

Impacto psicológico del confinamiento por COVID-19 hacia un nuevo constructo clinimétrico ansioso-depresivo en mujeres adultas de Azogues

Psychological impact of COVID-19 confinement towards a new anxiety-depressive clinimetric construct in adult women of Azogues

Andrés Alexis Ramírez-Coronel^{1,2,3,6,8*}, Paola Fernanda Cárdenas-Castillo⁶, Pedro Carlos Martínez-Suárez^{2,4,6,7}, Xavier Rodrigo Yambay-Bautista^{1,6,8}, Isabel Cristina Mesa-Cano^{3,10}, Rosa Elvira Minchala-Urgilés^{5,6}, Marina Cecilia Andrade-Molina⁶, Mercedes Magdalena Sarmiento-Pesántez⁶, Fanny Mercedes González-León⁶, Gloria Luzmila Pogoyo-Morocho⁶, Adrián Javier Cárdenas-Cordero⁶, Nancy Beatriz Cordero-Zumba⁶, Marcia Verónica Pogoyo-Morocho⁶, Pedro Fernando Faicán-Rocano⁵, Fernando Emanuel Arcos-Coronel⁹

¹Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca sede Azogues, Ecuador.

²Laboratorio de Psicometría del Centro de Investigación, Innovación y Transferencia de Tecnología (CIITT) de la Universidad Católica de Cuenca, Ecuador.

³Maestría en Gestión del Cuidado de Posgrados de la Universidad Católica de Cuenca, Ecuador.

⁴Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Cuenca, Ecuador.

⁵Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, Cuenca, Ecuador.

⁶Grupo de Investigación PEPLAU, Ecuador.

⁷Universidad de Oviedo, España.

⁸Grupo de investigación de la Carrera de Enfermería Sede en Azogues, Ecuador.

⁹Universidad Politécnica Salesiana del Ecuador.

¹⁰Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca sede Azogues, Ecuador.

*Correspondencia: Ramírez-Coronel AA. Email: andres_ramirez@ucacue.edu.ec

Received/Recibido: 09/28/2020 Accepted/Aceptado: 10/15/2020 Published/Publicado: 12/09/2020 DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.4542465>

Resumen

El objetivo principal fue establecer psicométricamente la naturaleza del constructo subyacente a los síntomas de ansiedad y depresión asociados al aislamiento por COVID-19 en mujeres adultas de Azogues. Se efectuó un estudio cuantitativo no experimental, prospectivo y descriptivo-correlacional con un diseño transversal correlacional, comparativo y predictivo. Se realizó un muestreo aleatorio simple. La muestra estuvo constituida por 381 mujeres adultas (18 a 65 años) de la ciudad de Azogues, Ecuador. Se administró una encuesta sociodemográfica, el inventario de Ansiedad Estado-rasgo (STAI) y el inventario de Depresión Estado-Rasgo (IDER). Se realizó un análisis descriptivo mediante (porcentajes, frecuencias, medidas de tendencia central), una prueba de normalidad mediante Shapiro Wilk (W), análisis de correlación (r Pearson), análisis de diferencia de medias (prueba t de Student para muestras independientes) y por último una regresión lineal múltiple. El primer modelo de predicción de la ansiedad y depresión fue estadísticamente significativo para la edad ($f= 12.66$; $p= .0001$). La ansiedad resultó no ser un predictor estadísticamente significativo de la edad ($\beta= -0.04$; $p= .562$). Mientras que la depresión resultó ser un predictor estadísticamente significativo inverso o negativo de la edad ($\beta= -0.27$; $p= .002$), y para el segundo modelo de predicción de la ansiedad y depresión fue estadísticamente significativo para los días de cuarentena ($f= 4.61$; $p= .0001$). La ansiedad resultó ser un predictor negativo de los días de cuarentena ($\beta= -0.16$; $p= .002$) y la depresión un predictor positivo de los días de cuarentena ($\beta= 0.25$; $p= .001$).

Palabras Clave: SARS-CoV-2, confinamiento, Ansiedad, Depresión.

Abstract

The main objective was to psychometrically establish the nature of the construct underlying the symptoms of anxiety and depression associated with isolation by COVID-19 in adult women of Azogues. A quantitative, non-experimental, prospective and descriptive-correlational study was carried out with a correlational, comparative and predictive cross-sectional design. A simple random sampling was carried out. The sample consisted of 381 adult women (18 to 65 years old) from the city of Azogues, Ecuador. A sociodemographic survey was administered, as well as the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and the State-Trait Depression Inventory (IDER). A descriptive analysis was performed by means of (percentages, frequencies, central tendency measures), a normality test by means of Shapiro Wilk (W), correlation analysis (r Pearson), mean difference analysis (Student t test for independent samples) and finally a multiple linear regression. The first model for predicting anxiety and depression was statistically significant for age ($f= 12.66$; $p= .0001$). Anxiety was not a statistically significant predictor for age ($\beta= -0.04$; $p= .562$). While depression was a statistically significant inverse or negative predictor of age ($\beta= -0.27$; $p= .002$), and for the second model of prediction of anxiety and depression was statistically significant for the days of quarantine ($f= 4.61$; $p= .0001$). Anxiety was a negative predictor of quarantine days ($\beta= -0.16$; $p= .002$) and depression a positive predictor of quarantine days ($\beta= 0.25$; $p= .001$).

Keywords: SARS-CoV-2, Confinement, Anxiety, Depression

En diciembre del 2019, en Wuhan (Hubei, China), se produjo un grupo de casos de neumonía, causada por un nuevo tipo de coronavirus, (SARS-CoV-2, anteriormente conocido como 2019-nCoV), los coronavirus son una familia de virus que normalmente afectan sólo a animales, aunque algunos tienen la capacidad de transmitirse a las personas. Esta enfermedad por coronavirus, se llegó a extender por toda China y recibió atención mundial debido a su rápido crecimiento y cantidad de víctimas mortales¹. Si bien la mayoría de los casos son leves, en otros casos la enfermedad puede ser grave, presentando dificultad respiratoria, neumonía, fracaso renal y otras condiciones médicas, incluso la muerte².

Esto sucede en mayor medida en personas con perfil de riesgo: tener más de 60 años, padecer enfermedades previas a la COVID-19 (hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares crónicas, cáncer, inmunodeficiencias) o estar embarazada. Por los conocimientos disponibles hasta el momento, la transmisión se produce por contacto con las secreciones respiratorias de una persona contagiada o enferma, y se considera poco probable la transmisión por el aire a distancias mayores de 1 a 2 metros³.

Por ello, Sandín et al⁴ explica que la OMS el 30 de enero de 2020, llegó a catalogar al virus como una emergencia de salud pública a escala internacional; posteriormente, el 11 de marzo de 2020, se vio obligada a declarar a la enfermedad respiratoria aguda como una pandemia global, ya que se encontraban afectados más de 100 países, con alrededor de 100.000 casos de personas contagiadas.

A nivel mundial varios países desarrollaron una serie de medidas de contención para poder enfrentar este brote pandémico; en el caso de Ecuador, la respuesta ante esta emergencia comenzó el 26 de febrero de 2020. Actualmente dicha nación conforma en la lista de países con el mayor número de casos confirmados en América del Sur, pues hasta la fecha cuenta con 69,570 casos de contagiados y 5,130 fallecidos⁵.

Durante el periodo de alarma en el Ecuador, se estableció que la circulación debía realizarse individualmente y estaba limitada a actividades de primera necesidad o desplazamientos al lugar de trabajo; el transporte de viajeros debía reducir su oferta; los locales de actividades culturales, artísticas, deportivas y similares deberían permanecer cerrados; se priorizaba el trabajo a distancia y se suspendía la actividad escolar presencial en favor de actividades educativas en línea, obligando así al confinamiento en el hogar; la cual, es una situación sin precedentes recientes en nuestro país, causando un gran impacto en el bienestar físico y psicológico, poniendo a la población en una situación extraordinaria y con múltiples estímulos generadores de estrés⁶.

La población que ha vivido una cuarentena durante enfermedades pandémicas es más propensa a presentar trastorno de estrés agudo y de adaptación y dolor, el 30% de ella con criterios de trastorno de estrés postraumático⁵.

La OMS y las autoridades de salud pública de todo el mundo están actuando para contener el brote de COVID-19⁴. Sin embargo, este momento de crisis está generando estrés en la población. Estas consideraciones de salud mental fueron elaboradas por el Departamento de la OMS de Salud Mental y Uso de Sustancias elaboró consideraciones, como mensajes dirigidos a diferentes grupos clave para apoyar el bienestar psicosocial y la salud mental durante el brote de COVID-19⁷.

