



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA PARA LA SALUD PÚBLICA**

**“PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y SUS FACTORES ASOCIADOS DURANTE
LA PANDEMIA COVID-19 EN ECUADOR DURANTE EL 2020.”**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MAGÍSTER EN EPIDEMIOLOGÍA PARA LA SALUD PÚBLICA**

Modalidad de titulación: Artículo científico

Dra. Paola Barrera

Autora

Alejandro Andrés Peralta Chiriboga

Director

QUITO, 2023

- **Título.**

“Problemas de salud mental y sus factores asociados durante la pandemia covid-19 en Ecuador durante el 2020.”

“Mental health problems and their associated factors during the covid-19 pandemic in Ecuador during 2020.”

- **Nombres y filiaciones de autores.**

Paola Cristina Barrera Quilligana¹, Alejandro Andrés Peralta Chiriboga², Ana Lucía Torres ².

1: Maestría en Epidemiología para la Salud Pública, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador.

2: Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador.

Autor/autora de correspondencia.

Paola Cristina Barrera Quilligana / pao6medi@gmail.com. Palermo, Guatemala 5924, CABA, Argentina Código Postal: 1425.

- **Contribuciones de autoría.** La escritura del presente artículo fue realizada por la autora principal con la contribución importante de todos los autores aportando en la construcción del trabajo. Paola Barrera: Conceptualización, Metodología, Análisis formal, Investigación, Redacción - borrador original, Andrés Peralta: Metodología, Análisis, Redacción - Revisión y Edición. Todas las personas se hacen responsables de los aspectos que integra el presente manuscrito.
- **Financiación.** Financiamiento propio por parte del Instituto de Salud Pública de la PUCE US \$ 8,600.00. El presupuesto del proyecto macro consta básicamente del trabajo del personal propio del Instituto de Salud Pública de la PUCE (Pontificia Universidad Católica del Ecuador) que contó con horas específicas asignadas para este fin. Además, se han considerado equipos y servicios básicos que son parte del aporte de la Universidad.

- **Agradecimientos.**

El presente trabajo forma parte del proyecto macro titulado "Impacto social generado en la población durante y después del confinamiento aplicado como medida de prevención y control del SARS-CoV-2 en Brasil, Chile, Ecuador, España y México". Agradecemos al Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por el aporte a esta investigación, contribuyendo en el gran aprendizaje científico, el mismo que deja un importante impacto psico-social en la sociedad.

- **Conflictos de intereses.**

Ninguno

- **Registro.** No aplica

Resumen

“Problemas de salud mental y sus factores asociados durante la pandemia covid19 en Ecuador durante el 2020.”

Introducción: La pandemia global por COVID-19, y las medidas aplicadas para paliar sus efectos (aislamiento y distanciamiento) pudieron tener efectos psicosociales en la población. Se ha evidenciado el impacto de la pandemia y el confinamiento en la salud física y mental; y en la calidad de vida de las personas en distintas partes del mundo, incluyendo varios países Latinoamericanos.

Objetivos: Analizar problemas de salud mental y sus factores asociados en la población participante en la encuesta “Impacto social generado en la población durante y después del confinamiento aplicado como medida de prevención y control del SARS-CoV-2 en Ecuador” durante el 2020. Objetivos específicos 1) Describir la prevalencia de problemas de salud mental (ansiedad, depresión y consumo de sustancias) en la población estudiada de la encuesta; 2) Analizar los factores asociados a problemas de salud mental en la población estudiada en la encuesta.

Métodos; Estudio de corte transversal con alcance analítico que evalúa las asociaciones entre problemas de salud mental (síntomas de depresión y ansiedad; consumo de alcohol, tabaco, drogas ilegales y psicofármacos) y diversas variables sociodemográficas, de salud y de confinamiento en población general adulta durante el año 2020 en Ecuador. Se estimó las prevalencias de los problemas de salud mental analizados. Posteriormente se realizaron análisis descriptivos uni y bivariados de las variables de estudio y se evaluaron asociaciones bivariados. Finalmente se ajustaron modelos de regresión logística multinomial para estimar las asociaciones entre los problemas de salud mental con las variables explicativas tomando en cuenta las distintas categorías en cada variable dependiente (por ejemplo, síntomas depresivos leves, moderados, moderados-graves o graves frente a no tener síntomas depresivos).

Resultados: 2924 personas participaron de la encuesta virtual. Los modelos de regresión multinomial muestran diversos factores asociados con el aumento o la disminución del consumo de alcohol, tabaco, drogas, o psicofármacos; o con síntomas de ansiedad y depresión. Se destaca que el ser mujer (OR:1,7 IC: 1.0 -2.7) se asoció

con el desarrollo de síntomas de depresión leve y moderada; así como consumir psicofármacos con depresión moderada-grave y muy grave. Además, la falta de apoyo de vecinos se asoció con todos los síntomas de ansiedad (leve, moderada y severa) y específicamente con síntomas severos de ansiedad. El presentar enfermedad crónica mostró asociación con síntomas de ansiedad severos. El mayor consumo de tabaco tiene asociación con el consumo de alcohol y psicofármacos.

Conclusiones: El presente estudio estimó las prevalencias de varios problemas de salud mental durante la etapa inicial de la pandemia por COVID-19 en población general adulta en Ecuador. Se encontraron diversos factores asociados a estos problemas de salud mental, evidenciándose importantes inequidades en salud.

Palabras clave

- Salud Mental, Covid19, Pandemias, Determinantes Sociales de la Salud, Ansiedad, Depresión, Ecuador.

Abstract

"Mental health problems and their associated factors during the covid19 pandemic in Ecuador during 2020."

Introduction: The global pandemic by COVID-19, and the measures applied to alleviate its effects (isolation and distancing) could have psychosocial effects on the population. The impact of the pandemic and confinement on physical and mental health has been evidenced; and in the quality of life of people in different parts of the world, including several Latin American countries.

Objectives: Analyze mental health problems and their associated factors in the population participating in the survey "Social impact generated in the population during and after the confinement applied as a measure of prevention and control of SARS-CoV-2 in Ecuador" during 2020. Specific objectives 1) Describe the prevalence of mental health problems (anxiety, depression and substance use) in the population studied in the survey; 2) Analyze the factors associated with mental health problems in the population studied in the survey.

methods: Cross-sectional study with an analytical scope that evaluates the associations between mental health problems (symptoms of depression and anxiety; consumption of alcohol, tobacco, illegal drugs, and psychotropic drugs) and various sociodemographic, health, and confinement variables in the general adult population during the year 2020 in Ecuador. The prevalence of the mental health problems analyzed was estimated. Subsequently, univariate and bivariate descriptive analyzes of the study variables were performed and bivariate associations were evaluated. Finally, multinomial logistic regression models were adjusted to estimate the associations between mental health problems with the explanatory variables, taking into account the different categories in each dependent variable (for example, mild, moderate, moderate-severe, or severe depressive symptoms versus no depressive symptoms). have depressive symptoms).

Results: 2924 people participated in the virtual survey. Multinomial regression models show various factors associated with the increase or decrease in the consumption of alcohol, tobacco, drugs, or psychotropic drugs; or with symptoms of anxiety and depression. It should be noted that being a woman (OR:1.7 CI: 1.0 -2.7) was associated with the development of symptoms of mild and moderate depression; as well as consuming psychotropic drugs with moderate-severe and very severe depression. Furthermore, lack of support from neighbors was associated with all anxiety symptoms (mild, moderate, and severe) and specifically with severe anxiety symptoms. Presenting chronic disease was associated with severe anxiety symptoms. The greater consumption of tobacco is associated with the consumption of alcohol and psychotropic drugs.

Conclusions: This study estimated the prevalence of various mental health problems during the initial stage of the COVID-19 pandemic in the general adult population in Ecuador. Various factors associated with these mental health problems were found, evidencing significant health inequities.

Keywords

- Mental Health, Covid19, Pandemics, Social Determinants of Health, Anxiety, Depression, Ecuador.

Introducción

Las epidemias son una amenaza constante para la salud pública, y puede tener consecuencias graves en la vida de las personas, debido a que originan cantidades significativas de enfermos y muertos. Por lo tanto, es importante que se tomen medidas urgentes, para prevenir, detectar verdaderas tragedias humanas, y responder rápidamente a los brotes de epidemias y que se atienda la aflicción y las consecuencias psicológicas que se generan(1).

