



**UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MEDICINA**

Asociación entre el apoyo social percibido y el nivel de ansiedad por el COVID-19 en  
estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud mayores de 18 años de Lima - Perú en  
el 2021.

**TESIS**

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

**AUTORES**

Delgado Candia, Lucero Eskarly (0000-0003-0650-2215)

Mendoza Forttini, Vanessa Alessandra (0000-0001-9387-0774)

**ASESOR**

Maguiña Quispe, Jorge Luis (0000-0002-4136-7795)

**Lima, 6 de enero del 2022**

## DEDICATORIA

*Dedicamos nuestra tesis a nuestros padres y a Piper por ofrecernos su apoyo incondicional a lo largo de estos años a nivel académico y emocional, por llevarnos una taza de té cuando no podíamos más y abrazarnos para llorar.*

*Al abuelito Fernando en las estrellas por acompañar este camino. A papá Poli, por su olor a cafecito y ofrecer su más sincera ayuda.*

*A nuestros amigos, por recordarnos hacer una pausa y reír con nosotras en cada tropiezo y ofrecernos su ayuda, incluso cuando no sabían cómo.*

*A nuestro asesor, quien estuvo con nosotras para resolver cada una de nuestras dudas, ser mediador, tener paciencia y apoyarnos a culminar de manera satisfactoria nuestra investigación.*

*A nuestras mascotas, Monchi, Canuto, Apolo, Ivy, Molly y Lucy por ser el apoyo emocional de cada noche a lo largo de nuestra formación académica.*

*Gracias por ser parte de la aventura.*

## RESUMEN

**Introducción:** La enfermedad por coronavirus 2019 ha presentado una rápida transmisión y diversos efectos en las esferas de la sociedad, por lo que se ha convertido en un evento desencadenante de ansiedad para las personas. La ansiedad por Coronavirus puede causar efectos negativos en el bienestar físico y psicológico. Por lo cual, el apoyo social es una herramienta efectiva para sobrellevar este tipo de situaciones.

**Objetivo:** Evaluar la asociación entre el apoyo social percibido y ansiedad por el COVID-19 en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud mayores de 18 años y otros factores asociados.

**Métodos:** Se realizó un estudio transversal analítico en el cual participaron 242 alumnos pertenecientes a diversas facultades de Ciencias de la Salud de universidades públicas y privadas, seleccionados por conveniencia. La recolección de datos se realizó de manera anónima a través del auto reporte en una encuesta de Google Forms. Se utilizaron las escalas de Ansiedad por COVID-19 (APC) y la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS) para evaluar ansiedad y apoyo social percibido, respectivamente. Asimismo, se construyó un modelo lineal generalizado crudo y ajustado para evaluar esta relación.

**Resultados:** La mediana del puntaje total para EMAS fue 5,5 (RIC: 5,3-6,1) y para APC fue 0 (RIC: 0-4). Se encontró una correlación negativa entre la ansiedad por COVID-19 y el apoyo social percibido (Rho de Spearman=-0,245,  $p < 0,001$ ). Además, en el modelo ajustado, el aumento de una unidad en el puntaje de la escala Multidimensional de Apoyo Social percibido disminuye 2,64 puntos los niveles de Ansiedad por COVID-19 (IC: -3,19 - -2,09). Por último, los factores asociados a mayor puntaje en la escala de Ansiedad por COVID-19 fueron ser del sexo femenino, estar en el segundo y séptimo año de estudios ( $\beta = 3,83$ ,  $p=0,027$ ;  $\beta = 3,65$ ,  $p=0,047$ ) y contar con un familiar fallecido por COVID-19 ( $\beta = 1,87$ ,  $p=0,023$ ).

**Conclusiones:** Se evidenció que existe una relación inversa entre los niveles de apoyo social percibido y ansiedad por COVID-19. Se requieren más estudios para establecer una relación causal y desarrollar futuras intervenciones para fortalecer el apoyo social percibido en esta población.

**Palabras clave:** COVID-19; ansiedad; apoyo social percibido; ansiedad por COVID; apoyo social

## ABSTRACT

**Background.** The disease by coronavirus 2019 (known as COVID-19) has displayed a rapid transmission and having various effects in different aspects of society and daily life. Therefore, it has become a highly stressful event which can elicit anxiety in people. The latter, in the form of Coronavirus anxiety, can have a negative impact in physical and psychological wellbeing. In this context, social support is an effective tool to help overcome these situations.

**Methods.** A cross-sectional study was performed in which 242 students from various universities who were enrolled at the Faculty of Human Sciences participated. Information was retrieved through a self-reported online Google Forms format. The Coronavirus Anxiety Scale (CAS) and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) were used to evaluate coronavirus anxiety and perceived social support, respectively.

**Results.** The median total score for the MSPSS was 5,5 (ICR: 5,3-6,1) and CAS was 0 (ICR: 0-4). There was a negative correlation between coronavirus anxiety and perceived social support (Spearman's  $Rho = -0,245$ ,  $p < 0,001$ ). Multivariate analysis showed having a higher MPSS overall score by a single point score reduces the CAS score by 2,64 points (CI: 95%: -3,19 - -2,09;  $p < 0,001$ ). Furthermore, being a woman, a second or seventh-year student ( $\beta = 3,83$ ,  $p = 0,027$ ;  $\beta = 3,65$ ,  $p = 0,047$ ) and having lost a relative due to COVID-19 increased anxiety levels ( $\beta = 1,87$ ,  $p = 0,023$ ).

**Conclusions.** There is an inverse relationship between perceived social support levels and COVID-19 anxiety.

Further studies are needed to establish causal relationships and develop interventions to reinforce perceived social support in this population subset.

**Key words.** COVID-19 ; anxiety ; perceived social support ; coronavirus anxiety ; social support

## TABLA DE CONTENIDOS

|   |    |
|---|----|
| 1. INTRODUCCIÓN.....                              | 1  |
| 1.1. OBJETIVOS .....                              | 3  |
| 1.2. HIPOTESIS .....                              | 3  |
| 2. MATERIALES Y MÉTODOS .....                     | 4  |
| 2.1. DISEÑO DEL ESTUDIO Y POBLACIÓN .....         | 4  |
| 2.2. DISEÑO DE MUESTREO Y TAMAÑO DE MUESTRA ..... | 4  |
| 2.3. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO .....             | 4  |
| 2.4. DEFINICIÓN DE VARIABLES .....                | 5  |
| 2.5. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN:.....               | 6  |
| 2.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS .....                  | 7  |
| 2.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS .....                 | 8  |
| 3. RESULTADOS.....                                | 9  |
| 4. DISCUSIÓN.....                                 | 11 |
| 4.1. LIMITACIONES Y FORTALEZAS .....              | 15 |
| 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....            | 16 |
| 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....                | 18 |
| 7. ANEXOS.....                                    | 25 |

## INDICE DE TABLAS

|  |    |
|--|----|
| Tabla 1. Características sociodemográficas de estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud mayores de 18 años de Lima - Perú en el 2021.....   | 29 |
| Tabla 2. Características clínicas y de infección por COVID-19 en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud mayores de 18 años de Lima - Perú en el 2021.  | 31 |
| Tabla 3. Características sociodemográficas, clínicas y de infección asociadas a apoyo social percibido y ansiedad por COVID-19 en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud mayores de 18 años de Lima - Perú en el 2021..... | 32 |
| Tabla 4. Modelo de regresión bivariado y multivariado del apoyo social percibido y la ansiedad por COVID-19 en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud mayores de 18 años de Lima - Perú en el 2021. ....                   | 34 |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Figura 1. Infografía .....</b>   | <b>25</b> |
| <b>Figura 2. Flujograma .....</b>   | <b>27</b> |
| <b>Figura 3. Gráfico de dispersión entre las variables Apoyo Social percibido y<br/>Ansiedad por COVID-19 .....</b> | <b>28</b> |

## 1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) es alarmante debido a su rápida transmisión, en el mundo al 2022 el total de casos es de 295 millones y solo en Perú, 2,31 millones. Sin embargo, no es la única preocupación, pues se han visto diversos efectos en las esferas de la sociedad. Por este motivo, ha recibido atención global, por lo que la OMS declaró una emergencia de salud pública de interés internacional (1). Esto llevó a los países a establecer medidas de contención como cuarentena obligatoria, aislamiento social, cierre de fronteras y centros de esparcimiento, etc. (2). De esta forma, la emergencia sanitaria por COVID-19 se ha convertido en un evento estresante para las personas. Además, puede ser contraproducente ya que la población ha tenido que enfrentar un cambio drástico en su rutina diaria (3). Una de las formas para sobrellevar dichos cambios, ha sido a través de la búsqueda del apoyo social de sus pares (familia y amigos) (4–6).

El término apoyo social percibido se define como la apreciación subjetiva que tiene una persona sobre el apoyo que le otorga su red de apoyo social considerando como “red social” al grupo de individuos valorados como cercanos. El término anterior no se debe confundir con el apoyo social recibido, que se refiere a recordar la ayuda recibida durante un periodo de tiempo determinado (7). Se ha establecido que una red de apoyo social tiene un efecto protector contra los efectos negativos de situaciones estresantes físicas o psicológicas (8) y en el marco de la pandemia por la COVID-19, el aislamiento social ha sido el principal detonante de soledad en las personas. A causa de esto, la calidad de las redes de apoyo ha disminuido puesto que las relaciones socialmente integrativas son insuficientes en comparación a lo deseado (9). Es más, algunos estudios han estimado que aproximadamente el 38-50% de jóvenes entre 18-24 años han experimentado niveles elevados de soledad durante el periodo de confinamiento (10,11).