Bajo estos antecedentes, el confinamiento a causa de la COVID-19, es una situación que usualmente se convierte en una experiencia poco agradable, pues, incluye separación, pérdida de libertad e incertidumbre. Lo que puede provocar efectos psicológicos negativos, como estrés, miedo, ansiedad y depresión⁸. La ansiedad, es definida como un “*trastorno neurológico y subjetivo*”⁷, el cual se presenta como respuesta a acontecimientos continuos de estrés o como una posible reacción de alerta en la que la persona entra en un estado de defensa, ante situaciones de temor constante.

Al considerarse como estado de defensa, se puede convertir en un cuadro patológico cuando hay alteración del comportamiento, ya que el individuo es incapaz de afrontar situaciones diarias. Entre sus manifestaciones clínicas tenemos: alteración del estado anímico, depresión elevada, adicciones al alcohol, tabaco, trastornos de la alimentación, sueño, y pérdida de autocontrol de impulsos, también puede presentar problemas a nivel cardiovascular, digestivo, respiratorio, dermatológico e inmunológico. Considerando que, en relación a la incidencia acorde al género, la ansiedad es un trastorno que en su mayoría afecta a las mujeres que a los varones⁹.

En un estudio realizado sobre los niveles y predictores de ansiedad, depresión y ansiedad en la salud mental durante la pandemia de COVID-19 en la sociedad turca durante los meses de febrero y abril del año 2020, se encontró que, el género femenino, la vida en áreas urbanas y el historial previo de enfermedades psiquiátricas son considerados como factores de riesgo para desarrollar ansiedad¹⁰. Cabe señalar que, hasta el momento es poca la evidencia científica que señala cual grupo etario es más vulnerable en esta pandemia, pero se considera a las mujeres, estudiantes universitarios y adultos mayores¹¹.

La OMS define a la depresión como un trastorno mental frecuente, caracterizado por presentar tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración¹². Se considera que, aproximadamente 350 millones de personas sufren de depresión y se estima que esta cifra aumente para el 2030¹². Entre sus manifestaciones clínicas tenemos: síntomas anímicos (disforia, sentimientos de abatimiento, pesadumbre, llanto, infelicidad, irritabilidad y tristeza), síntomas motivacionales (apatía, indiferencia, disminución en la capacidad de disfrute, falta de toma de decisiones), síntomas cognitivos (autodepreciación, autoculpación, pérdida de autoestima), síntomas físicos (pérdida de sueño, fatiga, pérdida de apetito, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa, disminución en la libido), síntomas interpersonales (falta de interés por relacionarse con los demás)^{13,14}.

Acorde a la literatura existente relacionada al COVID-19 y sus repercusiones en la salud mental, se recalca que existe la necesidad de una investigación más representativa de otros países afectados, particularmente en poblaciones vulnerables. La evidencia mostrada sugiere que los síntomas de ansiedad y depresión (16-28%) y el estrés inducido (8%) son reacciones psicológicas comunes a la pandemia y pueden estar asociados con trastornos del sueño¹⁴.

En relación a perspectivas de género, en estudios realizados en situaciones sanitarias similares, se ha demostrado que, no solo el papel de las mujeres ha sido ignorado, sino que menos de un 1% se han centrado en estudiar este impacto¹⁴. También, se ha demostrado la relación existente entre el impacto psicológico negativo con tener una edad más joven, un nivel académico bajo, ser mujer, y tener un hijo¹⁵.

Al hablar de una emergencia sanitaria como la actual, es necesario considerar el impacto negativo que puede generar en la vida cotidiana, ya que, este virus no sólo amenaza con la salud en general, sino que también ha puesto en peligro la salud mental¹⁶.

Es evidente un aumento de ansiedad en personas de toda edad a causa de este virus, sin embargo, es relevante identificar el grado de repercusión negativa en el desarrollo psicológico de mujeres adultas, pues al ser considerado un grupo vulnerable, debido a que realizan funciones dentro del hogar, o generar ingresos, en cierto modo, generan altos niveles de estrés. Por esta razón planteamos la necesidad de conocer cuál es el impacto psicológico del Covid-19 en mujeres adultas, ya que consideramos que las mujeres pueden ser más susceptibles a padecer ansiedad y depresión en estado de confinamiento. Para en base a los resultados locales, proponer estrategias que incluyan en primera instancia mayor atención a la salud mental, tratamiento oportuno y un monitoreo continuo.

La presencia del COVID-19 en el país puede ocasionar desestabilidad en la salud mental de la población en general, pero en mayor grado en mujeres adultas, consideradas como un grupo más vulnerable a afrontar problemáticas tales como la depresión o la ansiedad al estar expuestos a situaciones que generan mayor estrés³⁷. Por esta razón planteamos la necesidad de conocer cuál es el impacto psicológico del Covid-19 en mujeres adultas. Para en base a los resultados locales, proponer estrategias que incluyan en primera instancia mayor atención a la salud mental, tratamiento oportuno y un monitoreo continuo.

Para esta investigación se plantearon las siguientes preguntas:

¿La ansiedad y depresión están asociadas con la edad y variables del confinamiento por COVID-19?

¿La ansiedad y la depresión incide según la edad y los días de confinamiento o cuarentena?

Por lo antes expuesto, se plantea como objetivo general, establecer psicométricamente la naturaleza del constructo subyacente a los síntomas de ansiedad y depresión asociados al aislamiento por COVID-19 en mujeres adultas de Azogues.

En base al objetivo general, se plantearon los siguientes objetivos específicos:

1. Identificar las características sociodemográficas, variables del confinamiento por COVID-19 (¿Esta en aislamiento?, ¿Cuántos días lleva en cuarentena?, ¿Ha salido en alguna ocasión de casa?, ¿Tiempo que sale de casa cada día?, ¿Ha viajado al extranjero en los últimos 20 días?, ¿Ha estado en contacto con personas que han viajado al extranjero en los últimos 20 días?, ¿Ha tenido contacto con personas que hayan sido diagnosticados como casos positivos de Covid-19?, ¿Ha visitado un supermercado, mercado, terminal terrestre o utilizado transporte público en los últimos 15 días?, ¿Participó de un evento masivo durante los últimos 20 días?, ¿Ha tenido contacto con profesionales de la salud durante los últimos días?, ¿Ha presentado alguno de los siguientes síntomas durante los últimos 20 días?, ¿Padece alguna enfermedad que requiera medicamentos?) la ansiedad y la depresión de la población de estudio.
2. Analizar las relaciones de la ansiedad y depresión con la edad y variables del confinamiento por COVID-19 según el estado civil, y si ha visitado un supermercado, mercado, terminal terrestre o utilizado transporte público.
3. Comparar la ansiedad y depresión frente al confinamiento por COVID-19 según si ha visitado un centro de salud/hospital en los últimos 20 días, y si ha tenido contacto con profesionales de salud durante los últimos días.
4. Elaborar un modelo predictivo de la ansiedad y depresión con la edad y los días de confinamiento o cuarentena.

Metodología

Tipo de Investigación

Se efectuó un estudio cuantitativo no experimental, prospectivo y descriptivo-correlacional con un diseño transversal correlacional, comparativo y predictivo.

Población

Para el siguiente estudio se contó con una población de 37.976 mujeres adultas de la ciudad de Azogues con un rango de edad de entre 18 y 65 años, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

Muestra

El presente estudio se realizó a mujeres adultas de la ciudad de Azogues, para el universo se calculó utilizando el programa informático EPIDAT 4.1, acorde a los siguientes parámetros: a) Tamaño de la población= 37976 mujeres b) Proporción esperada= 50% c) Nivel de Confianza= 95% d) Exactitud= 5%. La muestra estuvo constituida por 381 mujeres adultas de la ciudad de Azogues, se realizó un muestreo aleatorio simple. Los criterios de inclusión fueron: Mujeres Adultas que se encuentren entre los 18 y 65 años de edad, que acepten ser partícipes de este estudio mediante la autorización y llenado del consentimiento informado y que residan en la ciudad de Azogues y se encuentren en confinamiento.

Mientras que los criterios de exclusión fueron las personas que presenten alguna patología orgánica, psicótica, o presente registros de consumo de sustancias psicoactivas.

Instrumentos

Variables Sociodemográficas

Se aplicó una encuesta que fue previamente analizada por los investigadores sobre las características sociodemográfica, fueron las siguientes: Edad, estado civil, nivel de instrucción, con cuantas personas convive.