Ante la rápida distribución del virus SARS Cov-2 de la COVID-19, con las intervenciones emergentes reportadas en la literatura y adoptados en países de bajos, medianos y altos ingresos para control de la curva epidémica ante un colapso de los sistemas de salud, se propusieron medidas de aislamiento y distanciamiento social(2). En Ecuador las medidas adoptadas fueron a través del suplemento del registro oficial N: 60 de fecha 12 de marzo de 2020, donde se publicó el Acuerdo N: 00126-2020, el cual declara estado de Emergencia Sanitaria en todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud por la inminente posibilidad de efecto provocado por el coronavirus COVID-19(3).

El COE Nacional, en sesión permanente por unanimidad de los Miembros Plenos, Resolvió: Restricción general de circulación de vehículos y personas el martes 17 de marzo del 2020, además la suspensión total de la jornada laboral presencial en el sector público y privado en la fecha establecida(4). “La Autoridad Sanitaria emitió 58 documentos normativos durante la pandemia, relacionados con servicios de salud, manejo de cadáveres, salud mental, medicamentos y dispositivos médicos, entre otros temas. Entre estos documentos se encuentran 16 recomendaciones resultantes del consenso entre diferentes actores públicos, privados y académicos sobre la mejor evidencia para el tratamiento y cuidado de pacientes con COVID-19”(5). Además, en el acuerdo se habla de destinar recursos para atender la emergencia del COVID-19 y garantizar la atención médica oportuna y efectiva a la población”. Adicionalmente se mencionó que controles a viajeros que entran y salen del país, con las acciones correspondientes en caso de que presenten síntomas de COVID-19(6).

A partir del 25 de marzo se estableció el toque de queda en todo el país desde las 14:00 hasta las 5:00 horas, con el objetivo de reducir la movilidad de la población y, con ello,

disminuir los contagios(7). La medida de cuarentena decretada respondió al eslogan “Quédate en casa”, lo que en un principio logro contener la propagación del virus, pero con el paso del tiempo recibió críticas y reclamos de apertura de ciertos espacios especialmente por parte de la población que debía elegir morir de hambre por no tener sustento diario o contagiarse de COVID-19(6).

El 13 de abril del 2020 el gobierno ecuatoriano implemento una “semaforización cantonal” como parte de las restricciones de COVID-19. El objetivo de este sistema era reactivar la economía progresivamente y consolidar un sistema de seguimiento de individuos infectados mediante geolocalización(8). El Plan Vacunarse fue creado el 21 de enero de 2021 con el objetivo de vacunar al personal de salud en 19 puntos de vacunación distribuidos en provincias como Pichincha, Guayas y Azuay, con el fin de abarcar una cobertura del 60% de la población vacunada al finalizar el 2021. El 13 de septiembre de 2021 se dio inicio a la vacunación de niños y adolescentes, con la intención de un retorno progresivo a las aulas de clases, siempre y cuando se cuente con la previa autorización de sus padres, madres y/o tutores(6).

Estas estrategias tuvieron como objetivos minimizar los indicadores de morbilidad y mortalidad, pues al permanecer con estas restricciones, tanto la población como su entorno familiar, contribuían para retrasar la propagación del virus. Sin embargo, estas medidas podían tener también importantes efectos psicosociales derivados de la pérdida de empleos o ingresos, hacinamiento, falta de interacciones sociales entre otros. En el contexto laboral, estos efectos psicosociales pueden tener un impacto negativo la salud mental de los trabajadores, lo que puede llevar a una disminución productividad, una peor percepción de la salud global y disminución calidad de vida(2).

Según la OMS define la Salud Mental es “un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad”. La salud mental es parte fundamental de la salud y el bienestar, y es esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico (9). A lo largo de la vida, existen múltiples determinantes individuales, sociales y estructurales que pueden combinarse para proteger nuestra salud mental. En la literatura internacional se destaca los determinantes sociales en la salud mental así como otros factores que pueden

afectarla como “la baja educación, la inseguridad, la desesperanza, el rápido cambio social, los riesgos de violencia y las enfermedades físicas”(10).

A continuación, se describen los posibles factores estresantes relacionados con la situación de aislamiento social, que incluyen “la duración del período de aislamiento social, el temor a la infección, la sensación de frustración, el aburrimiento, la falta de acceso a insumos básicos adecuados y la recepción de información no validada o inadecuada”. Después de la cuarentena, los principales estresores son “los problemas económicos y el estigma en relación a la exposición a la enfermedad infecciosa que causó la cuarentena”(11).

Con la pandemia COVID -19 se incrementa la posibilidad de problemas psicológicos y mentales, principalmente por el distanciamiento entre las personas y es probable que los trastornos depresivos y ansiosos ocurran o empeoren(12). Dado que la pandemia de COVID-19 actuó como situación estresante a nivel mundial, es esencial reconocer consecuencias a mediano y largo plazo en términos de salud mental, así como las conductas de riesgo asociadas al uso de sustancias, que podrían haber sido utilizadas como mecanismo de afrontamiento que excede los recursos adaptativos del sujeto(13).

Durante la pandemia de COVID-19, las personas con altos niveles de ansiedad por la salud tenían más posibilidades de interpretar sensaciones corporales inofensivas como evidencia de infección, lo que aumentó sus niveles de ansiedad, y afectó la capacidad para tomar decisiones racionales y comportarse adecuadamente(12). Cuando las personas pierden a un ser querido de manera repentina y no pueden despedirse, pueden experimentar sentimientos de ira, tristeza y resentimiento, lo que puede llevar a un estado depresivo, y a un duelo patológico(12).

En cuanto a las drogas , pueden ser clasificadas según los efectos que producen en el ser humano es decir de tipo “depresoras que disminuyen la actividad del sistema nervioso (alcohol, sedantes, cannabis, opiáceos, inhalantes), estimulantes que aumentan la actividad del sistema nervioso (cocaína, tabaco, anfetaminas, drogas de síntesis) y alucinógenas que alteran la percepción de la realidad (peyote, mescalina, hongos, dietilamina del ácido lisérgico (LSD)”(13). La situación de confinamiento tiene una alta repercusión sobre el grado de consumo de sustancias en los sujetos, siendo

muy importante el análisis situacional de cada individuo, pues las condiciones de confinamiento pueden disminuir o aumentar el consumo(14).

Dentro de las primeras investigaciones, al inicio de la pandemia, en China, apuntan que ante el miedo y lo desconocido la población, debutó con enfermedades mentales. Un estudio realizado del 31 de enero al 2 de febrero de 2020 tuvo como objetivo comprender los niveles de impacto psicológico, ansiedad, depresión y estrés en la etapa inicial del brote de COVID-19 en China. El estudio involucró a 1.210 personas de 194 ciudades de China, y el instrumento aplicado fue la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), la encuesta se realizó en línea, utilizando técnicas de muestreo en Snow Ball. Los resultados mostraron una proporción significativa de participantes con el 16,5% que experimentaron así síntomas depresivos de moderados a graves; seguido del 28,8% con síntomas de ansiedad de moderados a graves; y por último el 8,1% informó de niveles de estrés de moderados a graves. El mal estado de salud presentó asociación significativa frente a un mayor impacto psicológico con los niveles más altos de estrés, ansiedad y depresión”(15).

En un estudio similar realizado en la Comunidad Autónoma Vasca de España se aplicó un cuestionario utilizando Google Forms, a través de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), estratificado por sexo, grupo de edad, provincia, fecha de cumplimentación del cuestionario (antes o después del 14 de marzo), y presencia de enfermedades crónicas. Los resultados mostraron que niveles de estrés severos y extremadamente severos, ansiedad y depresión en la Comunidad Autónoma Vasca fueron inferiores a los recogidos en relación con el estudio realizado en China. Esto se puede explicar por el hecho de que la Comunidad Autónoma Vasca tenía más información sobre el virus, ya que llegó un mes y medio más tarde que a China(15).

