

Vinaccia, S., Bahamón, M., Trejos-Herrera, A., Lee, Sh., Quiceno, J., Gómez, C., Vega, S. & Peláez, E. (2021). Validating the Coronavirus Anxiety Scale in a Colombian sample, *Death Studies*, DOI: 10.1080/07481187.2021.1944401

VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE ANSIEDAD AL CORONAVIRUS EN UNA MUESTRA COLOMBIANA

Stefano Vinaccia¹, Marly J. Bahamón^{2*}, Ana M. Trejos-Herrera³, Sherman, Lee⁴, Japcy Margarita Quiceno⁵, Cesar Andrés Gómez⁶, Samuel Vega DoLugar⁷, Edgar Camilo Pelaez⁸

¹ Programa de Psicología, Grupo de investigación I-flor. Universidad del Sinú, Montería, Colombia. <https://orcid.org/0000-0001-5169-0871>. Email: vinalpi47@hotmail.com

² Universidad Simón Bolívar, Departamento de Ciencias Sociales y Humanas, Barranquilla, Colombia. <http://orcid.org/0000-0003-2528-994X>. Email: mbahamon@unisimonbolivar.edu.co

³ Departamento de psicología, Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-2658-6535>. Email: atrejos@uninorte.edu.co

⁴ Department of psychology, Christopher Newport University in Virginia, USA. Email: sherman.lee@cnu.edu

⁵ Departamento de Psicología. Universidad de Medellín, Colombia. Email: japcyps@hotmail.com

⁶ Departamento de Psicología. Universidad Sanitas, Colombia. Email: cesagomez@unisunitas.edu.co

⁷ Egresado Universidad Simón Bolívar, Departamento de Ciencias Sociales y Humanas, Barranquilla, Colombia. <https://orcid.org/0000-0001-7929-2576>. Email: svegadolugar@gmail.com

⁸ Estudiante Universidad Simón Bolívar, Departamento de Ciencias Sociales y Humanas, Barranquilla, Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-7274-4485>. Email: edgar.pelaez@unisimon.edu.co

* Autor de correspondencia

Dra. Marly Johana Bahamón
Departamento de psicología,
Universidad Simón Bolívar,
Cra. Cl. 58 #55-132,
Barranquilla, Colombia.
Telefono: +57 5 3444333 Extensión: 1139
E-mail: mbahamon@unisimonbolivar.edu.co

Introducción

El coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo 2 (SARS-CoV-2) tuvo su origen en los murciélagos y se transmitió a los seres humanos a través del contacto con animales exóticos en los mercados de Wuhan, provincia de Hubei (China) en noviembre de 2019 (Singhal, 2020). Dicho virus se transmite por inhalación o por contacto con gotas infectadas y el periodo de incubación oscila entre 2 y 14 días, con un promedio de 5-6 días, y un promedio de manifestación de los síntomas de 11.5 días (Liu et al., 2020), aun cuando se calcula que un 30% de las personas contagiadas son asintomáticas (Lauer et al., 2020).

Los síntomas suelen ser fiebre, tos, dolor de garganta, falta de aliento, fatiga, malestar general, diarrea, dolor de cabeza entre otros que pueden ser de leves a moderados en la mayoría de las personas; no obstante, en algunas (generalmente los ancianos y los que tienen comorbilidades), las complicaciones pueden evolucionar a diagnósticos como neumonía, síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) y disfunción multiorgánica (Huang et al, 2020), con una letalidad que oscila entre el 2 y el 3% (Li & Chen, 2020), cifra que pueda fluctuar en función a factores como la gravedad de las enfermedades previas, la vejez de la población, la competencia inmunológica y la capacidad de los sistemas de atención en salud para contener las complicaciones.

El surgimiento de la pandemia de la enfermedad por COVID-19 fue establecido en Colombia el 6 marzo 2020 con el primer caso confirmado en el país de una mujer de 19 años. El 20 de marzo se decretó la cuarentena total en el país por 19 días, para evitar la propagación del virus. Posteriormente se declararon sucesivas cuarentenas hasta el 31 de agosto 2020, fecha desde la que el gobierno nacional fija una política de “aislamiento selectivo” de personas contagiadas o sospechosas de estarlo, y de confianza en el autocuidado de sus ciudadanos, representado en el uso de mascarilla (Feng et al., 2020),

distanciamiento físico y lavado de manos (Lazcano-Ponce & Alpuche-Aranda, 2020) como medidas primordiales para el control de la propagación y de un posible rebrote (Lauer et al., 2020; Urzúa et al., 2020).

Tanto el confinamiento declarado como la incertidumbre sobre el impacto por el contagio con SARS CoV 2 en los individuos, y sobre lo que pueda suceder en los ámbitos cotidianos de las personas han causado emociones negativas como miedo y ansiedad, así como desórdenes psicosomáticos en las poblaciones humanas de todos los lugares del mundo (Lee, 2020^a; Wang et al., 2020; Zhao et al., 2020; Xiao et al., 2020); esta situación, sin duda, puede incrementar en las personas sus niveles de estrés, ansiedad, tristeza, sensación de soledad e ira - hostilidad (Milman, Lee & Neimeyer, 2020), así como respuestas psicológicas poco adaptativas ante los nuevos desafíos (Moccia et al., 2020).

Adicionalmente, las acciones establecidas para contener la propagación del virus ante la ausencia de una vacuna, como el distanciamiento físico mediante de prolongados procesos de cuarentena, puede contribuir al incremento de complicaciones en la interacción social como temor a la cercanía a otras personas (Casale & Flett, 2020), segregación (Wee et al., 2020), incertidumbre-desesperanza (Ozamiz-Etxebarria et al., 2020) e incluso paranoia y discriminación (Presti et al., 2020). Este proceso se puede ver exacerbado en población con mayor vulnerabilidad psicológica – psiquiátrica (Hao et al., 2020) y con más inequidades sociales (Becerra et al., 2020) y ocupacionales-contextuales, como aquellas personas que pertenece a la “primera línea de atención” en los servicios de salud (Huang et al., 2020), con mayor prevalencia en mujeres (Chew et al., 2020; Elbay et al., 2020), y jóvenes (Wang et al., 2020)

Como contribución a la identificación rápida y precisa de la ansiedad asociada al riesgo de enfermar por el contagio por SarsCOV, Lee (2020a; 2020b) creó la Escala de Ansiedad por el Coronavirus (CAS). El proceso de diseño y validación de este instrumento inició con la escogencia de un grupo de 20 ítems que representarían las dimensiones cognitivas, conductuales y emocionales de la ansiedad según los criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría, (2013), orientadas a la posibilidad de presentar COVID-19. Cada ítem fue calificado en una escala tipo Likert con opciones de respuesta que puntuaban hasta 5 puntos para reflejar la frecuencia del síntoma, que iba de 0 (nada) a 4 (casi todos los días)

durante las dos semanas anterior. Este cuestionario inicial fue aplicado a 775 adultos norteamericanos (446 hombres y 329 mujeres) con una edad media de 37,72 años.

