

Ansiedad en tiempos de aislamiento social por COVID-19. Chota, Perú, 2020

Ansiedade em tempos de isolamento social pela Covid-19. Chota, Peru, 2020

Anxiety in times of social isolation by COVID-19. Chota, Peru, 2020

Cómo citar: Oblitas GA; Sempertegui SN. Ansiedad en tiempos de aislamiento social por COVID-19. Chota, Perú, 2020. Av Enferm, 38(1supl):10-20.
DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n1supl.87589>

1 Anibal Oblitas Gonzales

Universidad Nacional Autónoma de Chota (Chota, Perú).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3578-7558>
Correo electrónico: oblitas0309@hotmail.com

Contribución: propuesta y conducción de la investigación, redacción y revisión del manuscrito, levantamiento de observaciones.

2 Nancy Sempertegui Sánchez

Universidad Nacional Autónoma de Chota (Chota, Perú).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0002-5676>
Correo electrónico: naluwi_28@hotmail.com

Contribución: organización, recolección, revisión y levantamiento de observaciones de la investigación.

DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n1supl.87589>

Recibido: 24/05/2020 Aceptado: 08/08/2020

ISSN (impreso): 0121-4500
ISSN (en línea): 2346-0261



Resumen

Objetivo: identificar el nivel de ansiedad según las características sociodemográficas de los adultos en aislamiento social obligatorio por COVID-19 en un barrio de una ciudad de Perú.

Materiales y métodos: estudio descriptivo de corte transversal, desarrollado durante una parte del período de aislamiento social obligatorio en el Perú (marzo-junio). El instrumento fue entregado a domicilio y recogido o enviado al correo electrónico del investigador entre el día 7 y 12 del aislamiento. Con una población de 142 adultos, la muestra estuvo compuesta por 67 participantes. Se identificó los niveles de ansiedad mediante la Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung (1971) y un cuestionario con nueve variables sociodemográficas.

Resultados: la ansiedad alcanzó al 43,3 % de los participantes, 20,9 % presentan ansiedad leve, 13,4 % moderada y 9 % severa. El nivel de ansiedad según variables sociodemográficas fue más frecuente en el sexo femenino, en personas de 40 o más años, casados/convivientes y divorciados/separados, en los que llevan entre 10 y 12 días de aislamiento, cuando se está en compañía de alguien, cuando hay afectación económica o cuando no se realizan actividades distractoras.

Conclusión: los niveles de ansiedad durante una pandemia pueden llegar a reducirse cuando la duración del aislamiento es lo más corta posible, la persona recibe información precisa, se informa de medios de comunicación confiables, cuenta con el suministro suficiente para disminuir la frecuencia de salidas, tiene una situación financiera estable, realiza actividades lúdico/recreativas y cuando mejora la comunicación (física o virtual).

Descriptor: Pandemia; Salud; Salud Pública; Salud Mental; COVID-19 (fuente: DECS, BIREME).

Resumo

Objetivo: identificar o nível de ansiedade de acordo com as características sociodemográficas de adultos em isolamento social obrigatório pela Covid-19 em um bairro de uma cidade no Peru.

Materiais e métodos: estudo transversal descritivo, desenvolvido durante o isolamento social obrigatório no Peru (de março a junho). O instrumento foi entregue em casa e coletado em casa ou enviado ao e-mail do investigador entre os dias 7 e 12 de isolamento. Com uma população de 142 adultos e uma amostra de 67 participantes. Os níveis de ansiedade foram identificados a partir da Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung (1971) e de um questionário com nove variáveis sociodemográficas.

Resultados: a ansiedade atingiu 43,3 % dos participantes, 20,9 % apresentam ansiedade leve, 13,4 % moderada e 9 % grave. O nível de ansiedade segundo as variáveis sociodemográficas foi mais frequente no sexo feminino, em pessoas com 40 anos de idade ou mais, casados/morando juntos e divorciados/separados, nos que passaram de 10 a 12 dias de isolamento, na companhia de alguém, quando há afetação econômica ou quando não realizam atividades recreativas.

Conclusão: os níveis de ansiedade durante uma pandemia podem ser reduzidos quando a duração do isolamento é a mais curta possível, a pessoa recebe informações precisas, é informada por meios confiáveis de comunicação, possui suprimentos suficientes para reduzir a frequência de saídas, tem uma situação financeira estável, realiza atividades recreativas e quando melhora a comunicação (física ou virtual).

Descritores: Pandemia; Saúde; Saúde Pública; Saúde Mental; Covid-19 (fonte: DECS, BIREME).

Abstract

Objective: To identify the anxiety level of adults in compulsory social isolation by COVID-19 in a neighborhood of a city in Peru based on participants' sociodemographic characteristics.

Materials and methods: Descriptive cross-sectional study developed during compulsory social isolation in Peru (March-June). The instrument was delivered to participants' homes, and collected either at their residence or sent to the researcher's email between the 7th and 12th day of isolation. With a population of 142 adults, the sample comprised 67 participants. Anxiety levels were identified using Zung's Self-Assessment Anxiety Scale (1971) and a questionnaire containing nine sociodemographic variables.

Results: Anxiety reached 43.3 % of participants, 20.9 % of them presented mild anxiety levels, 13.4 % moderate, and 9 % severe. The anxiety level according to sociodemographic variables was more frequent in female respondents, people aged 40 and over, those married/living together and divorced/separated, those who have been from 10 to 12 days in isolation, those who are in the company of someone, subjects affected by economic limitations, or respondents who do not engage in distracting activities.

Conclusion: Anxiety levels during a pandemic can be reduced when the length of isolation is as short as possible, the person receives accurate information, is informed by reliable means of communication, has sufficient supplies to reduce the frequency of outings, has a stable financial situation, carries out recreational activities, and when communication (physical or virtual) improves.

