

ORIGINAL

Recibida: 1/4/2022
 Aceptada: 23/6/2022
 Publicada: 21/7/2022
 e202207055

el-e13

Mental health consequences of isolation of patients with COVID-19

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses

CORRESPONDENCIA

Miguel Ángel Muñoz
 C/ Sardenya, 375, Entlo.
 08025. Barcelona, España.
 mamunoz.bcn.ics@gencat.cat

CITA SUGERIDA

Navas E, Lopez M, Muñoz MA, Abós-Herrándiz R, Gallego C, Tobella A, Turmo N, Monclús A, Martínez A, Rami A. Consecuencias en la salud mental del aislamiento de pacientes con COVID-19. Rev Esp Salud Pública. 2022; 96: 21 de julio e202207055.

Consecuencias en la salud mental del aislamiento de pacientes con COVID-19

AUTORES

Elena Navas	(1)	Claudia Gallego	(2)	Alba Martínez	(2)
Merce López	(1,2)	Ana Tobella	(2)	Artur Rami	(2)
Miguel Ángel Muñoz	(1,3,4)	Nuria Turmo	(2)		
Rafael Abós-Herrándiz	(1,2)	Alba Monclús	(2)		

FILIACIONES

- (1) Unidad de Apoyo a la Investigación en Atención Primaria de Salud en Barcelona, Instituto Catalán de la Salud, Instituto Universitario de Investigación en Atención Primaria Jordi Gol (IDIAP Jordi Gol i Gurina). Barcelona, España.
- (2) Centro de Atención Primaria del Passeig de Sant Joan, Atención Primaria Barcelona ciudad, Instituto Catalán de la Salud. Barcelona, España.
- (3) Facultad de Medicina, Universidad Pompeu Fabra. Barcelona, España.
- (4) Centro de Atención Primaria Joanic, Atención Primaria Barcelona ciudad, Instituto Catalán de la Salud. Barcelona, España.

RESUMEN

FUNDAMENTOS // La pandemia de la COVID-19 ha tenido un efecto negativo en la salud mental de la población. Se desconoce si los distintos tipos de aislamiento de los pacientes afecta a estos por igual. El objetivo del estudio fue determinar si el efecto sobre el malestar psíquico originado por el aislamiento de la población con COVID-19 en un hotel supervisado por profesionales sanitarios fue diferente respecto al de las personas aisladas en su domicilio.

MÉTODOS // Los sujetos a estudio fueron pacientes diagnosticados de la COVID-19 durante la primera ola pandémica en Barcelona, seleccionados consecutivamente de los listados de Atención Primaria. Se realizó una encuesta telefónica para recoger información sobre salud mental en los pacientes que fueron aislados en un hotel frente a los aislados en sus domicilios. Se realizó estadística descriptiva y las variables de estudio fueron analizadas mediante media y desviación estándar, contaje (porcentaje), test Chi-cuadrado y t-Student. Se llevaron a cabo modelos de regresión logística seleccionando frustración e ira/irritabilidad como variables respuesta.

RESULTADOS // De los 89 pacientes incluidos, 45 (50,6%) fueron aislados en sus domicilios y 44 (49,4%) en el hotel. Se identificó frustración en el 48,3% e irritabilidad en el 29,2% de los pacientes. El sentimiento de frustración se concentraba principalmente en la franja de edad entre 45 y 65 años, mientras que el 50% de los que sentían irritabilidad eran todavía más jóvenes. Los modelos multivariados confirmaron que los pacientes en aislamiento domiciliario mostraron mayor riesgo de frustración (Odds ratio 4,12; 95% intervalo de confianza 1,60-11,49) y de ira (Odds ratio 3,81; 95% intervalo de confianza 1,32-12,10), respectivamente.

CONCLUSIONES // Los pacientes con COVID-19 aislados en su domicilio tienen mayor riesgo de presentar sentimientos de frustración e ira que los aislados en hoteles supervisados por profesionales sanitarios.

PALABRAS CLAVE // Salud mental; Atención Primaria; Aislamiento.

ABSTRACT

BACKGROUND // The COVID-19 pandemic has had a negative effect on the mental health on the population. It is unknown if the different types of patient isolation affect them equally. The objective of the study was to determine if the effect on the psychological discomfort caused by the isolation of the population with COVID-19 in a hotel supervised by health professionals was different compared with those who were isolated at home.

METHODS // Patients diagnosed with COVID-19 during the first pandemic wave in Barcelona, consecutively selected from the Primary Care lists. A telephone survey was carried out to collect information about mental health in patients who were isolated in a hotel compared to those isolated at their homes. Descriptive statistics were performed and the study variables were analyzed using mean and standard deviation, count (percentage), Chi-square test, and Student's t-test. Logistic regression models were carried out selecting frustration and anger/irritability as response variables.

RESULTS // Of the 89 patients included, 45 (50.6%) were isolated at their homes and 44 (49.4%) at the hotel. Frustration was identified in 48.3% and irritability in 29.2% of the most patients. Most of those who presented frustration were between 45 and 65 years old, while 50% of those who felt irritability were younger. Multivariate models confirmed that patients isolated at home showed a higher risk of frustration (Odds ratio 4.12; 95% Confidence interval 1.60-11.49) and irritability (Odds ratio 3.81; 95% Confidence interval 1.32-12.10), respectively.