Se estima que los niveles de estrés y ansiedad alcanzaron un nuevo pico durante la época de distanciamiento social; particularmente en el contexto de vulnerabilidad socioeconómica (12,13). Así también, un estudio reciente, reportó un impacto psicológico leve del 21,7% y moderado a severo del 53,8% durante la actual pandemia. Estos resultados son importantes en vista que los brotes de enfermedades infecciosas originan un espectro de respuestas psicosociales. Incluyen desde sentimientos de ansiedad o debilidad, adopción excesiva e inapropiada de medidas de precaución y, por consiguiente, mayor demanda de servicios de salud; hasta subestimar los riesgos de la



infección e ignorar las medidas recomendadas (higiene de manos y distanciamiento social) si los niveles de ansiedad son bajos (14,15).

El miedo y ansiedad respecto a la pandemia por la COVID-19 puede desencadenar una pobre salud mental; lo cual lleva a una interpretación errónea de estímulos y sensaciones corporales, traduciéndose en una infección inexistente y generando mayor estrés (16). Una forma de abordar la ansiedad en este contexto es a través de intervenciones como promover la resiliencia, manejo del estrés y el apoyo social (17). Esto último se explica en la teoría del “buffer” o amortiguador, cuya función es reducir el efecto de eventos estresantes sobre el bienestar general y facilitar mecanismos que ayuden a sobrellevar esta pandemia (18). Se cree que el apoyo social percibido resulta efectivo para reducir la inseguridad económica, el desempleo y la preocupación por los gastos de salud. De esta manera ayudarían a alcanzar menores niveles de ansiedad y adicionalmente, mejor calidad del sueño y aumentar la productividad (19).

Estudios en China revelaron que la salud mental de los jóvenes universitarios se ve afectada en gran medida al enfrentarse a la pandemia del COVID-19, debido a que esta se considera una etapa con nuevas responsabilidades sociales y mayores presiones psicosociales (20). Hasta la actualidad, solamente existe un estudio realizado en Perú, cuyos resultados coinciden con el realizado en China (21). Changwon et al., evidenciaron que el 71% de los estudiantes de pregrado de una facultad, reportaron mayor nivel de estrés y ansiedad debido a la pandemia (22). Dentro de las preocupaciones más comunes se identificaron el miedo a que un familiar cercano o ser querido se contagie, dificultad para concentrarse en clases, alteración del patrón de sueño, menor rendimiento académico, preocupación por su preparación académica y disminución de la interacción social (23). Siendo este último lo que afecta principalmente al apoyo social percibido, como fue mencionado anteriormente.

La literatura científica es controversial sobre la asociación entre el apoyo social percibido y la ansiedad por COVID-19. Algunos estudios reportan una asociación inversa entre estos dos mientras que otros no encuentran dicha asociación (17,24,25). Por esta razón, es importante estudiar la relación entre el apoyo social percibido y la ansiedad por COVID-19, así como otros factores que pueden modificar esta relación.

## **1.1. OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

- Evaluar la asociación entre el apoyo social percibido y ansiedad por el COVID-19 en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud.

### **Objetivos específicos:**

- Describir las características sociodemográficas y clínicas de estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud.
- Determinar el grado de apoyo social percibido en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud.
- Determinar el nivel de ansiedad por COVID-19 en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud.
- Evaluar la asociación entre el apoyo social percibido y ansiedad por el COVID-19 después de ajustar por factores confusores, en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud.

## **1.2. HIPÓTESIS**

Nuestra hipótesis de investigación es que existe una relación inversa entre el puntaje de apoyo social percibido y la ansiedad por el COVID-19 en la población estudiada.

## **2. MATERIALES Y MÉTODOS**

### **2.1. DISEÑO DEL ESTUDIO Y POBLACIÓN**

Se realizó un estudio observacional transversal analítico en estudiantes universitarios de diferentes años académicos, pertenecientes a diversas facultades de Ciencias de la Salud de universidades públicas y privadas de Lima y Callao.

#### **CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD:**

Se incluyeron a aquellos sujetos que tenían más de 18 años, matriculados en un ciclo académico durante la administración de la encuesta y que hayan aceptado el consentimiento informado. Se excluyeron a aquellos sujetos que vivían solos, que reportaron estar recibiendo algún tratamiento farmacológico para una enfermedad psiquiátrica y que se encontraban recibiendo clases de forma remota en otra locación diferente de Lima. Finalmente, aquellas encuestas que fueron mal llenadas o incompletas fueron eliminadas.

### **2.2. DISEÑO DE MUESTREO Y TAMAÑO DE MUESTRA**

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Para el cálculo del tamaño de la muestra, se utilizó el método propuesto por Hulley et al. para el diseño de investigación con un enfoque epidemiológico (26). Se consideró el estudio publicado por Labrague et al. (17), que reportó un coeficiente de correlación esperado de  $r=-0,21$ . Por lo tanto considerando este valor, un nivel de confianza del 95%, una potencia del 80%, y una pérdida esperada del 20%, el tamaño de muestra final fue de 242 participantes.

### **2.3. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO**

Se realizó una encuesta virtual administrada a través de Google Forms durante las fechas 10 de junio al 20 de julio del 2021, que corresponde al descenso de la segunda ola de la pandemia y al proceso de vacunación en ascenso. Dicha encuesta estuvo conformada por una ficha sociodemográfica, la Escala de Ansiedad por COVID-19 y la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. El enlace de la encuesta se compartió a través de distintas redes sociales de Facebook, Twitter, Instagram y por las diversas Sociedades Científicas de las facultades de Ciencias de Salud, para su respectiva difusión. En total, participaron los estudiantes de 13 universidades, 3 de estas universidades fueron nacionales.

Al finalizar la encuesta virtual, los participantes recibieron una copia de sus respuestas, junto con una infografía titulada “El apoyo social percibido y estrategias para mejorar su red de apoyo social”, basada en las recomendaciones de la OMS (27). Además, se les facilitó líneas telefónicas de atención para soporte psicológico y reserva de consejería en la modalidad online en Centros de Salud Mental Comunitarios (ver figura 1).

## **2.4. DEFINICIÓN DE VARIABLES**

### **Variable resultado o dependiente:**

La variable resultado, ansiedad por COVID-19, fue definida como la frecuencia de los síntomas fisiológicos generados por los pensamientos y la información relacionada con la COVID-19, que hacen referencia a la ansiedad disfuncional. Esta variable se analizó en su forma original continua, como puntaje de Ansiedad por COVID-19.

### **Variable de exposición o independiente:**

La variable de exposición, Apoyo Social Percibido, es un constructo multidimensional que se define como la percepción de las personas con respecto al apoyo social que reciben de familiares, amigos y otras personas importantes.

### **Otras covariables:**

La variable sexo se definió como masculino o femenino. La edad, fue dividida en tres grupos, quienes tenían menos de 21 años, de 21 a 22 años y mayores de 22 años. La orientación sexual, definida como la atracción amorosa hacia un determinado grupo de personas, fue dividida en heterosexual, bisexual, lesbiana, gay, transexual y otro. El estado civil de los estudiantes se clasificó en soltero, conviviente y casado. La variable de relación sentimental se definió como mantener un vínculo romántico compartido entre 2 personas y se clasificó en “sí” y “no”. De esta misma manera se evaluaron las variables de diagnóstico de COVID-19 del participante, diagnóstico de algún familiar, diagnóstico de algún miembro de su círculo cercano y familiar o integrante del círculo social cercano fallecido por COVID-19. Respecto al distrito de residencia, a través de una división organizacional de Lima Metropolitana se clasificaron en Lima Norte, Centro, Este, Sur y la provincia constitucional del Callao. La convivencia familiar fue catalogada dependiendo si el estudiante vivía con 2-4 personas, 5-7 y más de 7 personas. Por último, el año actual de estudios, considerándose el año académico en el cual el participante se

encontraba cursando al momento de la recolección de datos, fue categorizado desde primer año hasta séptimo año.

## **2.5. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN:**

### **Escala de Ansiedad por COVID-19:**

La Escala de Ansiedad por COVID-19, la versión adaptada y validada en el Perú por Caycho et al (28), es un autoinforme de 5 ítems que reflejan los principales síntomas de ansiedad que experimentan los individuos frente al COVID-19. Los participantes del estudio calificaron la frecuencia de los síntomas de ansiedad experimentados en los últimos 15 días a través de una escala de tipo Likert de 5 puntos (0=de ninguna manera a 4=casi todos los días). Los puntajes oscilan en un rango de 0 a 20 puntos, donde un mayor valor expresa una mayor frecuencia de síntomas de ansiedad por COVID-19, por lo que la escala fue diseñada para ser una medida continua de ansiedad, mas no una categórica. La versión validada que fue utilizada cuenta con los valores de alfa y omega, los cuales fueron 0,89 para ambos casos (28). La escala fue previamente validada en Perú y ha sido usada en una investigación en la que demostró que a mayor ansiedad por COVID-19, se relaciona con una disminución de la salud mental en estudiantes universitarios (21).

### **Escala Multidimensional de Apoyo Social percibido (EMAS):**

La Escala Multidimensional de Apoyo Social percibido (EMAS) elaborada originalmente por Zimet et al. y validada al español de México (29) fue usada en nuestro estudio. Es un autoinforme de 12 ítems que evaluó el apoyo social percibido proveniente de 3 fuentes: familia, amigos y otros significativos, cuya escala de puntuación es de tipo Likert donde 1=muy fuertemente en desacuerdo a 7=muy fuertemente de acuerdo. Además, dicha escala mide tres categorías de apoyo social percibido, y a su vez cada categoría cuenta con 4 ítems cuyo promedio indican un puntaje. Por otro lado, para calcular el puntaje total de la escala, se obtuvo a través del promedio de la sumatoria del puntaje de los 12 ítems. Para ambas formas de medición, el puntaje más bajo es 1 y el más alto 7 puntos, entendiéndose así que un mayor puntaje se asoció a mayor grado de apoyo social percibido. Por otro lado, la escala permite evaluar esta variable de manera categórica, donde un puntaje de 1 a 2,9 podría considerarse un apoyo bajo; de 3 a 5, apoyo moderado y 5,1 a 7, apoyo alto. Sin embargo, para el presente estudio, la variable fue utilizada como una variable continúa debido a que se corría el riesgo de que una de las categorías (apoyo bajo) contase con una pequeña cantidad de participantes. Para el estudio original, el valor

de alfa de Cronbach para cada dimensión (familia, amigos y otros significativos) fueron 0,87; 0,85 y 0,91, respectivamente. La confiabilidad total de la escala fue de 0,88. Luego de 2-3 meses, los valores fueron 0,85; 0,75 y 0,91, respectivamente, y 0,85 para la escala total. Por otro lado, para la escala validada en México, los valores de alfa de Cronbach para cada dimensión (familia, amigos y otros significativos) fueron 0,90; 0,91 y 0,86, respectivamente (29,30). Para el presente estudio fueron 0,92; 0,96 y 0,93 respectivamente y para la puntuación total 0,92.

