



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 24 No. 2

Junio de 2021

SÍNTOMAS DE ANSIEDAD, COMPORTAMIENTO OBSESIVO-COMPULSIVO Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DURANTE EL AISLAMIENTO SOCIAL POR COVID-19

Aldo Azael Rojas-Salazar¹ y Juan Carlos Mazón Sánchez²
Universidad Justo Sierra
México

RESUMEN

Una de las principales medidas sanitarias emitidas en México y el mundo para disminuir la tasa de contagios por el virus SARS-CoV-2 ha sido el aislamiento social, condición que podría asociarse con la aparición de síntomas ansiosos, obsesivo-compulsivos y a otros trastornos relacionados, especialmente en aquellas personas que utilizan estrategias de afrontamiento desadaptativo ante el estrés. Por ello, se presenta un estudio correlacional cuyo objetivo fue evaluar la asociación entre ansiedad, comportamientos obsesivo-compulsivos y estilos de afrontamiento ante el estrés durante la pandemia por COVID-19. Participaron en esta investigación 328 adultos mexicanos que se encontraron en diferentes niveles de aislamiento social. Para la evaluación, se utilizó una batería psicométrica compuesta por tres instrumentos: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Inventario Obsesivo Compulsivo Versión Revisada (OCI-R) y el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE). La batería se aplicó de manera virtual a los participantes, los cuales fueron seleccionados por un muestreo no probabilístico por conveniencia durante el periodo más crítico de contagio dictaminado hasta ese momento por las autoridades sanitarias (del 8 mayo al 1º de junio de 2020). Los resultados

¹ Profesor de Asignatura de la Carrera de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Correo electrónico: aldo.rojas@iztacala.unam.mx
ORCID: 0000-0002-4500-7420

² Profesor de Carrera de Tiempo Completo. Universidad Justo Sierra. Correo electrónico: jcmazon@ujsierra.com.mx ORCID: 0000-0003-0427-9021

mostraron asociaciones significativas tanto positivas como negativas revelando que los síntomas ansiosos y obsesivo-compulsivos aumentan contingentemente al empleo de afrontamiento desadaptativo y disminuyen en función del uso de estrategias de afrontamiento adaptativo. Ansiedad y comportamiento obsesivo-compulsivo guardan relaciones positivas y significativas.

Palabras clave: aislamiento social, COVID-19, ansiedad, afrontamiento, comportamiento obsesivo-compulsivos.

ANXIETY SYMPTOMS, OBSESSIVE-COMPULSIVE BEHAVIOR AND COPING STRATEGIES THROUGHOUT SOCIAL ISOLATION DURING COVID-19

ABSTRACT

The main approach of sanitary measurements in Mexico and around the world to reduce the rate of infections due to SARS-CoV-2 virus has been social isolation, a condition that could be linked to the onset of anxious, obsessive-compulsive symptoms and other related disorders, distinctly in population who have maladaptive coping styles facing stress. Herein a correlational study is presented whose objective was to evaluate the association between anxiety, obsessive-compulsive behavior, and coping styles facing stress in the course of COVID-19 pandemic. The investigation included 328 Mexican adults at different levels of social isolation. The assessment used a psychometric battery integrated by three tests: Beck Anxiety Inventory (BAI), Obsessive Compulsive Inventory-Revised (OCI-R) and The Coping Strategies Questionnaire (CSQ). The instruments were applied through virtual examination, the participants were selected by a non-probabilistic convenience sampling during the most critical period of contagion ruled up to that moment by the health authorities (May 8th to June 1st 2020). Results showed significant association positive and negative, letting out that anxious and obsessive-compulsive symptoms increased contingently to maladaptive coping and lessened the use of adaptive coping. Anxiety and obsessive-compulsive behavior hold positive and significant connection.

Keywords: social isolation, COVID-19, anxiety, coping, obsessive-compulsive behavior.

La COVID-19 es una enfermedad generada por el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2), el cual produce síntomas parecidos a los de la gripe incluyendo fiebre, tos, sensaciones de fatiga, disnea (dificultad para respirar), mialgia (dolor muscular), así como pérdida de olfato y del gusto que en

casos graves puede producir patologías tales como neumonía, síndrome respiratorio agudo, sepsis y choque séptico con un alto riesgo de muerte (Pérez-Abreu, Gómez-Tejeda y Dieguez-Guach, 2020).

En diciembre de 2019, la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020a), reportó la presencia de este tipo de coronavirus en la ciudad de Wuhan, China. Esta situación llamó fuertemente la atención de los gobiernos internacionales, principalmente porque representó la aparición de una cepa de coronavirus no identificada, por ser altamente contagiosa y por mostrar un tipo de letalidad alarmante sobre todo en grupos vulnerables que presentan enfermedades crónicas y complicaciones médicas como obesidad, hipertensión, diabetes mellitus y cáncer (Valdés, 2020).

Por su nivel de contagio, la COVID-19 se expandió rápida y exponencialmente por toda China, Europa y América en el primer trimestre del año 2020. Siendo así, el 11 de marzo la fecha en la que la OMS declaró oficialmente que el brote de la enfermedad causada por el SARS-CoV-2 sería considerada una pandemia con 118 000 casos en 114 países y 4 291 personas fallecidas hasta ese momento (OMS, 2020a).

