

La salud mental salvadoreña durante el período de distanciamiento social por la pandemia de la COVID-19

The mental health of Salvadoreans during the social distancing period because of the COVID-19 pandemic

*Ana Sandra Aguilar de Mendoza M.S.P. y M.D.I.E.
Universidad Tecnológica de El Salvador
ana.aguilar@utec.edu.sv
Orcid: 0000-0003-0071-8795*

URI: <http://hdl.handle.net/11298/1173>

RESUMEN

La pandemia por la COVID-19 generó mundialmente un cambio de comportamiento en la forma de protegernos contra las enfermedades endémicas y epidémicas. La COVID-19 se considera una pandemia porque en cada país que ha llegado se instaló una infección por el virus que deja una huella en el ser humano en todas sus áreas de acción: individual, familiar y colectivo (Zhang et al., 2020). Las medidas sanitarias incluidas para evitar la propagación del virus y la presencia de enfermedad y muerte en las personas llevó a los gobiernos a establecer protocolos que incluyen la cuarentena como una forma de reducir el contagio de persona a persona (OPS, 2019) el entonces Director de la OMS-Dr. Lee Jong-wook, advirtió en el marco del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Esta medida sanitaria incluye la

importante práctica del distanciamiento social acompañado de comportamientos como usar dispositivos de bioseguridad, lavado de manos, alejarse de la persona 2 metros, quedarse en casa, usar mascarilla. Por lo tanto, el objetivo de esta investigación es conocer la dinámica psicosocial de la práctica del distanciamiento social de los salvadoreños durante la cuarentena por la COVID-19. La metodología utilizada fue cuantitativa en una muestra de 1.785 participantes; y los resultados fueron que las prácticas sanitarias se están ejecutando en un 80 % de la población. Pero existen diferencias en las prácticas en casa y fuera de casa; existen síntomas de depresión que se deben explorar más a fondo y la percepción de la calidad de vida en los primeros dos meses de confinamiento donde se reporta en un rango de favorable a regular en un 75% de la población.

Palabras clave: Salud mental. Distanciamiento social. COVID-19 - Aspectos psicológicos. Pandemias - Aspectos psicológicos. Conducta (psicología). Confinamiento.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic generated a behavioral change worldwide as a way to protecting ourselves against endemic and epidemic diseases. COVID-19 is considered a pandemic because an infection by the virus settled in each one of the countries it reached, leaving a mark in humans at all levels: individual, familiar and collective (Zhang et al., 2020). The health measures included and used to avoid the spread of the virus, and the presence of this illness plus the deaths of people, led the governments to establish protocols that include the quarantine as a form of reducing the spread from person to person (OPS, 2019). This health measure includes social distancing as an important practice, along with wearing biosecurity devices, hand-washing, keeping a 6 feet distance

from other persons, staying home, and wearing a mask. Therefore, the goal of this investigation is to learn about the psychosocial dynamics in the social distancing practice of Salvadoreans during the quarantine for COVID-19. A quantitative methodology was applied, with a sample of 1.785 participants; the findings showed that the health practices are being performed by 80% of the population, but there is a difference between at-home practices and those outside the home. There exist depression symptoms that should be explored more deeply; the perception about life quality during the first two months of confinement reported a positive ranking in 75% of the population

Key words: Mental health. Social distancing. COVID-19 – Psychological aspects. Pandemics – Psychological aspects. Behavior (psychology). Confinement.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud, antes del 2019, ya había informado por escrito los posibles efectos que se debían manejar en una pandemia a fin de prevenir fallos en la política pública al aumentar los casos de enfermos y fallecidos en países vulnerados, como es el caso de El Salvador, con economías precarias (OPS, 2019) el entonces Director de la OMS-Dr. Lee Jong-wook, advirtió en el marco del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS. También fueron notificados de los efectos en la salud mental de las personas que estaban expuestas directa o indirectamente a una pandemia. Una preocupación reciente sobre la salud mental que podía generar estados de alteración enfatizaba que la presencia de estrés, depresión y ansiedad, debida a la incertidumbre generada por la COVID-19, ponía en un riesgo más grave a aquellas personas que tenían de base un diagnóstico psiquiátrico ya definido (Huarcaya-Victoria, 2020).

