


# Sintomatología psicopatológica

## como mediador entre las emociones negativas y satisfacción con la vida en población peruana en el contexto de la COVID-19


*Psychopathological symptomatology as a mediator between negative emotions and life satisfaction in Peruvian population in the context of COVID-19*


 Miguel A. Vallejos-Flores Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú. Email: [mvallejosf@unfv.edu.pe](mailto:mvallejosf@unfv.edu.pe)

 Walter Capa-Luque Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú. Email: [wcapa@unfv.edu.pe](mailto:wcapa@unfv.edu.pe)

 Gino Reyes Baca Universidad Cesar Vallejo, Lima, Perú. Email: [gino.reyes@ucv.edu.pe](mailto:gino.reyes@ucv.edu.pe)

 Alejandra Chávez Santamaria Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú. Email: [alexandrachavezasantamaria@gmail.com](mailto:alexandrachavezasantamaria@gmail.com)

 Maritza Evangelina Villanueva-Benites Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos, Perú. Email: [maritza.villanuevabenites@gmail.com](mailto:maritza.villanuevabenites@gmail.com)

 Ronald M. Hernández Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Perú. Email: [ronald.hernandez@outlook.com.pe](mailto:ronald.hernandez@outlook.com.pe)

Received: 02/26/2021 Accepted: 05/15/2022 Published: 05/25/2022 DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.7135618>

### Resumen

**Introducción:** El objetivo fue establecer un modelo explicativo de la satisfacción de la vida en función de las emociones negativas mediadas por el índice de severidad psicopatológica, así como, describir y comparar la sintomatología psicopatológica en función de variables sociodemográficas. **Metodología:** El diseño de investigación fue no experimental, transversal, descriptivo y de modelamiento de ecuaciones estructurales. La muestra estuvo conformada por 1965 peruanos de ambos sexos con edades de 17 a 71 años. Los instrumentos usados fueron la Escala Abreviada de depresión, ansiedad y estrés (DASS 21), Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45) y Escala de Satisfacción con la vida (SWLS). **Resultados:** El modelo de regresión estructural muestra que las emociones negativas tienen un efecto positivo ( $R^2 = 64\%$ ) sobre el índice global de severidad (IGS) de la sintomatología psicopatológica y a su vez este último impacta negativamente ( $R^2 = 23\%$ ) en la satisfacción con la vida de los peruanos. El 15.72% de la población peruana presentó sintomatología psicopatológica severa, respecto a los síntomas psicopatológicos destaca psicoticismo (19.64%), seguido por ansiedad fóbica (19.44%) y depresión (19.03%). En las macroregiones el IGS varía entre 12.54% a 19.32%, resultando con menor IGS la macroregión nororiental y mayor en el norte. **Conclusiones:** Se evidenciaron diferencias significativas en la sintomatología psicopatológica según macroregiones, sexo, edad, tener hijos, tener un familiar contagiado o fallecido por la COVID-19.

**Palabras clave:** Emociones negativas, sintomatología psicopatológica, satisfacción con vida, COVID-19, Pandemia, Modelo de regresión estructural

### Abstract

**Introduction:** The objective was to establish an explanatory model of life satisfaction as a function of negative emotions mediated by the psychopathological severity index, as well as to describe and compare psychopathological symptomatology as a function of sociodemographic variables. **Methodology:** The research design was non-experimental, cross-sectional, descriptive and structural equation modeling. The sample consisted of 1965 Peruvians of both sexes aged 17 to 71 years. The instruments used were the Depression, Anxiety and Stress Abbreviated Scale (DASS 21), Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45) and Satisfaction with Life Scale (SWLS). **Results:** The structural regression model shows that negative emotions have a positive effect ( $R^2 = 64\%$ ) on the global severity index (GSI) of psychopathological symptomatology and in turn the latter has a negative impact ( $R^2 = 23\%$ ) on the life satisfaction of Peruvians. Among the psychopathological symptoms, psychoticism (19.64%), followed by phobic anxiety (19.44%) and depression (19.03%) stand out. In the macroregions, the GSI varied between 12.54% and 19.32%, with the lowest GSI in the northeastern macroregion and the highest in the north. **Conclusions:** Significant differences in psychopathological symptomatology were found according to macroregions, sex, age, having children, having a family member infected or deceased by COVID-19.

**Keywords:** Negative emotions, psychopathological symptomatology, life satisfaction, COVID-19, Pandemic, Structural regression model.

## Introducción

La propagación de la COVID-19, ha generado grandes cambios en diversas áreas de la vida y en ese contexto la salud mental se ha visto afectada que muchas veces es un aspecto que se deja en segundo plano, sin rescatar la relevancia que tiene para el logro de un equilibrio vital<sup>1</sup>.

Estudios efectuados tras la situación de crisis sanitaria, informan de graves problemas ocasionado por el impacto de la COVID-19 en la salud mental de la población, revelándose sintomatología psicopatológica como estrés postraumático, ansiedad, trastornos de pánico, agorafobia, fobia social, alteraciones de sueño, desesperanza, miedo, preocupación, depresión, inquietud, estrés, confusión y enojo como las principales secuelas psicológicas de la pandemia<sup>2-9</sup>.

En el contexto de la COVID-19, la tasa de ansiedad y depresión en los peruanos se elevó al menos en un 25%, además, aparecieron casos de trastornos por estrés postraumático, ansiedad y depresión, cinco veces más frecuentes a los años anteriores a la pandemia<sup>10</sup>. Durante el primer año la COVID-19 impactó negativamente la salud mental de 70% de peruanos y al año siguiente se incrementó a 8 de cada 10, de ellos el 82.35% solicitó atención en temas vinculados al estrés percibido, seguido por la presencia de síntomas ansiosos y/o depresivos con 12.68%, y de este grupo con depresión el 41% de los casos indicaron sintomatología depresiva entre nivel moderado a severo y el 12.8% refirió ideación suicida<sup>11-13</sup>.