Ante la emergencia sanitaria, los gobiernos de todos los países iniciaron una serie de estrategias para hacer frente a los retos que este virus generó en materia económica, social, política, educativa y por supuesto de salud pública.

De manera particular en México, el 18 de marzo de 2020 fue la fecha en la que oficialmente las autoridades federales (Gobierno de México, 2020a) reportaron el primer caso positivo de COVID-19. Poco tiempo después, el gobierno mexicano a través de la Secretaría de Salud (2020) realizó un Plan de Preparación y Respuesta elaborado por el Comité Nacional para la Seguridad en Salud llamada Jornada Nacional de Sana Distancia, que consistió en las siguientes medidas de contención epidémica y mitigación comunitaria:

- 1) Distanciamiento social, que señala la separación entre personas de al menos 1.5 metros;
- 2) lavado frecuente de manos, lo cual sugiere la higiene de manos durante al menos 30 segundos con jabón líquido o en su defecto con alcohol en gel al 70%;
- 3) etiqueta respiratoria, que implica la consideración entre personas al toser o

estornudar dirigiendo su boca al ángulo interno del codo; 4) saludo a distancia que indica presentarse y despedirse de otras personas sin estrechar las manos, dar abrazos o besos en la mejilla o la boca y finalmente; 5) la recuperación efectiva que sugiere el aislamiento de las personas en sus domicilios en caso de presentar síntomas respiratorios como fiebre o tos.

Adicionalmente, la Secretaría de Salud (2020), emitió diversas recomendaciones que estimularon el aislamiento social de la población sobre todo en el periodo de marzo a junio de 2020, periodo en el que los medios de comunicación reportaron que sería el más grave, debido a la presentación inminente del pico epidémico de contagios.

Dadas las condiciones de emergencia sanitaria en México, a partir del día 23 de marzo se suspendieron todas las actividades no esenciales, se limitaron las concentraciones de grupos mayores a 10 personas, se limitó al máximo la actividad del sector público, se detuvieron las actividades escolares en todos los niveles educativos, se cerraron los museos, centros recreativos y culturales, zonas arqueológicas, teatros, restaurantes y bares. Todas estas acciones generaron que cientos de miles de mexicanos entraran en un periodo de cuarentena indefinida que rápidamente provocó estragos importantes, no solo a la salud física, sino también a la salud mental de la población (Gobierno de México, 2020).

A propósito de la salud mental, Brooks, Webster, Smith, Brooks, Woodland, Wessely y Rubin (2020), señalan que esta puede verse severamente afectada durante una crisis epidemiológica como la de COVID-19, principalmente por las medidas de aislamiento, la restricción de la movilidad, la disminución en el contacto físico directo, la separación de los seres queridos, la pérdida de la libertad, la incertidumbre respecto al estado de la enfermedad, la fatiga por compasión en los profesionales de la salud, los duelos complicados y el aburrimiento.

Aparentemente, el miedo, la preocupación y el estrés son respuestas normales en momentos en los que la población se enfrenta a la incertidumbre, a lo desconocido o a situaciones de cambios o crisis. Según la OMS/OPS (2020) es normal y comprensible que la gente experimente estos sentimientos en el contexto de una pandemia como la de COVID-19.

En este contexto, es importante destacar que las medidas de contención para reducir la progresión de la pandemia como el aislamiento social, la sana distancia y el lavado frecuente de manos, podrían aumentar el riesgo de desarrollar síntomas graves de estrés, ansiedad e incluso comportamientos obsesivo-compulsivos, especialmente los asociados a la limpieza excesiva, los pensamientos recurrentes de suciedad, contaminación y miedo obsesivo por enfermarse (Prestia, Pozza, Olcese, Escelsior y Dettore, 2020).

Durante un evento altamente estresante como lo es el aislamiento social por COVID-19, se ha sugerido que la población clínica y no clínica podría verse afectada por la aparición o empeoramiento de síntomas asociados a la ansiedad y al espectro obsesivo-compulsivo. Especialmente porque el encierro, el peligro inminente de enfermarse, así como la posibilidad de contagiar o ser contagiado a través del contacto físico con personas u objetos, podría estimular conductas ansiosas, de vigilancia obsesiva a síntomas relacionados con la enfermedad y compulsiones de limpieza para protegerse del virus; lo cual se asocia con grandes alteraciones psicosociales (Debanjan, 2020; Fineberg, Van Ameringen, Drummond, Hollander, Stein, Geller y Dell'Oso, 2020; Ramirez-Ortiz, Castro-Quintero, Lerma-Córdoba, Yela-Ceballos, Escobar-Córdoba, 2020).

A lo largo de los meses siguientes a la aparición del nuevo virus, algunas investigaciones han documentado el impacto que han tenido las medidas de contención en la salud mental de la población. Prestia, Pozza, Olcese, Escelsior y Dettore (2020) realizaron una investigación para documentar esta situación en un grupo de pacientes italianos diagnosticados con Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC). Los autores realizaban un proceso de intervención para disminuir los síntomas de TOC antes de que comenzara la epidemia de SARS-CoV-2, por lo que contaban con evaluaciones precisas de la situación de su grupo de pacientes. Seis semanas después del inicio de la epidemia, los autores los volvieron a evaluar. Sus resultados mostraron un incremento significativo en los síntomas asociados a los pensamientos obsesivos y a las conductas compulsivas, relacionadas al miedo de contagiarse del nuevo virus.