La pandemia por la COVID-19, trastocó la intimidad de las relaciones familiares y dejó al descubierto la comunicación real de la familia para abordar situaciones de salud en conflicto (Fontana Sierra, 2020). Esta comunicación implicaba la responsabilidad de utilizar equipo personal de bioseguridad adentro y fuera de casa para evitar el contagio directo del virus. La seguridad implantada por la política pública recomendó el uso de mascarillas, el lavado de manos con agua y jabón, el uso de alcohol gel, entre otras medidas (Fusades, 2020).

Estas medidas sanitarias también recomiendan el mantenimiento del distanciamiento entre una persona y otra, así como cubrirse la boca con un pañuelo o la manga al toser, llevar siempre una mascarilla; medidas que al ser repetidas con frecuencia son interiorizadas por la persona y forman un hábito preventivo, que llevan a la práctica de nuevos hábitos para reducir el riesgo de contagio (Peinado et al., 2020). En estudios españoles, se ha encontrado que las mujeres tienen mejores hábitos que los hombres para reducir el riesgo de contagio. En el caso de los hombres, estos muestran menos frecuencia para cubrirse cuando estornudan (Peinado et al., 2020).

Este cambio de hábitos tiene consecuencias en el comportamiento humano, que es dirigido por su sistema nervioso. Al romper con la ruta cognitiva que le llevaba a tener ciertos comportamientos, el sistema nervioso se enfrenta a nuevas rutas para aprender a vivir diferente; y no hay tiempo para reaprender despacio, lo que causa una mayor cantidad de estímulos que satisfacer (Folkman et al., 1986; González & Landero, 2006), identificando la presencia de estrés y otras alteraciones como la depresión y el estrés postraumático.

La ansiedad por la pandemia es común que se genere ante la desprotección y la incertidumbre del futuro, y se produce con mayor frecuencia entre las poblaciones más vulneradas en todas las áreas de acción social de la persona: familia, trabajo, escuela, recreación, iglesia y otras, teniendo

un mayor impacto en las familias con menos ingresos económicos (Peinado et al., 2020). La vulnerabilidad es una condición interna, que es una respuesta a una dinámica de interacción con el medio ambiente y, dentro de este, el ambiente laboral. En tiempos de distanciamiento social, reconstruir los medios de subsistencia material por la falta de ingreso económico da como resultado un desequilibrio en la salud mental de la persona y de sus próximos que dependen de esos ingresos. Esto es una causa de presentar síntomas de alteración en la salud mental (OPS, 2019) el entonces Director de la OMS-Dr. Lee Jong-wook, advirtió en el marco del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

En tiempos de confinamiento por cuarentena, también se pone de manifiesto la necesidad de comunicarse hacia afuera, recibiendo información y comunicándola hacia adentro con los miembros de la familia para la toma de decisiones. Esta información debe de ser veraz y útil para la contención emocional ante el afrontamiento de la pandemia; la persona debe estar informada para protegerse mejor, tanto individual como familiarmente (Fontana Sierra, 2020). La comunicación morbosa de los medios de comunicación puede alterar la salud mental de las personas y lograr que aparezcan estados de ansiedad asociados a la percepción del riesgo de enfermarse o fallecer (Jo et al., 2020). El control de los dispositivos para recibir información, falsa o verdadera, sobre los efectos de la pandemia es un protector de la salud mental.

METODOLOGÍA

El enfoque de esta investigación fue cuantitativo, con un diseño transversal y descriptivo. Se utilizaron variables sociodemográficas para caracterizar la muestra y dos escalas construidas *ad hoc* a la situación de cuarentena obligatoria decretada por el Gobierno como una práctica de contención y reducción del contagio de casos por la COVID-19.

La escala utilizada para abordar el distanciamiento social fue construida *ad hoc* a la situación temporal que se vivió durante la cuarentena obligatoria. La escala se piloteó con una muestra de 316 participantes. En la muestra final, con 1785 personas, se obtuvo un Alfa de Cronbach de .78, con una medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin de .85, prueba de esfericidad de Bartlett de 3245.91, 21 gl, $p = .00$, con los factores siguientes: 1. Las prácticas de distanciamiento social impuestas por el Gobierno y 2. Las prácticas de distanciamiento social impuestas por la persona. El primero explica el 45,75 % de la varianza, y el segundo, el 13 %.