En Latinoamérica, un estudio realizado en Perú donde se buscó determinar la relación entre ansiedad por COVID - 19 y salud mental en 356 estudiantes universitarios (227 mujeres y 129 hombres, M edad = 22.36 años, DE = 2.46), se aplicó la versión en español de la Coronavirus Anxiety Scale (CAS) y el Mental Health Inventory-5 (MHI) confirmando que mayor ansiedad por COVID-19 se relaciona con un empeoramiento de la salud mental en una muestra de estudiantes universitarios peruanos durante el año 2020(16). Otro estudio se realizó en Chile para explorar la presencia de síntomas

asociados con trastornos mentales, problemas de salud y factores de riesgo asociados en trabajadores de la salud. El estudio utilizó varias escalas incluyendo PHQ-9 para depresión, GAD-7 para ansiedad, ISI-7 para insomnio y IES-R-22 para malestar psicológico, aplicó a 125 centros de salud con participantes entre 18 a 67 años con 32 médicos, 22 enfermeras y 71 de otras profesiones. Los resultados mostraron que se reportó una alta frecuencia de problemas de salud mental entre los profesionales que atienden a pacientes con infecciones respiratorias o COVID-19. Específicamente, el 75% de los participantes informaron síntomas de depresión, el 74% informaron síntomas de ansiedad, el 65% informaron insomnio y el 57% informaron síntomas de angustia. Estos profesionales tuvieron puntuaciones medianas más altas en las escalas(17).

Sin embargo, también existe riesgos de origen ocupacional, como los que fueron parte de equipos de respuesta que trabajaron durante la emergencia en la que se denotaba la exposición. En general, los grupos más vulnerables que pueden aparecer son los que han tenido mayores pérdidas y que han desarrollado dificultades de adaptación para sus vidas, sumado a una escasa o nula red de apoyo social después de la epidemia(18).

Los problemas de salud mental que surgen como consecuencia del confinamiento pueden requerir de atención eficaz prolongada para los sobrevivientes quienes tienen que enfrentar la difícil tarea de reconstruir sus vidas. Es importante reconocer que existen diferencias de vulnerabilidad para los distintos grupos poblacionales, en especial las que se relacionan con el género, la edad, y el nivel socioeconómico(18).

Tomando en cuenta estos antecedentes, el objetivo del presente estudio fue, analizar problemas de salud mental y sus factores asociados en la población participante de la encuesta "Impacto social generado en la población durante y después del confinamiento aplicado como medida de prevención y control del SARS-CoV-2 en Ecuador" durante el 2020. Los objetivos específicos fueron: 1) Describir la prevalencia de problemas de salud mental (ansiedad, depresión y consumo de sustancias) en la población estudiada de la encuesta; 2) Analizar los factores asociados a problemas de salud mental en la población estudiada en la encuesta.

Métodos

Estudio analítico de corte transversal en Ecuador durante el 2020. Se aplicó una encuesta online a 2924 personas. Se recogió información durante el periodo de pandemia COVID-19 entre julio y octubre del 2020. Pudieron participar en la encuesta hombres y mujeres de 18 años o más, que accedieron a participar de la investigación a través del consentimiento informado digital. La encuesta recogió información sobre síntomas de ansiedad usando el instrumento GAD-7 (General Anxiety Disorder - 7), de síntomas de depresión usando el PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9); y sobre cambios en el consumo de tabaco, alcohol, drogas ilegales y psicofármacos durante el confinamiento. Además, recogía información sociodemográfica, de tiempo en confinamiento, actividad económica, de adecuación de la vivienda, empleo e ingresos familiares, COVID-19 en las personas participantes o sus familiares; fallecimiento de personas cercanas, enfermedades crónicas, apoyo social, y violencia en el hogar durante el confinamiento.

La categorización de las variables de salud mental, en el caso de ser dependientes usando el Score PHQ-9 en no tener síntomas depresivos, síntomas leves, moderados, moderados-graves y muy graves. Para los scores del GAD-7, se categorizaron en no tener síntomas de ansiedad, o en síntomas leves, moderados y severos. Las variables de consumo se categorizaron en 3 (no consumo, aumento o mantenimiento de consumo y la disminución de consumo). En el caso de ser consideradas como variables independientes se ensamblaron en 2 categorías (si presentaban el problema de salud mental/ consumo o no). Estas categorizaciones se llevaron a cabo para poder realizar el análisis en varias categorías, tomando en cuenta el tamaño de muestra y específicamente los bajos números reportados en las variables de consumo.

Análisis estadístico

Las variables dependientes en el estudio fueron la presencia de síntomas de ansiedad, depresión, y el consumo de sustancias (alcohol, tabaco, psicofármacos – “pastillas” y drogas ilegales). Se realizaron análisis descriptivos para resumir los datos obtenidos. Las variables categóricas se expresaron con frecuencias (porcentaje) y las variables continuas como medias con su (desviación estándar) o medianas con el (rango

intercuartílico). Se analizó si existían asociaciones bivariadas entre las variables de salud mental y las explicativas (socioeconómicas, de la pandemia por COVID-19, etc).

Las diferencias se evaluaron mediante las pruebas habituales para variables continuas y categóricas (Student T-test, ANOVA, X2 test, Mann-Whitney test, Kruskal-Wallis). Para estimar las asociaciones multivariadas, se ajustaron modelos de regresión logística multinomiales; usando las variables dependientes con todas sus categorías. Las regresiones logísticas multinomiales son extensiones de las regresiones logísticas binomiales. Las mismas permiten evaluar las asociaciones en variables dependientes e independientes categóricas; tomando como referencia una de las categorías(19). En nuestro caso usamos como categorías de referencia el no tener síntomas de depresión o ansiedad; o el no consumir sustancias o psicofármacos. El OR resultante debe interpretarse como: pertenecer a una categoría X de la variable independiente aumenta o disminuye la odds de estar en la categoría X de la variable dependiente frente a la categoría de referencia(20). Se utilizaron los programas estadísticos SPSS (versión Statistics 25) (21) y R versión 4.2.0 - "Vigorous Calisthenics" para los análisis(22).

Resultados

Participaron en la encuesta 2924 personas, de las cuales el 67.8% fue de sexo femenino. En la tabla 1 se presenta la descripción de las variables analizadas de (media, desviación estándar, frecuencias y porcentajes según tipo de variable). El 46,2% (n=1226) de los participantes cuentan con educación universitaria, y la edad media fue de 36 años (DE: 12,14). El 53% (n=1406) realizan trabajos esenciales en salud, y el 74,3 % (n=1872) tiene un trabajo remunerado. En cuanto a la vivienda el 67 % (n=1780) de la población no considera que su vivienda es apropiada para el confinamiento. Respecto a la provisión de servicios de salud solo el 27,6 % (n=733) es usuario de los servicios del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. El 81,1 % (n=2154) de las personas participantes no ha realizado actividades nuevas durante el confinamiento que puedan contribuir para la salud física y /o mental. El 30,1 % (n=799) de los participantes presentan al menos una enfermedad crónica y el 54,9 % (n=1457) indicó que ellos o algún familiar tuvieron diagnóstico de COVID-19. El 94,5 % (n=2509) informó no recibir ayuda por parte de los vecinos durante la pandemia y el 60,2 % (n=1599) ha presentado algún tipo de violencia. No existe consumo de tabaco en un 90,2% (n=2004) y el mayor

porcentaje de consumo de sustancias se presentó por ingesta de alcohol con un 14,4%. Respecto a la sintomatología de ansiedad en la escala GAD-7, el 28,5% (n=756) presentó síntomas de ansiedad severa, el 34,3 % (n=911) moderada, y el 34,3 % leve (n=899). En cuanto a la sintomatología de depresión el 7,1% (n=157) según la escala PHQ-9 presentó síntomas de depresión severa, el 11,3% (n= 248) depresión moderada-severa, el 20,8% (n= 459) depresión moderada y el 30,3 % (n=667) manifestaron síntomas de depresión leve. En total se encontró que casi un 70% de las personas participantes presentaron síntomas de depresión y 97% presentaron síntomas de ansiedad.

