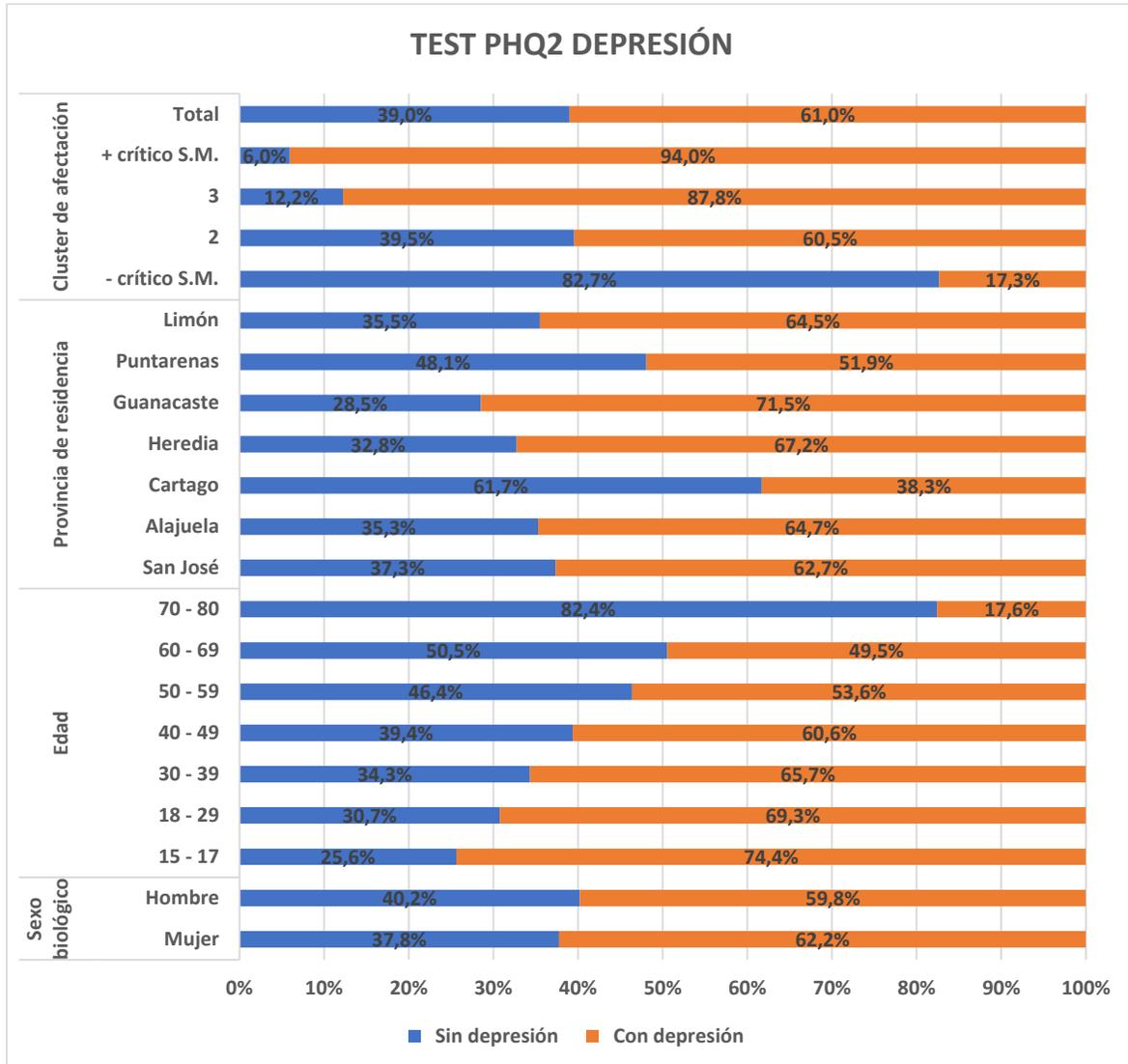


Figura 7. Distribución de resultados en el test de depresión Patient Health Questionnaire (PHQ) de acuerdo con los datos recopilados en el cuestionario para el estudio Salud mental en tiempos de COVID-19 en la población costarricense.

3.3.1.1 Diferencias sociodemográficas en la dimensión de depresión

Sexo. Se encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo, que posicionan a las mujeres (10,35) con mayor grado de síntomas de una posible depresión que a los hombres (9,45).

Edad. En cuanto a la edad se encontró que, a mayor edad, se presentan menos síntomas de una posible depresión. Se identifica una progresión lineal $R=0,1702$ con $p\text{-valor}<0,0001$; progresión cuadrática $R=0,1843$ y $p\text{-valor}<0,0001$.

Educación. Al analizar los datos según los niveles de educación, se encontró que cuanto menor es el nivel de escolaridad los posibles indicadores de depresión aumentan, con medias que van desde 11,49 para quienes tienen estudios primarios, 10,92 para quienes poseen estudios secundarios o técnicos y 9,99 para quienes cuentan con estudios universitarios. Entre los dos primeros grupos se establecieron estas diferencias como significativas.

Estado civil. En cuanto al estado civil, las personas solteras presentan más síntomas de una posible depresión que las del resto de grupos, con una media de 11,00.

Situación laboral. Al analizar la condición laboral se observó que quienes trabajan muestran puntuaciones menores en los indicadores de una posible depresión (9,50), la misma es estadísticamente inferior a la que se encuentra entre quienes están desempleados (11,40) o tienen otra categoría laboral (11,57). Al mismo tiempo, quienes se desempeñan en el sector público presentan una media de posible depresión significativamente menor a la de quienes trabajan en el sector privado (9,03 frente a 9,97).

En cuanto al tipo de trabajo que se lleva a cabo, se encuentra una media superior y significativa entre personas operarias de maquinaria y ensamblaje, personas dedicadas a la producción artesanal, quienes trabajan en ventas en locales y servicios directos, quienes se desenvuelven en sectores de pesca y agricultura, así como personal de nivel técnico y profesional medio. En contraposición, quienes tienen un nivel directivo o se desenvuelven en tareas profesionales, científicas y de apoyo administrativo, presentan una media más baja en las puntuaciones de la evaluación de posibles síntomas de depresión.

Los síntomas de una posible depresión se relacionan con la inseguridad laboral, hallazgo que resulta congruente con otras investigaciones donde se señala que existe un "odd ratio" = 2,2 de depresión con inseguridad laboral, lo que puede interpretarse como que una persona en situación de inseguridad laboral tiene 2,2 veces más probabilidad de sufrir depresión que una persona que esté en una situación de seguridad laboral. (Boya et al., 2008).

Lugar de residencia. En cuanto al lugar de residencia de las personas que respondieron el cuestionario no se han encontrado diferencias en las puntuaciones de la dimensión de depresión según la provincia de residencia de las personas informantes.

Composición del hogar. En cuanto al número de personas que conviven en el hogar se pueden diferenciar el grupo de quienes conviven en grupos de 3, con una prevalencia menor de síntomas de una posible depresión, con respecto a quienes conviven en grupos de 6 personas o más.

3.3.2 Ansiedad

En cuanto a la evaluación de los indicadores de posible ansiedad el 43,66% de la población obtiene una puntuación igual o mayor a 3. Esta puntuación se puede catalogar como una posible afectación severa de ansiedad generalizada, mientras que el 56,34% de la población tendría una afectación mínima o nula de ansiedad. La puntuación media global fue de 2,72 puntos, lo que indica una población que presenta rasgos de ansiedad importantes.

Entre quienes no presentan indicios relevantes de síntomas de ansiedad, el 8,69% autoinformó una puntuación de 0 en el test; un 20,19% obtuvieron una puntuación de 1; el 27,45% de la muestra obtuvo un 2 en este test. De igual forma se sitúan en una puntuación de 4 el 14,00% de la muestra; un 6,84% obtuvo un 5 y el 9,17% obtuvo la puntuación máxima de 6, para un total de 29,97% de la muestra que presenta manifestaciones de posible ansiedad.

Estos datos contrastan con los resultados de la medición realizada en marzo de 2020, en la que únicamente un 13,8% de las personas participantes manifestaron verosímilmente síntomas de ansiedad, lo que resulta congruente con otras investigaciones que apuntan a que su prevalencia se encuentra en torno al 12% (Andlin-Sobocki & Wittchen, 2005). Es decir, entre marzo y octubre el porcentaje de la población que manifiesta síntomas de posible ansiedad se incrementó en un 16,17%.

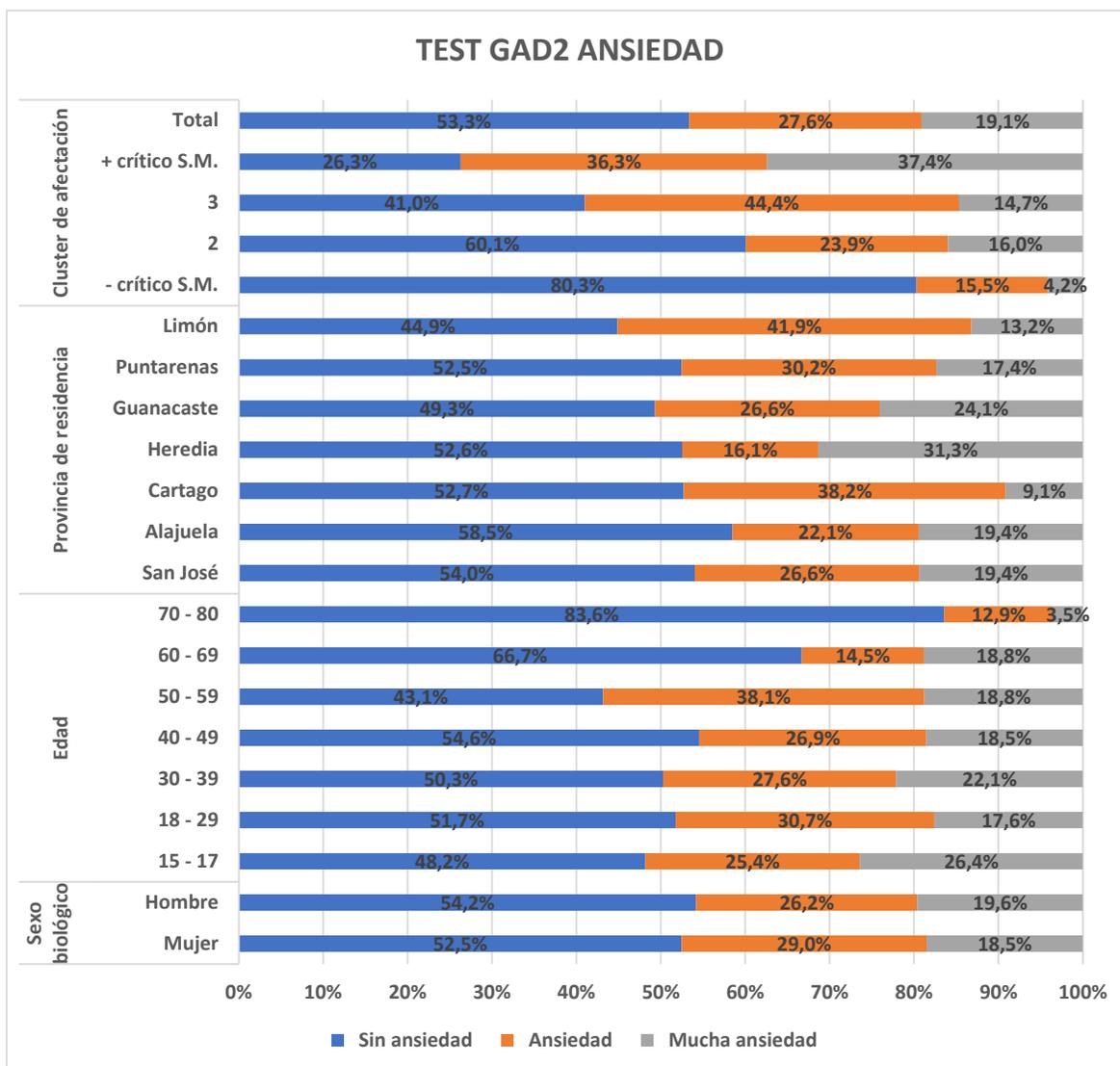


Figura 8. Distribución de resultados en el cuestionario sobre el Desorden de Ansiedad Generalizada 2 (GAD-2) de acuerdo con los datos recopilados en el cuestionario para el estudio Salud mental en tiempos de COVID-19 en la población costarricense.

3.3.2.1 Diferencias sociodemográficas en la dimensión de ansiedad

Sexo. Realizando una prueba t de diferencia de medias, no se obtuvieron diferencias significativas según el sexo en las puntuaciones obtenidas para evaluar posibles síntomas de ansiedad en las personas que respondieron el cuestionario.

Edad. En cuanto a la edad, las personas mayores de 70 años presentaron medidas (1,41-1,45) significativamente menores al resto de edades en las puntuaciones que indican posibles síntomas de ansiedad. En contraposición, las personas de 36-40 (3,26) y 51-55 años (3,30) presentaron las puntuaciones más altas, por lo que se puede afirmar que se trata de los grupos etarios con mayor prevalencia de síntomas de posible ansiedad.