Descriptors: Pandemic; Health; Public Health; Mental Health; COVID-19 (source: DECS, BIREME).

Introducción

Hoy miramos con enorme preocupación y temor cómo la enfermedad del COVID-19 se ha convertido en una pandemia que al 23 de mayo había afectado a la totalidad de países y provocado más de 340.000 muertes alrededor del mundo (1). En este escenario, el futuro para muchos quizá se vea más lúgubre y aterrador que nunca.

La COVID-19, o neumonía de Wuhan (2, 3), surgió a finales de diciembre de 2019 en la provincia China de Wuhan y se extendió velozmente alrededor del mundo. Para detener su transmisión por completo, a falta de vacunas y terapias específicas (4, 5), se ha tenido que recurrir a la implementación de medidas sanitarias tradicionales de salud pública como el aislamiento y la cuarentena, el distanciamiento social y la contención comunitaria (6); todas empleadas actualmente a una escala masiva sin precedentes en más de 25 países y, en gran parte de ellos, con resultados positivos, especialmente en China, país que acaba de confirmar el fin de la pandemia en su territorio.

Perú fue el primer país de América del Sur en decretar un “aislamiento social obligatorio” (7). Según Cetron y Simone, el aislamiento social “Es la intervención aplicada a una comunidad entera ciudad o región, diseñada para reducir la interacción y desplazamiento de las personas; incluyendo la cancelación de reuniones públicas, cierre de escuelas, trabajo desde casa y el uso comunitario de mascarillas” (6 p. 2). Esta medida es particularmente útil en entornos donde las restricciones impuestas a los contactos conocidos no son suficientes para evitar una mayor propagación (8, 9).

El aislamiento social obliga a cada persona a permanecer confinada en su vivienda durante todo el día y solo movilizarse en situaciones estrictamente necesarias (emergencia y compra de productos de primera necesidad, entre otras). En este escenario, por un lado están las razones que llevaron a los gobiernos a tomar tal decisión, por ejemplo, evitar el colapso de los sistemas de salud, y por otro la incertidumbre que genera esta situación. La incertidumbre de no saber el desenlace de la situación, la separación o el alejamiento de quienes queremos, las limitaciones de libertad en ciertos aspectos, el aburrimiento y cansancio,

la abrumadora información, entre otros, son un potencial generador de efectos psicológicos negativos y hasta cierto punto perturbadores (10, 11).

Ante la situación actual, el posible efecto psicológico de la dualidad (aislamiento social y COVID-19) es la ansiedad. Para Cano *et al.* (10) la ansiedad es “una emoción que surge ante situaciones ambiguas o de resultado incierto, en las que anticipamos un posible resultado negativo o amenaza para nuestros intereses, preparándonos para actuar ante ellas mediante una serie de reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales” (p. 4). Para Darley (12), este fenómeno se manifiesta a través de alteraciones fisiológicas, cognitivas y comportamentales que en muchas ocasiones dificultan la capacidad decisoria de quien la padece. Según Zung (13, 14), se caracteriza por preocupación de intensidad variada de acuerdo con la situación y el grado de afrontamiento de la persona, que en momentos se traduce en pánico y frecuentemente se encuentra asociada con síntomas somáticos.

En el mundo existen 260 millones de personas que padecen ansiedad. En Latinoamérica, es el segundo trastorno mental más frecuente, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (15), con una incidencia de 25 % en el Perú (16). Existen numerosos estudios, como los de Díaz *et al.* (17), Anguiano (18) y Gómez (19), que informan de la ansiedad ante la muerte, en pacientes no psiquiátricos, en poblaciones con agorafobia y crisis de pánico; pero pocos dan cuenta de esta en situaciones extremas como los aislamientos sociales obligatorios.

Estudios reportan que tras los aislamientos sociales obligatorios como los ocurridos en China y Canadá durante el brote de Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS), en 2003, los intentos de suicidios (20), la frustración y el enojo (21) aumentaron sustancialmente. Un estudio realizado por Jeong *et al.* (22) en cuatro provincias de Corea del Sur con 1.656 participantes en aislamiento reportó que 7,6 % de sus participantes mostraron signos y síntomas de ansiedad. Por su parte, Reynolds (23) encontró que en una muestra de 1.057 canadienses que se encontraban en cuarentena por posible caso de SARS, el 20 % indicó temor, 18 % nerviosismo y tristeza y 10 % sentimiento de culpa. En contraste, una minoría manifestó sentimientos de felicidad y alivio (5 y 4 %, respectivamente).

Los estudios revisados y reportados (20-24) hasta el momento muestran resultados obtenidos después

de que los participantes salieron del aislamiento. Con esta investigación pretendemos mostrar aquello que sucede cuando la población se encuentra sometida a situaciones de ansiedad —por aislamiento social y aparición de enfermedad infecciosa— que le generan intranquilidad, miedo, insatisfacción y temor. En tal sentido, se planteó el objetivo general de identificar el nivel de ansiedad según las características sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, días en aislamiento, información que recibe, compañía durante el aislamiento, frecuencia de salida de casa, afectación financiera y actividad distractora) de adultos en condición de aislamiento social obligatorio por la COVID-19 en un barrio de la ciudad peruana de Chota durante el mes de marzo de 2020.

Materiales y métodos

Estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, desarrollado durante una parte del período de aislamiento social obligatorio por COVID-19 en el Perú (16 de marzo-30 de junio de 2020). Los datos fueron recolectados entre el séptimo y decimosegundo día de aislamiento, en una muestra de 67 adultos de entre 22 y 60 años de edad del barrio San Martín, en la ciudad de Chota, Perú. La muestra representa el 46 % de la población en estudio. Los criterios de inclusión fueron: un integrante por familia, mayor de edad y que supiese leer y escribir.