En otra investigación (Storch, Sheu, Guzick, Schneider, Cepeda, Rombado, Gupta, Hoch y Goodman, 2021), se contactó vía correo electrónico a una muestra de especialistas en salud mental, contando con un total de participación de 137 psicólogos y psiquiatras norteamericanos. Todos estaban registrados como clínicos especialistas en salud mental. El objetivo del estudio fue conocer su percepción sobre la situación de sus pacientes con diagnóstico de TOC durante la epidemia sanitaria de 2020 (los datos se recogieron entre julio y agosto). Los médicos estimaron que el 38% de sus pacientes empeoraron sus síntomas durante la contingencia sanitaria, mientras que un 47% no observaron cambios significativos. Los dos elementos que se relacionaban con una mayor afectación de los síntomas fueron el tener angustia debido a temas financieros y haber atravesado por contagios de COVID-19.

En otro estudio, Littman, Naftalovich, Huppert y Kalanthroff (2020), aplicaron cuestionarios en línea a una muestra de 65 pacientes diagnosticados con TOC, de nacionalidad israelí. El cuestionario incluía escalas de ansiedad, depresión y algunos reactivos asociados a sus síntomas de TOC. Los datos fueron recolectados durante marzo y abril de 2020, momento de mayores restricciones en ese país. Los resultados mostraron que 21 de los participantes señalaron tener una mejora de sus síntomas durante la cuarentena, 22 personas señalaron que habían empeorado, y 23 no reportaron cambios. En el caso de los que reportaban una mayor afectación, los análisis mostraron que el nivel de ansiedad podía explicar este cambio. Sin embargo, la depresión no parecía tener un impacto significativo en la salud de los participantes.

Por otro lado, Matsunaga, Mukai y Yamanishi (2020), realizaron un estudio con 60 pacientes con diagnóstico de TOC, que acudían a una clínica de salud mental en Japón. Del total, 40% de ellos, mostraban una remisión significativa de los síntomas asociados al trastorno.

Como todos los participantes habían sido atendidos en la clínica, los autores contaban con evaluaciones sobre el nivel de afectación de sus síntomas antes de la pandemia. Los participantes del estudio acudieron por emergencia a la clínica durante un momento de máxima propagación del virus, por lo que fue posible

evaluar sus síntomas en esos momentos. Los datos fueron recabados entre abril y mayo de 2020. Los resultados mostraron que las conductas de lavado de manos y de limpieza se habían incrementado significativamente entre los participantes. Sin embargo, sólo el 10% de la muestra mostró un incremento significativo de la gravedad de sus síntomas.

Finalmente, Pan, Kok, Eikelenboom, Horsfall, Jörg, Luteijn, Rhebergen, van Oppen, Giltay y Penninx (2021), reportaron los resultados de un estudio amplio realizado con población holandesa durante abril y mayo de 2020. La muestra estuvo constituida con personas con algún sintoma de depresión, ansiedad o TOC (n=1181) y sin síntomas clínicos de salud mental (n=336). Se utilizó un cuestionario en línea que incluía escalas para medir ansiedad, depresión, soledad, preocupación y miedo ante el COVID. Los resultados mostraron que las personas con algún trastorno mental previo, mostraban generalmente puntuaciones altas en las escalas que se aplicaron. Esta situación fue más aguda para personas con un diagnóstico de TOC previo. Adicionalmente, las personas sin antecedentes de padecimientos mentales, mostraron niveles clínicamente significativos de las variables que se evaluaron. Los autores concluyen señalando la necesidad de implementar programas de intervención dirigidos a atender a población clínica y población general.

Como se puede ver, tanto población clínica como no clínica, ha mostrado tener niveles de afectación significativos en su estado de salud mental durante el confinamiento provocado por la contingencia sanitaria del virus SARS-CoV-2. Aparentemente, los pacientes con diagnóstico de TOC podrían haberse visto afectados de forma más alta. Si estos resultados se pudieran observar en países desarrollados, sería interesante conocer la situación de países en vías desarrollo, como México.

Partiendo de la premisa de que el aislamiento social por la pandemia es un evento altamente estresante, también vale la pena evaluar los esfuerzos cognitivos y conductuales que la población utiliza para hacer frente a esta situación. Debe ponerse especial énfasis en que las estrategias de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984; Sandin, 2009) juegan un papel preponderante en el desarrollo o

mitigación de síntomas psicopatológicos, guardando una relación importante con la ansiedad y los comportamientos obsesivo-compulsivos.

Por tal entonces, el objetivo de este estudio fue evaluar asociaciones entre síntomas de ansiedad, comportamiento obsesivo-compulsivo y estrategias de afrontamiento en una muestra de adultos mexicanos durante el aislamiento social por COVID-19.

MÉTODO

Tipo y diseño de investigación: no experimental, de corte transversal y alcance correlacional.

Participantes: 328 adultos mexicanos en distintos niveles de aislamiento social durante la jornada de sana distancia por COVID-19. Estas personas fueron seleccionadas a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Criterios de inclusión:

Hombres y mujeres.