CONCLUSIONS // Patients isolated at home show a higher risk of presenting feelings of frustration and irritability than isolated patients in supervised hotels.

KEYWORDS // Mental health; Primary care; Isolation.

INTRODUCCIÓN

EL PRIMER CASO DE COVID-19 REGISTRADO oficialmente en España se detectó el 16 de enero de 2020 (1). El 9 de marzo de ese mismo año se tomaron medidas poblacionales para evitar la propagación del virus. El 14 de marzo el Gobierno declaró el *estado de alarma* para limitar la transmisión viral. El 25 de abril España ya era el segundo país con más infectados (219.764) y el tercero con más fallecidos (22.524) (2).

La puesta en marcha del estado de alarma comprendió un conjunto de medidas restrictivas basadas fundamentalmente en la reducción de los contactos interpersonales, el cierre de cualquier actividad social y restricciones de movilidad. Se instó a la población a permanecer en sus domicilios, con excepción de las personas que realizaran labores consideradas esenciales (profesionales de la salud, personas dedicadas a la distribución de alimentos, farmacias, seguridad pública y actividad legislativa).

Gran parte de la investigación realizada sobre la COVID-19 ha estado relacionada con características clínicas, tiempos de supervivencia, tratamientos y caracterización genómica del virus. Sin embargo, han sido menos los estudios realizados para analizar el impacto psicológico de la pandemia en la población.

Investigaciones realizadas durante brotes infecciosos anteriores identificaron consecuencias psicológicas negativas en la población. Se encontró que, independientemente del tipo de enfermedad, las personas pueden experimentar miedo a enfermar o morir, y ese sentimiento puede ir acompañado de depresión, ansiedad, estrés postraumático y otros síntomas somáticos, tanto en la población general (3,4,5,6,7) como en los trabajadores sanitarios (8,9). También se observó que las medidas de confinamiento impuestas por la cuarentena podían acentuar dichos síntomas (10).

La población se ha visto angustiada, tanto por los efectos inmediatos del virus en la salud como por las consecuencias del aislamiento y las medidas de mitigación para combatir la transmisión de la infección (11).

Un metanálisis reciente, realizado sobre trece estudios relacionados con la COVID-19 en países asiáticos, indicó que la ansiedad y la depresión tuvieron una prevalencia mayor del 20%, con diferencias en cuanto a género y ocupación (12).

El objetivo principal del presente estudio fue determinar la presencia de diferencias en el malestar psíquico de los pacientes dependiendo de si fueron aislados en un hotel supervisado por profesionales sanitarios o si lo fueron en su propio domicilio.

MATERIAL Y MÉTODOS

SE REALIZÓ UN ESTUDIO OBSERVACIONAL de cohortes en el que se entrevistaron pacientes infectados por la COVID-19, con el diagnóstico confirmado por Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) o mediante test serológicos, de cara a obtener información sobre las enfermedades, su estado psicológico y comorbilidades previas.

La información se recogió a través de una encuesta telefónica, realizada por profesionales del Equipo de Atención Primaria de Passeig de Sant Joan (Barcelona) que ofrecieron apoyo sanitario a estos pacientes, entre los meses de abril y junio del 2020. Se diferenciaron dos cohortes, una de ellas compuesta por sujetos infectados de COVID-19 alojados en un hotel habilitado para atender a pacientes que no pudieron ser aislados adecuadamente en sus domicilios y otro grupo de pacientes que realizaron aislamiento en sus domicilios.

Ambas cohortes recibieron apoyo por los mismos profesionales sanitarios de Atención Primaria y el periodo de aislamiento fue de

catorce días para todos los pacientes incluidos en el estudio.

La muestra se seleccionó consecutivamente de las listas de historias clínicas electrónicas de Atención Primaria. Se solicitó la autorización de la dirección, de la Unidad de Investigación y del comité de ética del IDIAP Jordi Gol. Se contactó telefónicamente con los pacientes, a los cuales se les pidió el consentimiento informado.

La encuesta recogió información sobre variables sociales, condiciones de la vivienda, comorbilidades, tratamientos recibidos, estado psicológico e información clínica relacionada con el episodio de enfermedad.

Para ser incluidos en el estudio, los pacientes debían tener 18 años o más, haber compartido vivienda con otras personas en las dos semanas anteriores y haberse realizado una PCR para confirmar el diagnóstico.

Para ser alojados en el hotel supervisado los pacientes debían presentar alguno de los siguientes requisitos: estar al cuidado de una persona vulnerable; estar en situación de indigencia o no tener un hogar; ser un turista en tránsito; compartir vivienda con un gran número de personas; y otras situaciones de vulnerabilidad evaluadas por un trabajador social.

Todos los participantes fueron tratados y seguidos cada 24-48 horas por médicos de familia o enfermeros/as del centro de Atención Primaria de referencia. En caso de ser necesario, se realizaban visitas presencialmente.