## **2.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS**

Para el análisis de los datos, se exportó la data recolectada de Google Forms a Microsoft Excel, con la cual se realizó una base de datos. La misma, pasó por un proceso de limpieza, categorización y etiquetado de todas las variables de interés para el estudio. Por último, fueron excluidos todos los registros de aquellos participantes que no cumplieron con los criterios de elegibilidad. Finalmente, la base de datos fue exportada al programa STATA 16.0 (Stata Corp, College Station, TX, USA) para realizar el análisis correspondiente.

En el análisis descriptivo, para las variables categóricas (sexo, edad, relación sentimental actual, distrito de residencia actual, año de estudio, carrera a la que pertenece, número de integrantes en la familia, infección previa o reciente de COVID-19 del participante encuestado, familiar cercano con infección previa o reciente de COVID-19 y presencia de algún fallecido en su círculo social o familiar a causa de COVID-19) se calcularon las frecuencias absolutas y relativas. En el caso de las variables numéricas (nivel de ansiedad por COVID-19 y apoyo social percibido) se utilizó mediana y rango intercuartílico.

Asimismo, se realizaron las pruebas de Shapiro-Wilk y de Levene para la evaluación de normalidad y homogeneidad de varianzas. Al no cumplirse los supuestos previos, se usaron pruebas no paramétricas. Para las variables sexo, relación sentimental y las variables clínicas para infección por COVID-19, excepto familiar fallecido, se empleó la prueba de U de Mann Whitney; mientras que para las variables edad, año actual de estudios y facultad a la que pertenece, la prueba de Kruskal-Wallis. Se utilizó la correlación de Spearman para hallar el coeficiente correlación entre las variables ansiedad por COVID-19 y apoyo social percibido.

Por último, para calcular los promedios crudos y ajustados entre las variables elegidas y el nivel de ansiedad por COVID-19, se construyó un Modelo Lineal Generalizado (GLM) con familia *gaussian* y función de enlace *identidad*, con varianzas robustas. Se decidió elegir aquellas variables epidemiológicamente relacionadas según la literatura. Los valores de  $p < 0,05$  fueron considerados estadísticamente significativos.

## **2.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

La participación fue completamente voluntaria, pues solo se registró la información de aquellos participantes que aceptaron el consentimiento informado y se respetó la autonomía de retirarse del estudio en el momento que el participante lo deseó. Se les informó los objetivos, beneficios, ausencia de riesgos y resultados que puedan derivarse de este estudio, del mismo modo se les aseguró la confidencialidad de sus datos y la seguridad de no ser utilizados más allá de los límites del estudio.

El estudio fue aprobado por el Subcomité de Ética Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, antes de su ejecución, de acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki.

### 3. RESULTADOS

De un total de 355 participantes enrolados, 1,97% (n=7) llenaron de manera incorrecta las encuestas, y el 29,85% (n=106) no cumplieron con los criterios de elegibilidad (ver figura 2).

En Lima, hay 30 universidades que cuentan con una carrera perteneciente a la facultad de Ciencias de la Salud de las cuales participaron estudiantes de 13 universidades privadas y nacionales, con un 84,7% y un 15,3% respectivamente. Las características sociodemográficas de la población seleccionada se presentan en detalle en la Tabla 1. Se encontró que la mayor parte de la población estuvo constituida por el sexo femenino, 60,33% (n=146) y, además, el 77,7% (n=188) de los estudiantes tenían una edad mayor a 22 años. Por otro lado, los estudiantes de la carrera de Nutrición representan el 29,3% (n=71) de los participantes del estudio. También se halló que el 76% (n=184) de la población no tenía una pareja durante el periodo de encuesta. Sobre las características clínicas y de infección por COVID-19 mostradas en la Tabla 2, el 51,2% (n=124) no refirió tener diagnóstico de COVID-19, sin embargo; más del 60% (n=154) confirmó haber tenido algún familiar o integrante del círculo social cercano infectado por el virus. Posteriormente, se hallaron los valores para la EMAS en distintas subcategorías: familia, amigos y otros significativos y la mediana de estos componentes fueron de 5, 6 y 6 respectivamente. Además, la mediana del puntaje total de la población fue 5,5 (RIC: 5,3 – 6,1). Finalmente, sobre los resultados para la escala de Ansiedad por COVID-19 (APC), la mediana de la población fue de cero (RIC: 0-4).

En el análisis bivariado, las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas para ansiedad por COVID-19 en comparación con el sexo masculino (p=0,010). Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres con respecto al nivel de apoyo social percibido (p=0,089). Sobre las características académicas de la población, los estudiantes de la carrera de medicina mostraron niveles más altos de apoyo social percibido y ansiedad por COVID-19, en contraste al resto de las otras facultades, respectivamente (p<0,001 y p=0,021). Además, los estudiantes de sexto y séptimo año de estudios fueron aquellos que presentaron niveles mayores de apoyo social a diferencia de aquellos pertenecientes a años menores (p<0,001), en contraste, los niveles de ansiedad por COVID-19 fueron significativamente mayores en estudiantes de segundo año respecto de los otros (p<0,001). Por último, sobre las características clínicas del grupo de participantes, el haber tenido un familiar fallecido por COVID-19 mostró niveles de



ansiedad por dicha patología infecciosa ( $p < 0,001$ ). Finalmente, el apoyo social percibido tuvo una correlación negativa y significativa con respecto a la ansiedad por COVID-19 (Rho de Spearman = -0,245,  $p < 0,001$ ). Otros resultados pueden encontrarse en la Tabla 3.

Adicionalmente, en el análisis multivariado, se encontró que el sexo masculino tiene 1,01 puntos menos de ansiedad por COVID-19 (IC 95%: -1,79 - -0,25;  $p < 0,009$ ). Por otro lado, pertenecer al segundo y séptimo año aumentó el puntaje de nivel de ansiedad en 3,83 y 3,65 puntos respectivamente (IC 95%: 0,44 - 7,21;  $p < 0,027$  y IC 95%: 0,24 - 7,06;  $p < 0,036$ ). Respecto a las características de infección por COVID-19, se identificó que tener un familiar fallecido por dicha enfermedad aumentó 1,87 puntos el nivel de ansiedad por la misma (IC 95%: 0,64 - 3,11;  $p = 0,003$ ). Por último, el aumento en una unidad en la Escala Multidimensional de Apoyo Social percibido disminuye 2,64 puntos los niveles de ansiedad por COVID-19 (IC 95%: -3,45 - -1,84;  $p < 0,000$ ).

#### **4. DISCUSIÓN**

##### **Hallazgos principales:**

El principal objetivo del presente estudio fue evaluar la asociación entre el nivel de apoyo social percibido y el nivel de ansiedad por COVID-19, en estudiantes universitarios de ciencias de la salud. Nosotros observamos una correlación negativa significativa entre el nivel de apoyo social percibido y el nivel de ansiedad. Encontrándose una mediana de 5,5 en el primero, lo cual, según la categorización brindada por Zimmet (30), corresponde a un nivel moderado. Estos hallazgos son similares a lo reportado por otros estudios, incluso dentro de las diferentes subescalas (familia, amigos y otros significativos) (31,32). En este sentido, se reporta que el apoyo social percibido es un amortiguador frente a situaciones estresantes, sobre todo en este escenario en el que el COVID-19 es una preocupación y un obstáculo para diversas actividades presenciales. Un estudio en Perú demostró que los estudiantes de Ciencias de la Salud han visto comprometido su entrenamiento académico como futuros profesionales, lo que se asoció a puntajes altos en la Escala de Desorden Generalizado de Ansiedad (GAD-7) (33).

De acuerdo a Lee et al., quienes elaboraron y validaron esta nueva escala para evaluar la ansiedad disfuncional durante la pandemia, llegaron a la conclusión de que su sensibilidad y especificidad es similar a la de las GAD-7, con la cual usualmente se evalúa ansiedad en diversos estudios (34).

En nuestro estudio, los estudiantes obtuvieron una mediana de 0 en el puntaje del nivel de ansiedad por COVID-19. El nivel bajo de ansiedad de nuestra población es congruente con el obtenido en un grupo de estudiantes de China, en el que el 80% mostraba niveles bajos (31). Sin embargo, el escenario no es el mismo en el caso de los profesionales sanitarios. Un estudio realizado en Jordania, encontró que el 60% de sus participantes, en su mayoría enfermeros, presentaban ansiedad extrema severa (25) y también respecto a los hallazgos de Labrague et al en donde casi el 38% de sus participantes mostraron ansiedad disfuncional (17). Se tomaron en cuenta no solo estudios en población universitaria, sino también en personal sanitario, debido a la falta de estudios que evalúan dicha asociación. En primer lugar, consideramos que esta diferencia puede deberse a la temporalidad y la misma población en estudio, el primer estudio y el nuestro, fueron realizados cuando las medidas sanitarias eran más flexibles con las reuniones sociales. En Perú, durante los meses de la recolección de datos, las actividades presenciales eran cada vez mayores, se permitía el ingreso a los centros de esparcimiento, se incrementó el aforo

para espacios cerrados y abiertos, del mismo modo, en nuestro país se anunció el posible retorno a clases presenciales. Entonces, las interacciones de grupo eran posibles y mejoraba la percepción sobre el apoyo social (35). Mientras que los últimos estudios mencionados, a tan solo cinco meses de iniciada la emergencia sanitaria, con muchas más restricciones, además de considerar que la carga laboral para los trabajadores iba en aumento y las principales preocupaciones entre el personal sanitario eran el miedo a infectar a otros, la escasez de equipo de protección personal, la falta de acceso de pruebas diagnósticas, y poca información sobre el contagio y la clínica sobre la infección por COVID-19 (17).