Edad mínima de 18 años.

Acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

Ser de nacionalidad distinta a la mexicana.

Residir en otro país fuera de México.

Instrumentos de evaluación:

Con el propósito de medir síntomas de ansiedad, comportamientos obsesivo-compulsivos y estrategias de afrontamiento se optó por construir una batería psicométrica compuesta por los siguientes instrumentos:

Inventario de ansiedad de Beck [BAI por sus siglas en inglés].

Es un inventario de autoinforme creado por Aaron Beck para medir síntomas de ansiedad a través de 21 ítems organizados en cuatro subescalas relacionadas a síntomas subjetivos, neurofisiológicos, autonómicos y vasomotores. Cada ítem se responde a través de una escala tipo likert que va desde “en absoluto” hasta “severamente”. Este instrumento ha sido validado en población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001) mostrando niveles adecuados de consistencia interna ($\alpha=.84$).

Inventario de Obsesiones y Compulsiones Versión Revisada. [OCI-R por sus siglas en inglés].

Es un instrumento psicométrico elaborado por Edna Foa, el cual mide comportamientos obsesivo-compulsivos en población clínica y no clínica. Está compuesto por 18 afirmaciones que pueden ser contestadas de acuerdo con una escala tipo likert que va de “en absoluto/ninguno/nada” hasta “muchísimo”. Los reactivos del instrumento están divididos en siete subescalas que contienen aseveraciones de experiencias relacionadas a diferentes tipos de obsesiones/compulsiones: acumulación, comprobación, orden, neutralización, lavado y obsesiones. La versión revisada ha sido adaptada por Juárez (2018) en población mexicana con niveles óptimos de consistencia interna (alfa=.88).

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés [CAE]

Es un cuestionario autoaplicable elaborado por Bonifacio Sandin y Paloma Chorot que consta de 43 ítems con opciones de respuesta organizadas en una escala tipo likert que va desde “nunca” hasta “casi siempre”. Mide siete formas de afrontamiento: Focalizado en la solución del problema (FSP), Autofocalización negativa (AFN), Reevaluación positiva (REP), Expresión emocional abierta (EEA), Evitación (EVT), Búsqueda de apoyo social (BAS) y religión (RLG). Este instrumento se encuentra validado en población mexicana por González y Landero (2007) mostrando una consistencia interna adecuada (alfa=.80).

Procedimiento

El consentimiento informado basado en el código ético del psicólogo y la batería psicométrica fue enviada a los participantes a través de un formulario de Google®. Las respuestas fueron capturadas durante el periodo más crítico de contagio que fue dictaminado hasta ese entonces por las autoridades sanitarias (del 8 mayo al 1 de junio de 2020). Se le pidió a cada participante que basara sus respuestas en su experiencia durante las semanas recientes de contingencia sanitaria por COVID-19 y la Jornada de Sana Distancia que en ese entonces se encontraba en su pleno apogeo.

Análisis estadístico

Los datos obtenidos fueron capturados en una base del paquete estadístico SPSS versión 22 para su posterior análisis y descripción. Se utilizó estadística descriptiva y el coeficiente de correlación de Pearson para identificar asociaciones entre los síntomas de ansiedad, obsesiones-compulsiones y estilos de afrontamiento.

RESULTADOS

Inicialmente, fue relevante conocer a detalle las características de los participantes. En la Tabla 1 puede apreciarse que la muestra estuvo compuesta por 202 mujeres (61.6%) y 126 hombres (38.4%), de los cuales la mayoría fueron solteros (69.2%), profesionistas (30.2%) con escolaridad licenciatura (65.9%). Se trata de personas en edad promedio de 30.75 años a quienes se les preguntó su nivel de aislamiento de acuerdo con lo establecido por la Secretaría de Salud (ninguno, muy ligero, ligero, necesario, aislado y totalmente aislado), la mayoría de ellos reportaron estar en un nivel de aislamiento social “aislado”, lo cual implica mantenerse resguardado en casa y solo salir por comida así como limitar el contacto con otras personas.

Tabla 1.
Datos sociodemográficos de los 328 participantes

Sexo	f (%)	Ocupación	f (%)
Hombres	126 (38.4)	Ama de casa	17 (5.2)
Mujeres	202 (61.6)	Estudiante	73 (22.3)
		Empleado	88 (26.8)
		Profesionista	99 (30.2)
		Desempleado	37 (11.3)
		Jubilado	3 (0.9)
		Otra	11 (3.4)
Escolaridad		Nivel de aislamiento social	
Sin estudios	1 (0.3)	Ninguno	1 (0.3)
Primaria	1 (0.3)	Muy ligero	7 (2.1)
Secundaria	3 (0.9)	Ligero	24 (7.3)
Bachillerato	40 (12.2)	Necesario	92 (28)
Carrera T.	27 (8.2)	Aislado	198 (60.4)

Licenciatura	216 (65.9)	Totalmente aislado	6 (1.8)
Posgrado	40 (12.2)		
Estado Civil		Edad	M (DE)
Soltero	227 (69.2)		30.75 (11.15)
Casado	48 (14.6)		
Unión libre	38 (11.6)		
Separado	4 (1.2)		
Divorciado	7 (2.1)		
Viudo	4 (1.2)		

