

# ESTADO DE SALUD EN ADOLESCENTES DE ESPAÑA, MÉXICO Y CHILE DURANTE LA COVID-19: UN ESTUDIO TRANSCULTURAL

## HEALTH STATUS OF ADOLESCENTS IN SPAIN, MEXICO, AND CHILE DURING COVID-19: A CROSS-CULTURAL STUDY

ALICIA TAMARIT<sup>1</sup>, KONSTANZE SCHOEPS<sup>1</sup>,  
CONSTANZA DEL ROSARIO<sup>2</sup>, NANCY A. AMADOR ESPARZA<sup>3</sup> E  
INMACULADA MONTOYA-CASTILLA<sup>1</sup>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Tamarit, A., Schoeps, K., Del Rosario, C., Amador Esparza, N. A. y Montoya-Castilla, I. (2021). Estado de salud en adolescentes de España, México y Chile durante la COVID-19: un estudio transcultural [Health Status of Adolescents in Spain, Mexico, and Chile during COVID-19: A Cross-Cultural Study]. *Acción Psicológica*, 18(1), 107–120. <https://doi.org/10.5944/ap.18.1.29018>

### Resumen

La pandemia provocada por la COVID-19 es una crisis sin precedentes en la historia reciente, cuyas consecuencias han tenido un impacto mundial. Una de las etapas más vulnerables a los efectos de esta emergencia sanitaria es la adolescencia, pues atraviesan un proceso vital de cambios en diversos aspectos de su vida, y la inestabilidad social y económica se suma como factor de riesgo a su ajuste psicosocial. Los estudios a nivel transcultural han tratado

de comparar y comprender las diferencias en la adaptación de los y las adolescentes a la pandemia en diferentes partes del mundo. El objetivo de este estudio fue analizar el estado de salud actual, en comparación con el estado de salud previo a la pandemia provocada por la COVID-19, en una muestra de adolescentes de España, México y Chile. Participaron 449 adolescentes (75.90 % chicas) de entre 12 y 17 años ( $M= 15.37$ ;  $DT= 1.09$ ). Se estudió su estado general de salud mediante un cuestionario ad hoc, y se realizaron análisis descriptivos y análisis de Chi-cuadrado. Los resultados muestran que los y las

**Correspondence address [Dirección para correspondencia]:** Alicia Tamarit, Universitat de València, España.

**Email:** [alicia.tamarit@uv.es](mailto:alicia.tamarit@uv.es)

**ORCID:** Alicia Tamarit (<http://orcid.org/0000-0002-8905-9994>), Konstanze Schoeps (<https://orcid.org/0000-0002-6312-7055>), Nancy A. Amador Esparza (<https://orcid.org/0000-0002-1178-8089>) e Inmaculada Montoya-Castilla (<https://orcid.org/0000-0003-2536-2019>).

<sup>1</sup> Universitat de València, España.

<sup>2</sup> Fundación Relaciones Inteligentes, Chile.

<sup>3</sup> Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Mexico.

Recibido: 30 de mayo de 2021.

Aceptado: 28 de junio de 2021.

adolescentes de España, México y Chile, especialmente estos últimos, tienden a presentar una incidencia significativamente mayor de síntomas físicos y psicológicos durante la pandemia, en comparación a su estado de salud anterior a la aparición del coronavirus. Estos resultados enfatizan la necesidad de detectar las necesidades específicas de los y las adolescentes teniendo en cuenta su contexto social y cultural, para poder poner en marcha intervenciones destinadas a proteger su salud mental durante esta pandemia.

**Palabras clave:** COVID-19; síntomas físicos; síntomas psicológicos; salud mental; adolescentes.

### Abstract

The pandemic caused by COVID-19 is an unprecedented crisis in recent history, which has had devastating consequences throughout the world. One of the populations most vulnerable to the effects of this health emergency are adolescents, as they are going through a life stage of profound changes in various aspects of their lives – social and economic instability adding as risk factors to the youth's psychosocial adjustment. Cross-cultural studies have tried to compare and understand the differences in the adaptation of adolescents to the pandemic in different parts of the world. The aim of this study was to analyse the current health status, in comparison with the health status prior to the pandemic caused by COVID-19, in a sample of adolescents from Spain, Mexico and Chile. A total of 449 adolescents (75.90 % girls) aged 12 to 17 years ( $M = 15.37$ ;  $SD = 1.09$ ) participated. Their general health status was studied by means of an ad hoc questionnaire, and descriptive analysis and Chi-square analysis were performed. The results show that, in general, adolescents in Chile tend to present a significantly higher incidence of physical and psychological symptoms during the pandemic, compared to their health status prior to the appearance of the coronavirus. These results emphasize the need to detect the specific needs of young people taking into account their social and cultural context, especially those who present worse health conditions in the most recent studies in psychology.

**Keywords:** COVID-19; physical symptoms; psychological symptoms; mental health; teenager.

### Introducción

En diciembre de 2019 se identificó por primera vez un caso de COVID-19, la enfermedad provocada por el coronavirus SARS-CoV-2, en Wuhan, China (Sahu, 2020). El 11 de marzo de 2020, se declaró esta enfermedad como una pandemia a nivel mundial, marcando un hito en la historia que está dejando su huella en la humanidad, con un 10 % de la población mundial ya infectada en noviembre del 2020 (Cucinotta y Vanelli, 2020). Se trata de un suceso sin precedentes en la historia reciente, que ha obligado a gobiernos de todo el mundo a implementar medidas de urgencia para contener la transmisión del virus y reducir la tasa incremental de casos y muertes asociadas a la COVID-19, como las políticas de confinamiento y de restricción de la movilidad (Zhao et al., 2020). Su impacto en la economía, la sociedad y la salud mental ha alcanzado países de todo el mundo, demostrando que este virus no distingue culturas o fronteras (Cénat et al., 2020).

Los estudios acerca de las consecuencias de este virus han tenido en cuenta los efectos de la pandemia en diferentes países, calculando el impacto según las infraestructuras sanitarias, el nivel socioeconómico y la gestión política de cada país (Shonfeld et al., 2020). En España, se proclamó el estado de alarma el 14 de marzo de 2020, dando lugar a unas de las políticas de aislamiento social más duras de todo el mundo, solo permitiendo el inicio de la desescalada tras tres meses de confinamiento, de camino a la llamada «Nueva normalidad» (BOE 24/01/2020, 2020). Cada país estableció sus propias directrices de seguridad sanitaria, sin embargo, la mayoría de gobiernos actuaron en torno a las mismas fechas, conforme nuevos casos se iban confirmando en sus territorios (World Health Organization [WHO], 2020b).