En este sentido, la temporalidad ha sido un factor importante que ha afectado en nuestro estudio la variable de ansiedad por COVID-19 haciendo que nuestros hallazgos no sean similares a aquellos en donde el nivel de ansiedad fue moderado a severo. Los participantes del estudio llenaron las encuestas entre el 10 de junio al 20 de julio del presente año. Al hacer una revisión exhaustiva de la sala situacional por COVID-19 en el Perú, se puede evidenciar que la ola de casos confirmados disminuye de 123,050 en el mes de mayo a 73,086 en el mes de junio y 17,242 durante el mes de julio. Esta tendencia al descenso es similar en el caso de las muertes en la región de Lima y Callao. El escenario favorable pudo haber influido en el desarrollo de síntomas de ansiedad por Covid-19, pues incluso dichos datos podían ser encontrados en redes sociales y oírse a través de distintos medios de comunicación, haciendo que el participante se encuentre menos expuesto a noticias alarmantes sobre la situación epidemiológica (36).

De hecho, una de las variables que mide la escala de ansiedad por COVID-19, es la exposición a noticias sobre la presente pandemia, así como los síntomas que puedan derivar de ello. Asimismo, respecto al proceso de vacunación, el 10,8% de la población ya contaba con al menos 1 dosis y hacia el 20 de julio, el 21,6%. Por ello, nuevamente se resalta cuán importante es evaluar el momento en el cual se estudian nuestras principales variables, pues la pandemia ha tenido un curso variable y dinámico.

De esta manera, también es importante reconocer la influencia directa de la pandemia en las variables principales de nuestro estudio. Meng et al. estudiaron el efecto que tenía la exposición a COVID-19 en los jóvenes y encontraron una mayor prevalencia de problemas de salud mental al igual que niveles variables de apoyo social (37). Además, Zhenyu et al. encontraron que pacientes con diagnóstico de COVID-19 presentaban menor apoyo social y esto fue asociado a síntomas de ansiedad y depresión, con 33,9% y

27,3% respectivamente (38). Cabe mencionar que no se han encontrado estudios que evalúen la relación inversa entre estas variables. Lo cual se ve reflejado, a su vez, en un estudio longitudinal que evaluó apoyo social y ansiedad en antes, durante y en la caída de la primera ola de la pandemia. Su investigación mostró un incremento en el apoyo en el punto más alto de contagio y un nivel estable conforme la curva iba en descenso. De forma opuesta, la ansiedad disminuyó entre los puntos de pico y caída (4). Esto nos indica que la relación encontrada en nuestro estudio no solamente es congruente con la literatura sino también surge, en parte, como consecuencia de experimentar COVID-19, probablemente.

### **Hallazgos secundarios:**

Es importante mencionar que los participantes que vivían solos fueron excluidos del estudio puesto que se estos podían presentar un sesgo. Se encontró que el 29,09% de jóvenes vivía solo y estos tenían más riesgo de reportar mayores síntomas de ansiedad y depresión en comparación con quienes compartían vivienda con otros (38,39).

Al evaluar otros factores asociados, el sexo fue uno de ellos, siendo el nivel de ansiedad mayor en la población femenina. Inclusive, se evidencia que pertenecer al sexo masculino disminuye el puntaje en la escala de Ansiedad por COVID-19. Según la literatura, no se esperaría dicho resultado, pues son las mujeres quienes mejores relaciones interpersonales presentan y expresan sus preocupaciones a sus pares, mostrando así un mayor nivel de apoyo social percibido como lo menciona Matud et al (40). Lo último concuerda con otros estudios en el que los varones no solo tienen mayores síntomas de ansiedad por COVID-19, sino también de depresión y estrés, explicado por puntajes bajos en la escala de Apoyo Social Percibido (25,31). Por otro lado, en Latinoamérica, los síntomas de ansiedad en las mujeres eran mayores, sobre todo en la carrera de Medicina (21,41). Estos hallazgos podrían deberse a las diferencias culturales y al hecho de que estos últimos estudios no evalúan precisamente ansiedad por COVID-19, sino síntomas generales de ansiedad. Por lo que aún existe una brecha de información, pues el instrumento que usamos para medir ansiedad está siendo recientemente usado.

Según la teoría de la “Paradoja de la edad” postulada por Carstensen et al., se dice que a medida que una persona cumple más años de vida, reducen su círculo social y crean relaciones interpersonales de calidad en comparación a cuando se es joven. Además, la familia toma mayor protagonismo en la mejora de la salud mental y apoyo en situaciones

estresantes (42). Fugui li et al., mencionan que este patrón ha prevalecido incluso en el contexto de la pandemia (5) lo que podría explicar por qué los participantes del estudio con mayor edad presentan menores niveles de ansiedad y mayores puntuaciones en la escala de apoyo social percibido, ya que este hallazgo es similar al reportado en estudiantes universitarios de China (31). La teoría mencionada anteriormente también explica por qué el tener un familiar fallecido por COVID-19 incrementa los niveles de ansiedad, pues el principal fuente de apoyo social percibido en la pandemia ha sido la familia, durante el pico como en el descenso de los casos (4). Por lo tanto, el fallecimiento de un familiar altera uno de los principales vínculos sociales que conforman el apoyo social. Hallazgos similares se encontraron en estudiantes que notificaron tener más de 2 familiares infectados por COVID-19, quienes presentaron mayor frecuencia de síntomas de ansiedad a comparación de aquellos que no (21).

En el periodo de la pre-pandemia, los estudiantes de áreas preclínicas presentaron mayores síntomas de ansiedad y los principales detonantes eran la poca experiencia de la etapa universitaria, nuevas responsabilidades académicas y menor tiempo para realizar actividades sociales (20). En la actual pandemia, la población universitaria de China mostró la misma relación inversa, es decir pertenecer a menores años académicos se reflejaba en la mayor presencia de síntomas de ansiedad (31). Sin embargo, en nuestro estudio se reportó que los participantes de áreas preclínicas y clínicas presentaron similar frecuencia de síntomas de ansiedad. Se cree que los estudiantes universitarios, producto de la pandemia, experimentaron diversos cambios que afectaron a los estudiantes de todos los años académicos. Entre estos, la postergación de las clases, calidad de la enseñanza, dificultad para concentrarse, miedo sobre su entrenamiento académico y falta de interacción social que logra explicar por qué el nivel de ansiedad no varía incluso bajo la influencia del apoyo social que puedan recibir (22,43). Por otro lado, se halla el nuevo modelo digital de enseñanza y la falta del manejo de las Tecnologías de Información y Capacitación (TICS), a los cuales nuestro país no estaba preparado para enfrentar.

Es importante resaltar que las dos principales carreras que presentaron mayor frecuencia de síntomas de ansiedad fueron las de psicología y medicina. En un metaanálisis se resalta la prevalencia de ansiedad en estudiantes de medicina de China, Brazil, Irán e India que oscila entre el 17% al 46%. Adicionalmente se reportan las principales variables relacionadas que fueron percibir información insuficiente sobre la infección actual y mayor responsabilidad con su círculo cercano para brindar la insuficiente evidencia sobre

la enfermedad, así como los retrasos en su entrenamiento académico y otros factores que se mencionan en el párrafo anterior (44). Respecto a los estudiantes de psicología, no existe suficiente evidencia sobre por qué podrían presentar mayor frecuencia de síntomas, no obstante, se cree que ellos son quienes representan el mayor apoyo social desde su componente emocional en la familia durante el confinamiento, y se dice que el tener una mayor cantidad de personas por las cuales preocuparse podría invertir el efecto amortiguador del apoyo social percibido y por ende generar ansiedad (45).

Adicionalmente, en nuestro estudio el contar con una pareja sentimental no ha demostrado disminuir los niveles de ansiedad. Sin embargo, Jasmina et al. menciona que las relaciones sentimentales íntimas podrían ser un factor protector o factor de riesgo para desarrollar síntomas de ansiedad durante la pandemia, como se evidenció en un estudio con parejas de Croacia (46) donde se estudiaron otras variables relacionadas con el tipo de relación, interacción y la percepción de la pareja, variables que no fueron parte del presente estudio y podrían ser incluidas en futuras investigaciones. Este estudio, clasificaba las relaciones de pareja en 3 tipos; afectiva, ambivalente y antagónica, las parejas que tenían una relación afectiva tenían los niveles más bajos de depresión, ansiedad y estrés, mientras que en una relación antagónica estos se encontraban en los niveles más altos.

Se evidencia que el apoyo social percibido es un mecanismo necesario para lidiar con la actual pandemia que mejora la salud mental y los niveles de ansiedad; sobre todo en los estudiantes universitarios de ciencias de la salud, por lo que será un desafío mantener mejores interacciones sociales al igual que disminuir las preocupaciones académicas y familiares. Aún queda pendiente evaluar el impacto de la emergencia sanitaria a largo plazo y enfocar los cambios en la salud mental (depresión, ansiedad y estrés) a escalas más grandes que abarquen toda la comunidad universitaria e incluso la población general.

