

# Rutinas de salud y síntomas emocionales en adultos durante el aislamiento social

Health routines and emotional symptoms in adults during social isolation

Yari Rodríguez-Santamaría<sup>1</sup>, Maricarmen Moreno-Tochihuitl<sup>2\*</sup>, Liliana Leticia Juárez-Medina<sup>1</sup>, Patricia Marisol Márquez-Vargas<sup>1</sup>,  
Francisco Cadena-Santos<sup>1</sup>, Adriana Lerma-Valdez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Enfermería, Nuevo Laredo, Tamaulipas. Universidad Autónoma de Tamaulipas.

Yari Rodríguez-Santamaría. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7010-2753>

Liliana Leticia Juárez-Medina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9656-4198>

Patricia Marisol Márquez-Vargas. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1069-423X>

Francisco Cadena-Santos. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8792-692X>

Adriana Lerma-Valdez. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2767-190X>

<sup>2\*</sup>Facultad de Enfermería, Puebla. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México. Puebla, México. C.P. 72410. Tel. 22 21 91 11 58.

maricarmen.moreno@correo.buap.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6005-8683>.

\*Autor de correspondencia

## Resumen

El aislamiento social como medida de seguridad ha obligado a modificar rutinas familiares, favoreciendo la presencia de condiciones como estrés, ansiedad y depresión. El objetivo de este estudio fue identificar la relación entre las rutinas de salud familiar y síntomas emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en adultos de la frontera durante el aislamiento social. El diseño fue descriptivo y correlacional, donde se aplicaron encuestas *online* a 149 participantes voluntarios. Se encontraron puntuaciones altas de rutinas de salud ( $M = 80.74$ ,  $DE = 7.92$ ), y los participantes más jóvenes reportaron más síntomas emocionales ( $M = 14.86$ ,  $DE = 14.38$ ). Además, se encontró una relación negativa de las rutinas de salud con los síntomas de ansiedad ( $r = -0.236$ ,  $p < 0.01$ ) y sintomatología depresiva ( $r = -0.191$ ,  $p < 0.05$ ). Se concluye que a medida que existen mejores rutinas de salud en torno a las necesidades familiares, menor es la presencia de síntomas emocionales durante el aislamiento.

**Palabras clave:** Salud familiar; depresión; ansiedad; estrés fisiológico; aislamiento social.

## Abstract

Social isolation as a security measure has forced the modification of family routines, favoring the presence of emotional conditions such as stress, anxiety, and depression. The objective of this study was to identify the relationship between family health routines and emotional symptoms (depression, anxiety, and stress) in adults on the border during social isolation. The study design was descriptive and correlational, where online surveys were applied to 149 volunteers. High health routines scores were found ( $M = 80.74$ ,  $SD = 7.92$ ), and younger participants reported more emotional symptoms ( $M = 14.86$ ,  $SD = 14.38$ ). Additionally, a negative relationship of health routines with anxiety symptoms ( $r = -0.236$ ,  $p < 0.01$ ) and depressive symptomatology ( $r = -0.191$ ,  $p < 0.05$ ) was found. It can be concluded that the better health routines around family needs, the lower the presence of emotional symptoms during isolation.

**Keywords:** Environment; video; cognition; affect; motivation.

Recibido: 30 de marzo de 2021

Aceptado: 13 de diciembre de 2021

Publicado: 16 marzo de 2022

**Cómo citar:** Rodríguez Santamaría, Y., Moreno Tochihuitl, M., Juárez-Medina, L. L., Márquez Vargas, P. M., Cadena Santos, F. & Lerma Valdez, A. (2022). Rutinas de salud y síntomas emocionales en adultos durante el aislamiento social. *Acta Universitaria* 32, e3182. doi: <http://doi.org/10.15174/au.2022.3182>