Se utilizó también una escala *ad hoc* de las prácticas sanitarias ejecutadas en casa y en el contexto familiar que favorecen las interacciones dentro del hogar y hacia sus familiares y amigos. La escala aplicada a la muestra final obtuvo un Alfa de Cronbach de .68, con una medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin de .78, prueba de esfericidad de Bartlett de 1767.06, 28 gl, $p = .00$, con factores siguientes: 1. Las prácticas que mejoran la interacción con la familia y 2. Las prácticas individuales que favorecen la estancia de aislamiento en casa. El primero explica el 45,75 % de la varianza, y el segundo, el 13 %.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Se utilizaron dos muestras. La muestra para el estudio piloto fue de 316 personas voluntarias; y la muestra final estuvo conformada por 1.785 participantes, cuya participación fue voluntaria, con un predominio en el área urbana de San Salvador. Con ella se analizaron las escalas construidas y luego se aplicó el cuestionario en la muestra final.

El perfil de los participantes es el siguiente:

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes

Variable	Datos sociodemográficos	%
Grado educativo	0- 9.º grado	3
	1- 2.º año de bachillerato	8
	Bachiller graduado	34
	Algún año en educación superior	32
	Técnico	7
	Maestros	2
	Profesionales	13
	Doctorado	1
Edad	18-25 años	68,2
	26-45 años	27,3
	46-75 años	4,9
Estado civil	Soltero(a)	67
	Pareja, casado(a), acompañado(a)	33
Estado laboral de la pareja	Tiene trabajo	61
	Pareja desempleada	38
Ocupación antes de entrar al distanciamiento social	Estudiante	46
	Ventas/Servicio	11
	Ventas ambulantes	1
	Profesional/Técnico/Administrativo	17
	Microempresario	3
	Trabajo en agricultura (flores, campo, otros)	2
	Hogar (ama de casa)	6
	Otra ocupación	14
Tipo de empleo antes de la cuarentena	Trabajo estable	38
	Trabajo temporal	13
	Desempleada (o)	10
	No aplica/No trabaja	35
	Ama de casa	4

Religión	Católica	40
	Evangélica	42
	Mormona	2
	Anglicana	0
	Otra/Ninguna	17
Aportes económicos al gasto de la casa	Sí	47
	No	53
Beneficiario(a) de remesa familiar	Sí	16
	No	84
Recepción de remesa por algún miembro de la familia	Sí	73
	No	26
Experiencia de maltrato durante la cuarentena	Sí	7
	No	89
	No quiero hablar de esto	4
Exposición de abuso sexual durante la cuarentena	No	99
	No quiero hablar de esto	1

La recolección de los datos se ejecutó en las semanas del 12 al 26 de mayo del 2020, iniciando en el día 55 de la cuarentena obligatoria y terminando en el día 69 donde estaba instaurada la misma medida de distanciamiento social. Estas fechas son importantes, metodológicamente, porque ya había pasado el periodo de desconcierto de lo que sería una cuarentena nacional obligatoria y las personas ya estaban ajustándose a la incertidumbre y a pasar en casa. Para recolectar la muestra se utilizó el programa de Question Pro, y se realizó utilizando la técnica de bola de nieve; técnica utilizada en los estudios cualitativos extendidos, en este tiempo de crisis y evolución de tecnologías, a este estudio cuantita-

tivo. Para ello se enviaron correos electrónicos hacia dispositivos móviles, uso de WhatsApp y de redes sociales como Facebook. Se consideró la voluntariedad de los participantes y los datos sociodemográficos se colocaron al final para que los participantes aseguraran su anonimato, cumpliéndose el recurso de doble ciego.

RESULTADOS

La práctica del distanciamiento social, fue una medida necesaria para evitar la propagación de la pandemia por la COVID-19; y estuvo acompañada por prácticas sanitarias individuales realizadas dentro de la casa, el hogar, para fortalecer la salud interna y las prácticas que se ejecutaron con fines hacia la familia y amigos.

Los resultados evidencian que hay una diferencia entre las prácticas dentro de casa y aquellas que se realizan fuera de casa, lo que incide en el aumento de los nexos epidemiológicos y familiares entre sanos y asintomáticos positivos a la COVID-19 en el ámbito comunitario. El 74 % piensa que puede estornudar en casa sin usar mascarilla mientras no le digan que es COVID-19 (figura 1).