Para los efectos del presente estudio, la principal variable de resultado fue el sentimiento de malestar psicológico percibido por los pacientes. Para evaluarlo, seleccionamos y adaptamos varios ítems de la *Escala de Impacto de Eventos Revisada* (IES-R): frustración, ira y/o irritabilidad; miedo a contagiar a los familiares; miedo a las complicaciones

de la enfermedad; sensación de aislamiento; ansiedad y/o nerviosismo.

La evaluación de los distintos ítems se puntuó en una escala de 0 a 5, siendo 0 el más bajo (nunca) y 5 el más alto (siempre). Las variables se categorizaron de acuerdo a la respuesta y se consideró que había malestar en cada una de ellas cuando la puntuación era de 2 a 5, es decir, a veces, muchas veces, casi siempre o siempre.

Se consideró la presencia de malestar psicológico previo cuando los participantes informaron o tenían registrado en su historial médico el diagnóstico de ansiedad o el uso de antidepresivos.

El índice de hacinamiento se determinó como la relación entre el número de personas que habitaban una vivienda y el número de habitaciones disponibles.

Consideraciones éticas. El protocolo del estudio siguió las recomendaciones de la *Declaración de Helsinki* de 2013 y el *Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo en materia de protección de datos personales*. El Comité Ético de la Fundación Instituto Universitario para la Investigación en Atención Primaria de Salud Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol) aprobó el protocolo del estudio (referencia 0/091-PCV).

Análisis estadístico. Se calcularon estadísticos descriptivos para resumir las características sociodemográficas de la muestra y las variables de estudio. Las variables continuas se expresaron o bien con medias y desviaciones estándar o bien con medianas y rangos intercuartílicos, mientras que las variables categóricas fueron expresadas con frecuencias y porcentajes.

Para evaluar las diferencias entre las características (variables) según el tipo de aislamiento fue usada la prueba Chi-cuadrado y la prueba F-Fisher cuando fue necesario. Para el análisis de las variables continuas se utilizó

la prueba T-Student o análisis de la varianza (Anova).

Para el análisis de las variables relacionadas con el impacto en el malestar psicológico se calcularon los valores de asimetría y curtosis, según el tipo de aislamiento.

Se incluyeron en el modelo multivariado las variables estadísticamente significativas con un valor de $p < 0,05$ en el análisis univariado o bien las que fueron consideradas como variables relevantes. De acuerdo con esta premisa, se seleccionaron *frustración e ira y/o irritabilidad* como variables respuesta para el desarrollo del modelo multivariado.

El análisis estadístico fue realizado mediante el software R para Windows, versión 3.6.1 (Viena, Austria).

RESULTADOS

SE ENTREVISTARON 89 PACIENTES CON COVID-19, de los cuales 45 (50,6%) fueron aislados en sus domicilios y 44 (49,4%) en un hotel supervisado. La edad media de los pacientes fue de 53,6 (DE 16,9) años, de los cuales 57 (64%) eran mujeres y 32 (36%) eran hombres. Un total de 77 (89,5%) pacientes habían sido ingresados en el hospital antes de que se iniciara el aislamiento. De los pacientes previamente hospitalizados, 62 (82,9%) habían presentado fiebre como motivo de ingreso, 54 (63,5%) tos y 33 (38,8%) disnea. Los pacientes que presentaron estos síntomas fueron derivados con mayor frecuencia al hotel en lugar de a su domicilio para realizar el aislamiento posterior.

La existencia de comorbilidad previa no condicionó la derivación de los pacientes a su domicilio o al hotel.

Se observó que los pacientes que comparaban domicilio con mayor número de personas en un espacio reducido, es decir, que presentaron mayor índice de hacinamiento, eran con mayor frecuencia derivados al hotel.

Los pacientes aislados en domicilio refirieron con mayor frecuencia antecedentes de ansiedad o depresión previas [TABLA 1].

La TABLA 2 refleja el malestar mental reportado por los pacientes. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que se encontraban aislados en hotel o en su domicilio en cuanto a los sentimientos de miedo a contagiar a sus familiares o a tener complicaciones de su enfermedad, ni en la sensación de aislamiento, ni tampoco en la ansiedad y/o nerviosismo.

Sin embargo, las puntuaciones de malestar psíquico de los pacientes aislados en el domicilio fueron más altas en todos los parámetros, aunque solo se mostraron estadísticamente significativas en el sentimiento de frustración e ira y/o irritabilidad.

Se encontró frustración en el 48,3% e ira y/o irritabilidad en el 29,2% de los pacientes. Entre los que expresaron frustración, el 65,1% había completado el aislamiento en el domicilio frente al 34,9% que lo completó en el hotel. Entre los que refirieron sentir ira y/o irritabilidad, el 73,1% había realizado el aislamiento en el domicilio.

Al analizar las características relacionadas con los sentimientos de frustración e ira y/o irritabilidad se observó una mayor proporción de mujeres. Asimismo, la población en la que predominaron estas sensaciones era más joven. La mayoría (55,8%) de los pacientes que presentaron frustración tenían entre 45 y 65 años, mientras que el 50% de los que sintieron ira y/o irritabilidad eran más jóvenes (18 a 44 años). Los pacientes mayores de 65 años sufrieron un menor impacto psicológico. La comorbilidad previa y las condiciones de la vivienda no afectaron al malestar psíquico [TABLA 3].