En la primera semana de mayo del 2020, momento en el que se empezaron a recoger los datos de este estudio, se confirmaron 6.996 casos nuevos de COVID-19 en España, y 1.024 fallecidos a causa de la enfermedad (WHO, 2020a).

En México, el 30 de marzo se declaró el estado de emergencia sanitaria, a causa de las nuevas infecciones y muertes por coronavirus en el país, recomendando el confinamiento en el hogar y limitando la movilidad y las reuniones sociales. El 13 de mayo de 2020 comenzó el “Plan para el regreso a la nueva normalidad”, con un levantamiento progresivo de las restricciones aplicadas; el 1 de junio de 2020 comenzó la tercera fase de este plan, que todavía sigue vigente en noviembre del 2020. La primera semana de mayo de 2020, había un recuento de casos de 10.786 y 1.188 muertes a causa de la enfermedad (WHO, 2020a).

En Chile, el 18 de marzo de 2020 se declaró el estado de catástrofe nacional, se instauró un toque de queda y se limitó la movilidad, utilizando el confinamiento domiciliario como una de las medidas de protección ciudadana ante la pandemia (Gobierno de Chile, 2020). El 19 de julio se anunció oficialmente el plan de desconfinamiento llamado “Paso a Paso”, que sigue vigente en noviembre del 2020, con restricciones en la movilidad y toque de queda a partir de las 12h durante la noche (Mauricio, 2020). En la primera semana de mayo del 2020, se registraron 8.784 nuevos casos y 57 muertes asociadas a la enfermedad (WHO, 2020a).

Entre estos tres países, en la primera semana de mayo España era el país con mayor número de casos por habitante (46.94 millones de personas), seguido de México (126.20 millones) y de Chile (18.73 millones) (The World Bank, 2019).

Estas medidas, sumando el confinamiento domiciliario, el aislamiento social, el cierre de negocios y escuelas, la desestabilización de la economía y de la vida diaria, han hecho mella en la salud mental de las personas en todo el planeta (Extremera, 2020; Vinkers et al., 2020).

La adolescencia es un período de cambios a nivel físico y psicológico, en la que deben adaptarse a la inestabilidad de su entorno, identidad y estado emocional, lo que supone atravesar una época de mayor vulnerabilidad psicológica (Salguero et al., 2012). En tiempos de pandemia, los y las adolescentes están experimentando otras formas de inestabilidad: el cierre de centros educativos, el confinamiento en sus hogares junto a sus familiares, el aislamiento de su

entorno social, que es una de sus principales prioridades, y la incertidumbre a nivel económico y político, aumentando su vulnerabilidad (Liang et al., 2020).

Entre estas nuevas formas de inestabilidad han surgido nuevas variables de estudio asociadas a cómo los y las adolescentes están lidiando con la pandemia. Haber experimentado algún suceso estresante no asociado a la COVID-19 (Horesh et al., 2020) y dedicar varias horas al día a buscar información sobre el coronavirus a través de internet (Taylor et al., 2020). Que exista algún caso, o fallecimiento, en su entorno cercano o haber pasado la enfermedad, son estresores que se suman a la situación de crisis global que están viviendo (Tamarit et al., 2020). Todo ello supone una fuente de ansiedad que puede suponer un riesgo para su salud mental (Liang et al., 2020).

Una de las áreas que más se puede ver afectada son los síntomas a nivel cognitivo: el aislamiento social y la ruptura de rutinas puede afectar al funcionamiento cognitivo normal (Palmer, 2019), influyendo en la percepción del tiempo o la atención. Puesto que el mantenimiento de rutinas es un factor protector en la adolescencia, se ha observado que la ruptura de hábitos provocada por la pandemia ha tenido un impacto negativo en otras áreas relacionadas con la salud, como los hábitos alimenticios o la práctica del ejercicio físico (Ren et al., 2020). La atención a estos síntomas es clave en la adolescencia, y es todavía más importante tener en cuenta la vulnerabilidad añadida que supone la ruptura de rutinas durante la pandemia (Davis et al., 2020). La alteración en estas rutinas, que se estudian como un factor clave para el mantenimiento del bienestar emocional en la adolescencia, afecta especialmente al sueño: en cantidad, como el número de horas totales de sueño durante el día y la noche; y en calidad, como la presencia de pesadillas o despertares nocturnos (Erades et al., 2020). Debido a los problemas en las relaciones sociales y familiares que han podido surgir durante la pandemia, los y las adolescentes han podido perder el apoyo social que funcionaba como factor protector antes de la crisis sanitaria (Zysberg y Zisberg, 2020). También se ha observado un mayor uso de dispositivos electrónicos, especialmente como forma de entretenimiento en el hogar y el uso diario de redes sociales (Wiederhold, 2020). Durante la pandemia, se ha observado un fenómeno especialmente agudo en adolescentes: la evasión a través del uso de internet y

las redes sociales, que se ha asociado con síntomas de depresión, ansiedad, problemas de sueño y sentimientos de soledad (Fernandes et al., 2020). También se ha observado un consumo más elevado de fármacos y otras sustancias, que no solo ha aumentado en la población general, sino que ha empeorado los síntomas de personas que presentaban síntomas previos de adicción a sustancias (Ornell et al., 2020).

Teniendo en cuenta estas investigaciones, el objetivo principal de este estudio fue analizar los cambios en el estado de salud percibido por los y las adolescentes en referencia al estado previo a la pandemia provocada por la COVID-19, en una muestra de adolescentes de España, México y Chile. Para ello, se establecen dos objetivos secundarios: 1) analizar los cambios en el estado de salud que perciben los adolescentes como consecuencia de la pandemia o el confinamiento, y 2) estudiar las diferencias en el estado de salud de los y las adolescentes de España, México y Chile.