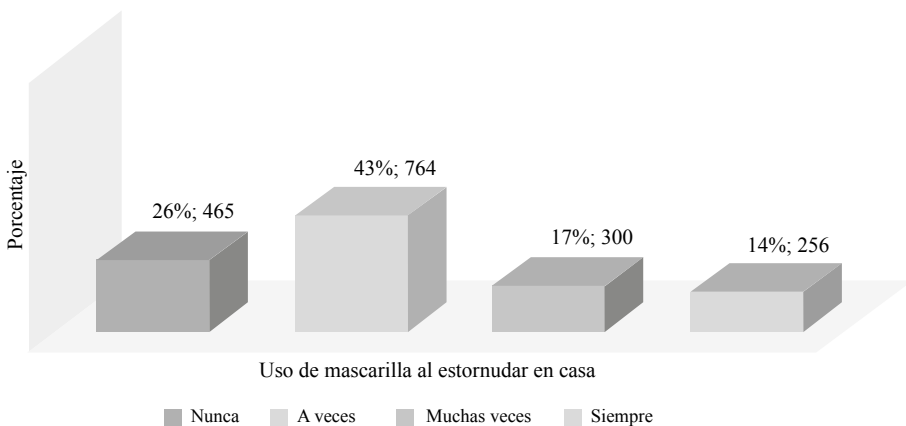


Figura 1. Uso de la mascarilla cuando estornuda en casa

Entre las acciones concretas que las personas han realizado en este periodo de distanciamiento social, se reportaron las siguientes (ver figura 2).

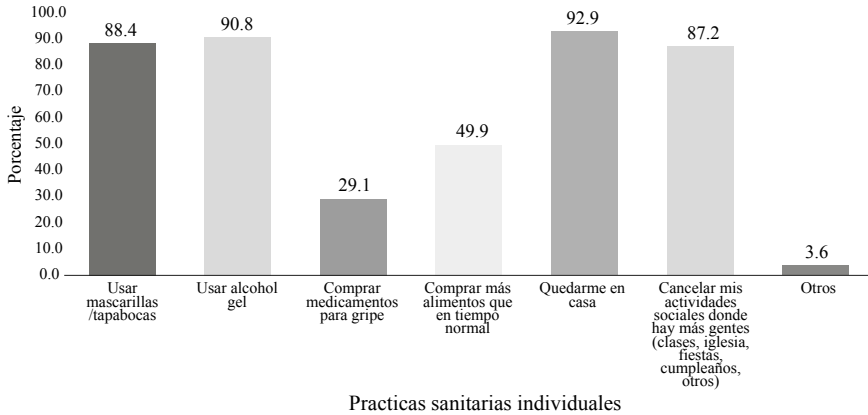


Figura 2. Prácticas sanitarias individuales realizadas durante el período de distanciamiento social

Al abordar la vivencia de estar aislados en casa para evitar la propagación del virus, se indagó si la persona había conversado con los miembros de su familia sobre la situación de salud que se estaba viviendo en el país, resultando que solo el 37 % de los participantes lo han realizado muchas veces o siempre. Esto implica que un buen porcentaje de participantes han vivido acompañados por otros miembros de la familia, pero sin poder consensuar las medidas sanitarias adoptadas. Esta situación de baja comunicación entre sus miembros incide en tomar medidas conjuntas que protejan a los miembros más vulnerables de la familia (ver figura 3).

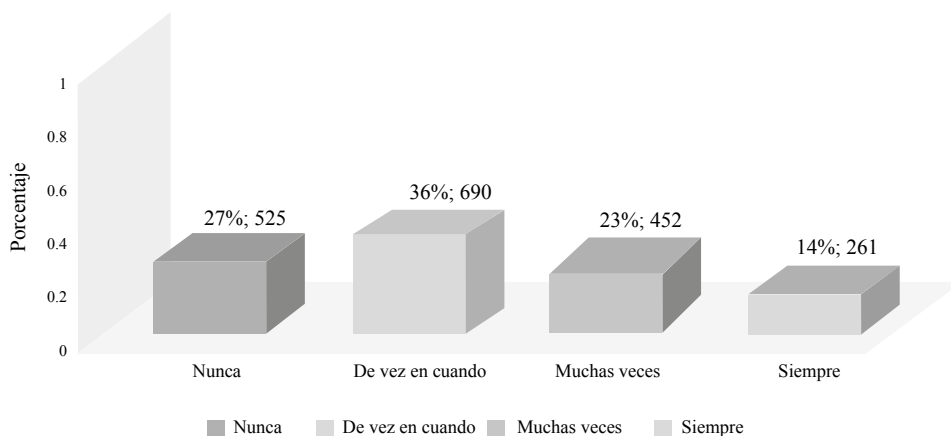


Figura 3. Comunicación entre los miembros de la familia para conversar sobre la situación de salud que estaba viviendo la familia por la pandemia de la COVID-19