Los pacientes que tenían previamente ansiedad o depresión tendían a tener más frecuentemente ira y/o irritabilidad como consecuencia del aislamiento.

Tabla 1
Características de los pacientes de estudio contagiados por la COVID-19 según el lugar de aislamiento (hotel supervisado o domicilio).

Características		Total	Pacientes aislados en domicilio N (%)	Pacientes aislados en hotel supervisado N (%)	P
N		89	45 (50,6)	44 (49,4)	-
Sexo	Hombre	32 (36)	14 (31,1)	18 (40,9)	0,458
	Mujer	57 (64)	31 (68,9)	26 (59,1)	
Edad (años) (a)		53,6 (16,9)	54,2 (16,9)	53,0 (17)	0,735
Edad categorizada	18-44 años	25 (28,1)	11 (24,4)	14 (31,8)	0,493
	45-65 años	40 (44,9)	23 (51,1)	17 (38,6)	
	>65 años	24 (27)	11 (24,4)	13 (29,5)	
Motivo de ingreso hospitalario	Fiebre	62 (72,9)	23 (56,1)	39 (88,6)	0,002
	Tos	54 (63,5)	20 (48,8)	34 (77,3)	0,012
	Disnea	33 (38,8)	5 (12,2)	28 (63,6)	<0,001
Neumonía		56 (65,9)	19 (46,3)	37 (84,1)	0,001
Ingreso en UCI		4 (4,7)	3 (7,3)	1 (2,2)	0,349
Condiciones vivienda (a)	Número de habitaciones	3,0 (1)	3,1 (1)	3,0 (1)	0,767
	Número de cohabitantes en el mismo domicilio	3,5 (1,6)	2,9 (1)	4,1 (1,9)	0,001
Índice hacinamiento (a)		1,2 (0,5)	1,0 (0,3)	1,4 (0,5)	0,001
Comorbilidad		-	-	-	-
Comorbilidad	Enfermedad Coronaria	4 (4,4)	4 (8,8)	0 (0)	0,117
	Ictus	1 (1,1)	1 (2,2)	0 (0)	1,000
	Arteriopatía periférica	2 (2,2)	2 (4,4)	0 (0)	0,494
	Insuficiencia cardíaca	3 (3,3)	3 (6,6)	0 (0)	0,242
	Fibrilación auricular	2 (2,2)	2 (4,4)	0 (0)	0,494
	Hipertensión	25 (28,1)	12 (26,7)	13 (29,5)	0,947
	Diabetes	6 (6,7)	1 (2,2)	5 (11,4)	0,110
	Cáncer	5 (5,6)	4 (8,8)	1 (2,2)	0,361
	Afección pulmonar obstructiva crónica	12 (13,5)	9 (20)	3 (6,8)	0,131
	Ansiedad o depresión	18 (20,2)	14 (31,1)	4 (9)	0,020
	Alguna comorbilidad	40 (44,9)	26 (57,8)	14 (31,8)	0,025

(a): Variables continuas expresadas con medias y desviaciones estándar.

Consecuencias en la salud mental del aislamiento de pacientes con COVID-19.

ELENA NAVAS et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 96
21/7/2022
e202207055

Tabla 2
Autoevaluación del malestar psicológico de los pacientes con la COVID-19 según el tipo de aislamiento.

Características	Total pacientes	Pacientes aislados en domicilio N (%)	Pacientes aislados en hotel supervisado N (%)	P
N	89	45 (50,6)	44 (49,4)	-
Miedo a contagiar a los miembros de la familia	3,6 (1,7)	3,6 (1,6)	3,6 (1,7)	0,885
Miedo a las complicaciones de su enfermedad	2,7 (1,8)	2,9 (1,7)	2,5 (1,9)	0,353
Frustración	2,0 (1,8)	2,6 (1,9)	1,3 (1,5)	<0,001
Sensación de aislamiento	2,4 (1,8)	2,7 (1,9)	2,1 (1,8)	0,188
Ansiedad/nerviosismo	2,3 (1,9)	2,5 (1,8)	2,0 (1,9)	0,209
Ira/irritabilidad	1,0 (1,3)	1,5 (1,5)	0,4 (1)	<0,001

Características expresadas por medias y desviaciones estándar. N: total de casos de cada categoría y porcentaje; P<0,05.

Tabla 3
Características de los pacientes según hayan sentido frustración e ira/
irritabilidad durante su aislamiento.