Los estados emocionales negativos adquieren implicancias en la psicopatología, evidenciándose que la psicopatología se vincula con la ausencia de regulación de los afectos<sup>14</sup>. Por tanto, la cronicidad de las emociones negativas es un factor de riesgo para el desarrollo de síntomas psicopatológicos, claro está, si dichas reacciones no logran gestionarse oportunamente. El contexto de emergencia sanitaria trajo consigo cambios o crisis inesperadas siendo trascendente conocer si la afectación percibida trasciende al desarrollo de sintomatología psicopatológica<sup>15</sup>. La aparición de síntomas psicopatológicos como la depresión, ansiedad, estrés negativo y somatización entre otros generan un impacto negativo en la satisfacción vital y afectan la percepción de bienestar de la persona<sup>16-19</sup>.

Es fundamental generar aportes vinculados al desarrollo de sintomatología psicopatológica, siendo necesario la búsqueda de modelos explicativos sobre el desarrollo de los problemas psicopatológicos, por lo que, resulta conveniente ahondar en aquello que determinaría su presencia, como los estados emocionales negativos como el miedo, confusión, enojo, ira, frustración, incertidumbre que son expresiones muy comunes en tiempos de crisis y ante la ausencia de una gestión eficaz<sup>9,20</sup>.

La pandemia ha generado diversos problemas psicológicos, pero son pocos los estudios que han informado sobre los problemas psicopatológicos que han impacto en la satisfacción vital de las personas, y en el contexto peruano no se ha desarrollado estudios explicativos para una mejor comprensión

que ayudaría desde la perspectiva preventiva y de intervención el desarrollo de abordajes con mayor efectividad basados en estos conocimientos.

En base a lo relatado, el estudio tiene como objetivo principal determinar el rol mediador que adquiere la sintomatología psicopatológica, entre emociones negativas y su impacto en la satisfacción con la vida en población peruana durante el contexto de la COVID-19. Asimismo, entre los objetivos específicos, se buscó describir y determinar las diferencias de los síntomas psicopatológicos según variables sociodemográficas.

## Materiales y Métodos

### Participantes

La muestra estuvo constituida por 1965 peruanos de 17 a 71 años (Media = 26.25 años;  $DE_{edad} = 9.18$ ) de cinco macro regiones (17 regiones), seleccionados a través de un muestreo por conveniencia. El 63.9% fueron mujeres. Respecto al nivel de estudios el 70.7% con formación universitaria, 7.7% con posgrado, 14.1% técnico superior y 7.5% nivel secundario. El 46.4% refirió estar trabajando, 37% no estaba trabajando, 14.2% con trabajo temporal. El 23% refirió tener hijos. El 41.32% declaró haber tenido un familiar contagiado y 23% que un familiar había fallecido por el COVID-19 (ver tabla 1).

Tabla 1. Distribución de la muestra población peruana según región y macro regiones (n = 1965)

Macro regiones	Región	Frecuencia	Porcentaje	
Lima (n= 661)	Lima y provincias	661	33.6	
Norte (n= 383)	Ancash	37	1.9	
	La Libertad	26	1.3	
	Lambayeque	248	12.6	
	Cajamarca	48	2.4	
	Piura	24	1.2	
	Nor oriental (n= 279)	Amazonas	26	1.3
	San Martín	21	1.1	
	Loreto	232	11.8	
	Centro (n= 424)	Junín	201	10.2
	Ayacucho	211	10.7	
Sur (n= 218)	Apurímac	12	0.6	
	Ica	45	2.3	
	Tacna	18	0.9	
	Arequipa	51	2.6	
	Cuzco	54	2.7	
	Puno	50	2.5	

### Instrumentos

*Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45)*. Consta de 45 ítems y evalúa nueve síntomas psicopatológicos: Depresión, Somatización, Obsesión-compulsión, Sensibilidad interpersonal, Ansiedad, Hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Ha demostrado adecuada validez de constructo y confiabilidad por consistencia interna<sup>21-23</sup>. *Escala de Satisfacción con la vida (SWLS)*: De 5 ítems con

opciones de respuesta de tipo Likert. Presenta aceptables evidencias de validez relacionada a su estructura interna y confiabilidad por consistencia interna<sup>24,25</sup>. *Escala Abreviada DASS-21*: Es de 21 ítems que evalúan la presencia de depresión, ansiedad y estrés. El DASS-21 ha evidenciando validez de constructo y buena consistencia interna<sup>26-28</sup>.

### Análisis de datos y Procedimiento

Se evaluó a la población en la primera ola de la pandemia para ello se elaboró un cuestionario *on line*, haciendo uso de la herramienta de los *formularios Google*, donde se plasmaron el consentimiento informado y las escalas de evaluación. El formulario se compartió por las redes sociales a nivel nacional, los participantes respondieron los protocolos en el periodo de cuarentena de la primera ola.

### Análisis de datos

El modelo de regresión estructural se analizó con la metodología del modelamiento de ecuaciones estructurales, para lo cual se utilizó el paquete estadístico EQS versión 6.3 para Windows. El ajuste del modelo se valoró con los índices recomendados como Chi cuadrada Satorra-Bentler (S-B $\chi^2$ ), Comparative Fit Index (CFI), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) y Standardized Root Mean Square Residual (SRMR); el índice CFI indica muy buen ajuste cuando es  $\geq .95$ <sup>29, 30</sup>, RMSEA y SRMR se consideran de muy buen ajuste cuando es  $\leq .05$  y buen ajuste cuando es  $\leq .08$ <sup>29,30</sup>. Los análisis descriptivos y comparativos se realizaron con el programa SPSS versión 25, se examinan las diferencias para el análisis de varianza y t de Student con los tamaños de efecto y potencia estadística<sup>31</sup>.