En la Tabla 2, se muestran los resultados obtenidos por los participantes respecto a los niveles de ansiedad evaluados por subescalas de acuerdo con el BAI. Se identificó que los niveles de ansiedad más altos se concentraron en promedio en dos subescalas: 1. Nivel subjetivo ($M=6.38$), el cual se caracteriza por opiniones individuales respecto a sensaciones de temor, susto, incapáz de relajarse o temer a morir, perder el control y que suceda lo peor y 2. Nivel neurofisiológico ($M= 4.48$), el cual agrupa síntomas físicos como por ejemplo hormigueo, entumecimiento, sudoración, malestar estomacal, dolores de cabeza, palpitaciones y mareos.

En esta misma tabla, se muestran los resultados obtenidos con respecto a los comportamientos obsesivos y compulsivos medidos con el OCI-R, los cuales se presentan de acuerdo con cada una de las subescalas del instrumento que corresponde a una obsesión o compulsión distinta (acumulación, comprobación, orden, neutralización, lavado y obsesiones).

Según los datos obtenidos por los participantes, los puntajes más altos se concentran en las subescalas de orden (establecimiento de pautas rígidas para ordenar o acomodar objetos y cosas en función del tamaño, color y forma que si no se cumple genera angustia, ansiedad o culpa) y de lavado (ideas obsesivas de contaminación, enfermedad o contagio permanente que elicitaba el lavado/limpieza compulsiva). Algo muy importante a destacar es que de acuerdo con el instrumento, ambos puntajes de orden y lavado son clínicamente significativos y sugieren la presencia de TOC.

Tabla 2.
Resultados obtenidos en el Inventario de Ansiedad de Beck y en el Inventario de obsesiones y compulsiones.

Ansiedad	Míni mo	Máxi mo	Medi a	DE	Obsesiones y compulsion es	Míni mo	Máxi mo	Medi a	DE
Subjetivo	0.00	21.00	6.38	4.7 5	Acumulació n	0.00	12.00	2.13	2.4 7
Neurofisioló gico	0.00	20.00	4.48	3.6 9	Comprobac ión	0.00	12.00	2.02	2.3 8
Autonómico	0.00	9.00	1.67	1.9 1	Orden	0.00	12.00	2.95	2.8 0
Síntomas Vasomotore s	0.00	9.00	1.38	1.6 5	Neutralizaci ón	0.00	12.00	1.06	1.8 7
					Lavado	0.00	12.00	2.79	2.5 9
					Obsesiones	0.00	12.00	2.26	3.0

Respecto a las estrategias de afrontamiento, en la Tabla 3 se muestran los datos del CAE (estilos de afrontamiento) donde puede apreciarse que los puntajes más altos se hallaron en los estilos de REP, FSP y EVT. Esto sugiere que los participantes de esta muestra tienden a utilizar más estas formas de afrontamiento (identificar y solucionar los problemas, mirar los aspectos positivos de los eventos difíciles y tendencia a presentar conductas de evitación ante las situaciones estresantes). Según estos resultados, la autofocalización negativa del problema, la expresión emocional abierta y buscar apoyo en la religión son estrategias menos utilizadas por esta muestra.

Tabla 3.
Resultados obtenidos en el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés.

Estilo de afrontamiento	Mínimo	Máximo	Media	DE
Focalizado en la sol. del problema [FSP]	0.00	24.00	11.78	5.34
Auto-focalización negativa [AFN]	0.00	23.00	7.45	4.31
Reevaluación positiva [REP]	0.00	24.00	12.98	4.33
Expresión emocional abierta [EEA]	0.00	24.00	7.45	4.59
Evitación [EVT]	0.00	23.00	9.41	4.15
Búsqueda de apoyo social [BAS]	0.00	24.00	8.16	5.96
Religión [RLG]	0.00	20.00	3.71	4.54

Para evaluar la relación entre los puntajes de ansiedad, de comportamientos obsesivo-compulsivos y de estilos de afrontamiento, se utilizó el coeficiente r de Pearson, evaluando la relación entre cada uno de los factores de los instrumentos (Tabla 4).

En las subescalas del BAI y del CAE, se encontraron asociaciones significativas positivas leves y moderadas en la mayoría de los síntomas y estilos de afrontamiento.

Tabla 4.
Análisis de asociación entre las subescalas de ansiedad, obsesiones-compulsiones y estilos de afrontamiento.

Nota: Se han eliminado las asociaciones no significativas.

Ansiedad IAB	Estilo de Afrontamiento						
	FSP	AFN	REP	EEA	EVT	BAS	RLG
Subjetivo	-	-	-	-	-	-	-
Neurofisiológico	1.66**	.572**	-	.471**	.349**	.156**	-
Autonómico	-	.520**	-	.437**	.272**	.140*	-
Síntomas	-	.412**	-	.364**	.242**	.139*	-
Vasomotores							
Obsesión- compulsión OCI-R							
Acumulación	-	.538**	-	-.364**	.213**	-	-
Comprobación	-	.410**	-	.390**	.264**	-	-
Orden	-	.399**	-	.316**	.296**	-	-
Neutralización	-	.414**	-	.298**	.262**	-	-
Lavado	-	.163**	-	.234**	.167**	-	-
Obsesiones	-.182**	.598**	-.120*	.441**	.302**	-	-

**La asociación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

*La asociación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

FSP: Focalizado en la solución del problema; AFN: Autofocalización negativa; REP: Reevaluación positiva; EEA: Expresión emocional abierta; EVT: Evitación; BAS: Búsqueda de apoyo social; RLG: Religión.