Características	Total N (%)	Sensación de frustración			Sensación de ira			
		No N (%)	Sí N (%)	P	No N (%)	Sí N (%)	P	
N	89	46 (51,7)	43 (48,3)	-	63 (70,7)	26 (29,2)	-	
Tipo de aislamiento	Domicilio	45 (50,6)	17 (37)	28 (65,1)	0,015	26 (41,3)	19 (73,1)	0,013
	Hotel	44 (49,4)	29 (63)	15 (34,9)		37 (58,7)	7 (36,9)	
Sexo	Hombre	32 (36)	18 (39,1)	14 (32,6)	0,671	25 (39,7)	7 (26,9)	0,369
	Mujer	57 (64)	28 (60,9)	29 (67,4)				
Edad (años) (a)		53,6 (16,9)	57,4 (17,8)	49,5 (14,9)	0,026	56,3 (16,1)	47,2 (17,3)	0,026
Edad categorizada	18-44 años	25 (28,1)	11 (23,9)	14 (32,6)	0,007	12 (19,0)	13 (50)	0,007
	45-65 años	40 (44,9)	16 (34,8)	24 (55,8)				
	>65 años	24 (27)	19 (41,3)	5 (11,6)				
Motivo de ingreso hospitalario	Fiebre	62 (72,9)	40 (88,9)	22 (55)	0,001	48 (77,4)	14 (60,9)	0,211
	Tos	54 (63,5)	28 (62,2)	26 (65)	0,968	38 (61,3)	16 (69,6)	0,652
	Disnea	33 (38,8)	21 (46,7)	12 (30)	0,177	24 (38,7)	9 (39,1)	1,000
Neumonía		56 (65,9)	34 (75,6)	22 (55)	0,077	40 (64,5)	16 (69,6)	0,858
Ingreso en UCI		4 (4,7)	4 (8,8)	0 (0)	0,119	3 (4,8)	1 (4,3)	1,000
Condiciones vivienda (a)	Número de habitaciones	3,0 (1)	3,1 (1)	3,0 (0,9)	0,627	3,1 (1,0)	3,0 (0,9)	0,637
	Número de cohabitantes en el mismo domicilio	3,5 (1,6)	3,7 (1,8)	3,3 (1,3)	0,184	3,6 (1,7)	3,3 (0,9)	0,505
Índice hacinamiento (a)		1,2 (0,5)	1,2 (0,5)	1,1 (0,4)	0,353	1,2 (0,5)	1,1 (0,3)	0,671
Comorbilidad		-	-	-	-	-	-	-
Comorbilidad	Enfermedad Coronaria	4 (4,4)	0 (0)	4 (9,3)	0,051	3 (4,7)	1 (3,8)	1,000
	Ictus	1 (1,1)	1 (2,1)	0 (0)	1,000	1 (1,5)	0 (0)	1,000
	Arteriopatía periférica	2 (2,2)	0 (0)	2 (4,6)	0,231	0 (0)	2 (7,6)	0,083
	Insuficiencia cardíaca	3 (3,3)	0 (0)	3 (6,9)	0,109	1 (1,5)	2 (7,6)	0,203
	Fibrilación auricular	2 (2,2)	2 (4,3)	0 (0)	0,495	2 (3,1)	0 (0)	1,000
	Hipertensión	25 (28,1)	18 (39,1)	7 (16,3)	0,031	21 (33,3)	4 (15,4)	0,146
	Diabetes	6 (6,7)	5 (10,9)	1 (2,3)	0,204	6 (9,5)	0 (0)	0,175
	Cáncer	5 (5,6)	3 (6,5)	2 (4,6)	1,000	3 (4,7)	2 (7,6)	0,627
	Afección pulmonar obstructiva crónica	12 (13,5)	5 (10,9)	7 (16,3)	0,663	7 (11,1)	5 (19,2)	0,322
	Ansiedad o depresión	18 (20,2)	9 (19,6)	9 (20,9)	1,000	9 (14,3)	9 (34,6)	0,060
	Alguna comorbilidad	40 (44,9)	23 (50)	17 (39,5)	0,436	29 (46)	11 (42,3)	0,931

(a): Variables continuas expresadas con medias y desviaciones estándar.

Consecuencias en la salud mental del aislamiento de pacientes con COVID-19.

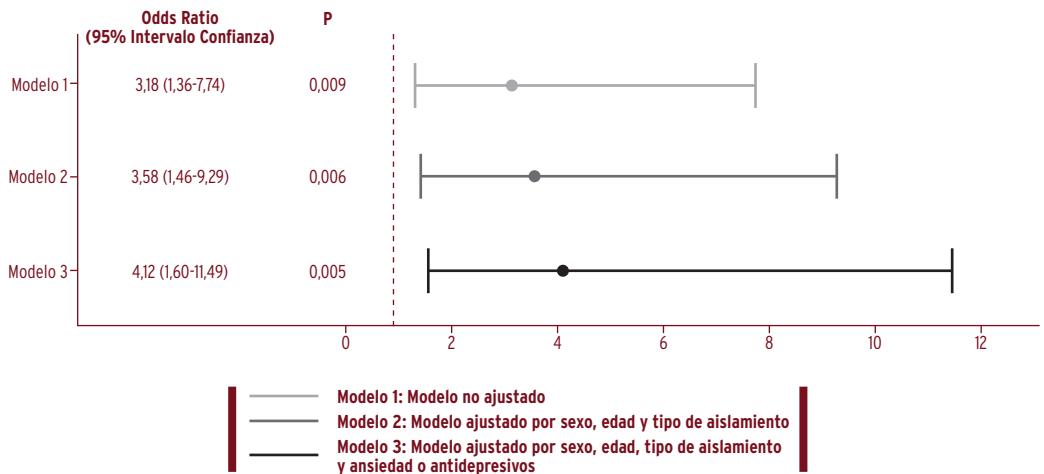
ELENA NAVAS et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 96
21/7/2022
e202207055

Figura 1A
Odds ratio de presentar frustración entre los pacientes aislados como consecuencia la infección por la COVID-19.