Escolaridad. En cuanto a los niveles de educación se encontraron diferencias entre los tres grupos educativos propuestos de Primaria, Secundaria y técnicos no universitarios y Universidad, de esta forma se identifica que, a menor nivel de educación, mayor presencia de indicadores de posible ansiedad (2.98 entre quienes tienen educación primaria, 2.71 en personas con secundaria y 2.35 entre quienes tienen formación universitaria).

Estado civil. Con respecto al estado civil, las personas viudas presentaron un nivel de posible ansiedad significativamente menor al del resto, siendo el único grupo que como tal no supera los criterios propuestos para considerarse como una posible ansiedad patológica. La muestra de personas viudas está compuesta por mayores de 70 años, en su mayoría. En cambio, quienes presentaron mayores niveles de posible ansiedad fueron las personas casadas, divorciadas y separadas, sin que se encuentre diferencia entre estos grupos.

Situación laboral. No se encontraron diferencias en los niveles de posible ansiedad entre las personas que trabajan con respecto a las que no lo hacen, con medias entre 2,77-2,95. Quienes se asignaron a la categoría “otros” presentan puntuaciones ligeramente más bajas, pero significativas. Las personas trabajadoras del sector público obtuvieron puntuaciones de 1,97 de media, lo que indica que como grupo no presenta posibles síntomas ansiosos. En cambio, quienes trabajan en el sector privado obtuvieron un punto más de posible ansiedad, ya que presentaron una media de 2,93.

Quienes trabajan para instituciones públicas tienen una media significativamente más baja que el resto (1,97), en contraposición especialmente con quienes desarrollan su actividad laboral por cuenta propia, de forma independiente o autónoma (3,12) y con quienes pertenecen al sector informal de la economía (3,52), sin que se encuentren diferencias entre estos dos últimos grupos.

Con respecto al tipo de trabajo y puesto que se desempeña, no se encontraron diferencias entre quienes se ubican en nivel directivo público y privado, nivel profesional y científico, o nivel técnico y profesional medio. Se identifican medias superiores entre las personas que trabajan en ventas en locales y servicios directos, y entre las que se englobaron en la categoría “otros”.

Estos resultados evidencian que la estabilidad laboral es determinante en cuanto a los indicadores de posible ansiedad producida durante la pandemia: a mayor estabilidad, menor ansiedad. Estos resultados son congruentes con otros estudios similares, en los que se presenta 3,4 veces más síntomas de ansiedad si se tiene inseguridad laboral que no teniéndola (Boya et al., 2008).

En este estudio se encontró que los indicios de ansiedad y los posibles síntomas de depresión tienen una alta correlación entre sí $R^2=0,540^{**}$ y es consistente con otros estudios que relacionan la ansiedad con la depresión con el PHQ-2 y el GAD-2 $R^2=0,485^{**}$ (Merino-Soto et al., 2019) especialmente en tiempos de COVID-19 $R^2=0,546^{**}$ (Andrés et al., 2021).

Lugar de residencia: En cuanto a la provincia de residencia, no se encontraron grandes diferencias entre ellas. Sin embargo, se destaca que Heredia y Limón presentaron medias significativamente más elevadas en cuanto a los indicios de posible ansiedad.

Composición del hogar. En cuanto al número de miembros en el hogar, las personas que señalaron convivir con 5 personas presentan puntuaciones para los indicadores de posible ansiedad con una media muy superior al resto (3,41), mientras que quienes viven solos presentan la media (2,06) más baja entre todos los grupos estudiados.

3.3.3 Estrés

Los resultados indican que la población en general está enfrentando un impacto de bajo a moderado por posible estrés.

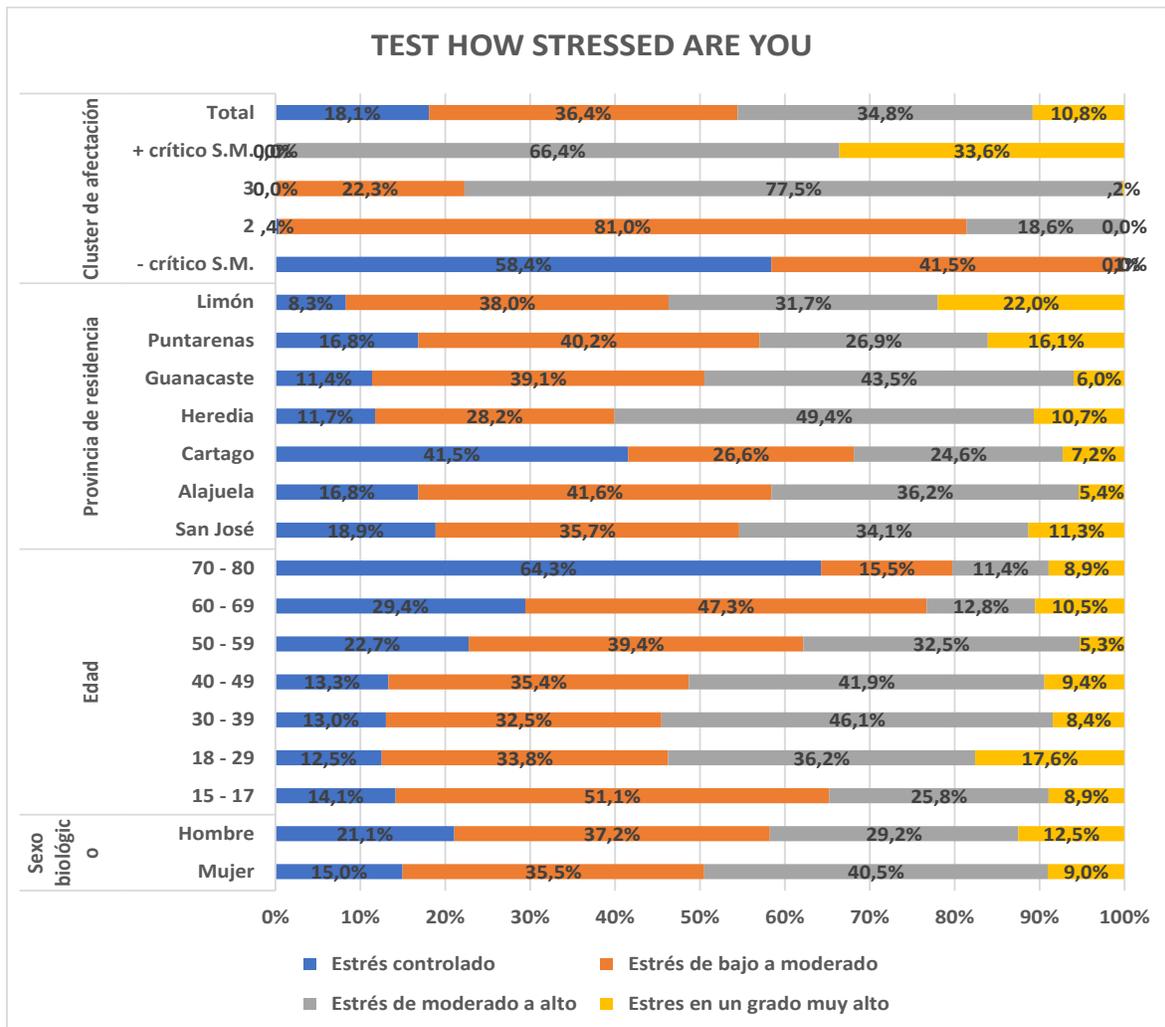


Figura 9. Distribución de resultados en el test de estrés How Stressed Are You (HSAY) de acuerdo con los datos recopilados en el cuestionario para el estudio Salud mental en tiempos de COVID-19 en la población costarricense.

3.3.3.1 Diferencias sociodemográficas en la dimensión de estrés

Sexo. En una diferenciación por sexo, las mujeres mostraron un mayor impacto según los indicadores de posible estrés (87.7).

Edad. Por edad, las personas de 25 a 30 años muestran un impacto de moderado a alto (97,1), junto con las personas de 36 a 40 años (95,3), mientras que las personas de 71 a 75 años presentan un impacto bajo.

Escolaridad. En relación con el grado de escolaridad, las personas con estudios primarios muestran el mayor impacto, en el rango de moderado a alto (91). Existe una progresión según la media de puntuaciones en la dimensión estrés, la cual se reduce cuando aumenta la educación, de forma estadísticamente significativa.

Estado civil. Las personas divorciadas son las que presentan el mayor nivel de afectación de acuerdo con los indicadores de estrés (90,3), frente a las personas viudas que, con una puntuación de 78,3, muestran un impacto de bajo a moderado.

Situación laboral. De acuerdo con los indicadores de posible estrés, las personas desempleadas se encuentran, con 92, en el rango de afectación de moderada a alta. Para aquellas que trabajan, quienes se encuentran en el sector informal de la economía presentan la mayor afectación, con una puntuación de 129,4, cerca del nivel de impacto alto.

Las personas que trabajan en ventas en locales y servicios directos muestran un impacto de moderado a alto (96,25). Las personas que trabajan en el sector público muestran las puntuaciones más bajas de posible estrés, con un nivel de bajo a moderado y una puntuación de 73, al igual que las que se desempeñan en el nivel directivo público o privado (70,1).

Lugar de residencia. Las personas residentes en Heredia y Limón presentan el puntaje más alto y un nivel de impacto de moderado a alto (95,7 y 94,5 respectivamente) en los indicadores de posible estrés, frente a las personas residentes en Cartago con un nivel de bajo a moderado (70).

3.3.4 Temor a la COVID-19

En un contexto de emergencia sanitaria, frente a la perspectiva de contagiarse o de que se contagien personas cercanas, se generan reacciones físicas y emocionales significativas de temor. Esta dimensión se abordó en la investigación a través de las escalas Miedo a la COVID-19 y Vozmediano, y se analiza en conjunto con los resultados provenientes de otros ítems complementarios.

Los resultados muestran que en la población costarricense un 43,6% de las personas participantes manifiesta temor ante la COVID-19 con reacciones físicas significativas (sudoración de manos, palpitaciones en el pecho, dificultades para dormir), y un 51,5% presenta reacciones emocionales destacadas (incomodidad al

pensar, miedo a perder la vida, nervios o ansiedad frente a noticias o historias sobre el virus).

Un 36,0% de la población reporta un nivel bajo de manifestaciones emocionales de temor, mientras que el 64,0% de las personas se encuentran en niveles más elevados.

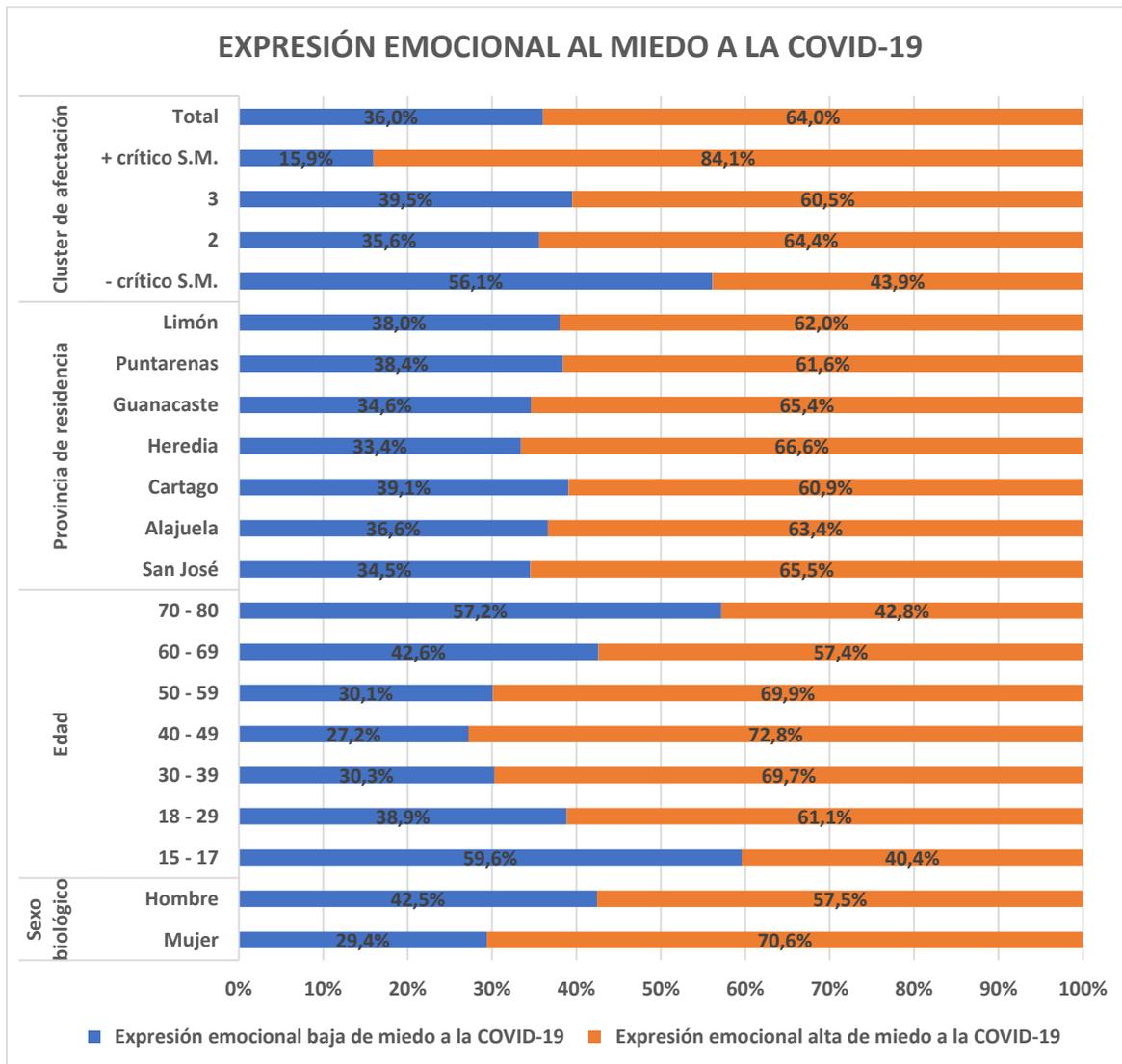


Figura 10. Distribución de resultados según el Miedo a la COVID-19, manifestaciones emocionales de acuerdo con las categorías de sexo, edad, provincia de residencia y los clústeres de análisis de condición de vulnerabilidad según salud mental, según los datos recopilados en el cuestionario para el estudio Salud mental en tiempos de COVID-19 en la población costarricense.