A partir de los modelos del análisis logístico multinomial, en la tabla 2 se muestra que el ser mujer se asocia a una mayor frecuencia de síntomas depresivos leves con un (OR: 1.7: IC 95% ,1.0 -2.7) al igual que presentar enfermedad crónica (OR 1.6, IC 95% 1.06 - 2.7) el ser consumidor de alcohol (OR:1.3, IC 95% 1.0 - 1.8) y el presentar algún síntoma de ansiedad (OR: 4.29: IC 95% ,3,6-6.0). El riesgo de presentar síntomas de depresión moderada es mayor con el consumo de alcohol (OR:1.4, IC 95% ,1.0 -2.1) la edad (OR:0.95, IC 95% ,0,92 -0,97) y el sexo femenino (OR 2.6, IC 95% 1.1 -3.6). Cuando analizamos la depresión moderada - grave existe una asociación con el consumo de psicofármacos (OR 3,5, IC 95% ,1.3 - 9.2), la edad (OR:0.94, IC 95% 0,91-0.98) y el presentar enfermedad crónica (OR 2.9, IC 95% ,1.39 - 6.1). En casos de depresión muy grave, se presentó una asociación similar con las personas que consumen psicofármacos (OR:6.7, IC 95% ,2.3 - 19.2), personas con síntomas de ansiedad (GAD-7) (OR: 5.29, IC 95%, 2.5 - 109.8) y la edad (OR 0.92, IC 95% ,0.8 – 0,97).

Para la investigación de ansiedad mediante el score GAD-7 en la tabla 3, nos muestra que las variables con mayores asociaciones para una sintomatología leve fueron el presentar algún síntoma de depresión (PHQ9) (OR 4.57, IC 95% 3.5 – 6.85). la enfermedad por COVID-19 (OR 0,54, IC 95% 0,3 -1,00) y la no ayuda de vecinos (OR 1.8, IC 95% 1.1 - 3.1). Además, los síntomas de ansiedad moderada también se asociaron a personas que no recibieron ayuda de vecinos (OR 2.0, IC 95% 1.1 - 3.7). Para el desarrollo de síntomas de ansiedad severa, se asoció con algún síntoma de depresión (OR 26.8, IC 95%,16,2 a 44,1) y el presentar enfermedad crónica (OR 2.1, IC 95%,1.0 a 4.5) fue un factor importante para su aparición. También el no tener ayuda

por parte de los vecinos se asoció de forma importante a los síntomas de ansiedad severos (OR 4.51, IC 95% 2.20 a 9.25).

En otro ámbito, el aumento de consumo de tabaco fue mayor en participantes con consumo de alcohol (OR 2.1: IC 95% 1.2 - 3.6), consumo de pastillas (OR 2.6, IC 95% 1.0 - 6.4) y el presentar enfermedad crónica (OR 0,20, IC 95%,0,05 a 0,75) como se muestra la tabla 4. Para la disminución de consumo se observó igual asociación con consumo de alcohol (OR 3,89, IC 95%,2,50 a 6.05) y consumo de pastillas (OR 2.43, IC 95%,1,10 a 5,38).

Al analizar variables para el consumo de alcohol se muestra en la tabla 5 que su aumento está en asociación con personas que consumen tabaco (OR: 2.0, IC 95% 1.2 - 3.3), y además aquellos que consumen drogas (OR: 8.9 a un IC 95% 1.7-46.6), mientras que la edad (OR 0.97, IC 95%, 0.95 - 0.99) el sexo femenino (OR 0,37, IC 95%,0,13 a 0,98) y el no contar con acceso a servicios de salud (OR: 0.37: IC 95% 0.1 - 0.9) se asociaron de manera negativa. Para la disminución de consumo de alcohol, se asoció con el consumo de drogas (OR 6,40, IC 95%,1.26 a 32,5) mientras que la edad (OR 0.94, IC 95% (0.92 - 0.97), el ser de sexo femenino (OR 0.36, IC 95% 0.23 -0.57) y el no realizar actividades nuevas en el confinamiento de la COVID-19 (OR:0.62, IC 95%,0.40 - 0.97) contribuyeron de manera negativa.

Ante el consumo de pastillas (psicofármacos) en la tabla 6 se encontraron asociaciones, para el aumento de consumo con presentar algún síntoma depresivo (OR 2,51, IC 95%,1,80 a 3,49), en cambio para la disminución el ser consumidor de tabaco (OR: 3.22 a un IC 95% ,1.1 - 9.0) presentar COVID-19 (OR: 4,25 a un IC: 1,04 – 17,45) y la falta de actividades en el confinamiento (OR 0,08 , IC 95%,0,01 a 0,75) contribuyó de manera significativa.

Las variables importantes frente al consumo de drogas se muestran en la tabla 7 tanto la edad (OR 0, 87, IC 95% ,0,76 – 0, 99), y el no recibir ayuda de vecinos (OR 7.95, IC 95% ,1.4 - 43.2) muestran asociación con el aumento en el consumo de drogas ilegales.

Discusión

El estudio es el primero en analizar los impactos de distintas circunstancias relacionadas al confinamiento y pandemia por COVID-19, y de diversos factores socioeconómicos en la salud mental tomando en cuenta la intensidad de los síntomas (en ansiedad y depresión) o los cambios en el consumo de sustancias (alcohol, tabaco, psicofármacos y drogas ilegales). Los resultados muestran un importante impacto en la salud mental durante el confinamiento de la COVID-19 en el Ecuador.

En este contexto los hallazgos identificaron que el sexo femenino se asocia con algún tipo de depresión según la escala PHQ-9, al igual que lo muestra una encuesta realizada sobre impacto de la COVID-19 del Centro de Estudios de Opinión de Catalunya, donde se observó que las mujeres puntúan más alto, sobre todo en los extremos de la valoración, cuando se les pregunta sobre sentimientos de miedo, incertidumbre, tristeza y angustia(23). Del mismo modo la edad constituye un factor fundamental para el desarrollo de síntomas depresivos, así lo detallan los resultados en un estudio que respecto a diferencias de rangos etarios, se halló que los jóvenes que experimentaron mayor sintomatología depresiva en relación a los jóvenes adultos y los adultos(24).

De igual manera los resultados indican una asociación importante al consumo de alcohol frente a síntomas depresivos, lo cual también se encontró en un estudio llevado a cabo en Argentina. En este estudio se encontró una asociación significativa positiva entre el consumo riesgoso de alcohol y la sintomatología depresiva, lo que implica que, a mayor nivel de síntomas, existe mayor riesgo de una problemática asociada al consumo de alcohol, y viceversa(25).

Por otro lado la sintomatología de ansiedad se mostró con frecuencia en personas que presentaron la enfermedad por COVID-19, así lo citan ciertos estudios en nuestro país que afirman que los sobrevivientes de COVID-19 presentaron una alta prevalencia de secuelas psicoemocionales, y de las muestras examinadas presentan una puntuación patológica para al menos un trastorno, particularmente un trastorno ansioso(26).

En cuanto al consumo de alcohol se demostró que su disminución se ve influenciado ante la no realización de actividades durante la pandemia, mostrándolo también una revisión sistemática de COVID-19 y consumo de sustancias al indicar que “si bien

existen argumentos para proponer un alza en los índices de consumo de alcohol, desde la perspectiva de la movilidad física y de la disponibilidad financiera se podrían disminuir estos índices”(27).

Frente a la variable de consumo de drogas, la edad muestra asociación para el aumento de su consumo, así según un estudio realizado en España sobre el consumo problemático de cannabis medido mediante la escala CAST (Cannabis Abuse Screening Test), la edad se asocia con un aumento de consumo de cannabis. El estudio encontró que el 1,2% de las personas de 15 a 64 años encuestadas tenían un posible consumo de riesgo de cannabis ($CAST \geq 4$), un porcentaje que aumentó al 19% entre los que informaron haber consumido cannabis durante la pandemia. Esto confirma que hay un mayor consumo de cannabis entre un determinado grupo de edad (28).

Es importante a través de esta investigación analizar el impacto psicosocial para las poblaciones susceptibles de la pandemia, por lo que es fundamental que las estrategias de autocuidado y apoyo psicológico para enfrentar situaciones estresantes y complejas del confinamiento sean continuas, para de esta manera reducir los efectos de salud mental.

El presente estudio muestra ciertas limitaciones; la encuesta al ser de tipo virtual puede presentar un sesgo de muestreo pues no se incluye personas de edad avanzada ni los que tiene poco o ningún acceso a internet. La muestra también fue estratificada por sexo en donde fue excluido el sexo masculino. Además, la muestra resultó insuficiente, especialmente en la variable de consumo de drogas y como esto se refleja en la inhabilidad para estudiar la disminución en el consumo por falta de casos. La situación con relación a factores sociodemográficos para ser analizada puede variar por una brecha digital en el país frente a la desigualdad en el acceso de internet y tecnologías en zonas vulnerables. Como fortalezas tenemos que el presente trabajo, representa el primer estudio a nivel nacional que nos muestra asociaciones importantes al analizar factores que se asocian a problemas de salud mental en la población ecuatoriana durante la pandemia de la COVID-19.