La hipótesis de este modelo es apoyada por los datos, puesto que los índices de bondad de ajuste en su conjunto corresponden de manera muy satisfactoria a los valores críticos de corte establecido (S-B  $\chi^2_{(24)} = 174.07, p = .000$ ; CFI = .98, RMSEA = .056 [.048, .064]; SRMR = .04), evidenciándose por tanto la validez empírica del modelo explicativo.

### Prevalencia de los síntomas psicopatológicos

En la tabla 2 se aprecia que según el Índice Global de Severidad (IGS) 15.72% de la muestra peruana presentó sintomatología psicopatológica severa, respecto a los síntomas psicopatológicos destaca el psicoticismo (19.64%), seguido por ansiedad fóbica (19.44%) y depresión (19.03%). En las macroregiones el IGS varía entre 12.54% a 19.32%, resultando con menor IGS la macrorregión nororiental y mayor IGS en el norte.

**Tabla 2. Prevalencia de síntomas psicopatológicos en población peruana por macroregiones**

SP	Muestra Nacional (n=1965)		Lima (n=661)		Región Norte (n=383)		Región Nororiental (n=279)		Región Centro (n= 424)		Región Sur (n=218)	
	NP	P	NP	P	NP	P	NP	P	NP	P	NP	P
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
D	80.96	19.03	82.60	17.40	80.68	19.32	84.22	15.77	79.00	20.99	76.14	23.85
H	83.20	16.79	80.94	19.06	82.50	17.49	85.66	14.33	83.50	16.50	87.61	12.38
SI	82.34	17.65	83.06	16.94	79.89	20.10	85.30	14.69	81.13	18.86	83.02	16.97
S	84.63	15.36	84.57	15.43	81.20	18.79	88.17	11.82	83.01	16.98	89.44	10.55
A	82.29	17.70	81.39	18.61	81.20	18.79	87.81	12.18	81.36	18.63	81.65	18.34
P	80.35	19.64	78.97	21.03	76.76	23.23	87.81	12.18	79.71	20.28	82.56	17.43
OC	82.90	17.09	82.75	17.25	81.72	18.27	86.37	13.62	80.18	19.81	86.23	13.76
AF	80.55	19.44	79.88	20.12	81.46	18.53	87.09	12.90	77.59	22.40	78.44	21.55
IP	82.84	17.15	83.96	16.04	78.06	21.93	83.87	16.12	83.49	16.50	85.32	14.67
IGS	84.27	15.7	84.27	15.73	80.68	19.32	87.45	12.54	83.96	16.03	87.15	12.84

Nota. NP = no presenta, P = Presenta, SP= Síntomas Psicopatológicos, % = porcentaje, n= población,

D = depresión, H = hostilidad, SI = Sensibilidad Interpersonal, S = Somatización, A = Ansiedad,

P = Psicoticismo, OC = Obsesión-Compulsión, AF = Ansiedad Fóbica, IP = Ideación Paranoide,

IGS = Índice Global de Severidad

### Comparación de la presentación de los síntomas psicopatológicos e índice global de severidad por macroregiones

Tanto la significancia estadística, como el tamaño de efecto y potencia de prueba para el análisis de varianza evidencia mayor presencia del índice global de severidad (IGS) en la región norte de Perú, destacando con menor presencia la región nororiental. También se observa que la región norte destaca con mayor presencia de síntomas psicopatológicos (sensibilidad interpersonal, somatización, psicoticismo, ideación paranoide) en contraste al resto de las macroregiones, dichas diferencias corresponden a un tamaño de efecto pequeño ( $f = .10$ ) y potencia de prueba que permite aseverar diferencias por encima del valor crítico mínimo ( $1-\beta > .80$ ); de otra parte, resaltar que la región nororiental evidencia menor presencia de síntomas psicopatológicos (ver Tabla 3).

Tanto la significancia estadística ( $p < .01$ ) como el tamaño de efecto ( $d > .20$ ) para la prueba t de Student permite afirmar

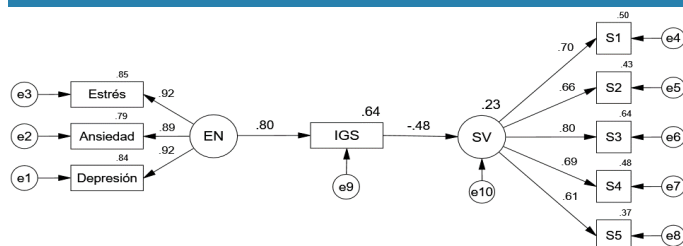
## Resultados

374

### Rol mediador de IGS de la sintomatología psicopatológica entre las emociones negativas y satisfacción con la vida

En la Figura 1 se observa el modelo de regresión estructural donde el coeficiente de regresión muestra que las emociones negativas (EN) tienen un efecto positivo ( $R^2 = 64\%$ ) sobre el índice global de severidad de la sintomatología psicopatológica (IGS) y a su vez este último impacta negativamente ( $R^2 = 23\%$ ) en la satisfacción con la vida (SV) en la muestra peruana.

