

Trastornos de la salud mental en personas sometidas a cuarentena, estudio transversal durante pandemia por COVID-19 en población chilena

DOMINGO PRIETO M.^{1,a}, JUAN DURÁN R.^{1,a}, NICOLÁS NÚÑEZ M.^{1,a}, IRIS DELGADO B.^{2,b}, VICENTE BRITO M.^{1,a}, MARIO ORDÓÑEZ C.^{1,a}, XIMENA AGUILERA S.^{2,c}, GUILLERMO GABLER^{1,3}

The effects of quarantine on anxiety and emotional symptoms. Results of an online survey

Background: Quarantines may exacerbate the presence of emotional symptoms or anxiety. **Aim:** To explore the relation between time spent in lockdown and development of depressive and anxiety symptoms. **Material and Methods:** A survey including the GAD anxiety and PHQ-9 depression scores was answered online by 1,488 subjects aged 36 ± 14 years (74% women), invited to participate through social networks. Both scores are validated for the Chilean population. **Results:** Most responders had a private health insurance system. Sixty seven percent had clinically significant depressive symptoms and 39% had anxiety symptoms. Spending four or more weeks of lockdown (quarantine) was associated with 1.6 times higher risk of developing depressive symptoms and 2.9 times higher risk of developing anxiety symptoms. Difficulties in access to health care increased 3.3 times the risk of developing depression. Suffering a respiratory disease increased 2.39 times the risk of developing anxiety. **Conclusions:** There was a direct association between depressive and anxious symptoms, and the time spent of quarantine.

(Rev Med Chile 2021; 149: 1723-1736)

Key words: COVID-19; Mental Health; Quarantine.

En el contexto de la pandemia por COVID-19 se han empleado numerosas estrategias con el fin de contener y mitigar esta emergencia sanitaria. Éstas contemplan el aislamiento de los casos, la búsqueda y cuarentena de los contactos, distanciamiento social y confinamiento comunitario¹. La cuarentena en su definición clásica es la restricción de movimiento que se aplica a las personas sanas que han estado expuestas a un caso contagiante, por un lapso equivalente al período de incubación². Mientras que las medidas de distanciamiento social con-

sideran la separación de al menos 1 metro entre personas, el cierre de los lugares donde hay mayor riesgo de transmisión debido a la aglomeración, (escuelas, teatros, centros comerciales, restaurantes), así como el impulso del teletrabajo, entre otros³. De estas medidas, la máxima expresión de la distancia social es la contención comunitaria, también denominada cuarentena masiva, en la cual se restringe la movilidad de comunidades completas⁴. Si bien la utilidad de la cuarentena en la prevención del contagio tiene base sólida en la literatura⁶, considerar sólo este aspecto, sin tomar

¹Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile.

²Centro de Epidemiología y Políticas de Salud, Facultad de Medicina- Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile.

³Departamento de Psiquiatría Clínica Alemana de Santiago. Santiago, Chile.

^aInterno Medicina.

^bPhD en Salud Pública.

^cMPH en Salud Pública.

Trabajo no recibió financiamiento.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido el 3 de septiembre de 2020, aceptado el 4 de agosto de 2021.

Correspondencia a:

José Domingo Prieto Matte
Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile.
jdomingoprietomatte@gmail.com

en cuenta el impacto psicológico en individuos⁷, parece un abordaje incompleto.

Respecto a la salud mental, existen numerosos estudios que asocian a síntomas de esta esfera con períodos prolongados de cuarentena⁸. Una revisión extensa de base de datos realizada por la *Social Science Research Network* (SSRN) en marzo de 2020 reveló una alta carga de problemas de salud mental en pacientes, cuidadores y profesionales de la salud sometidos a cuarentena por distintas causas. Se encontró principalmente problemas asociados al estrés, ansiedad, síntomas depresivos, irritabilidad y estigmatización social. Algunas series hablan de hasta 33% de status mental alterado⁹. Para el caso particular de epidemias como SARS, AH1N1 Influenza e Influenza Equina, existen estudios que revelan hasta 29% de síntomas depresivos, 34% de distrés psicológico inespecífico y sobre 50% de síntomas de ansiedad^{10,11}.

La mayoría de los estudios sobre salud mental y cuarentena fueron realizados en países de altos ingresos, principalmente de Europa y Norteamérica, con escasa evidencia de regiones de ingresos medianos y bajos⁷. Además, se han realizado principalmente sobre grupos de personas enfermas en aislamiento o en sus contactos que fueron puestos en cuarentena, y no sobre comunidades sanas sometidas a confinamiento masivo preventivo, como ha sido la práctica habitual en la actualidad⁸. Tampoco han explorado la relación entre la presencia de trastornos de salud mental y las características del confinamiento, como duración y adherencia individual a ésta¹²⁻¹⁴.

En Chile, en respuesta a la epidemia de COVID-19 se han adoptado una serie de medidas incluyendo el cierre de fronteras, la instauración del toque de queda (10PM-5AM) y el cierre de lugares públicos, entre otros. En materia de contención comunitaria se ha promovido la cuarentena voluntaria para toda la población, se ha decretado cuarentena obligada para los mayores de 80 años (posteriormente se agregaron los mayores de 75 años) y se ha decretado la cuarentena masiva en localidades seleccionadas según indicadores epidemiológicos y sociales¹⁵, impuesta de forma dinámica en el tiempo. Si bien existen recomendaciones de las principales entidades sanitarias con respecto al autocuidado en salud mental en tiempos de confinamiento^{16,17}, se requiere evidencia que permita aplicarlas de manera ajustada a la

situación chilena, basado en sus particularidades epidemiológicas.

En este contexto, el objetivo de esta investigación es medir la asociación entre el tipo de cuarentena (voluntaria/obligatoria) y su duración, con la presencia de síntomas depresivos o ansiosos en población chilena durante la primera etapa de la pandemia por COVID-19.