Los síntomas neurofisiológicos de ansiedad medidos con el BAI se asocian de manera positiva con FSP, AFN, EEA, EVT y BAS. Esto quiere decir que a medida que estos estilos se utilizan más, entonces los síntomas neurofisiológicos aumentan. Por ejemplo, si el afrontamiento basado en la autofocalización negativa incrementa entonces los síntomas neurofisiológicos de la ansiedad también acrecentarán en la misma dirección. Estos datos permiten identificar una clara relación entre los síntomas de ansiedad y aquellos estilos de afrontamiento que son

considerados desadaptativos, lo cual sugiere que la intensidad de la ansiedad en un individuo tendrá que ver con las estrategias desadaptativas que utiliza para hacer frente al estrés.

Las respuestas autonómicas y los síntomas vasomotores se correlacionan de forma moderada y positiva con AFN, EEA y de manera leve con EVT y BAS, si los puntajes de esos estilos de afrontamiento aumentan entonces estos síntomas también lo harán en la misma dirección. Por otro lado, no se encontró ningún tipo de asociación entre los puntajes de la subescala de síntomas subjetivos con los estilos de afrontamiento medidos con el CAE. Asimismo, los datos revelan que el estilo de afrontamiento RLG tampoco se asocia con ninguna de las subescalas de ansiedad medidas con el BAI.

Respecto a las subescalas del OCI-R y del CAE, el coeficiente r de Pearson reveló que existen asociaciones significativas leves y moderadas en direcciones tanto positivas como negativas.

La subescala de acumulación se asocia de forma positiva con AFN y EVT es decir, las conductas de acumulación aumentan a la par de la autofocalización negativa del problema y de las conductas de evitación, pero disminuyen en dirección opuesta a la expresión emocional abierta (EEA).

Los puntajes de comprobación, orden, neutralización y lavado también guardan asociación con AFN, EEA y EVT. A mayor uso de estos estilos de afrontamiento, mayor es la presencia de estos comportamientos obsesivo-compulsivos. Respecto a las obsesiones, se encontró que aumenta su puntaje si también aumenta la autofocalización negativa (AFN), la expresión emocional abierta (EEA) y las conductas de evitación (EVT), pero disminuye si aumentan los estilos de afrontamiento focalizado en la solución del problema (FSP) y la reevaluación positiva (REP). Estas asociaciones significativas podrían sugerir que los comportamientos obsesivo-compulsivos de un individuo aumentarán si este utiliza estrategias desadaptativas para enfrentar las circunstancias o eventos estresantes. Los estilos de búsqueda de apoyo social y de religión no se asocian con ninguna de las subescalas del OCI-R.

Finalmente, en la Tabla 5 se presentan las correlaciones entre las subescalas del BAI y del OCI-R donde se encontraron asociaciones positivas y significativas bajas, moderadas y altas en la mayoría de las subescalas a excepción del componente subjetivo del BAI. A medida que aumentan todos los síntomas de ansiedad (a excepción del componente subjetivo), también aumentan todos los comportamientos obsesivo-compulsivos.

Tabla 5.
Análisis de asociación entre las subescalas de ansiedad y de obsesiones-compulsiones.
Subescalas de Comportamientos Obsesivo-Compulsivos

Ansiedad IAB	Acumulació n	Comprobació n	Orde n	Neutralizació n	Lavad o	Obsesione s
Subjetivo	-	-	-	-	-	-
Neurofisiológico	.464**	.455**	.486**	.467**	.309**	.716**
o						
Autonómico	.413**	.433**	.454**	.428**	.200**	.610**
Síntomas	.329**	.447**	.397**	.442**	.161**	.503**
Vasomotores						

Nota: Se han eliminado las asociaciones no significativas.

**La asociación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

*La asociación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo por objetivo evaluar asociaciones entre síntomas de ansiedad, comportamiento obsesivo-compulsivo y estilos de afrontamiento en una muestra de adultos mexicanos durante el aislamiento social por COVID-19.

La mayoría de los participantes se encontraron en un nivel de aislamiento social “aislado” que fue sugerido por las autoridades federales para el control epidemiológico de la COVID-19. Esta categoría de aislamiento implica reducir la movilidad, permanecer en casa y salir exclusivamente para satisfacer necesidades de primera línea como la compra de alimentos, medicinas o productos básicos de alta emergencia. El permanecer la mayor parte del tiempo en confinamiento y reducir la movilidad de manera estricta, según investigaciones previas, puede aumentar la probabilidad de desarrollar ansiedad y síntomas relacionados (Fullana, Hidalgo-Mazzei, Vieta y Radua, 2020).