Para identificar el nivel de ansiedad ante el aislamiento social obligatorio por COVID-19 se utilizó la Escala de Autoevaluación de la Ansiedad (EAA) de Zung (14). El cuestionario junto con la carta informativa y el consentimiento informado fueron facilitados por los investigadores directamente a domicilio. El cuestionario fue recogido en el domicilio del participante (49 encuestas) o enviado al correo electrónico (18 encuestas) de los investigadores. En total, se distribuyeron 73 encuestas, de las cuales se recogieron 67. El barrio de estudio tiene una distribución lineal de viviendas y cuenta con una extensión de nueve cuadras.

La escala de Zung (EAA) está constituida por un cuestionario de 20 ítems referidos a las características de la ansiedad (signos y síntomas) y redactados en dirección positiva (15 ítems) y negativa (cinco ítems [5, 9, 13, 17, 19] puntuados en sentido inverso). Cada ítem cuenta con cuatro posibles respuestas y puntajes: “Nunca o casi nunca” (1 punto); “A veces” (2 puntos); “Con bastante frecuencia” (3 puntos); y

“Siempre o casi siempre” (4 puntos). Luego de obtener los puntajes por ítem, estos se sumaron para dar paso a un puntaje total, el cual es convertido en un “índice de ansiedad” sobre la base de la siguiente ecuación: Puntaje total/80 (suma máxima) x 100 = Índice de ansiedad. Considerando el índice de ansiedad obtenido, el participante se clasifica en: sin ansiedad (< de 45), ansiedad leve (45-59), ansiedad moderada (60-74) y ansiedad severa (> de 75). La EAA alcanzó una validez que osciló entre 0,34 y 0,65 de correlación entre la puntuación ítem/escala, así como una confiabilidad de 0,66 (14).

Junto con la escala se recolectó información sobre variables referidas a las características sociodemográficas de los participantes, tales como: edad, sexo, estado civil, días en aislamiento, tipo de información que reciben (con base en la información que brindan las instituciones o autoridades gubernamentales), compañía (si vive o comparte permanentemente la vivienda con otra persona), frecuencia de salida durante el aislamiento (salida del domicilio por cualquier cuestión), afectación financiera (la percepción de que la situación provocará que en algún momento presente problemas económicos) y actividad física distractora (si realizan actividades lúdicas, recreativas o físicas a diario).

Para el procesamiento de datos se utilizó el software estadístico SPSS v. 25, previa organización de datos en Excel 2019. El análisis descriptivo incluyó la generación de frecuencias absolutas y relativas, además de medidas de tendencia central como la media y medidas de dispersión con la desviación estándar.

Durante el proceso investigativo se tomaron en cuenta los principios de rigor científico de Polit y Hungler (25) y los preceptos éticos de Eliot Sgrecia (26); además del Decreto Supremo 011 del 2011: Lineamientos para garantizar el ejercicio de la bioética desde el reconocimiento de los Derechos Humanos en el Perú (27). Con el consentimiento informado, cada participante recibió una explicación clara y detallada del objetivo y propósito del estudio, la descripción de los procedimientos, los riesgos y beneficios. Esto garantiza la confidencialidad y el anonimato.

Resultados

La Tabla 1 muestra los niveles de ansiedad que presentan los participantes durante el séptimo y decimosegundo día de aislamiento social obligatorio por la COVID-19. El estudio indica que las

puntuaciones del índice de ansiedad según la escala de Zung alcanzaron una media de 57 y una desviación estándar (DS) promedio de 4,1 puntos. El nivel general de ansiedad de los participantes se encuentra en 43,3 %.

El 56,7 % (38 participantes) se encuentran sin ansiedad, con un índice entre 20 y 44 puntos, un promedio de 32,6 y una desviación estándar de $\pm 6,7$ puntos con respecto a la media. El 20,9 % (14 participantes) presentan una ansiedad leve con índices mínimos y máximos de 53 y 46 respectivamente. La ansiedad moderada se manifestó en 13,4 % (9 participantes). La ansiedad severa alcanzó a 9 % de los participantes, quienes se ubicaron entre los 76 y 86 puntos en el índice de ansiedad de la escala de Zung; el promedio fue de 80,8 puntos.

Tabla 1. Nivel de ansiedad ante el aislamiento social por COVID-19 en un barrio de la ciudad de Chota (marzo de 2020)

Ansiedad	N	%	Min.	Max.	Media \pm DS
Sin ansiedad	38	56,7	20	44	32,6 \pm 6,7
Leve	14	20,9	53	46	48,3 \pm 2,7
Moderada	9	13,4	63	71	66,4 \pm 2,9
Severa	6	9	76	86	80,8 \pm 4,1
Total	67	100	20	86	57,0 \pm 4,1

Fuente: elaboración propia.

Analizando las variables sociodemográficas de interés (Tabla 2), se obtuvo que los varones representan el 59,7 % y las mujeres el 40,3 % de los participantes, ambos grupos con edades de entre 18 y 58 años y una edad promedio de 39,7 años. El 74,6 % eran casados o convivientes, el 16,4 % solteros y el 9 % divorciados/separados o viudos. Además, 56,7 % indicó que llevaba entre 10 y 12 días de aislamiento, 62,7 % consideró que recibió información adecuada sobre la situación, 22,4 % pasó el aislamiento en compañía de alguien, 56,8 % salía de casa con una frecuencia interdiaria o de más de dos días, 67,2 % indicó que durante este período se verá afectado económicamente y una minoría (29,9 %) realizó alguna actividad distractora durante el día.