En cuanto a las prácticas sociales, la situación de salir solo(a), se agudiza con la experimentación de un miedo a la contaminación real del virus de la COVID-19, situación que facilita que un miembro de la familia prefiera salir acompañado que solo, aun cuando se exponen dos miembros de la familia a contraer el virus en la calle. Los participantes, en un 20 % ($n = 350$), han salido en algún momento con un acompañante, aunque antes de salir de la casa se pongan de acuerdo en que no se conocen (ver figura 4).

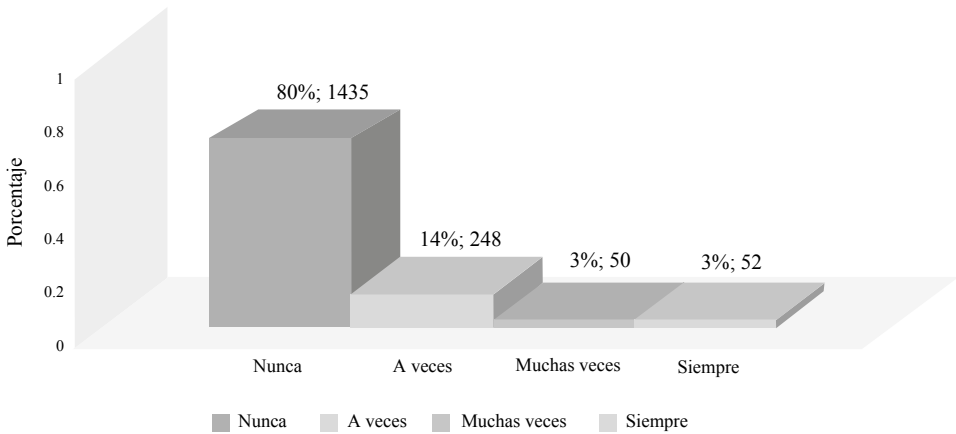


Figura 4. Práctica de salir acompañados durante el periodo de distanciamiento social en cuarentena por la COVID-19

La información que las personas reciben sobre el curso y la evolución de la pandemia es a través de la que se publica en internet y en sus dispositivos móviles. La generación de infografía es importante. Sin embargo, se indagó acerca del control de los dispositivos móviles en la recepción de información. El 46 % controla las horas que pasa en el celular conectado informándose con las noticias de la pandemia. El 54 % no lo logra o lo hace de vez en cuando (ver figura 5). La recepción de información sin control para enterarse de la pandemia genera alteraciones en la salud mental, dado que no es posible controlar el tráfico de noticias desalentadoras que inciden en pensamientos negativos de padecimientos y muerte.

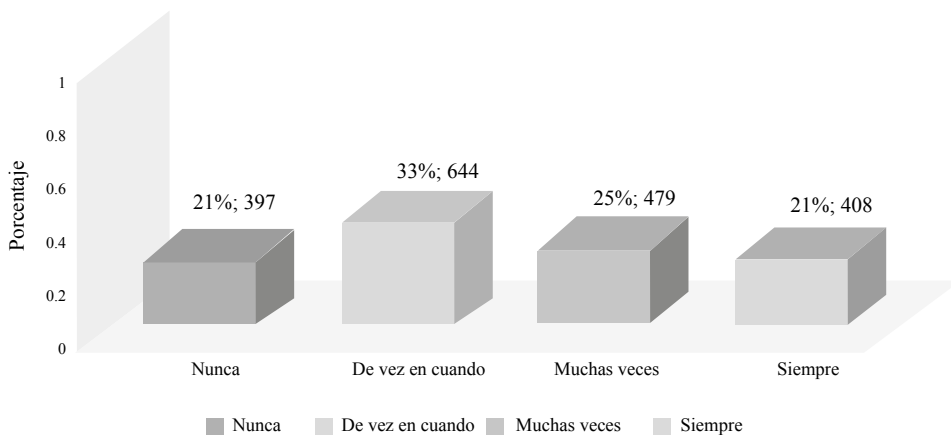


Figura 5. Control de horas conectados a internet para informarse con las noticias sobre la pandemia

Para aumentar o fortalecer la salud mental, se identificó que el 61 % de los participantes realiza alguna estrategia o algunas actividades para mantener su bienestar mental (planifico el día, ejercicios de respiración, yoga, meditación, diversas artesanías, bordado, tejido, otros) [ver figura 6].