## Método

### *Participantes*

Participaron 449 adolescentes, 75.90 % chicas, 22.30 % chicos y 1.80 % de otros géneros, con edades comprendidas entre los 12 y los 17 años ( $M = 15.37$ ;  $DT = 1.09$ ). Los y las participantes pasaron el confinamiento en España ( $n = 174$ ; 38.80 %), México ( $n = 83$ ; 18.50 %) y Chile ( $n = 192$ ; 42.80 %). Los criterios de selección fueron: (a) edad comprendida entre los 12 y los 17 años, (b) haber vivido durante la pandemia en España, México o Chile, y (c) haber obtenido una puntuación menor del 25 % en la Escala de Infrecuencia de Oviedo (INF-OV; Fonseca-Pedrero et al., 2010).

### *VARIABLES e instrumentos*

Las características sociodemográficas se evaluaron mediante preguntas *ad hoc*, con preguntas acerca del género, la edad y el país de residencia. También se preguntó acerca de condiciones relacionadas con la pandemia provocada por la COVID-19 (Tabla 1).

El estado general de salud se evaluó mediante 21 preguntas ad hoc. Se pide que la persona responda si ciertos indicadores de salud ocurren 1= mucho menos que antes de la pandemia; 2= menos que antes, 3= igual que antes, 4= más que antes, o 5= mucho más que antes. Estos indicadores corresponden a diversas áreas de salud: cognitiva (e.g., “Me concentro”), temporal (e.g., “El tiempo pasa lento para mí”), motora (e.g., “Mis movimientos son rápidos”), relacionada con la comida (e.g., “Estoy comiendo sano”), con el sueño (e.g., “Tengo pesadillas”), con las relaciones sociales y familiares (e.g., “Mis relaciones sociales son satisfactorias”), con el consumo (e.g., “Consumo fármacos/ medicamentos”), con el uso de nuevas tecnologías (e.g., “Utilizo dispositivos electrónicos”), y la realización de ejercicio físico (e.g., “Hago ejercicio físico”).

La infrecuencia en las respuestas se evaluó a través de la Escala de Infrecuencia de Oviedo (INFO-OV) (Fonseca-Pedrero et al., 2010), que detecta aquellos y aquellas participantes que contestan aleatoriamente a los cuestionarios. Esta escala está compuesta por 12 ítems tipo Likert de 5 puntos. Se eligieron cuatro de los doce ítems (e.g., “Conozco a gente que lleva gafas”), y los y las participantes que obtuvieron una puntuación superior al 25% en la escala fueron eliminados.

### *Procedimiento*

Este estudio ha seguido las directrices del código ético de la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013) y tiene la aprobación del comité ético de la Universidad de Valencia. La plataforma de respuesta de cuestionarios incluye un consentimiento para participar de forma anónima en el estudio.

Los datos se recogieron a través de la plataforma de encuestas de la Universitat de València, Limesurvey, en los meses de mayo, junio y julio del 2020, durante la situación de pandemia provocada por la COVID-19. El contacto de cada país se realizó a través de la universidad o entidades interesadas en difundir el estudio. Una persona responsable de cada país difundió la encuesta solicitante los consentimientos informados de los padres y madres o tutores legales de los y las participantes, siendo todas las

partes informadas del anonimato y la confidencialidad en el uso de sus datos, confirmando que su participación en el estudio era voluntaria.

### Análisis

Se realizaron estadísticos descriptivos para estudiar las características de los y las participantes. Para evaluar su estado de salud, se realizó un análisis de Chi-cuadrado a través de tablas de contingencia entre cada par de países: España-México, España-Chile y México-Chile, con el que se analizó si existían diferencias significativas en la distri-

**Tabla 1.**

*Características sociodemográficas de las muestras de España, México y Chile*

	España N= 171 n (%)	México N=83 n (%)	Chile N=192 n (%)	España- México $\chi^2$ (gl)	España- Chile $\chi^2$ (gl)	México- Chile $\chi^2$ (gl)
Género						
Chicas	120 (69)	59 (71.10)	162 (84.40)	0.56 (2)	21.77*** (2)	14.03** (2)
Chicos	53 (30.50)	24 (28.90)	23 (12)			
Otros géneros	1 (0.60)	0	7 (3.60)			
¿Se ha producido algún suceso estresante en tu entorno más cercano?						
Sí	24 (13.79)	19 (23.17)	65 (33.85)	3.51 (1)	19.96*** (1)	3.09 (1)
No	150 (86.21)	63 (76.83)	127 (66.15)			
¿Cuánto tiempo dedicas al día a buscar información relacionada con el coronavirus?						
Menos de 30 minutos	145 (83.33)	54 (76.06)	161 (83.85)	7.37 (3)	1.87 (3)	5.05 (3)
De 30 minutos a 1 hora	19 (10.92)	14 (19.72)	21 (10.94)			
De 1 a 2 horas	3 (1.72)	3 (4.23)	6 (3.13)			
Más de 2 horas	7 (4.02)	0	4 (2.08)			
¿Alguien de tu familia tiene o ha tenido el coronavirus?						
No	130 (75.14)	47 (71.21)	140 (72.92)	2.88 (3)	2.90 (3)	0.54 (3)
No es confirmado, pero creo que sí	10 (5.78)	6 (9.09)	18 (9.38)			
Sí, confirmado	18 (10.40)	10 (15.15)	23 (11.98)			
No sé	15 (8.67)	3 (4.55)	11 (5.73)			
¿Tienes o has tenido coronavirus?						
No	147 (84.97)	62 (93.94)	180 (93.75)	4.96 (3)	8.54* (3)	3.21 (3)
No es confirmado, pero creo que sí	7 (4.05)	1 (1.52)	5 (2.60)			
Sí, confirmado	1 (0.58)	1 (1.52)	0			
No sé	18 (10.40)	2 (3.03)	7 (3.65)			
¿Alguien cercano a ti ha muerto por coronavirus?						
Sí	12 (6.94)	12 (18.18)	7 (3.60)	6.69* (1)	2.00 (1)	15.21*** (1)
No	161 (93.06)	54 (81.82)	185 (96.40)			

Nota: \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$

bución de los y las participantes según su estado de salud actual en comparación con el de antes de la pandemia.

