

Bienestar psicológico y respuesta conductual durante el confinamiento domiciliario decretado por la pandemia del COVID-19 en adultos de la ciudad de Guatemala

Psychological well-being and behavioral response during home confinement decreed by the COVID-19 pandemic in adults from Guatemala City

Regina Fernández-Morales*, Nasrin D. Alloud, María C. Alvarez-Sierra, Marialys Castellanos-Cárdenas, Celeste L. Espel, Isolda Fortin, Karla García-Sáenz, Alesa Guerra, Katia L. Liquez, Karen L. Marroquín-Crocker, José Morales-Reyna

Departamento de Psicología, Universidad Francisco Marroquín, Guatemala

*Autora a quien se dirige la correspondencia: regis@ufm.edu

Recibido: 20 de mayo de 2020 / Aceptado: 22 de junio de 2020

Resumen

Esta investigación exploró el bienestar psicológico en adultos de la ciudad de Guatemala, seleccionados a través de un muestreo por redes durante el confinamiento domiciliario decretado por la pandemia del COVID-19 en su etapa de contención. Se presentan datos cuantitativos sobre los niveles de bienestar psicológico recolectados a través de una encuesta en línea aplicada a 36 días de la firma del Decreto Gubernativo 5-2020 relativo a Declaratoria del Estado de Calamidad Pública y su reforma en el Decreto Gubernativo 6-2020. Se empleó el índice de bienestar psicológico (WHO-5 WBI) propuesto por la Organización Mundial de la Salud (WHO) y se realizaron preguntas relacionadas a las respuestas conductuales de los individuos para el cuidado de su salud. La edad promedio de los encuestados fue 32 años, $DE = 1.48$. Participaron 222 personas de las cuales 75 (33.7%) fueron hombres y 147 (66.3%) mujeres. Se encontraron valores para WHO-5 WBI entre 2 y 15 ($MD = 8.08$; $DE = 2.93$). También se observó $\alpha = .85$ como valor de consistencia interna. Se reportan niveles bajos de bienestar psicológico en 55 personas (24.8%) que podrían estar asociados a no sentirse de buen ánimo o tranquilos, o con problemas en la higiene del sueño, falta de energía y pérdida de interés sobre actividades cotidianas. Los datos sugieren que mantener una rutina adecuada de sueño y ejercicio, así como tener una dieta balanceada contribuyen al mantenimiento del bienestar psicológico durante el confinamiento. Esto hallazgos señalan la importancia de la psiconeuroinmunología y su relación con el bienestar de los individuos en situaciones de distanciamiento social.

Palabras clave: Trastorno de sueño, aislamiento, higiene, depresión, alimentación

Abstract

This research explored the psychological well-being of adults from Guatemala City, selected through digital network sampling during the house confinement decreed by the COVID-19 pandemic in its containment stage. Quantitative data on the levels of psychological well-being collected through an online survey applied 36 days after the signing of the Government Decree 5-2020 regarding the Declaration of the State of Public Calamity and its reform in the Government Decree 6-2020 are presented. The psychological well-being index (WHO-5 WBI) proposed by the World Health Organization (WHO) was used and questions related to the behavioral responses of individuals for their health care were asked. The average age of the respondents was 32 years, $SD = 1.48$. 222 people participated, of which 75 (33.7%) were men and 147 (66.3%) women. Values for WHO-5 WBI were found between 2 and 15 ($MD = 8.08$; $SD = 2.93$). $A = .85$ was also observed as an internal consistency value. Low levels of psychological well-being are reported in 55 people (24.8%) that could be associated with not feeling in good spirits or calm, or with problems in sleep hygiene, lack of energy and loss of interest in daily activities. The data suggest that maintaining an adequate sleep and exercise routine, as well as having a balanced diet contribute to the maintenance of psychological well-being during confinement. These findings indicate the importance of psychoneuroimmunology and its relationship with the well-being of individuals in situations of social distancing.

Keywords: Sleep disorder, isolation, hygiene, depression, diet



La reproducción total o parcial del contenido e imágenes de esta publicación se rige de acuerdo a normas internacionales sobre protección a los derechos de autor, con criterio especificados en la licencia Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0) El contenido de esta publicación es responsabilidad exclusiva de su(s) autor(es).

Introducción

El confinamiento domiciliario decretado por el Gobierno de Guatemala inició a partir del 16 de marzo del 2020. Al mismo tiempo, el aislamiento de casos y el rastreo de sujetos que mantuvo o mantuvieron contacto con personas infectadas fueron parte de las primeras acciones para controlar nuevos brotes de la enfermedad. Esta práctica fue consistente con los hallazgos de Hellewell y colaboradores (2020) quienes afirman que el rastreo de contactos, así como el aislamiento de casos, ha sido efectivo para controlar nuevos brotes del COVID-19.