Variables del confinamiento

Para esta variable se realizaron las siguientes preguntas: ¿Esta en aislamiento?, ¿Cuántos días lleva en cuarentena?, ¿Ha salido en alguna ocasión de casa?, ¿Tiempo que sale de casa cada día?, ¿Ha viajado al extranjero en los últimos 20 días?, ¿Ha estado en contacto con personas que han viajado al extranjero en los últimos 20 días?, ¿Ha tenido contacto con personas que hayan sido diagnosticados como casos positivos de Covid-19?, ¿Ha visitado un supermercado, mercado, terminal terrestre o utilizado transporte público en los últimos 15 días?, ¿Participó de un evento masivo durante los últimos 20 días?, ¿Ha tenido contacto con profesionales de la salud durante los últimos días?, ¿Ha presentado alguno de los siguientes síntomas durante los últimos 20 días?, ¿Padece alguna enfermedad que requiera medicamentos?

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)

De acuerdo a Fonseca-Pedrero et al.¹⁸ la adaptación española del Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. El STAI es un autoinforme compuesto por 40 ítems, diseñado para evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable). El marco de referencia temporal en el caso de la ansiedad como estado es «ahora mismo, en este momento» (20 ítems) y en la ansiedad como rasgo es «en general, en la mayoría de las ocasiones» (20 ítems). Cada subescala se conforma por un total de 20 ítems en un sistema de respuesta Likert de 4 puntos según la intensidad (0=casi nunca/nada; 1=algo/a veces; 2=bastante/a menudo; 3=mucho/casi siempre). La puntuación total en cada uno de las subescalas oscila entre 0 y 60 puntos. En muestras de la población española se han encontrado niveles de consistencia interna que oscilan, tanto para la puntuación total como para cada una de las sub escalas, entre 0,84 y 0,93.

Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER)

Es un inventario muy breve (20 elementos) creado por el mismo autor del STAI¹⁹ y adaptado al español por Buela-Casal y Agudelo en el año 2008²⁰ destinado a evaluar por una parte el grado de afectación (Estado) y por otra la frecuencia de ocurrencia (Rasgo) que el sujeto muestra en relación con los componentes afectivos de la depresión. Además, los elementos de la prueba están contruidos para apreciar tanto la presencia de depresión (Distimia) como la ausencia de ésta (Eutimia). Se trata por tanto de una herramienta breve y de fácil aplicación, que supera muchas de las limitaciones de instrumentos anteriores y que es muy útil para ayudar al diagnóstico de la depresión y como instrumento de investi-

gación. Tiempo de administración de 7 a 10 minutos. Puede aplicarse a adolescentes y adultos.

De Spielberger¹⁹, Buela-Casal y Agudelo²⁰ en versión española. Está estructurada de veinte ítems distribuidos en dos escalas: Rasgo y Estado, cada una con diez ítems, cinco para medir distimia y cinco para medir eutimia. Distimia estado hace referencia al grado de afectividad negativa. Eutimia estado refiere al grado de afectividad positiva. Distimia Rasgo se refiere a la frecuencia de la presencia de la afectividad positiva y Eutimia Rasgo hace referencia a la frecuencia de la presencia de afectividad negativa. La puntuación total se obtiene por la suma de los resultados de las dos sub-escalas y oscila entre 10 y 40¹⁷.

La validez de un test indica el grado de exactitud con el que mide el constructo teórico que pretende medir y si se puede utilizar con el fin previsto, es decir que mediante la validez se puede identificar al instrumento que se pretende utilizar si este es apto o no para ser manejado en cuanto a la investigación que se pretende realizar.

Procedimiento

Se realizó la adaptación al contexto ecuatoriano, accediendo a la muestra (provincia del Cañar cantón Azogues) utilizando criterios de accesibilidad y economía por medios digitales, redes sociales: Facebook, *Instagram*, *LinkedIn*, *Researchgate*, *Twitter*, *WhatsApp*, asimismo se compartió el enlace entre los departamentos de comunicación de las universidades que poseen convenio marco con la Universidad Católica de Cuenca. La información fue recogida mediante formulario de Google en el que se han implementado las preguntas correspondientes a las variables sociodemográficas y clínicas. Los datos se volcaron automáticamente en una hoja *EXCEL*, el formato de los datos fue compatible con *ASCII*. Se elaboró un libro de códigos para recoger cada variable con su correspondiente etiquetado y operacionalización. Los datos de cada sujeto, en filas, solo poseyeron un código identificador de número de sujeto, pero en ningún caso se registra ni nombres, ni apellidos, ni número de cédula ni correo electrónico, por tanto, los sujetos no pueden ser identificados.

Consideraciones éticas

En el presente estudio se utilizó el formato de Consentimiento Informado en función del protocolo de Helsinki y revisado por el presidente y la Comisión del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) de la Universidad UTE. Se estima una muestra de 381 mujeres adultas de la ciudad de Azogues, misma que permite iniciar a procesar información, datos y obtener los primeros resultados. De esta manera se espera poder caracterizar el constructo subyacente a los síntomas patológicos que presentan las pacientes en estado de confinamiento por COVID-19. Al ponerse en marcha este proyecto con la población ecuatoriana, los usuarios de los servicios psicológicos y los profesionales, serán quienes se beneficien directamente en cuanto al diagnóstico. En Ecuador pueden beneficiarse del estudio unos 1500 psicólogos clínicos que trabajan en el sistema de salud.

La presente investigación se llevó cabo de acuerdo con las pautas éticas internacionales para la investigación relaciona-

da con la salud con seres humanos, elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). La justificación ética para realizar este tipo de investigación, relacionada con la salud en seres humanos radica en su valor social y científico: la perspectiva de generar el conocimiento y los medios necesarios para proteger y promover la salud de las personas. Los pacientes, profesionales de la salud, investigadores, funcionarios de salud pública, empresas farmacéuticas y otros, confían en los resultados de las investigaciones para llevar a cabo actividades y tomar decisiones que repercutirán sobre la salud individual tanto física como psicológica, así como sobre el bienestar social y el uso de recursos limitados.

La investigación realizada fue validada previamente bajo el Código del Comité de Ética de Investigación de Seres Humanos de la Universidad de UTE, información veraz, y con sus debidas corrección y autoría de los documentos entregados, es decir, todo el contexto de la presente información está aprobado por el código: IMP-SIC-LLA-CUIO 1408 20.

Por consiguiente, los investigadores fueron obligados a asegurarse, que los estudios propuestos tengan solidez científica, tengan de base un conocimiento previo adecuado y puedan generar información valiosa. Aunque el valor social y científico es la justificación fundamental para realizar esta investigación, la investigadora, tiene la obligación moral de asegurar que toda investigación se realice de tal manera que preserve los derechos humanos y respete, proteja y sea justa con los participantes en el estudio y las comunidades donde se realiza la investigación. El valor social y científico no puede legitimar que los participantes en el estudio o las comunidades anfitrionas sean sometidos a maltratos o injusticias.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo mediante porcentajes, frecuencias, medidas de tendencia central (objetivo específico 1), posteriormente se realizó una prueba de normalidad mediante Shapiro Wilk (W). Se utilizó pruebas paramétricas para la correlación de ansiedad y las variables de confinamiento, mediante el coeficiente de correlación de Pearson (Objetivo específico 2). Posteriormente, se efectuó un análisis de diferencia de medias mediante la prueba T de Student para muestras independientes (Objetivos específico 3), y por último se realizó una regresión lineal múltiple, con la finalidad de elaborar un modelo predictivo de la ansiedad y depresión con la edad y los días de cuarentena (Objetivos específico 4). Para los análisis estadísticos antes mencionados se utilizaron mediante el programa R, InfoStat y SPSS 26. Para analizar el objetivo específico 3 se plantearon como variables dependientes al puntaje total del inventario de depresión Estado-Rasgo (IDER)²⁰ y al puntaje total del inventario de ansiedad Estado-Rasgo (STAI)¹⁸. Y, como variables independientes: ha visitado un centro de salud/hospital en los últimos 20 días (respuesta nominal dicotómica: si y no) y ha tenido contacto con profesionales de la salud en los últimos días (respuesta nominal dicotómica: si y no). Para realizar los análisis estadísticos del objetivo específico 4 se plantearon como variables predictoras al puntaje total del inventario de depresión Estado-Rasgo (IDER)²⁰ y al puntaje total del inventario de ansie-

dad Estado-Rasgo (STAI)¹⁸. Y, como variables criterio fueron la edad y los días de confinamiento o cuarentena.

Resultados

En la tabla 1 y 2 se detallaron los resultados para dar respuesta al primer objetivo específico (□ *Identificar las características sociodemográficas, variables del confinamiento por COVID-19, la Ansiedad y la depresión de la población de estudio* □) planteado para este estudio.