## Resultados

### *Análisis descriptivos*

Se han realizado análisis descriptivos para estudiar las características de los y las participantes (Tabla 1). En

cuanto al género, hay una mayoría de chicas en España, México y Chile (69 %, 71.10 % y 84.40 % respectivamente), siendo esta distribución significativamente distinta entre España y Chile y entre México y Chile. En todos los países hay más de un 10% de participantes que ha vivido un suceso estresante no directamente relacionado con la pandemia (13.79 % en España, 23.17 % en México y 33.85 % en Chile), la distribución significativamente diferente entre España y Chile. Aunque la mayoría de participantes dedica menos de 30 minutos al día a buscar información sobre el coronavirus, en España un 4.02 % dedican

**Tabla 2.**

*Comparación del estado de salud entre España, México y Chile*

		España N=171 n (%)	México N=83 n (%)	Chile N=192 n (%)	España-México $\chi^2(2)$	España-Chile $\chi^2(2)$	México-Chile $\chi^2(2)$
<i>Síntomas cognitivos</i>							
1. Me concentro	1. Menos que antes	97 (55.75)	50 (70.42)	158 (82.29)	5.15	31.90***	7.87**
	2. Igual que antes	55 (31.61)	17 (23.94)	20 (10.42)			
	3. Más que antes	22 (12.64)	4 (5.63)	14 (7.29)			
2. Estoy alerta/me sobresalto	1. Menos que antes	32 (18.39)	18 (25.35)	64 (33.33)	2.88	13.42**	1.55
	2. Igual que antes	91 (52.30)	29 (40.85)	69 (35.94)			
	3. Más que antes	51 (29.31)	24 (33.80)	59 (30.73)			
3. Tengo problemas para aprender	1. Menos que antes	32 (18.39)	15 (21.13)	21 (10.94)	0.69	45.44***	21.85***
	2. Igual que antes	86 (49.43)	31 (43.66)	42 (21.88)			
	3. Más que antes	56 (32.18)	25 (35.21)	129 (67.19)			
<i>Percepción del tiempo</i>							
4. El tiempo pasa lento para mí	1. Menos que antes	55 (31.61)	16 (22.54)	63 (32.81)	2.07	11.63***	9.47**
	2. Igual que antes	54 (31.03)	24 (33.80)	32 (16.67)			
	3. Más que antes	65 (37.36)	31 (43.66)	97 (50.52)			
5. El tiempo pasa rápido para mí	1. Menos que antes	359 (3.91)	35 (49.30)	94 (48.96)	6.39*	16.71***	0.71
	2. Igual que antes	55 (31.61)	13 (18.31)	28 (14.58)			
	3. Más que antes	60 (34.48)	23 (32.39)	70 (36.46)			
6. Tengo claro el día en que estoy	1. Menos que antes	94 (54.02)	41 (57.75)	162 (84.38)	1.08	40.97***	24.40***
	2. Igual que antes	65 (37.36)	22 (30.99)	27 (14.06)			
	3. Más que antes	15 (8.62)	8 (11.27)	3 (1.56)			
<i>Síntomas motores</i>							
7. Mis movimientos son rápidos (agitación)	1. Menos que antes	49 (28.16)	28 (39.44)	96 (50.00)	2.98	29.15***	8.41**
	2. Igual que antes	107 (61.49)	37 (52.11)	64 (33.33)			
	3. Más que antes	18 (10.34)	6 (8.45)	32 (16.67)			
8. Mis movimientos son lentos (inhibición)	1. Menos que antes	29 (16.67)	13 (18.31)	37 (19.27)	3.85	55.58***	14.90***
	2. Igual que antes	114 (65.52)	38 (53.52)	56 (29.17)			
	3. Más que antes	31 (17.82)	20 (28.17)	99 (51.56)			

Nota: \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$

más de 2 horas al día a esta tarea, un 2.08 % en Chile, mientras que en México nadie dedica esta cantidad de tiempo a la búsqueda de información. Hay un porcentaje considerable de casos confirmados de coronavirus en la familia, un 10.40% en España, 15.15 % en México y 11.98 % en Chile, aunque de los y las participantes solo un 0.58% ha enfermado de coronavirus en España, un 1.52% en México y ninguno confirmado en Chile. Sobre personas cercanas que han fallecido a causa del coronavirus, hay un 6.94 % en España, un 12 % en México y un

18.18 % en Chile, y esta distribución es significativamente distinta entre España y México y entre España y Chile.

### Estado de Salud

Se preguntó a los y las adolescentes acerca de su estado de salud actual, para que valoraran las diferencias en rela-

**Tabla 3.**

*Comparación del estado de salud entre España, México y Chile (continuación)*

		España N=171 n (%)	México N=83 n (%)	Chile N=192 n (%)	España-México $\chi^2(2)$	España-Chile $\chi^2(2)$	México-Chile $\chi^2(2)$
<i>Alimentación</i>							
9. Estoy comiendo sano	1. Menos que antes	36 (20.69)	25 (35.21)	93 (48.44)	6.73*	34.99***	3.96**
	2. Igual que antes	87 (50.00)	33 (46.48)	75 (39.06)			
	3. Más que antes	51 (29.31)	13 (18.31)	24 (12.50)			
10. Mi apetito es...	1. Menos que antes	31 (17.82)	26 (36.62)	61 (31.77)	12.47***	46.58***	8.08***
	2. Igual que antes	93 (53.45)	23 (32.39)	37 (19.27)			
	3. Más que antes	50 (28.74)	22 (30.99)	94 (48.96)			
<i>Sueño</i>							
11. Mi sueño es reparador	1. Menos que antes	67 (38.51)	33 (46.48)	139 (72.40)	7.78*	42.68***	20.75***
	2. Igual que antes	71 (40.80)	16 (22.54)	34 (17.71)			
	3. Más que antes	36 (20.69)	22 (30.99)	19 (9.90)			
12. Tengo pesadillas	1. Menos que antes	43 (24.71)	30 (42.25)	36 (18.75)	8.53**	20.30***	17.97***
	2. Igual que antes	98 (56.32)	27 (38.03)	78 (40.63)			
	3. Más que antes	33 (18.97)	14 (19.72)	78 (40.63)			
13. Me despierto por la noche	1. Menos que antes	28 (16.09)	21 (29.58)	22 (11.46)	21.73***	10.80**	16.38***
	2. Igual que antes	96 (55.17)	16 (22.54)	83 (43.23)			
	3. Más que antes	50 (28.74)	34 (47.89)	87 (45.31)			
<i>Social</i>							
14. Mis relaciones sociales son satisfactorias	1. Menos que antes	35 (20.11)	33 (46.48)	115 (59.90)	17.57***	59.72***	3.89
	2. Igual que antes	110 (63.22)	31 (43.66)	61 (31.77)			
	3. Más que antes	29 (16.67)	7 (9.86)	16 (8.33)			
15. Mis relaciones familiares son satisfactorias	1. Menos que antes	29 (16.67)	17 (23.94)	80 (41.67)	3.86	27.36***	8.62**
	2. Igual que antes	102 (58.62)	32 (45.07)	77 (40.10)			
	3. Más que antes	43 (24.71)	22 (30.99)	35 (18.23)			
16. Discuto con las personas con las que convivo	1. Menos que antes	32 (18.39)	18 (25.35)	30 (15.63)	1.80	5.04	4.20
	2. Igual que antes	84 (48.28)	29 (40.85)	76 (39.58)			
	3. Más que antes	58 (33.33)	24 (33.80)	86 (44.79)			