Metodología

Estudio analítico transversal, consistente en la aplicación de un cuestionario online a través de la plataforma Google Forms entre los días 1 y 14 de abril del año 2020. Este estudio fue difundido a personas entre 18 y 80 años de edad a través de las redes sociales. El instrumento aplicado fue una encuesta estructurada con 53 preguntas, incluyendo las escalas de depresión PHQ-9¹⁷ y GAD-7¹⁸. El resto de las variables se relacionan con las dimensiones: sociodemográficas, socioeconómicas; características de la cuarentena y factores de riesgo que incluyen la presencia de enfermedades crónicas, consumo de tabaco y alcohol.

La escala PHQ-9 es un instrumento validado en población chilena. Consta de 9 ítems que evalúan la presencia y gravedad de trastornos depresivos¹⁷. A su vez, el cuestionario GAD-7 incluye 7 preguntas para la pesquisa de sintomatología ansiosa¹⁸. Ambos instrumentos incluyen criterios del DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) y la temporalidad corresponde a las últimas 2 semanas. El formato de respuesta es: 0 = "nunca", 1 = "algunos días", 2 = "más de la mitad de los días" y 3 = "casi todos los días"¹⁹. Los criterios para establecer presencia y ausencia de riesgo de depresión se muestran en Figura 1 y Figura 2 respectivamente.

Un criterio de exclusión del estudio es la declaración de haber tenido una enfermedad mental certificada por un especialista, y que dicha enfermedad no estaba controlada antes del inicio de la pandemia. Por esta condición se excluyeron 80 personas (4,8%). Se excluyeron también 25 (1,5%) cuestionarios que no estaban completos y 93 (5,5%) que no tenían respuesta en la variable "tipo de pandemia" (obligatoria o voluntaria).

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo a través de frecuencias y estadísticas de tendencia central para

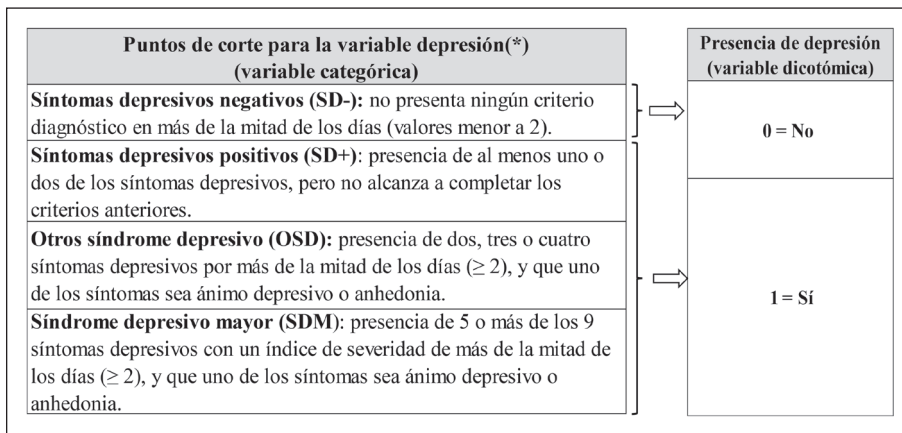
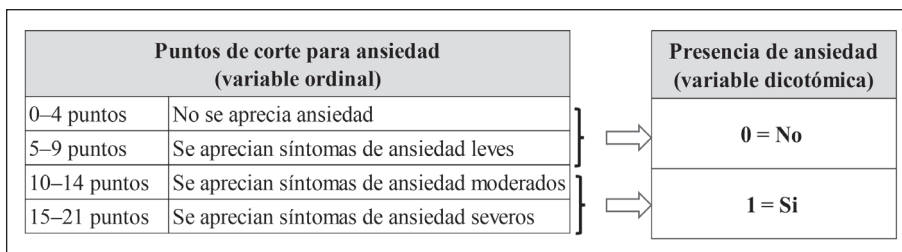


Figura 1. Algoritmo para la construcción de la variable presencia de Depresión (Escala PHQ-9).



las variables continuas. Para estudiar la asociación entre las variables depresión, ansiedad y cada una de las variables independientes se utilizaron tablas de contingencia y regresión logística univariada. Para estimar la probabilidad de presentar depresión o ansiedad con cada variable que resultó significativa en el análisis bivariado, se implementaron modelos de regresión logística multivariados con método “stepwise-forward”, uno para cada variable de salud mental respectivamente. Se trabajó con un error alfa de 5%, se construyeron IC 95% para los *odds ratio* (OR) y las prevalencias de depresión y ansiedad respectivamente. Los análisis se realizaron con el software SPSS (Illinois, USA) versión 25.0.

Aspectos éticos

La participación de los encuestados fue voluntaria y se utilizó un consentimiento informado para el uso de información con fines investigativos. Este proyecto respetó las normas éticas en base a la Declaración de Helsinki, actualizada en 2013 y cuenta con la aprobación del Comité de Ética Científico de Pregrado de la Facultad

de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo.

Resultados

El total de personas que entran al estudio es 1.448, equivalentes al 88,3% de los cuestionarios recibidos (1.686). El promedio de edad de los encuestados es 36,1 años, $DE \pm 14,4$ con una mediana de 31 años, el 73,8% son de sexo femenino y el 83,9% residen en la Región Metropolitana. El 29,4% de los encuestados son estudiantes. El 54,5% tenían un ingreso familiar mayor a 2 millones de pesos y 77,6% están afiliados a ISAPRE. En Tabla 1, se entrega la frecuencia absoluta y relativa de cada una de las variables incluidas en el cuestionario, ordenadas según dimensión. La Tabla 1 se debe ordenar.