#### **4.1. LIMITACIONES Y FORTALEZAS**

Nuestro estudio presenta limitaciones. En primer lugar, este es un estudio transversal analítico, por lo que no fue posible establecer una relación de causalidad. Asimismo, se recopilaron datos en línea que pueden tener sesgos que el equipo investigador no pudo controlar, aun así, la base de datos fue revisada con minuciosidad. Por otro lado, los resultados del estudio pertenecen a una población de un grupo etario y estudiantil

específico de solo 13 universidades de Lima, por lo que no podrían ser extrapolados a la población general ni a otros estudiantes universitarios.

También, se evaluó un solo momento en la pandemia y no podríamos establecer que esta asociación sea constante, sino pudiera ser dinámica debido a sus múltiples factores como el proceso de vacunación, el incremento variable de casos, los silencios epidemiológicos y otras características propias de la población. Es probable que los niveles de ansiedad en el periodo en estudio hayan disminuido debido al inicio de la vacunación. Estudios han reportado una disminución de problemas de salud mental como efecto de la vacunación. Sin embargo, esta variable no fue medida ya que una fracción muy pequeña de la población tuvo esta oportunidad.

Es importante reconocer que pudo presentarse un sesgo de deseabilidad social, pues, así como ciertas infecciones, el COVID-19 se ha convertido en una enfermedad que puede ser estigmatizada. No obstante, al ser anónima la encuesta este sesgo pudo haberse reducido. Además, debido a la falta de información en estudiantes universitarios de ciencias de la salud, sobre el apoyo social percibido y su relación con la ansiedad, es difícil estimar y afirmar que los resultados sobre los mismos sean producto de la pandemia, pues tal vez existan otras condiciones preexistentes no medidas que influenciaron sobre los hallazgos.

A pesar de estas limitaciones, nuestro estudio presenta fortalezas. El estudio aún presenta los niveles de apoyo social percibido y nivel de ansiedad relacionada al COVID-19 en estudiantes universitarios. Del mismo modo se lograron identificar los factores asociados a la ansiedad durante la actual pandemia en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud lo que proporciona información valiosa para futuros estudios. Debemos mencionar también que la escala de Ansiedad por COVID-19, si bien es cierto, su principal objetivo es medir la frecuencia de síntomas de ansiedad experimentados durante la pandemia, pretende ser una herramienta de screening para evaluar la salud mental. Por último, este sería el primer estudio en Perú que evalúa esta asociación, sobre todo los síntomas de ansiedad relacionados a la infección por COVID-19.

## **5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

En conclusión, se evidenció que existe una relación inversa entre los niveles de apoyo social percibido y ansiedad por COVID-19 durante la actual pandemia en una población de estudiantes universitarios peruanos de la facultad de ciencias de la salud. Además, ser de sexo femenino, cursar el segundo o séptimo años de estudios y tener un familiar

fallecido por COVID-19 incrementan los niveles de ansiedad. Por lo que este estudio sugiere prestar atención a los universitarios de ciencias de la salud y más aun a aquellos a quienes se identificaron con mayor frecuencia de síntomas de ansiedad.

Proveer información sobre esta asociación sería de gran ayuda para futuros estudios, especialmente en la población universitaria sanitaria, cuyas características son diferentes a las de otros profesionales o la población general. Igualmente, sería útil tomar en cuenta otros factores como identificar la calidad de las relaciones interpersonales, el proceso de vacunación, así como a la población que se encuentra viviendo sola y aquellos con un trastorno psiquiátrico o asistan a terapia, con el objetivo de determinar si existe alguna diferencia sobre la correlación de las variables del estudio. Asimismo, un estudio longitudinal aportaría mejores características de esta asociación debido al comportamiento dinámico de la actual pandemia.

Del mismo modo, considerando los hallazgos de nuestro estudio, sería necesaria la participación de las autoridades universitarias y sanitarias, en el abordaje del apoyo social sobre la ansiedad, a través de políticas e implementación de estrategias, tomando en cuenta las nuevas modalidades de difusión de la información y la virtualidad.



## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard | WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard With Vaccination Data [Internet]. [cited 2021 Apr 10]. Available from: <https://covid19.who.int/>
2. Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020 Apr 30;382(18):1708–20.
3. Chu IY-H, Alam P, Larson HJ, Lin L. Social consequences of mass quarantine during epidemics: a systematic review with implications for the COVID-19 response. *J Travel Med*. 2020 Nov 9;27(7):7.
4. Xu J, Ou J, Luo S, Wang Z, Chang E, Novak C, et al. Perceived Social Support Protects Lonely People Against COVID-19 Anxiety: A Three-Wave Longitudinal Study in China. *Front Psychol*. 2020 Nov 6;11.
5. Li F, Luo S, Mu W, Li Y, Ye L, Zheng X, et al. Effects of sources of social support and resilience on the mental health of different age groups during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry*. 2021 Dec 1;21(1):16.
6. Lin N, Ensel WM, Simeone RS, Kuo W. Social support, stressful life events, and illness: A model and an empirical test. *J Health Soc Behav*. 1979; 20(2):108–19.
7. Eagle DE, Hybels CF, Proeschold-Bell RJ. Perceived social support, received social support, and depression among clergy. *J Soc Pers Relat*. 2019 Jul 1;36(7):2055–73.
8. Lin N, Dean A, Ensel W. *Social Support, Life Events, and Depression - 1st Edition*. Academic Press. 1985 Disponible en: <https://www.elsevier.com/books/social->

support-life-events-and-depression/lin/978-0-12-450660-2

9. Smoyak SA. Loneliness: a Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 1984;22(6):40–1.
10. Bu F, Steptoe A, Fancourt D. Loneliness during a strict lockdown: Trajectories and predictors during the COVID-19 pandemic in 38,217 United Kingdom adults. *Soc Sci Med.* 2020 Nov 1;265
11. Rauschenberg C, Schick A, Goetzl C, Roehr S, Riedel-Heller SG, Koppe G, et al. Social isolation, mental health, and use of digital interventions in youth during the COVID-19 pandemic: A nationally representative survey. *Eur Psychiatry.* 2021;64(1): e20.
12. Caqueo-Urizar A, Urzúa A, Aragón-Caqueo D, Charles CH, El-Khatib Z, Otu A, et al. Mental Health and the COVID-19 Pandemic in Chile. *Psychol Trauma Theory, Res Pract Policy.* 2020;12(5):521.
13. Liu Y, Gayle AA, Wilder-Smith A, Rocklöv J. The reproductive number of COVID-19 is higher compared to SARS coronavirus. *J Travel Med.* 2020 Mar 1;27(2): taaa021.
14. Koh D, Meng KL, Sin EC, Soo MK, Qian F, Ng V, et al. Risk perception and impact of severe acute respiratory syndrome (SARS) on work and personal lives of healthcare workers in Singapore: What can we learn? *Med Care.* 2005 Jul;43(7):676–82.
15. Asmundson GJG, Taylor S. How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *Journal of Anxiety Disorders.* 2020 Apr;

16. Alecu LS. The Psychology of Pandemics: Preparing for the Next Global Outbreak of Infectious Disease. In: *Journal of Community Positive Practices*. 2020:97.
17. Labrague LJ, De los Santos JAA. COVID-19 anxiety among front-line nurses: Predictive role of organisational support, personal resilience and social support. *J Nurs Manag*. 2020 Oct 1;28(7):1653–61.
18. Ibarra-Rovillard MS, Kuiper NA. Social support and social negativity findings in depression: Perceived responsiveness to basic psychological needs. *Clinical Psychology Review*. 2011 Apr; 31(3):342–52.
19. Fasihi Harandi T, Mohammad Taghinasab M, Dehghan Nayeri T. The correlation of social support with mental health: A meta-analysis. *Electron Physician* 2017 Sep 25;9(9):5212–22.
20. Cardona-Arias, Jaiberth A., Pérez-Restrepo, Diana, Rivera-Ocampo, Stefanía, Gómez-Martínez, Jessica, Reyes, Ángela, Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*. 2015;11(1):79-89.
21. Vivanco-Vidal A, Saroli-Aranibar D, Caycho-Rodríguez T, Carbajal-León C, Noé-Grijalva M. Vista de Ansiedad por Covid - 19 y salud mental en estudiantes universitarios. *Rev Investig en Psicol*. 2020;23(2):197–215.
22. Son C, Hegde S, Smith A, Wang X, Sasangohar F. Effects of COVID-19 on college students' mental health in the United States: Interview survey study [Internet]. Vol. 22, *Journal of Medical Internet Research*. JMIR Publications Inc.; 2020;22(9):e21279.
23. Acharya L, Jin L, Collins W. College life is stressful today—Emerging stressors and

- depressive symptoms in college students. *J Am Coll Heal.* 2018 Oct 3;66(7):655–64.
24. Ao Y, Zhu H, Meng F, Wang Y, Ye G, Yang L, et al. The impact of social support on public anxiety amidst the covid-19 pandemic in china. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Dec 1;17(23):1–14.
  25. Alnazly E, Khraisat OM, Al-Bashaireh AM, Bryant CL. Anxiety, depression, stress, fear and social support during COVID-19 pandemic among Jordanian healthcare workers. Fernández-Alcántara M, editor. *PLoS One.* 2021 Mar 12;16(3):e0247679.
  26. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Newman TB. *Designing clinical research : an epidemiologic approach.* 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013. Disponible en: <https://sample-size.net/correlation-sample-size/>
  27. Organización Mundial de la Salud. *En tiempos de estrés, haz lo que importa: una guía ilustrada.* 2020
  28. Caycho-Rodríguez T, Vilca LW, Carbajal-León C, White M, Vivanco-Vidal A, Saroli-Aranibar D, et al. Coronavirus Anxiety Scale: New psychometric evidence for the Spanish version based on CFA and IRT models in a Peruvian sample. *Death Stud.* 2021 Jan 10;1-10
  29. Levin SK, Metlay JP, Maselli JH, Kersey AS, Camargo CA, Gonzales R. Perceived social support among adults seeking care for acute respiratory tract infections in US EDs. *Am J Emerg Med.* 2009 Jun;27(5):582–7.
  30. Zimet GD, Powell SS, Farley GK, Werkman S, Berkoff KA. Psychometric

- characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess.* 1990;55(3-4):610-7.
31. Guo K, Zhang X, Bai S, Minhat HS, Nazan AINM, Feng J, et al. Assessing social support impact on depression, anxiety, and stress among undergraduate students in Shaanxi province during the COVID-19 pandemic of China. *PLoS One.* 2021 Jul 1;16(7):e0253891.
  32. Akbar Z, Aisyawati MS. Coping Strategy, Social Support, and Psychological Distress Among University Students in Jakarta, Indonesia During the COVID-19 Pandemic. *Front Psychol.* 2021 Aug 26;0:3409.
  33. Huarcaya-Victoria J, Elera-Fitzcarrald C, Crisol-Deza D, Villanueva-Zúñiga L, Pacherras A, Torres A, Huertas G, Calderón D, Noriega-Baella C, Astonitas E, Salvador-Carrillo J. Factors associated with mental health in Peruvian medical students during the COVID-19 pandemic: a multicentre quantitative study. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed).* 2021 Jul 2:S0034-7450(21)00108-6.
  34. Lee SA. Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Stud.* 2020 Jul 2;44(7):393–401.
  35. Wright K. Social Networks, Interpersonal Social Support, and Health Outcomes: A Health Communication Perspective. *Front Commun.* 2016 Oct 14;0:10.
  36. Ministerio de Salud. Covid 19 en el Perú - Ministerio del Salud [Internet]. [cited 2022 Jan 31]. Available from: [https://covid19.minsa.gob.pe/sala\\_situacional.asp](https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp)
  37. Qi M, Zhou SJ, Guo ZC, Zhang LG, Min HJ, Li XM, et al. The Effect of Social Support on Mental Health in Chinese Adolescents During the Outbreak of COVID-19. *J Adolesc Heal.* 2020 Oct 1;67(4):514–8.

38. Li Z, Ge J, Feng J, Jiang R, Zhou Q, Xu X, et al. Less Social Support for Patients With COVID-19: Comparison With the Experience of Nurses. *Front Psychiatry*. 2021 Feb 1;12:44.
39. Jacob L, Haro JM, Koyanagi A. Relationship between living alone and common mental disorders in the 1993, 2000 and 2007 National Psychiatric Morbidity Surveys. *PLoS One*. 2019 May 1;14(5):e0215182.
40. Matud MP, Ibáñez I, Bethencourt JM, Marrero R, Carballeira M. Structural gender differences in perceived social support. *Pers Individ Dif*. 2003 Dec 1;35(8):1919–29.
41. Saravia-Bartra M, Cazorla-Saravia P, Cedillo-Ramirez L. Anxiety level of first-year medical students from a private university in Peru in times of Covid-19 | *Revista de la Facultad de Medicina Humana*. *Rev Fac Med Hum*. 2020 Oct;20(4):568–73
42. Carstensen LL. Social and emotional patterns in adulthood: support for socioemotional selectivity theory. *Psychol Aging*. 1992;7(3):331–8.
43. Kwok KO, Wong V, Wei VWI, Wong SYS, Tang JW. Novel coronavirus (2019-nCoV) cases in Hong Kong and implications for further spread. *J Infect*. 2020 Jun;80(6):671-693
44. Lasheras I, Gracia-García P, Lipnicki DM, Bueno-Notivol J, López-Antón R, de la Cámara C, et al. Prevalence of Anxiety in Medical Students during the COVID-19 Pandemic: A Rapid Systematic Review with Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Sep 2;17(18):1–12.
45. Liu C, Huang N, Fu M, Zhang H, Feng XL, Guo J. Relationship Between Risk

Perception, Social Support, and Mental Health Among General Chinese Population During the COVID-19 Pandemic. *Risk Manag Healthc Policy*. 2021 May 7;14:1843–53.

46. Mehulić J, Kamenov Ž. Mental Health in Affectionate, Antagonistic, and Ambivalent Relationships During the COVID-19 Pandemic: A Latent Profile Analysis. *Front Psychol*. 2021 Sep 1;0:3578.

## 7. ANEXOS

### 7.1. FIGURAS

Figura 1. Infografía







**AQUÍ TE DEJAMOS ALGUNAS LÍNEAS DE APOYO, NO DUDES EN BUSCAR AYUDA**

### LIMA TE ESCUCHA: ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA EN LÍNEA

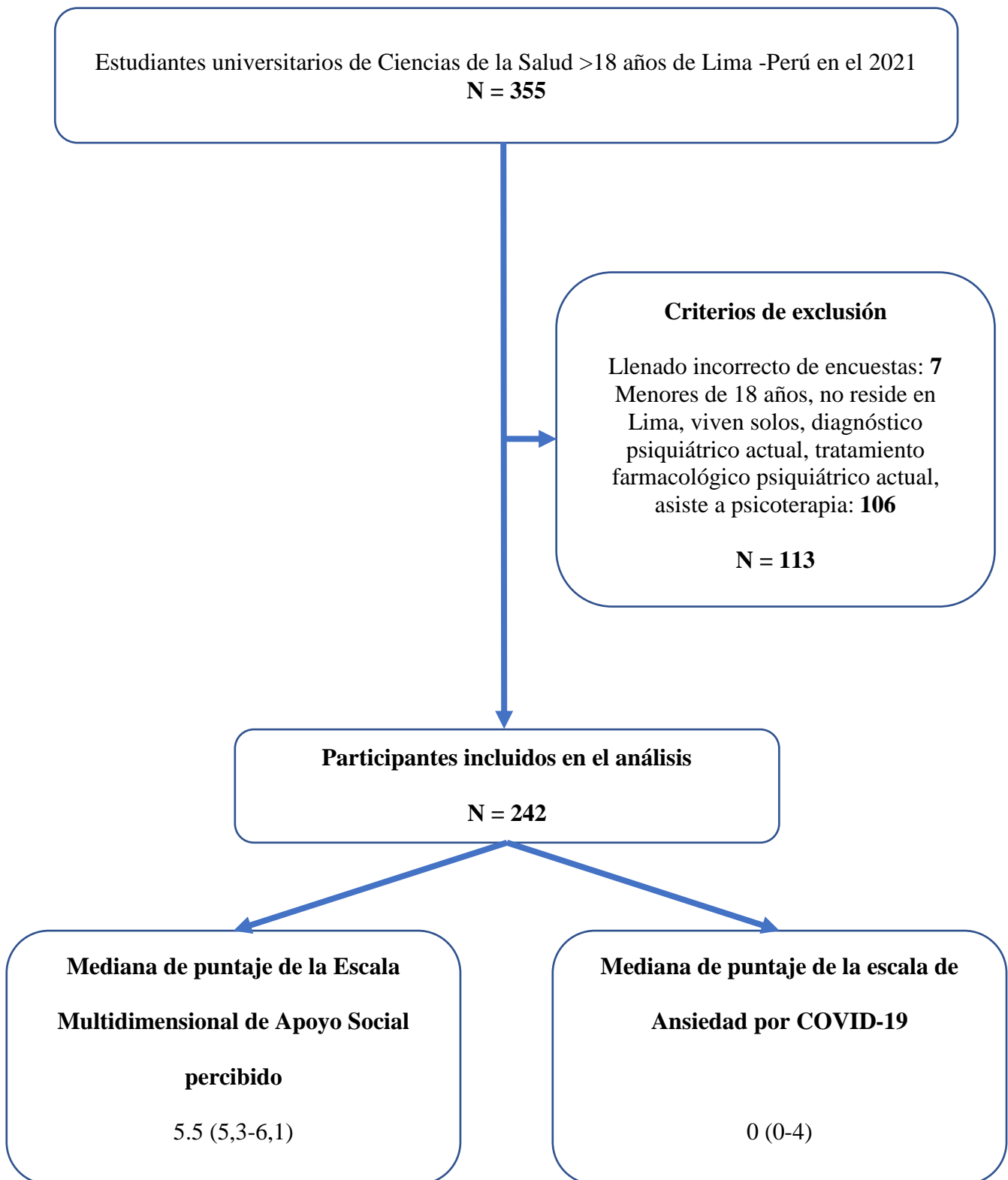
Los especialistas en salud mental del municipio atenderán las consultas vía telefónica y por WhatsApp en los números 942652276, 942655079 y 942658110; asimismo, vía el correo [saludmental@munlima.gob.pe](mailto:saludmental@munlima.gob.pe) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 1 p.m. y de 2 p.m. a 4 p.m.

### "ALIGERANDO MOCHILAS"

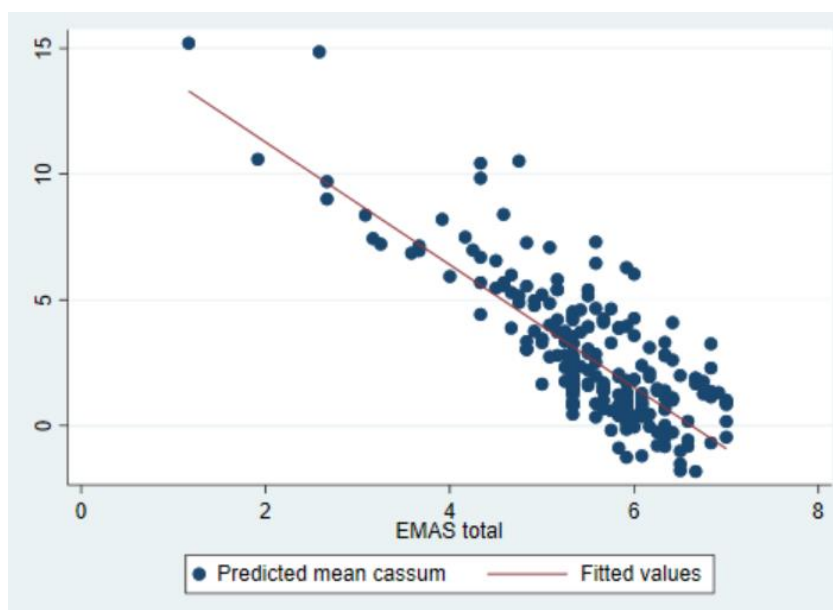
Si viven adolescentes en tu casa, esta iniciativa implementada por el Centro de Desarrollo y Asesoría Psicosocial (CEDAPP) en coordinación con el Ministerio de Salud y UNICEF, busca cuidar la salud mental de los adolescentes a través de la atención especializada.