Nota: \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

Tabla 4  
Comparación del estado de salud entre España, México y Chile (continuación)

		España N=	México	Chile N	España-	España-	México-
		171	N=83	=192	México	Chile	Chile
		n (%)	n (%)	n (%)	$\chi^2(2)$	$\chi^2(2)$	$\chi^2(2)$
<i>Consumo fármacos</i>							
17. Consumo fármacos/ medicamentos	1. Menos que antes	37 (21.26)	34 (47.89)	40 (20.83)	18.67	9.41**	19.34
	2. Igual que antes	130 (74.71)	33 (46.48)	127 (66.15)			
	3. Más que antes	7 (4.02)	4 (5.63)	192 (13.02)			
<i>Uso de las tecnologías</i>							
18. Paso tiempo en redes sociales	1. Menos que antes	12 (6.90)	4 (5.63)	11 (5.73)	0.27	6.47*	5.81
	2. Igual que antes	35 (20.11)	16 (22.54)	21 (10.94)			
	3. Más que antes	127 (72.99)	51 (71.83)	160 (83.33)			
19. Utilizo dispositivos electrónicos	1. Menos que antes	5 (2.87)	2 (2.82)	1 (0.52)	10.68***	4.69*	21.85***
	2. Igual que antes	23 (13.22)	22 (30.99)	18 (9.38)			
	3. Más que antes	146 (83.91)	47 (66.20)	173 (90.10)			
<i>Ejercicio físico</i>							
20. Hago ejercicio físico	1. Menos que antes	64 (36.78)	31 (43.66)	115 (59.90)	7.90*	23.69	6.59*
	2. Igual que antes	39 (22.41)	24 (33.80)	39 (20.31)			
	3. Más que antes	71 (40.80)	16 (22.54)	38 (19.79)			
21. Disfruto con la actividad física	1. Menos que antes	32 (18.39)	26 (36.62)	93 (48.44)	9.49**	37.71***	3.02
	2. Igual que antes	94 (54.02)	28 (39.44)	59 (30.73)			
	3. Más que antes	48 (27.59)	17 (23.94)	40 (20.83)			

Nota: \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

ción al estado en el que se encontraban antes de la pandemia provocada por la COVID-19 (Tabla 2).

**Síntomas cognitivos.** En cuanto a su concentración, hay un porcentaje de respuestas más elevado en “menos que antes”, y las puntuaciones se distribuyen de forma significativamente distinta entre España (55.75 %) y Chile (82.29 %), y entre México (70.42 %) y Chile, siendo este último país el que los y las adolescentes presentan mayor disminución de la concentración. Los y las adolescentes de los tres países indican que se sobresaltan igual que antes (52.30 % en España, 40.85% en México y 35.94 % en Chile), siendo esta distribución significativamente distinta entre España y Chile. Tanto España (49.43 %) como México (43.66 %) indican que tienen mayoritariamente los mismos problemas para aprender que antes de la pandemia, mientras que en Chile tienen “más que antes” (67.19 %), siendo esta distribución significativamente distinta entre España y Chile y entre México y Chile.

**Percepción del tiempo.** Las personas participantes de todos los países señalan que el tiempo pasa más lento, la distribución es significativamente distinta entre España (37.36 %) y Chile (43.66 %), y entre México (50.52 %) y Chile. En cuanto a las puntuaciones que indican que el tiempo pasa más rápido, en España se agrupan de forma similar en las tres alternativas de respuesta, ligeramente mayores en “más que antes” (34.48 %), mientras que en Chile (49.30 %) y México (48.96 %) se agrupan mayoritariamente en “menos que antes”; la distribución significativamente distinta entre España y México y entre España y Chile. Hay una respuesta mayoritaria a que los y las adolescentes tienen menos claro el día en el que están, y las puntuaciones se distribuyen de forma significativamente distinta entre España (54.02 %) y Chile (57.75 %), y entre México (84.38 %) y Chile.

**Síntomas motores.** España (61.49 %) y México (52.11 %) indican que sus movimientos son igual de rápidos que antes, y para Chile (51.56 %), los movimientos

son más lentos que antes; siendo la distribución significativamente distinta entre España y Chile, y entre México y Chile.

**Síntomas relacionados con la alimentación.** Los y las adolescentes indican que están comiendo igual de sano en España (50 %) y México (46.48 %), y menos sano en Chile (48.44 %), y la distribución es significativamente distinta entre todos los países. Los tres países se diferencian en su nivel de apetito, que es igual que antes en España (53.45 %), menor en México (36.62 %) y mayor en Chile (48.96 %).

**Síntomas relacionados con el sueño.** En cuanto a si el sueño es reparador, hay puntuaciones mayores en “igual que antes” en España (40.80 %), y “menor que antes” en México (46.48 % y Chile (72.40 %), con distribuciones significativamente distintas en los tres países. También se distribuyen significativamente diferente las puntuaciones acerca de las pesadillas, son iguales que antes en España (56.32 %), menores en México (42.25 %), y en Chile hay la misma puntuación en “igual que antes” y “más que antes” (40.63 % en ambas alternativas). En cuanto a despertares nocturnos, en España hay mayores puntuaciones en “igual que antes” (55.17 %); y en México (47.89 %) y Chile (45.31 %) en “más que antes”, todas las puntuaciones con una distribución significativamente distinta.