Análisis salud mental

• Depresión

El 67,2% [95% IC: 64,2% - 69,3%] de los encuestados presentó riesgo de depresión.

Tabla 1. Distribución porcentual de todas las variables independientes incluidas en la encuesta

		n	%
Dimensión sociodemográfica			
Sexo	Hombre	390	26,2
	Mujer	1.098	73,8
	Total	1.488	100
Edad (años)	18-39	420	28,2
	25-29	252	16,9
	30-49	490	32,9
	50 o más	326	21,9
	Total	1.488	100
Región	Metropolitana	1.249	83,9
	Otra	239	16,1
	Total	1.488	100
Vive en sector oriente de Región Metropolitana	Sí	1.059	71,2
	No	429	28,8
	Total	1.488	100
Estado Civil	Casado(a) o en Unión civil	467	31,4
	Divorciado(a) separado(a)	124	8,3
	Soltero(a)	883	59,3
	Viudo(a)	14	0,9
	Total	1.488	100
Dimensión socioeconómica			
Actividad que realiza regularmente	Jubilado/pensionado	12	0,8
	Trabajador independiente	312	21,0
	Trabajador dependiente	572	38,4
	Cesante	155	10,4
	Estudiante	437	29,4
	Total	1.488	100
Ingreso mensual	No responde	3	0,2
	Menos de \$550.000	151	10,2
	Entre \$550.000 - \$900.000	124	8,3
	Entre \$900.000 - \$2.000.000	400	26,8
	Más de \$2.000.000	813	54,6
	Total	1.488	100
Sistema previsional de salud	FONASA	291	19,6
	Isapre	1.154	77,6
	Otros	43	2,9
	Total	1.488	100
Dimensión cuarentena			
Tipo de cuarentena	Voluntaria	753	50,6
	Obligatoria	735	49,4
	Total	1.488	100

Semanas de cuarentena	< 2	113	7,6
	2- 3	336	22,6
	3- 4	692	46,5
	> 4	347	23,3
	Total	1.488	100
Percepción de dificultades acceso a salud, durante cuarentena	Sí	255	42,7
	No	1.233	57,3
	Total	1.488	100
Forma de trabajo, durante cuarentena (excluyendo cesantes y jubilados)	Presencial	218	16,5
	Remoto/vía <i>online</i>	946	71,7
	Sin ocupación actual	156	11,8
	Total	1.320	100
Percepción de gastos, durante cuarentena	No responde	1	0,06
	Han aumentado	523	35,2
	No he notado cambios	522	35,1
	Han disminuido	442	29,7
	Total	1.488	100
Percepción de ingresos, durante cuarentena	No responde	1	0,06
	Han aumentado	24	1,6
	No he notado cambios	656	44,1
	Han disminuido	807	54,3
	Total	1.488	100
Opinión sobre cantidad de información recibida sobre COVID-19	Adecuada	799	53,7
	Más de la que quiero	562	37,8
	Menos de la que quiero	127	8,9
	Total	1.488	100
Dimensión factores de riesgo			
Enfermedades crónicas	Respiratorias	85	5,7
	Cardiovasculares	181	12,2
	Oncológicas o autoinmunes	23	1,5
	Ninguna	1.199	80,6
	Total	1.488	100
Consumo de alcohol	No	668	44,8
	Sí	820	55,1
	Total	1.488	100
Aumento del consumo de alcohol durante cuarentena (solo uncluidos "sí" consumo alcohol)	Sí	229	27,9
	No	591	72,1
	Total	820	100
Consumo de tabaco	Sí	427	28,7
	No	1.061	71,3
	Total	1.488	100
Aumento consumo de tabaco durante la cuarentena (solo incluidos "sí" consumo de tabaco)	Sí	119	27,9
	No	308	72,1
	Total	427	100

En Tabla 2A se muestra la distribución porcentual del tipo de síntoma depresivo. El 32,8% de los encuestados no presentó síntomas (SD-), mientras que un porcentaje similar (32,1%) presentó síntomas depresivos positivos (SD+). El 21,1% presentó riesgo de síndrome depresivo mayor.

Los resultados de cada ítem de la escala de depresión se muestran en Figura 3. La mayor gravedad se observa en los ítems 4 y 5. Aproximadamente, 38% señaló sentirse cansado o con poca energía más de la mitad o casi todos los días. Mientras, 20,2% mencionó que han tenido poco apetito o ha comido en exceso más de la mitad de los días y 23,1% casi todos los días.

En Tabla 3 se entregan resultados del análisis bivariado de todas las preguntas incluidas en la encuesta, según presencia de depresión. Entre las relaciones más relevantes, destaca el riesgo de 1,79 veces mayor de depresión en las mujeres

comparados con los hombres, con una gradiente de relación inversa con la edad.

En la dimensión cuarentena, resultan significativas con la presencia de depresión: el estar en cuarentena voluntaria; la cantidad de semanas en confinamiento y el trabajar de forma remota comparado con trabajo presencial. La variable que muestra mayor riesgo con la presencia de depresión es la percepción de dificultad de acceso a salud con un OR de 4 veces más riesgo. Respecto a la presencia de enfermedades crónicas, el tener una enfermedad respiratoria (EPOC o asma) tiene un riesgo 2,5 veces mayor de depresión comparado con no tener enfermedad crónica.