Al observar el nivel de ansiedad según características sociodemográficas de los adultos en aislamiento social obligatorio por COVID-19 (Tabla 2), los resultados más relevantes según sexo muestran que 57,5 % (23 participantes) de los varones no presentan ansiedad, 15 % (6 participantes) registran ansiedad leve o moderada y 12,5 % (5 participantes) ansiedad severa. Tan solo 3,7 % de las mujeres (1 participante) revela ansiedad severa.

Según edad, 40,7 % (13 participantes) de los individuos menores de 40 años y 45,6 % (16 participantes) de los sujetos de 40 años o más manifiesta algún nivel de ansiedad. De acuerdo con el estado civil, 62 % (31 participantes) de los casados o convivientes no muestran signos ni síntomas de ansiedad, al igual que 63,6 % (7 participantes) de los solteros. Por su parte, 100 % de los divorciados/separados (3 participantes) y viudos (1 participante) presenta algún grado de ansiedad.

Respecto a los días en aislamiento, 58,6 % (17 participantes) de los que se encuentran en aislamiento de 7 a 9 días y el 55,5 % (21 participantes) de los que llevan de 10 a 12 días, no muestra síntomas de ansiedad; 13,2 % (5 participantes) de los individuos dentro de este último grupo reportan ansiedad severa.

En cuanto a la calidad de la información que se recibe, 54,8 % (23 participantes) de los que consideran que la información es adecuada se encuentran sin ansiedad, el restante 45,2 % tiene instalado algún nivel de ansiedad; de estos, 14,3 % (6 participantes) presentan ansiedad severa (total de encuestados). De otro lado, 40 % (10 participantes) de los que afirma recibir información inadecuada en relación con el COVID-19 presenta ansiedad leve o moderada.

El 77,6 % (52 participantes) afirma estar solo en casa durante el aislamiento. De este grupo, 59,6 % (31 participantes) no presenta ansiedad, 23,1 % (12 participantes) ansiedad leve, 13,5 % (7 participantes) moderada y 3,8 % (2 participantes) ansiedad severa. De otro lado, 46,7 % (7 participantes) de los que están en compañía se muestran sin ansiedad, 13,2 % (2 participantes) con ansiedad leve y moderada y 26,7 % (4 participantes) con ansiedad severa.

Según la frecuencia de salida de casa, 55,2 % (16 participantes) de los que lo hacen a diario se encuentran sin ansiedad, al igual que el 60 % (12 participantes) y 55,6 % (10 participantes) de los que salen interdiario o cada dos o más días, respectivamente. Además, 16,7 % (3) de los participantes con ansiedad severa afirman salir después de dos o más días de aislamiento.

El 67,2 % (45 participantes) indica que se verán afectados económicamente durante el aislamiento. De estos, 55,6 % (25 participantes) no presenta ansiedad, 22,2 % (10 participantes) registra ansiedad leve, 11,1 % (5 participantes) ansiedad moderada e igual porcentaje ansiedad severa. El 68,2 % (15 participantes) de los que no reporta algún tipo de afectación financie

ra no presenta ansiedad y tan solo 4,5 % (1 participante) tiene manifestaciones de ansiedad severa.

Según actividad distractora, el 70,1 % (47 participantes) afirma que no realiza este tipo de prácticas. De ellos, 61,7 % (29 participantes) tiene un índice de

ansiedad sin exacerbación y 10,6 % (5 participantes) severo. Entre los que sí realizan alguna actividad de distracción, que representan el 29,9 % (20 participantes) del total, la normalidad alcanza 45 % (9 participantes), mientras que la severidad de ansiedad afecta al 55 % (11 participantes).

Tabla 2. Niveles de ansiedad según características sociodemográficas de los adultos en aislamiento social por COVID-19 en un barrio de la ciudad de Chota (marzo de 2020)

Indicador	General		Sin ansiedad		Leve		Ansiedad			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo										
Femenino	27	40,3	15	55,6	8	29,6	3	11,1	1	3,7
Masculino	40	59,7	23	57,5	6	15,0	6	15,0	5	12,5
Edad										
< 40 años	32	47,8	19	59,4	8	25,0	3	9,4	2	6,3
40 o más años	35	52,2	19	54,3	6	17,1	6	17,1	4	11,4
Estado civil										
Casado/conviviente	50	74,6	31	62,0	13	26,0	5	10,0	1	2,0
Divorciado/separado	5	7,5	0	0,0	2	40,0	2	40,0	1	20,0
Soltero	11	16,4	7	63,6	0	0,0	2	18,2	2	18,2
Viudo	1	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Días en aislamiento										
7 a 9	29	43,3	17	58,6	8	27,6	3	10,3	1	3,4
10 a 12	38	56,7	21	55,3	6	15,8	6	15,8	5	13,2
Información que recibe										
Adecuada	42	62,7	23	54,8	8	19,0	5	11,9	6	14,3
Inadecuada	25	37,3	15	60,0	6	24,0	4	16,0	0	0
Compañía durante aislamiento										
Sí	15	22,4	7	46,7	2	13,3	2	13,3	4	26,7
No	52	77,6	31	59,6	12	23,1	7	13,5	2	3,8
Frecuencia de salida de casa										
Diario	29	43,3	16	55,2	6	20,7	5	17,2	2	6,9
Interdiario	20	29,9	12	60,0	7	35,0	0	0,0	1	5,0
Cada 2 días o más	18	26,9	10	55,6	3	16,7	2	11,1	3	16,7
Afectación financiera										
Sí	45	67,2	25	55,6	10	22,2	5	11,1	5	11,1
No	22	32,8	15	68,2	3	13,6	3	13,6	1	4,5
Actividad distractora										
Sí	20	29,9	9	45,0	8	40,0	2	10,0	1	5,0
No	47	70,1	29	61,7	6	12,8	7	14,9	5	10,6

Fuente: elaboración propia.