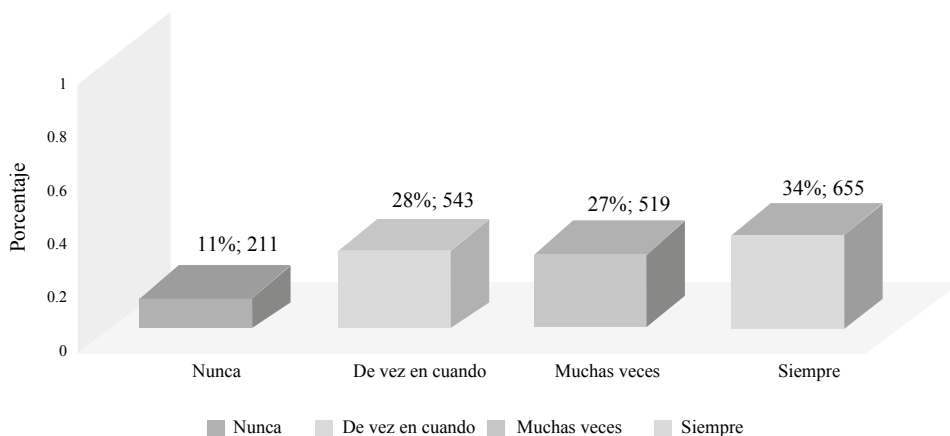


Figura 6. Estrategias o actividades que realizan los participantes durante la cuarentena por la COVID-19

En cuanto a las prácticas de distanciamiento social, se ha presentado la necesidad de ayuda y solidaridad, ya sea monetaria o en especie, hacia los miembros de la familia extensa, amigos o conocidos que no conviven con los participantes. El 36 % de estos reportó que, hasta la fecha de recolección de datos, no han enviado ayudas económicas a otras personas que lo necesitan (ver figura 7).

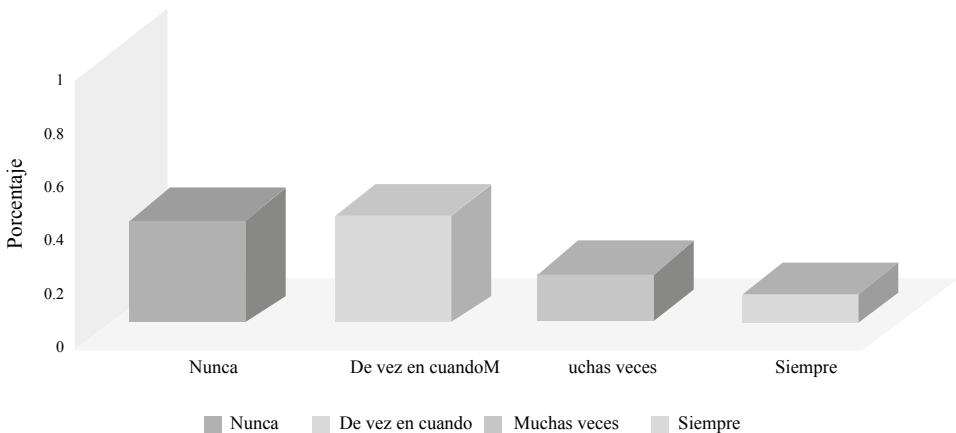


Figura 7. Acciones de ayuda y solidaridad realizadas durante el tiempo de distanciamiento social por la COVID-19

Al analizar las alteraciones en la salud mental y por la situación de confinamiento obligatorio por la pandemia de la COVID-19, se identificaron los síntomas que son criterios básicos del primer grupo de síntomas para diagnosticar una depresión (DSM 5). Entre los participantes, encontramos que el 60 % ha presentado tristeza, el 45 % pérdida de interés y el 43 % fatiga en aumento, lo que corrobora que están presentes los síntomas de depresión en la población (ver figura 8).