**Área social.** Las relaciones sociales son mayoritariamente igual de satisfactorias para las personas participantes de España (63.22 %), pero menos satisfactorias para las de México (46.48 %) y Chile (59.90 %), con puntuaciones distribuidas de forma significativamente diferente para España y Chile y México y Chile. En cuanto a las relaciones familiares, son mayoritariamente igual de satisfactorias que antes para los y las adolescentes de España (58.62 %) y México (45.07 %), y menos satisfactorias que antes para los y las de Chile (59.90 %), con puntuaciones distribuidas de forma significativamente distinta entre España y Chile, y entre México y Chile. En lo relativo a discusiones con personas convivientes, en España (48.28 %) y México (40.85 %), hay mayores puntuaciones en “igual que antes”, y en Chile, “más que antes” (44.79 %), y no hay diferencias significativas en la distribución entre países.

**Consumo de fármacos.** Las personas participantes de España (74.71 %) y Chile (66.15 %) señalan que consumen fármacos y medicamentos generalmente igual que antes, mientras que en México el consumo es menor (47.89 %), con una distribución significativamente diferente entre España y Chile.

**Uso de las tecnologías.** Los y las adolescentes de los tres países señalan que pasan más tiempo en redes sociales (72.99 % en España, 66.20 % en México y 83.33 % en Chile), y la distribución es significativamente diferente entre España y Chile. Lo mismo ocurre con la utilización de dispositivos electrónicos (83.91 % en España, 66.20 % en México y 90.10 % en Chile), aunque las puntuaciones son distintas de forma significativa en los tres países.

**Ejercicio físico.** En España, las puntuaciones se agrupan en “más que antes” en la realización de ejercicio físico (40.80 %), y “menos que antes” para México (43.66) y Chile (59.90), de forma significativa entre España y México y Chile y México. En cuanto al disfrute de la actividad física, es mayoritariamente igual en España (54.02 %) y México (39.44 %) y menor en Chile (48.44 %), con puntuaciones distribuidas de forma significativamente diferente entre España y México y España y Chile.

## Discusión

Este estudio tiene como objetivo analizar los cambios en el estado de salud percibidos por los y las adolescentes en referencia al estado previo a la pandemia provocada por la COVID-19, en una muestra de adolescentes de España, México y Chile.

El primer objetivo específico se centraba analizar los cambios en el estado de salud que perciben los adolescentes como consecuencia de la pandemia o el confinamiento. En cada país, más de una décima parte de los y las participantes habían experimentado un suceso estresante no directamente relacionado con la pandemia. Para aquellos y aquellas adolescentes que hayan vivido esta situación, supone una suma de estresores vitales en unos tiempos que son estresantes por sí mismos, lo cual puede asociarse a un aumento de síntomas psicológicos (Tamarit et al., 2020).

Aunque la mayoría de participantes de los tres países dedican menos de media hora al día a la búsqueda de información relativa a la pandemia, en España y Chile hay un porcentaje de adolescentes que pasan más de dos horas al día en esta tarea. Estos resultados muestran la importancia de detectar aquellos casos, en los que existen conductas frecuentes de búsquedas relacionadas con el coronavirus, ya que está relacionado con el aumento de síntomas de ansiedad y estrés asociados a la pandemia (Taylor et al., 2020). De entre los y las participantes, más de una décima parte en cada país ha indicado casos confirmados de coronavirus en su familia, y en los tres países ha habido fallecimientos de personas cercanas a causa de la COVID-19, lo que puede suponer un impacto a nivel emocional en los y las adolescentes, dificultando así su capacidad para ajustarse a esta crisis (Horesh et al., 2020; Tamarit et al., 2020).

El segundo objetivo secundario consistió en estudiar las diferencias que hay en el estado de salud de los y las adolescentes de España, México y Chile. En cuanto a los síntomas cognitivos, los resultados indican que hay una mayor incidencia de problemas de concentración y para aprender en Chile, en comparación con España y México, y no parece haber diferencias en la frecuencia con la que se sobresaltan en relación a cómo perciben que estaban antes de la pandemia, lo cual puede ser indicativo de que no se sienten actualmente en estado de alerta, en comparación a cómo estaban antes de la COVID-19. Estos resultados indican que la atención a los síntomas cognitivos podría ser más urgente en Chile, aunque en los tres países hay adolescentes que perciben que presentan más síntomas que antes de la pandemia, y es recomendable profundizar en esta evaluación en próximos estudios transculturales, debido al riesgo para su salud mental que esto supone (Palmer, 2019).

Respecto a la percepción del tiempo, los tres países indican que el tiempo pasa más lento, y que tienen menos claro el día en el que están, aunque en España hay una tendencia a percibir que el tiempo pasa más deprisa que antes. Esto puede ser un indicador de que en este país hay una mayor confusión acerca de su percepción del tiempo; aunque en todos los países ha habido una ruptura de rutinas y dificultad de establecer una estructura estable en sus acti-

vidades diarias, en España parece que ha afectado más a su percepción del tiempo (Ren et al., 2020).

Los síntomas motores de España y México parecen mantenerse similares a antes de la pandemia, sin embargo, en Chile perciben que sus movimientos son más lentos que antes. Es posible que exista una interacción entre los síntomas cognitivos y motores, de nuevo enfatizando la necesidad de atender a esta población que parece presentar necesidades especiales de acuerdo a su vulnerabilidad ante las consecuencias de la pandemia.

En cuanto a la alimentación, se observa que en México perciben que comen igual de sano que antes, pero presentan un menor apetito en general, y en Chile indican comer menos sano y presentar un mayor apetito. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de una actuación temprana y diferenciada en esta área, en concreto en México y Chile, para prevenir los posibles problemas asociados a estos síntomas, que pueden responder a problemas emocionales surgidos como consecuencia del impacto psicológico que ha provocado la pandemia (Davis et al., 2020).