Tabla 1. Características sociodemográficas, variables del confinamiento por COVID-19, la Ansiedad y la depresión de la población de estudio.

		f	%
Estado Civil	Casada	106	28
	Unión Libre	46	12
	Viudo	5	1
	Separado	14	4
	Divorciado	26	7
	Soltero	184	48
Estudios	Estudios Primarios	5	1
	Graduado Escolar	3	1
	Bachillerato	27	7
	Estudiante Universitario	204	54
	Tercer nivel	84	22
	Cuarto nivel	40	1
	PhD Doctorado	18	5
¿Usted vive con alguien más en su domicilio?	No	40	12
	Si	341	88
¿Ha viajado al extranjero en los últimos 20 días?	No	374	98
	Si	7	2
¿Ha estado en contacto con personas que han viajado?	No	349	92
	Si	32	8
¿Ha estado con personas diagnosticadas como casos positivos?	No	225	59
	Si	21	6
	No se	135	35
¿Ha visitado un supermercado, mercado, terminal terrestre?	No	152	34
	Si	229	66
¿Participo de un evento masivo?	No	346	91
	Si	35	9
¿Ha visitado un centro de salud?	No	249	65
	Si	132	35
¿Ha tenido contacto con profesionales de la salud?	No	223	59
	Si	158	41
Ansiedad	Presenta	272	71,4
	No presenta	109	28,6
Depresión	Presenta	294	77,2
	No presenta	87	22,8
	Total	381	100,0

De las 381 mujeres encuestadas se obtuvo la siguiente caracterización: 184 (48%) de estado civil soltero, 204 (54%) estudiantes universitarias, 341 (90%) viven con alguien más en su domicilio.

En relación a variables de confinamiento se encontró: 374 (98%) no han viajado al extranjero en los últimos 20 días, 349 (92%) no han tenido contacto con personas que han viajado al extranjero en los últimos 20 días, 225 (59%) aseguraron no haber estado en contacto con personas que han sido diagnosticadas como casos positivos de COVID-19, 229 (60%) han visitado un supermercado, mercado, terminal terrestre o

utilizado transporte público en los últimos 15 días, 346 (91%) respondió que no han participado de un evento masivo en los últimos 20 días, 249 (65%) reportó que no han visitado un centro de salud/hospital en los últimos 20 días, 223 (59%) señaló que no han tenido contacto con profesionales de salud durante los últimos 20 días, 237 (62%) reportó que no han presentado ningún síntoma, y en cuanto a enfermedades que requieran algún medicamento 337 (88%) indicaron como ninguna. La población en estudio reportó presentar ansiedad 272 (71%), al igual que depresión 294 (77%).

Tabla 2. Medidas de Tendencia Central de la edad, Cuantos días lleva en cuarentena, Tiempo que sale de casa cada día y con cuantas personas vive.

	Edad	Cuantos días lleva en cuarentena	Tiempo que sale de casa cada día	Con cuantas personas vive
M	33,98	14,62	89,69	2,85
D.E.	13,81	11,8	166,67	2,15
Mín	18	0	0	0
Máx	65	147	780	12

La edad media de las 381 mujeres es de 33, 98, el número de días en cuarentena 14, 62, tiempo que sale de casa cada día 89,69, número de personas con las que convive 2, 85 (Tabla 2).

Antes de la realización de las relaciones de la ansiedad y depresión con la edad y variables del confinamiento por COVID-19 según el estado civil, y si ha visitado un supermercado, mercado, terminal terrestre o utilizado transporte público (objetivo 2), se efectuó una prueba de normalidad mediante Shapiro Wilks (tabla 3) y posteriormente, se realizó el análisis de correlación mediante la prueba paramétrica r de Pearson (tabla 4).

Tabla 3. Prueba de normalidad Shapiro Wilks de las variables de análisis.

	M	D.E.	W*	p
Edad	33,98	13,81	0,86	0,64*
Días en cuarentena	14,62	11,8	0,77	0,72*
Tiempo que sale casa	89,69	166,67	0,56	0,70*
Número de personas	2,85	2,15	0,93	0,67*
Ansiedad	52,42	20,54	0,98	0,62*
Depresión	30,46	10,58	0,97	0,75*

*Valor de normalidad $p > .05$

Mediante la prueba de normalidad Shapiro Wilks se determinaron que las variables que se analizaron fueron datos paramétricos (véase en la tabla 3), por lo tanto, para las correlaciones de la ansiedad y de la depresión con la edad y variables del confinamiento por COVID-19 según el estado civil, y si ha visitado un supermercado, mercado, terminal terrestre o utilizado transporte público, se aplicó la prueba r de Pearson.

Tabla 4. Correlaciones de la ansiedad y de la depresión con la edad y variables del confinamiento por COVID-19 según el estado civil, y si ha visitado un supermercado, mercado, terminal terrestre o utilizado transporte público.

		Edad	Días de Cuarentena	Tiempo fuera de casa	Número de personas
Total (n=381)	Ansiedad	-,22** (.00)	-.09 (.05)	0,06 (.02)	,16** (.00)
	Depresión	-,24** (.00)	-.01 (.07)	0,01 (.07)	,15** (.00)
Con pareja (n=152)	Ansiedad	-,31** (.00)	-,19* (.01)	-0,078 (.03)	,16* (.00)
	Depresión	-,35** (.00)	-0,12 (.01)	-0,131 (.01)	,17* (.00)
Sin pareja (n=229)	Ansiedad	-,18** (.00)	0,03 (.09)	,16* (.01)	,16* (.01)
	Depresión	-,20** (.00)	0,08 (.01)	0,11 (.08)	,14* (.02)
Visito Supermercados (n=152)	Ansiedad	-,20* (.01)	-0,03 (.06)	0,03 (.09)	0,08 (.03)
	Depresión	-,21** (.00)	0,06 (.04)	-0,12 (.01)	0,03 (.06)
No Visito Supermercados (n=152)	Ansiedad	-,24** (.00)	-0,12 (.06)	0,09 (.01)	,22** (.00)
	Depresión	-,27** (.00)	-0,05 (.04)	0,08 (.01)	,24** (.00)

Con negrita el coeficiente de Correlación de la r de Pearson y entre paréntesis valor de p. Visito Supermercados=Personas que visitaron supermercado, mercados, terminal terrestre o utilizado transporte público. No Visito Supermercados= Personas que no visitaron supermercado, mercados, terminal terrestre o utilizado transporte público. Valor de *Significancia a nivel de $p < .05$ y ** Significancia a nivel de $p < .01$

Se hallaron relaciones estadísticamente significativas negativas, entre débil y moderado entre la ansiedad y la edad en el Total ($r=-,22$; $p=.00$; $n_{TOTAL}=381$), con pareja ($r=-,31$; $p=.00$; $n_{CONPAREJA}=152$), sin pareja ($r=-,18$; $p=.00$; $n_{SINPAREJA}=229$), las personas que visitaron supermercados, mercados, terminal terrestre o utilizado transporte público ($r=-,20$; $p=.00$; $n_{VISITOSUPERMERCADOS}=152$) y las personas que no visitaron supermercados, mercados, terminal terrestre o utilizado transporte público ($r=-,24$; $p=.00$; $n_{NOVISITOSUPERMERCADOS}=152$).

Estos resultados indican que, a menor edad en el total de mujeres, con pareja, sin pareja, las personas que visitaron supermercados, mercados, terminal terrestre o utilizado transporte público y las personas que no visitaron supermercados, mercados, terminal terrestre o utilizado transporte público, mayor ansiedad o viceversa, a mayor edad en el total de mujeres, con pareja y sin pareja, las personas que visitaron supermercados, mercados, terminal terrestre o utilizado transporte público y las personas que no visitaron supermercados, mercados, terminal terrestre o utilizado transporte público, menor ansiedad (Tabla 4).