Discusión

El aislamiento social obligatorio es una de las herramientas de salud pública más conocidas e implementadas para prevenir la propagación de enfermedades infecciosas, pero con impactos psicológicos negativos considerables en las poblaciones sujetas a la misma. La ansiedad es uno de los problemas psicológicos más frecuentes reportados en este tipo de situaciones (22, 23).

En general, el estudio revela que 43,3 % de los participantes presentó algún grado de ansiedad durante el período de aislamiento social analizado. Es decir, cursan con reacciones emocionales de diferente intensidad (13, 14) y manifiestan que durante el aislamiento social que vienen sufriendo se encuentran más nerviosos y ansiosos de lo normal; sienten temor (sin razón alguna), irritabilidad, debilidad, cansancio e intranquilidad; sufren de insomnio, episodios de pánico, temblores de extremidades, cefaleas, molestias estomacales, polaquiuria, sudoración de manos y en ocasiones disneas, desmayos o pesadillas.

Los resultados del estudio indicaron que 43,3 % de los participantes mostraron algún tipo de ansiedad, dato cercano al reportado por Jianyin Qiu *et al.* (28), donde casi el 35 % de encuestados (52.730) experimentaron algún tipo de ansiedad. En este sentido, los estudios confirman que las personas sometidas a aislamiento social presentan alta proporción de ansiedad, la cual se manifiesta en signos y síntomas como agotamiento, irritabilidad e insomnio, según Bai *et al.* (29) y Marjanovic (30); bajo estado de ánimo e ira, de acuerdo con Cava (31) y Caleo (32); y agotamiento emocional, según Maun-der (33). Estudios cualitativos como los de Desclaux (34) y Di Giovanni (35) identificaron durante el aislamiento social temor, cefalea, entumecimiento e insomnio; todo ello inducido por la ansiedad.

Los niveles de ansiedad según las características sociodemográficas de los participantes indican que cinco de los seis casos con ansiedad severa se presentaron en individuos de sexo masculino, representando el 12,5 % de este grupo. No obstante, el sexo femenino tiene mayores porcentajes de ansiedad en comparación con el masculino (44,4 y 42,5 %, respectivamente). Lo anterior guarda relación con estudios previos donde se demostró que las mujeres tienden a presentar mayores niveles de ansiedad ante un brote pandémico en comparación con los varones, tal como afirman Hawryluck (11) y

Braunack (36), quienes descubrieron que durante la epidemia de SARS (2003) e influenza (2009) eran las mujeres las más preocupadas por infectarse. Así mismo, Prati *et al.* (37) encontraron que durante un brote de gripe porcina las mujeres presentaron mayores niveles de preocupación y miedo que los hombres. Además, Wang *et al.* (38) reportaron que las mujeres son las más afectadas psicológicamente por la COVID-19. En general, los resultados del estudio no apoyan los hallazgos anteriores, que refieren ser las mujeres quienes presentan mayores niveles de ansiedad. No obstante, el estudio incluyó más hombres que mujeres (40,3 vs. 59,7 %); quizá el tener un mayor número de participantes masculinos sea la causa probable detrás de estos resultados.

El 45,6 % de los participantes de 40 o más años tiene algún grado de ansiedad. Además, se observa que cuatro de ellos presenta ansiedad severa. El presente estudio guarda relación con lo encontrado por Qiu *et al.* (28), quienes reportaron que las personas de 18-40 años, en especial las mayores de 60, presentaron un mayor nivel de ansiedad; además, las personas mayores pueden sospechar que el brote puede afectarlos más que a otras (39). En contraste, nuestros hallazgos son distintos a los reportados por Hawryluck (11), donde emociones como el temor y la incertidumbre eran características psicológicas negativas presentes en edades más tempranas (16 a 24 años). Por lo tanto, es de esperar que este sea el grupo etario con mayor impacto psicológico negativo debido a que las cifras más altas de mortalidad ocurren en la población adulta y adulta mayor, pues se espera que las personas mayores sientan mayor miedo a contaminarse.

El estudio encontró que 62 y 63,6 % de casados/convivientes y solteros, respectivamente, no presenta ansiedad, resultados parecidos a los observados por Hawryluck (11), quien en un total de 129 adultos canadienses en cuarentena encontró que el 68 % de los casados y el 61,3 % de los solteros no evidenciaron efectos psicológicos de ansiedad. En ambos estudios la proporción casados/solteros fue muy parecida. Probablemente, los solteros en nuestro estudio sean poblaciones más jóvenes, siendo las que presentan una relativa baja morbilidad y limitada exposición a la epidemia como resultado de la cuarentena en casa (11), mientras que los resultados en el grupo de los casados/convivientes podría deberse a la mayor proporción de este grupo en la muestra (74,6 %), además de factores protectores como el contar con el apoyo familiar en momentos de crisis y la sensación de no sentirse solos.

Hawryluck (11) y Marjanovic (30) reportaron que las personas que se encuentran en cuarentena por más tiempo (por más de 10 días) muestran mayores problemas psicológicos, incluyendo síntomas de enojo y estrés, que aquellos con menos de 10 días de aislamiento. Estos datos concuerdan con nuestro estudio, pues los participantes que llevaban de 10 a 12 días en aislamiento presentaron mayores porcentajes de ansiedad (44,8 %) en comparación con los que habían permanecido en esta situación entre 7 y 9 días (41,3 %). Esto no resulta sorprendente, pues a más días o semanas de incertidumbre que pasan las personas protegiéndose de una enfermedad que los ha obligado a mantenerse "ocultos en casa", mayor será la probabilidad de presentar ansiedad. Por lo tanto, en este punto es necesario garantizar la implementación de medidas efectivas de contención y mitigación como parte de una planificación de cuarentena o poscuarentena.