Conclusiones

Con la emergencia sanitaria de la Covid-19 los problemas de salud mental durante el confinamiento toman su importancia, mediante este estudio se ha demostrado la relación de factores sociales con la presencia de ansiedad, depresión y consumos de sustancias. Con relación al género se vio mayormente influenciado el sexo femenino con la aparición de síntomas ansiosos y depresivos, el consumo de sustancias se vio influenciado por la edad y la falta de actividades nuevas en el confinamiento. Se evidencia que la falta de apoyo social puede ser un factor importante asociado tanto a los síntomas de ansiedad como al consumo de drogas ilegales en este contexto. La experiencia en este y otros países contribuye para el manejo adecuado y oportuno de futuras pandemias ya que ayudaría a mejorar la salud mental de la población.

Disponibilidad de bases de datos y material para réplica

Tablas

Tabla N: 1 Frecuencia y Porcentajes

| Variable | Covariable | Mujeres | Hombres | Total |
|--|---|--------------------|--------------------|--------------------|
| Edad (media, desviación estándar) | | (35.04) (11.46) | (39.32) (12,98) | (36,42) (12,14) |
| Nivel de Educación | | | | |
| | Inferior a Universitario | 947 (52,6) | 482 (56,4) | 1429 (53,8) |
| | Educación Universitaria | 854 (47,4) | 372 (43,6) | 1226 (46,2) |
| Trabajo | | | | |
| | No trabaja en salud | 848 (47) | 401 (47) | 1249 (47) |
| | Trabaja en salud | 953 (52,9) | 453 (53) | 1406 (53) |
| Situación Laboral | | | | |
| | No Remunerado | 497 (28,9) | 151 (18,8) | 648 (25,7) |
| | Remunerado | 1221 (71,1) | 651 (81,2) | 1872 (74,3) |
| Vivienda | | | | |
| | Percepción de vivienda adecuada | 622 (34,5) | 253 (29,6) | 875 (33) |
| | No percepción de vivienda adecuada | 1179 (65,5) | 601 (70,4) | 1780 (67) |
| Acceso a Servicios de Salud | | | | |
| | Seguro Privado | 1282 (71,2) | 640(75) | 1922 (72,3) |
| | Usuario del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) | 519 (28,8) | 214 (25,1) | 733 (27,6) |
| Actividad nueva durante confinamiento | | | | |
| | No ha cambiado su rutina de actividad física | 1446 (80,3) | 708 (82,9) | 2154 (81,1) |
| | Hace nueva actividad | 355 (19,7) | 146 (17,1) | 501 (18,9) |
| Ayuda de vecinos | | | | |

| | | | | |
|-------------------------------------|--|----------------|---------------|----------------|
| | No | 1702 (94,5) | 807 (94,5) | 2509 (94,5) |
| | Si | 99 (5,5) | 47 (5,5) | 146 (5,5) |
| Violencia confinamiento | | | | |
| | No violencia o maltrato durante el confinamiento | 688 (38,2) | 368 (43,1) | 1056 (39,8) |
| | Si ha sufrido violencia o maltrato en el confinamiento | 1113 (61,8) | 486 (56,9) | 1599 (60,2) |
| Covid19 | | | | |
| | No COVID-19 | 787 (43,7) | 411 (48,1) | 1198 (45,1) |
| | Tiene o tuvo COVID-19 | 1014 (56,3) | 443 (51,9) | 1457 (54,9) |
| Enfermedad crónica | | | | |
| | No tiene enfermedad crónica | 1256 (69,7) | 600 (70,3) | 1856 (69,9) |
| | Presencia de enfermedad crónica | 545 (30,3) | 254 (29,7) | 799 (30,1) |
| Consumo de drogas | | | | |
| | No consumo | 1465 (96,9) | 679 (95,0) | 2144 (96,3) |
| | He aumentado el consumo | 27 (1,8) | 22 (3,1) | 49 (2,2) |
| | He disminuido el consumo | 14 (2,0) | 20 (1,3) | 34 (1,5) |
| Consumo de antidepresivos | | | | |
| | No consumo | 1353 (89,7) | 652 (90,9) | 2005 (90,1) |
| | He aumentado el consumo | 129 (8,6) | 60 (8,3) | 189(8,5) |
| | He disminuido el consumo | 26 (1,7) | 5 (0,7) | 31 (1,4) |
| Consumo de alcohol | | | | |
| | No consumo | 1045 (69,3) | 392 (54,7) | 1437 (64,6) |
| | He aumentado el consumo | 186 (12,3) | 135 (18,8) | 321(14,5) |
| | He disminuido el consumo | 276 (18,3) | 190 (26,5) | 466 (21,0) |
| Consumo de tabaco | | | | |
| | No consumo | 1392 (92,4) | 612 (85,6) | 2004 (90,2) |
| | He aumentado el consumo | 43 (2,8) | 41 (3,7) | 84 (3,8) |
| | He disminuido el consumo | 72 (4,8) | 62 (8,7) | 134 (6,0) |
| Síntomas de ansiedad (GAD-7) | | | | |
| | Ninguno | 51 (2,8) | 38(4,4) | 89 (3,4) |
| | Leves | 592 (32,9) | 307 (35,9) | 899 (33,9) |

| | | | | |
|--------------------------------------|---------------------|---------------|---------------|---------------|
| | Moderados | 616(34,2) | 295 (34,5) | 911 (34,3) |
| | Severos | 542(30,1) | 214 (25,1) | 756 (28,5) |
| Síntomas de depresión (PHQ-9) | | | | |
| | Ninguno | 271 (38,2) | 401 (26,9) | 672 (30,5) |
| | Leves | 454 (30,4) | 213 (30) | 667 (30,3) |
| | Moderados | 338 (22,6) | 121 (17) | 459 (20,8) |
| | Moderados - Severos | 179 (12) | 69 (9,7) | 248 (11,3) |
| | Severos | 121 (8,1) | 36 (5,1) | 157 (7,1) |

Fuente: Encuesta online

Tabla N: 2 Modelo de Regresión Logística - Depresión

| Modelo 1 | | | | |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------|--------------|
| Variable | Intersección | OR | IC | |
| PHQ9 (DEPRESION) | | | | |
| Leve | Consumo tabaco | 1,20 | 0,73 | 1.93 |
| | Consumo alcohol | 1,37 | 1,01 | 1.84 |
| | Consumo pastillas | 1,39 | 0,64 | 30.1 |
| | Consumo de drogas | 7,91 | 0,78 | 79.82 |
| | Ansiedad GAP7 | 4,29 | 3,06 | 6.00 |
| | Edad | 0.98 | 0.96 | 1.00 |
| | Sexo | 1,70 | 1,07 | 2.71 |
| | Nivel educativo | 0.47 | 0.21 | 1.07 |
| | trabajo que realiza | 0,64 | 0.37 | 1.13 |
| | Situación laboral | 1,44 | 0,75 | 2.78 |
| | Acceso a salud | 1.13 | 0,54 | 2,39 |
| | Vivienda | 1,07 | 0,56 | 2.04 |
| | Covid19 | 1,48 | 0,82 | 2,64 |
| | Enfermedad crónica | 1,66 | 1,00 | 2.74 |
| | Moderada | Actividades Confinamiento | 1.00 | 0,65 |
| Ayuda a vecinos | | 1,25 | 0,78 | 2,74 |
| Consumo tabaco | | 1,17 | 0,65 | 2,10 |
| Consumo alcohol | | 1,49 | 1,03 | 2.15 |
| Consumo pastillas | | 2,23 | 0,95 | 5,26 |
| Consumo de drogas | | 6,63 | 0.51 | 86.14 |
| Ansiedad GAP7 | | 10,2 | 6,80 | 15.27 |
| Edad | | 0,95 | 0,92 | 0.97 |
| Sexo | | 2,06 | 1,15 | 3.67 |
| Nivel educativo | | 0,35 | 0,12 | 1,01 |
| Moderada grave | Situación laboral | 1,49 | 0,67 | 3,27 |
| | Acceso a salud | 1,10 | 0.45 | 2.66 |
| | Trabajo esencial | 0,57 | 0,29 | 1,13 |
| | Vivienda | 0.94 | 0,44 | 2,02 |
| | Covid19 | 0,77 | 0,36 | 1,68 |
| | Enfermedad crónica | 1,43 | 0,77 | 2,62 |
| | Actividades Confinamiento | 1,32 | 0,78 | 2,25 |
| | Ayuda a vecinos | 1,17 | 0,66 | 2,06 |
| | Consumo tabaco | 1,18 | 0,56 | 2,44 |
| | Consumo alcohol | 1,41 | 0,86 | 2,29 |