Modelos	Variables	OR (IC al 95%)	P
Modelo 1	Tipo de aislamiento	3,18 (1,36-7,74)	0,009
	Sexo	Hombre	Ref.
		Mujer	1,24 (0,48-3,20)
Modelo 2	Edad (años)	0,97 (0,94-0,99)	0,019
	Tipo de aislamiento	Hotel	Ref.
		Domicilio	3,58 (1,46-9,29)
	Sexo	Hombre	Ref.
		Mujer	1,37 (0,52-3,65)
Modelo 3	Edad (años)	0,96 (0,93-0,99)	0,017
	Tipo de aislamiento	Hotel	Ref.
		Domicilio	4,12 (1,60-11,49)
	Ansiedad o depresión	0,57 (0,17-1,85)	0,354

Modelo 1: modelo no ajustado. **Modelo 2:** ajustado por sexo, edad y tipo de aislamiento. **Modelo 3:** ajustado por sexo, edad, tipo de aislamiento y ansiedad o antidepresivos. **OR:** Odds Ratio; **IC:** Intervalo de confianza. P univariante <0,05. **Ref:** Categoría de referencia.



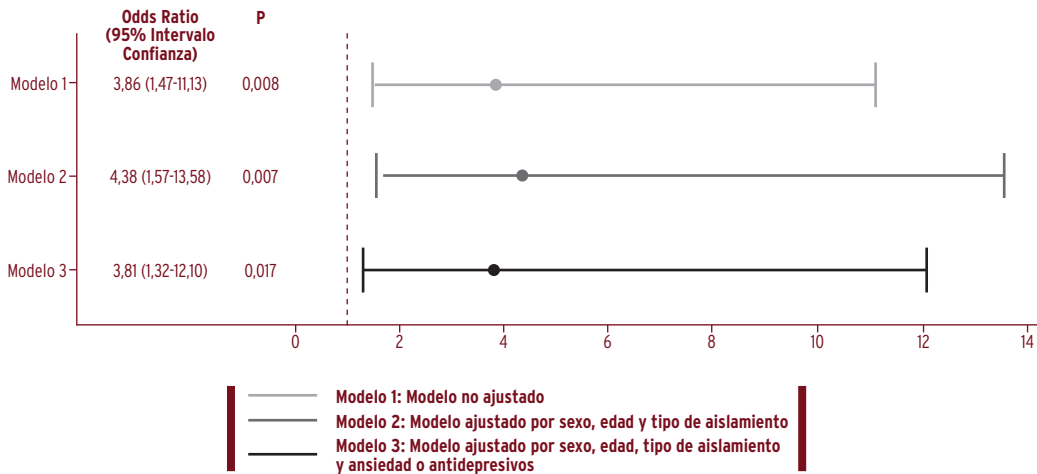
Consecuencias en la salud mental del aislamiento de pacientes con COVID-19.

ELENA NAVAS et al.

Figura 1B
Odds ratio de presentar ira/irritabilidad entre los pacientes aislados como consecuencia la infección por la COVID-19.

Modelos	Variables	OR (IC al 95%)	P
Modelo 1	Tipo de aislamiento	3,86 (1,47-11,13)	0,008
	Sexo	Hombre	Ref.
		Mujer	1,66 (0,58-5,14)
Modelo 2	Edad (años)	0,96 (0,93-0,99)	0,014
	Tipo de aislamiento	Hotel	Ref.
		Domicilio	4,38 (1,57-13,58)
	Sexo	Hombre	Ref.
Mujer		1,46 (0,49-4,65)	0,502
Modelo 3	Edad (años)	0,96 (0,96-0,99)	0,015
	Tipo de aislamiento	Hotel	Ref.
		Domicilio	3,81 (1,32-12,10)
	Ansiedad o depresión	2,11 (0,65-6,88)	0,212

Modelo 1: modelo no ajustado. **Modelo 2:** ajustado por sexo, edad y tipo de aislamiento. **Modelo 3:** ajustado por sexo, edad, tipo de aislamiento y ansiedad o antidepresivos. **OR:** Odds Ratio; **IC:** Intervalo de confianza. P univariante <0,05. **Ref.:** Categoría de referencia.



Consecuencias en la salud mental del aislamiento de pacientes con COVID-19.

ELENA NAVAS et al.

Todos los modelos multivariados realizados confirmaron un mayor riesgo de sentirse frustrado o irritable en pacientes aislados en sus domicilios [Figura 1]. El efecto del tipo de aislamiento fue independiente del diagnóstico previo de ansiedad o depresión.