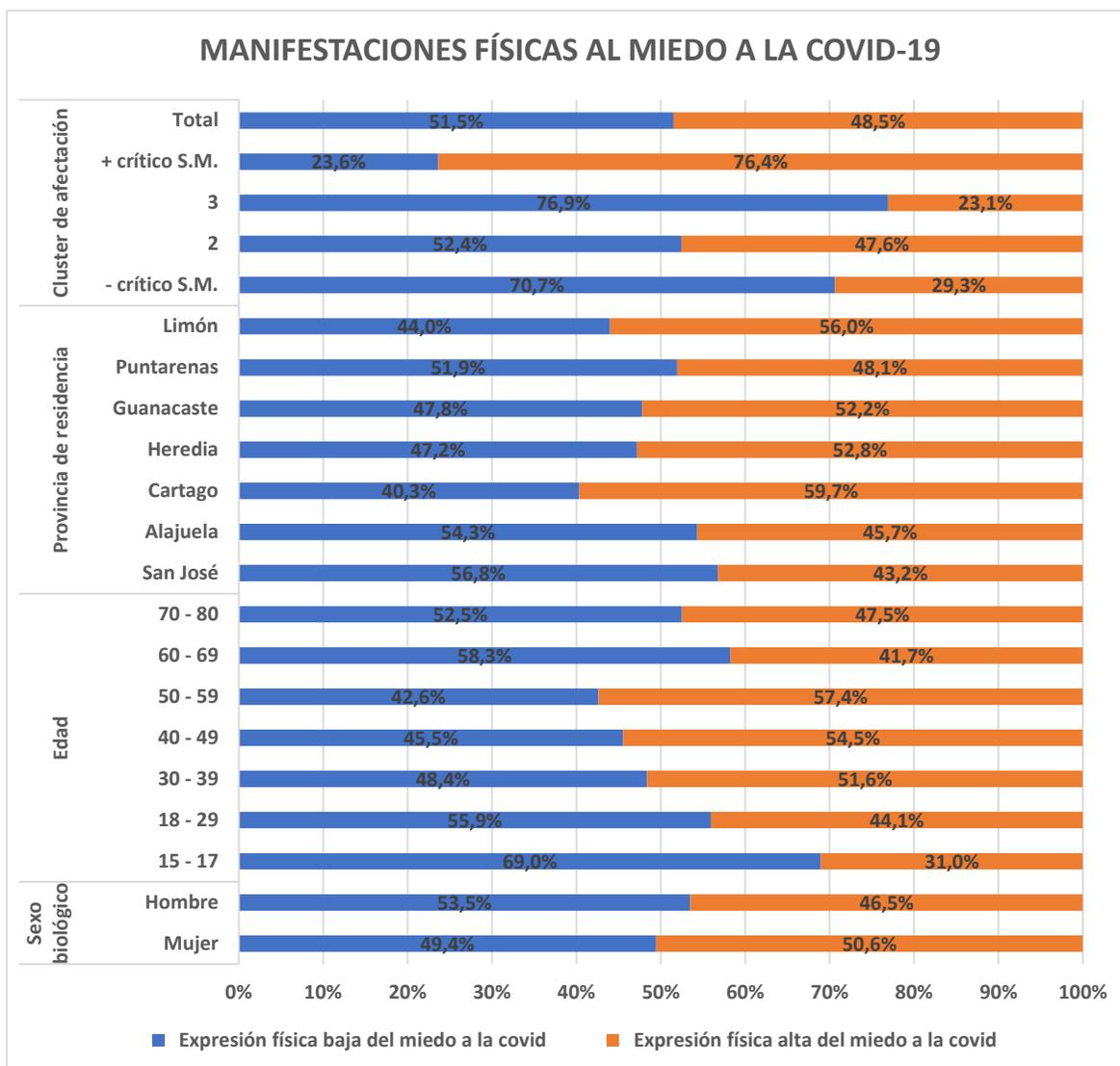


Figura 11. Distribución de resultados según el test de Miedo a la COVID-19. Manifestaciones físicas de temor de acuerdo con las categorías de sexo, edad, provincia de residencia y los segmentos de análisis de condición de vulnerabilidad según salud mental, según los datos recopilados en el cuestionario para el estudio Salud mental en tiempos de COVID-19 en la población costarricense.

3.3.4.1 Diferencias sociodemográficas en la dimensión de Miedo a la COVID-19

Sexo. Se encontraron diferencias en cuanto al sexo tanto en manifestaciones físicas como emocionales de temor frente a la COVID-19, siendo ambas más acentuadas en el grupo compuesto por mujeres. Las manifestaciones emocionales de las mujeres son más acentuadas, y se reportan en un porcentaje significativamente más elevado de personas.

Edad. Al analizar los resultados en la dimensión del miedo a la COVID-19 de acuerdo con la edad se encontró una campana o “U” invertida, en la que los jóvenes y mayores indican manifestaciones de miedo más leves, mientras que al acercarse

a los rangos de edad más intermedios las manifestaciones físicas y emocionales de miedo hacia la COVID-19 se acentúan. Así, los extremos de edad verosíblemente han manifestado menos miedo.

Escolaridad. En relación con los niveles de educación, se encontró que conforme aumenta la escolaridad, baja el miedo a la COVID-19.

Estado civil. Al analizar los resultados del miedo a la COVID-19 según el estado civil, se encontró que las personas viudas y solteras tuvieron puntuaciones más bajas de miedo. Las personas separadas, en unión libre y divorciadas fueron quienes más puntuación obtuvieron en esta dimensión.

Situación laboral. Al evaluar la condición laboral y el miedo a la enfermedad COVID-19, se encontró que las personas que indicaron su condición laboral como “otro” expresaron menos temor frente a la COVID-19, este grupo está seguido por el de las personas que trabajan, y se identifica el grupo de personas desempleadas como el que reporta un mayor miedo (en la escala Miedo a la Covid puntúan 11,83 para manifestaciones físicas y 16,87 para manifestaciones emocionales de miedo). Entre quienes se desenvuelven en el sector privado se presentan puntuaciones más altas (10,22 factor físico y 16,02 para el factor emocional) en comparación con quienes lo hacen en el sector público (6,58 para el factor físico y 11,77 para el factor emocional).

Quienes reciben un salario de instituciones públicas manifiestan menos reacciones físicas de miedo, aunque cuando se trata de reacciones emocionales no se diferencian de las reportadas por las personas empleadoras, y éstas son menores que las reportadas por quienes trabajan por cuenta propia o quienes reciben salario de empresa privada. En cuanto al tipo de trabajo existe superposición entre los grupos, pero se diferencian como más bajo el miedo físico y emocional manifestado por los grupos de personas directivas, profesionales y científicas, mientras que el más alto es expresado por personas técnicas y por quienes trabajan en ventas o en locales de servicios directos. Así, de nuevo la estabilidad laboral se resalta como variable de interés.

Lugar de residencia. Las provincias de San José, Alajuela y Cartago presentan niveles más bajos de reacciones físicas de temor a la COVID-19. En cuanto a las manifestaciones emocionales del mismo, las personas habitantes de Cartago presentan el nivel más bajo (12,66) y de Heredia el más alto (16,47).

Composición del hogar. En los resultados obtenidos no se encontró un patrón que relacione las manifestaciones al miedo a la COVID-19 en función del número de integrantes del hogar, aunque éstas se presentan con mayor intensidad en los hogares donde conviven 5 personas.

Por otra parte, el “miedo social” o temor ante la posibilidad de que enfermen personas cercanas se correlaciona con la escala de Miedo a la COVID-19 en 0,588**, por lo que se puede hablar de diferentes dimensiones de miedo: una de

miedo personal, que se aborda mediante el instrumento Miedo a la COVID-19, y otra de miedo personal que se explora a través del test Vozmediano.

Así, a través de Vozmediano, en la medición de marzo de 2020 en la población costarricense se obtuvo un miedo social de 53,8% con una media de 4,69, con un porcentaje en el sector femenino de 67,9% y en el masculino de 40,1%. Estas cifras contrastan con las obtenidas en la actual medición, en la que un 91,19% de la muestra de mujeres presenta síntomas de miedo social, así como un 85,57% de los hombres.

En términos totales, sin diferenciar por sexos, se sitúa el miedo en 88,33%. Esto implica que, en términos absolutos, entre marzo y octubre aumentó el miedo en un 64,2%.

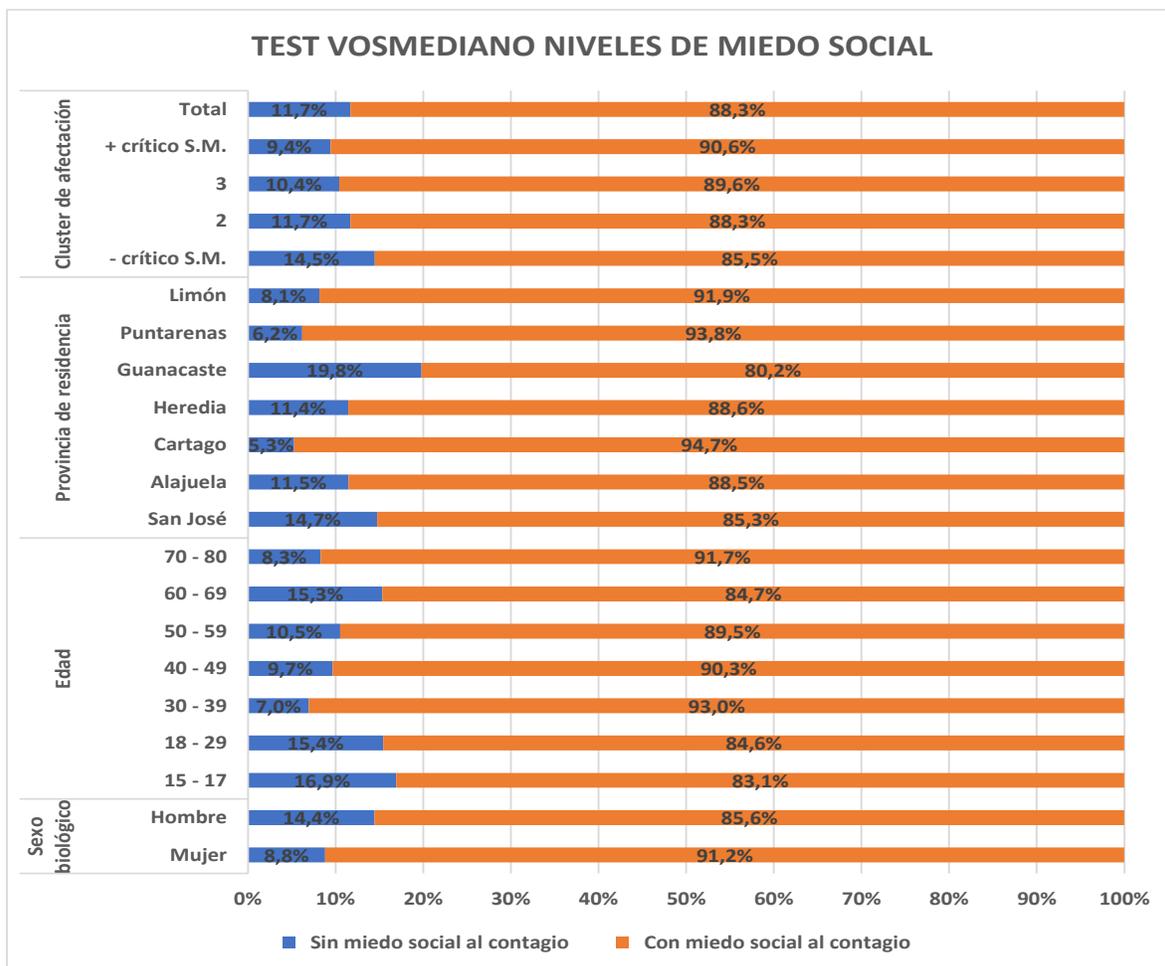


Figura 12. Distribución de resultados según el Miedo social a la COVID-19, según las categorías de sexo, edad, provincia de residencia y la segmentación de acuerdo con la vulnerabilidad en la salud mental, según los datos recopilados en el cuestionario para el estudio Salud mental en tiempos de COVID-19 en la población costarricense.