Para romper con la cadena de infección y retrasar la propagación, era conveniente aislar a los contagiados del resto de la población. Sin embargo, el gobierno brindó información sobre las rutas de contagio hasta el paciente 79 reportado el 7 de abril estando aún en la fase de contención. A partir de esa fecha, no existe información pública donde se pueda observar cómo se ha contagiado el resto de las personas (Prensa Libre, 2020). La fase de mitigación de la pandemia comenzó a partir del 15 de mayo donde se espera un mayor número de contagios.

El control sobre los potenciales contagios se perdió debido a que cada persona infectada pudo contagiar, en promedio, a dos a tres sujetos más (Yip & Chau, 2020). Esta situación señala la importancia del confinamiento como práctica que promovería una distribución de los casos sea mayormente platicúrtica ($\text{curtosis} < 0$), lo que requiere que entre el 50 y el 70% de la población no salga de sus hogares o mantenga la distancia social de al menos un metro de distancia (WHO, 2020).

Aunque se respeten estas medidas, y otras que disponga el gobierno, la noción de bienestar psicológico puede verse afectada, es decir, el sentido de plenitud y crecimiento personal. Resnick, Roe y Salyers (2020) afirman que situaciones otrora comunes como conseguir o mantener un trabajo, asistir a los centros educativos, reunirse con amigos o reanudar la participación en actividades de ocio que antes disfrutaba, no son posibles ante la coyuntura de la emergencia sanitaria. Estudios previos han demostrado que cuando el confinamiento es sugerido por el Estado y por ende la cuarentena es voluntaria, su efecto en la salud mental es menor (Rubin & Wessely, 2020).

Al restringirse los espacios de convivencia a espacios virtuales mediados por aplicaciones de video-llamadas o teleasistencia, se presentan efectos que

no necesariamente están relacionados con psicopatologías. Si bien, los niveles de estrés incrementan, no existe evidencia reciente con respecto a que los índices de depresión o ansiedad incrementen con respecto al confinamiento domiciliario. Al respecto, Umucu y Lee (2020) encontraron niveles moderados de estrés, depresión y ansiedad en personas que auto reportaron enfermedades crónicas durante el confinamiento por COVID-19.

De hecho, el hallazgo de estos autores enfatiza en que las personas tienden a adaptarse y afrontar las situaciones al aceptar su presencia y distraerse con otras actividades. Por ello, desde este artículo se considera poco conveniente explorar aspectos relacionados con psicopatologías debido a que se deja de lado la capacidad de resiliencia y adaptabilidad de los seres humanos.

Por ello, se decidió explorar los niveles de bienestar psicológico enfocados desde la noción propuesta por la WHO (1998) que enfatiza en el sentido de plenitud que incluye la ausencia de enfermedad también. Esta perspectiva concuerda con la teorización de bienestar psicológico realizado por Ryff (2018) quien, desde una concepción eudaimónica, se centra en las actividades que promueven el compromiso de las personas para vivir en coherencia con sus valores y estilo de vida. Estas acciones permitirían el crecimiento personal y la creación de sentido (Díaz et al., 2006; Disabato, Goodman, Kashdan, Short, & Jarden, 2016; Ryff, 2018; Véliz-Escobar, 2019).

Respuesta conductual

Por otro lado, es importante explorar las conductas que emplean las personas para prevenir la enfermedad. Toda conducta en salud está directamente asociada a una serie de creencias en salud (Champion, & Skinner, 2008; Leventhal, Phillips, & Burns, 2016) y estas creencias moldean las acciones que cada persona asume para con su salud.

El modelo transteórico de salud propone que cada conducta debe ser evaluada y esta evaluación cognitiva permite que la persona cambie su conducta y por ende transite en diferentes estadios que incluyen la precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y finalización. Los cambios conductuales no son rectilíneos y para que estos sean aprehendidos cada persona debe pasar por los mismos varias veces. El modelo propone que otro factor importante en este

cambio de conducta es la motivación (DiClemente & Prochaska, 1998).

La investigación emergente sobre comunicaciones y conductas ante las enfermedades infecciosas debe incluir la exploración de supuestos implícitos sobre la naturaleza del problema en cuestión (y cómo abordarlo) así como los conceptos de incertidumbre, confianza, poder, valores y sesgos. Estos conceptos repercuten en las conductas asociadas a la prevención de enfermedad (Holmes, 2008; Vaughan & Tinker, 2009).