Tienen una línea gratuita (0800 - 00194) para escuchar a los adolescentes que quieran compartir lo que sienten y que necesitan un soporte emocional confidencial para ellos y sus familias debido al contexto actual de COVID -19

**Figura 2. Flujograma**



**Figura 3. Gráfico de dispersión entre las variables Apoyo Social percibido y Ansiedad por COVID-19**



EMAS total = Escala Multidimensional de Apoyo Social percibido  
CASSUM = Ansiedad por COVID-19

## 7.2. TABLAS

**Tabla 1. Características sociodemográficas de estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud mayores de 18 años de Lima - Perú en el 2021.**

|   | n=242 | (%)     |
|---|-------|---------|
| <b>Sexo</b>                             |       |         |
| Femenino                                | 146   | (60,33) |
| Masculino                               | 96    | (39,67) |
| <b>Edad (años)*</b>                     |       |         |
| <21 años                                | 24    | (23-25) |
| 21-22 años                              | 29    | (11,98) |
| 21-22 años                              | 25    | (10,3)  |
| >22 años                                | 188   | (77,7)  |
| <b>Orientación sexual</b>               |       |         |
| Heterosexual                            | 197   | (81,4)  |
| Bisexual                                | 28    | (11,6)  |
| Lesbiana                                | 4     | (1,7)   |
| Gay                                     | 7     | (2,9)   |
| Transexual                              | 1     | (0,4)   |
| Otro                                    | 5     | (2,1)   |
| <b>Relación sentimental actual</b>      |       |         |
| Sí                                      | 58    | (23,97) |
| No                                      | 184   | (76,0)  |
| <b>Distrito de residencia</b>           |       |         |
| Lima Norte                              | 49    | (20,3)  |
| Lima Centro                             | 65    | (26,9)  |
| Lima Este                               | 40    | (16,5)  |
| Lima Sur                                | 79    | (32,6)  |
| Callao                                  | 9     | (3,7)   |
| <b>Universidad de estudios</b>          |       |         |
| Pública                                 | 37    | (15,3)  |
| Privada                                 | 205   | (84,7)  |
| <b>Facultad de Ciencias de la Salud</b> |       |         |
| Medicina humana                         | 43    | (17,8)  |
| Enfermería                              | 18    | (7,4)   |
| Psicología                              | 69    | (28,5)  |
| Odontología                             | 41    | (16,9)  |
| Nutrición                               | 71    | (29,3)  |
| <b>Año actual de estudios</b>           |       |         |
| Primer año                              | 8     | (3,3)   |
| Segundo año                             | 7     | (2,9)   |
| Tercer año                              | 20    | (8,3)   |
| Cuarto año                              | 73    | (30,2)  |
| Quinto año                              | 74    | (30,6)  |
| Sexto año                               | 37    | (15,3)  |
| Séptimo año                             | 23    | (9,5)   |

|                      |     |        |
|----------------------|-----|--------|
| Convivencia familiar |     |        |
| 2 - 4 personas       | 147 | (60,7) |
| 5- 7 personas        | 90  | (37,2) |
| >7 personas          | 5   | (2,1)  |

---

\*Mediana y rango intercuartílico

**Tabla 2. Características clínicas y de infección por COVID-19 en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud mayores de 18 años de Lima - Perú en el 2021.**

|  | n=242 | (%)       |
|--|-------|-----------|
| <b>Diagnóstico de COVID-19</b>                                     |       |           |
| Sí   | 118   | (48,8)    |
| No   | 124   | (51,2)    |
| <b>Diagnóstico de COVID-19 en la familia</b>                       |       |           |
| Sí   | 154   | (63,6)    |
| No   | 88    | (36,4)    |
| <b>Familiar infectado de COVID-19</b>                              |       |           |
| Padres   | 28    | (11,6)    |
| Hermanos   | 10    | (4,1)     |
| Abuelos  | 10    | (4,1)     |
| Tíos   | 34    | (14,1)    |
| Primos   | 4     | (1,7)     |
| Hijos  | 1     | (0,4)     |
| Pareja   | 4     | (1,7)     |
| Ninguno  | 88    | (36,8)    |
| Más de 1 familiar  | 63    | (25,8)    |
| <b>Familiar fallecido por COVID-19</b>                             |       |           |
| Sí   | 52    | (21,5)    |
| No   | 190   | (78,5)    |
| <b>Diagnóstico de COVID-19 en círculo social cercano</b>           |       |           |
| Sí   | 159   | (65,7)    |
| No   | 83    | (34,3)    |
| <b>Integrante de círculo social cercano fallecido por COVID-19</b> |       |           |
| Sí   | 35    | (14,5)    |
| No   | 207   | (85,5)    |
| <b>Escala Multidimensional de Apoyo Social percibido (EMAS)</b>    |       |           |
| <b>Puntaje total*</b>  | 5.5   | (5,3-6,1) |
| Por componentes  |       |           |
| Familia  | 5     | (5-6)     |
| Amigos   | 6     | (5-6,3)   |
| Otros significativos   | 6     | (5,3-6,3) |
| <b>Por categorías</b>  |       |           |
| Bajo apoyo social  | 5     | (2,1)     |
| Moderado apoyo social  | 39    | (16,1)    |
| Alto apoyo social  | 198   | (81,8)    |
| <b>Ansiedad Frente a COVID-19*</b>                                 |       |           |
| Puntaje total  | 0     | (0-4)     |

\*Mediana y rango intercuartílico

**Tabla 3. Características sociodemográficas, clínicas y de infección asociadas a apoyo social percibido y ansiedad por COVID-19 en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud mayores de 18 años de Lima - Perú en el 2021.**

|                                 | EMAS-familia |      | EMAS-amigos |      | EMAS-otros |     | EMAS-total |     | Valor p   | Ansiedad por COVID-19 |     | Valor p   |
|---------------------------------|--------------|------|-------------|------|------------|-----|------------|-----|-----------|-----------------------|-----|-----------|
|                                 | Mediana      | RIC  | Mediana     | RIC  | Mediana    | RIC | Mediana    | RIC |           | Mediana               | RIC |           |
| <b>Sexo*</b>                    |              |      |             |      |            |     |            |     | 0,0897    |                       |     | 0,0103    |
|                                 | Femenino     | 5,25 | 5 - 6       | 6    | 5-6,5      | 6   | 5,25-6,5   | 5,6 | 5,3-6,2   |                       | 1   | 0 - 5     |
|                                 | Masculino    | 5    | 4,6 - 6     | 5,75 | 5-6,1      | 6   | 5,5-6      | 5,3 | 5,3-5,9   |                       | 0   | 0 - 3,5   |
| <b>Edad**</b>                   |              |      |             |      |            |     |            |     | 0,1305    |                       |     | <0,001    |
|                                 | <21 años     | 5,8  | 4,3 - 6,3   | 5,3  | 5 - 6,3    | 5,8 | 5 - 6,8    | 5,5 | 4,8 - 6,2 |                       | 2   | 1 - 9     |
|                                 | 21-22 años   | 4,8  | 3,8 - 5,3   | 6    | 5,5 - 6,8  | 5,8 | 4,8 - 6,5  | 5,3 | 4,9 - 5,9 |                       | 3   | 0 - 5     |
|                                 | >22 años     | 5,1  | 5 - 6       | 6    | 5 - 6,3    | 6   | 5,5 - 6,3  | 5,6 | 5,3 - 6,1 |                       | 0   | 0 - 3     |
| <b>Relación sentimental*</b>    |              |      |             |      |            |     |            |     | <0,001    |                       |     | 0,6595    |
|                                 | Sí           | 5,8  | 5 - 6       | 6    | 5,5 - 6,5  | 6,6 | 6 - 7      | 6   | 5,7 - 6,3 |                       | 1   | 0 - 5     |
|                                 | No           | 5    | 5 - 6       | 5,8  | 5 - 6,3    | 6   | 5 - 6      | 5,3 | 5,2 - 5,9 |                       | 0   | 0 - 4     |
| <b>Facultad**</b>               |              |      |             |      |            |     |            |     | <0,001    |                       |     | 0,0212    |
|                                 | Medicina     | 5,8  | 5 - 6,5     | 6,5  | 5,8 - 7    | 6,5 | 5,5 - 6,8  | 6,1 | 5,2 - 6,7 |                       | 1   | 0 - 6     |
|                                 | Enfermería   | 5,8  | 5 - 6       | 5,6  | 5 - 6      | 6   | 5,75 - 6   | 5,8 | 5,3 - 6   |                       | 0   | 0 - 0     |
|                                 | Psicología   | 5,3  | 4,5 - 6     | 6    | 5,3 - 6,3  | 5,8 | 5 - 6,3    | 5,6 | 5,1 - 6,1 |                       | 1   | 0 - 5     |
|                                 | Odontología  | 5,8  | 5 - 6       | 6    | 5 - 6,3    | 6   | 5,8 - 6    | 5,7 | 5,3 - 6,1 |                       | 0   | 0 - 2     |
|                                 | Nutrición    | 5    | 5 - 5       | 5    | 5 - 6      | 6   | 5,5 - 6    | 5,3 | 5,3 - 5,5 |                       | 0   | 0 - 4     |
| <b>Año actual de estudios**</b> |              |      |             |      |            |     |            |     | <0,001    |                       |     | <0,001    |
|                                 | Primer año   | 5,5  | 4,4 - 6     | 5,5  | 4 - 6,3    | 5,9 | 5,5 - 6,3  | 5,5 | 4,9 - 6   |                       | 3,5 | 1 - 6     |
|                                 | Segundo año  | 4,5  | 3 - 5,8     | 5    | 4,8 - 5,3  | 5   | 3,3 - 6,5  | 4,8 | 4,3 - 5,5 |                       | 10  | 3 - 13    |
|                                 | Tercer año   | 4,5  | 3,8 - 5,8   | 6,1  | 5 - 6,6    | 5,5 | 4,8 - 6,6  | 5,3 | 4,8 - 6,3 |                       | 1,5 | 0,5 - 8,5 |

