



Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China.

Impact of the Coronavirus epidemic (COVID-19) on the mental health of health workers and general population in China.

Antonio Lozano-Vargas ^{1,2,3,a,b; 4,c}

RESUMEN

En la lucha contra la epidemia del Coronavirus (COVID-19), el personal de salud puede experimentar problemas de salud mental tales como estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, negación, ira y temor. En un estudio en China se observó que la tasa de ansiedad del personal de salud fue del 23,04%, mayor en mujeres que en hombres y mayor entre las enfermeras que entre los médicos. Asimismo, en la población general de China se observó un 53,8% de impacto psicológico moderado a severo; un 16,5% de síntomas depresivos, un 28,8% de síntomas ansiosos y un 8,1% de estrés, todos entre moderados y severos. Los factores asociados con un alto impacto psicológico y niveles elevados de estrés, síntomas de ansiedad y depresión fueron sexo femenino, ser estudiante, tener síntomas físicos específicos y una percepción pobre de la propia salud. Otro estudio en el mismo país detectó un 35% de distrés psicológico en la población general, con las mujeres presentando mayores niveles que los varones, al igual que los sub-grupos de 18-30 años y los mayores de 60 años. La pandemia plantea pues el desafío de cuidar la salud mental del personal de salud tanto como la de la población general. Así, el uso de instrumentos breves de detección de problemas de salud mental, validados en nuestra población, sería de mucha utilidad para los retos de salud pública que afronta el país.

PALABRAS CLAVE: Coronavirus; COVID-19; epidemia; impacto psicológico; salud mental; psiquiatría; estrés; ansiedad; depresión.

SUMMARY

In the fight against the Coronavirus (COVID-19), health workers may experience mental health problems such as stress, anxiety, depressive symptoms, insomnia, denial, anger and fear. In a study in China, anxiety among health workers reached a 23.04%, with higher levels among women than men, and also higher among nurses than doctors. Likewise, in the general Chinese population, there was a moderate to severe psychological impact of 53.8%, with 16.5% of depressive symptoms, 28.8% of anxiety symptoms and 8.1% of stress, all of them between moderate to severe. Factors associated with a high psychological impact and high levels of stress, anxious and depressive symptoms were female sex, being a student, and having specific physical symptoms and a poor perception of their own health. Another study in China detected 35% of psychological distress in the general population, women

¹ Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Sección de Psiquiatría y Salud Mental. Lima, Perú.

² Hospital Cayetano Heredia, Servicio de Neuro-Psiquiatría. Lima, Perú.

³ Clínica Anglo Americana. Lima, Perú.

⁴ Instituto Viktor Frankl. Viena, Austria.

^a Médico Psiquiatra; ^b Psicoterapeuta; ^c Miembro

presenting it more than men as well as the groups of 18-30 and over 60 years of age. The pandemic challenges us to take care of the health workers' mental health as much as of the general population's. Thus, the use of brief screening mental health scales, validated in our population, would be very effective to face the current public health challenges in our country.

KEYWORDS: Coronavirus; COVID-19; epidemic; psychological impact; mental health; psychiatry; stress; anxiety; depression.

INTRODUCCIÓN

En la lucha contra la infección del nuevo Coronavirus (COVID-19) el personal de salud de Wuhan (provincia de Hubei – China) se ha enfrentado a una enorme presión de trabajo en el día a día (1,2), esta presión incluye el estar expuestos a un alto riesgo de sufrir la infección del COVID-19, a una inadecuada protección para evitar ser contaminados, a sentir frustración, a sufrir discriminación, a pasar al aislamiento, a interactuar con pacientes con emociones negativas, a la pérdida del contacto con la familia y al agotamiento físico y mental. Así, la situación de crisis que enfrenta el personal de salud está causando problemas de salud mental como el estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, negación, ira y temor (3).