En esta investigación se exploró si las personas siguen con las instrucciones dadas por las autoridades y si cumplen con las recomendaciones para evitar la enfermedad. La hipótesis fundamental que se propone en este documento es que una persona que tiene bienestar psicológico y desea mantenerlo seguirá las instrucciones/obligaciones dadas por las autoridades (motivación y sensación de autoeficacia y control de la enfermedad, control de vulnerabilidad).

Material y método

Se presentan datos cuantitativos de alcance exploratorio sobre el bienestar de un segmento de la población de la ciudad de Guatemala seleccionada de forma no probabilística a través de un muestreo por voluntarios. La modalidad de recolección fue virtual debido a la imposibilidad de recolectar datos de manera presencial.

Todos los sujetos que participaron en la investigación debieron leer un consentimiento informado en el que se explicitaba que su participación era voluntaria, podían detenerse en cualquier momento, que toda la información recopilada sería tratada como confidencial y anónima y los resultados serían informados de forma colectiva y no individual.

La encuesta se habilitó el 21 de abril, 36 días después del inicio del confinamiento domiciliario, es decir en la fase de contención. Se obtuvo información de 237 personas, sin embargo; luego de la limpieza de datos, se trabajó con 222 encuestas que estaban completas y correctamente rellenas.

Participantes

La investigación se realizó con adultos de ambos sexos de la ciudad de Guatemala de las cuales 75 (33.7%) fueron hombres y 147 (66.3%) mujeres. Del total, 185 personas (83.33%) cuentan con nivel estu-

dios universitario. La edad promedio de los encuestados fue 32 años, DE = 1.48.

Con respecto al nivel educativo de los participantes, 31 personas (14%) reportaron el diversificado como su último nivel de estudio, 6 (2.7%) técnico, 71 (32%) estudiantes universitarios, 86 (38.7%) licenciatura, 27 (12.2%) maestría y uno (0.5%) doctorado.

Con respecto al estado civil, 148 personas (66.7%) reportaron ser solteros y 63 (28.4%) casados. Se obtuvo respuesta también de 8 personas (3.6%) que colocaron como respuesta divorciado y 3 individuos (1.4%) viudos. La mayor parte de encuestados viven en los municipios de Santa Catarina Pinula, San José Pinula, Fraijanes y la ciudad de Guatemala.

Instrumentos

El índice de bienestar psicológico de la Organización Mundial de la Salud (WHO-5 WBI) es un instrumento que explora el concepto de bienestar psicológico a través del auto reporte con cinco ítems. Las respuestas oscilan de 0 = nada, 1 = A veces, 2 = Muchas veces, 3 = Siempre. El WHO-5 WBI fue desarrollado como una escala sin ninguna especificidad diagnóstica (Bech, Gudex, & Johansen, 1996; Topp, Dinesen Østergaard, Søndergaard, & Bech, 2015). Se basa en aspectos relacionados con el estado anímico y energético, así como el equilibrio ante situaciones estresantes, el descanso y actividades que hacen sentirse plenas a las personas.

Se utilizó una versión reducida de 5 ítems (Campo-Arias, Miranda-Tapia, Cogollo, & Herazo, 2014; Simancas-Pallares, Díaz-Cárdenas, Barbosa-Gómez, Buendía-Vergara, & Arévalo-Tovar, 2016). Con respecto a la consistencia interna Campos-Arias y colaboradores reportaron en 2014 ($\alpha = .66$ y $\alpha = .67$), de Wit, Pouwer, Gemke, Delemarre-van., & Snoek en 2007 ($\alpha = .83$), Lucas-Carrasco en 2012 ($\alpha = .86$) y Simancas-Pallares y colaboradores en 2016 ($\alpha = .85$).

Hall, Krahn, Horner-Johnson, Lamb y The Rehabilitation Research and Training Center Expert Panel on Health Measurement (2011) afirman que la validez clínica del WHO-5 WBI es alta, y puede ser utilizada para evaluar bienestar psicológico con independencia de que la población presente una enfermedad subyacente o no.

La revisión sistemática del índice WHO-5 WBI realizado por Topp y colaboradores (2015) concluye en que, como escala genérica de bienestar, ha funcio-

nado bien con respecto a las propiedades psicométricas, sensibilidad y especificidad en clínica controlada de depresión, también como herramienta de detección de depresión y es aplicable en personas con diferentes enfermedades o condiciones de salud.