|   |        |           |         |           |        |           |        |           |        |       |        |
|---|--------|-----------|---------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-------|--------|
| Cuarto año  | 5      | 4,8 - 5,8 | 5,5     | 5 - 6     | 6      | 5 - 6     | 5,3    | 5,2 - 5,7 | 0      | 0 - 4 |        |
| Quinto año  | 5      | 5 - 6     | 5,8     | 5 - 6     | 6      | 5,8 - 6,3 | 5,4    | 5,3 - 6,1 | 0      | 0 - 4 |        |
| Sexto año   | 6      | 5 - 6,3   | 6,3     | 6 - 6,5   | 6      | 5,8 - 6,3 | 6      | 5,7 - 6,2 | 0      | 0 - 2 |        |
| Séptimo año   | 6      | 5 - 6,8   | 7       | 6 - 7     | 6,8    | 6 - 7     | 6,3    | 5,9 - 6,8 | 1      | 0 - 6 |        |
| <b>Diagnóstico de COVID-19*</b>                                     |        |           |         |           |        |           |        |           | 0,7522 |       | 0,0791 |
| Sí  | 5      | 4,8 - 6   | 5,9     | 5 - 6,25  | 6      | 5,5 - 6,3 | 5,6    | 5,3 - 6,1 | 0      | 0 - 3 |        |
| No  | 5      | 5 - 6     | 6       | 5 - 6,4   | 6      | 5,3 - 6,5 | 5,5    | 5,3 - 6,1 | 1      | 0 - 5 |        |
| <b>Diagnóstico de COVID-19 en la familia*</b>                       |        |           |         |           |        |           |        |           | 0,5341 |       | 0,5889 |
| Sí  | 5      | 4,5 - 6   | 6       | 5 - 6,3   | 6      | 5,3 - 6,3 | 5,5    | 5,3 - 6,1 | 0,5    | 0 - 5 |        |
| No  | 5,3    | 5 - 6     | 5,8     | 5 - 6,4   | 6      | 5,5 - 6,4 | 5,6    | 5,3 - 6,1 | 0      | 0 - 4 |        |
| <b>Familiar fallecido por COVID-19*</b>                             |        |           |         |           |        |           |        |           | 0,1049 |       | <0,001 |
| Sí  | 5      | 4,5 - 5,8 | 6       | 5,1 - 6,5 | 5,62   | 4,6 - 6,5 | 5,4    | 4,8 - 6,0 | 2      | 0 - 5 |        |
| No  | 5,1    | 5 - 6     | 5,9     | 5 - 6,3   | 6      | 5,8 - 6,3 | 5,6    | 5,3 - 6,1 | 0      | 0 - 4 |        |
| <b>Diagnóstico de COVID-19 en círculo social cercano*</b>           |        |           |         |           |        |           |        |           | 0,6674 |       | 0,5243 |
| Sí  | 5      | 5 - 6     | 5,8     | 5 - 6,3   | 6      | 5,5 - 6,3 | 5,6    | 5,3 - 6,1 | 0      | 0 - 4 |        |
| No  | 5      | 4,8 - 6   | 6       | 5 - 6,5   | 6      | 5 - 6,3   | 5,5    | 5,2 - 6,1 | 1      | 0 - 5 |        |
| <b>Integrante de círculo social cercano fallecido por COVID-19*</b> |        |           |         |           |        |           |        |           | 0,1340 |       | 0,1353 |
| Sí  | 5      | 5 - 6     | 5,8     | 5 - 6,3   | 6      | 5 - 6     | 5,3    | 5 - 6     | 2      | 0 - 5 |        |
| No  | 5      | 5 - 6     | 6       | 5 - 6,3   | 6      | 5,5 - 6,5 | 5,6    | 5,3 - 6,1 | 0      | 0 - 4 |        |
| <b>Ansiedad Frente a COVID-19***</b>                                |        |           |         |           |        |           |        |           | <0,001 |       |        |
|   | -0.247 |           | -0.0018 |           | -0.232 |           | -0.245 |           |        |       |        |

EMAS = Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido

\*Prueba de U de Mann Whitney

\*\*Prueba de Kruskal-Wallis

\*\*\*Coeficiente de Correlación de Spearman



**Tabla 4. Modelo de regresión bivariado y multivariado del apoyo social percibido y la ansiedad por COVID-19 en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud mayores de 18 años de Lima - Perú en el 2021.**

| Factores                      | Modelo crudo |        |               | Modelo ajustado* |        |               |       |
|-------------------------------|--------------|--------|---------------|------------------|--------|---------------|-------|
|                               | Beta(c)      | IC 95% | Valor p       | Beta(a)          | IC 95% | valor p       |       |
| <b>Sexo</b>                   |              |        |               |                  |        |               |       |
|                               | Femenino     | Ref.   |               | Ref.             |        |               |       |
|                               | Masculino    | -0,79  | -1,84 - 0,26  | 0,142            | -1,02  | -1,78 - -0,24 | 0,009 |
| <b>Edad</b>                   |              |        |               |                  |        |               |       |
|                               | <21 años     | Ref.   |               | Ref.             |        |               |       |
|                               | 21-22 años   | -0,92  | -3,34 - 1,50  | 0,458            | 0,42   | -1,78 - 2,62  | 0,708 |
|                               | >22 años     | -2,56  | -4,43 - -0,70 | 0,007            | -0,12  | -2,30 - 2,06  | 0,913 |
| <b>Relación sentimental</b>   |              |        |               |                  |        |               |       |
|                               | No           | Ref.   |               | Ref.             |        |               |       |
|                               | Sí           | -0,21  | -1,24 - 0,84  | 0,699            | 0,70   | -0,23 - 1,64  | 0,141 |
| <b>Facultad</b>               |              |        |               |                  |        |               |       |
|                               | Medicina     | Ref.   |               | Ref.             |        |               |       |
|                               | Enfermería   | -2,29  | -4,19 - -0,39 | 0,018            | 0,28   | -1,47 - 2,04  | 0,752 |
|                               | Psicología   | -0,27  | -2,03 - 1,50  | 0,769            | 1,46   | -0,32 - 3,25  | 0,108 |
|                               | Odontología  | -1,61  | -3,33 - 0,11  | 0,066            | 0,85   | -0,85 - 2,55  | 0,325 |
|                               | Nutrición    | -1,09  | -2,78 - 0,60  | 0,206            | 0,70   | -1,11 - 2,50  | 0,450 |
| <b>Año actual de estudios</b> |              |        |               |                  |        |               |       |
|                               | Primer año   | Ref.   |               | Ref.             |        |               |       |
|                               | Segundo año  | 5,64   | 1,57 - 9,71   | 0,007            | 3,82   | 0,44 - 7,21   | 0,027 |
|                               | Tercer año   | 1,2    | -1,79 - 4,19  | 0,432            | 1,10   | -1,51 - 3,72  | 0,409 |
|                               | Cuarto año   | -1,29  | -3,29 - 0,70  | 0,204            | -0,58  | -3,25 - 2,09  | 0,671 |

|   |       |               |        |       |              |        |
|---|-------|---------------|--------|-------|--------------|--------|
| Quinto año  | -1,35 | -3,34 – 0,64  | 0,184  | 0,19  | -2,58 – 2,96 | 0,893  |
| Sexto año   | -1,74 | -3,87 – 0,38  | 0,108  | 0,03  | -2,78 - 2,84 | 0,983  |
| Séptimo año   | -0,20 | -2,61 – 2,22  | 0,874  | 3,65  | 0,24 - 7,06  | 0,036  |
| <b>Diagnóstico de COVID-19</b>                                  |       |               |        |       |              |        |
| No  | Ref.  |               |        | Ref.  |              |        |
| Sí  | -0,47 | -1,51 - 0,57  | 0,375  | 0,08  | -0,79 - 0,94 | 0,862  |
| <b>Diagnóstico de COVID-19 en la familia</b>                    |       |               |        |       |              |        |
| No  | Ref.  |               |        | Ref.  |              |        |
| Sí  | 0,59  | -0,41 - 1,61  | 0,249  | 0,10  | -0,74 – 0,93 | 0,820  |
| <b>Familiar fallecido por COVID-19</b>                          |       |               |        |       |              |        |
| No  | Ref.  |               |        | Ref.  |              |        |
| Sí  | 2,82  | 1,41 - -4,23  | <0,000 | 1,87  | 0,64 - 3,11  | 0,003  |
| <b>Diagnóstico de COVID-19 en círculo social cercano</b>        |       |               |        |       |              |        |
| No  | Ref.  |               |        | Ref.  |              |        |
| Sí  | -0,35 | -1,47 - 0,77  | 0,542  | -0,08 | -1,01 - 0,86 | 0,874  |
| <b>Escala Multidimensional de Apoyo Social percibido (EMAS)</b> |       |               |        |       |              |        |
| Puntaje total   | -2,44 | -3,19 - -1,68 | <0,000 | -2,64 | -3,45 - -1,8 | <0,000 |

\*Modelo lineal generalizado (GLM) con familia *gaussian* y función de enlace *identidad*, con varianzas robustas, ajustado por todas las variables del modelo