De igual manera, se hallaron relaciones estadísticamente significativas negativas, entre débil y moderado entre la depresión y la edad en el Total ($r=-,24$; $p=.00$; $n_{TOTAL}=381$), con pareja ($r=-,35$; $p=.00$; $n_{CONPAREJA}=152$); sin pareja ($r=-,20$; $p=.00$; $n_{SINPAREJA}=229$); las mujeres que visitaron supermercados, mercados, terminal terrestre o utilizado transporte público ($r=-,21$; $p=.00$; $n_{VISITOSUPERMERCADOS}=229$); y las mujeres que no visitaron supermercados, mercados, terminal terrestre o utilizado transporte público ($r=-,27$; $p=.00$; $n_{NOVISITOSUPERMERCADOS}=229$). Es decir, estos resultados indican que, a menor edad en el total de mujeres, con pareja, sin pareja, las personas que visitaron supermercados, mercados, terminal terrestre o utilizado transporte público y las mujeres que no visitaron supermercados, mercados, terminal terrestre o utilizado transporte público, mayor depresión o viceversa, a mayor edad en el total de mujeres, con pareja y sin pareja, las personas que visitaron supermercados, mercados, terminal terrestre o utilizado transporte público y las personas que no visitaron supermercados, mercados, terminal terrestre o utilizado transporte público, menor depresión (Tabla 4).

Se encontró una relación estadísticamente significativa negativa débil entre la ansiedad, con pareja y cuantos días lleva en cuarentena ($r=-,19$; $p=.00$; $n_{TOTAL}=152$). De tal manera que estos resultados señalan que, a mayores días de cuarentena y con pareja en el total de mujeres, menor ansiedad y viceversa, a menor días de cuarentena y con pareja mayor ansiedad (Tabla 4).

También, se halló una relación estadísticamente significativa positiva débil entre ansiedad, sin pareja y tiempo que sale de casa al día ($r=,16$; $p=.00$; $n_{TOTAL}=229$). Por lo tanto, en el total de mujeres que no tienen pareja y a menor tiempo que salen de casa presentan mayor ansiedad y viceversa, mujeres que tienen pareja y a mayor tiempo que salen de casa tienen menor ansiedad. (Tabla 4).

Por otro lado, se halló una relación estadísticamente significativa positiva débil entre la ansiedad y número de personas

con las que convive ($r=,16$; $p=.00$; $n_{TOTAL}=381$); con pareja ($r=,16$; $p=.00$; $n_{CONPAREJA}=152$); sin pareja ($r=,16$; $p=.00$; $n_{SINPAREJA}=229$); mujeres que no visitaron supermercados, mercados, terminal terrestre o utilizado transporte público ($r=,22$; $p=.00$; $n_{NOVISITOSUPERMERCADOS}=152$). Es decir, estos resultados señalan que, en total las mujeres con mayor número de personas con las que convive, con pareja o sin pareja, personas que no visitaron supermercados, mercados, terminal terrestre o utilizado transporte público, mayor ansiedad y viceversa.

De la misma forma con depresión ($r=,15$; $p=.00$; $n_{TOTAL}=381$); con pareja ($r=,17$; $p=.00$; $n_{CONPAREJA}=152$); sin pareja ($r=,14$; $p=.00$; $n_{SINPAREJA}=229$); personas que no han visitado supermercados, mercados, terminal terrestre o utilizado transporte público ($r=,24$; $p=.00$; $n_{NOVISITOSUPERMERCADOS}=229$). Por lo tanto, en total las mujeres con mayor número de personas con las que convive, con pareja o sin pareja, personas que no visitaron supermercados, mercados, terminal terrestre o utilizado transporte público, mayor depresión y viceversa.

Y, por último, para dar respuesta al tercer objetivo específico (Comparar la ansiedad y depresión frente al Confinamiento por COVID-19 según si ha visitado un centro de salud/hospital en los últimos 20 días, y si ha tenido contacto con profesionales de salud durante los últimos días), se realizó una prueba de diferencias de medias mediante la prueba t para muestras independientes.

Tabla 5. Comparación de la ansiedad y depresión frente al Confinamiento por COVID-19 según si ha visitado un centro de salud/hospital en los últimos 20 días, y si ha tenido contacto con profesionales de salud durante los últimos días.

Ha visitado un centro de salud/hospital en los últimos 20 días				
	NO (N=249)	SI (N=132)		
	M		t	p
Ansiedad	48,03	60,71	-5,99	.00
Depresión	28,54	34,1	-5,04	.00
Ha tenido contacto con profesionales de la salud en los últimos días				
	No (N=223)	Si (N=158)		
Ansiedad	48,18	58,41	-4,93	.00
Depresión	28,43	33,34	4,59	.00

Al comparar la ansiedad y depresión frente al confinamiento por Covid-19 se encontró que las mujeres que han visitado un centro de salud/hospital en los últimos 20 días tienen mayor ansiedad ($M=60,71$; $p=.00$) y depresión ($M=34,1$; $p=.00$). Por otro lado, las mujeres que han tenido contacto con profesionales de salud en los últimos días tienen mayor ansiedad ($M=58,41$; $p=.00$) y depresión ($M=33,34$; $p=.00$), véase en la tabla 5.

Y por último para dar respuesta al objetivo específico que se planteó para la elaboración un modelo predictivo de la ansiedad y depresión con la edad y los días de confinamiento o cuarentena se plantearon como variables predictoras al puntaje total del inventario de depresión Estado-Rasgo (IDER)²⁰ y al puntaje total del inventario de ansiedad Estado-Rasgo (STAI)¹⁸. Y, como variables criterio fueron la edad y los días de confinamiento o cuarentena, se realizó mediante una regresión múltiple (tabla 6 y figura 1), indicando que el

modelo de predicción de la ansiedad y depresión fue estadísticamente significativo para la edad ($f = 12.66$; $p = .0001$). La ansiedad resultó no ser un predictor estadísticamente significativo de la edad ($\beta = -0.04$; $p = .562$). Mientras que la depresión resultó ser un predictor estadísticamente significativo inverso o negativo de la edad ($\beta = -0.27$; $p = .002$) indicó que el modelo explica el 0,06% (R cuadrado ajustado) de la varianza de la variable criterio de dependiente y es un predictor negativo ($\beta = -0.27$; $p = .002$), es decir, cuando aumenta la edad disminuye la ansiedad. Dicho de otra manera, cuando edad aumenta en 0.27 veces disminuye la ansiedad un punto (figura 1).

Y, para el modelo de predicción de la ansiedad y depresión fue estadísticamente significativo para los días de cuarentena ($f = 4.61$; $p = .0001$). La ansiedad resultó ser un predictor

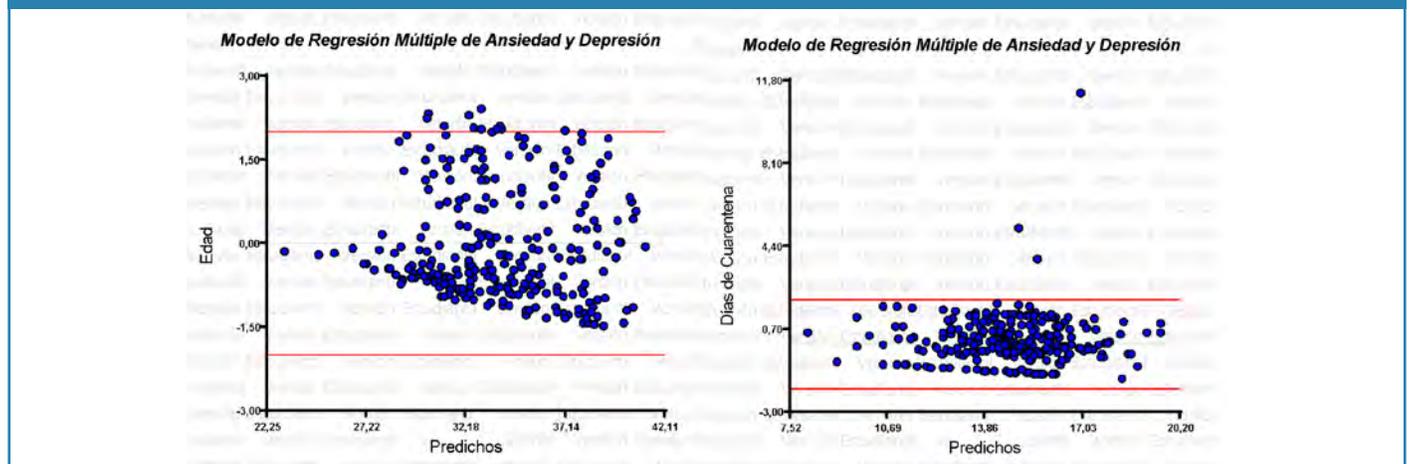
negativo estadísticamente significativo de los días de cuarentena ($\beta = -0.16$; $p = .002$) y la depresión también resultó ser un predictor positivo estadísticamente significativo de los días de cuarentena ($\beta = 0.25$; $p = .001$), indicó que el modelo explica el 0,02% (R cuadrado ajustado) de la varianza de la variable criterio de dependiente. En el caso de la ansiedad y los días de cuarentena fue un predictor negativo ($\beta = -0.16$; $p = .002$), es decir, cuando aumenta los días de cuarentena disminuye la ansiedad. Dicho de otra manera, cuando los días de cuarentena aumenta en 0.16 veces disminuye la ansiedad un punto; y en cambio sucede lo contrario con la depresión resultó ser un predictor positivo ($\beta = 0.25$; $p = .001$), es decir, cuando aumenta los días de cuarentena aumenta la depresión. Dicho de otra manera, cuando los días de cuarentena aumenta en 0.25 veces aumenta la depresión en un punto (figura 1).