Sexo. En relación con el miedo social a la COVID-19 las diferencias por sexos son estadísticamente significativas, con una media de mujeres situada en 5,28; mientras que en hombres fue 4,92. Esto implica que un mayor porcentaje de mujeres que de hombres superó los criterios de lo que puede considerarse como miedo social a la COVID-19, y también que ellas presentan una media más elevada, o lo que es lo mismo: más mujeres tienen miedo, y éste es más intenso que el que presenta el grupo compuesto por hombres.

Edad. Al analizar los resultados de miedo social según la edad, el grupo de personas entre 36 y 40 años destaca por su elevado miedo social (media de 6,03), existe una diferencia especialmente con el grupo etéreo entre 18 y 24 años (media de 4,14). Igualmente, en los resultados se mantiene en otros grupos etéreos una variabilidad en la incidencia de miedo social.

Escolaridad. En los resultados de acuerdo con el nivel de educación, se establece una clara tendencia que indica que a más escolaridad se presenta menos miedo social. La escolaridad se establece como un factor protector frente al miedo social a la COVID-19.

Estado civil. Considerando el estado civil, las personas solteras tienen una media de miedo social estadísticamente significativa inferior a la que presentan quienes tienen otros estados civiles.

Situación laboral. Los resultados de miedo social a la COVID-19 indican que quienes trabajan obtuvieron una media más elevada que las personas desempleadas o que tienen otra condición laboral. Quienes se desenvuelven laboralmente en el sector público tuvieron una media estadísticamente inferior en miedo que quienes trabajan en el sector privado. La media que obtienen las personas ubicadas en el sector informal de la economía (7,59) es superior al resto, mientras que la media más baja (4,09) es presentada por las personas funcionarias. En cuanto al tipo de trabajo realizado, quienes ejercen su trabajo en ventas en locales y en servicios directos presentaron más miedo (6,48), mientras que quienes presentan menos miedo son quienes desempeñan su labor con nivel profesional y científico (4,27). Se establece como factor protector al miedo la estabilidad laboral.

Lugar de residencia. En cuanto a las provincias de residencia, la población habitante de Limón y de Puntarenas (6,13-5,77) presentó valores más altos de miedo social a la COVID-19, seguida por las personas que residen en Cartago y en Heredia (5,20-5,29).

Además, puede observarse cómo la cercanía y familiaridad del grupo de personas de las diferentes áreas sociales estudiadas, influye directamente en el miedo producido. De esta forma el 51,3% de la población manifiesta preocupación casi todos los días por la salud de familiares o seres queridos, un 34,7% por la de amistades o personas conocidas y un 25,5% expresa miedo por la situación de otras personas de la misma calle o vecindario.

3.4 Percepción de afectación en la comunidad por la pandemia

En el contexto de esta investigación dentro del instrumento de recopilación de información se consultó por la percepción de las personas sobre el grado en que la pandemia ha afectado a distintos sectores en la comunidad. Con ligeras variaciones de acuerdo con el sector al que se refiera, alrededor de la mitad de la población consultada considera que la COVID-19 ha generado impactos moderados o significativos, mientras que aproximadamente una tercera parte de las personas consultadas indica no saber cuál pueda ser esa afectación.

La proporción de personas que indica desconocer los posibles impactos de la pandemia disminuye en el caso de afectaciones laborales y en lo referente a las recargas de trabajo doméstico, donde hay una percepción de afectación sensiblemente mayor.

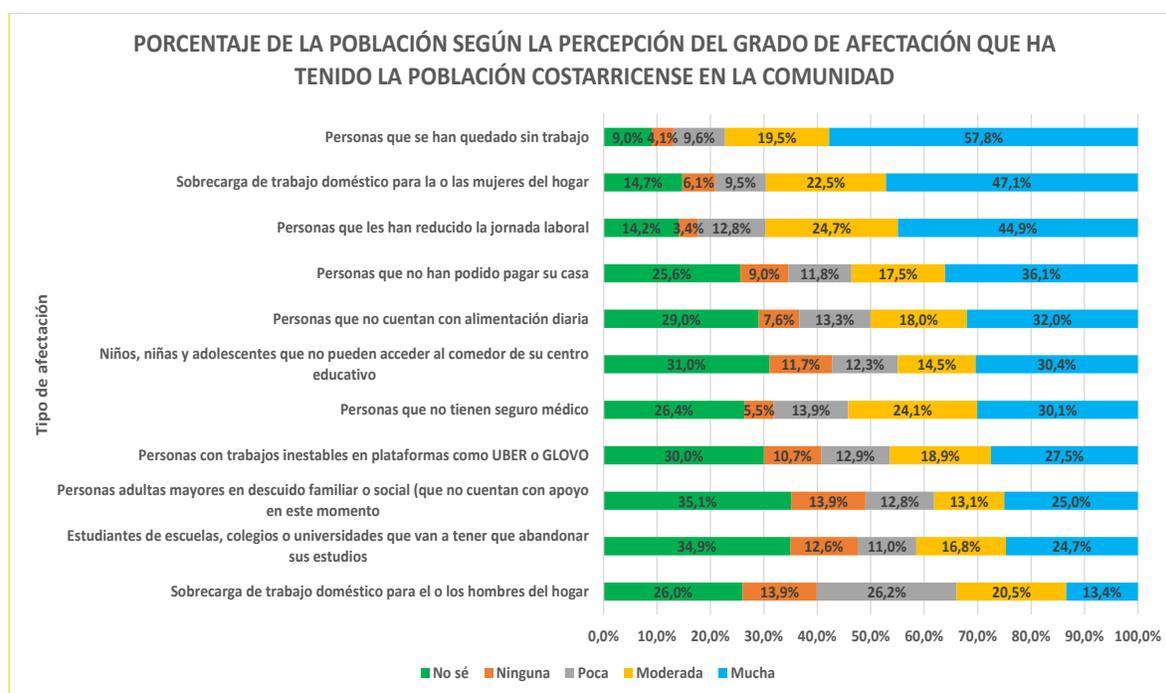


Figura 13. Percepción del grado de afectación por COVID-19 hacia distintos grupos en la comunidad, según los datos recopilados en el cuestionario para el estudio Salud mental en tiempos de COVID-19 en la población costarricense.

En cuanto a las afectaciones laborales, un 57,8% de las personas considera que la pandemia ha afectado mucho a personas que han perdido su trabajo en este contexto, y un 19,5% que este impacto ha sido moderado. Es decir, un 77,3% de la población percibe un impacto significativo (mucho o moderado) en esta área, frente a un 13,7% que indica que ese impacto ha sido poco o ninguno, y un 9% que lo desconoce. Con respecto a quienes han visto reducida su jornada laboral, un 69,6% de la población percibe una afectación significativa, un 16,2% la considera pequeña o inexistente y un 14,2% lo desconoce.

La afectación laboral es indicada como un impacto importante de la pandemia por la población en general e independientemente de sus características sociodemográficas. Sin embargo, se percibe como especialmente grave por parte de las personas desempleadas y de quienes trabajan por cuenta propia, grupos en los cuales la percepción de que el impacto laboral de la pandemia ha sido “mucho” supera en más del 20% los promedios generales.

La población percibe también que la pandemia ha implicado una sobrecarga de trabajo doméstico, que se distribuye por género de forma desigual.

La sobrecarga de trabajo doméstico es percibida como un impacto importante, que está afectando mucho (47,1%) o de forma moderada (22,5%) a las mujeres. Se percibe también como una afectación para los hombres, aunque con menor intensidad, ya que un 13,4% de las personas consultadas considera que esta sobrecarga ha afectado mucho a los hombres y un 20,5% que lo ha hecho de manera moderada. Se identifica también una diferencia de percepción de acuerdo con la edad, ya que las personas menores de 18 años perciben este impacto como menos grave (tanto para las mujeres como para los hombres) que los demás grupos etáreos.

Para concluir, se exploró asimismo el grado de acuerdo entre la población consultada con afirmaciones que pueden reflejar la priorización de soluciones individuales frente a soluciones colectivas ante distintas situaciones, la búsqueda de salidas autoritarias para “poner orden” en los conflictos, y la percepción respecto a las movilizaciones y protestas que ocurrieron en el país durante el mes de octubre pasado.

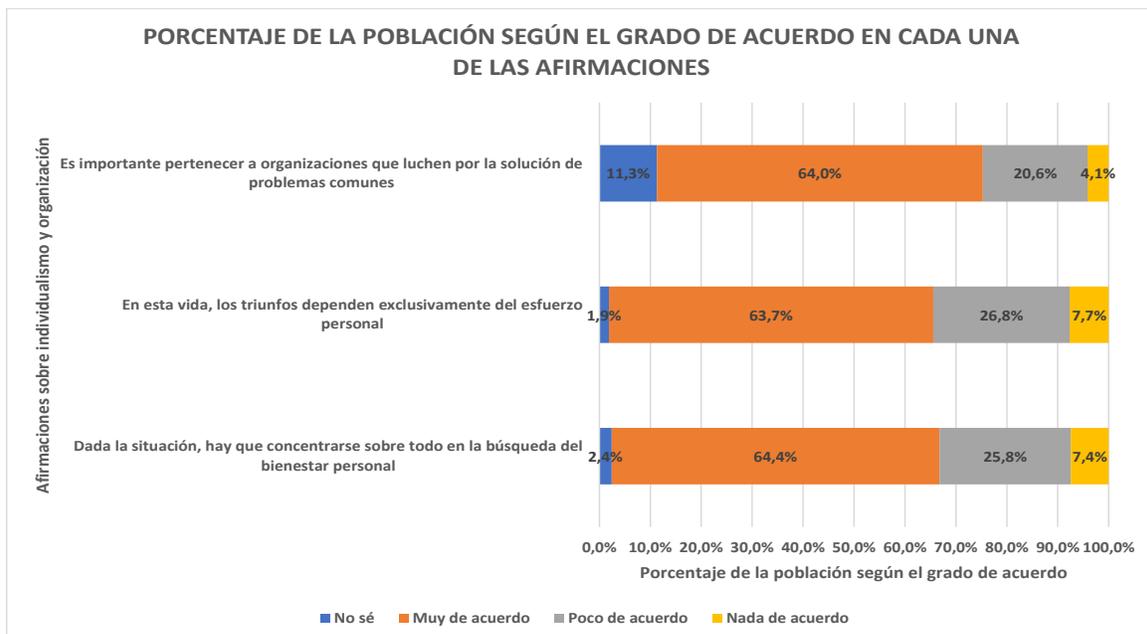


Figura 14. Acuerdo con afirmaciones referentes a individualismo y organización social, según los datos recopilados en el cuestionario para el estudio Salud mental en tiempos de COVID-19 en la población costarricense.

En los hallazgos de esta investigación se identifica lo que podría llamarse una tendencia individualista. Un 63,7% de las personas consultadas indicaron estar “muy de acuerdo” y 26,8% “algo de acuerdo” con la afirmación de que “los triunfos dependen exclusivamente del esfuerzo personal”. Asimismo, con respecto a la idea de que “dada la situación hay que concentrarse sobre todo en la búsqueda del bienestar personal” se encuentra que un 64,4% está “muy de acuerdo” y un 25,8% “algo de acuerdo”.

Una mayoría de la población considera importante pertenecer a agrupaciones que luchan por la solución de problemas comunes. Sin embargo, la amplia percepción del esfuerzo personal como elemento decisivo del que depende alcanzar los objetivos podría indicar que las formas de organización se consideran deseables y positivas, pero no necesariamente se cuenta con las condiciones o la intención de dedicar tiempo y esfuerzo para involucrarse de manera personal.