| | | | | |
|-----------|------------------------------|--------------|--------------|---------------|
| | Consumo pastillas | 3,58 | 1,38 | 9.27 |
| | Consumo de drogas | 5,61 | 0.33 | 96.45 |
| | Ansiedad GAP7 | 24.64 | 14.51 | 41.83 |
| | Edad | 0.95 | 0.91 | 0.98 |
| | Sexo | 1,60 | 0,75 | 3,40 |
| | Nivel educativo | 0,80 | 0,24 | 2.64 |
| | Situación laboral | 2,42 | 0,93 | 6,32 |
| | Acceso a salud | 0.80 | 0,25 | 2.58 |
| | Trabajo esencial | 0,44 | 0.19 | 1.02 |
| | Vivienda | 1,20 | 0,47 | 3,04 |
| | Covid19 | 1,18 | 0,46 | 2,96 |
| | Enfermedad crónica | 2,94 | 1,40 | 6.18 |
| | Actividades Confinamiento | 1,62 | 0,79 | 3,30 |
| | Ayuda a vecinos | 1,04 | 0,49 | 2,15 |
| Muy grave | Consumo tabaco | 0,77 | 0,29 | 2,03 |
| | Consumo alcohol | 1,65 | 0,92 | 2,94 |
| | Consumo pastillas | 6,72 | 2,35 | 19.23 |
| | Consumo de drogas | 9,82 | 0.61 | 157.21 |
| | Ansiedad GAP7 | 5,29 | 2,55 | 109.84 |
| | Edad | 0.93 | 0.88 | 0.97. |
| | Sexo | 2,18 | 0,81 | 5.81 |
| | Nivel educativo | 0,69 | 0,16 | 2.91 |
| | Situación laboral | 2,64 | 0,84 | 8.24 |
| | Acceso a salud | 1,77 | 0,53 | 5.87 |
| | Trabajo esencial | 0.38 | 0.14 | 1.03 |
| | Vivienda | 1,05 | 0,35 | 3.17 |
| | Covid19 | 2,19 | 0,77 | 6,18 |
| | Enfermedad crónica | 1,90 | 0,77 | 4.70 |
| | Actividades Confinamiento | 1,29 | 0.52 | 3.12 |
| | Ayuda a vecinos | 2,20 | 0.88 | 5,47 |

Tabla N: 3 Modelo de regresión logística de Ansiedad

| Modelo 2 | | | | |
|----------------------|---------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Variable | Intersección | OR | IC | |
| GAP7 ANSIEDAD | | | | |
| Leve | Consumo tabaco | 1,12 | 0,68 | 1,81 |
| | Consumo alcohol | 1,01 | 0,74 | 1,37 |
| | Consumo pastillas | 1,28 | 0,57 | 2,84 |
| | Consumo de drogas | 0,30 | 0,06 | 1,48 |
| | Depresión PHQ9 | 4,57 | 3,05 | 6.85 |
| | Edad | 0,99 | 0,98 | 1,02 |
| | Sexo | 1,12 | 0,68 | 1,83 |
| | Nivel educativo | 1,40 | 0,62 | 3,15 |
| | Situación laboral | 0,60 | 0,30 | 1,17 |
| | Acceso a salud | 0,61 | 0,29 | 1,30 |
| | Trabajo esencial | 0,79 | 0,44 | 1,41 |
| | Vivienda | 1,25 | 0,61 | 2,55 |
| | Covid19 | 0,54 | 0,30 | 1,00 |
| | Enfermedad crónica | 1,58 | 0,92 | 2,70 |
| | Actividades Confinamiento | 0,95 | 0,60 | 1,51 |
| | Ayuda a vecinos | 1,88 | 1,13 | 3.13 |
| Moderada | Consumo tabaco | 1,07 | 0,59 | 1,93 |
| | Consumo alcohol | 0,84 | 0,57 | 1,23 |
| | Consumo pastillas | 1,38 | 0,56 | 3,37 |

| | | | | |
|--------|---------------------------|--------------|--------------|--------------|
| | Consumo de drogas | 0,60 | 0,12 | 2.99 |
| | Depresión PHQ9 | 12,6 | 8,01 | 19.71 |
| | Edad | 1,00 | 0,97 | 1,03 |
| | Sexo | 0,92 | 0,51 | 1,68 |
| | Nivel educativo | 0,94 | 0,32 | 2,70 |
| | Situación laboral | 0,48 | 0,21 | 1,09 |
| | Acceso a salud | 1,17 | 0,49 | 2,75 |
| | Trabajo esencial | 0,85 | 0,42 | 1.71 |
| | Vivienda | 1,83 | 0,81 | 4,11 |
| | Covid19 | 0,66 | 0,325 | 1.35 |
| | Enfermedad crónica | 1,93 | 1,03 | 3.62 |
| | Actividades Confinamiento | 1,25 | 0,71 | 2,18 |
| | Ayuda a vecinos | 2,06 | 1,13 | 3.76 |
| Severa | Consumo tabaco | 1,21 | 0,58 | 2.15 |
| | Consumo alcohol | 0,70 | 0,43 | 1.13 |
| | Consumo pastillas | 1,23 | 0,44 | 3,42 |
| | Consumo de drogas | 0,67 | 0,10 | 4,16 |
| | Depresión PHQ9 | 26.81 | 16.28 | 44.17 |
| | Edad | 1,02 | 0,99 | 1,06 |
| | Sexo | 1,38 | 0,65 | 2,91 |
| | Nivel educativo | 1,53 | 0.45 | 5.17 |
| | Situación laboral | 0,52 | 0,19 | 1.37 |
| | Acceso a salud | 1,08 | 0,38 | 3,06 |
| | Trabajo esencial | 0,78 | 0,34 | 1,80 |
| | Vivienda | 1,51 | 0,58 | 3,88 |

| | | | | |
|--|---------------------------|-------------|-------------|-------------|
| | Covid19 | 0,67 | 0,28 | 1,62 |
| | Enfermedad crónica | 2,15 | 1,02 | 4.50 |
| | Actividades Confinamiento | 1,65 | 0,83 | 3,28 |
| | Ayuda a vecinos | 4,51 | 2,20 | 9.25 |

Fuente: Autor

Tabla N: 4 Modelo de regresión logística de consumo de tabaco

| Modelo 3 | | | | |
|--------------------------|---------------------|-------------|-------------|-------------|
| Variable | Intersección | OR | IC | |
| Consumo de Tabaco | | | | |
| Ha aumentado el consumo | Ansiedad GAP7 | 1,36 | 0,71 | 2,58 |
| | Consumo alcohol | 2,13 | 1,25 | 3.64 |
| | Consumo pastillas | 2,64 | 1,08 | 6.44 |
| | Consumo de drogas | 3,06 | 0,41 | 22.67 |
| | Depresión PHQ9 | 1,12 | 0,66 | 1,89 |
| | Edad | 1,04 | 0,99 | 1,08 |
| | Sexo | 0,68 | 0,26 | 1,77 |
| | Nivel educativo | 0,67 | 0,07 | 5,81 |
| | Situación laboral | 0,98 | 0,24 | 3.95 |
| | Acceso a salud | 0,32 | 0,03 | 2,63 |
| | Trabajo esencial | 1,13 | 0,38 | 3.38 |
| | Vivienda | 1,78 | 0,51 | 6.09 |
| | Covid19 | 0,50 | 0,10 | 2.34 |

| | | | | |
|--------------------------|---------------------------|-------------|-------------|-------------|
| | Enfermedad crónica | 0.20 | 0,05 | 0.75 |
| | Actividades Confinamiento | 1,20 | 0,46 | 3,10 |
| | Ayuda a vecinos | 0,51 | 0,17 | 1.47 |
| Ha disminuido el consumo | Ansiedad GAP7 | 1,01 | 0,62 | 1,65 |
| | Consumo alcohol | 3,89 | 2,50 | 6.05 |
| | Consumo pastillas | 2,43 | 1,10 | 5.38 |
| | Consumo de drogas | 1,67 | 0,53 | 5.20 |
| | Depresión PHQ9 | 0,96 | 0,63 | 1.45 |
| | Edad | 0,98 | 0,94 | 1.02 |
| | Sexo | 0,61 | 0,30 | 1,25 |
| | Nivel educativo | 2,15 | 0,80 | 5,74 |
| | Situación laboral | 0,54 | 0,18 | 1.59 |
| | Acceso a salud | 0,74 | 0,24 | 2.29 |
| | Trabajo esencial | 0,55 | 0,25 | 1,18 |
| | Vivienda | 1,02 | 0,37 | 2,80 |
| | Covid19 | 1,11 | 0,46 | 2,65 |
| | Enfermedad crónica | 1,07 | 0,49 | 2,33 |
| | Actividades Confinamiento | 1,20 | 0,59 | 2,44 |
| | Ayuda a vecinos | 0,45 | 0,20 | 1,03 |