La escala CAS original obtenida estuvo compuesta por 5 ítems, asociados a la presencia de mareos, perturbación del sueño, sentirse frío o paralizado, pérdida del apetito y náuseas o malestar abdominal, y a través de los análisis factoriales se encontró que su estructura es unidimensional altamente confiable ($\alpha = 0.93$). Posterior a su publicación, se ha realizado la validación psicométrica de dicho instrumento en diversos países; ejemplo de ello son en Corea por Choi, Lee & Lee,(2020) con una muestra de 329 adultos($\alpha = 0.85$), en Bangladesh por Ahmed et al, (2020) con una muestra de 737adultos ($\alpha = 0.70$), en Turquía por Evren et al, (2020) con una muestra de 1023 adultos ($\alpha = 0.80$), en Nepal por Hussain et al,(2020) con una muestra de 244 profesionales, en Pakistan por Ashraf, Lee & Crunk,(2020) con 240 estudiantes universitarios, en Polonia por Skalski et al, (2020) con una muestra de 515 personas ($\alpha = 0.86$), en Mexico por Mora-Lagana et al, (2020) con una muestra de 231 profesionales de la salud ($\alpha = 0.86$), en Peru por Franco-Jimenez, (2020) con una muestra de 622 jóvenes y adultos ($\alpha = 0.84$) y Caycho-Rodríguez et al (2021) con una muestra de 790 personas ($\alpha = 0.90$), en Puerto Rico por González-Rivera, Rosario-Rodríguez & Cruz-Santos (2020) con una muestra de 327 adultos.($\alpha = 0.90$), en Cuba por Broche et al (2020) con una muestra de 376 adultos .($\alpha = 0.88$) y en Brasil por Andrade et al (2021) con 1454 universitarios.($\alpha = 0.86$) En todos los lugares reportados se encontró que la escala mantiene su estructura unifactorial original.

Una medición exploratoria realizada por Sanabria-Mazo et al. (2020) en Colombia refiere que la ansiedad en este país aumentó un 29%, y que este evento, a su vez, coincide con el aumento de depresión, somatización y sensación de soledad, así como la disminución de la calidad del sueño y de la estabilidad laboral. De igual manera, se establece que los grupos poblacionales más afectados en este país son los docentes (Mejía-Serrano et al., 2020) y universitarios de ciencias de la salud (Cabrera et al., 2020), y que la ansiedad documentada en tiempos de COVID-19 ha incrementado el riesgo suicida (Caballero et al, 2020) y el estrés agudo y crónico (Pedroso, Pedroso & Campo-Arias, 2020).

No obstante, en Colombia aún no se cuenta con un instrumento psicométrico que mida la ansiedad específica asociada esta pandemia, aspecto que podría ser de gran utilidad

para su identificación precisa y evaluación en el sector de la salud; por tanto, el objetivo de este estudio fue analizar las propiedades psicométricas de la traducción al español del Coronavirus Anxiety Scale (CAS) con una muestra de población general.

Materiales y método

Participantes.

Los participantes del estudio fueron 421 adultos colombianos (60,1% mujeres y 39,9% hombres). Las edades varían entre los 17 y los 70 años con una media de edad de $26,77 \pm 9,969$ al momento de la evaluación. Se encontraron diferencias entre hombres y mujeres ($1,00 \pm 0,000$ vs. $2,00 \pm 0,000$, $p=0,353$). La Tabla 1 muestra los estadísticos descriptivos de las características sociodemográficas de los sujetos participantes.

Insetar tabla 1

Instrumentos.

Coronavirus Anxiety Scale CAS se trata de una escala corta que consta de 5 preguntas que evalúan la ansiedad frente al COVID-19. Escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta según las frecuencias de los síntomas de ansiedad que oscilan entre 0 (nunca) y 4 (casi todos los días en las últimas 2 semanas). El puntaje global de la escala se obtiene de la sumatoria de cada uno de los ítems, su puntaje mínimo es de 0 y el máximo 20. Los reportes de la versión original mostraron excelentes índices de ajuste para la estructura unifactorial $\chi^2(5) = 2.68$, CFI = 1.00, TLI = 1.00, RM-SEA = .00, SRMR = .001, así como una excelente

consistencia interna evaluada mediante el coeficiente alfa de .93. Además de adecuadas cualidades diagnósticas de sensibilidad, 90% y especificidad, 85% (Lee, 2020)

Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Plutchik, Van Praag, Conte & Ricard, 1989). Validación española de Rubio et al. (1998) y la revisión de Sábado y Monforte (2010). Es un cuestionario de autoaplicación conformado por 15 preguntas con opciones de respuesta si/no. Las respuestas afirmativas puntúan 1 y la puntuación máxima es de 15. Los autores refieren que el punto de corte que indica la presencia de riesgo suicida es 6 o más puntos (Rubio et al. 1998). Los índices de consistencia interna correspondientes a la versión original oscilaron entre ,84 y ,90. En la revisión española (Sábado & Monforte, 2010) reportaron la existencia de 4 factores con una varianza explicada del 52.64%, conformados de la siguiente forma: factor I sentimiento de inutilidad (reactivos 3, 6, 8 y 12), factor II ideación suicida (2, 13 y 14), factor III desesperanza (5, 7 y 9), el factor IV factores sociales (1, 4, 10, 11 15).