Más de la mitad de los participantes afirma recibir información adecuada sobre el tema, sin embargo un 37,3 % refiere lo contrario. De estos últimos, 40 % presenta ansiedad entre leve y moderada. Estos resultados son similares a los de Van den Bulck y Custers (40), quienes identificaron que ver programas televisivos sobre influenza aviar se relacionó con niveles más altos de miedo. Los medios de comunicación juegan un papel fundamental al momento de informar sobre las medidas preventivas necesarias para evitar infectarse (41). No obstante, su uso inadecuado puede incrementar el miedo (42) y aumentar el riesgo de ansiedad por exposición a multiinformación proveniente de distintos medios, como al parecer está sucediendo con los participantes de nuestro estudio en el contexto de la COVID-19. Otros estudios sobre el asunto reportan que las personas sometidas a aislamiento social obligatorio indicaron haber recibido información deficiente (poco clara, insuficiente y confusa) sobre el propósito del aislamiento, llevando a los participantes a temer lo peor de parte de las autoridades, constituyéndose en un factor activador de síntomas de ansiedad como temor, incertidumbre e insomnio (31, 32, 34-36). Por eso, para prevenir la ansiedad, las personas deberían ser más selectivas con las noticias de televisión y el uso de redes sociales no oficiales durante un período de aislamiento de este tipo.

Consideramos que estos datos nos deben hacer reflexionar sobre la necesidad de mantener a la población informada de manera adecuada,

asumiendo que la información es un punto clave para aminorar el riesgo de problemas psicológicos (antes, durante y después de este escenario), así como para el éxito de la estrategia. Para ello, es fundamental informarse a través de canales oficiales (Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, Gobiernos locales y regionales, televisora estatal y sus páginas web oficiales) y evitar la sobreinformación venida de las redes sociales, para así garantizar que las personas confinadas entiendan completamente la causa de la enfermedad y el aislamiento.

Más de las tres cuartas partes de los participantes se encuentran solos (77,6 %). De estos, el 40,4 % presenta algún grado de ansiedad, mientras que la ansiedad severa en quienes pasan el aislamiento en compañía de alguien más alcanza 26,7 %. Sobre el tema no se han encontrado estudios, sin embargo, nuestros resultados podrían estar asociados con el gran porcentaje de participantes que se encuentran solos; quizás por ser estudiantes o profesionales procedentes de otros lugares que laboran en la zona o pertenecen al grupo de los divorciados/separados o viudos. Por lo tanto, como su percepción del riesgo a infectarse aumenta, se espera que su ansiedad se intensifique.

En este sentido, Neetu (43) y Wanqing (44) reportaron que tras la cuarentena de la pandemia del SARS de 2003 y de la actual COVID-19, el número de divorcios en China incrementó notablemente; esto podría indicar que el aislamiento social causa grandes estragos psicológicos en la vida de pareja y que la convivencia por períodos prolongados ha hecho que surjan más conflictos en el hogar, que en el corto o mediano plazo se traducen en separación conyugal.

La ansiedad en aislamiento también podría tener relación con la capacidad para comunicarse con el entorno social más cercano. Manuell (24) sugiere que en los casos en que el aislado se encuentre solo las redes sociales podrían jugar un papel importante con las personas lejanas, facilitando una actualización constante sobre la situación y reduciendo la sensación de ansiedad, estrés y pánico.

Los participantes que tienen frecuencias de salidas más largas (cada 2 o más días) tienen mayores porcentajes de ansiedad (44,5 %). De estos, 16,7 % presentan características de ansiedad severa. Según Manuell (24), durante un aislamiento las personas que permanecen más tiempo sin salir de casa son más propensas a presentar cuadros de irritabili-

dad, nerviosismo, cefaleas y contracturas musculares. Esto podría deberse a una sobreexposición a la información que les recuerda que el virus está en la calle y que pueden infectarse; a la magnificación del peligro; al miedo de salir a la calle (conocido como el síndrome de la cabaña); o a las características socio-demográficas propias de la muestra.

El estudio indica que un gran número de encuestados (44,4 %) que se verán afectados económicamente durante el aislamiento presenta algún nivel de ansiedad. Es de resaltar el gran porcentaje de participantes que tienen ansiedad leve (55,6 %) y severa (5 de 6 del total de la muestra). Al respecto, Jeong (22) indica que las pérdidas económicas como resultado del aislamiento crean graves problemas psicológicos y aumentan el riesgo de padecer ansiedad, incluso varios meses después del aislamiento. Un estudio de personas puestas en cuarentena ante un posible contacto con el ébola, encontró que una gran parte de ellos se volvió dependiente financieramente de sus familiares durante la medida sanitaria; esto a menudo era difícil de aceptar, podía causar conflictos y producir o acrecentar las sensaciones de ansiedad (34). Los resultados podrían estar reflejando que el ingreso económico familiar puede verse afectado en el corto y mediano plazo por la falta o pérdida de empleo, el cierre de algún negocio familiar y la falta de liquidez para el pago de servicios básicos (agua, luz, alquiler de vivienda, etc.) y manutención (alimentación).

El encierro, la falta o escasez de conexiones sociales y la supresión de lo cotidiano a menudo se manifestaba en los participantes con aburrimiento, frustración y estados de angustia, como afirman Di Giovanni (35), Cava (31), Desclaux (34) y Braunack (36). Nuestro estudio reporta que cerca de tres cuartos de los participantes afirma no realizar actividad distractora durante el aislamiento. Entre ellos, 38,3 % presenta algún nivel de ansiedad. Hawryluck (11) y Jeong (22) indican que la frustración se intensifica cuando el aislado no puede realizar actividades cotidianas, como trabajar, comprar, e interactuar física y virtualmente con sus amigos y familiares más cercanos.