El segundo instrumento empleado fue una escala dicotómica que exploró 20 conductas recomendadas para evitar el contagio de COVID19. Fue empleado inicialmente en la pandemia de Influenza A (H1N1) utilizado por Bults y colaboradores (2011). La puntuación de este constó de la suma de respuestas correctas y se dicotomizó como 0 (< 4 elementos correctos) o 1 (≥ 4 elementos correctos). Para todas las otras construcciones con 2 o más elementos, se reportaron alfas de Cronbach entre 0.6 a 0.9 (Bults et al., 2011).

Resultados

Bienestar psicológico

Se encontraron valores para WHO-5 WBI entre 2 y 15 (MD = 8.08; DE = 2.93; Moda = 5; mediana = 8). También se observó que los datos no se comportan como una distribución normal (K-S < .05). Además, se encontró una buena consistencia interna ($\alpha = .85$). Por ello, al analizar la relación entre el puntaje total y los ítems a través de la Rho de Spearman se encontraron valores r entre .769 y .795 ($p < .001$).

Al analizar la validez de constructo se obtuvo un valor KMO = .849 y la prueba de esfericidad de Bartlett indicó que existen correlaciones significativas entre los ítems ($p < .001$). El análisis también mostró que los cinco ítems deben agruparse en un mismo componente dado que el 63.90% de la varianza se explica a través de ese elemento. Esto es consistente con lo reportado por Campo-Arias y colaboradores (2015), Simancas-Pallares y colaboradores (2016) y Lucas-Carrasco (2012) para las versiones en castellano. Por tanto, el análisis se realiza en la misma línea que otras investigaciones que utilizaron el instrumento con puntajes z , donde se establecieron como puntos de corte a partir de ± 1 DE los niveles Bajo ≤ 5 , Medio 6-11, y Alto > 12 .

Se encontró niveles bajos de bienestar en 55 personas (24.8%) que podrían estar asociados a no sentirse de buen ánimo o intranquilos, tener problemas relacionados con el sueño, falta de energía y pérdida de interés sobre actividades cotidianas. Niveles medios de bienestar se observó en 139 (62.6%) de los participantes y niveles altos en 28 (12.6%).

Respuestas conductuales

Con respecto a las respuestas conductuales para enfrentar al COVID se encontraron valores entre 5 y 20 (MD = 15.02; DE = 2.41; Moda = 15; mediana = 15). También se observó que los datos no se comportan como una distribución normal (K-S < .05).

Se calculó la consistencia interna con el coeficiente de Kuder Richardson por ser datos binarios 0 = No, 1 = Si. Se obtuvo un valor KR-20 = .538 lo que indica que los resultados de esta escala deben ser tomados con precaución porque se presentan correlaciones moderadas y débiles entre los ítems con valores r entre .199 y .422 ($p < .001$) y valores .162 y .166 ($p < .005$).

La exploración de las respuestas de prevención ante el COVID-19 mostró que el 221 encuestados (99.50%) posee mejor higiene. De igual forma 214 (96.4%) usan mascarilla, 140 (63.1%) se lavan las manos cada dos horas, 203 (91.4%) se han quedado en su casa para evitar el contagio, 113 (50.9%) mantienen una rutina adecuada de sueño, 219 (98.6%) utiliza mascarilla cada vez que sale, 177 (79.7%) desinfecta todo lo que entra a su casa, 28 (12.6%) no ha viajado a lugares que están contaminados, 98 (44.1%) está tomando vitaminas, 146 (65.8%) no come cada vez que le da hambre.

De igual forma, 149 (67.1%) no se toca la cara continuamente, 190 (85.6%) lleva desinfectante o alcohol consigo, 142 (64%) tiene una dieta balanceada, 125 (56.3%) mantiene una rutina de ejercicio, 203 (91.4%) evita saludar de beso a las personas, 188 (84.7%) se abasteció de lo necesario durante los primeros 36 días de la cuarentena, 208 (93.7%) evita reuniones con más de cinco personas, 183 (82.4%) respeta las horas de trabajo, 152 (68.5%) llama al médico si se siente mal y, finalmente, 217 (97.7%) se tapa la boca al toser.

La tabla 1 y 2 muestran los hallazgos con respecto a las respuestas conductuales reportados por los encuestados y los niveles de bienestar psicológico. Los datos muestran diferencias significativas entre los valores observados y los valores esperados de bienestar psicológico con respecto a mantener una rutina de sueño adecuada, una dieta balanceada y mantener una rutina de ejercicio ($p < .05$). Otro hallazgo fue que las edades que fueron más frecuentes para presentar valores bajos de bienestar psicológico fueron 29 y 30 años.