Figura 1



que existe mayor presencia del IGS como la mayoría de los síntomas psicopatológicos (depresión, hostilidad, sensibilidad interpersonal, ansiedad, obsesión-compulsión, ideación paranoide) en la muestra de mujeres, grupo etario de 17 a 26 años y en quienes no tienen hijo (ver tabla 4).

En la tabla 5 se observa que existe mayor IGS, sensibilidad interpersonal, somatización y ansiedad cuando las perso-

nas sospechan que algún familiar ha sido contagiado con Covid-19 ( $f = .10$ ,  $1-\beta > .80$ ); pero para el criterio algún familiar fallecido por Covid-19 el IGS como la mayoría de los síntomas psicológicos (depresión, hostilidad, sensibilidad interpersonal, somatización, ansiedad, psicoticismo e ideación paranoide) es mayor para los que perdieron familiar ( $p < .01$ ,  $d \geq .20$ ,  $1-\beta > .80$ ).

	Lima (n=661)	Norte (n=383)	Nororiental (n=279)	Centro (n=424)	Sur (n=218)			
SP	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)	M (DE)	p	f	1-β
D	5.01 (3.98)	5.36 (3.97)	4.58 (4.27)	5.51 (3.95)	5.55 (4.24)	0.011	.08	.81
H	3.42 (3.60)	3.65 (3.73)	2.86 (3.57)	3.45 (3.59)	3.07 (3.42)	0.045	.07	.71
SI	4.18 (3.48)	5.54 (3.71)	3.68 (3.55)	4.40 (3.86)	4.44 (3.79)	0.031	.10	.93
S	4.71 (3.63)	5.09 (3.88)	3.94 (3.37)	4.73 (4.00)	4.31 (3.68)	0.001	.10	.94
A	4.90 (3.73)	5.13 (3.99)	4.08 (3.78)	5.16 (3.91)	5.11 (4.02)	0.003	.09	.92
P	3.07 (3.03)	3.46 (3.33)	2.41 (2.66)	2.99 (3.02)	2.83 (3.15)	0.001	.10	.97
OC	5.77 (3.74)	6.13 (3.85)	5.31 (3.92)	6.04 (3.93)	5.61 (3.79)	0.005	.07	.69
AF	4.30 (3.82)	4.15 (3.67)	3.49 (3.67)	4.75 (4.09)	4.90 (4.34)	0.000	.11	.98
IP	4.34 (3.18)	5.03 (3.47)	4.07 (3.31)	4.60 (3.61)	4.40 (3.23)	0.008	.09	.91
IGS	39.95 (26.06)	42.56 (28.16)	34.46 (26.30)	41.69 (28.81)	40.25 (27.98)	0.002	.09	.92

Nota. SP= Síntomas Psicopatológicos, M =media, DE = desviación estándar,  $p = 0.01$ ,

$f =$  tamaño efecto,  $1-\beta =$  potencia de prueba D = depresión, H = hostilidad, SI = Sensibilidad Interpersonal, S = Somatización, A = Ansiedad, P = Psicoticismo, OC = Obsesión-Compulsión, AF = Ansiedad Fóbica, IP = Ideación Paranoide, IGS = Índice Global de Severidad

	Sexo		p	d	Edades		p	d	Tiene Hijos		p	d
	Varón (n= 709)	Mujer (n=1256)			17 – 26 (n=1352)	27 a más (n=613)			Si (n=452)	No (n=1513)		
SP	M (DS)	M (DS)			M (DS)	M (DS)			M (DS)	M (DS)		
D	4.60 (3.84)	5.52 (4.14)	.000	.29	5.70 (4.16)	4.05 (3.54)	.000	.42	4.20 (3.74)	5.45 (4.10)	.000	.28
H	3.16 (3.34)	3.47 (3.75)	.000	.28	3.74 (3.81)	2.53 (2.95)	.000	.40	2.80 (3.15)	3.53 (3.72)	.000	.20
SI	3.86 (3.35)	4.48 (3.81)	.000	.34	4.78 (3.80)	3.11 (3.04)	.000	.46	3.30 (3.21)	4.54 (3.74)	.000	.34
S	4.04 (3.49)	4.98 (3.85)	.207	.07	4.86 (3.81)	4.15 (3.57)	.000	.19	4.44 (3.81)	4.70 (3.74)	.207	.07
A	4.17 (3.51)	5.34 (4.01)	.000	.23	5.31 (3.94)	4.05 (3.57)	.000	.33	4.22 (3.68)	5.12 (3.91)	.000	.23
P	3.30 (3.12)	2.85 (3.03)	.000	.38	3.39 (3.14)	2.17 (2.71)	.000	.41	2.13 (2.73)	3.28 (3.11)	.000	.37
OC	5.59 (3.69)	5.95 (3.92)	.000	.42	6.37 (3.88)	4.60 (3.46)	.000	.47	4.61 (3.63)	6.18 (3.83)	.000	.41
AF	3.21 (3.25)	4.95 (4.11)	.731	.01	4.47 (3.94)	3.99 (3.82)	.013	.12	4.27 (3.93)	4.34 (3.90)	.731	.01
IP	4.48 (3.24)	4.64 (3.44)	.000	.26	4.97 (3.45)	3.71 (3.01)	.000	.38	3.91 (3.22)	4.78 (3.38)	.000	.26
IGS	36.42 (25.69)	42.17 (28.16)	.000	.29	43.59 (28.05)	32.37 (24.29)	.000	.42	33.98 (25.82)	41.92 (27.63)	.000	.29

Nota: SP= Síntomas Psicopatológicos, D = depresión, H = hostilidad, SI = Sensibilidad Interpersonal, S = Somatización, A = Ansiedad, P = Psicoticismo, OC = Obsesión-Compulsión, AF = Ansiedad Fóbica, IP = Ideación Paranoide, IGS = Índice Global de Severidad, M =media, DE = desviación estándar, d = d de Cohen, \*\* =  $p < .001$