Tabla 6. Modelo predictivo de la ansiedad y depresión con la edad y los días de cuarentena.

Variable	R ²	R ² Aj	AIC	Coef	β	LI (95%)	LS (95%)	T	p	F.V.	gl	f	p
Edad	0,1	0,06	3064,11	const	43,98	39,84	48,12	20,91	<0,0001	Modelo	2	12,66	<0,0001
				Ans.	-0,04	-0,16	0,09	-0,58	0,5623	Ans.	1	0,34	0,5623
				Dep.	-0,27	-0,5	-0,03	-2,23	0,0262	Dep.	1	4,98	0,0262
Días de Cuarentena	0	0,02	2959,95	const	15,64	12,03	19,24	8,52	<0,0001	Modelo	2	4,61	0,0105
				Ans.	-0,16	-0,27	-0,06	-3,02	0,0027	Ans.	1	9,11	0,0027
				Dep.	0,25	0,04	0,45	2,35	0,0192	Dep.	1	5,53	0,0192

Ans=Ansiedad y Dep=Depresión; Significación $p < .05$; β =Beta; R² Aj= R cuadrado ajustado, es el coeficiente de determinación ajustado.

Figura 1. Modelo de Regresión Múltiple de la Ansiedad y Depresión.



Discusión

El objetivo principal de la presente investigación fue establecer psicométricamente la naturaleza del constructo subyacente a los síntomas de ansiedad y depresión asociados al aislamiento por COVID-19 en mujeres adultas de Azogues en edades entre 18 a 65 años de edad. A continuación, se detalla por cada objetivo específico, el hallazgo en la presente investigación y se compara con otros estudios similares realizados a nivel internacional, regional y local.

□ Identificar las características sociodemográficas, variables del confinamiento por COVID-19, la Ansiedad y la depresión de la población de estudio □

Tal como se señala en el objetivo 1, los resultados obtenidos permitieron determinar las características sociodemográficas de la población en estudio, dando como resultados principales que el 48% fueron solteros, 54% estudiantes de educación superior y edad media se calculó en 33.98 años de edad.

El estudio ha buscado sentar las bases sobre la prevalencia de la enfermedad COVID-19 en el sexo femenino, pero el Ministerio de Sanidad de España no se ha atrevido a enviar los datos que corresponden a las pericias de la primera fase de contagio en el país europeo, pero tampoco ha desmentido el hecho de que el virus de acuerdo al sexo no está determinado con claridad, ya que inicialmente ellos mantenían un patrón que diferenciaba claramente la estadística hombre □ mujer²¹.

En una investigación en España, con una base de 1.003 pruebas contestadas, evidencian que hay similitud obtenidos en comparación con el estudio español en las características sociodemográfica, ya que predomina el sexo femenino en un 78.8%, además; el promedio de edad ha cambiado tanto en todos esto años¹.

Con respecto a las variables del confinamiento por COVID-19, tenemos que el 88% conviven con alguien en su domicilio, no han viajado al exterior en los últimos 20 días el 98%. No han estado en contacto con personas que han viajado 92%. De igual forma no han estado en contacto con personas diagnosticadas con la enfermedad en el 90%. Por el contrario, sí han visitado un supermercado, mercado, terminal terrestre el 66%, aunque no han participado de eventos masivos en el 91%, no ha visitado un centro de salud el 65% y tampoco han tenido contacto con profesionales de la salud en el 59%.

Al respecto hemos de mencionar el documento correspondiente a la Capacidad de respuesta frente a la pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe²², en el que se hace mención a la evolución en medidas de salud públicas que adoptaron los países, resaltando que cada país acopló esas medidas de acuerdo a su población, pobreza y el sistema de salud con el que contaba.

Al referirnos al tema central del trabajo investigativo, ha sido posible determinar que el 71.4% sufrían de depresión y el 77.2% evidenciaban depresión. En un estudio realizado se examinaron los efectos psicológicos de la cuarentena en personas en Toronto, Canadá, encontrándose una alta prevalencia de angustia psicológica. Los síntomas del *TEPT* y la depresión se observaron en el 28,9% y el 31,2% de los encuestados, respectivamente.

Ante la situación actual que vivimos por efecto del COVID-19, la rápida expansión entre los países y los efectos que origina este virus en cuanto a salud, las personas permanecen aisladas en cuarentena evitando la propagación de la enfermedad, generando en ellos desesperación, pérdida de la libertad, aburrimiento, insomnio, poca concentración e indecisión, irritabilidad, ira, ansiedad, angustia de no tener contacto físico o contacto con familiares, amigos, o el no poder desarrollar una rutina de vida normal, todo ello puede traer consigo efectos dramáticos sino son bien canalizados²³.

De igual forma y con referencia al punto mismo sobre las alteraciones psicológicas que sufren profesionales con niveles educativos superiores, encontramos el trabajo de Condori²⁴, cuyos resultados a su vez revelan que los médicos han llegado a sufrir un 56.7% de depresión y 35.7% de ansiedad y de igual forma sufren de alteraciones del sueño en un 31.9%, determinándose de esta forma la fuerte relación entre el nivel educativo de las personas con la variable de ansiedad y depresión, que han derivado en un problema psicológico muy grave.

□ *Analizar las relaciones de la ansiedad y depresión con la edad y variables del confinamiento por COVID-19 según el estado civil, y si ha visitado un supermercado, mercado, terminal terrestre o utilizado transporte público* □

La investigación permitió determinar que a menor edad de las mujeres encuestadas existe una mayor ansiedad; por el contrario, a mayor edad en mujeres menor ansiedad. Ajustado a estos mismos valores se encuentra el resultado objetivo para la depresión, relacionada con la edad, si tienen o no familia y si visitaron el supermercado, mercado, etc. De forma estadística se logró asociar débilmente la ansiedad en personas con parejas con los días que ha llevado la cuarentena; de igual forma el número de personas con las que vive fue relacionada.

Tito, Buendía y Sánchez²⁵ afirman en su texto que envejecer en las mujeres, es para toda persona, en esta época de COVID-19 todo un reto, ya que las dificultades que se presentan en el día a día no son fáciles de solucionar y muchos menos cuando se es adulto mayor, el refuerzo a estas palabras provienen de otras investigaciones, que a su vez se encuentran de acuerdo en las desigualdades no sólo de género, sino las que se derivan directamente del COVID-19.

En este sentido las mujeres somos las que, de acuerdo a las estadísticas, hemos sufrido

Además, la investigación permitió relacionar la ansiedad y depresión con variables del COVID-19, de tal forma que la ansiedad se relaciona débilmente con las variables si tiene o no pareja, los días que lleva en cuarentena. Por su parte la depresión se relaciona con el campo, los supermercados.

Sobre la asociación entre las variables de las relaciones de pareja y desarrollo de ansiedad y depresión, en el estudio de Rodríguez y Rodríguez²⁶ se precisa que durante el período de la cuarentena las personas sufrieron muchos cambios que afectaron a sus relaciones de pareja, el compartir por espacios de tiempos largos o completos ha generado en opinión de las autoras, el aumento de momentos de intimidad entendidos no sólo desde un plano sexual, sino también de recuperación de tiempo, conversaciones, energías y renovación de los objetivos en una vida doméstica en conjunto.

La pandemia por el COVID-19 tuvo un efecto considerado como brutal por parte de las autoridades de las naciones a nivel mundial, ya que la cuarentena exigió que se cambiaran los moldes de vida de todos los seres humanos, entre las que se encuentran las escolares, laborales, sociales, entre otras que no se prevé se vuelvan a la normalidad en algunos meses. En el plano familiar la cuarentena tuvo efectos mucho más profundos, ya que la convivencia hasta ese momento se la realizaba en horarios concretos y específicos, puesto que cada miembro se dedicaba a sus labores indistintas. Este aumento de la convivencia en familia de acuerdo con Pinchak²⁷ trajo consigo una nueva forma de vida: clases online, teletrabajo, aumento del uso de las plataformas digitales; aunque también se fomentaron las conversaciones, las atenciones a los adultos mayores, entre otras; pero que con el incremento del tiempo de la cuarentena derivaron a su vez en detonantes de estrés, ansiedad, depresión, tristeza.