En el modelo multivariado de depresión se mantuvieron significativas 5 variables como predictores de depresión, controlando por el resto de las co-variables. Ser mujer tiene 2 veces más riesgo de depresión comparado con ser hombre. Las

Tabla 2A. Distribución porcentual de la presencia de depresión y distintas categorías

Categorías de depresión	n	%	IC 95%
Síntomas depresivos negativo (SD-)	488	32,8	(30,4-35,2)
Síntoma depresivo positivos (SD+)	477	32,1	(29,7-34,5)
Otros síntomas depresivos (OSD)	209	14,0	(12,2-15,8)
Síntomas depresivos mayor (SDM)	314	21,1	(19,0-23,2)
Total	1.488	100,0	---
Presencia de depresión	n	%	IC 95%
No	488	32,8	(30,6-39,9)
Sí	1.000	67,2	(64,2-69,3)

Tabla 2B. Distribución porcentual de la presencia de ansiedad y distintas categorías

Categorías de ansiedad	n	%	IC 95%
No ansiedad	249	16,7	(14,8-18,6)
Ansiedad leve	655	44,0	(41,5-46,6)
Ansiedad moderada	326	21,9	(19,8-24,0)
Ansiedad severa	258	17,3	(15,4-19,3)
Total	1.488	100,0	---
Presencia de ansiedad	n	%	IC 95%
No	904	60,8	(58,3-63,3)
Sí	584	39,2	(36,7-41,7)

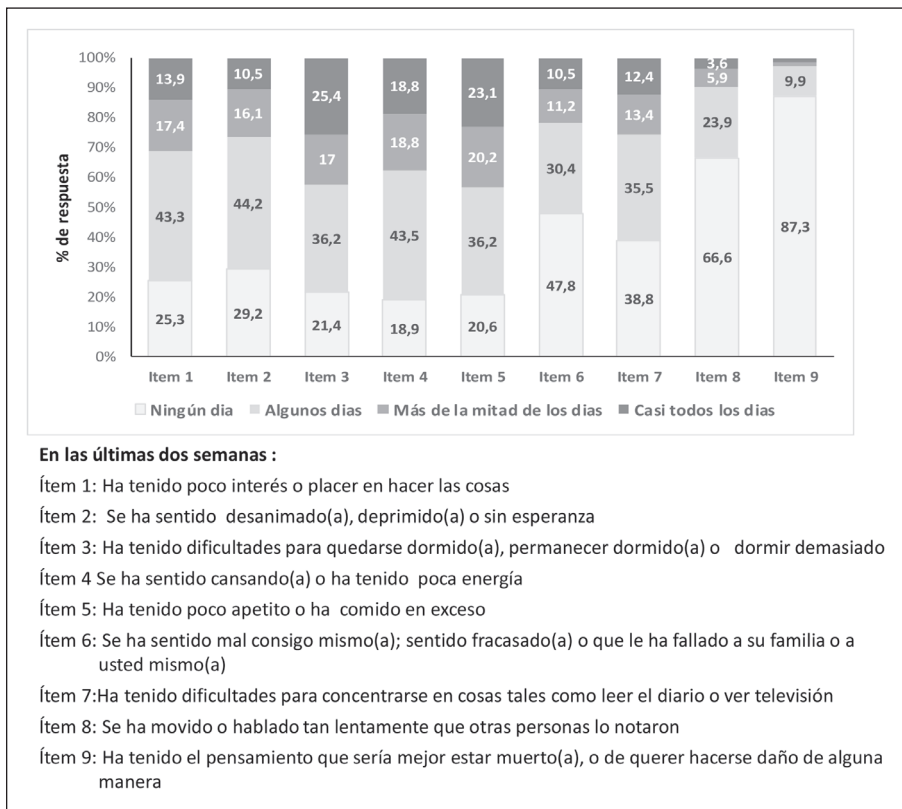


Figura 3. Distribución porcentual de los ítems de escala de depresión (PHQ-9).

Tabla 3. Prevalencia de la presencia de depresión según variables independientes y Odd ratio de presencia de depresión

Variables	Presencia de depresión			Odd ratio presencia de depresión			
	n	%	p*	Odd	IC 95%	p**	
Dimensión sociodemográfica							
Sexo	Hombre	224	57,4	< 0,001	1,00	..	..
	Mujer	776	70,7		1,79	(1,40-2,27)	< 0,001
Edad	>= 50 años	151	46,3	< 0,001	1,00	..	..
	18-24 años	350	83,3		5,79	(4,14-8,11)	< 0,001
	25-29 años	175	69,4		2,63	(1,87-3,72)	< 0,001
	30-49 años	324	66,1		2,26	(1,68-3,01)	< 0,001
Región en la que vive	Metropolitana	831	66,5	0,117	1,00	..	..
	Otra	169	70,7		1,21	(0,90-1,64)	0,208
Vive en sector oriente de R. Metropolitana	No	317	73,9	< 0,001	1,00	..	..
	Sí	683	64,5		0,64	(0,50-0,82)	
Estado civil	Divorciado	64	51,6	< 0,001	1,00	..	..
	Soltero	665	75,3		2,86	(1,95-4,2)	< 0,001
	Casado	263	56,3		1,21	(0,81-1,8)	0,349
	Viudo	8	57,1		1,25	(0,41-3,81)	0,695