Tabla 5. Análisis comparativo de los síntomas psicopatológicos según familiar contagiado o fallecido por el COVID19

	Algún familiar ha sido contagiado						Algún familiar falleció				
	No (n=976)	Si (n=812)	Tal vez (n=177)				Si (n=453)	No (n=1512)			
SP	M (DS)	M (DS)	M (DS)	p	f	1-B	M (DS)	M (DS)	p	d	1-B
D	5.00 (4.10)	5.23 (3.95)	5.99 (4.16)	.010	0.07	.77	4.97 (3.76)	4.21 (3.79)	.001	0.20	.96
H	3.16 (3.42)	3.54 (3.85)	3.58 (3.41)	.059	0.05	.57	3.80 (3.77)	3.22 (3.54)	.003	0.16	.84
SI	4.06 (3.57)	4.30 (3.68)	5.11 (3.95)	.002	0.10	.88	4.60 (3.67)	4.05 (3.66)	.005	0.15	.80
S	4.16 (3.58)	5.06 (3.95)	5.31 (3.40)	.000	0.13	.99	5.24 (3.62)	4.46 (3.77)	.000	0.21	.97
A	4.63 (3.88)	5.12 (3.91)	5.51 (3.54)	.003	0.10	.89	5.29 (3.66)	4.50 (3.93)	.001	0.20	.97
P	2.91 (2.96)	3.04 (3.16)	3.42 (3.16)	.109	0.05	.43	3.41 (3.19)	2.89 (3.02)	.002	0.17	.88
OC	5.63 (3.79)	5.91 (3.90)	6.40 (3.74)	.030	0.06	.65	6.06 (3.62)	5.74 (3.90)	.124	0.08	.35
AF	4.16 (3.87)	4.48 (3.96)	4.45 (3.90)	.196	0.04	.34	4.57 (3.84)	4.25 (3.93)	.117	0.08	.34
IP	4.48 (3.31)	4.55 (3.43)	5.28 (3.34)	.013	0.07	.75	4.93 (3.40)	4.47 (3.35)	.011	0.14	.81
IGS	38.21 (27.07)	41.26 (27.97)	45.10 (26.05)	.002	0.10	.89	43.25 (26.25)	39.14 (27.70)	.005	0.15	.81

Nota: SP= Síntomas Psicopatológicos, D = depresión, H = hostilidad, SI = Sensibilidad Interpersonal, S = Somatización, A = Ansiedad, P = Psicoticismo, OC = Obsesión-Compulsión, AF = Ansiedad Fóbica, IP = Ideación Paranoide, IGS = Índice Global de Severidad, M =media, DE = desviación estándar, d = d de Cohen, \*\* = p < .001

## Discusión

Esta investigación tuvo como objetivo explicar desde un modelo de regresión estructural el impacto de las emociones negativas en la satisfacción con la vida mediada por la severidad de sintomatología psicopatológica en la población peruana en el contexto de aislamiento por la pandemia. En este sentido, el modelo de regresión estructural (CFI = .98, RMSEA = .05, SRMR = .04) planteada evidencia empíricamente que las emociones negativas tienen un gran efecto directo de 64% en el incremento de la severidad de la sintomatología psicopatológica, que a su vez esta sintomatología impacta negativamente en la satisfacción con la vida en la población peruana ( $R^2 = 23\%$ ). Este modelo nos brinda información relevante para poder intervenir tempranamente en el manejo de las emociones negativas como la depresión, ansiedad o estrés producto de las crisis producto de la pandemia y ello permitiría prevenir el desarrollo de trastornos psicopatológicos que tienen mayor impacto y deterioro de la salud mental, así como, el diseño de atención psicológica más eficaces que tanto requieren las personas afectadas directa e indirectamente por el coronavirus<sup>7</sup>. Nuestro hallazgo se ve fortalecido con diversos estudios que han demostrado el impacto emocional en la población por la experiencia crítica vivida en la primera ola de la pandemia, puesto que se han reportado presencia de muchos problemas psicopatológicos como estrés postraumático, ansiedad, depresión, trastornos de pánico, agorafobia, fobia social entre otros problemas<sup>3,7,32-35</sup>, así mismo, los hallazgos refuerzan otros estudios que plantean que la aparición de síntomas psicopatológicos afectan la percepción de bienestar de la persona y por ende, su satisfacción vital<sup>17</sup>.

En cuanto a la prevalencia de sintomatología psicopatológica que presentó la población peruana general y por macroregiones en el contexto de la pandemia por la COVID-19, se encontró un Índice Global de Severidad (IGS) que precisa que 15.72% de la población peruana presentó sintomatología psicopatológica severa, siendo los síntomas psicopatológicos con mayor prevalencia psicoticismo (19.64%), seguido por ansiedad fóbica (19.44%) y depresión (19.03%). En las macroregiones el índice global de severidad varía entre 12.54% a 19.32%, resultando con menor IGS la macroregión nororiental y mayor en el norte. Se infiere de estos datos que 2 de cada 10 pobladores peruanos presentó trastornos psicopatológicos de nivel severo o afectación grave de la salud mental. Esto significa que casi el 20% de la población peruana requiere atención temprana y especializada para el manejo de los problemas psicopatológicos que está impactando a la persona que la padece y a su familia previniendo un cuadro psiquiátrico crónico<sup>9</sup>. Nuestros resultados se asemejan a otros estudios, como el que se llevó a cabo en Perú donde se encontró una prevalencia global de síntomas depresivo con 16%, ansiedad con 11.7% y estrés postraumático con 14.9% en la población general<sup>8</sup>. Desde la misma forma en otros países como en China donde 35% de la población experimentó malestar psicológico<sup>6</sup>, en Europa la ansiedad se presentó entre 23% a 44%, depresión entre 11.1% y 14.6% en población general<sup>4</sup>. Por tanto, se afirma que la cuarentena por la pandemia generó impactos emocionales en las personas, agudizando el estrés, depresión, irritabilidad, insomnio, miedo, confusión, ira, frustración y aburrimiento síntomas que persistieron aun cuando se levantó la cuarentena<sup>5</sup>.