Tabla 1

Respuesta conductual ante el COVID-19

		Niveles bienestar					
		Bajo bienestar		Bienestar medio		Alto bienestar	
		f	%	f	%	f	%
Mejor higiene	No	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%
	Sí	55	24.9%	153	69.2%	13	5.9%
Utilizo mascarilla	No	3	37.5%	5	62.5%	0	0.0%
	Sí	52	24.3%	149	69.6%	13	6.1%
Me lavo las manos cada dos horas	No	20	24.4%	57	69.5%	5	6.1%
	Sí	35	25.0%	97	69.3%	8	5.7%
Me he quedado en casa para evitar el COVID19	No	6	31.6%	10	52.6%	3	15.8%
	Sí	49	24.1%	144	70.9%	10	4.9%
Mantengo una rutina de sueño adecuada	No	35	32.10%	72	66.10%	2	1.80%
	Sí	20	17.70%	82	72.60%	11	9.70%
Utilizo la mascarilla cada vez que salgo.	No	0	0.0%	2	66.7%	1	33.3%
	Sí	55	25.1%	152	69.4%	12	5.5%
Desinfecto todo lo que entra a mi casa.	No	12	26.7%	31	68.9%	2	4.4%
	Sí	43	24.3%	123	69.5%	11	6.2%
He viajado a lugares que sé están contaminados.	No	50	25.8%	133	68.6%	11	5.7%
	Sí	5	17.9%	21	75.0%	2	7.1%
Estoy tomando vitaminas.	No	29	23.4%	90	72.6%	5	4.0%
	Sí	26	26.5%	64	65.3%	8	8.2%
Como cada vez que me da hambre.	No	13	17.10%	56	73.70%	7	9.20%
	Sí	42	28.80%	98	67.10%	6	4.10%

Tabla 2

Respuesta conductual ante el COVID-19

		Niveles bienestar					
		Bajo bienestar		Bienestar medio		Alto bienestar	
		F	%	f	%	f	%
Me toco la cara.	No	14	19.2%	53	72.6%	6	8.2%
	Sí	41	27.5%	101	67.8%	7	4.7%
Llevo desinfectante/alcohol conmigo.	No	12	37.5%	17	53.1%	3	9.4%
	Sí	43	22.6%	137	72.1%	10	5.3%
Tengo una dieta balanceada.	No	30	37.50%	48	60.00%	2	2.50%
	Sí	25	17.60%	106	74.60%	11	7.70%
Mantengo una rutina de ejercicio	No	36	37.10%	58	59.80%	3	3.10%
	Sí	19	15.20%	96	76.80%	10	8.00%
Evito saludar de beso a las personas.	No	6	31.6%	11	57.9%	2	10.5%
	Sí	49	24.1%	143	70.4%	11	5.4%
Me abastecí de lo necesario para esta cuarentena.	No	9	26.5%	23	67.6%	2	5.9%
	Sí	46	24.5%	131	69.7%	11	5.9%
Evito reuniones con más de 5 personas.	No	5	35.7%	9	64.3%	0	0.0%
	Sí	50	24.0%	145	69.7%	13	6.3%
Respeto las horas de trabajo	No	11	28.20%	26	66.70%	2	5.10%
	Sí	44	24.00%	128	69.90%	11	6.00%
Si me siento mal llamo al médico.	No	21	30.00%	44	62.90%	5	7.10%
	Sí	34	22.40%	110	72.40%	8	5.30%
Me tapo la cara al toser	No	1	20.0%	4	80.0%	0	0.0%
	Sí	54	24.9%	150	69.1%	13	6.0%

Discusión

Las investigaciones realizadas con WHO-5 WBI, en su mayoría, midieron síntomas depresivos (Bech et al., 1996; Campo-Arias, Miranda-Tapia, Cogollo, & Herazo, 2015; Simancas-Pallares et al., 2016; Topp et al., 2015). Por ello, es razonable que los valores coincidan con nuestra investigación debido a la atípica situación del confinamiento domiciliario que podría provocar sintomatología parecida a la depresión.

Esto no necesariamente debe ser interpretado como que las personas presentan un trastorno depresivo. Ante la coyuntura del confinamiento, es coherente pensar que las personas pueden no sentirse plenas o vean limitado su desarrollo personal al restringir sus actividades dentro del domicilio como medida para reducir la tasa de contagio (Hellewell et al., 2020; Hou et al., 2020). Por ello, los valores arrojados por la prueba WHO-5 WBI únicamente brindan una exploración en cuanto al bienestar psicológico en adultos guatemaltecos e indican que un cuarto de la población que participó en el estudio podría presentar alguna dificultad de adaptación durante el confinamiento.