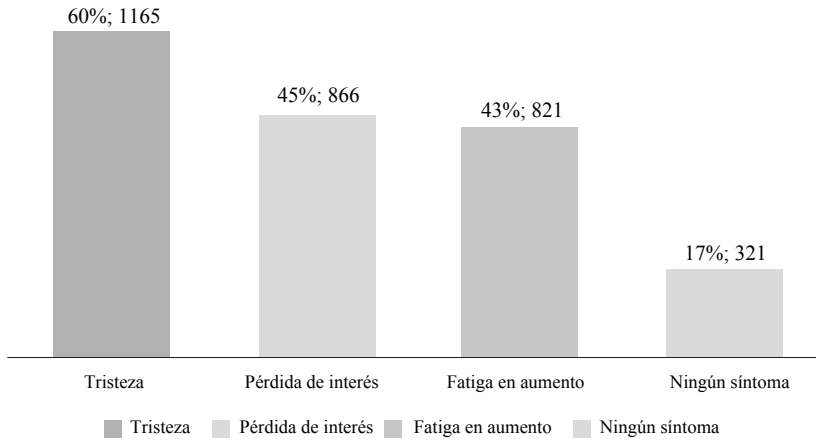


Figura 8. Síntomas de depresión reportados durante el periodo de distanciamiento social por la pandemia de la COVID-19

En cuanto a la percepción de su bienestar, como una medida de calidad de vida, el 37 % de los participantes considera que mantienen un nivel satisfactorio de percepción global de calidad de vida durante la cuarentena. Durante este periodo, el 39 % ya califica su bienestar como regular y el 25 % ya está en una percepción de bienestar desfavorable (ver figura 9).

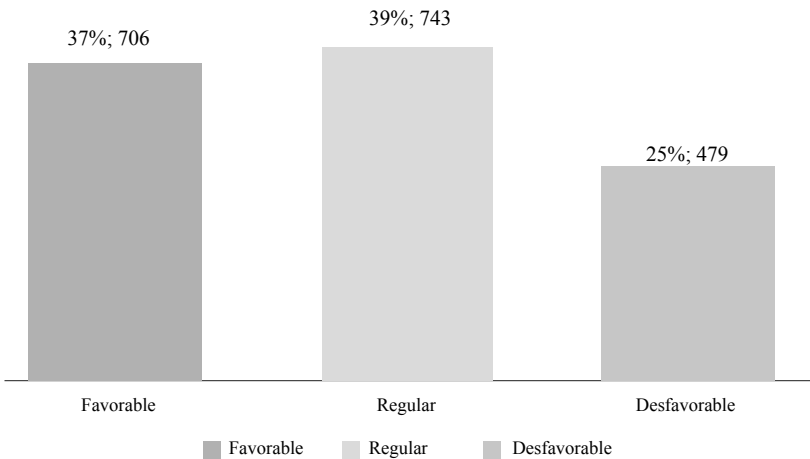


Figura 9. Percepción global de calidad de vida, a través del sentimiento de satisfacción y felicidad en general durante el periodo de distanciamiento social por la COVID-19

DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Las prácticas de distanciamiento social son dentro de la casa y fuera de la casa, así como el uso de mascarillas, lavado de manos, aplicación de alcohol gel, u otras necesarias.

La familia debe reunirse para dialogar formalmente el problema de salud y no continuar sobreviviendo cada uno a su manera.

Existen síntomas de depresión en la población que es necesario trabajarlas antes de regresar a la reactivación económica.

Hay cierto consenso acerca de las medidas que se puedan tomar por no respetar la pandemia.

Está presente el temor de los participantes, al considerar que los trabajadores de salud no deben regresar a sus hogares mientras están atendiendo a otros.

No han trabajado dentro de los grupos familiares la dinámica del tema de distanciamiento social, solo lo están viviendo.

La percepción de calidad de vida aún se percibe en más de la mitad de la población como satisfactoria a regular. Sobre todo, en el departamento de San Salvador.