Estos problemas de salud mental no solo pueden afectar la calidad de atención que brinda el personal de salud, su capacidad de comprensión clínica o sus habilidades en la toma de decisiones, lo que podría dificultar la lucha contra la infección del COVID-19, sino que también pueden tener un impacto significativo en su bienestar y en su calidad de vida. Por tanto, es muy importante proteger la salud mental del personal de salud para el adecuado control de la epidemia y para cuidar su propia salud (3).

Así, en la mayoría de los hospitales generales de la ciudad de Wuhan se estableció un sistema de turnos de trabajo para permitir que los médicos descansen y eviten estar expuestos a una alta presión de trabajo (3). Por ello, en el Hospital Universitario y en el Centro de salud mental de Wuhan se crearon equipos de intervención psicológica, que comprenden cuatro grupos de atención al personal de salud (3):

1. El equipo de respuesta psicológica, que coordina la gestión de tareas de trabajo y de comunicación.
2. El equipo de soporte técnico, que es responsable de las normas y de los materiales de intervención psicológica. Además, provee las guías clínicas de intervención y asume la supervisión.

3. El equipo especializado de salud mental, que participa en la intervención clínica y en la evaluación del personal de salud y de los pacientes.
4. El equipo de asistencia psicológica telefónica, que brinda orientación para lidiar con los problemas de salud mental. Está compuesto por voluntarios que han recibido entrenamiento de asistencia psicológica para enfrentar la epidemia COVID-19.

De la misma manera, la epidemia por el COVID-19 tiene un impacto psicológico en la población general con consecuencias en la salud física y mental, que podrían estar caracterizadas por incertidumbre, insomnio, ira, temor a ser infectado, aumento del consumo de alcohol o de cigarrillos, aislamiento social, desarrollo del trastorno de estrés post traumático, trastornos de ansiedad, trastorno depresivo, somatización y la percepción de la pérdida de la salud (4).

Es por ello que el sistema de salud debe poner esfuerzos y especial atención en la población vulnerable: a) pacientes infectados, sus familias y el personal de salud que les brinda cuidado, b) personas con condiciones físicas y trastornos mentales pre-existentes y c) los profesionales de la salud y de ayuda (4).

Estudios de impacto psicológico en el personal de salud en China

Huang Jizheng y colaboradores realizaron un estudio descriptivo transversal en China desde el 7 hasta el 14 de febrero de 2020 (5). Los objetivos del estudio fueron conocer el estado psicológico del personal de salud que trabaja en la lucha contra la infección del COVID-19 y proporcionar una base teórica para la intervención psicológica. Para ello se contó con 246 participantes con un muestreo por conglomerados. Se les aplicó la escala de autoevaluación para la ansiedad (SAS) y la escala de autoevaluación para el trastorno de estrés posttraumático (PTSD-SS). Se recuperaron 230 cuestionarios con una tasa de recuperación del 93,5%. En el estudio participaron 43 hombres (18,7%) y 187 mujeres (81,3%), con edades entre 20 a 59 años

(32,6 ± 6,2), donde 70 eran médicos (30,4%) y 160 eran enfermeras (69,6%).

La tasa de ansiedad del personal de salud fue del 23,04% (53/230) y el puntaje de ansiedad fue de 42,91 ± 10,89 puntos. Entre ellos, la incidencia de ansiedad severa, ansiedad moderada y ansiedad leve fueron 2,17% (5/230), 4,78% (11/230) y 16,09% (37/230) respectivamente. La tasa de ansiedad femenina fue mayor que la de los hombres [25,67% (48/187) frente a 11,63% (5/43), $Z = -2,008$, $P = 0,045$] y los puntajes de ansiedad femenina fueron más altos que en los hombres [(43,78 ± 11,12) vs (39,14 ± 9,01), $t = -2,548$, $P = 0,012$].

La tasa de ansiedad entre las enfermeras fue mayor que la de los médicos [26,88% (43/160) vs. 14,29% (10/70), $Z = -2,066$, $P = 0,039$] y los puntajes de ansiedad de las enfermeras fue mayor que la de los médicos [(44,84 ± 10,42) vs (38,50 ± 10,72), $t = -4,207$, $P < 0,001$].