Según los datos obtenidos en el estudio, los síntomas ansiosos en los participantes se presentaron con mayor frecuencia en los componentes subjetivos y neurofisiológicos. Una posible explicación que respalda estos resultados tiene que ver con que el componente subjetivo de la ansiedad se asocia directamente con las distorsiones cognitivas de catastrofización, pensamiento dicotómico o inferencia arbitraria que pueden hacerse presentes de forma automática en la cognición humana cuando se percibe un peligro inminente p. ej. la posibilidad de ser contagiado por una enfermedad grave que podría conducir a la muerte como la COVID-19 (Clark y Beck, 2012) y que desde luego genera consecuencias neurofisiológicas emocionales y conductuales adversas según los modelos cognitivos de de Ellis y Grieger (1990) y de Beck, Rush, Shaw y Emery (2005).

Respecto a los comportamientos obsesivo-compulsivos, los participantes puntuaron más alto en las subescalas de orden y lavado. Respecto a esta última, se comprende que sus puntuaciones fueron altas debido a que a partir de los lineamientos y medidas de la jornada nacional de sana distancia, la limpieza y el lavado de manos se volvió primordial para prevenir el contagio por coronavirus, inclusive entre la sociedad se pensó indispensable desinfectar objetos, ropa y alimentos que hubieran estado expuestos al ambiente exterior. Tanto el lavado compulsivo como la presencia de pensamientos o sensaciones obsesivas de contaminación que se encontraron en los participantes, son clínicamente significativas según el instrumento OCI-R y sugiere la presencia de TOC. Por ello, será necesario que las autoridades de salud mantengan vigilancia clínica a futuro para prevenir o detectar señales tempranas de este trastorno.

Respecto al orden, vale la pena mencionar que fue un resultado medianamente inesperado; pero que podría cobrar sentido si se considera que el ordenar de forma compulsiva puede ser una consecuencia de la limpieza y las sensaciones de suciedad y contaminación (Radomsky y Rachman, 2004). El orden compulsivo también podría estar asociado al aburrimiento y a los hábitos que adquirieron las personas durante el aislamiento social (Balanzá-Martínez, Atienza-Carbonell, Kapczinski y De Boni, 2020).

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, la mayoría de los participantes utilizan la reevaluación positiva, el estilo focalizado en la solución de problemas y la evitación. Los primeros dos estilos, de acuerdo con la teoría de Lázarus y Folkman (1984), son adaptativos y permiten al sujeto enfrentar funcionalmente las situaciones estresantes. Estas formas de afrontar el estrés pueden ser estrategias resilientes para prevenir síntomas ansiosos, obsesivo-compulsivos y de otros trastornos mentales (Díaz, Luna, Dávila y Salgado, 2010). Por otro lado, el estilo de evitación se considera desadaptativo ya que es una estrategia que podría reducir momentáneamente el estrés, pero generar problemáticas mayores a mediano y largo plazo. Además, existe evidencia de que las conductas evitativas pueden reforzar negativamente la ansiedad e incluso los síntomas del TOC (Bluett, Homan, Morrison, Levin y Twohig 2014; de Jesús Patrón-Espinosa, 2013; Burns, 2006). Finalmente, los hallazgos más importantes encontrados en este estudio resaltan la existencia de asociaciones significativas entre los síntomas de ansiedad, comportamientos obsesivo-compulsivos y los estilos de afrontamiento del estrés, encontrando que: 1) la ansiedad y el comportamiento obsesivo compulsivo se relacionan de forma positiva, lo cual es congruente con la evidencia clínica que respalda la comorbilidad entre ambos trastornos (American Psychiatric Association, 2013) y; 2) Los estilos de afrontamiento adaptativos se asocian de manera inversa con la mayoría de los síntomas ansiosos y obsesivo-compulsivos, mientras que los desadaptativos aumentan en relación con dichos síntomas. Es decir, la ansiedad y las obsesiones-compulsiones podrán mejorar o empeorar de forma proporcional a los estilos de afrontamiento que utilicen los individuos. Esto reafirma que el afrontamiento juega un papel crucial en el desarrollo o prevención de trastornos mentales, físicos y del comportamiento (Sandin 2009; Lazarus y Folkman, 1984; Castaño y del Barco, 2010).

Referencias Bibliográficas.

- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Edition)*. Washington, DC: Author.
- Balanzá–Martínez, V., Atienza–Carbonell, B., Kapczinski, F., y De Boni, R. (2020). Lifestyle behaviours during the COVID-19–time to connect. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141 (5), 388-400. doi: 10.1111 / acps.13177
- Beck, A. Rush, A. Shaw, B. y Emery, G. (2005). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Desclée de Brouwer.
- Bluett, E., Homan, J., Morrison, K., Levin, M. y Twohig, M. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of anxiety disorders*, 28 (6), 612-624. doi: 10.1016/j.janxdis.2014.06.008.
- Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Brooks Woodland, L., Wessely, S.,... Rubin, G. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395 (1), 912-20. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Burns, D. (2006). *Adios, ansiedad*. España: Paidós.
- Castaño, E. y del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10 (2), 245-257. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/560/56017095004.pdf>
- Clark, D. y Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. España: Desclée de Brouwer.
- Debanjan, D. (2020). The other side of COVID-19: Impact on obsessive compulsive disorder (OCD) and hoarding. *Psychiatry Res*, 11 (12), 427-442. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7151248/>
- de Jesús Patrón-Espinosa, F. (2013). La evitación experiencial como dimensión funcional de los trastornos de depresión, ansiedad y psicóticos. *Journal of Behavior, Health and Social Issues*, 5 (1), 85-95. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007078013716845>
- Díaz, C., Luna, A., Dávila, A. y Salgado, M. (mayo, 2010). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psicología: avances de la*

disciplina, 4 (1), 63-70. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4923985>

Ellis, A. y Grieger, R. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva*. España: Desclée de Brouwer.