Escala de Resiliencia R14 de Wagnild (2009) instrumento basado en Resilience Scale (RS-25) de 25 ítem (Wagnild & Young, 1993). Este instrumento evalúa tan resilientes son las personas, bajo la premisa de que este constructo es una característica de personalidad positiva que le permite al sujeto adaptarse a situaciones adversa. Este instrumento mide dos factores: Factor I: Competencia Personal (ítems 1, 2, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, autoconfianza, independencia, decisión, ingenio y perseverancia) y Factor II: Aceptación de uno mismo y de la vida (ítems 3, 4, y 5, adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable). El autor (Wagnild, 2009c) de la escala original sugiere los siguientes niveles para interpretar las puntuaciones: entre 98-82=Muy alta resiliencia; 81-64=Alta resiliencia; 63-49=Normal; 48-31=Baja; e 30-14=Muy baja (Sánchez-Teruel, Robles-Bello, 2015).

Escala de afectos positivos y negativos PANAS (Watson, Clark, Tellegen, 1988), se trata de un instrumento compuesto por 20 ítems que evalúan el afecto positivo y negativo. Sus opciones de respuestas oscilan entre 0 (nada) y 4 (mucho). La consistencia interna reportada por los autores fue entre 0.86 a 0.90 para la escala del Afecto Positivo; y de 0.84 a 0.87 para la del Negativo.

Procedimiento.

Este trabajo de investigación en cada uno de sus apartados (objetivos, procedimientos, y consentimiento informado) fueron evaluados previamente por el Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte, incorporando los aspectos éticos de la investigación con seres humanos definidos en la Resolución # 008430 de 1993 por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia y el marco normativo deontológico del psicólogo contemplado en la Ley 1090 de 2006 actualizada a junio de 2016 y la Ley 1164 de 2007 – Capítulo VI, que incluye el secreto profesional, el derecho a rechazar la participación o retirarse, el consentimiento informado y la devolución de los resultados. Los participantes firmaron formulario de consentimiento informado donde se explicaron claramente los objetivos, procedimientos, riesgos, beneficios, voluntariedad y la confidencialidad de los subproductos de esta investigación.

Análisis de los datos.

Los análisis de datos descriptivos fueron procesados mediante el programa estadístico IBM SPSS Software®, Versión 25, en tanto los datos inferenciales se procesaron con el programa LISREL 8.80.

La consistencia interna se evaluó mediante el alfa de Cronbach α (Welch & Comer, 1988) y el Omega w de McDonald (1999). Los valores iguales o superiores a $\alpha = .70$ $w = .70$ fueron considerados satisfactorios (Nunnally, 1978; Trizano-Hermosilla & Alvarado, 2016). Posteriormente se efectuó análisis de la discriminación de los reactivos a través del coeficiente de correlación biserial, con el objeto de determinar el grado en que las competencias que mide la escala también las miden los reactivos. Se obtuvieron correlaciones para cada ítem, en relación con su dimensión y se calculó el residuo cuadrático para cada ítem, y la distribución porcentual de las respuestas en cada una de las alternativas. Así mismo se calcularon las correlaciones existentes entre las dimensiones y de las dimensiones con la escala total con el objeto de determinar si existe independencia de las dimensiones y de éstas con la evaluación global de la escala. Para determinar la validez de constructo se realizó análisis confirmatorio utilizando el software LISREL 8.80. Los modelos propuestos para el análisis fueron los siguientes: Modelo 1. Constituido por la estructura previamente definida por el autor de la prueba original, definiendo una estructura global de ansiedad frente al coronavirus. Modelo 2. Definida por una estructura unidimensional compuesta por los cinco ítems incluyen el error de la covarianza de los ítems 2 y 5 de acuerdo a los resultados encontrados en población de Puerto Rico. Modelo 3. Estructura unidimensional incluyendo los errores de covarianza correspondientes a los ítems 1 y 4 de acuerdo con los resultados hallados en población Bangladesa. Modelo 4. Estructura unidimensional incluyendo los errores de covarianza correspondiente a los ítems 4 y 5 e ítems 1 y 3 de acuerdo con lo hallado en población mexicana. Finalmente, se analizaron las correlaciones entre las dimensiones de

la escala y los puntajes de otras escalas mediante el coeficiente de correlación Rho de Spearman para determinar la validez convergente del Coronavirus Anxiety Scale.CAS.

RESULTADOS.

Consistencia Interna.

La Tabla 2 muestra los estadísticos descriptivos y los valores alfa de Cronbach y omega de Mc Donald del CAS. Los valores alfa de Cronbach y omega de Mc Donald del CAS fueron calculados con la sumatoria de la totalidad de los ítems definidos por Lee (2020). Las estimaciones de los índices de confiabilidad del CAS sobrepasaron límite tradicional de ,70 (Nunnally, 1978) aunque el valor de omega fue más bajo se ubicó en por encima del límite.

Insertar tabla 2

Análisis de Items.

Se efectuó análisis de la discriminación de los reactivos a través del coeficiente de correlación biserial, con el objeto de determinar el nivel en que la dimensión que evalúa la prueba también es medida por el reactivo. La Tabla 3 muestra las correlaciones obtenidas para cada ítem en relación con el puntaje global, el residuo cuadrático de cada ítem y la distribución porcentual de las respuestas en cada una de las alternativas. Las correlaciones del ítem con la escala total tienen un nivel de correlación moderado, con valores entre ,742 y ,811. En la distribución porcentual por respuesta se observa que la distribución en la prueba muestra una tendencia a 0 y 1 en la totalidad de los ítems evaluados.

Insertar tabla 3

Validez Convergente.

La Tabla 4 expresa los resultados de los análisis de correlación biserial usando el puntaje total la escala CAS y otras escalas que evaluaron riesgo suicida (Plutchik), la escala de resiliencia RS14, y la escala de afectos positivos y negativos PANAS. El puntaje total del CAS correlacionó significativamente de forma moderada con el afecto negativo indicando que a mayor ansiedad frente al coronavirus mayor es la experiencia negativa de las emociones en los sujetos de estudio.

Se encontró una correlación negativa y muy baja de la escala CAS con la subescala de resiliencia correspondiente a aceptación de uno mismo y de la vida, así mismo con la subescala del Plutchik denominada sentimiento de inutilidad y la subescala del PANAS de afectos positivos.

Insertar tabla 4

Validez de Constructo.

Análisis Factorial Confirmatorio.