□ *Comparar la ansiedad y depresión frente al Confinamiento por COVID-19 según si ha visitado un centro de salud/hospital en los últimos 20 días, y si ha tenido contacto con profesionales de salud durante los últimos días* □

Ha quedado determinado que las mujeres que han visitado un centro de salud/hospital en los últimos 20 días y tiene mayor ansiedad y tocando De igual forma, las mujeres que han estado en contacto con profesionales de salud en los últimos 20 días, tienen mayor ansiedad y depresión.

Autores como Mar Molero et al²⁸, en su investigación sobre los factores psicosociales en cuarentena por COVID-19, emitido en este año, mencionan que la emergencia sanitaria aplicada no sólo a nivel nacional sino mundial, representó todo un auténtico desafío para los sistemas de salud, pero que a su vez repercutió en el desarrollo de otro tipo de enfermedades, en este caso concreto las emociones de la población en general sufrieron alteraciones psicológicas muy fuertes, derivando al desarrollo de estados de ánimo adversos con ansiedad, hostilidad y depresión.

De igual forma, el estudio realizado a inicios de la pandemia en este año, demostró que, en una muestra de 1210 personas en cuarentena, el 84.7% mantuvieron encerramiento en casas por hasta 24 horas, de los cuales el 16.5% reportaron síntomas de alteraciones como depresión severa y el 28.8% de ansiedad moderada a severa²⁹.

Otro estudio que confirma la posición de los resultados obtenidos, es el de Gutiérrez, Lobos y Chacón³⁰, quienes realizaron la investigación sobre la prevalencia de los síntomas de ansiedad en estudiantes universitarios durante la pandemia por COVID-19, obteniéndose resultados que demuestran que ocho de cada diez personas de una muestra de 1.440 personas, presentaron prevalencia de la ansiedad y problemas graves de salud mental.

El aislamiento obligatorio ocurrido durante la cuarentena, como lo señalan Quintana y Lozano³¹ al no existir una interacción social con el entorno llega a tener efectos impactantes en la salud mental de los seres humanos, pero también y en opinión de los mismos autores, el miedo a la transmisión del virus fomenta el desarrollo de las enfermedades mencionadas a las que deben añadirse depresión, alcoholismo, trastornos depresivo-ansiosos, entre otros.

Ante esta pandemia del COVID-19 en muchos países, como el ecuatoriano, la respuesta ha sido mandar a la población a una cuarentena como mejor herramienta para combatirla; y es que durante mucho tiempo atrás se viene utilizando la cuarentena como herramienta para prevenir la posible propagación de enfermedades transmisibles entre la población³².

Los síntomas de ansiedad y depresión durante la cuarentena obligatoria por el COVID-19 aumentaron, declarándose que la salud mental ha sufrido daños graves, generados en su mayoría a las situaciones de emergencia vividas, en donde la sensación de inseguridad y sobrevivencia originaron cambios en el comportamiento, así se tiene que en una muestra de 7143 participantes se reportó 20.8% de ansiedad leve a moderada y 27.5% de ansiedad grave, los que luego de haber pasado un mes desde su recuperación mantuvieron problemas de ansiedad y depresión en el 35% de los casos³³.

Es obvio que la situación imprevista e incierta originada por

el COVID-19, que derivó en el encierro por cuarentena, fueron las causas principales para el desarrollo de alteraciones mentales, como lo son la angustia y depresión, que lleva implícito un impacto emocional, es así como Ahumada³⁴ informa porcentajes alarmantes de ansiedad 21% y angustia 18%.

Otra investigación realizada en personal sanitario en España que laboró en primera línea en la cuarentena, permitió determinar que el nivel educativo no hacía distinciones en cuanto al contagio y el desarrollo de efectos como los de ansiedad y depresión proliferaban en esta población, alcanzando porcentajes del 37% para ansiedad y 27.4% para depresión, sufriendo en ambas situaciones problemas para conciliar el sueño con tranquilidad en un 28.9%³⁵.

Elaborar un modelo predictivo de la ansiedad y depresión con la edad y los días de confinamiento

□ *Elaborar un modelo predictivo de la ansiedad y depresión con la edad y los días de confinamiento o cuarentena* □

En cuanto al modelo de regresión múltiple se evidenció un nuevo constructo para futuras investigaciones enfocadas en la ansiedad y depresión durante el confinamiento por COVID-19, en la presente investigación se comprobó que el modelo de predicción de la ansiedad y depresión fue estadísticamente significativo para la edad y los días de cuarentena. La ansiedad resultó no ser un predictor estadísticamente significativo de la edad. Mientras que la depresión resultó ser un predictor estadísticamente significativo inverso o negativo de la edad, indicó que el modelo explica el 0,06% (R cuadrado ajustado) de la varianza de la variable criterio de dependiente y es un predictor negativo, es decir, cuando aumenta la edad disminuye la ansiedad. Dicho de otra manera, cuando edad aumenta en 0.27 veces disminuye la ansiedad un punto. Actualmente hay una brecha en el conocimiento en relación a estos modelos de predicción durante el confinamiento por la pandemia por COVID-19, siendo de esta manera este estudio pionero.

Por otro lado, el modelo de predicción de la ansiedad y depresión fue estadísticamente significativo para los días de cuarentena. La ansiedad resultó ser un predictor negativo estadísticamente significativo de los días de cuarentena y la depresión también resultó ser un predictor positivo estadísticamente significativo de los días de cuarentena, indicó que el modelo explica el 0,02% (R cuadrado ajustado) de la varianza de la variable criterio de dependiente. En el caso de la ansiedad y los días de cuarentena fue un predictor negativo ($\beta = -0.16$; $p = .002$), es decir, cuando los días de cuarentena aumenta en 0.16 veces disminuye la ansiedad un punto; y en cambio sucede lo contrario con la depresión resultó ser un predictor positivo.

Conclusiones

La investigación permitió obtener resultados que han sido de gran importancia para sustentar los objetivos planteados, entre ellos se ha conocido las características sociodemográficas de los participantes, dejando en evidencia que la edad los delimita en adultos jóvenes con una edad media de 33 años, su estado civil es el de estudiante con un buen porcentaje.

Dentro de este mismo punto, debe mencionarse que el comportamiento de la población encuestada a mantener las normas de bioseguridad, es una sin acción que evidencia mucha responsabilidad hacia nosotros mismos y las demás personas. Así por ejemplo los resultados obtenidos permitieron evidenciar que no han viajado, no han salido del país, se han abstenido de realizar y recibir visitas de grupos de amigos y asistiendo a lugares como mercados y supermercados, o terminales terrestres, con mucho cuidado.

Los datos obtenidos sobre el nivel de ansiedad y depresión en la población analizada, ha puesto en el punto de mira, el hecho de que la salud mental de las personas, en especial de las mujeres, está afectada a raíz del confinamiento obligatorio del que fue objeto todo el mundo y Ecuador. El encierro, las dudas, la zozobra y los momentos de incertidumbre han generado en toda la población en general.

Existe relación directa entre las variables de ansiedad y depresión con factores tales como la edad, ya que se ha quedado demostrado que las personas adultas mayores son aquellas que tienen más dificultad para poder sobrevivir y sobrellevar la etapa dura de la pandemia.

Las variables del confinamiento COVID-19 han dado resultados alentadores en cuanto al mantenimiento de las normas de bioseguridad, para evitar precisamente el aumento de tantos contagios. Es así como los índices de realización de visitas y mantenerse al lado de personas que ya han pasado el COVID-19 es algo que se escapa de las manos están bajos.

Las visitas a supermercados y mercados se hacen con otro tipo de horario, manteniendo el que todavía se sostienen en los mercados locales. En estas zonas el cuidado de personas, es realmente ordenado, no se permite que nadie ingrese sin su mascarilla, y gel o alcohol antibacterial.

Al respecto en ambas situaciones las personas participantes han negado mantener este tipo de contactos, pero no por ello resulta ser sumamente inquietantes el poder estar en contacto o cercanía con otra persona que pudiere estar pasando la enfermedad y contagiarnos. Tal como se lo ha señalado con anterioridad, los casos a nivel nacional y mundial de alteraciones psicológicas como la ansiedad y depresión han tenido un aumento impresionante en las estadísticas, debiendo implementarse protocolos dentro del servicio de salud pública para atender las solicitudes y llamadas que llegan a las instancias de colaboración.