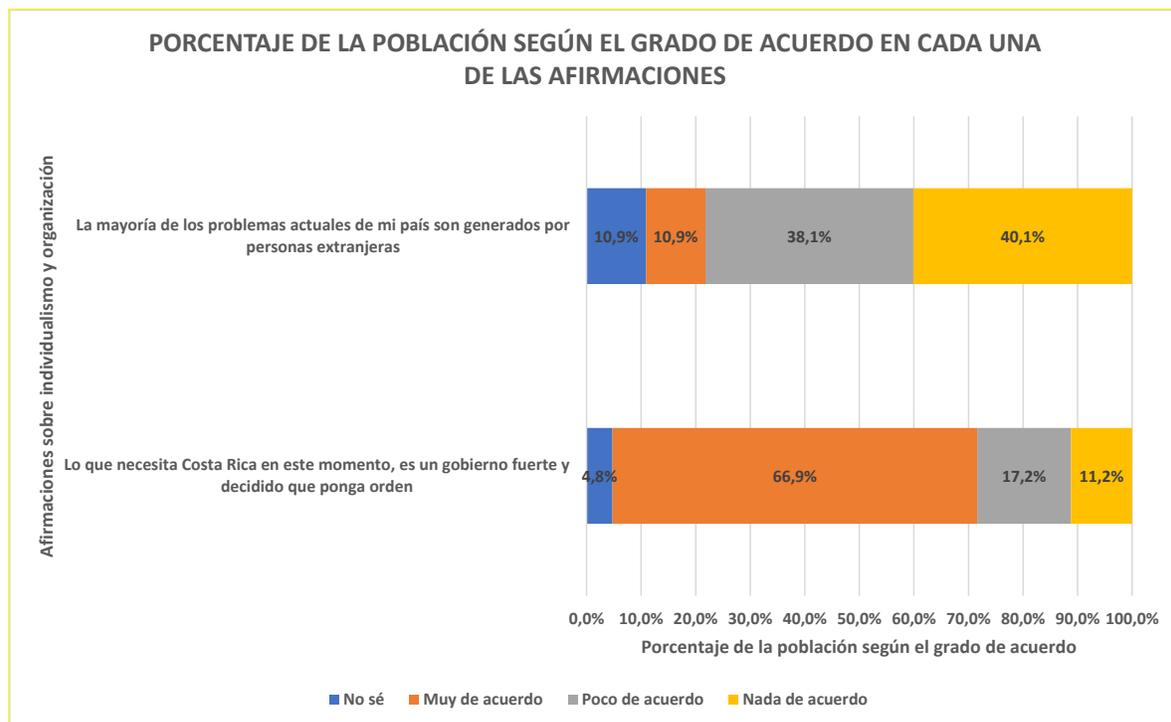


Figura 15. Percepción acerca de la aspiración de cambio social, según los datos recopilados en el cuestionario para el estudio Salud mental en tiempos de COVID-19 en la población costarricense.

Un 88,4% de las personas consultadas considera que la sociedad costarricense requiere de cambios importantes que deberían llevarse a cabo de forma radical o poco a poco, mientras que un 66,9% de ellas está “muy de acuerdo” y un 17,2% “poco de acuerdo” con la afirmación de que “en este momento Costa Rica necesita un gobierno fuerte y decidido que ponga orden”. Esto parecería reforzar la idea de que esas transformaciones sean implementadas por figuras de autoridad, sin necesidad de involucrarse personalmente.

Se exploró asimismo en este estudio la percepción de que los problemas nacionales están ocasionados por personas extranjeras, como aproximación a una actitud xenofóbica que ubicaría las causas del malestar en actores externos más que en la propia organización de la sociedad costarricense. En términos generales un 40,1% de las personas consultadas indicó que no comparte esa lectura del todo, mientras que un 10,9% está muy de acuerdo con ella y un 38,1% está parcialmente de acuerdo.

Vale indicar que la percepción de que los problemas del país se relacionan con personas extranjeras es más fuerte entre personas con educación primaria, y menor entre quienes tienen formación universitaria. Esta percepción asimismo resulta particularmente compartida en algunos cantones en los que la coincidencia con la afirmación supera por mucho el 10,9% que está “muy de acuerdo” a nivel nacional (65,7% en Limón, 52,4% en Los Chiles, 49,8% en Nicoya, 44,7% en San Pablo de Heredia, 42,7% en Grecia, 27,3% en Tibás, 19,4% en Osa).

El período de recolección de datos coincidió con un ciclo de protestas callejeras en el país, por lo que se incluyeron en el cuestionario algunos ítems con el fin de indagar la percepción al respecto. Aunque más del 70% de la población consultada manifiesta preocupación ante la ocurrencia de protestas callejeras en medio de la pandemia, e indica que las mismas le afectaron en algún grado, una proporción similar manifiesta que las protestas estaban justificadas (sin que el entenderlas como justificadas implique necesariamente que se está de acuerdo con su realización). Entre menor es el nivel educativo, se tiende a justificar más la ocurrencia de estas protestas.

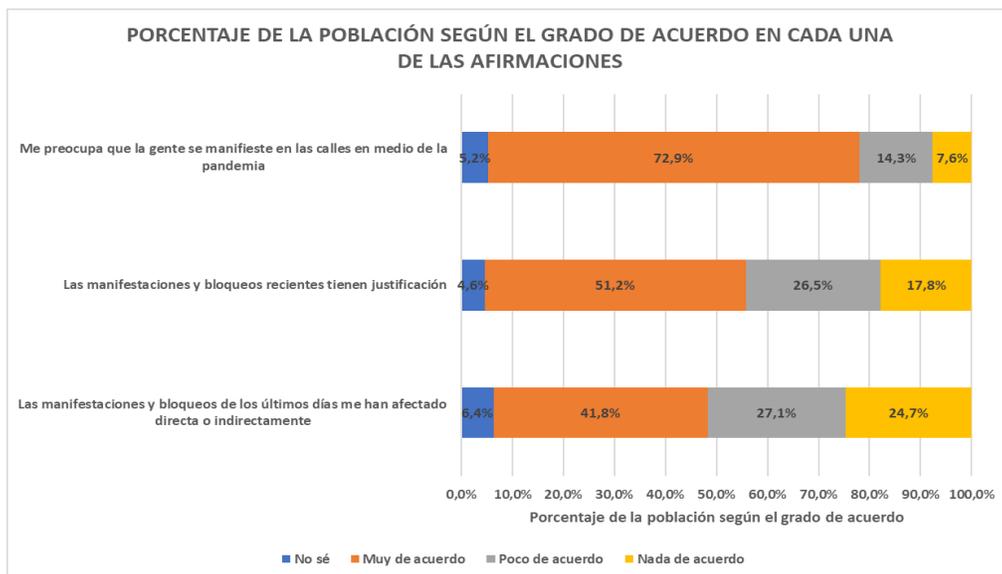


Figura 16. Percepción o posición frente a protestas y bloqueos, según los datos recopilados en el cuestionario para el estudio Salud mental en tiempos de COVID-19 en la población costarricense.

En el segmento de población que presenta un impacto más profundo en su salud mental se manifiesta una mayor percepción de afectación por las protestas y una

mayor tendencia a entenderlas como justificadas. Asimismo, a diferencia de otros segmentos, en el más crítico las personas consultadas tienden a optar significativamente más por un cambio social radical que por uno paulatino, a esperar que la solución a los problemas del país venga de un gobierno fuerte que ponga orden, y a entender esos problemas como originados por personas extranjeras.

Sin ánimo de generar un diagnóstico clínico, que no corresponde a este estudio, es posible sin embargo postular la hipótesis de que las personas que están sufriendo una mayor afectación en su salud mental perciben la situación de su comunidad de manera más crítica, y les resulta más difícil visualizar soluciones en las que pueda incidir a partir de sus propias acciones. De manera simultánea, puede entenderse que al aumentar la percepción de gravedad e impotencia respecto a los impactos de la pandemia se genera una mayor ansiedad, lo que repercute entonces en la salud mental de la población.

3.5 Adherencia a medidas sanitarias

La adherencia o cumplimiento de medidas sanitarias como protección frente a la COVID-19 se exploró inicialmente a partir del test Morinsky-Green-Levnie (Morinsky et al., 1986), que evalúa el seguimiento o respeto de normas en distintas circunstancias, y en el que una media superior a 1 refleja un bajo cumplimiento de las medidas sanitarias.

En este estudio en relación con la adherencia a medidas sanitarias se estableció una media general de 0,56 para la población costarricense, lo que significa que de forma general no se supera el criterio para clasificarse como no adherencia. Es decir: de acuerdo con el test, la población de forma general sí se adhiere a las medidas de protección, con algunas diferencias tal como se desarrolla a continuación.

3.5.1 Diferencias sociodemográficas para adherencia a las medidas sanitarias

Sexo. Al diferenciar por sexo el seguimiento de las medidas sanitarias contra la propagación de la COVID-19, se evidencia que las mujeres (0,47) se adhieren mejor a las medidas sanitarias que los hombres (0,65).

Edad. Al analizar los datos de adherencia de medidas sanitarias según la edad, quienes menos cumplen son las personas pertenecientes a los grupos de edades 25-30 y 31-35 y 76-80. Siendo las que más cumplidoras quienes tienen edades comprendidas entre 56-75 años.

Escolaridad. En cuanto al nivel educativo y el seguimiento de medidas para prevenir y controlar la COVID-19, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las personas que tienen formación universitaria (0,59) y quienes solo tienen estudios primarios (0,63). Se identifica un mejor cumplimiento de

medidas entre quienes tienen estudios de secundaria y técnicos no universitarios (0,48).

Estado civil. En cuanto al estado civil, el grupo que presenta más adherencia a las medidas de protección es el de las personas viudas.

Situación laboral. Al evaluar los resultados de apego a las medidas sanitarias según la situación laboral, se encontró una mayor adherencia (0,45) entre quienes eligieron la categoría “otros” respecto a su situación laboral, con respecto a las personas que trabajan y a las que se encuentran desempleadas. Quienes trabajan en el sector público presentan mejor adherencia a las medidas de protección frente a quienes lo hacen en el sector privado. Las personas que trabajan en el sector informal superan claramente los criterios de no adherencia a las medidas de protección, y quienes se desempeñan en ventas en locales y servicios directos conforman el grupo que menos las cumple.

Lugar de residencia. Considerando las distintas zonas geográficas, la provincia de Limón es donde se presenta una menor adherencia a las medidas sanitarias (0,88) en comparación con el resto de las provincias del país.

Conformación del hogar. En los resultados según la composición en el hogar y el apego a las medidas sanitarias se identifican los hogares compuestos por cinco personas con una menor adherencia a las medidas, seguidos por los que están integrados por cuatro miembros. No se establecen diferencias claras respecto a otros.

Como complemento a los resultados obtenidos a través del test de Morinsky-Green-Levnie, se consultó sobre el cumplimiento de medidas sanitarias específicas. Las medidas que más personas reportan estar aplicando son: evitar el contacto cercano con personas enfermas (88,5%), lavarse las manos con agua y jabón (88%), usar cubrebocas o mascarilla (86,5%), y cubrirse la boca con un pañuelo desechable al toser o estornudar (73,7%).

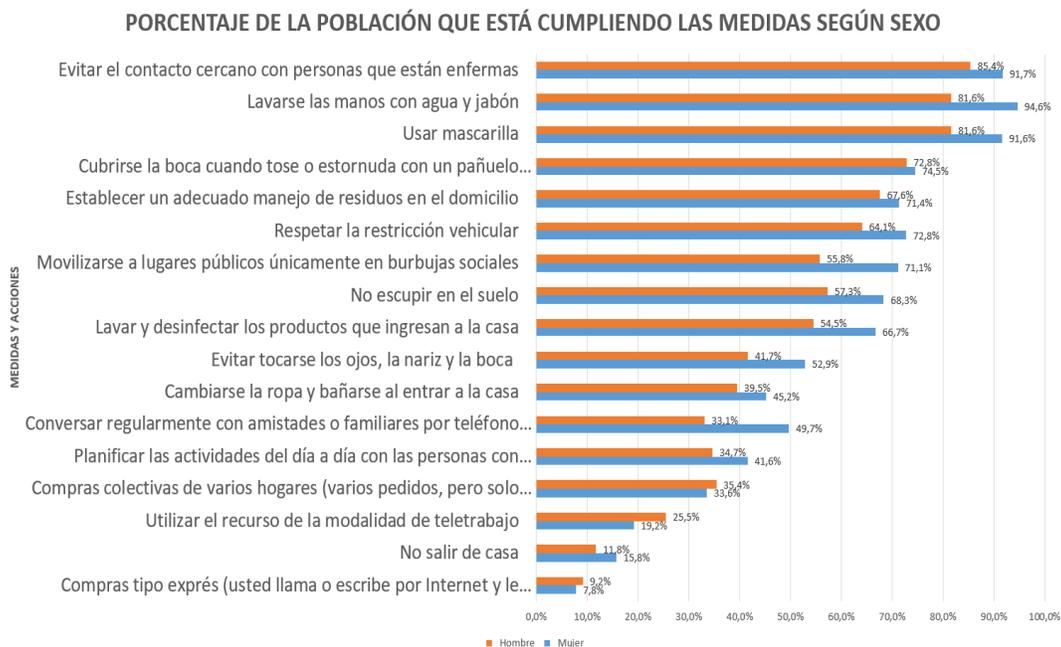


Figura 17. Porcentaje de la población que cumple con las medidas de prevención y control de la COVID-19 de acuerdo con el sexo, según los datos recopilados en el cuestionario para el estudio Salud mental en tiempos de COVID-19 en la población costarricense.

Al analizar la adherencia a las medidas sanitarias en función del sexo, se encuentra que las mujeres reportan un mejor cumplimiento de la gran mayoría de las medidas recomendadas. Únicamente la realización de compras colectivas para varios hogares a cargo de una sola persona, la utilización de modalidades de teletrabajo y las compras tipo exprés fueron reportadas con mayor frecuencia por hombres que por mujeres.

Se compararon los resultados referentes al cumplimiento de medidas sanitarias con los que se habían obtenido en una consulta previa realizada en el mes de marzo de 2020. Se evidenció de esta forma que, si bien la media de 0,56 en Morinsky-Green-Levnie indica en general una buena adherencia o cumplimiento de las medidas sanitarias, el respeto de estos protocolos se ha vuelto menos estricto por parte de la población entre marzo y octubre, período en el que se observa un cambio relevante.

PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN QUE ESTÁ CUMPLIENDO LAS MEDIDAS Y ACCIONES MARZO Y OCTUBRE 2020

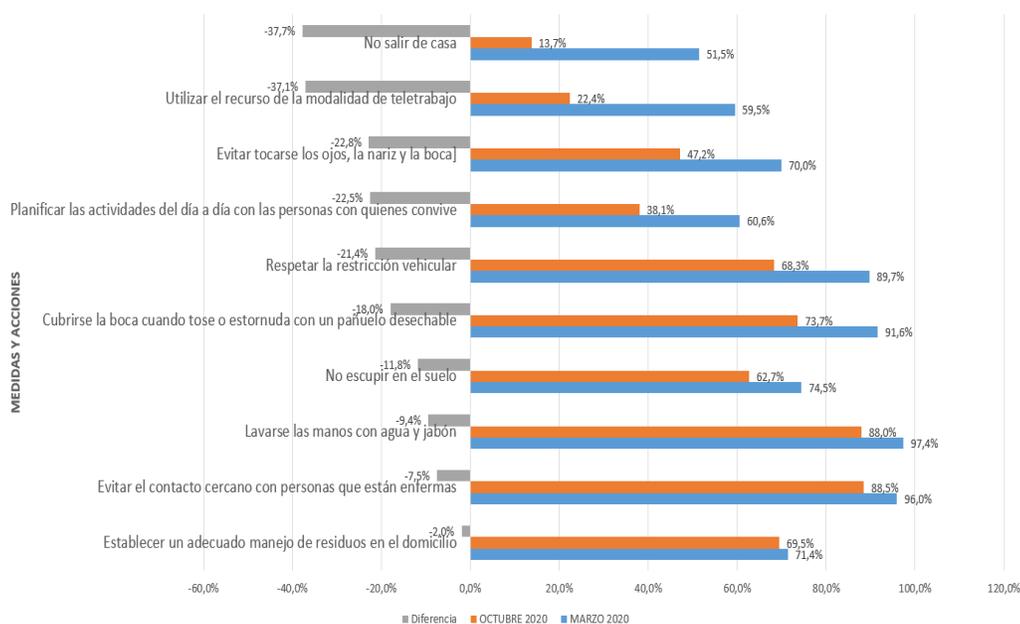


Figura 18. Porcentaje de la población que cumple con las medidas de prevención y control de la COVID-19 de acuerdo con el sexo, en dos momentos de la pandemia: marzo y octubre del 2020, datos del estudio Salud mental en tiempos de COVID-19 en la población costarricense.

En todas las medidas sanitarias se observa un menor cumplimiento en octubre de 2020 con respecto a marzo del mismo año. Las principales reducciones, de un 37,7% y 37,1% respectivamente, que se dan en el caso de “no salir de casa” y en la utilización de la modalidad de teletrabajo, lo cual puede entenderse en relación con las modificaciones que han existido en cuanto al confinamiento físico.

Se consultó específicamente a quienes indicaron no quedarse en casa acerca de las razones que tienen para no hacerlo, y una gran mayoría indicó estar saliendo únicamente para realizar gestiones indispensables o para trasladarse hacia su trabajo. Sin embargo, un 10,7% de quienes no se quedan en su casa indicó como motivo para no hacerlo la ansiedad por moverse, y un 5,8% manifestó que se ve en la necesidad de salir para generar ingresos en la calle ante la ausencia de un trabajo estable, por lo que éstas también son motivaciones importantes para que un sector de la población no permanezca más tiempo en sus hogares.

Pero no solamente el confinamiento físico presenta un menor cumplimiento respecto a marzo pasado. Se identificó también una menor adherencia a otras medidas como el evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca (un 22,8% menos de la población la sigue respetando), planificar las actividades diarias con las personas con quienes se convive (22,5% menos), respetar la restricción vehicular (21,4%),

cubrirse la boca al toser o estornudar (18%), no escupir en el suelo (11,8%), lavarse las manos con agua y jabón (9,4%), e incluso en cuanto a evitar el contacto con personas enfermas (7,5%).

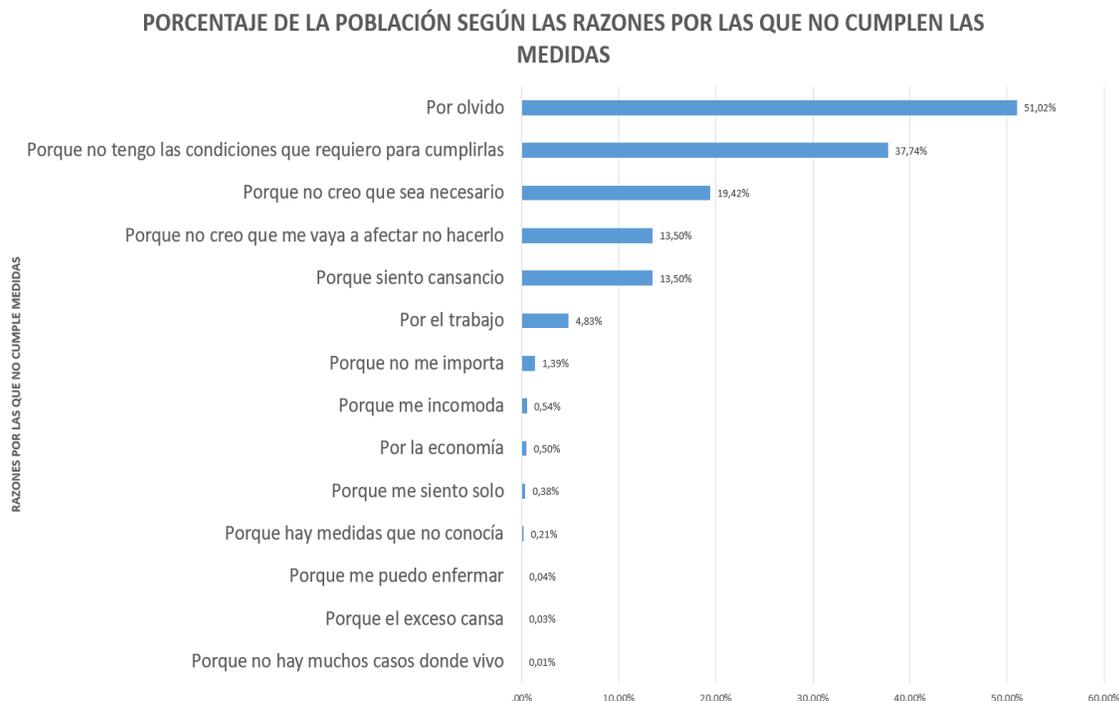


Figura 19. Porcentaje de la población que no cumple con las medidas de prevención y control de la COVID-19 de acuerdo con las razones por las que se da el incumplimiento, según datos del estudio Salud mental en tiempos de COVID-19 en la población costarricense.

Con respecto a las razones para no cumplir las medidas sanitarias recomendadas por las autoridades, resalta que un 51% de quienes indican no hacerlo manifiestan no respetarlas por olvido, es relevante también que más de una tercera parte de la población (37,7%) expresa que no tiene las condiciones requeridas para cumplirlas, lo que evidencia la necesidad de un tejido social e interinstitucional más fuerte que permita a la totalidad de la población responder a la situación. Por otro lado, casi un 20% de la población que incumple medidas sanitarias lo hace porque no las considera necesarias, mientras que un 13,5% no cree que le vaya a afectar de alguna forma el no ponerlas en práctica.

En la investigación se exploró la adherencia a medidas sanitarias específicas, y se consultó también por otras medidas que la población estuviera poniendo en práctica para protegerse frente a la COVID-19. Se identificó así una importante diversidad de acciones, entre las que se resalta la referencia a algunas especialmente importantes para el cuidado de la salud mental, como por ejemplo la práctica de ejercicios u otras actividades para mantenerse saludable.

PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN QUE MENCIONA QUE ESTÁ CUMPLIENDO OTRAS MEDIDAS ADICIONALES A LAS CONSULTADAS



Figura 20. Porcentaje de la población que menciona poner en práctica medidas alternativas o adicionales para la prevención y control de la COVID-19, según datos del estudio Salud mental en tiempos de COVID-19 en la población costarricense.

3.6 Resiliencia

Más de la mitad de la población obtuvo puntuaciones bajas en el cuestionario utilizado para abordar la resiliencia, lo que podría indicar que la mayoría de las personas no se está adaptando y no logra sobreponerse de forma saludable a la situación de crisis.

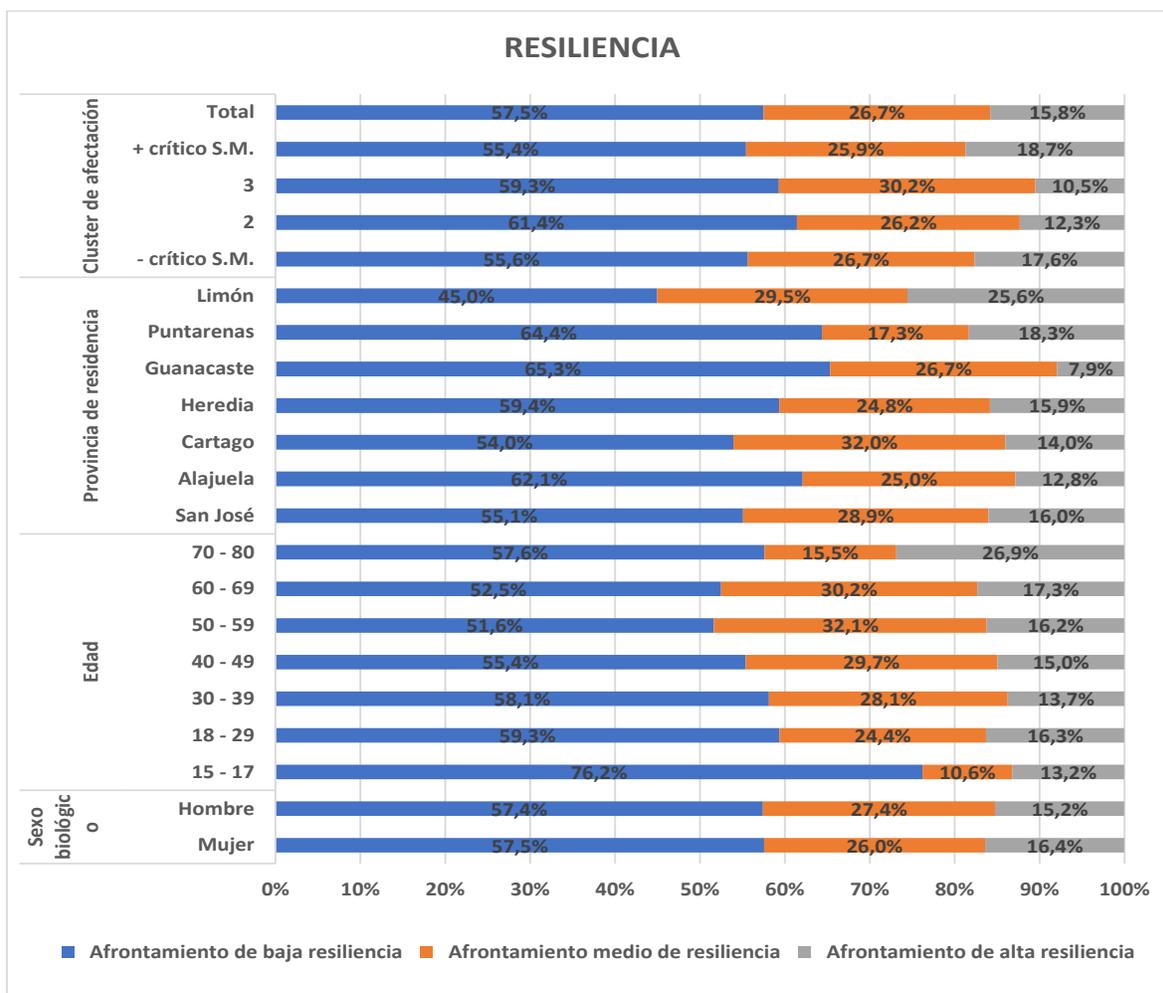


Figura 21. Distribución de resultados según los niveles de afrontamiento-resiliencia a la pandemia por la COVID-19, de acuerdo con las categorías de sexo, edad, provincia de residencia y los clústeres de análisis de condición de vulnerabilidad según salud mental, de acuerdo con los datos recopilados con el cuestionario del estudio Salud mental en tiempos de COVID-19 en la población costarricense.

Un 30,2% de la población obtuvo puntuaciones medias en resiliencia, mientras que un 15% obtuvo puntuaciones en el extremo superior y puede afirmarse por lo tanto que cuenta con mejores condiciones de resiliencia.

3.6.1 Diferencias sociodemográficas según la resiliencia

Sexo. Al analizar los hallazgos de resiliencia por sexo no se encontraron diferencias significativas. Es decir, hombres y mujeres mostraron niveles similares en función del afrontamiento ante la crisis sanitaria por la COVID-19.