DISCUSIÓN



EN ESTE ESTUDIO ANALIZAMOS EL EFECTO sobre el malestar psíquico causado por el aislamiento realizado para reducir la transmisión de la infección en dos cohortes de pacientes con la COVID-19, durante la primera ola pandémica en 2020. Los pacientes aislados en sus domicilios presentan con mayor frecuencia sentimiento de frustración e ira/irritabilidad que aquellos pacientes aislados en un hotel habilitado específicamente para atender a pacientes con la COVID-19.

La pandemia de la COVID-19 ha puesto a prueba la capacidad de la Atención Primaria de salud para adaptarse a los nuevos desafíos (13). Los profesionales de Atención Primaria tuvieron que adaptar los procesos de atención ante una situación desconocida y trataron de minimizar el impacto de estos cambios en los pacientes que necesitaban atención por motivos distintos a los relacionados con la pandemia. Sin embargo, se observa que aspectos como la adherencia terapéutica y el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas se ven afectados por la focalización de los esfuerzos sanitarios en la pandemia (14).

La pandemia tiene claros efectos negativos en la salud mental, aumentando la prevalencia de trastornos ansioso-depresivos (15) y de malestar psicológico en la población general (16).

Los ítems elegidos en nuestro estudio para evaluar el malestar psicológico fueron adaptados de los publicados durante la epidemia de Síndrome respiratorio agudo grave (SARS) en Canadá en 2003, que analizaron el impacto psicológico de la cuarentena, así como las dificultades para cumplir con las medidas

de salud pública prescrita. El porcentaje de población con sentimientos de frustración entre los pacientes de nuestro estudio (29,2%) y los analizados en el caso de Canadá (28,6%) son muy similares (17).

Una revisión reciente presentó el impacto psicológico del aislamiento como consecuencia de una enfermedad transmisible en 24 publicaciones y coincide con varios de los efectos analizados en nuestro estudio, como la ira y/o irritabilidad, la frustración y el miedo relacionado con la infección, tanto por la propia salud como por el hecho de poder contagiar a otras personas (18).

La frustración puede estar relacionada con la imposibilidad de continuar con las actividades habituales, tanto personales como laborales (19).

En cuanto a las variables clínicas, la cohorte de pacientes aislados en el hotel presenta con mayor frecuencia síntomas de fiebre, tos o disnea, así como neumonía, como consecuencia de la infección antes de ser derivados al hotel o domicilio. El hecho de presentar una mayor gravedad podría explicar que estos pacientes tolerasen mejor el aislamiento, presentando una menor sensación de frustración e ira y/o irritabilidad que los confinados en sus domicilios, quienes podían cuestionar la necesidad de su aislamiento, ya que tenían una menor percepción de la enfermedad.

Se sabe que el hacinamiento juega un papel importante en la transmisibilidad de una infección (20). La Organización Mundial de la Salud ya se ha referido a este hecho en relación con la COVID-19 (21). En nuestro estudio, el grupo de pacientes aislados en hotel presenta peores condiciones de vida en cuanto al hacinamiento. Este criterio fue una de las razones para ser derivado a un tipo de aislamiento u otro, ya que un adecuado aislamiento domiciliario requería una habitación para el propio paciente. Un estudio realizado en Portugal encontró que el hacinamiento, junto con otras variables socioeconómicas, se

relacionaba con una mayor probabilidad de padecer la infección por el SARS-CoV-2 (22).

La atención de la salud mental deber tener un lugar central entre las medidas adoptadas en respuesta a la pandemia de la COVID-19 en todas sus fases, desde las medidas de prevención y mitigación hasta el abordaje de la recuperación posterior.

Fortalezas y Limitaciones. Este es el primer estudio que realiza una aproximación al malestar psicológico relacionado con el tipo de aislamiento que reciben los pacientes infectados por el SARS-CoV-2 y analiza las diferencias entre ser aislado en un dispositivo comunitario (hotel adaptado supervisado por profesionales sanitarios) y ser aislado su propio domicilio.

Se han descrito variables socioeconómicas que pueden condicionar el grado de adherencia a las recomendaciones establecidas por las autoridades sanitarias, como es el caso del aislamiento social. Una de las limitaciones del estudio podría considerarse la presencia de diferencias en las características sociales de los pacientes, ya que el perfil de aquéllos aislados en el hotel diferían en algunos aspectos de los aislados en domicilio (23). No podemos descartar que algunos de los pacientes ingresados en el hotel perciban esa estancia como una ganancia respecto a sus condiciones habitacionales previas. Este hecho podría ayudar a que la repercusión en cuanto a malestar psicológico del aislamiento en estos pacientes sea menor.

No podemos establecer con certeza la presencia de malestar psicológico previo, aunque el diagnóstico registrado con anterioridad de ansiedad y el tratamiento con antidepresivos

puede ofrecer una aproximación. No obstante, el modelo ajustado no se ve afectado por estas variables. Dada la naturaleza del estudio no se pueden determinar con certeza diferencias en cuanto a una mayor predisposición hacia la frustración e irritabilidad previos al ingreso entre las dos poblaciones de pacientes.