Tabla N: 5 Modelo de regresión logística de consumo de alcohol

| Modelo 4 | | | | |
|---------------------------|---------------------------|-------------|-------------|--------------|
| Variable | Intersección | OR | IC | |
| Consumo de Alcohol | | | | |
| Ha aumentado el consumo | Ansiedad GAP7 | 0.79 | 0.57 | 1.10 |
| | Consumo tabaco | 2,00 | 1,20 | 3.35 |
| | Consumo pastillas | 1,53 | 0.85 | 2.73 |
| | Consumo de drogas | 8,99 | 1,73 | 46.66 |
| | Depresión PHQ9 | 1,29 | 0.98 | 1.69 |
| | Edad | 0.97 | 0.95 | 0.99 |
| | Sexo | 0.37 | 0.23 | 0.60 |
| | Nivel educativo | 0.61 | 0.23 | 1.65 |
| | Situación laboral | 1,04 | 0.53 | 2.02 |
| | Acceso a salud | 0.37 | 0.13 | 0.98 |
| | Trabajo esencial | 0.88 | 0.50 | 1.53 |
| | Vivienda | 0.73 | 0.36 | 1.47 |
| | Covid19 | 0.69 | 0.35 | 1.34 |
| | Enfermedad crónica | 1,57 | 0.95 | 2.57 |
| | Actividades Confinamiento | 0.75 | 0.47 | 1.20 |
| | Ayuda a vecinos | 0.84 | 0.51 | 1.37 |
| Ha disminuido el consumo | Ansiedad GAP7 | 0.85 | 0.62 | 1.15 |
| | Consumo tabaco | 4,01 | 2,62 | 6.13 |
| | Consumo pastillas | 0.80 | 0.40 | 1.62 |

| | | | | |
|--|---------------------------|-------------|-------------|--------------|
| | Consumo de drogas | 6,40 | 1,26 | 32.52 |
| | Depresión PHQ9 | 1,19 | 0.91 | 1.54 |
| | Edad | 0.94 | 0.92 | 0.97 |
| | Sexo | 0.36 | 0.23 | 0.57 |
| | Nivel educativo | 0.95 | 0.44 | 2.06 |
| | Situación laboral | 1,19 | 0.66 | 2.13 |
| | Acceso a salud | 1,13 | 0.60 | 2.09 |
| | Trabajo esencial | 0.86 | 0.50 | 1.48 |
| | Vivienda | 0.77 | 0.42 | 1.43 |
| | Covid19 | 1,05 | 0.59 | 1.83 |
| | Enfermedad crónica | 0.81 | 0.48 | 1.35 |
| | Actividades Confinamiento | 0.62 | 0.40 | 0.97 |
| | Ayuda a vecinos | 0.82 | 0.51 | 1.30 |

Fuente: autor

Tabla N: 6 Modelo de regresión logística de consumo de pastillas

| Modelo 5 | | | | |
|-----------------------------|---------------------|-----------|-----------|------|
| Variable | Intersección | OR | IC | |
| Consumo de Pastillas | | | | |
| Ha aumentado el consumo | Ansiedad GAP7 | 0.82 | 0.54 | 1.24 |
| | Consumo tabaco | 1,44 | 0,83 | 2,51 |

| | | | | |
|--------------------------|---------------------------|-------------|-------------|-------------|
| | Consumo de alcohol | 0,99 | 0,65 | 1.54 |
| | Consumo de drogas | 1,12 | 0,27 | 4. 57 |
| | Depresión PHQ9 | 2,51 | 1,80 | 3.49 |
| | Edad | 1,02 | 0,99 | 1,05 |
| | Sexo | 0.64 | 0.34 | 1.20 |
| | Nivel educativo | 1,35 | 0,46 | 3.90 |
| | Situación laboral | 0,64 | 0,26 | 1,57 |
| | Acceso a salud | 0,50 | 0,16 | 1.61 |
| | Trabajo esencial | 1,26 | 0,62 | 2,56 |
| | Vivienda | 0.86 | 0.37 | 2.00 |
| | Covid19 | 0,44 | 0,17 | 1.11 |
| | Enfermedad crónica | 3,79 | 2,05 | 7.01 |
| | Actividades Confinamiento | 1,54 | 0,82 | 2,86 |
| | Ayuda a vecinos | 0,87 | 0,46 | 1,62 |
| Ha disminuido el consumo | Ansiedad GAP7 | 1,70 | 0,69 | 4,13 |
| | Consumo Tabaco | 3,22 | 1,15 | 9.01 |
| | Consumo de alcohol | 0,93 | 0,36 | 2,35 |
| | Consumo de drogas* | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| | Depresión PHQ9 | 0,86 | 0,39 | 1,84 |
| | Edad | 1,03 | 0,96 | 1,09 |
| | Sexo | 3,07 | 0,49 | 18.95 |
| | Nivel educativo | 0,74 | 0,08 | 6,94 |
| | Situación laboral | 1,06 | 0,10 | 10.39 |
| | Acceso a salud | 2,08 | 0,35 | 12.07 |
| | Trabajo esencial | 0,47 | 0,11 | 2.04 |

| | | | | |
|--|---------------------------|-------------|-------------|--------------|
| | Vivienda | 1,34 | 0,22 | 7.93 |
| | Covid19 | 4,25 | 1,04 | 17.45 |
| | Enfermedad crónica | 0,25 | 0,03 | 2,22 |
| | Actividades Confinamiento | 0,08 | 0,01 | 0,75 |
| | Ayuda a vecinos | 1,35 | 0,31 | 5.79 |

Tabla N: 7 Modelo de regresión logística de consumo de drogas

| Modelo 6 | | | | |
|--------------------------|----------------------|-------------|-------------|-------------|
| Variable | Intersección | OR | IC | |
| Consumo de Drogas | | | | |
| Ha aumentado el consumo | Ansiedad GAP7 | 0,94 | 0,40 | 2.20 |
| | Consumo tabaco | 0,37 | 0,06 | 2.26 |
| | Consumo alcohol | 2,02 | 0,95 | 4.27 |
| | Consumo de pastillas | 1,58 | 0,29 | 8.35 |
| | Depresión PHQ9 | 1,31 | 0,67 | 2.56 |
| | Edad | 0.87 | 0.77 | 0.99 |
| | Sexo | 0,30 | 0,08 | 1,24 |
| | Nivel educativo | 0,52 | 0,06 | 4,19 |
| | Situación laboral | 0,29 | 0.03 | 2.25 |
| | Acceso a salud | 0,89 | 0,15 | 5.27 |
| | Trabajo esencial | 0,25 | 0,05 | 1.13 |
| | Vivienda | 0,27 | 0,03 | 2,47 |
| | Covid19 | 1,09 | 0,19 | 6.04 |

| | | | | |
|--------------------------|----------------------------|-------------|-------------|--------------|
| | Enfermedad crónica | 0,61 | 0,12 | 3.25 |
| | Actividades Confinamiento | 0,65 | 0,16 | 2.62 |
| | Ayuda a vecinos | 7,95 | 1,46 | 43.29 |
| | | | | |
| Ha disminuido el consumo | Ansiedad GAP7* | N/A | 0,00 | inf |
| | Consumo tabaco* | N/A | 0,00 | inf |
| | Consumo alcohol* | N/A | 0,00 | inf |
| | Consumo de pastillas* | 0.00 | 0,00 | 0.20 |
| | Depresión PHQ9* | N/A | 0,00 | inf |
| | Edad | 0.51 | 0.01 | 54.24 |
| | Sexo* | N/A | 0,00 | inf |
| | Nivel educativo* | N/A | 0,00 | inf |
| | Situación laboral* | N/A | 0,00 | inf |
| | Acceso a salud * | N/A | 0,00 | inf |
| | Trabajo esencial | N/A | 0,00 | inf |
| | Vivienda | 0,00 | 0,00 | 2.89 |
| | Covid19* | N/A | 0,00 | inf |
| | Enfermedad crónica* | N/A | 0,00 | inf |
| | Actividades Confinamiento* | N/A | 0,00 | inf |
| | Ayuda a vecinos | N/A | 0,00 | inf |