En este contexto, el correcto funcionamiento de su red social (física o virtual) es una prioridad, pues su ausencia o deficiencia se asocia con niveles más altos de ansiedad y angustia a corto o mediano plazo, como sostiene Manuell (24). Un estudio en personas que habían estado en aislamiento encontró que el aburrimiento y el aislamiento causaron

angustia; para evitarlos, se debe proporcionar consejos y estrategias prácticas de manejo de ansiedad y estrés (22). En este punto, la planificación de actividades lúdico/recreativas con la participación de la familia y el aumento de la interacción social (llamadas telefónicas y videoconferencias) ayudaría a disminuir los niveles de ansiedad.

Este estudio presenta la limitante del rango de edades (menor a 40 y mayor a 40 años), pues, como se discutió, las personas mayores son más vulnerable a la COVID-19. Por lo tanto, resultaría mejor incluir un rango más adecuado (de 10 años) de edades a fin de comprender mejor los efectos derivados de las medidas de cuarentena. Se sugiere realizar un estudio similar con una muestra más homogénea que pueda ser replicado con una muestra mucho mayor y un método de muestreo aleatorio.

Finalmente, podemos indicar que los hallazgos del estudio podrían tomarse en cuenta para diseñar intervenciones psicológicas preventivas y promocionales orientadas a mejorar la salud mental de las poblaciones vulnerables durante y después de la pandemia de COVID-19.

Conclusiones

El nivel de ansiedad según variables sociodemográficas de interés es más frecuente en el sexo femenino, en personas de 40 o más años, casados/convivientes y divorciados/separados, individuos que llevan entre 10 y 12 días en aislamiento, cuando se está en compañía de alguien, en frecuencias de salida de dos o más días, cuando se experimenta alguna afectación económica y cuando no se realizan actividades distractoras.

Considerando las frecuencias de ansiedad encontrada por variable y nivel (leve, moderado), y con fundamento en los estudios revisados, la ansiedad puede llegar a reducirse cuando la duración del aislamiento es lo más corta posible, la persona en aislamiento recibe información precisa, dispone de medios de comunicación rápidos y efectivos, se cuenta con un suministro adecuado y suficiente como para disminuir la frecuencia de salidas, recursos económicos suficientes para afrontar la "crisis" y se reduce el aburrimiento y mejora la comunicación (física o virtual).

Para reducir y prevenir los efectos negativos de la ansiedad y de otros problemas psicológicos durante la pandemia, se debe generar estudios a nivel

provincial y regional que permitan implementar estrategias para responder a la crisis sin subestimarla, haciendo hincapié en la adopción de medidas preventivas y promocionales.

Para finalizar, diremos que urgen estudios que permitan establecer la efectividad del aislamiento social obligatorio, sopesando los posibles efectos negativos (aspectos psicológicos) y los posibles beneficios durante, antes y después del evento, además de evaluar otras respuestas psicológicas en tiempos de pandemia como el miedo, el enojo, la culpa o la estigmatización en las poblaciones más vulnerables.

Financiamiento

Esta investigación no recibió financiamiento alguno.

Referencias

- (1) Johns Hopkins University and Medicine. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). 2020. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- (2) Callaway E; Cyranoski D. What scientists want to know about the coronavirus outbreak. *Nature*. 2020;577:605-607. DOI: <https://doi.org/10.1038/d41586-020-00166-6>
- (3) Cohen J. Wuhan seafood market may not be source of novel virus spreading globally. *Science*. 2020. (Edición especial). DOI: <https://doi.org/10.1126/science.abb0611>
- (4) Zhu N; Zhang D; Wang W; Li X; Yang B; Song J et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. 2020;382(8):727-733. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>
- (5) Wilson ME; Chen LH. Travelers give wings to novel coronavirus (2019-nCoV). *J Travel Med*. 2020;27(2):1-3. DOI: <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa015>
- (6) Cetron M; Simone P. Battling 21st-century scourges with a 14th-century toolbox. *Emerg Infect Dis*. 2004;10(11):2053-2054. DOI: http://dx.doi.org/10.3201/eid1011.040797_12
- (7) Presidencia de la República del Perú. Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19, Diario Oficial El Peruano; 2020. <https://bit.ly/2Qey5Nh>
- (8) Centers for Disease Control and Prevention. Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS. CDC; 2004. <https://bit.ly/2E6fq43>
- (9) Géne J; Ruíz M; Obiols N; Oliveras L; Lagarda E. Aislamiento social y soledad: ¿Qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Aten Primaria*. 2016;48(9):604-609. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.008>
- (10) Cano-Vindel A; Dongil-Collado E; Salguero JM; Wood CM. Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: una actualización. *Rev Información Psicológica*. 2011;102:4-27. <https://bit.ly/3laIeZw>
- (11) Hawryluck L; Gold WL; Robinson S; Pogorski S; Galea S; Styra R. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerg Infect Dis*. 2004;10(7):1206-1212. DOI: <https://doi.org/10.3201/eid1007.030703>
- (12) Darley J; Glucksberg S; Kinchla R. *Psicología*. 4ta Ed. Ciudad de México: Prentice Hall Hispanoamérica; 1990.
- (13) Zung WWK. A self rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry*. 1965;12(1):63-70. DOI: <http://doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01720310065008>
- (14) Zung WWK. A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*. 1971;12(6):371-379. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(71\)71479-0](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(71)71479-0)
- (15) Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa. La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%. OPS/OMS; 2016. <https://bit.ly/31iU9Nf>
- (16) Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas: Perú. OPS/OMS; 2016. <https://bit.ly/32cj8k8>
- (17) Díaz Tobajas MC; Juaroos Ortiz N; García Martínez B; Sáez Gavilán C. Estudio de la ansiedad del profesional de enfermería de cuidados intensivos ante el proceso de la muerte. *Enferm Global*. 2017;16(1):246-255. DOI: <http://doi.org/10.6018/eglobal.16.1.232221>
- (18) Anguiano Serrano SA; Mora Miranda MA; Reynoso Erazo L; Vega Valero CZ. Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados. *Eureka*. 2017;14(1):24-38. <https://bit.ly/3aN440x>
- (19) Gómez AAE. Trastornos de ansiedad Agorafobia y crisis de pánico. *Farmacia Profesional*. 2012;26(6):33-39. <https://bit.ly/3aJMRVv>
- (20) Sim K; Choon H. The psychological impact of SARS: A matter of heart and mind. *Can Med Assoc J*. 2004;170(5):811-812. DOI: <http://doi.org/10.1503/cmaj.1032003>
- (21) Rubin GJ; Wessely S. The psychological effects of quarantining a city. *BMJ*. 2020;368:m313. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.m313>
- (22) Jeong H; Yim HW; Song YJ; Ki M; Min J-A; Cho J; Chae J-H. Mental health status of people isolated due to Middle East respiratory syndrome. *Epidemiol Health*. 2016;38:e2016048. DOI: <https://doi.org/10.4178/epih.e2016048>