El bienestar psicológico es determinado socioculturalmente, y es innegable su articulación con lo biológico. Esta relación se puede asociar a no sentirse de buen ánimo o tranquilos, problemas relacionados con el sueño, falta de energía y pérdida de interés sobre actividades cotidianas.

De ahí que el porcentaje encontrado de bajos niveles de bienestar psicológico en nuestro estudio no parece coincidir con lo reportado por Rubin y Wessely (2020), quienes establecen que durante las cuarentenas obligatorias y con toque de queda, las personas deberían presentar valores más altos en ese nivel de bienestar psicológico, ya que están evitando contagiarse y están cuidando de sí mismos y de otros. Esto podría explicarse por las características de la muestra empleada son personas que mantienen ciertas rutinas de teletrabajo y/o estudio, y utilizan los horarios especiales para las compras y compartir actividades que no hacían previo al confinamiento. Por otro lado, el confinamiento está siendo percibido como una forma de no enfermarse y no tanto como una conducta que permite ayudar a otros y que es impuesta por el gobierno. De acuerdo con Drury, Reicher y Stott (2020) las conductas altruistas pierden sentido cuando la adhesión las reglas dadas por el gobierno se vuelven independientes y no colectivas. Lunn y colaboradores (2020) hicieron una revisión sobre la adherencia a las

conductas de salud y descubrieron que el seguir las indicaciones de salud está acompañado de buena comunicación, confianza en autoridades e identificación con la comunidad.

En cuanto a las respuestas conductuales los datos sugieren un incremento en casi todas las acciones orientadas a prevenir el contagio por COVID-19. Sin embargo, la exploración señaló algunos puntos problemáticos, por ejemplo, mantener una rutina adecuada de sueño, el ejercicio, así como una dieta balanceada que podrían estar relacionados con mantenimiento del bienestar psicológico ante la situación de confinamiento.

Según Ben Simon, Rossi, Harvey y Walker (2020), una adecuada higiene del sueño tiene beneficios psicológicos en cuanto a reducción de ansiedad y su impacto en la cognición y otras funciones ejecutivas, así como en el sistema límbico. Es durante el sueño que ocurren importantes procesos reparadores y reguladores del organismo en general, por lo que se considera como un comportamiento importante para el bienestar psicológico. En nuestro estudio 109 sujetos reportaron tener mala higiene del sueño.

Al mantener una rutina adecuada de sueño, es mucho más fácil lograr los beneficios que una adecuada nutrición y el ejercicio pueden brindar al individuo. Una sola noche de mal sueño puede provocar respuestas ansiosas aún en individuos que no padecen trastornos de ansiedad, por lo que incluso los procesos digestivos y los beneficios ansiolíticos del ejercicio pueden verse comprometidos (Ben Simon et al., 2020).

Por otro lado, de acuerdo con Díaz y colaboradores (2006), una nutrición inadecuada puede conducir al organismo a estrés, ya que no recibe los nutrientes que necesita para funcionar apropiadamente y pierde su homeostasis. Siendo la alimentación una conducta que es influida por el estado mental del individuo, una persona en estrés puede desarrollar problemas digestivos, aumentar su necesidad de ingerir alimentos de alto contenido calórico como consecuencia de una necesidad alta de energía extra para cumplir funciones de supervivencia.

Esto se expone con claridad en el estudio, ya que el 65.8% de los sujetos reportó comer cada vez que le daba hambre, sugiriendo que la alimentación coincidía con el estrés que se estaba manejando y no necesariamente con el aporte calórico necesario real del organismo.

Conclusión

Al estar dentro de un contexto social desfavorable (el confinamiento y distanciamiento social) se afecta esta interacción el cual repercute en la psique y salud física de los individuos. A partir de los aportes de la psiconeuroinmunología se ha entendido que los estímulos cognitivos (e.g. percepciones, pensamientos y estados emocionales) pueden mediar cambios en el sistema inmune tanto como aspectos farmacológicos o físicos (Wisneski & Anderson, 2009).

La situación de distanciamiento social, la incertidumbre ante el riesgo de ser contagiado o que nuestros seres queridos sean contagiados, ante la situación económica, la falta de control, los cambios de rutina y en sí, la desconfiguración de lo conocido y predecible. Es en este sentido, que el presente estudio cobra relevancia ya que explora aspectos del bienestar psicológico que pueden afectar la salud del ser humano, generando diferentes fenómenos en la salud mental y otras enfermedades crónicas.

Es importante investigar la situación para identificar los puntos que requieren ser atendidos y generar estrategias de prevención no solo en términos del contagio del Covid-19 sino de todas las comorbilidades que la pandemia puede generar si no se atienden de manera oportuna.