Los resultados acerca del sueño parecen mostrar grandes diferencias según el país. En España manifiestan los mismos síntomas que antes de la pandemia, y en México hay una menor calidad del sueño y una mayor presencia de despertares nocturnos. En Chile presentan un sueño menos reparador, más incidencia de pesadillas y más despertares nocturnos, lo que puede relacionarse con los síntomas de mayor incidencia en este país que se han detectado anteriormente. De nuevo, adolescentes chilenos y chilenas parecen presentar una mayor necesidad de atención psicológica en sus síntomas de salud, que se reflejan en alteraciones en el sueño, probablemente debido a la ruptura en el mantenimiento de rutinas y la combinación de estos síntomas físicos y psicológicos (Erades et al., 2020).

Mientras que las relaciones sociales y familiares en España se presentan como generalmente igual de satisfactorias que antes, en México las relaciones sociales se muestran menos satisfactorias, y para Chile los problemas de relaciones tanto sociales como familiares parecen haber empeorado durante la pandemia, incluyendo las discusiones con personas convivientes. Estos factores combinados han podido aumentar la vulnerabilidad de adolescentes de

México y Chile, ya que el apoyo social es un factor protector clave a estas edades, y su ausencia puede incrementar la sensación de soledad y aislamiento que ya es más prevalente durante la cuarentena (Zysberg y Zisberg, 2020).

Pese a que se ha observado un aumento en el consumo de fármacos y otras sustancias (Ornell et al., 2020), esto no se ha reflejado en estos resultados; España y Chile reportan un consumo similar a antes de la pandemia, mientras que en México indican que consumen menos que antes.

No obstante, los resultados sí van en la línea de lo que indica la literatura en cuanto al uso de dispositivos electrónicos y actividad en redes sociales, donde es mayor en los tres países. Estos resultados enfatizan la importancia de actuar sobre estos síntomas, ya que se ha observado una tendencia generalizada al uso excesivo de estos recursos como medio de escape psicológico, y puede convertirse en una fuente de problemas como la adicción a internet, el abuso de redes sociales o la comorbilidad con trastornos emocionales ya prevalentes en la adolescencia, como la depresión o la ansiedad (Fernandes et al., 2020).

Respecto a la realización de ejercicio físico, en España lo practican más a menudo que antes, mientras que esta práctica es menor en México y Chile, siendo en este último país donde se indica un menor disfrute de la realización de ejercicio en comparación a antes de la pandemia. Estos resultados, junto con los síntomas observados en los tres países, especialmente en Chile, subrayan la importancia de concienciar a la adolescencia en el establecimiento de rutinas saludables como un factor de protección de su salud mental en tiempos de pandemia (Ren et al., 2020).

Este estudio contribuye a las investigaciones sobre el impacto de la crisis sanitaria en la salud psicológica y física durante la adolescencia, detectando aquellos factores de riesgo que es preciso atender debido a su relación con problemas de salud mental, y también los factores protectores que cabe reforzar a la hora de establecer políticas de protección y atención a la salud mental de la adolescencia durante la pandemia provocada por la COVID-19. Es importante el trabajo multidisciplinar de profesionales de la salud para contribuir a potenciar estos factores, como la

inteligencia emocional, pues puede ser una aliada a la hora de mejorar el ajuste psicológico en esta situación de crisis (Extremera, 2020). La acción conjunta de instituciones gubernamentales y organismos de investigación es clave a la hora de diseñar estrategias precisas que se focalicen en aquellos aspectos que juegan un papel más relevante en el ajuste psicológico durante la adolescencia a esta situación sin precedentes.

Pese a las contribuciones a la literatura que supone este estudio, presenta algunas limitaciones. En primer lugar, sigue un diseño transversal, con datos recogidos en un solo tiempo. La única medida de comparación entre el estado de salud actual y el anterior de los y las adolescentes es su percepción. Por ello, es recomendable interpretar con cautela los resultados, teniendo en cuenta que lo que indican es cómo perciben los y las adolescentes su propio estado de salud, en relación a antes de la pandemia. Consideramos la investigación relevante en la medida que nuestra propia percepción puede afectar a nuestra manera de afrontar las situaciones. La segunda limitación consiste en las medidas utilizadas: se trata de autoinforme, por lo que se recomienda para futuros estudios incluir instrumentos de evaluación objetivos para obtener una medida más fiable del estado de salud de los y las adolescentes.

Este estudio pretende poner de manifiesto la importancia de la atención a la salud mental en la adolescencia, especialmente en tiempos de inestabilidad e incertidumbre. La pandemia provocada por la COVID-19 está lejos de ser erradicada, de modo que es una necesidad para los y las profesionales de la psicología actuar de inmediato para paliar el impacto psicológico de esta crisis en la adolescencia en todo el mundo. Se recomienda realizar estudios a nivel transcultural para poder aportar el mayor rigor científico a la hora de diseñar programas de intervención dirigidos a adolescentes de diferentes países, cada uno en su contexto cultural y social. Gracias a la intervención conjunta de profesionales de todo el mundo, se podrán reunir todos los recursos posibles y así proteger la salud mental de los y las adolescentes durante esta crisis sanitaria.