Se procedió a ejecutar un AFC en el cual se planteó un modelo teórico propuesto por el autor de la prueba que define la escala de manera unidimensional conformado por los cinco ítems que la componen. Tal y como se muestra en la Figura 1, el modelo teórico de un solo factor fue confirmado. La Tabla 5, muestra los indicadores de bondad de ajuste del modelo

teórico en el cual se ajustan los datos. El índice GFI arrojó un valor de 0,97 indicando un buen ajuste considerando que se acerca al valor de ajuste perfecto el cual corresponde a 1.0 (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1998). El RMR se ubicó en un rango un poco menor al aceptable dado que no se ubicó en valores comprendidos entre 0.05 y 0.08 según lo planteado por Hair, Anderson, Tatham y Black (1998). El valor del NNFI compara el χ^2 , compara previamente con su esperanza, los grados de libertad del modelo base (gb) y del modelo en cuestión (g), valores superiores a 1 tienden a indicar sobreparametrización del modelo y en este caso, el valor arrojado se encuentra dentro los límites establecidos. Y finalmente, el RMSEA que da cuenta de la discrepancia en grados de libertad, pero medido en términos de población arrojó un valor de 0.105 el cual puede considerarse como aceptable teniendo cuenta que se ubica por encima del rango entre 0.05 y 0.08. Considerando los datos arrojados en el modelo 1, se procedió a probar la validez de cuatro modelos alternos en los que se incluyeron los errores de la covarianza entre diferentes ítems según lo hallado en la literatura. Al respecto el modelo que mostró un mejor ajuste fue el modelo 3 en el cual se ajustó el error de la covarianza entre el ítem 1 y 4 evidenciando un chi-cuadrado menor y un valor RMSEA dentro de los valores esperados.

Insertar figura 1

Estadísticos descriptivos de todas las medidas

Para complementar la información obtenida en los participantes de acuerdo con las variables evaluadas se analizaron los estadísticos descriptivos mostrando que en el CAS los participantes obtuvieron una Media de 2,46 mostrando puntajes relativamente bajos de

ansiedad frente al coronavirus. Por su parte, los resultados sobre riesgo suicida arrojaron una media de 3,99 dato inferior al punto de corte establecido por el autor para considerar la existencia de riesgo suicida. Los puntajes de resiliencia se ubicaron en un nivel “normal” para la media de la población encuestada. Y finalmente, los resultados de afectos positivos y negativos mostraron puntajes mayores en afectos positivos con respecto a los afectos negativos.

Insertar tabla 6

DISCUSIÓN.

Esta investigación se centró en determinar las propiedades psicométricas del CAS para la evaluación de la ansiedad frente al coronavirus, al respecto los datos sobre la fiabilidad del instrumento mostraron índices adecuados que oscilaron entre $\Omega=.73$ y $\alpha=.83$ los cuales coinciden con estudios realizados en población Latina, específicamente cubana cuyo índice fue $\alpha=.88$ (Broche-Pérez, et. al., 2020) y en población de Puerto Rico donde los autores obtuvieron índices de $\Omega=.92$ (González-Rivera, Rosario-Rodríguez & Cruz-Santos, 2020). En población banglades los índices fueron $\alpha=.87$ y $\Omega=.87$ (Ahmed, Ahmed, Sharker, Lee & Jobe, 2020), en población pakistanie $\alpha=.74$ (Ashraf, Lee & Crunk, 2020), en población turca $\alpha=.80$ (Evren, Evren, Dalbudak, Topcu & Kutlu, 2020) y población americana $\alpha=.93$ (Lee, 2020).

A pesar de las leves diferencias presentadas es posible identificar que los índices de confiabilidad en todos los estudios, incluyendo son admisibles permitieron concluir que se trata de un instrumento confiable para su aplicación en un amplio espectro de poblaciones.

En cuanto a los datos referidos a la validez del CAS los resultados de este estudio permitieron identificar indicadores admisibles para el modelo unidimensional de la prueba, aunque el valor RMSEA se ubicó por encima del rango de valores esperados (GFI= .97; RMR= .033, CFI= .98; NNFI= .95; PNFI= .49; RMSEA= .105). Estos resultados coinciden con lo hallado por González-Rivera, et. al. (2020), en Puerto Rico quienes identificaron índices similares (RMSEA= .11; CFI= .97; TLI= .959; AIC= 46.14) los cuales se modificaron al incluir la covarianza entre los errores de los ítems 2 y 5 (RMSEA= .03; CFI= .99; TLI= .99; AIC= 27.35). De igual forma se evidencia que este procedimiento fue realizado en la versión Bangladesa del CAS al ajustar el modelo unidimensional agregando la covarianza para su caso de los ítems 1 y 4 a partir del cual obtuvieron índices adecuados de validez mediante AFC (GFI = .99; CFI = .99; TLI = .99; RMSEA = .04 y SRMR = .01) (Ahmed, Ahmed, Sharker, Lee & Jobe, 2020). Al respecto es necesario destacar que en estudio realizado para validar el CAS en profesionales de la salud mexicanos se hallaron buen ajuste para unos indicadores, pero no para otros (RMSEA= .16; CFI= .94; TLI .88; AIC= 27.35) identificando que los ítems 4 y 5 eran temáticamente parecidos porque expresaban problemas digestivos, así como los ítems 1 y 3 que reflejaban reacciones extremas de miedo. Así al ajustar estos errores establecieron un nuevo modelo que mostró un ajuste excelente los siguientes índices RMSEA= .00; CFI= 1.00; TLI 1.00 (Mora-Magaña, et. al., 2020).

A diferencia de los estudios mencionados otras investigaciones sobre la validez del instrumento mostraron índices de ajuste excelente como es el caso de las versiones para

población americana CFI= 1.00; TLI= 1,00; SRMR= .01; RMSEA= .00 (Lee, 2020b) y CFI = 1.00; TLI = .99; SRMR = .01; RMSEA = .06). (Lee, 2020c).

La versión para población pakistane CFI = .99; TLI = .98; SRMR = .02; RMSEA= .06 (Ashraf, Lee & Crunk, 2020). La validación en población turca obtuvo índices de GFI, TLI y CFI > .90 y RMSEA <.05 (Evren, Evren, Dalbudak, Topcu & Kutlu, 2020). Y finalmente la versión cubana NFI= .99; CFI= .99; TLI= .99; RMSEA= .04 (Broche-Pérez, et. al., 2020).