Dimensión socioeconómica										
Actividad que realiza regularmente	Jubilado/pensionado(a)	5	41,7	< 0,001	1,00	..	..	
	T. independiente	169	54,2					1,65	(0,51-5,33)	0,399
	T. dependiente	354	61,9					2,27	(0,71-7,25)	0,165
	Cesante/no trabaja	111	71,6					3,53	(1,06-11,72)	0,039
	Estudiante	361	82,6					6,65	(2,056-21,51)	0,002
Ingreso mensual	Más de \$2.000.000	518	64	0,017	1,00	..	..	
	Menos de \$550.000\$	112	74,2					1,60	(1,09-2,4)	0,016
	\$550.000 - \$900.000	83	66,9					1,41	(0,76-1,7)	0,518
	900.000 - \$2.000.000	285	71,2					1,39	(1,39-1,81)	0,012
Sistema previsional de salud	ISAPRE	203	66,1	0,133	1,00	..	..	
	FONASA	763	69,8					1,18	(0,9-1,56)	0,239
Dimensión cuarentena										
Tipo cuarentena	Obligatoria	465	63,3	0,01	1,00	..	..	
	Voluntaria	535	71,0					1,43	(1,15-1,77)	0,01
Magnitud de la cuarentena (semanas)	Menos 2	60	53,1	< 0,001	1,00	..	..	
	Entre 2 y 3	204	60,7					1,37	(0,89-2,1)	0,155
	Entre 3 y 4	486	70,2					2,08	(1,39-3,12)	< 0,001
	Más de 4	250	67,2					2,28	(1,47-3,53)	< 0,001
Dificultad acceso salud durante cuarentena (solo los que tienen problema salud>)	No	198	57,9	0,01	1,00	..	..	
	Sí	216	84,7					4,02	(2,69-6,03)	< 0,001
Forma de trabajo durante cuarentena	Presencial	130	59,6	0,013	1,00	..	..	
	Remoto	655	69,2					1,52	(1,13-2,06)	0,007
	Sin ocupación	98	62,8					1,14	(0,75-1,75)	0,533
Percepción de gasto durante cuarentena	Han disminuido	273	61,8	< 0,001	1,00	..	..	
	No se observa cambios	341	65,3					1,17	(0,89-1,52)	0,252
	Ha aumentado	385	73,6					1,73	(1,31-2,27)	< 0,001
Percepción de ingresos durante cuarentena	Han aumentado	565	70,0	0,034	1,00	..	..	
	No he notado cambios	420	64,0					1,27	(0,56-2,91)	0,570
	Han disminuido	14	58,3					1,67	(0,73-3,81)	0,225
Opinión sobre cantidad de información recibida acerca de pandemia	Adecuada	497	62,2	1,00	..	..	..
	Más de la que quiero	404	71,9					0,47	(0,30-0,73)	< 0,001
	Menos de la que quiero	99	78,0					0,72	(0,46-1,14)	0,166
Dimensión factores de riesgo										
Enfermedades crónicas	Ninguna	785	65,5	0,008	1,00	..	..	
	Inmunol./oncol.	16	69,6					1,21	(0,49-2,95)	0,83
	Cardiovascular	129	71,3					1,31	(0,93-1,84)	0,125
	Respiratorias	70	82,4					2,46	(1,39-4,35)	0,002
Consumo de tabaco permanente	No	728	64,9	0,001	1,00	..	..	
	Sí	268	74,0					1,54	(1,18-2)	0,001
Aumento de tabaquismo durante cuarentena (solo incluidos "sí" consumo de tabaco)	No	190	77,3	0,001	1,00	..	..	
	Sí	92	61,7					1,86	(0,99*-3,46)	0,05
Consumo de alcohol permanente	Sí	530	65,0	0,28	1,00	..	..	
	No	466	69,8					1,25	(1,00-1,55)	
Aumento consumo de alcohol (solo incluidos "sí" consumo alcohol)	No	183	56,5	< 0,001	1,00	..	..	
	Sí	229	74,1					1,49	(1,26-1,76)	0,003

*Valor de p de test de independencia: Chi cuadrado o Fisher, según corresponda. **Valor de p del *odd ratio*.

personas de 18-24 años, mostraron hasta 5 veces más riesgo de presentar depresión comparado con los \geq a 50 años. La duración del confinamiento también se asocia con el riesgo de depresión, siendo significativa desde las 3 o más semanas en cuarentena. Destaca la magnitud del OR de 3,34 veces más riesgo de depresión en las personas que declaran no tener acceso a salud durante la pandemia comparados con los que señalan que sí tienen acceso (Tabla 4).

• Ansiedad

La prevalencia de riesgo de ansiedad es 39,2% (IC95: 36,7 - 41,7). La Tabla 2B muestra la distribución porcentual según riesgo de ansiedad y los distintos valores de la variable categórica.

Los resultados de cada ítem de la escala de ansiedad se muestran en Figura 4. Destaca que el 58% de los encuestados señalan que han tenido miedo de que algo terrible puede pasar al menos más de la mitad de los días de la semana (ítem 7).

Los resultados del análisis bivariado para la presencia de ansiedad son bastante similares a los de depresión (Tabla 5). Respecto a los resultados de ansiedad, se acentúa la gradiente del riesgo según nivel de ingreso. Esta situación es consistente con el modelo multivariado, en el que se evidencia

cerca de 1,9 veces más riesgo de presentar ansiedad para las personas con un ingreso familiar menor a 500.000 pesos, comparado con los de familias de más de 2 millones de pesos de ingreso, controlando por todas las covariables. Por su lado, las variables sexo; edad; magnitud de cuarentena y percepción de dificultad de acceso a salud también se mantienen significativas. Se asocia con mayor ansiedad el tener una enfermedad crónica respiratoria con un *ODD ratio* de 2,4 (Tabla 6).