Para la psicología y la psiquiatría es importante entender el efecto del COVID-19 en la salud mental debido a que podría provocar algún tipo de problema al de la población y no solo al personal que se encarga del cuidado de los pacientes (Rajkumar, 2020). Algunos autores (Wang et al., 2020) encontraron prevalencias en torno a 16.5%, 28.8%, 8.1%, con respecto a síntomas moderados a severos de depresión, ansiedad y estrés respectivamente durante el confinamiento. Por ello, es necesario realizar más investigaciones con pruebas específicas para bienestar psicológico, ansiedad, depresión y estrés y contar con datos para realizar programas basados en evidencia.

De ahí que las evaluaciones guatemaltecas sobre estos temas deban orientarse hacia el uso de los mismos instrumentos que se están empleando en otras latitudes del mundo, por ejemplo, las empleadas por Xiao, Zhang, Kong, Li y Yang (2020) Self-Rating Anxiety Scale (SAS), Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASR), Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Personal Social Capital Scale (PSCI-16).

Limitaciones

En esta investigación se reportan varias limitaciones y, la principal se observa en el tipo de muestreo. Dado que es de alcance exploratorio debido a la situación de confinamiento, los datos deben ser confirmados con investigaciones que realicen un muestreo aleatorio en un segmento más amplio de la población y utilicen pruebas específicas para la detección de sintomatología. Tampoco se puede hablar de generalización de los datos debido a que no todos los guatemaltecos tienen acceso a internet por lo que la muestra representa a un grupo socioeconómico.

Referencias

- Ben Simon E., Rossi A., Harvey A. G., & Walker, M. P. (2020). Overanxious and underslept. *Nature Human Behaviour*, 4(1),100-110. <https://doi.org/10.1038/s41562-019-0754-8>.
- Bech, P., Gudex, C., & Johansen, K. S. (1996). The WHO (Ten) well-being index: Validation in diabetes. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65(4), 183-190. <https://doi.org/10.1159/000289073>
- Bults, M., Beaujean D. J., de Zwart, O., Kok, G., van Empelen, P., van Steenbergen, J. E., ... Voeten, H. (2011). Perceived risk, anxiety, and behavioural responses of the general public during the early phase of the Influenza A (H1N1) pandemic in the Netherlands: Results of three consecutive online surveys. *BMC Public Health*, 11(2), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-2>
- Campo-Arias, A., Miranda-Tapia, G. A., Cogollo, Z., & Herazo, E. (2015). Reproducibilidad del Índice de Bienestar General (WHO-5 WBI) en adolescentes estudiantes. *Revista Científica Salud Uninorte*, 31(1), 18-24. <http://dx.doi.org/10.14482/sun.31.1.5493>
- Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The health belief model. En K. Glanz, B. K. Rimer & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4th ed., pp. 45-65). San Francisco: Jossey-Bass.
- Decreto Gubernativo Declaratoria del Estado de calamidad Pública, 5-2020. *Diario de Centroamérica*, No. 24 (6 de marzo de 2020).