Considerando lo anterior, se contrastaron cinco modelos que incluyeron el modelo a priori definido por el autor de la prueba original y cuatro modelos alternos ajustando errores de covarianza entre diferentes ítems, de estos, el modelo 3 que incluyó la covarianza entre los ítems 1 y 3 mostro el mejor ajuste ($X^2=4.33$; GFI=1.08; GFI=0.99; RMR=.011; NNFI=0.99; RMSEA=0.014). Ambos ítems (1. Me sentí mareado, aturdido o sin aliento cuando leí o escuché las noticias sobre el coronavirus; 3. Me sentí paralizado o frio cuando pensé o estuve expuesto a información sobre el coronavirus), relacionados con el miedo a perder el control corporal y su relación sobre la exposición a noticias e información sobre el coronavirus. Al respecto es necesario advertir que cuando se aplicaron los cuestionarios de esta investigación, Colombia estaba en confinamiento absoluto de su población. Los ciudadanos estaban viviendo por primera vez en su historia una larga cuarentena con una sobre dosis informativa por coronavirus. Sobre este punto, diversos estudios plantean que la saturación mediática del SARS-CoV-2 provoca ansiedad y estrés, máxime cuando estas informaciones son contradictorias y llenas de informaciones falsas y tendenciosas relacionadas con el riesgo de contagio y de las formas de evitarlo. Esto puede llevar a conducir a un aumento de ansiedad, a una mayor respuesta al estrés que puede llevar a descargas psicobiológicas asociadas a estas emociones negativas. (Garfin, Silver,

&Holman,2020; Mejía et al,2020) cuestión que puede relacionarse con las respuestas dadas a estos ítems.

Además del análisis de fiabilidad y validez de constructo este estudio busco evidencia de validez concurrente por lo cual se aplicaron medidas de riesgo suicida, resiliencia y bienestar subjetivo específicamente afectos positivos y negativos, a partir de lo cual identifiqué una correlación estadísticamente significativa positiva moderada entre afecto negativo y ansiedad frente al coronavirus y correlaciones significativas negativas débiles con aceptación de uno mismo y de la vida y afectos positivos. Dichas correlaciones expresan la presencia de malestar psicológico entre quienes presentan síntomas de ansiedad frente al coronavirus traducidos en la experimentación elevada de afectos negativos, así como dificultades para experimentar afectos positivos y aceptación de sí mismo de las condiciones presentes de vida.

Estos datos se ubican en la misma dirección de investigaciones en personal de salud mexicanos que han evidenciado la presencia de síntomas de ansiedad generalizada y depresión en personas con altos niveles de ansiedad frente al coronavirus (Mora-Magaña, et. al., 2020). En población general latinoamericana los resultados son consistentes en este sentido dado que se han hallado correlaciones del CAS con experiencia de ansiedad y calidad autopercebida de salud (Broche-Pérez, et. al., 2020). Este tipo de datos coincide con poblaciones con diferencias culturales importantes como la población americana donde los hallazgos sobre validez concurrente muestran correlaciones del CAS con deterioro, afrontamiento de alcohol / drogas, afrontamiento religioso negativo, desesperanza extrema, ideación suicida correlaciones con desesperación e ideación suicida (Lee, 2020c). Si bien en este estudio se realizó la exploración de los niveles de riesgo suicida se evidencian diferencias importantes con la población colombiana puesto que no se hallaron correlaciones estadísticas significativas en esta población.

En la misma dirección las correlaciones del CAS con la incapacidad de disfrutar actividades del día a día, pérdida de la confianza en uno mismo y sentimiento de inutilidad (Ashraf, Lee & Crunk, 2020) resultados que se asemejan a lo encontrado en esta población al hallar correlaciones con uno de los indicadores de resiliencia asociado a la aceptación de sí mismo y de la vida. En coherencia con la versión bangladesa, los datos colombianos mostraron correlaciones significativas con índices de bienestar subjetivo desde la experiencia de afectos negativos, en donde los participantes evidenciaban que a mayores puntajes en el CAS, mayores niveles de ansiedad y depresión se presentaban, y menores niveles de bienestar mental, CAS Bangla. (Ahmed, Ahmed, Sharker, Lee & Jobe, 2020). Además de lo expuesto llama la atención que los resultados descriptivos derivados de la aplicación del CAS mostraron bajos niveles de ansiedad frente al coronavirus, cuestión que puede relacionarse con la etapa de aplicación de los instrumentos, momento en el cual apenas iniciaba la fase de contagio de Colombia y aún en términos generales la población no tenía aún conocimiento cercanos sobre el impacto del virus en la salud de las personas, aunado a la desinformación generada por el acceso a información de medios de comunicación no confiables.

Finalmente, es importante considerar que el CAS ha presentado evidencia de ser un instrumento útil para la valoración de la ansiedad frente al coronavirus tanto en población en general de diferentes partes del mundo, como en profesionales de la salud que se constituyen en el recurso humano de primera línea para atacar el impacto del coronavirus. Siendo este instrumento una herramienta pertinente para la evaluación de alteraciones en la salud mental de las personas por su exposición al virus, así mismo, esta herramienta aporta significativamente a posibles avances para entender el impacto de esta situación que ha

afectado a toda la población mundial, siendo un instrumento de tamizaje, fácil uso, acceso e interpretación.

REFERENCIAS.