La tasa del trastorno de estrés en el personal de salud fue del 27,39% (63/230) y el puntaje del trastorno de estrés fue de 42,92 ± 17,88 puntos. El puntaje de estrés del personal de salud femenino fue más alta que el de los hombres [(44,30 ± 18,42) vs (36,91 ± 13,95), $t = -2,472$, $P = 0,014$].

El personal de salud tiene una alta incidencia de ansiedad y de estrés. Las instituciones de salud deben fortalecer la capacitación en habilidades psicológicas del personal de salud, prestando especial atención a las enfermeras. Además, se deben desarrollar equipos de intervención psicológica para proporcionar asesoramiento en el manejo de ansiedad y de estrés en el personal de salud.

Consejos para lograr el bienestar de los profesionales durante y después de la epidemia del COVID-19 (6)

Las necesidades variarán de acuerdo a diferentes fases y tendrán diferentes mecanismos de apoyo:

1. Pre- fase: No casos en nuestra unidad.

1.1 Problemas e impacto probable:

Ansiedad anticipatoria sobre lo que va a pasar. Incapacidad para pensar con claridad, planificar y sentirse sobrepasado. Errores de comunicación. Tensión en las relaciones laborales. El agotamiento de la “preparación”.

1.2 Necesidades y enfoque recomendado:

Aumentar la sensación de control: el equipo está en buenas manos. Tranquilidad y planificación. Las actualizaciones de la comunicación son clave. Plan de escalamiento. Apoyo a gerentes que están haciendo planes y soportando el estrés.

2. Fase inicial: Caso 1.

2.1 Problemas e impacto probable:

Todo comienza a ponerse en marcha, muchas dudas, cosas que no se hacen bien, tiempo perdido, repetición y frustración. Más ansiedad anticipatoria.

3. Fase principal: Escalada – muchos casos.

3.1 Problemas e impacto probable:

Mayor periodo de riesgo. Miedo al contagio e implicaciones para las propias familias. Carga de trabajo abrumadora. Modo “lucha y huida”: adrenalina y piloto automático. Agotamiento. Angustia moral como racionamiento de la asistencia sanitaria. Angustia vinculada a la experiencia personal o familiar de COVID-19. Se experimenta miedo o estigma cuando se está en público.

2.2 y 3.2 Necesidades y enfoque recomendado:

Sala de guerra: planificación centralizada para permitir una comunicación centralizada. La administración es visible y disponible. Boletines de comunicación regulares y foros abiertos. Promover el apoyo de los compañeros. Está bien decir “que no estás bien”. Se requiere personal de mayor rango para modelar ello. Rotar a los trabajadores de las funciones de alto estrés a las de menor estrés. Organizar reuniones de pequeños grupos antes y después de cada turno. Programar a los trabajadores sin experiencia con colegas de más experiencia. Realizar sesiones de regulación emocional para el personal. Asegurarse de lo básico: descanso, espacio físico para alimentarse, dormir, días libres. Administrar visitas de pacientes hospitalizados.

4. Última fase: Final inmediato.

4.1 Problemas e impacto probable:

Agotamiento y recuperación / Estrés post traumático.

5. A largo plazo

5.1 Problemas e impacto probable:

Estrés elevado en el personal. Reflexión y aprendizaje.

4.2 y 5.2 Necesidades y enfoque recomendado:

Reuniones de equipo: individuales y sesiones grupales. Aprendizaje y preparación para el futuro: organizar y

agradecer. Estar atento a las señales de estrés elevado en el personal: hiper-excitación, falta de sueño, flashbacks o volver a experimentar y dificultad para mantener la atención en el trabajo.