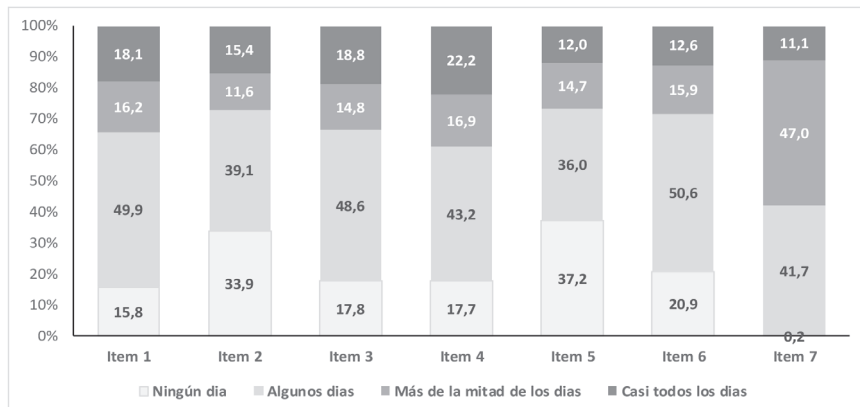
Discusión

Este estudio estimó que de los encuestados sometidos a cuarentena 67,2% presentaba síntomas de depresión, y 39,2% síntomas de ansiedad. Los factores asociados a ambos tipos de sintomatología fueron: sexo femenino, jóvenes entre 18 y 24 años, la presencia de enfermedad crónica (cardiovascular, inmunosupresión, y respiratoria), y el haber permanecido dos o más semanas en cuarentena. Los tres primeros fueron los factores con asociación más potente. Con respecto a los factores asociados significativamente y únicamente a síntomas depresivos fueron: hábito tabáquico, percepción de aumento de gastos y obligatoriedad

Tabla 4. Modelo logístico multivariado para depresión

Variables		Modelo para depresión		
		OR	IC 95%	p*
Sexo	Hombre	1,00	..	..
	Mujer	2,08	(1,32 - 3,29)	0,002
Edad	\geq 50 años	1,00	..	..
	30-49 años	1,85	(1,16 - 2,95)	< 0,001
	25-29 años	2,13	(1,13 - 4,07)	0,019
	18-24 años	5,01	(2,75 - 9,14)	< 0,001
Magnitud cuarentena (semanas)	Menos 2	1,00	..	..
	Entre 2 y 3	1,23	(0,77 - 1,97)	0,38
	Entre 3 y 4	1,66	(1,07 - 2,57)	0,023
	Más de 4	1,64	(1,02 - 2,64)	0,041
Percepción de dificultad de acceso a salud durante la pandemia	No	1,00	..	..
	Sí	3,34	(2,18 - 5,13)	< 0,001
Tabaquismo permanente	No	1,00	..	..
	Sí	1,78	(1,13 - 2,81)	0,013
Constante		0,00		

*Valor de p del *odd ratio*.

**En las últimas dos semanas :**

Ítem 1: Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta

Ítem 2: No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación

Ítem 3: Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes

Ítem 4: Ha tenido dificultad para relajarse

Ítem 5: Se ha sentido tan inquieto(a) que no se ha podido quedar quieto(a)

Ítem 6: Se ha molestado o irritado fácilmente

Ítem 7: Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar

Figura 4. Distribución porcentual de los ítems de escala de Ansiedad (GAD-7).

Tabla 5. Prevalencia de la presencia de ansiedad según variables independientes y Odd ratio de presencia de ansiedad (modelo univariado)

Variables		Presencia de ansiedad			Modelo para ansiedad		
		n	%	p*	OR	IC 95%	p**
Dimensión sociodemográfica							
Sexo	Hombre	127	32,6	0,001	1,00	..	..
	Mujer	457	41,6				< 0,001
Edad	>= 50 años	80	24,5	< 0,001	1,00	..	..
	18-24 años	195	46,4		2,67	(1,94-3,66)	< 0,001
	25-29 años	110	43,7		2,38	(1,67-3,34)	< 0,001
	30-49 años	199	40,6		2,10	(1,54-2,87)	< 0,001
Región en la que vive	Metropolitana	476	38,1	0,024	1,00	..	..
	Otra	108	45,2		1,34	(1,01-177)	0,040
Vive en sector oriente de R. Metropolitana	No	198	46,2	< 0,001	1,00	..	..
	Sí	386	36,4		0,67	(0,53-0,84)	
Estado civil	Divorciado	34	27,4	< 0,001	1,00	..	..
	Soltero	388	43,9		1,37	(0,88-2,20)	0,16
	Casado	159	34,0		0,72	(0,19-2,75)	0,63
	Viudo	3	21,4		2,07	(0,43-0,85)	< 0,001