- Ahmed, O., Faisal, R. A., Sharker, T., Lee, S. A., & Jobe, M. C. (2020). Adaptation of the Bangla version of the COVID-19 Anxiety Scale. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00357-2>
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Ed.). Washington APA
- Andrade, E. F., Pereira, L. J., Orlando, D. R., Peixoto, M. F. D., Lee, S. A., & Castelo, P. M. (2021): Validation of the Brazilian Portuguese version of the Obsession with COVID-19 Scale (BP-OCS) using a large university sample in Brazil. *Death Studies*. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07481187.2021.1879319?src=>
- Ashraf, F., Lee, S. A., & Crunk, A. E. (2020). Factorial validity of the Urdu version of the Obsession with COVID-19 Scale: Preliminary investigation using a university sample in Pakistan. *Death Studies*. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1779436>
- Becerra-García JA, Giménez Ballesta G, Sánchez-Gutiérrez T, Barbeito Resa S, Calvo Calvo A. Síntomas psicopatológicos durante la cuarentena por Covid-19 en población general española: un análisis preliminar en función de variables sociodemográficas y ambientales-ocupacionales [Psychopathological symptoms during Covid-19 quarantine in spanish general population: a preliminary analysis based on sociodemographic and occupational-contextual factors.]. *Revista Española Salud Pública*. 2020;94: e202006059. Published 2020 Jun 9.
- Broche-Pérez, Y., Fernández-Castillo, E., Fernández-Fleites, Z., Jiménez-Puig, E., Vizcaíno-Escobar, A., Ferrer-Lozano, D., Martínez-Rodríguez, L., & Martín-González, R. (2020). Adaptation of the Cuban version of the Coronavirus Anxiety Scale. *Death Studies*. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1855610>
- Caballero, CC., Jimenez, MP., & Campo-Arias, A. (2020). Suicide risk during the lockdown due to coronavirus disease (COVID-19) in Colombia. *Death Studies*, doi.org/10.1080/07481187.2020.1784312
- Cabrera, L. F., Jaspe, C. L., & Ciro, M. P. (2020). Adaptación de la residencia de Cirugía General en Colombia a la pandemia del COVID-19: Programa de enseñanza quirúrgica virtual. *Revista Colombiana de Cirugía*, 35(2), 256–263. <https://doi.org/10.30944/20117582.632>
- Casale, S., & Flett, G. L. (2020). Interpersonally-based fears during the COVID-19 pandemic: Reflections on the fear of missing out and the fear of not mattering constructs. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 88–93. <https://doi.org/10.36131/CN20200211>
- Caycho-Rodríguez, T., Vilca, L. W., Carbajal-León, C., White, M., Vivanco-Vidal, A., Saroli-Aranibar, D., Peña-Calero, B. N., & Moreta-Herrera, R. (2021) Coronavirus Anxiety Scale: New psychometric evidence for the Spanish version based on CFA and

- IRT models in a Peruvian sample. *Death Studies*.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1865480>
- Chew, N., Lee, G., Tan, B., Jing, M., Goh, Y., Ngiam, N., Yeo, L., Ahmad, A., Ahmed Khan, F., Napoleon Shanmugam, G., Sharma, A. K., Komalkumar, R. N., Meenakshi, P. V., Shah, K., Patel, B., Chan, B., Sunny, S., Chandra, B., Ong, J., Paliwal, P. R., ... Sharma, V. K. (2020). A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain, behavior, and immunity*, 88, 559–565.
<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.049>
- Choi, E., Lee, J., & Lee, S. A. (2020). Validation of the Korean version of the Obsession with COVID-19 scale and the Coronavirus Anxiety Scale. *Death Studies*.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1833383>
- Elbay, R. Y., Kurtuluş, A., Arpacioğlu, S., & Karadere, E. (2020). Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in Covid-19 pandemics. *Psychiatry research*, 290, 113130. Adelanto de publicación en línea.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113130>
- Evren, C., Evren, B., Dalbudak, E., Topcu, M., & Kutlu, N. (2020). Measuring anxiety related to COVID-19: A Turkish validation study of the Coronavirus Anxiety Scale. *Death Studies*. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1774969>
- Feng, S., Shen, C., Xia, N., Song, W., Fan, M., & Cowling, B. J. (2020). Rational use of face masks in the COVID-19 pandemic. *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(5), 434–436. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30134-X](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30134-X)
- Franco-Jimenez, R. (2020). Translation and psychometric analysis of the Coronavirus Anxiety Scale (CAS) in Peruvian youth and adults. *Interactions*, 6 (2), e159.
<https://doi.org/10.24016/2020.v6n2.159>
- Garfin DR, Silver RC, Holman EA. (2020) The novel coronavirus (COVID-19) :Outbreak: Amplification of public health consequences by media exposure, *Health Psychology*, 39(5),355-357. doi: 10.1037/hea0000875.
- González-Rivera, J., Rosario-Rodríguez, A., & Cruz-Santos, A. (2020). Escala de Ansiedad por Coronavirus: Un Nuevo Instrumento para Medir Síntomas de Ansiedad Asociados al COVID-19. *Interacciones*, 6(3), e163.
<https://doi.org/10.24016/2020.v6n3.163>
- Hair, F., Anderson, R.E, Tatham, R.L. y Black, W.C. (1998). *Multivariate data analysis with readings*. New Jersey: Prentice Hall, 5th edition. Upper Saddle River
- Hao, F., Tan, W., Jiang, L., Zhang, L., Zhao, X., Zou, Y., ... & Tran, B. (2020). Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain, behavior, and immunity*.
- Huang, J. Z., Han, M. F., Luo, T. D., Ren, A. K., & Zhou, X. P. (2020). Mental health survey of medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi = Zhonghua Laodong Weisheng Zhiyebing Zazhi = Chinese Journal of Industrial Hygiene and Occupational Diseases*, 38(3), 192–195. <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063>
- Hussain, A., Sawant, S., Mishra, J., Ram, R., Pandey, M., Bista, S., & Sarraf, P. K. (2020). Psychological distress related to COVID-19 among Nepalese professionals: An online cross-sectional study. *Med Phoenix*, 5(1), 10-18.
<https://www.nepjol.info/index.php/medphoenix>