Consideraciones de salud mental durante el brote del COVID-19 de la OMS (7):

- Proteger al personal del estrés crónico para que pueda cumplir con sus responsabilidades.
- Garantizar la información de buena calidad y actualizada a todo el personal.
- Planificar que los trabajadores alternen funciones de alto estrés con otras de menor estrés.
- Fomentar el compañerismo para brindar apoyo, gestionar el estrés y reforzar procedimientos seguros.
- Asegurar que el personal trabaje en equipo o en parejas.
- Incentivar y monitorizar los descansos en el trabajo.
- Implementar horarios flexibles.
- Facilitar y garantizar el acceso a los servicios de salud mental y apoyo psicosocial.
- Orientar en cómo ofrecer soporte emocional básico a las personas afectadas.
- Validar que “sentirse estresado es una experiencia por la que seguramente pasarán tanto usted como sus compañeros”.
- Aceptar que “el estrés y los sentimientos asociados no reflejan en absoluto que no sea capaz de hacer su trabajo o que sea débil”.
- Manejar el estrés y el bienestar psicosocial durante este tiempo es tan importante como cuidar la salud física.
- Cuidar las necesidades básicas y emplear estrategias de afrontamiento útiles.
- Asegurar tiempo para descansar y tomarse un respiro durante el trabajo o entre turnos.
- Ingerir suficientes alimentos saludables, realizar actividad física y mantener contacto con familiares y amistades.
- Evitar usar estrategias de afrontamiento poco útiles como el consumo de tabaco, alcohol u otras drogas.
- Aceptar que algunos trabajadores pueden experimentar que su familia o su entorno les evita debido al estigma o al miedo.
- Emplear el uso de métodos digitales como forma de mantener contacto con sus seres queridos.
- Dirigirse a sus compañeros, a su jefe u otras personas de confianza para encontrar apoyo: sus compañeros pueden estar teniendo experiencias similares a las suyas.

Estudios de impacto psicológico en la población general de China

Cuiyan Wang y colaboradores realizaron un estudio para evaluar el impacto psicológico inicial en China durante el brote del COVID 19 (8), ellos realizaron un estudio descriptivo de corte transversal en las primeras dos semanas del brote del COVID 19 y aplicaron una encuesta de salud mental desde el 31 enero al 2 de febrero del 2020, los objetivos del estudio fueron: establecer la prevalencia de síntomas psiquiátricos e identificar factores de riesgo y protectores en relación al estrés psicológico (8).

El estudio tuvo a 1210 participantes de 194 ciudades de China. Se aplicó un cuestionario anónimo online enviado primero a estudiantes universitarios y se invitó a difundirlo a otros contactos. La mayoría de los participantes fue del sexo femenino (67,3%), con edades entre 21,4 a 30,8 años (53,1%), casados (76,4%), que vivían con 3-5 personas (80,7%), con hijos (67,4%) y buena educación “>= bachelor’s degree” (87,9%). El impacto psicológico fue evaluado por la escala Event Scale-Revised (IES-R) y el estado de salud mental por la escala Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21).

En los resultados se observó un 53,8% de impacto psicológico moderado a severo, un 16,5% de síntomas depresivos moderados a severos, un 28,8% de síntomas de ansiedad moderados a severos y un 8,1% de niveles de estrés moderados a severos. El 84,7% de sujetos que participaron en el estudio permanecían en casa entre 20-24 horas. Además, un 75,2% estaban preocupados por la posibilidad de que un miembro de su familia se infecte con el COVID-19 y un 75,1% estaban satisfechos por la cantidad de información de salud disponible.

Los factores asociados con un alto impacto psicológico y niveles altos de estrés, síntomas de ansiedad y de depresión ($p < 0,05$) fueron el sexo femenino, ser estudiante, tener síntomas físicos específicos (mialgia, mareos, coriza) y una pobre percepción de la propia salud. Los factores asociados con un bajo impacto psicológico y niveles bajos de estrés, síntomas de ansiedad y de depresión ($p < 0,05$) fueron la información de salud actualizada y disponible y el conocimiento de medidas de prevención.

Los hallazgos del estudio pueden usarse para formular intervenciones psicológicas para mejorar la salud mental de las poblaciones vulnerables durante la epidemia del COVID- 19.