Dimensión socioeconómica							
	T. independiente	93	29,8	< 0,001	1,00	..	..
	T. dependiente	225	39,3		1,53	(1,142-0,05)	0,01
	Cesante/no trabaja	75	48,4		2,21	(1,48-3,29)	< 0,001
	Estudiante	191	43,7		1,83	(1,34-2,49)	< 0,001
Ingreso mensual	Más de \$2.000.000	266	32,8	< 0,001	1,00	..	..
	Menos de \$550.000	83	55,0		2,50	(1,76-3,55)	< 0,001
	\$550.000 - \$900.000	52	45,2		1,48	(1,00-2,17)	0,047
	900.000 - \$2.000.000	181	41,9		1,69	(1,32-2,16)	< 0,001
Sistema previsional de salud	ISAPRE	419	36,3	<0,001	1,00	..	..
	FONASA	144	49,5		1,62	(1,33-2,23)	< 0,001
Dimensión cuarentena							
Tipo cuarentena	Obligatoria	267	36,3	0,013	1,00	..	..
	Voluntaria	317	42,1		1,27	(1,03-1,57)	0,023
Magnitud de la cuarentena (semanas)	Menos 2	33	29,2	< 0,001	1,00		
	Entre 2 y 3	108	32,1		1,15	(0,72-1,83)	0,560
	Entre 3 y 4	287	41,5		1,72	(1,11-2,65)	0,014
	Más de 4	156	45,0		1,98	(1,25-3,13)	0,030
Dificultad acceso salud durante cuarentena	No	130	38,0	< 0,001	1,00	..	..
	Si	148	58,0		2,26	(1,62-3,14)	< 0,001
Forma de trabajo durante cuarentena	Presencial	74	33,9	0,235	1,00	..	..
	Remoto	377	39,9		1,29	(0,95-1,76)	0,107
	Sin ocupación	57	36,5		1,12	(0,73-1,72)	0,604
Percepción de gasto durante cuarentena	Han aumentado	253	48,4	< 0,001	1,00	..	..
	No se observa cambios	175	33,5		0,93	(0,72-1,22)	0,615
	Han disminuido	155	35,1		1,74	(1,34-2,25)	< 0,001
Percepción de ingresos durante cuarentena	Han aumentado	9	37,5	< 0,001	1,00	..	..
	No he notado cambios	216	32,9		,818	(0,35-1,90)	0,641
	Han disminuido	358	44,4		1,33	(0,56-3,07)	0,506
Opinión sobre cantidad de información recibida acerca de pandemia	Adecuada	275	34,4	< 0,001	1,00	..	..
	Más de la que quiero	255	45,4		0,71	(0,49-1,04)	
	Menos de la que quiero	54	42,5		1,12	(0,76-1,66)	
Dimensión factores de riesgo							
Enfermedades crónicas	Ninguna	450	37,5	0,023	1,00	...	...
	Inmunol./oncol.	13	56,5		2,16	(0,94-4,98)	0,069
	Cardiovascular	79	43,6		1,29	(0,94-1,77)	0,115
	Respiratorias	42	49,4		1,63	(1,05-2,53)	0,031
Consumo de tabaco permanente	No	430	38,4	0,141	1,00	..	..
	Sí	151	41,7		1,15	(0,90-1,46)	0,256
Aumento de tabaquismo durante cuarentena (solo incluidos "sí" consumo de tabaco)	No	51	45,4	0,009	1,00	..	..
	Sí	100	32,5		2,47	(1,43-4,25)	< 0,001
Consumo de alcohol permanente	Sí	292	43,7	0,001	1,00	..	..
	No	289	35,4		1,73	(1,12-2,66)	0,013
Aumento consumo de alcohol (solo uncluidos "sí" consumo alcohol)	No	91	28,1	< 0,001	1,00	..	..
	Sí	131	42,4		1,373	(1,16-1,62)	< 0,001

* Valor de p de test de independencia: Chi cuadrado o Fisher, según corresponda. ** Valor de p del ODD ratio.

Tabla 6. Modelo logístico multivariado para ansiedad

Variables		Modelo para ansiedad		
		Odd ratio	IC 95%	p
Sexo	Hombre	1,00	..	..
	Mujer	1,77	(1,15 - 2,74)	0,01
Edad	>= 50 años	1,00	..	..
	30-49 años	1,70	(1,05 - 2,74)	0,001
	25-29 años	2,48	(1,33 - 4,59)	0,004
	18-24 años	2,39	(1,41 - 4,06)	0,029
Ingreso mensual	Más de \$2.000.000	1,00	..	..
	Menos de \$550.000	1,87	(1,07-3,68)	0,048
	\$550.000 - \$900.000	0,83	(0,42-1,64)	0,590
	900.000 - \$2.000.000	1,42	(0,98-2,25)	0,091
Magnitud cuarentena (semanas)	Menos 2	1,00	..	..
	Entre 2 y 3	1,78	(0,815 - 3,89)	0,145
	Entre 3 y 4	2,91	(1,41 - 6,04)	0,004
	Más de 4	2,92	(1,35 - 6,33)	0,006
Percepción de dificultad de acceso a salud durante la pandemia	No	1,00	..	..
	Sí	1,52	(1,05 - 2,21)	0,026
Enfermedades crónicas	Ninguna/otra	1,00	..	..
	Inmunológicas/oncológicas	1,91	(0,59-6,16)	0,28
	Cardiovascular	1,49	(0,87-2,54)	0,14
	Respiratorias	2,39	(1,02-5,59)	0,04
Constante		0,00		

*Valor de p del *ODD ratio*.

de cuarentena. Por su lado, los factores asociados significativamente sólo a síntomas ansiosos fueron: aumento de consumo de tabaco, desempleo/sin ocupación y afiliados a FONASA.

Un estudio nacional del 2002 de prevalencia de depresión de Vicente et al²⁰, describe que 4,6% de la población ha padecido un trastorno depresivo mayor o distimia, mientras que más de 17% ha padecido trastorno ansioso, ambos durante los últimos 6 meses. Por su parte, la encuesta nacional de salud (ENS) en 2018²¹ señala una prevalencia de 6,2% de depresión. Usando aquellas cifras como referentes de la prevalencia a nivel nacional, resaltan las cifras comparativamente mayores encontradas en el presente estudio. Cabe mencionar, sin embargo, que el instrumento de medición usado en aquellos estudios permite realizar formalmente el diagnóstico de depresión mediante la entrevista diagnóstica internacional compuesta (CIDI); mientras, el presente estudio

pretende definir un riesgo significativo mediante las escalas PHQ-9 y GAD-7.

A pesar de lo anterior, hay evidencia de correlación estadística tanto entre las escalas CIDI y PHQ-9²², como entre y CIDI y GAD-7²³. Aquello permite razonablemente una comparación entre aquellos estudios y el presente.

En la literatura se señalan factores de riesgo asociados a sintomatología depresiva o ansiosa en situación de cuarentena, cada uno de estos aplicado bajo contextos y sobre poblaciones particulares^{8,9}.

En función de lo anterior, nuestro estudio incluyó 28 variables que podrían identificar potenciales factores asociados a sintomatología depresiva o ansiosa en situación de cuarentena, basado en los hallazgos descritos en literatura previa (a excepción de la variable de obligatoriedad del confinamiento^{8,9,24}). Se encontró asociación significativa en 18 de ellos.