Para futuras investigación sería de suma importancia estudiar la ansiedad y depresión frente al distanciamiento social debido a la emergencia sanitaria por COVID-19 y a su

vez incluir otras variables de estudio, como el miedo al COVID-19³⁷, conductas agresivas³⁸, funcionalidad neuropsicológica³⁹, malestar psicológico⁴⁰, estrés y síntomas psicopatológicos, en diferentes poblaciones como profesionales de la salud, niños, adolescentes, adultos mayor y personas con discapacidad⁴¹.

Fuente de Financiamiento

Este estudio es autofinanciado

Conflicto de intereses

No existen conflictos personales, profesionales o de otro tipo.

Agradecimiento

A la Carrera de Enfermería de la sede de Azogues, al Laboratorio de Psicometría del Centro de Investigación, Innovación y Transferencia de Tecnología (CIITT) y a la Maestría en Gestión del Cuidado de la Universidad Católica de Cuenca.

Referencias

1. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaría M, Picaza-Gorrochategui M, Idoiaga-Mondragón N. 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 Saúde Pública*. 2020;36(4):e00054020.
2. OMS. Manejo clínico de la infección respiratoria aguda grave (IRAG) en caso de sospecha de COVID-19; 2020. Disponible en: [HYPERLINK "about:blank" \h www.apps.who.int › WHO-2019-nCoV-clinical-2020.4-spa.pdf](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.4-spa.pdf).
3. Salazar M, Barochiner J, Espeche W, Ennis I. COVID-19, hipertensión y enfermedad cardiovascular. *Hipertens Riesgo Vas*. 2020; 37(4):176-180.
4. Sandín B, Valiente R, García-Escalera J, Chorot P. Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2020; 25(1):1-22.
5. Inca-Ruiz GP, Inca-León AC. Evolución de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en Ecuador. *La Ciencia al Servicio de la Salud y la Nutrición*. 2020;11(1):5-15.
6. Balluerka N, Gómez J, Hidalgo M. Las consecuencias Psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento País Vasco: *Euskal Herriko Unibertsitateko Argitalpen Zerbitzua*; 2020.
7. OPS. Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19; 2020. Disponible en: [HYPERLINK "https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-psicosociales-salud-mental-durante-brote-covid-19" \h https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-psicosociales-salud-mental-durante-brote-covid-19](https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-psicosociales-salud-mental-durante-brote-covid-19).
8. Sánchez-Villena A, de La Fuente-Figuerola V. COVID-19: cuarentena, aislamiento, distanciamiento social y confinamiento, ¿son lo mismo? *Anales de Pediatría*. 2020; 93(1):73-74.
9. Torres Camacho V, Chávez Mamani A. Ansiedad. *Rev. Act. Clin. Med*. 2013; 35: 1788-1792.
10. Ramírez-Ortiz J, Castro-Quintero D, Lerma-Córdoba C, Yela-Ceballos F, Escobar-Córdoba F. Consecuencias de la pandemia COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social; 2020. Disponible en: [HYPERLINK "about:blank" \h DOI: 10.1590/SciELO-Preprints.303](https://doi.org/10.1590/SciELO-Preprints.303)

11. Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2020;37(2):327-334.
12. Londoño C, González M. Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. *Acta Colombiana de Psicología*. 2016;19(2):315-329.
13. Carranza R. Depresión y características demográficas asociados en estudiantes y líderes universitarios de Lima metropolitana. *Apuntes Universitarios*. 2016; 2(2):79-90.
14. Castellanos-Torres E, Tomás Mateos J, Chilet-Rosell E. COVID-19 en clave de género. *Gaceta Sanitaria*. 2020; 34(5):419-421.
15. De la Serna JM. Aspectos psicológicos del Covid-19. *Tektime*. 2020.
16. Tizón J. *Salud emocional en tiempos de pandemia* Barcelona: Herder e-book; 2020.
17. García-Calvente DM, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta sanitaria*. 2004;18(5):83-92.
18. Fonseca-Pedrero M, Paino M, Sierra S, Lemos S, Muñiz J. Propiedades psicométricas del "Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI) en universitarios. *Behavioral Psychology-Psicología Conductual*. 2012;20:547-561.
19. Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R. *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado- Rasgo (STAI)* Madrid: TEA Ediciones;1982.
20. Agudelo D, Gómez Y, López P. Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión Estado Rasgo (IDER) con una muestra de población general colombiana. *Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá*. 2014; 32(1):71-84.
21. Ruiz M. *Las estadísticas sanitarias y la invisibilidad por sexo y de género durante la epidemia de COVID-19* Cuenca:Ecuador; 2020.
22. Acosta L. Capacidad de respuesta frente a la pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica*. 2020; 44:e1109.
23. Piña-Ferrer L. El COVID-19: Impacto psicológico en los seres humanos. *Rev Arbitr Interdiscip Ciencias la Salud y Vida*. 2020;4(7):188-189.
24. Condori Y. Asociación entre la exposición al Covid-19 y la presencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en los hospitales de la región Arequipa; 2020. Disponible en: [HYPERLINK "http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/11070"](http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/11070) \h <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/11070>.
25. Tito S, Buendía P, Sánchez P. *Envejecer y ser persona adulta mayor en época de la COVID-19* Uruguay; 2020.
26. Rodríguez T, Rodríguez Z. Intimidación y relaciones de pareja durante la pandemia de la COVID-19 en Guadalajara. *Estudios sobre Estado y Sociedad*. 2020; 28(78-79):215-264.
27. Pinchak C. Pandemia por coronavirus (COVID-19); sorpresa, miedo y el buen manejo de la incertidumbre en la familia. *Archivos de Pediatría del Uruguay*. 2020; 91(2):76-77.
28. Mar-Molero M, Pérez M, Soriano J, Oropesa N. Factores psicológicos en situaciones de cuarentena: una revisión sistemática. *European Journal of Health Research*. 2020; 6(1):109-120.
29. Wang C, Pan R. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *MDPI*. 2020;17(5):5-20.
30. Gutiérrez J, Lobos M, Chacón E. Síntomas de ansiedad por la COVID-19, como evidencia de afectación de salud mental en universitarios salvadoreños;2020. Disponible en: [HYPERLINK "http://hdl.handle.net/11298/1171"](http://hdl.handle.net/11298/1171) \h <http://hdl.handle.net/11298/1171>.
31. Quintana H, Lozano L. Estrés y ansiedad como respuestas a la cuarentena en época de coronavirus. *Revista Neuronum*. 2020;6(4):442-452.
32. Marquina R, Jaramillo L. El COVID-19: cuarentena y su impacto psicológico en la COVID-18; 2020. Disponible en: [HYPERLINK "https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.452%20"](https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.452%20) \h <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.452>.
33. Galindo O, Ramírez M, Costas R. Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en la población general. In *México ANdMd. Gaceta Médica de México*. México; 2020;156(1):298-305.
34. Ahumada C. *Cuáles son las reacciones emocionales que produce la cuarentena*; 2020. Disponible en: [HYPERLINK "about:blank" \h www.rdu.unc.edu.ar](http://www.rdu.unc.edu.ar).
35. Dosil M, Ozamiz N, Redondo I. Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2020; In Press.
36. Rodríguez L, Gutiérrez R, Quivío R. COVID-19: Frecuencia de temores en condiciones de cuarentena y aislamiento social, en una muestra de adultos de la ciudad de Lima, 2020. *Educa UMCH*. 2020;1(15):91-100.
37. Ramírez-Coronel A, Martínez-Suárez P, Pogyo-Morocho G, Estrella-González M, Mesa-Cano I, Minchala-Urgilés R, et al. Evaluación psicométrica e intervención de Enfermería frente al Miedo a COVID-19. *Arch Venez Farmacol y Ter*. 2020;39(5):660-6.
38. Ramírez-Coronel AA., Martínez-Suárez PC, Cabrera-Mejía JB, Buestán-Andrade PA, Torracchi-Carrasco E, Carpio MG. Habilidades sociales y agresividad en la infancia y adolescencia. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 2020;39(2):209-214.
39. Ramírez AA. Laterality and reader process: correlational study. *Espirales*. 2019;3(27), 105-117.
40. González-Pando D, Beltrán García P, Martínez-Suarez PC. Exploring learning potential in schizophrenic inpatients in different psychopathological conditions. *Clínica y Salud*. 2016;27(2), 88-95.
41. Montánchez-Torres ML, Martínez-Suarez PC, Jara-Saldaña G, García-Guevara W, Cedillo-Armijos M, Jaramillo-Ortiz F. (2019). Proyecto PHI: Funcionamiento intelectual límite o extremo inferior y dificultades de aprendizaje. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 37(5), 700-705.