Jianyin Qiu y colaboradores realizaron un estudio nacional de larga escala acerca del distrés psicológico en la población de China durante la epidemia del COVID-19 (9), para ello aplicaron un cuestionario de auto-reporte online desde el 31 de enero al 10 de febrero del 2020, el cuestionario incorporó criterios para el diagnóstico de trastorno de estrés y fobias específicas según la CIE-11, datos socio-demográficos y el índice de distrés peri-traumático por el COVID-19 (CPDI) en relación a la frecuencia de ansiedad, depresión, fobias específicas, alteraciones cognitivas, conducta de evitación y compulsión, síntomas físicos y pérdida de funcionalidad social en la última semana. El CPDI tuvo un score de 0-100 puntos, con un score de 28-51 para distrés leve a moderado y un score \geq 52 para distrés severo.

El estudio de Jianyin Qiu y colaboradores contó con 52730 participantes de 36 provincias de China, donde 18 599 eran hombres (35,27%) y 34 131 eran mujeres (64,73%). En los resultados, la media (SD) del CPDI fue de 23,65 (15,45). El 35% experimentó distrés psicológico, un 29,29% con distrés leve a moderado y un 5,14% con distrés severo. Las mujeres presentaron más distrés psicológico que los hombres con un CPDI scores de (SD)=24,87 (15,03) vs 21,41 (15,97), $p < 0,001$ (9).

Las personas menores de 18 años presentaron menos distrés psicológico con un CPDI scores de (SD)=14,83 (13,41). Dos factores de protección pueden explicar el bajo nivel de distrés psicológico en los menores de 18 años: una relativa baja morbilidad en este grupo etáreo y una limitada exposición a la epidemia debido a la cuarentena en casa (9).

Las personas entre los 18-30 años y mayores de 60 años presentaron un alto distrés psicológico, con un CPDI scores de (SD)=27,76 (15,69) y un CPDI scores (SD)=27,49 (24,22) respectivamente. La población entre los 18-30 años tiene acceso a la información en las redes sociales y ello puede gatillar el estrés. Debido a que las cifras más altas de mortalidad ocurren en la población adulta mayor es comprensible que éste sea el grupo etáreo con mayor impacto psicológico.

Además, la población con mayor nivel de educación tiende a tener mayor distrés psicológico, probablemente por una mayor conciencia de amenaza hacia su salud. Cabe mencionar que los trabajadores migrantes experimentaron un mayor nivel de distrés comparado a otras ocupaciones, con un CPDI scores de (SD)=31,89 (23,51), $F=1602,501$, $p < 0,001$.

La preocupación de la población por estar expuestos al virus en el transporte público, la preocupación por los retrasos en los horarios del trabajo y la preocupación por la privación de sus ingresos económicos pueden explicar los niveles de estrés. Los niveles de estrés psicológico pueden estar influenciados también por la disponibilidad y acceso a los servicios de salud, a la eficiencia del sistema de salud y a las medidas de prevención y control adoptadas por el gobierno contra la situación epidémica.

Los resultados de este estudio sugieren las siguientes recomendaciones para futuras intervenciones:

- Prestar una mayor atención a grupos vulnerables como los jóvenes, ancianos, mujeres y trabajadores migrantes.
- Accesibilidad a los servicios de salud, fortalecer el sistema de salud pública para el manejo eficiente de la epidemia del COVID-19.
- Brindar una planificación estratégica nacional y coordinación para brindar una intervención psicológica a través de la atención por telemedicina por ejemplo.
- Organizar un sistema de prevención integral con monitoreo epidemiológico, pruebas de detección, intervención dirigida a grupos objetivos y su derivación para reducir el estrés psicológico y prevenir los problemas de salud mental.