Edad. En cuanto a la resiliencia según la edad, se encontró una relación lineal entre la edad y el nivel de afrontamiento, de tal forma que, a menor edad, el afrontamiento es menor.

Nivel educativo. De acuerdo con los resultados obtenidos al comparar los niveles de resiliencia según la escolaridad no se encontraron diferencias.

Estado civil. Considerando el estado civil se encontraron algunas diferencias en cuanto a los niveles de resiliencia ante la crisis sanitaria. Las personas solteras puntúan como menor nivel de resiliencia, mientras que las viudas y las casadas puntuaron con mayores niveles en este aspecto.

Situación laboral. Al comparar las puntuaciones de resiliencia según la condición laboral se encontró que quienes trabajan puntúan significativamente más alto que quienes no trabajan, o que quienes tienen “otra” condición laboral, por lo que el trabajo se configura como un soporte para la estabilidad en general. Quienes puntúan más alto son las personas que trabajan en el sector público, frente a quienes trabajan en el sector privado, al mismo tiempo quienes trabajan para la empresa privada (24,21) puntúan con una resiliencia más baja que quienes trabajan de manera autónoma (26,72). Asimismo, las personas que ocupan puestos directivos puntúan más (26,57) que quienes tienen un nivel técnico y profesional medio (24,68) o se desenvuelven en tareas de apoyo administrativo (24,19).

Lugar de residencia. Al analizar las puntuaciones de resiliencia por lugar de residencia no se encontraron diferencias entre provincias.

Composición del hogar. En los resultados de resiliencia de este estudio se logró identificar una relación lineal de acuerdo con la cantidad de personas que componen el hogar: a mayor número de miembros, se presenta una menor puntuación en esta dimensión.

Como factores determinantes asociados con una mayor resiliencia se pueden citar la estabilidad laboral, el menor número de integrantes del hogar y el estado civil.

3.7 Estrategias de afrontamiento

Es claro que la pandemia ha generado una serie de impactos y consecuencias que han afectado la vida cotidiana de la población, incluyendo la salud física y mental. Un 58,2% de las personas considera que ha podido resolver satisfactoriamente esos efectos, y un 61,5% indica haber llevado a cabo acciones concretas para hacerlo.

Entre las estrategias que la población ha puesto en práctica para mejorar su situación sobresalen aspectos conductuales vinculados con la actividad física, con acciones como hacer ejercicios, caminar, nadar, ir al gimnasio, practicar algún deporte, o bailar. También se menciona con bastante frecuencia el recurrir a distintas formas de apoyo espiritual y religioso, la canalización productiva de acciones y emociones, y el mantener un contacto cercano con familiares y amistades, por ejemplo.

Un 5,9% de la población (1,2% de mujeres y 10,6% de hombres) indicó el contacto con la naturaleza como una de las estrategias de afrontamiento que está utilizando. Se consultó por el acceso a zonas verdes, que están disponibles para un 60% de la población especialmente en sus propios hogares y comunidades, mientras que el 40% de las personas no tienen la posibilidad de disfrutar de la naturaleza como forma de recreación o esparcimiento.



Figura 22. Porcentaje de la población según el acceso a zonas verdes como una estrategia de afrontamiento ante la crisis sanitaria por la COVID-19, de acuerdo con los datos recopilados con el cuestionario del estudio Salud mental en tiempos de COVID-19 en la población costarricense

3.8 Fuentes de información

Las instituciones públicas, los medios de comunicación y las redes sociales son las principales fuentes de información acerca de la COVID-19. Solamente un 6,1% de la población indica no estarse informando al respecto, y un 53,8% lo hace a través de al menos dos fuentes distintas.

La principal fuente de información reportada son las redes sociales del Ministerio de Salud (53,9% de la muestra), seguida por los noticieros nacionales de televisión (42,9%), las conferencias de prensa desde Casa Presidencial en directo del medio día (39,7%), otros espacios televisivos (32,3%), y redes sociales de la Comisión Nacional de Emergencias (24,4%), se mencionan también con menor frecuencia otras fuentes informativas, desde artículos periodísticos y académicos hasta comentarios de familia y amistades.

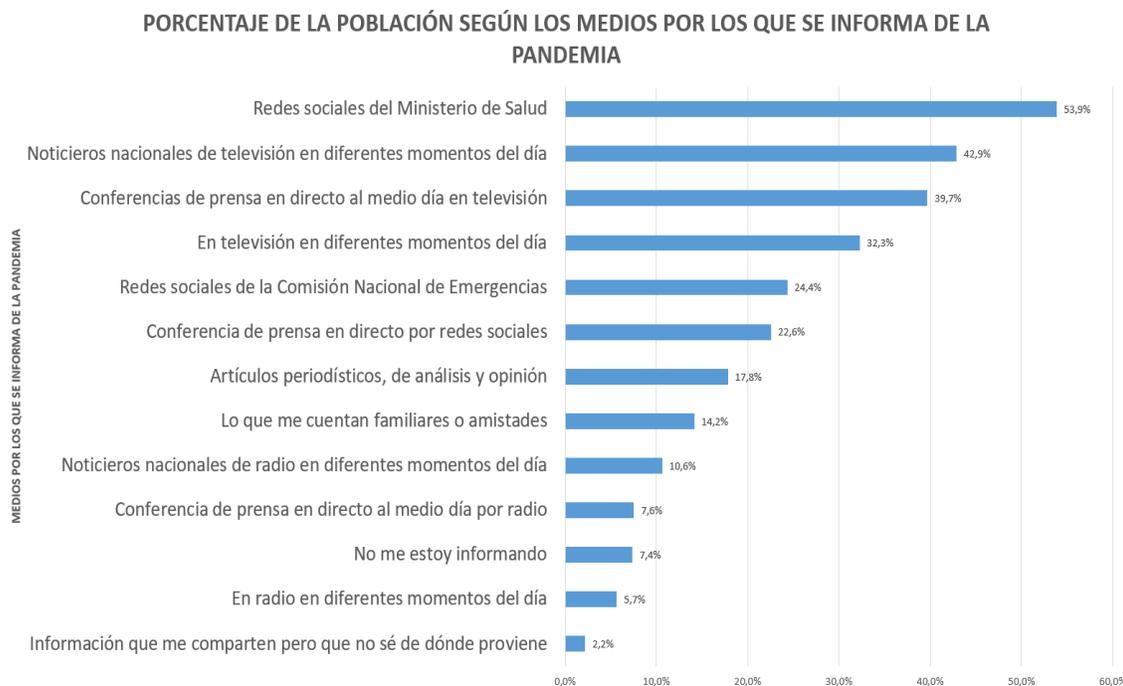


Figura 23. Porcentaje de la población según las fuentes de información que consultan para enterarse en relación con la crisis sanitaria causada por la COVID-19 de acuerdo con los datos recopilados con el cuestionario del estudio Salud mental en tiempos de COVID-19 en la población costarricense

IV Conclusiones y recomendaciones

4.1 Conclusiones

Es indudable el impacto que la COVID-19 ha generado en la salud mental. La segmentación construida a partir de los resultados de esta investigación permite apreciar que una importante proporción de la población plausiblemente se encuentra afectada o muy afectada en su salud mental, ubicándose un 32,1% en lo que puede considerarse como un segmento con posible afectación crítica.

La estabilidad laboral es una de las características diferenciadoras y factores protectores más sobresalientes: las personas que cuentan con un trabajo cuya continuidad no corre peligro, que les permite suplir las necesidades básicas y les otorga ciertos beneficios que derivan en una calidad de vida adecuada, verosímilmente se encuentran en una mejor situación de salud mental. La segmentación propuesta evidencia también que los posibles efectos adversos en la salud mental se manifiestan de forma general con mayor intensidad en las mujeres, en quienes tienen menor escolaridad, y en las personas de bajos recursos o que encuentran más dificultades para conseguirlos.

Las mujeres parecen ser un grupo especialmente afectado, que acusa efectos más intensos y extendidos en distintos indicadores. La inestabilidad laboral y socioeconómica y la baja escolaridad resulta también elementos de vulnerabilidad en términos de salud mental: las personas desempleadas, con ocupaciones informales o inestables, con poca formación académica, cuentan con herramientas más frágiles para salvaguardar su salud física y mental en un contexto de crisis.

Un 61,0% de la muestra posee sintomatología depresiva, y al hacer una comparación de la anterior medición con el estudio presente se constata un aumento absoluto del 51% (pasando de un 10% en marzo a un 61% en octubre).

Un 43,7% de la población presenta sintomatología asociada con ansiedad generalizada severa. Estos datos contrastan con los resultados al estudio realizado en marzo de 2020 en el que únicamente un 13,8% de las personas participantes manifestaron síntomas de ansiedad.

Más de la mitad de la población ha obtenido puntuaciones bajas en resiliencia, resultado que indica que sus estrategias de afrontamiento no están permitiendo reducir el impacto y no se están adaptando suficientemente a la situación de emergencia. Un 30,2% obtuvo puntuaciones medias, mientras que un 15% obtuvo puntuaciones en el extremo superior, señalando este grupo con una mayor capacidad de adaptación.

Un 43,6% de la población presenta reacciones adversas físicas significativas (sudoración de manos, palpitaciones en el pecho, dificultades para dormir), y un 51,5% presentan reacciones emocionales adversas destacadas ante el miedo a la

COVID-19 (incomodidad al pensar, miedo a perder la vida, nervios o ansiedad frente a noticias o historias sobre el virus).

En la medición de marzo de 2020, un 53,8% de la población presentaba miedo a la COVID-19. En la medición actual alcanzó el 88,3%, lo que implica que en términos absolutos se ha dado un aumento del 34,5%.

La población sí se adhiere a las medidas de protección, de forma general. Los datos recopilados indican que la situación de emergencia sanitaria y frente a la perspectiva de contagiarse o que se contagien personas a nuestro alrededor, generan reacciones físicas o emocionales adversas en la población costarricense.

De acuerdo con los hallazgos de este estudio se establecen como factores protectores al miedo a la COVID-19 la escolaridad y la estabilidad laboral. El lugar de trabajo y el nivel educativo se ha constatado como factores protectores con relación a las características perniciosas de la pandemia. En cuanto al trabajo: cuanto más estabilidad laboral se ha encontrado un menor riesgo de sufrir afectaciones en la salud mental; mientras que en educación: a más educación menos riesgo de sufrirlas.

Las mujeres obtienen puntuaciones superiores a los hombres en la mayoría de las medidas realizadas (ansiedad, depresión, calidad de vida profesional, miedo, impacto psicológico/psicosocial), y en aquellas medidas donde no fue superior, no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres. Por otro lado, las mujeres también se adhieren mejor a las medidas sanitarias planteadas que los hombres.

Sobre la edad, se presenta de forma consistente entre medidas que a mayor edad menor impacto, siendo también la población mayor la que manifiesta mayor cumplimiento de las medidas. Se desea destacar que las poblaciones de 36 a 40 años y 51 a 55 años presentaron puntuaciones altas en los indicadores de posible depresión, ansiedad o miedo. Asimismo, hay que mencionar que, a menor edad, la capacidad de afrontamiento es menor junto con más leves manifestaciones de miedo a la COVID-19.

La población con educación primaria muestra mayor posibilidad de presentar mayor afectación en estrés, ansiedad, depresión o miedo, siendo quienes ostentan estudios de Secundaria y técnicos no universitarios, quienes mencionan un menor cumplimiento de las medidas. A mayor nivel educativo se presenta menor impacto en la salud mental.

Las personas solteras tienden a tener más síntomas de posible depresión, ansiedad y menor resiliencia y las personas divorciadas mayor estrés, ansiedad y miedo.

La estabilidad laboral es determinante en cuanto a la mayor parte de los resultados recopilados sobre la afectación producida durante la pandemia: a mayor estabilidad, menor ansiedad. Asimismo, personas desempleadas, pertenecientes al sector

informal y a ventas en locales o servicios directos, muestran, en líneas generales, peores perspectivas en los rubros revisados, en comparación con quienes reciben salario estable, de perfil directivo, profesional o científico.

Respecto de la provincia de residencia, las provincias de Heredia y Limón mostraron mayor afectación en las mediciones de ansiedad, estrés o miedo, en contraste con las personas residentes en Cartago, con menor impacto, en general.

En cuanto a los ingresos por unidad familiar no se ha encontrado como un factor que explique en su totalidad la adherencia, la depresión, el miedo, la ansiedad o la resiliencia.

La población percibe una importante afectación a la comunidad, más de la mitad indica estar algo o muy preocupada por los impactos que están sufriendo diferentes sectores. La preocupación es más intensa en el segmento más crítico en términos de salud mental.

La percepción sobre los impactos que generan mayor preocupación son los relacionados con la pérdida de trabajos y reducción de jornadas laborales, y la sobrecarga de trabajo doméstico especialmente hacia las mujeres.

Tanto hombres como mujeres (aunque las mujeres con mayor intensidad) manifiestan mucha preocupación por el hecho de que la sobrecarga de trabajo doméstico la están asumiendo sobre todo las mujeres.

Es razonable asumir que la pandemia ha intensificado las demandas del trabajo doméstico, muy probablemente en relación con la permanencia de más integrantes de la familia en el hogar para cumplir con el confinamiento o ante la pérdida de trabajo o reducción de jornadas, así como con tareas relacionadas con el teletrabajo y la educación virtual.