REFERENCIAS

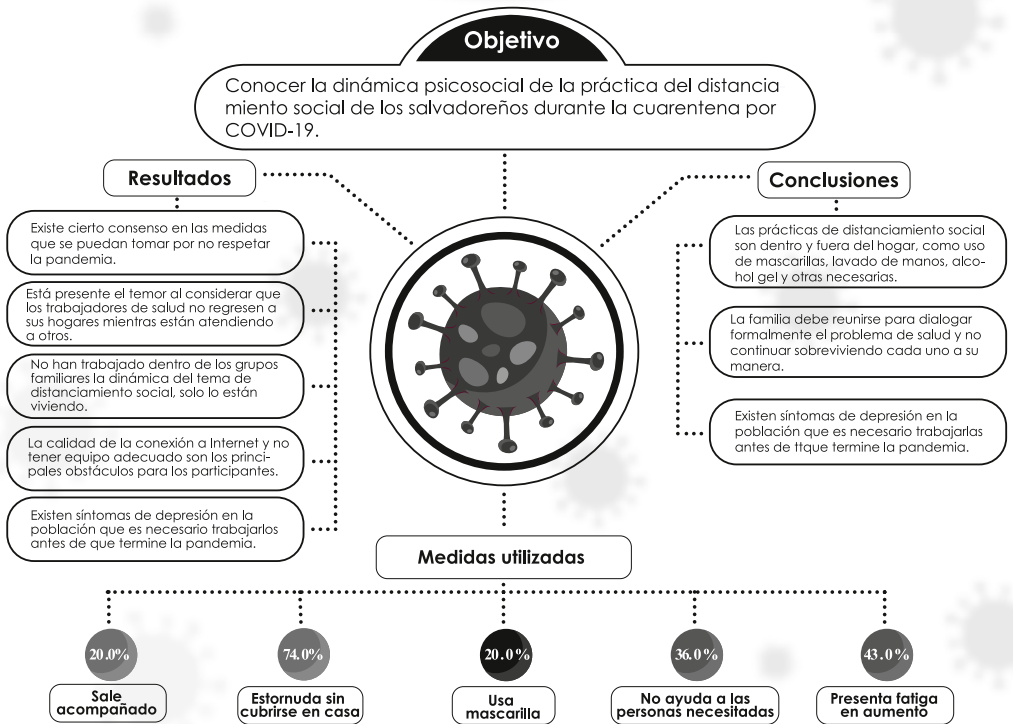
Jeff Huarcaya-Victoria (2020). Consideraciones Sobre la Salud Mental en la Pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 37. DOI: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>

Folkman, S., Lazarus, R., Dunkel-Schetter, C., DeLogis, A., & Gruen, R. (mayo, 1986). Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Ap-

- praisal, Copin, and Encounter Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003. DOI: 10.1037//0022-3514.50.5.992
- Fontana Sierra, L. (2020). Pandemia y rearticulación de las relaciones sociales. *Perifèria, Revista de Recerca i Formació En Antropologia*, 25(2), 101-114.
- Fusades (2020). Opciones de prueba COVID-19 para El Salvador. (Issue 9, pp. 20-23). <http://fusades.org/node/7987>.
- González, M.T., & Landero, R. (enero, 2006). Síntomas psicósomáticos y teoría transaccional del estrés. *Ansiedad y Estrés*, 12(1), 45-61. DOI: <https://doi.org/11347937>.
- Jo, W., Lee, J., Park, J., & Kim, Y. (junio, 2020). Online Information Exchange and Anxiety Spread in the Early Stage of the Novel Coronavirus (COVID-19) Outbreak in South Korea: Structural Topic Model and Network Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 22(6), e19455. <https://doi.org/10.2196/19455>.
- OPS (2019). *Protección de la salud mental en situaciones de epidemias* [versión de Adobe Acrobat Reader]. [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Pandemia de influenza y Salud mental Esp.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Pandemia%20de%20influenza%20y%20Salud%20mental%20Esp.pdf).
- Peinado, V., Sheffield, U. De, Bentall, R., & Valiente, C. (mayo, 2020). Estudio nacional representativo de las respuestas de los ciudadanos de España ante la crisis de COVID-19: respuestas psicológicas. *VIDA-COVID-19*, 1-19.
- Zhang, H., Chen, Y., Gao, P., & Wu, Z. (abril, 2020). Mapping the changing Internet attention to the spread of coronavirus disease 2019 in China. *Environment and Planning A*, 52(4), 691-694. <https://doi.org/10.1177/0308518X20922238>.



Salud mental salvadoreña Durante el período de distanciamiento social por la pandemia de **COVID-19**



Ana Sandra Aguilar de Mendoza