De las 18 variables, al compararlas con resultados con investigaciones similares, podemos establecer ciertas observaciones. Primero, el sexo femenino y el tramo de edad más joven (18-35 años) son aquellos grupos de más riesgo de desarrollar sintomatología depresiva o ansiosa, resultado concordante con la literatura internacional^{12,13}. Segundo, pudimos establecer una relación directamente proporcional entre la cantidad de tiempo bajo cuarentena y sintomatología depresiva y ansiosa. Esta última variable, no fue considerada por los estudios citados^{12,13,14}, y decidimos incluirla como el objetivo principal de este trabajo, debido a la relevancia de este factor en el desarrollo de sintomatología ansioso-depresiva; demostrada sólo en estudios descriptivos de personas sometidas a cuarentena individual y no de carácter poblacional preventiva.

Nuestro estudio tiene ciertas limitantes. Dado el contexto sanitario adverso en que se desarrolló, se tomó la decisión de optar por una estrategia de difusión por redes sociales, por lo que sólo personas con acceso a internet y un dispositivo electrónico (computadora, Smartphone, entre otros) tenían oportunidad de acceder a nuestra encuesta. Por lo tanto, la muestra fue por intención y no probabilística. Lo anterior explica la obtención de una cantidad proporcionalmente mayor de individuos jóvenes, trabajadores y estudiantes de un segmento de población acomodada, donde destaca la elevada proporción de beneficiarios de ISAPRE, con un ingreso familiar alto, siendo más del 50% sobre los 2 millones de pesos mensuales.

En conclusión, este estudio identificó que mientras mayor es el tiempo de la cuarentena realizada, mayor es el riesgo de desarrollo de sintomatología depresiva y ansiosa según escalas clínicamente validadas. Además, se identificaron factores de riesgo sociodemográficos, económicos, de salud y consumo de sustancias asociados a estos mismos trastornos durante la realización de cuarentena durante la pandemia de COVID-19. El reconocimiento de estos podría ser de utilidad para identificar población en riesgo de padecer trastornos ansiosos o depresivos, pudiendo dirigirse intervenciones preventivas y terapéuticas con especial énfasis en aquellas personas que tienen los factores antes mencionados.

Referencias

1. Wilder-Smith A, Chiew C, Lee V. Can we contain the COVID-19 outbreak with the same measures as for SARS? *Lancet Infect Dis.* 2020; 20 (5): e102-e107.
2. Cetron M, Simone P. Battling 21st-century scourges with a 14th-century toolbox. *Emerg Infect Dis.* 2004; 10 (11): 2053-4.
3. Sutton H. CDC issues COVID-19 guidelines for law enforcement personnel. *Campus Secur Rep.* 2020; 17 (1): 9-9.
4. Wilder-Smith A, Freedman D. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *J Travel Med.* 2020; 27 (2).
5. Nussbaumer-Streit B, Mayr V, Dobrescu AI, Chapman A, Persad E, Klerings I, et al. Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020; 4 (4): CD013574.
6. Tognotti E. Lessons from the history of quarantine, from plague to influenza A. *Emerg Infect Dis.* 2013; 19 (2): 254-9.
7. Bensimon C, Upshur R. Evidence and effectiveness in decisionmaking for quarantine. *Am J Public Health.* 2007; 97 (Suppl 1): 44-8.
8. Brooks S, Webster R, Smith L, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet.* 2020; 395 (10227): 912-20.
9. Hossain M, Sultana A, Purohit N. Mental Health Outcomes of Quarantine and Isolation for Infection Prevention: A Systematic Umbrella Review of the Global Evidence. *SSRN Electron J.* 2020; (03).
10. Huremović D. Mental Health of Quarantine and Isolation. En: Huremović D, Editor, *Psychiatry of Pandemics A Mental Health Response to Infection Outbreak.* Nueva York, Estados Unidos: Springer Nature Switzerland AG; 2019; 100-4.
11. Taylor M, Agho K, Stevens G, Raphael B. Factors influencing psychological distress during a disease epidemic: data from Australia's first outbreak of equine influenza. *BMC Public Health.* 2008; 8: 347.
12. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho C, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17 (5): 1729.
13. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, de-

- pressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Res.* 2020; 288: 112954.
14. Roy D, Tripathy S, Kar S, Sharma N, Verma S, Kaushal V. Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian J Psychiatr.* 2020; 51: 102083.
 15. Resolución número 215 del Ministerio de Salud, Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 30 de marzo de 2020. (<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/03/Diario-Oficial-30-de-marzo.pdf>)
 16. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2020. Guía Práctica de Bienestar Emocional: Cuarentena en Tiempo de COVID-19. Mesa Técnica de Salud Mental en la Gestión del Riesgo de Desastres MINSAL (https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/04/2020.04.12_GUIA-PRACTICA-CUARENTENA-EN-TIEMPO-DE-COVID19_final.pdf)
 17. Baader T, Molina J, Venezian S, Rojas C, Farías R, Fierro-Freixenet C, et al. Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Rev Chil Neuropsiquiatr.* 2012; 50 (1): 10.
 18. Spitzer R, Kroenke K, Williams J, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The gad-7. *Arch Intern Med.* 2006; 166 (10): 1092-7.
 19. Arlington VA. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition. American Psychiatric Association 1994.
 20. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECPP). *Rev Med Chile* 2002; 130 (5): 527-36.
 21. MINSAL (2019), Segundos resultados de ENS 2016-2017. Recuperado el 10 de diciembre de 2020 de: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/01/2%C2%BA-Resultados_ENS_DEPTO.EPIDEMIOLOGIA.MINSAL.14.01.2019.pdf.
 22. Saldivia S, Aslan J, Cova F, Vicente B, Inostroza C, Rincón P. Propiedades psicométricas del PHQ 9 (Patient Health Questionnaire) en centros de atención primaria de Chile. *Rev Med Chile* 2019; 147 (1): 53-60.
 23. Wittchen HU. Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *J Psychiatr Res* 1994; 28 (1): 57-84.
 24. 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): 1206-12.