Los análisis comparados, para un tamaño de efecto pequeño ( $f = .10$ ,  $1-\beta > .80$ ), ponen de manifiesto que los poblado-

res de la región norte son quienes presentaron mayor índice global de severidad (IGS), así como, mayor sintomatología psicopatológica (sensibilidad interpersonal, somatización, psicoticismo, obsesión-compulsión, ideación paranoide). En contraparte fueron los pobladores de la región nororiental quienes presentaron menor IGS y menor presencia en todos los síntomas psicopatológicos. Lima resultó ser la segunda macroregión con menor IGS y menor presencia en depresión, sensibilidad interpersonal, ansiedad e ideación paranoide. Indudablemente la presentación diferenciada de la sintomatología psicopatológica según las regiones del Perú es por las mismas características culturales y el manejo que se tuvo del impacto de la pandemia en cada región. En algunas regiones lamentablemente no se tomaron con gran responsabilidad el impacto de la pandemia y las autoridades no tuvieron la capacidad de regulación y control con las medidas de aislamiento y distanciamiento social lo que permitió el avance del coronavirus trayendo consigo las consecuencias sociosanitarias y psicosociales incrementándose los problemas de salud física y de salud mental. Si bien las diferencias no eran tan grandes ya que todas las regiones padecieron de una y otra manera el impacto sociosanitario por la capacidad velocidad de contagio del coronavirus, como lo señala un estudio transversal de carácter nacional sobre los problemas de salud mental durante la pandemia de la COVID-19 en universitarios chinos concluyeron que los problemas estaban generalizados y geográficamente diversos<sup>36</sup>.

Las variables demográficas como sexo, edad e hijos cumplen papel discriminador importante ( $d > .20$ ) para diferenciar tanto el IGS como la gran mayoría de los síntomas psicopatológicos (depresión, hostilidad, sensibilidad interpersonal, ansiedad, obsesión-compulsión, ideación paranoide), recayendo la predominancia en mujeres, jóvenes con edades entre 17 a 26 años y sin hijos. Indudablemente el impacto del coronavirus no ha sido igual para toda la población, según nuestros hallazgos las mujeres han manifestado mayor sintomatología psicopatológica esto probablemente porque que muchas veces son las que cargan mayor estrés por las responsabilidades cotidianas y laborales, de igual manera los jóvenes adultos sin carga familiar manifestaron mayor sintomatología posiblemente por la poca experiencia en asumir responsabilidades para enfrentar las crisis a diferencia de los padres y adultos, llevándonos estos datos a identificar a estas poblaciones como las más vulnerables y que requerirían más apoyo psicológico. En estudios previos ya se habían encontrado diferencias en los problemas psicopatológicos según algunas variables y estas estaban relacionadas a mayor factor de riesgo asociándose a problemas de angustia psicológica variables como el género femenino, ser más joven, vivir con menores de edad, la presencia de enfermedades crónicas y psiquiátricas, el desempleo, la condición de estudiante y la exposición frecuente a las redes sociales y noticias sobre la COVID-19<sup>37-38,7,8</sup>.

Otro hallazgo importante consistió en evidenciar que la incertidumbre de no estar seguro, pero tener la sospecha, de que algún familiar pueda estar contagiado de COVID-19 condiciona mayor presencia del IGS así como de síntomas

psicopatológicos de sensibilidad interpersonal, somatización y ansiedad ( $f = .10$ ,  $1-\beta > .80$ ). Tomando en consideración además del tamaño del efecto ( $d \geq .20$ ), error tipo I ( $p < .05$ ) y error tipo II ( $1-\beta \geq .80$ ) se encontró que tener un familiar fallecido por COVID-19 incrementa la gran mayoría de los síntomas psicopatológicos (excepto en obsesión-compulsión y ansiedad fóbica) así como el IGS. En la primeras olas de la pandemia por el coronavirus generó gran incertidumbre lo que llevo a presentar gran carga de estrés y angustia frente a la muerte, por lo que tener un familiar con el coronavirus o algún familiar fallecido esta carga emocional se convertía en un problema agudo y crítico que generaba un gran impacto en la salud mental de los miembros de la familia manifestándose angustia, desesperación, ansiedad, estrés postraumático y entre otros, por lo que ver esta realidad nos conlleva al desarrollo de programas de apoyo psicosocial para ayudar a gestionar los problemas emocionales y psicopatológicos a quienes viven de cerca el contagio y pérdida de vida de algún familiar. Otros estudios reportaron que tener un familiar infectado estaba asociado con la presencia de mayores niveles de depresión, estrés y ansiedad<sup>39,9</sup>. Así mismo, el estar preocupado por infectarse por el COVID19, estar molesto por no tener los implementos de protección y no poder trabajar se asociaba con una pésima salud mental<sup>40-43</sup>.