Desafío de atención a los problemas de salud mental en el Perú durante la epidemia

Actualmente no existen estudios del impacto emocional a causa de esta epidemia en nuestro hemisferio. Sin embargo, la epidemia del nuevo coronavirus COVID-19 en nuestro país podría poner en crisis a nuestro sistema de salud. Esta situación obligaría al gobierno a decretar un estado de emergencia y de cuarentena. Este escenario causaría un impacto psicológico negativo en el personal de salud y en la población más vulnerable, desencadenando estrés, temor, confusión, ira, frustración, preocupación, aburrimiento, soledad, estigma, ansiedad, desesperanza, culpa, depresión y suicidio (10). En tal sentido, la formación de equipos de salud mental de intervención en crisis, el uso de plataformas digitales, comunicación online, entrevistas por telemedicina y el uso de instrumentos breves de detección de problemas de salud mental, validados en nuestra población, serían de mucha utilidad para los desafíos que le depara a la salud pública en nuestro país.

Actualmente, en el Perú contamos con cuatro instrumentos de detección de problemas de salud mental disponibles para su uso en la población como son la versión peruana del PHQ-9 para el diagnóstico de depresión (11), la versión en español de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (12), las versiones cortas de la Escala de Psicopatología Depresiva (EPD-4 y EPD-6) (13) y la Escala de Ansiedad de Lima de 20 ítems (EAL-20) (14).

Conflictos de interés: El autor declara no tenerlos.

Declaración de financiamiento: Financiado por el autor.

Correspondencia:

Antonio Lozano Vargas

Jirón Puente y Cortez 599 Magdalena del Mar. Lima, Perú.

Celular: (+51) 999374904

Correo electrónico: antoniolv2000@yahoo.com / edward.lozano.v@upch.pe

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern [published correction appears in *Lancet*. 2020 Jan 29] *Lancet*. 2020;395(10223):470–473. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30185-9
2. The Lancet. Emerging understandings of 2019-nCoV. *Lancet*. 2020;395(10221):311. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30186-0
3. Kang L, Li Y, Hu S, et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(3):e14. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30047-X
4. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations [published online ahead of print, 2020 Feb 8]. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2020. Doi:10.1111/pcn.12988
5. Huang JZ, Han MF, Luo TD, Ren AK, Zhou XP. Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi*. 2020;38(0):E001. doi: 10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063
6. Highfield J. Advice for sustaining staff wellbeing in critical care during and beyond COVID-19. London: Intensive Care Society; 2020.(Citado el 23 de marzo del 2020) Disponible en: <https://www.ics.ac.uk/ICS/Education/Wellbeing/ICS/Wellbeing.aspx?hkey=92348f51-a875-4d87-8ae4-245707878a5c>
7. Organización Mundial de la Salud. Consideraciones de salud mental durante el brote de COVID 19. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 06 de marzo 2020.(Citado el 23 de marzo del 2020) Disponible en: <https://yotambien.mx/consideraciones-de-la-oms-de-salud-mental-durante-el-brote-de-covid-19/> <https://yotambien.mx/consideraciones-de-la-oms-de-salud-mental-durante-el-brote-de-covid-19/>
8. Wang C, Pan R, Wan X, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5):0-0. doi: 10.3390/ijerph17051729
9. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry*. 2020; 33(2): e100213. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>
10. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020;395(10227):912–920.
11. Calderón M, Gálvez-Buccollini JA, Cueva G, Ordoñez C, Bromley C, Fiestas F. Validación de la versión peruana del PHQ-9 para el diagnóstico de depresión. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2012;29(4):578–579.
12. Ruiz-Grosso P, Loret de Mola C, Vega-Dienstmaier JM, et al. Validation of the Spanish Center for Epidemiological Studies Depression and Zung Self-Rating Depression Scales: a comparative validation study. *PLoS One*. 2012;7(10):e45413.
13. Vega-Dienstmaier JV. Construcción de versiones cortas de la Escala de Psicopatología Depresiva para tamizaje de depresión mayor y sus características psicométricas. *Rev Neuropsiquiatr*. 2018; 81(3):154–164.
14. Lozano-Vargas A, Vega-Dienstmaier JV. Construcción y propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad de Lima de 20 ítems (EAL-20). *Rev Neuropsiquiatr*. 2018; 81(4):226-234.

Recibido: 22/03/2020

Aceptado: 29/03/2020