Fineberg, N., Van Ameringen, M., Drummond, L., Hollander, E., Stein, D., Geller, D., y Dell'Osso, B. (2020). How to manage obsessive-compulsive disorder (OCD) under COVID-19: A clinician's guide from the International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS) and the Obsessive-Compulsive Research Network (OCRN) of the European College of Neuropsychopharmacology. *Comprehensive Psychiatry*, 15 (2), 23-42. doi: 10.1016/j.comppsy.2020.152174

Fullana, M., Hidalgo-Mazzei, D., Vieta, E., y Radua, J. (2020). Coping behaviors associated with decreased anxiety and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Journal of Affective Disorders*, 275 (4), 80-89. doi: 10.1016/j.jad.2020.06.027

Gobierno de México. (2020a). Consejo de salubridad general declara emergencia sanitaria nacional a epidemia por coronavirus COVID-19. México. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/prensa/consejo-de-salubridad-general-declara-emergencia-sanitaria-nacional-a-epidemia-por-coronavirus-covid-19-239301?idiom=es>

Gobierno de México. (2020b). Salud mental y COVID-19. México. Recuperado de <https://coronavirus.gob.mx/salud-mental/>

González, M. y Landero, R. (2007). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): validación en una muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12 (2), 37-48. Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/4044/3898>

Juárez, Y. (2018). *Inventario de obsesiones y compulsiones revisado en México*. España: Académica Española.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer Publishing Company.

Littman, R., Naftalovich, H., Huppert, J. D. y Kalanthroff, E. (2020). Impact of COVID-19 on obsessive-compulsive disorder patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74 (4), 659-673. doi: 10.1111/pcn.13152

- Matsunaga, H., Mukai, K, y Yamanishi, K. (2020). Acute impact of COVID-19 pandemic on phenomenological features in fully or partially remitted patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74 (2), 550-573. doi: doi:10.1111/pcn.13119
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020a). *COVID-19: cronología de la actuación de la OMS. Región de las Américas*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020b). *Nuevo coronavirus 2019. Región de las Américas*. Recuperado de <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>
- OMS/OPS. (2016). *Protección de la Salud Mental y Atención Psicosocial en Situaciones de Epidemias*. OMS-OPS. Washington DC. Recuperado de https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=informes-tecnicos&alias=2539-proteccion-salud-mental-atencion-psicosocial-situaciones-epidemias-2016-539&Itemid=1179&lang=en
- Pan, K., Kok, A., Eikelenboom, M., Horsfall, M., Jörg, F., Luteijn, R., Rhebergen, D., van Oppen, R., Giltay, E. y Penninx, B. (2021). The mental health impact of the COVID-19 pandemic on people with and without depressive, anxiety, or obsessive-compulsive disorders: a longitudinal study of three Dutch case-control cohorts. *The Lancet Psychiatry*, 8 (2), 121-129. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30491-0
- Pérez-Abreu, M., Gómez-Tejeda, J. y Dieguez-Guach, R. (2020). Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19 (2), 9-17. Recuperado de <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3254>
- Prestia, D., Pozza, A., Olcese, M., Escelsior, A. y Dettore, D. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on patients with OCD: Effects of contamination symptoms and remission state before the quarantine in a preliminary naturalistic study. *Psychiatry Research*, 291(1), 13-21. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113213
- Radomsky, A., y Rachman, S. (2004). Symmetry, ordering and arranging compulsive behaviour. *Behaviour Research and Therapy*, 42 (8), 893-913. doi: 10.1016/j.brat.2003.07.001
- Ramirez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F. y Escobar-Córdoba, F. (2020). Consecuencias de la pandemia COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 13 (2), 1-8. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v48n4/es_2256-2087-rca-48-04-e301.pdf

- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18 (2), 211-118. Recuperado de <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2563/4471>
- Sandin, B. (2009). El estrés. En: Belloch, A., Sandin, B. y Ramos, F. (Ed.), *Manual de psicopatología* (3-42). España: McGrawHill.
- Secretaría de Salud. (2020). México: preparación y respuesta ante COVID-19. México. Recuperado de https://consulmex.sre.gob.mx/vancouver/images/pdf/COVID-19_Preparacin_y_respuesta_Mxico_12mar20.pdf
- Storch, E., Sheu, J., Guzick, A., Schneider, S., Cepeda, S., Rombado, B., Gupta, R., Hoch, C. y Goodman, W. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on exposure and response prevention outcomes in adults and youth with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 295 (7), 9-19. doi: j.psychres.2020.113597
- Valdés, M. (2020). Las enfermedades crónicas no transmisibles y la pandemia por COVID-19. *Revista Finlay*, 10 (2), 78-88. Recuperado de <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/846>