Si bien el estudio fue a gran escala, probablemente nuestras limitaciones están relacionadas al tipo de encuesta online que no permite muestrear a población que no tiene acceso a internet, y el otro estaría relacionado al tipo de muestreo no probabilístico que nos dio como resultado una muestra mayoritaria con estudios universitarios lo que implicaría dificultades con la validez externa del estudio. A pesar de ello tener este tipo de estudio a gran escala y de representatividad nacional, brinda información relevante sobre el impacto de la pandemia del coronavirus en las emociones y sus consecuencias psicopatológicas en la población peruana, hallazgos que puede ayudar a los profesionales de la salud mental con información empírica para mejor orientación de los programas de intervención sobre los factores precipitadores de los problemas psicopatológicos y ayudar con evidencia empírica a la población afectada a replantear su percepción sobre la vida y fortalecer sus competencias de afrontamiento ante las crisis de esta magnitud.

## Conclusión

El modelo de regresión estructural muestra que las emociones negativas tienen un efecto positivo sobre el índice global de severidad de la sintomatología psicopatológica y a su vez este último impacta negativamente en la satisfacción con la vida (SV) de los peruanos. El 15.72% de la muestra peruana presentó sintomatología psicopatológica severa. Se evidenciaron diferencias significativas en la sintomatología psicopatológica según macroregiones, sexo, edad, tener hijos, familiar contagiado o fallecido por COVID19.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Fuente de financiación: Financiación personal.

Agradecimientos: Los autores agradecen a las instituciones en las que trabajan por fomentar el desarrollo de la investigación.

## Referencias

1. Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, Jana M, Chatterjee S, Lahiri D, Carl L. Psychosocial impact of COVID-19. *Clinical Research & Reviews*. 2020; 14, 779-788. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.05.035>
2. Brooks S, Webster R., Smith L, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin G. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020; 395, 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
3. Lai J, Ma, S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, Wu J, Du H, Chen T, Li R, Tan H, Kang L, Yao L, Huang M, Wang H, Wang G, Liu Z, Hu S. Factors Associated with Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020; 2;3(3): e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
4. Mejía-Zambrano H, Livia Ramos-Calsín. Prevalencia de los principales trastornos mentales durante la pandemia por COVID-19. *Rev Neuropsiquiatr*. 2022; 85(1): 72-82. <https://doi.org/10.20453/rnp.v85i1.4157>
5. Pfefferbaum B, North CS. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *N. Engl. J. Med*. 2020; 383 (6), 510-512. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>
6. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang, Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *Gen Psych*. 2020; 33(2):e100213. <https://dx.doi.org/10.1136%2Fgpsych-2020-100213>
7. Sandín B, Valiente R, García J, Chorot P. Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2020; 25(1), 1-22.
8. Villarreal-Zegarra D, Copez-Lonzoy A, Vilela-Estrada A, Huarcaya-Victoria J. Depression, post-traumatic stress, anxiety, and fear of COVID-19 in the general population and health-care workers: prevalence, relationship, and explicative model in Peru. *BMC Psiquiatría*. 2021; 21, 455. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03456-z>
9. Becerra J, Giménez G, Sánchez T, Barbeito S, Calvo A. Síntomas psicopatológicos durante la cuarentena por Covid-19 en población general española: un análisis preliminar en función de variables sociodemográficas y ambientales-ocupacionales. *Rev Esp Salud Pública*. 2020, 94(9), 1-11.
10. Prieto D, Aguirre G, Luna G, Merea L, Lazarte C, Uribe K, Zegarra A. Depresión y ansiedad durante el aislamiento obligatorio por el COVID-19 en Lima Metropolitana. *Liberabit*. 2020; 26(2). <https://doi.org/10.24265/liberabit.2020.v26n2.09>
11. Ministerio de Salud del Perú. (2020). *Plan de salud mental Perú, 2020 – 2021*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5092.pdf>
12. Ministerio de Salud. (2021). *Tiempos de pandemia 2020-2021*. <https://www.incn.gob.pe/wp-content/uploads/2021/08/MINSA-Tiempos-de-pandemia-2020-2021.pdf>
13. Organización Panamericana de la Salud. (2 de Marzo de 2022). *La pandemia por COVID-19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo*. <https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-pandemia-por-covid-19-provoca-aumento-25-prevalencia-ansiedad-depresion-todo>
14. Silva, J. Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. 2005; 43(3), 201-209. <https://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v43n3/art04.pdf>
15. Piqueras J, Ramos V, Martínez A, Oblitas L. Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*. 2009; 16(2), 85-112.
16. Figuera, M. *Factores predictivos del bienestar y/o de sintomatología psicopatológica en adultos* [Tesis doctoral; Universidad de Extremadura]. Repositorio institucional de la Universidad de Extremadura; 2017. <https://dehesa.unex.es:8443/handle/10662/6071>
17. Moreta R, López C, Gordón P, Ortiz W, Gaibor I. Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y social como predictores de la salud mental en ecuatorianos. *Actualidades en psicología*. 2018; 32(124), 111-125. <https://doi.org/10.15517/ap.v32i124.31989>
18. Ruiz A, Gonzáles N, Gonzáles S, Aguilar Y, Torres M. Relación entre síntomas psicopatológicos y calidad de vida en mujeres y hombres. *Revista Peruana de Psicología*. 2018; 24(1), 97-113. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2018.v24n1.07>
19. Diener E. Subjective well - being the science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*. 2000; 55(1),34-43. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>
20. Quezada V. Miedo y psicopatología: la amenaza que oculta el Covid-19. *Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology*. 2020; 14(1),19-23.
21. Sandín B, Valiente R, Chorot P, Santed M, Lostao L. SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*. 2008; 20(2), 290-296.
22. Alvarado BG, Sandín B, Valdez-Medina JL, González-Arratia N, Rivera S. Análisis factorial confirmatorio del Cuestionario SA-45 en una muestra mexicana. *Anales De Psicología/Annals of Psychology*. 2012 ; 28(2),426-433. <https://doi.org/10.6018/analesps.28.2.148851>
23. Holgado-Tello F, Vila E, Garcia M. Factor Structure of the Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45). *Acción Psicológica*. 2019; 16(1),31-42. <https://doi.org/10.5944/ap.16.1.22048>
24. Calderón-De la Cruz G, Lozano F, Cantuarias A, Ibarra L. Validación de la Escala de Satisfacción con la Vida en trabajadores peruanos. *Liberabit*. 2018; 24(2), 249-264. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2018.v24n2.06>
25. Sancho P, Caycho-Rodríguez T, Ventura-León J, Tomás J, Reyes-Bossio M. Does the Spanish version of the SWLS measure the same in Spain and Peru? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2019; 54(6), 329-333. [doi.org/10.1016/j.regg.2019.04.003](https://doi.org/10.1016/j.regg.2019.04.003)