- (23) Reynolds DL; Garay JR; Deamond SL; Moran MK; Gold W; Styra R. Understanding compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiol Infect.* 2008;136(7):997-1007. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0950268807009156>
- (24) Manuell ME; Cukor J. Mother Nature versus human nature: Public compliance with evacuation and quarantine. *Disasters.* 2011;35(2):417-442. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-7717.2010.01219.x>
- (25) Polit DF; Hungler BP. *Investigación científica en ciencias de la salud: principios y métodos.* 6ª ed. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2000.
- (26) Sgreccia E. *Manuale di bioetica.* Milano: Vita e Pensiero; 1991.
- (27) Presidencia de la República del Perú. Lineamientos para garantizar el ejercicio de la Bioética desde el reconocimiento de los Derechos Humanos, *Diario Oficial El Peruano*; 2011. <https://bit.ly/2YnJa85>
- (28) 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:e100213. DOI: <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>
- (29) Bai Y; Lin CC; Lin CY; Chen JY; Chue CM; Chou P. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatr Serv.* 2004;55(9):1055-1057. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.9.1055>
- (30) Marjanovic Z; Greenglass ER; Coffey S. The relevance of psychosocial variables and working conditions in predicting nurses' coping strategies during the SARS crisis: An online questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* 2007;44(6):991-998. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.02.012>
- (31) Cava MA; Fay KE; Beanlands HJ; McCay EA; Wignall R. The experience of quarantine for individuals affected by SARS in Toronto. *Public Health Nurs.* 2005;22(5):398-406. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.0737-1209.2005.220504.x>
- (32) Caleo G; Duncombe J; Jephcott F; Lokuge K; Mills C; Looijen E *et al.* The factors affecting household transmission dynamics and community compliance with Ebola control measures: A mixed methods study in a rural village in Sierra Leone. *BMC Public Health.* 2018;18(248):1-13. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5158-6>
- (33) Maunder R; Hunter J; Vincent L; Bennett J; Peladeau N; Leszcz M *et al.* The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ.* 2003;168(10):1245-1251. <https://bit.ly/34cNGUp>
- (34) Desclaux A; Badji D; Ndione AG; Sow K. Accepted monitoring or endured quarantine? Ebola contacts' perceptions in Senegal. *Soc Sci Med.* 2017;178:38-45. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.02.009>
- (35) Di Giovanni C; Conley J; Chiu D; Zaborski J. Factors influencing compliance with quarantine in Toronto during the 2003 SARS outbreak. *Biosecurity Bioterror.* 2004;2(4):265-272. DOI: <https://doi.org/10.1089/bsp.2004.2.265>
- (36) Braunack MA; Tooher R; Collins JE; Street JM; Marshall H. Understanding the school community's response to school closures during the H1N1 2009 influenza pandemic. *BMC Public Health.* 2013;13:344-15. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-344>
- (37) Prati G; Pietrantonio L; Zani B. A social cognitive model of pandemic influenza H1N1 risk perception and recommended behaviors in Italy. *Risk Anal.* 2011;31(4):645-656. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1539-6924.2010.01529.x>
- (38) Wang C; Pan R; Wan X; Tan Y; Xu L; Ho CS; Ho RC. 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):1729. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- (39) Barr M; Raphael B; Taylor M; Stevens G; Jorm L; Giffin M; Lujic S. Pandemic influenza in Australia: Using telephone surveys to measure perceptions of threat and willingness to comply. *BMC Infectious Diseases.* 2008;8:117. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2334-8-117>
- (40) Van den Bulck J; Custers K. Television exposure is related to fear of avian flu, an ecological study across 23 member states of the European Union. *Eur J Public Health.* 2009;19(4):370-374. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp061>
- (41) Collinson S; Khan K; Heffernan J. The effects of media reports on disease spread and important public health measurements. *PLoS ONE.* 2015;10(11):e0141423. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141423>
- (42) Wheaton M; Berman N; Franklin J; Abramowitz J. Health anxiety: Latent structure and associations with anxiety-related psychological processes in a student sample. *J Psychopathol Behav Assess.* 2010;32(4):565-574. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10862-010-9179-4>
- (43) Neetu J; Casey S; Carino G; McGovern T. Lessons never learned: Crisis and gender-based violence. *Dev World Bioeth.* 2020;20(2):165-168. DOI: <https://doi.org/10.1111/dewb.12261>
- (44) Wanqing Z. Domestic violence cases surge during COVID-19 epidemic. *Sixth Tone*; 2020. <https://bit.ly/2Qe4UtZ>