- Lauer, S., Grantz, K., Bi, Q., Jones, F., Zheng, Q., ..., & Lessler, J. (2020). The incubation period of Coronavirus Disease 2019 (COVID 19) from publicly reported confirmed cases: estimations and application. *Annual of Internal Medicine*. <https://doi.org/10.7326/M20-0504>
- Lazcano-Ponce, E., & Alpuche-Aranda, C. (2020). Alfabetización en salud pública ante la emergencia de la pandemia por Covid-19. *Public health literacy in the face of the Covid-19 pandemic emergency.*, 62(3), 317–326. <https://doi.org/10.21149/11408>
- Lee, S. A. (2020a). Measuring coronaphobia: The psychological basis of the Coronavirus Anxiety Scale. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. <https://dx.doi.org/10.14744/DAJPNS.2020.00069>
- Lee, S. A. (2020b). Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies*, 44(7), 393-401. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1748481>
- Lee, SA. (2020c). Replication analysis of the Coronavirus Anxiety Scale. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 33:203-205. DOI: 10.14744/DAJPNS.2020.00079
- Li, D. L., & Chen, M. X. (2020). Critical patients with coronavirus disease 2019. Risk factors and outcome nomogram. *Journal of Infectology*. Doi: [10.1016/j.jinf.2020.03.025](https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.03.025)
- Liu, Y. (2020). *Viral dynamic in mild and severe cases of COVID 19*. The Lancet Infectious Diseases, [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30232-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30232-2)
- Mejía, C., Rodríguez, F., Garay., Enríquez, MG., Moreno, A., Huaytan, K. et al (2020). Percepción de exageración o miedo propagado por los medios de comunicación entre la población peruana durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 39(2): e698E1
- Mejía Serrano, J. C., Silva Girldo, C. A., & Rueda Mahecha, Y. M. (2020). Ruta de Atención Psicosocial para Docentes con Síndrome de Burnout a causa de la Cuarentena generada por el Covid-19 | *Revista de Investigación en Gestión Industrial, Ambiental, Seguridad y Salud en el Trabajo - GISST*, 2(2), 133–143.
- Milman, E., Lee, S. A., & Neimeyer, R. A. (2020a). Social isolation and the mitigation of coronavirus anxiety: The mediating role of meaning. *Death Studies*. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1775362>
- Moccia, L., Janiri, D., Pepe, M., Dattoli, L., Molinaro, M., De Martin, V., ... & Di Nicola, M. (2020). Affective temperament, attachment style, and the psychological impact of the COVID-19 outbreak: an early report on the Italian general population. *Brain, Behavior, and Immunity*.
- Mora-Magana, I., Lee, S. A., Maldonado-Castellanos, I., Jimenez-Gutierrez, C., Mendez-Venegas, J., Maya-Del-Moral, A., Rosas-Muniveg, M. D., Mathis, A. A., & Jobe, M. C. (2020). Coronaphobia among healthcare professionals in Mexico: A psychometric analysis. *Death Studies*. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1808762>
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil, M., Picaza, M., & Idoiaga, M. (2020). Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cad. Saúde Pública*, 36(4), 1- 10. doi: 10.1590/0102-311X00054020.
- Pedrozo, JC. Pedrozo, MJ., & Campo-Arias, A. (2020). Estrés percibido relacionado con la epidemia de COVID-19 en Colombia: una encuesta en línea. *Cadernos. Saúde Pública*, 36(5), e00090520

- Presti, G., McHugh, L., Gloster, A., Karekla, M., Hayes, S.C. (2020). The Dynamics of Fear at the Time of COVID-19: A Contextual Behavioral Science Perspective. *Clinical Neuropsychiatry*, 17 (2), 65-71. <https://doi.org/10.36131/CN20200206>
- Sanabria-Mazo, J., Useche, B., Riaño-Lara, V., Rojas-Gómez, J., Carmona, M., Méndez-Ulrich, J., Feliu-Soer, A., Mateo-Canedo, C., Selva-Olid, C., Crespo, N., Muro, A., Sanz, A. (2020). *Efectos en la salud mental de la población colombiana durante la pandemia del COVID-19*. <https://www.researchgate.net/project/PSY-COVID-COLOMBIA>
- Sánchez-Teruel, D., Robles-Bello, M. (2015). Escala de Resiliencia 14 ítems (RS-14): Propiedades Psicométricas de la Versión en Español. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 2(40), 103-113. <https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645432011.pdf>
- Sherman A. Lee (2020) Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety, *Death Studies*, 44:7, 393-401, DOI:10.1080/07481187.2020.1748481
- Singhal, T. (2020). A review of coronavirus disease-2019 (COVID-19). *Indian Journal of Pediatrics*, 87(4), 281–286. doi:10.1007/s12098-020-03263-6
- Skalski, S., Uram, P., Dobrakowski, P., & Kwiatkowska, A. (2020,). The link between ego-resiliency, social support, SARS-CoV-2 anxiety and trauma effects: Polish adaptation of the Coronavirus Anxiety Scale. <https://doi.org/10.31234/osf.io/56hjc>
- Urzúa, A., Vera, P., Caqueo, A., & Polanco, C. (2020). Psychology in the Prevention and Management of COVID-19. Contributions From the Initial Evidence. *Terapia Psicológica*, 38(1), 103–118. ISSN 0716-6184. Psychological intervention in crisis, psychoeducation and cognitive behavioral therapies.
- Wagnild, G. M. (2009). *The Resilience Scale User's Guide for the US english version of the Resilience Scale and the 14-Item Resilience Scale*. Worden, Montana (USA): The Resilience Center
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Watson, D., Clark, L., Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The panas Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- Wee, L. E., Chua, Y. Y., Sim, X. Y. J., Venkatachalam, I., Tan, B. H., Fua, T. P., Ho, A. F. W., Tan, K. B. K., & Conceicao, E. P. (2020). Containing COVID-19 in the Emergency Department: The Role of Improved Case Detection and Segregation of Suspect Cases. *Academic Emergency Medicine*, 27(5), 379–387. <https://doi.org/10.1111/acem.13984>
- Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & Yang, N. (2020). Social Capital and Sleep Quality in Individuals Who Self-Isolated for 14 Days during the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in January 2020 in China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 26, e923921. <https://doi.org/10.12659/MSM.923921>

Zhao, Y., Cheng, S., Yu, X., & Xu, H. (2020). Chinese Public's Attention to the COVID-19 Epidemic on Social Media: Observational Descriptive Study. *Journal of medical Internet research*, 22(5), e18825. <https://doi.org/10.2196/18825>

Tabla 1.

Estadísticos Descriptivos de las Características Sociodemográficas de los participantes.