## Referencias

- BOE 24/01/2020. (2020). *Boletín Oficial del Estado*. *Boletín Oficial Del Estado*, 61561–61567.
- Cénat, J. M., Noorishad, P. G., Blais-Rochette, C., McIntee, S. E., Mukunzi, J. N., Darius, W. P., Broussard, C., Morse, C., Ukwu, G. y Menelas, K. (2020). Together for Hope and Resilience: A Humanistic Experience by the Vulnerability, Trauma, Resilience and Culture Lab Members during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Loss and Trauma*, 25(8), 643–648. <https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1774704>
- Cucinotta, D. y Vanelli, M. (2020). WHO Declares COVID-19 a Pandemic. *Acta Bio-Medica: Atenei Parmensis*, 91(1), 157–160. <https://doi.org/10.23750/abm.v91i1.9397>
- Davis, C., Ng, K. C., Oh, J. Y., Baeg, A., Rajasegaran, K. y Chew, C. S. E. (2020). Caring for Children and Adolescents With Eating Disorders in the Current Coronavirus 19 Pandemic: A Singapore Perspective. *Journal of Adolescent Health*, 67(1), 131–134. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.03.037>
- Erades, N., Morales, A. y Hernández, U. M. (2020). Impacto psicológico del confinamiento por la COVID-19 en niños españoles: un estudio transversal [Confinement by COVID-19 and Associated Stress Can Affect Children's Well-Being]. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(3), 27–34. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.mon.2041>
- Extremera, N. (2020). Coping with the stress caused by the COVID-19 pandemic: future research agenda based on emotional intelligence [Afrontando el estrés causado por la pandemia COVID-19: futura agenda de investigación desde la inteligencia emocional]. *Revista de Psicología Social*, 35(3), 631–638. <https://doi.org/10.1080/02134748.2020.1783857>
- Fernandes, B., Biswas, U. N., Tan-mansukhani, R., Vallejo, A. y Essau, C. A. (2020). The Impact of COVID-19 Lockdown on Internet Use and Escapism in Adolescents. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(3), 59–65. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.mon.2056>
- Fonseca-Pedrero, E., Wells, C., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., Villazón-García, Ú., Sierra, S., García-Portilla González, M. P., Bobes, J. y Muñiz, J. (2010). Measurement Invariance of the Reynolds Depression Adolescent Scale across Gender and Age. *International Journal of Testing*, 10(2), 133–148. <https://doi.org/10.1080/15305050903580822>
- Gobierno de Chile. (2020). *Información técnica*. Retrieved November 13, 2020, from <https://www.minsal.cl/nuevo-coronavirus-2019-ncov/informe-tecnico/>
- Horesh, D., Kapel Lev-Ari, R. y Hasson-Ohayon, I. (2020). Risk Factors for Psychological Distress during the COVID-19 Pandemic in Israel: Loneliness, Age, Gender, and Health Status Play an Important Role. *British Journal of Health Psychology*, 25(4), 925–933. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12455>
- Liang, L., Ren, H., Cao, R., Hu, Y., Qin, Z., Li, C. y Mei, S. (2020). The Effect of COVID-19 on Youth Mental Health. *Psychiatric Quarterly*, 1163, 1–12. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09744-3>
- Mauricio, C. L. (2020). Concepts for Good Decision-Making in the COVID-19 Pandemic in Chile. *Revista Chilena de Infectología*, 37, 170–172. <https://doi.org/10.4067/s0716-10182020000200170>
- Ornell, F., Moura, H. F., Scherer, J. N., Pechansky, F., Kessler, F. H. P. y von Diemen, L. (2020). The COVID-19 Pandemic and its Impact on Substance Use: Implications for Prevention and Treatment. *Psychiatry Research*, 289, Artículo 113096. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113096>

- Palmer, B. W. (2019). The Effects of Loneliness and Social Isolation on Cognitive Functioning in Older Adults: A Need for Nuanced Assessments. *International Psychogeriatrics*, 31(4), 447–449. <https://doi.org/10.1017/S1041610218001849>
- Ren, H., He, X., Bian, X., Shang, X. y Liu, J. (2020). The Protective Roles of Exercise and Maintenance of Daily Living Routines for Chinese Adolescents During the COVID-19 Quarantine Period. *Journal of Adolescent Health*, 68(1), 35–42. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.09.026>
- Sahu, P. (2020). Closure of Universities Due to Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Impact on Education and Mental Health of Students and Academic Staff. *Cureus*, 12(4), Artículo e7541. <https://doi.org/10.7759/cureus.7541>
- Salguero, J. M., Palomera, R. y Fernández-Berrocal, P. (2012). Perceived Emotional Intelligence as Predictor of Psychological Adjustment in Adolescents: A 1-year Prospective Study. *European Journal of Psychology of Education*, 27(1), 21–34. <https://doi.org/10.1007/s10212-011-0063-8>
- Shonfeld, M., Shonfeld, M., Yildiz, M. y Judge, M. (2020). Learning in the COVID-19 crisis: A Cross-cultural Alignment Model. *EdMedia + Innovate Learning*, 2020(1), 1152–1155.
- Tamarit, A., de la Barrera, U., Mónaco, E., Schoeps, K. y Montoya-Castilla, I. (2020). Psychological impact of COVID-19 Pandemic in Spanish adolescents: Risk and Protective Factors of Emotional Symptoms. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, 7(3), 73–80. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.mon.2037>
- Taylor, S., Landry, C. A., Paluszek, M. M., Fergus, T. A., McKay, D. y Asmundson, G. J. G. (2020). COVID Stress Syndrome: Concept, Structure, and Correlates. *Depression and Anxiety*, 37(8), 706–714. <https://doi.org/10.1002/da.23071>
- The World Bank. (2019). *Population, total* | Data. Recuperado el 16 de noviembre de 2020 de <https://data.worldbank.org/indicador/SP.POP.TOTL>
- Vinkers, C. H., van Amelsvoort, T., Bisson, J. I., Branchi, I., Cryan, J. F., Domschke, K., Howes, O. D., Manchia, M., Pinto, L., De Quervain, D., Schmidt, M. V. y van der Wee, N. J. A. (2020). Stress Resilience during the Coronavirus Pandemic. *European Neuropsychopharmacology*, 35, 12–16. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2020.05.003>
- Wiederhold, B. K. (2020). Using Social Media to Our Advantage: Alleviating Anxiety During a Pandemic. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 23(4), 197–199. <https://doi.org/10.1089/cyber.2020.29180.bkw>
- World Health Organization. (2020a). *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*. Recuperado el 16 de noviembre de 2020 de <https://www.who.int/>
- World Health Organization. (2020b). WHO director-general's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 march 2020. Recuperado el 16 de noviembre de 2020 de <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-COVID-19---11-march-2020>
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *Journal of American Medical Association (JAMA)*, 310(20), 2191–2194.
- Zhao, W., Zhang, J., Meadows, M. E., Liu, Y., Hua, T. y Fu, B. (2020, June 15). A Systematic Approach is Needed to Contain COVID-19 globally. *Science Bulletin*, 65, 876–878. <https://doi.org/10.1016/j.scib.2020.03.024>
- Zysberg, L. y Zisberg, A. (2020). Days of Worry: Emotional Intelligence and Social Support Mediate

Worry in the COVID-19 Pandemic. *Journal of Health Psychology*, 1-10.  
<https://doi.org/10.1177/1359105320949935>