- Decreto Gubernativo Reforma a la Declaratoria del Estado de Calamidad Pública, 6- 2020. Diario de Centroamérica, No. 34B (22 de marzo de 2020).
- de Wit, M., Pouwer, F., Gemke, R. J., Delemarre-van, H. A., & Snoek, F. J. (2007). Validation of the WHO-5 Well-Being Index in adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 30(8), 2003-2006. <https://doi.org/10.2337/dc07-0447>
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., & van Dieendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1998). Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors. En W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Applied clinical psychology. Treating addictive behaviors* (pp. 3-24). Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1934-2_1
- Disabato, D., Goodman, F., Kashdan, T., Short, J., & Jarden, A. (2016). Different Types of Well-Being? A Cross-Cultural Examination of Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Psychological Assessment*, 28(5), 471-482. <https://doi.org/10.1037/pas0000209>
- Drury, J., Reicher, S., & Stott, C. (2020). COVID-19 in context: Why do people die in emergencies? It's probably not because of collective psychology. *British Journal of Social Psychology*, 59(3), 686-693. <https://doi-org.uchile.idm.oclc.org/10.1111/bjso.12393>
- Hall, T., Krahn, G. L., Horner-Johnson, W., Lamb, G., & The Rehabilitation Research and Training Center Expert Panel on Health Measurement. (2011). Examining functional content in widely used Health-Related Quality of Life scales. *Rehabilitation Psychology*, 56(2), 94-99. <https://doi.org/10.1037/a0023054>
- Hellewell, J., Abbott, S., Gimma, A., Bosse, N. I., Jarvis, C. I., Russell, T. W., ... Eggo, R. M. (2020). Feasibility of controlling COVID-19 outbreaks by isolation of cases and contacts. *The Lancet Global Health*, 8(4), e488-e496. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30074-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30074-7)
- Holmes, B. J. (2008). Communicating about emerging infectious disease: The importance of research. *Health, Risk & Society*, 10(4), 349-360. <https://doi.org/10.1080/13698570802166431>
- Hou, C., Chen, J., Zhou, Y., Hua, L., Yuan, J., He, S., ... Zhang, J. (2020). The effectiveness of quarantine of Wuhan city against the Corona Virus Disease 2019 (COVID-19): A well-mixed SEIR model analysis. *Journal of Medical Virology*, 92(7), 841-848. <https://doi.org/10.1002/jmv.25827>
- Leventhal, H., Phillips, L. A., & Burns, E. (2016). The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): A dynamic framework for understanding illness self-management. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(6), 935-946. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9782-2>
- Lucas-Carrasco, R. (2012). The WHO quality of life (WHOQOL) questionnaire: Spanish development and validation studies. *Quality of Life Research*, 21(1), 161-165. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9926-3>
- Lunn, P. D., Belton, C. A., Lavin, C., McGowan, F. P., Timmons, S., & Robertson, D. A. (2020). Using Behavioral Science to help fight the Coronavirus. *Journal of Behavioral Public Administration*, 3(1), 1-15. <https://doi.org/10.30636/jbpa.31.147>
- Prensa Libre. (20 de mayo 2020). Cuántos casos de coronavirus hay en Guatemala. Recuperado de <https://www.prensalibre.com/guatemala/comunitario/casos-de-coronavirus-en-guatemala/>
- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literatura. *Asian Journal of Psychiatry*, 52, 102066. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>
- Resnick, S. G., Roe, D., & Salyers, M. P. (2020). Psychiatric Rehabilitation Journal in the era of COVID-19. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 43(2), 83-84. <http://dx.doi.org/10.1037/prj0000434>
- Rubin, G. J., & Wessely, S. (2020). The psychological effects of quarantining a city. *BMJ (British medical journal)*, 368, m313. <https://doi.org/10.1136/bmj.m313>
- Ryff, C. D. (2018). Well-being with soul: Science in pursuit of human potential. *Perspectives on Psychological Science*, 13(2), 242-248. <https://doi.org/10.1177/1745691617699836>

- Simancas-Pallares, M., Díaz-Cárdenas, S., Barbosa-Gómez, P., Buendía-Vergara, M., & Arévalo-Tovar, L. (2016). Propiedades psicométricas del Índice de Bienestar General-5 de la Organización Mundial de la Salud en pacientes parcialmente edéntulos. *Revista de la Facultad de Medicina*, 64(4), 701-705. <https://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n4.52235>
- Topp, C.W., Østergaard S. D., Søndergaard S., & Bech P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3), 167-176. <https://doi.org/10.1159/000376585>
- Umucu, E., & Lee, B. (2020). Examining the impact of COVID-19 on stress and coping strategies in individuals with disabilities and chronic conditions. *Rehabilitation Psychology*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/rep0000328>
- Vaughan, E., & Tinker, T. (2009). Effective health risk communication about pandemic influenza for vulnerable populations. *American Journal of Public Health*, 99(S2), S324-S332. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.162537>
- Véliz-Escobar, C. M. (2019). Reflexiones en torno al bienestar psicológico. En C. C.
- Juárez & W. O. Paniagua (Eds.), *Adolescencia y adaptación a espacios vitales: Una aproximación desde el contexto guatemalteco* (pp. 31-65). Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Dirección General de Investigación, Programa Universitario de Investigación en Educación.
- Wang, C., Pan, R.; Wan, X.; Tan, Y.; Xu, L., Ho, C.S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Word Health Organization. (2020). How can we protect ourselves and others if we don't know who is infected? Recuperado de <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses>
- Word Health Organization. (12-13 February 1998). Wellbeing measures in primary health care/the deprecare project (Report on a WHO Meeting Stockholm, Sweden). Copenhagen: Autor
- Wisneski, L. A., & Anderson, L. (2009). *The scientific basis of integrative medicine* (2nd. ed.). CRC Press.
- Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & Yang, N. (2020). The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 26, e923549-1. <https://doi.org/10.12659/MSM.923549>
- Yip, P. S. F., & Chau, P. H. (2020). Physical distancing and emotional closeness amidst COVID-19. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 41(3), 153-155. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000710>