	Variables	% Frecuencia
Sexo	Masculino	39,9% (N=167)
	Femenino	60,1% (N=253)
Edad	18-27 años	68,6% (N=289)
	28-37 años	15,9% (N=67)
	38-48 años	11,6% (N=49)
	49-60 años	3,3% (N=14)
	61 o más	0,5% (N=2)
	Estratos 1-2	51,5% (N=217)
Estrato Socioeconómico	Estratos 3-4	42,7% (N=180)
	Estratos 5-6	5,7% (N=24)
	Básica primaria	0,23% (N=1)
Nivel de estudios cursados	Básica secundaria	14% (N=58)
	Tecnólogo	18,5% (N=78)
Ocupación	Universitario	59,3% (N=250)
	Postgrado	8,1% (N=34)
	Empleado	20,6% (N=87)
	Trabajador independiente	14,4% (N=61)
	Jubilado/Pensionado	0,23% (N=1)
	Desempleado	8,5% (N=36)
	Ama de casa	2,4% (N=10)
Número de días de aislamiento obligatorio	Estudiante	45,3% (N=191)
	Trabajador y estudiante	8,3% (N=35)
	30 días o menos	17,6% (N=74)
	31 a 60 días	67,6% (N=285)
	61 a 70 días	14,7% (N=62)

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2.

Consistencia Interna de la Escala CAS.

Escalas	Mín.	Máx.	Media	DT	α	Ω
---------	------	------	-------	----	----------	----------

Puntaje total CAS	0	20	2,50	3,303	,831	,736
-------------------	---	----	------	-------	------	------

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3.

Análisis de ítems: correlación y efectos suelo y techo de la Escala CAS.

	Correlación		Distribución porcentual por respuesta				
	Item-Dim	R ²	%0	%1	%2	%3	%4
1. Me sentí mareado, aturdido o sin aliento cuando leí o escuché las noticias sobre el coronavirus	,742**	,712	62.7	22.8	12.4	1.0	1.2
2. Tuve dificultad para conciliar el sueño o quedarme dormido porque estaba pensando en el coronavirus	,811**	,739	53.7	22.6	18.3	2.9	2.6
3. Me sentí paralizado o frío cuando pensé o estuve expuesto a información sobre el coronavirus	,768**	,723	63.9	21.9	11.4	1.7	0.2
4. Perdí el interés en comer cuando pensé o estuve expuesto a información sobre el coronavirus	,775**	,698	82.2	11.2	4.5	1.0	1.2
5. Sentí náuseas o problemas estomacales cuando pensé o estuve expuesto a información sobre el coronavirus	,756**	,645	80.5	11.4	5.7	2.1	0.2

Nota: Las correlaciones significativas (al nivel 0,01) están resaltadas en negrita; R²=Residuo cuadrático.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4.*Validez Convergente de la Escala CAS con otras medidas.*

Instrumentos	Escalas	Puntaje Global CAS
Escala de Riesgo Suicida de Plutchik	Factor I Sentimiento de inutilidad	,100*
	Factor II Ideación suicida	-,070
	Factor III Desesperanza	-0,03
	Factor IV Factores sociales	-0,05
	Puntaje total Riesgo	-0,06
Escala de Resiliencia R14 de Wagnild	Factor I Competencia personal	-0,04
	Factor II Aceptación de uno mismo y de la vida	-,130**
	Puntaje total resiliencia	-0,06
Escala de Afectos positivos y negativos PANAS	Afectos positivos	-,179**
	Afectos negativos	,435**

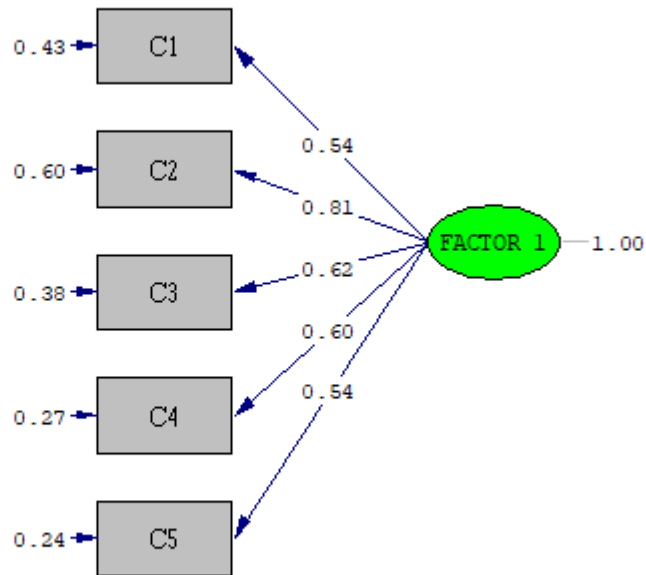
Nota: (**) Nivel de significación $p > 0,01$ (bilateral); (*) Nivel de significación $p > 0,05$ (bilateral)

Tabla 5.*Modelos análisis factorial confirmatorio.*

Modelo	χ^2	df	χ^2/ gl	GFI	RMR	NNFI	RMSEA
Modelo 1	28.26	5	5.65	0.97	.033	0.95	0.105
Modelo 2	28.08	4	7.02	0.97	.032	0.96	0.119
Modelo 3	4.33	4	1.08	0.99	.011	0.99	0.014
Modelo 4	29.81	4	7.45	0.97	.025	0.96	0.123
Modelo 5	22.13	4	5.53	0.98	.021	.97	0.103

χ^2 = Normal Theory Weighted Least Squares Chi-Square; df=degrees of freedom; RMR=Root Mean Square Residual; CFI=comparative fit index; NNFI=; Non-Normed Fit Index; PNFI=Parsimony Normed Fit Index; RMSEA=Root Mean Square Error of Approximation

Fuente: Elaboración propia.



Chi-Square=28.26, df=5, P-value=0.00003, RMSEA=0.105

Figura 1. Solución factorial de la Escala CAS.

Tabla 6.

Estadísticos descriptivos de las medidas de ansiedad frente al coronavirus, riesgo suicida, resiliencia y afectos

		N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
CAS	Puntaje global CAS	421	0	15	2.46	3.180
	Factor 1. Sentimiento inutilidad	421	4	28	18.92	7.799
	Factor 2. Ideación suicida	421	3	21	15.35	6.419
	Factor 3. Desesperanza	421	3	21	12.08	4.812
	ESCALA PLUTCHIK Factor 4. Factor social	421	5	35	24.56	10.078

	Puntaje global	421	0	15	3.99	2.753
	Factor 1. Competencia personal	421	11	77	52.04	20.678
	Factor 2. Aceptación de uno mismo y de la vida	421	3	21	13.82	5.837
RS14	Puntaje global	421	14	98	65.86	26.210
	Afectos positivos	422	0	40	24.26	10.008
PANAS	Afectos negativos	422	0	40	8.61	7.419