26. Bados A, Solanas A, Andrés R. Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Psicothema*. 2005; 17(4), 679-683. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3165>
27. Oliden S. Propiedades psicométricas del test de orientación vital revisado (LOT-R) en un grupo de universitarios de Lima Metropolitana. Repositorio de la Pontificia Universidad Católica del Perú; 2014. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/5082>
28. Román F, Fernández P, Vinet E. Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos. *Acta de Investigación Psicológica*. 2016; 6. [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(16\)30053-9](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(16)30053-9)
29. Keith TZ. Multiple Regression and Beyond. An Introduction to Multiple Regression and Structural Equation Modeling. 3 ed. Routledge; 2019.
30. Hu LT, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*. 1999; 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
31. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2 ed. Erlbaum; 1988.
32. Hernández J. Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*. 2020; 24(3), 578-594. <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v24n3/1029-3043-mdc-24-03-578.pdf>
33. Ramírez J, Castro D, Córdoba C, Yela F. Consecuencias de la pandemia Covid-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *Preprints*. 2021; 1-21. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.303>
34. Kozloff N, Mulsant B, Stergiopoulos V, Voineskos A. The COVID-19 Global Pandemic: Implications for People with Schizophrenia and Related Disorders. *Schizophrenia Bulletin*. 2020; 46(4), 752-757. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa051>
35. Salari N, Hosseini-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulpoor S, Mohammadi M, Rasoulpoor S, Khaledi B. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global Health*. 2020; 16 (57), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>
36. Y, Li S, Ma L, Yu Y, Sun G, Li T, Tao F. Geographic Distribution of Mental Health Problems Among Chinese College Students During the COVID-19 Pandemic: Nationwide, Web-Based Survey Study. *Journal of medical Internet research*. 2021; 23(1). <https://doi.org/10.2196/23126>
37. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LMW, Gill H, Phan L. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2020; 277, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>
38. Cuenca-León K, Cabrera-Duffaut A, Vélez-León E, Villavicencio-Caparó, E. Estado de ánimo y de salud del personal universitario durante el periodo de aislamiento por COVID-19. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 2021; 40 (8), 858-862. [https://www.revistaavft.com/images/revistas/2021/avft\\_8\\_2021/18\\_estado\\_de\\_animo\\_salud.pdf](https://www.revistaavft.com/images/revistas/2021/avft_8_2021/18_estado_de_animo_salud.pdf)
39. Mazza C, Ricci E, Biond, S, Colasanti M, Ferracuti S, Napoli C, Roma P. A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020; 17(9),3165. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093165>
40. Choi E, Hui B, Wan E. Depression and Anxiety in Hong Kong during COVID-19. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020; 17(10),3740. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103740>
41. Morocho A, Espinoza, C, Estrada E, Jimenez, A, Telenchana, F, Rojas, J, Borja, S, Cuña, V. Salud Mental de los pacientes con enfermedades crónicas durante la pandemia por COVID-19. *Revista Síndrome Cardiometabólico*. 2020; 10(1),20-24. [https://www.revsindrome.com/rev\\_sindrome1\\_2020/5\\_salud\\_mental.pdf](https://www.revsindrome.com/rev_sindrome1_2020/5_salud_mental.pdf)
42. Ramírez-Coronel A, Cárdenas-Castillo P, Martínez-Suárez P, Yambay-Bautista X, Mesa-Cano I, Minchala-Urgilés R, Andrade-Molina M, Sarmiento-Pesántez M, González-León F, Pogyo-Morocho G, Cárdenas-Cordero A, Cordero-Zumba N, Pogyo-Morocho M, Faicán-Rocano P, Arcos Coronel F. Impacto Psicológico por COVID-19 hacia un nuevo constructo clinimétrico ansioso-depresivo en mujeres adultas de Azogues. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 2020; 39(8),923-934. [https://www.revistaavft.com/images/revistas/2020/avft\\_8\\_2020/2\\_impacto\\_psicologico\\_confinamiento.pdf](https://www.revistaavft.com/images/revistas/2020/avft_8_2020/2_impacto_psicologico_confinamiento.pdf)
43. Pacheco-Vázquez D, Guerrero-Alcedo J. Prevalencia de trastornos mentales en población peruana con COVID-19 atendida en el programa "Te Cuido Perú". *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 2021; 40(9),902-906. [https://www.revistaavft.com/images/revistas/2021/avft\\_9\\_2021/4\\_prevalencia\\_trastornos\\_mentales.pdf](https://www.revistaavft.com/images/revistas/2021/avft_9_2021/4_prevalencia_trastornos_mentales.pdf)