*Valores no válidos por tamaño muestral insuficiente

Fuente: Autor

Referencias bibliográficas

1. Villanueva VJ, Motos P, Isorna M, Villanueva V, Blay P, Vázquez - Martínez A. IMPACTO DE LAS MEDIDAS DE CONFINAMIENTO DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN EL CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2021 [cited 2021 Sep 26]; Available from: https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL95/ORIGINALES/RS95C_202101015.pdf
2. Rocha D de M, Silva JS e, Abreu IM de, Mendes PM, Leite HDCS, Ferreira M do CS. Efectos psicosociales del distanciamiento social durante las infecciones por coronavirus: revisión integradora. Acta Paul Enferm [Internet]. 2021 Mar 15 [cited 2021 Sep 26];34. Available from: <http://www.scielo.br/j/ape/a/nqnKkznSYGrjBkSRSM3LxfJ/abstract/?lang=es>
3. MINISTERIO DE DEFENSA. N* 1017 [Internet]. Decreto Presidencial. 2020 [cited 2021 Sep 26]. Available from: https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2020/03/Decreto_presidencial_No_1017_17-Marzo-2020.pdf
4. COE Nacional. Informe de situación COVID-19 Ecuador : Marzo de 2020. COE Nac [Internet]. 2020;(008):1–10. Available from: <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/wp-content/uploads/2020/03/Informe-de-Situación-No008-Casos-Coronavirus-Ecuador-16032020-20h00.pdf>
5. OIT. Sistema Nacional Sanitario ecuatoriano y el COVID-19. Scielo [Internet]. 2021;2:1–7. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-lima/documents/publication/wcms_799790.pdf
6. Barragán-Pérez A del C, Morales-vargas EM. Análisis de las políticas de salud pública frente al COVID-19 por parte del Estado ecuatoriano. Dominio las Ciencias. 2021;7(4):1202–26.
7. CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL 2.
8. [tivación_y_operación_de_servicio_de_transporte_terrestre_turístico_durante_la_semforización.pdf](#).

9. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. [cited 2023 May 27]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
10. Lopera J. El concepto de salud mental en algunos instrumentos de políticas públicas de la OMS. 2014;
11. Vizioli N, Crespi M. Factores Estresantes y Sintomatología Psicológica durante el Aislamiento Social Preventivo Obligatorio por COVID-19 en Población Adulta de Buenos Aires. *Angew Chemie Int Ed* 6(11), 951–952. 2021;24:5–24.
12. Huarcaya-Victoria J. Mental health considerations about the COVID-19 pandemic. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020;37(2):327–34.
13. Amador Jiménez DE. La pandemia del COVID-19, su impacto en la Salud Mental y el Consumo de Sustancias. *Rev Humanismo y Cambio Soc*. 2020;158–66.
14. Consumo E, Psicoactivas DS, Alejo DS, Covid- D. The Consumption of Psychoactive Substances in Adolescents of San Alejo during the Covid-19 Pandemic O consumo de substâncias psicoativas em adolescentes de San Alejo durante a. 2022;7(3):1360–81.
15. Etxebarria NO, Santamaria MD, Mondragon IN, Gorrochategui MP. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2020 Apr 30 [cited 2021 Nov 21];36(4). Available from: <http://www.scielo.br/j/csp/a/bnNQf4rdcMNpPjgfnpWPQzr/>
16. Vivanco-Vidal A, Saroli-Aranibar D, Caycho-Rodríguez T, Carbajal-León C, Noé-Grijalva M. Ansiedad por Covid - 19 y salud mental en estudiantes universitarios. *Rev Investig en Psicol*. 2020;23(2):197–215.
17. Infections C, Occupations H. Salud mental en trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 en Chile. 2020;1121–7.
18. (OPS/OMS). PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y ATENCION PSICOSOCIAL EN SITUACIONES DE EPIDEMIA [Internet]. 2016 [cited 2021 Sep 26]. Available from: <https://www.paho.org/disasters/dmdocuments/SM en epidemias.pdf>

19. Logística Multinomial en Rstudio [Internet]. [cited 2023 Jun 18]. Available from: https://rstudio-pubs-static.s3.amazonaws.com/789806_0ebd542e1b0b4eab9a25cc61a7f65f5e.html
20. FEIR 45: Regresión logística [Internet]. [cited 2023 Jun 18]. Available from: <https://gauss.inf.um.es/feir/45/>
21. IBM Corp (2017). IBM SPSS Statistics para Windows, Versión 25.0. Armonk, NY IBM Corp. - Referencias - Scientific Research Publishing [Internet]. [cited 2023 Jun 16]. Available from: [https://www.scirp.org/\(S\(i43dyn45teexjx455qlt3d2q\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=2363614&utm_campaign=17283859093&utm_source=lixiaofang&utm_medium=adwords&utm_term=&utm_content=_c___1022697_1000073_&gad=1&gclid=CjwKCAjwkLCkBhA9EiwAka9QRqztleewRW4sVPZsL_8mXw6tslvmYikBTGHHP-I40hK66ftP3Jb7gRoCwpsQAvD_BwE](https://www.scirp.org/(S(i43dyn45teexjx455qlt3d2q))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=2363614&utm_campaign=17283859093&utm_source=lixiaofang&utm_medium=adwords&utm_term=&utm_content=_c___1022697_1000073_&gad=1&gclid=CjwKCAjwkLCkBhA9EiwAka9QRqztleewRW4sVPZsL_8mXw6tslvmYikBTGHHP-I40hK66ftP3Jb7gRoCwpsQAvD_BwE)
22. R: El Proyecto R para Computación Estadística [Internet]. [cited 2023 Jun 16]. Available from: <https://www.r-project.org/>
23. Pujol A. Mujeres en tiempos de pandemia. *Salud 2000*. 2022;161:31–3.
24. Herrera MJ, Vizioli NA. Sintomatología depresiva y consumo riesgoso de alcohol en población de Buenos Aires durante el aislamiento preventivo obligatorio. *Rev Argent Cienc Comport* [Internet]. 2021 Dec 23 [cited 2023 Mar 15];13(3):96–103. Available from: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/racc/article/view/29150>
25. Vista de Ansiedad autorreportada en estudiantes de primer curso de Medicina de la Universidad de Zaragoza durante el confinamiento por la COVID-19 [Internet]. [cited 2023 Mar 15]. Available from: <https://revistas.um.es/edumed/article/view/513971/324781>
26. Ramírez Enríquez V, Ramos Noboa I. Estudio comparativo de niveles de ansiedad generados por el COVID- 19 en pacientes con diagnóstico previo de reacción al estrés. *Cienc Unemi*. 2021;14(37):39–48.
27. Arancibia M, Rojo A, Arancibia M, Rojo A. COVID-19 y consumo de sustancias: revisión narrativa de la evidencia disponible. *Rev Chil Neuropsiquiatr* [Internet]. 2021 Jun 1 [cited 2023 Mar 15];59(2):142–51. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-

92272021000200142&lng=es&nrm=iso&tlng=es

28. Llorens N, Brime B, Molina M. Impacto COVID-19 en el consumo de sustancias y comportamientos con potencial adictivo: Encuesta del Observatorio Español de las Drogas y Adicciones. Rev española salud pública, ISSN-e 1135-5727, N° 95, 2021 [Internet]. 2021 [cited 2023 Mar 17];(95):6. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8235367&info=resumen&idioma=ENG>