Aunque esta demanda parecería estarse recargando fundamentalmente en las mujeres, el hecho de que una mayoría de la población indique ser consciente de esa desigualdad podría entenderse como una oportunidad para estimular formas de redistribución de las tareas domésticas de manera que éstas puedan asumirse con mayor equidad, una sensibilización que pareciera ser especialmente necesaria de cara a las personas más jóvenes.

El segmento que presenta una situación de salud mental más crítica tiende a tener una mayor la preocupación por los impactos de la pandemia hacia la comunidad. Se encuentra también en este segmento quienes manifiestan que los triunfos dependen exclusivamente del esfuerzo personal.

4.2 Recomendaciones

Es necesario recuperar la sensación de control, mediante organización en el hogar, con la familia y en la comunidad, y el fortalecer la idea que desde lo colectivo se mejora la posibilidad de reducir el impacto de la emergencia y su recuperación, para cuando falte empleo o no se puedan cubrir necesidades básicas: solidaridad social y apoyo mutuo. La búsqueda de soluciones colectivas en el marco de redes de colaboración comunitarias frente a los malestares y afectaciones generados por la COVID-19, puede funcionar como una estrategia de afrontamiento que permita a la población lidiar con estas preocupaciones con un menor impacto en su salud mental.

En ese sentido, es importante tratar de fortalecer cada vez más las dinámicas colectivas y comunitarias. Y al mismo tiempo se requiere también considerar la situación específica de personas, familias o comunidades que se encuentran en condiciones de especial vulnerabilidad.

Aunque la sensación que pueden experimentar muchas personas es que se ha logrado reducir la incertidumbre al establecer dinámicas rutinarias en esta cotidianidad de emergencia, no toda la población se encuentra en esa situación, y además esa incertidumbre sigue pesando ante la falta de concreción de cuándo va a terminar y si va a empeorar la situación general.

Para lidiar con esta incertidumbre, y con los impactos que está generando la pandemia en la salud mental, se sugiere a la población en general seguir las recomendaciones que ha venido planteando la Mesa Técnica de Salud Mental, que coordina el Ministerio de Salud. Por ejemplo:

- Esforzarse para mantener una rutina. Aunque no se tenga trabajo igual hay que levantarse a la misma hora y marcarse unas pautas en el día a día. Aunque haya recibido una mala noticia, comer y dormir siguen siendo esenciales y parte de la vida cotidiana.
- Esforzarse por mantener lazos sociales y actividades de ocio. Así se puede tender ayuda a quien se detecte que pueda necesitarla. Y aunque sean tiempos difíciles y que puede llevar a traer mucho estrés, el darse tiempo para autocuidado, higiene mental en forma de actividades de ocio, no hay que olvidarlo.
- Tener presente que los extremos no pueden mantenerse por mucho tiempo. Entonces las situaciones difíciles pasan en un momento u otro, relativizar, ya que el estrés, angustia son pasajeros. Las revueltas pasan, los trabajos vienen y van. De situaciones difíciles se recupera uno, ya que el ser humano tiene mecanismos para ello. Entonces se debe repensar el tomar decisiones que no tienen marcha atrás en situaciones que sí tienen esa marcha atrás o son pasajeras.
- Recurrir a ayuda profesional en caso de ser necesario. La salud mental es parte fundamental de la salud integral de cualquier persona, y el apoyo de

profesionales en el área puede ser necesario para lidiar con los impactos de una crisis intensa y sostenida como la que estamos viviendo.

Finalmente, interesa enfatizar en la importancia de que las autoridades rectoras en materia de salud mental cuenten con información como la que ofrece este estudio, para sustentar y orientar el desarrollo de campañas, programas y políticas públicas enfocadas en la salud mental de la población a partir de datos objetivos y rigurosos.

Si bien cada persona y familia tiene un margen de acción importante para cuidar su salud mental, las estrategias de afrontamiento individuales tienen un límite y es necesario abordar esta crisis de manera colectiva, a través de esfuerzos interinstitucionales en los que cada instancia aporte de acuerdo con sus roles y competencias. Es importante potenciar y profundizar de forma sostenida en esa dirección los esfuerzos que ya se vienen desarrollando, de cara a un problema de salud pública como el actual.

Además, las iniciativas para atender la salud mental de la población en tiempos de COVID-19 deberían en lo posible contemplar la forma diferenciada en que distintos sectores de la población viven los efectos de la pandemia, así como de las medidas sanitarias y económicas relacionadas con ella. Se recomienda en particular para futuras investigaciones profundizar en la relación entre la calidad de vida profesional y la salud mental, así como en las estrategias de afrontamiento colectivo que pueden impulsarse a mediano y largo plazo mediante esfuerzos interinstitucionales.

En esta coyuntura, es fundamental fortalecer los servicios de atención en salud mental, pues indudablemente se trata de un área seriamente afectada como parte de la crisis de salud pública que atraviesa Costa Rica. Es importante fortalecer de forma específica la atención a poblaciones en vulnerabilidad, y también impulsar las políticas públicas necesarias para reducir esa vulnerabilidad y potenciar factores protectores de la salud mental como la estabilidad económica, la educación y, en general, el acceso a servicios públicos.

Se resalta asimismo el papel y compromiso de las Universidades Públicas para apoyar estas iniciativas, en el marco de sus competencias y posibilidades.

V Referencias

- Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, March. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>
- Amirkhan, J. H. (2012). Stress Overload: A New Approach to the Assessment of Stress. *American Journal of Community Psychology*, 49(1–2), 55–71. <https://doi.org/10.1007/s10464-011-9438-x>
- Andlin-Sobocki, P., & Wittchen, H.-U. (2005). Cost of affective disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, 12 Suppl 1, 34–38. <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2005.01195.x>
- Andrés, P., García, J., Martín, C., Benito, J. A., Lozano, M. T., & Maciá, A. (2021). Impacto sobre el sueño, el ánimo, la ansiedad y satisfacción personal de los médicos asignados a equipos COVID.
- Arrieta, J., Aguerrebere, M., Raviola, G., Flores, H., Elliott, P., Espinosa, A., Reyes, A., Ortiz-Panoso, E., Rodriguez-Gutierrez, E. G., Mukherjee, J., Palazuelos, D., & Franke, M. F. (2017). Validity and Utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-2 and PHQ-9 for Screening and Diagnosis of Depression in Rural Chiapas, Mexico: A Cross-Sectional Study. *Journal of Clinical Psychology*, 73(9), 1076–1090. <https://doi.org/10.1002/jclp.22390>
- Boya, F., Demiral, Y., Ergör, A., Akvardar, Y., & Witte, H. de. (2008). Effects of Perceived Job Insecurity on Perceived Anxiety and Depression in Nurses. *Industrial Health*, 46, 613–619. <https://doi.org/doi:10.2486/indhealth.46.613>
- Brantley, P. J., Cocke, T. B., Jones, G. N., & Goreczny, A. J. (1988). The Daily Stress Inventory: Validity and effect of repeated administration. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 10(1), 75–81. <https://doi.org/10.1007/BF00962987>
- Campos-Vidal, J. F., Cardona-Cardona, J., & Cuartero-Castañer, M. E. (2017). Afrontar el desgaste: cuidado y mecanismos paliativos de la fatiga por compasión.
- Caneo, C., Toro, P., Ferreccio, C., Bambs, C., Cortés, S., Paredes, F., Huidobro, A., Venegas, P., & Acevedo, J. (2020). Validity and Performance of the Patient Health Questionnaire (PHQ-2) for Screening of Depression in a Rural Chilean Cohort. *Community Mental Health Journal*, 56(7), 1284–1291. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00605-8>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1994). Perceived stress scale. *Measuring Stress: A Guide for Health and Social Scientists*, 10, 1–2.
- Domino, M. E., Dow, W. H., & Coto-Yglesias, F. (2014). Educational gradients in psychotropic medication use among older adults in Costa Rica and the United States. *Psychiatric Services*, 65(10), 1218–1225. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300092>
- Dyer, J. G., & McGuinness, T. M. (1996). Resilience: Analysis of the concept. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10(5), 276–282.
- Duarte, J. (2017). Professional quality of life in nurses: Contribution for the validation of the Portuguese version of the Professional Quality of Life Scale-5 (ProQOL-5). *Análise Psicológica*, 35(4), 529-542.
- Figley, C. R. (2013). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Routledge.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of social issues*, 30(1), 159-165.
- Galiana, L., Arena, F., Oliver, A., Sansó, N., & Benito, E. (2017). Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, and Burnout in Spain and Brazil: ProQOL Validation and Cross-cultural Diagnosis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(3), 598–604. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.09.014>
- García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M. A., Pérez-Páramo, M., López-Gómez, V., & Rejas, J. (2012). The assessment of generalized anxiety disorder: psychometric validation of the Spanish

version of the self-administered GAD-2 scale in daily medical practice. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 1–10. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-114>

Gil-Monte, P. R. (2007). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) como fenómeno transcultural. *Informació psicológica*, (91-92), 4-11.

Griffin, G. M., Floyd, E. G., Dali, S. S., Dunaway, C. M., Genereaux, S. H., & Olson, A. L. (2020). Assessing Mental Health Concerns of Spanish-Speaking Dairy Farm Workers. *Journal of Agromedicine*, 25(1), 115–121. <https://doi.org/10.1080/1059924X.2019.1656130>

Hemsworth, D., Baregheh, A., Aoun, S., & Kazanjian, A. (2018). A critical enquiry into the psychometric properties of the professional quality of life scale (ProQol-5) instrument. *Applied Nursing Research*, 39, 81–88. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.09.006>

IASC Inter-Agency Standing Committee. (2006). IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. Geneva, Switzerland: IASC 2006.

Inagaki, M., Ohtsuki, T., Yonemoto, N., Kawashima, Y., Saitoh, A., Oikawa, Y., Kurosawa, M., Muramatsu, K., Furukawa, T. A., & Yamada, M. (2013). Validity of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-9 and PHQ-2 in general internal medicine primary care at a Japanese rural hospital: A cross-sectional study. *General Hospital Psychiatry*, 35(6), 592–597. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.08.001>

Jiang, Y., & Hesser, J. E. (2011). Comparación de indicadores de angustia y depresión, Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento de Rhode Island. *Prev Chronic Dis*, 8(2).

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9 Validity of a Brief Depression Severity Measure. *J Gen Intern Med*, 16, 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

Kroenke, K., Spitzer, R., & Williams, J. (2003). The patient health questionnaire-2 of a two-item screener validity depression. *Med Care*, 41, 1284–1292.

Martínez-Lorca, M., Martínez-Lorca, A., Criado-Álvarez, J. J., Armesilla, M. D. C., & Latorre, J. M. (2020). The fear of COVID-19 scale: Validation in spanish university students. *Psychiatry Research*, 293(June), 113350. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113350>

Merino-Soto, C., Angulo-Ramos, M., & López-Fernández, V. (2019). Escala de inteligencia Emocional Wong-Law (WLEIS) en estudiantes de Enfermería peruanos. *Educación Médica Superior*, 33(1), 1–16.

Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 67–74.

Piqueras, J., Gomez-Gomez, M., Marzo, J. C., Gomez-Mir, P., Falco, R., & Valenzuela, B. (2020). Validation of the Spanish version of Fear of COVID-19 Scale Its association with acute stress and coping. <https://doi.org/https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-75063/v1> License:

Poder Ejecutivo (2019). Oficialización de la Norma de atención integral de la salud mental y de abordaje psicosocial en situaciones de emergencias y desastres en los escenarios de servicios de salud y en la comunidad. Decreto Ejecutivo No. 41599 del 17/01/2019, publicado en el Alcance 80 de La Gaceta No. 68 del 05/04/2019. Recuperada de: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=88556&nValor3=115853&strTipM=TC

Samson, T., Iecovich, E., & Shvartzman, P. (2016). Psychometric characteristics of the Hebrew version of the Professional Quality-of-Life Scale. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52(4), 575–581.

Scoppetta, O., Cassiani-Miranda, C. A., Arocha-Díaz, K. N., Cabanzo-Arenas, D. F., & Campo-Arias, A. (2021). Validity of the patient health questionnaire-2 (PHQ-2) for the detection of depression in primary care in Colombia. *Journal of Affective Disorders*, 278(55), 576–582. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.096>

Sinclair, V. G., & Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11(1), 94–101. <https://doi.org/10.1177/1073191103258144>

Stamm B. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the compassion satisfaction and fatigue test. In: Figley C. (Ed), *Treating compassion fatigue*. New York: Brunner-Routledge.

Stamm, B. (2010). The concise ProQOL manual. <http://proqol.org>

Tzur Bitan, D., Grossman-Giron, A., Bloch, Y., Mayer, Y., Shiffman, N., & Mendlovic, S. (2020). Fear of COVID-19 scale: Psychometric characteristics, reliability and validity in the Israeli population. *Psychiatry Research*, 289(May), 113100. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113100>

Vozmediano, L., San Juan, C., & Vergara, A. (2008). Problemas de medición del miedo al delito: algunas respuestas teóricas y técnicas. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 07(10), 8.