Futuras investigaciones podrían dar respuesta a esta pregunta analizando retrospectivamente el estado previo de los participantes para conocer si el lugar del aislamiento es un determinante que justifique por sí mismo la ira y la frustración percibida o si están condicionadas por el malestar psicológico previo y las circunstancias que rodean el entorno de los pacientes. Dado el diseño del estudio, no lo hemos podido analizar en este artículo. Para hacerlo se podría llevar a cabo un estudio antes-después en cada uno de los grupos o un análisis multivariado que permitiese ajustar el efecto del lugar de aislamiento por dichas variables.

El tamaño de la muestra no permite extender el análisis a otros determinantes que podrían influir en la percepción de malestar psicológico.

A modo de conclusión, señalar que el aislamiento que recibieron los pacientes con la COVID-19 en la primera ola de la pandemia con el fin de reducir la transmisibilidad de la infección afecta a su salud mental. La frustración y la ira/o irritabilidad son más marcadas en los pacientes que permanecían aislados en sus domicilios en comparación con los pacientes aislados en hoteles comunitarios asistidos y este efecto es independiente del malestar psicológico previo. (24)

Consecuencias en la salud mental del aislamiento de pacientes con COVID-19.

ELENA NAVAS et al.





1. Roberts DL, Rossman JS, Jarić I. *Dating first cases of COVID-19*. PLoS Pathog 2021;17(6): e1009620.
2. Johns Hopkins University & Medicine. Disponible en: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> (06 octubre 2021, último acceso).
3. Parrado-González A, León-Jariego JC. *COVID-19: Factores asociados al malestar emocional y morbilidad psíquica en población española*. Rev Esp Salud Pública. 2020; 94: 8 de junio e202006058.
4. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, 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):912-920.
5. Hall RC, Hall RC, Chapman MJ. *The 1995 Kikwit Ebola outbreak: lessons hospitals and physicians can apply to future viral epidemics*. Gen Hosp Psychiatry. 2008 ;30(5):446-452.
6. Sartorius N, Holt RIG, Maj M (editores): *Comorbidity of Mental and Physical Disorders*. Key Issues Ment Health. Basel, Karger, 2015, vol 179, pp 99-113.
7. Bäuerle A, Teufel M, Musche V, Weismüller B, Kohler H, Hetkamp M *et al*. *Increased generalized anxiety, depression and distress during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Germany*. Journal of public health (Oxford, England) 2020; 42(4): 672-678.
8. Danet Danet A. *Psychological impact of COVID-19 pandemic in Western frontline healthcare professionals. A systematic review*. Medicina clinica (English ed.) 2021; 156(9): 449-458.
9. Trumello C, Bramanti SM, Ballarotto G, Candelori C, Cerniglia L, Cimino S *et al*. *Psychological Adjustment of Healthcare Workers in Italy during the COVID-19 Pandemic: Differences in Stress, Anxiety, Depression, Burnout, Secondary Trauma, and Compassion Satisfaction between Frontline and Non-Frontline Professionals*. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(22):8358.
10. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J *et al*. *The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China*. Psychiatry Res. 2020;287:112934.
11. Informe de políticas: *La COVID-19 y la necesidad de actuar en relación con la salud mental*. Disponible en <https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy-brief-covid-and-mental-health-spanish.pdf> (06 octubre 2021, último acceso).
12. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. *Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis*. Brain Behav Immun. 2020 ;88:901-907.
13. Muñoz MA, López-Grau M. *Lessons learned from the approach to the COVID-19 pandemic in urban primary health care centres in Barcelona, Spain*. Eur J Gen Pract. 2020;26(1):106-107.
14. Caldeira D, Vaz-Carneiro A, Costa J. *The impact of dosing frequency on medication adherence in chronic cardiovascular disease: systematic review and meta-analysis*. Rev Port Cardiol. 2014; 33(7-8):431-437.
15. COVID-19 Mental Disorders Collaborators. *Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic*. Lancet.2021;6: 398(10312): 1700-1712.
16. McGinty EE, Presskreischer R, Han H, Barry CL. *Psychological Distress and Loneliness Reported by US Adults in 2018 and April 2020*. JAMA. 2020;324(1):93-94.
17. Reynolds DL, Garay JR, Deamond SL, Moran MK, Gold W, Styra R. *Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience*. Epidemiol Infect. 2008;136(7):997-1007.
18. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, 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):912-920
19. 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: 1206-1212.

20. Gil Cuesta J, Vaqué Rafart J. *Aspectos básicos de la transmisibilidad.* Vacunas. 2008; 9(1): 25-33.

21. World Health Organization. *Considerations for public health and social measures in the workplace in the context of COVID-19.* Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332084> (último acceso: 28/03/2022).

22. Leite A, Leão T, Soares P, Severo M, Moniz M, Lucas R *et al.* *A Case-Control Study of Contextual Factors for SARS-CoV-2 Transmission.* Frontiers in public Health 2021; 9, 772782.

23. Moran C, Campbell DJT, Campbell TS *et al.* *Predictors of attitudes and adherence to COVID-19 public health guidelines in Western countries: a rapid review of the emerging literature.* J Public Health (Oxf). 2021; 43(4):739-753.