## Introducción

La pandemia por coronavirus 2019 (COVID-19) ha incrementado la demanda de atención en salud mental. El aislamiento, el duelo, la pérdida de ingresos, el miedo al contagio, dificultad para dormir y síntomas de ansiedad son algunas situaciones que afectan a las personas adultas y las hace más vulnerables a la infección por SARS-CoV-2 (Rodríguez-Quiroga *et al.*, 2020). La pandemia actual por coronavirus y el confinamiento representan una amenaza que exacerba los síntomas de aquellas personas con un trastorno psiquiátrico previo (Palacio-Ortiz *et al.*, 2020). La implementación de medidas como el estricto confinamiento en quienes han sido o no potencialmente expuestos se relaciona con efectos psicológicos negativos, incluyendo síntomas de estrés posttraumático, confusión, ira, estrés psicológico, ansiedad y depresión (Organización Panamericana de la Salud [OPS]-Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

El aislamiento social como medida de seguridad repercute negativamente con la salud mental de la población en general (Hernández, 2020). La condición actual de pandemia se vincula con la posibilidad de la pérdida de trabajo y la presencia de síntomas de ansiedad y depresión, sobre todo en personas menores de 35 años y con mayor frecuencia en el sexo femenino (Martínez *et al.*, 2020). En este sentido, la presencia de síntomas depresivos y estrés se relaciona con el bajo autocuidado, el consumo de sustancias psicoactivas y una percepción de salud frágil durante la pandemia (Brooks *et al.*, 2020).

En América Latina y el Caribe, una encuesta reciente de U-Report de Unicef establece que, durante el confinamiento, el 27% de los adultos jóvenes sufre de síntomas de ansiedad y el 15% de sintomatología depresiva, lo cual afecta en la motivación para realizar actividades que normalmente disfrutaban previo a la pandemia (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Unicef], 2021).

Aunque el impacto psicológico del COVID-19 afecta a la población general, algunos grupos resultan más vulnerables que otros. Algunos estudios indican que la explicación del malestar emocional (depresión, ansiedad y estrés) de los adolescentes y adultos jóvenes durante el aislamiento ha sido la baja resiliencia y las estrategias deficientes de regulación emocional de sus padres (Lacomba-Trejo *et al.*, 2020). Es así que factores como la monotonía, la falta de contacto con compañeros de clase o de trabajo, la falta de espacio en el hogar y pérdidas económicas familiares durante el aislamiento pueden favorecer los problemas al interior de las familias (Dubey *et al.*, 2020). La prohibición de actividades no esenciales fuera de casa como medida para prevenir el COVID-19 ha obligado a millones de personas a modificar sus rutinas diarias; la interrupción del estilo de vida por periodos prolongados aumenta el riesgo de problemas mentales en personas con y sin antecedentes de padecimientos emocionales (Liu *et al.*, 2020; Qiu *et al.*, 2020).

Lo anterior establece la frecuencia de malestares emocionales ante el aislamiento en la población, sin embargo, la situación opuesta se da en individuos que reportan rutinas generales de actividades durante el periodo de cuarentena, aspectos donde la familia es percibida como una fuente de apoyo y estímulo para hacer frente a condiciones adversas, tratando de producir un ambiente de adaptación y realizar prácticas saludables (De Lima & Silva, 2014; Takenaka *et al.*, 2013).

La inclusión de rutinas familiares se vincula con la salud familiar positiva y favorece la adaptación (Migliorini *et al.*, 2016). La participación de los miembros de la familia en aspectos afectivos y emocionales contribuyen en la mejora de la calidad de vida, conductas y hábitos de autocuidado y disminuye los síntomas emocionales (Hamui *et al.*, 2013). Por esto, el manejo adecuado de las emociones en la población general ante la presencia de pandemias es una necesidad por las repercusiones en la salud general (Brito-Brito *et al.*, 2021).

La salud mental es considerada como un estado de bienestar individual en el que la persona tiene la capacidad de ser funcional y productiva y puede hacer frente al estrés normal de la vida (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018), por ello es crucial mantenerla. En este sentido, la OPS-OMS (2020) ha sugerido que durante el aislamiento se deben mantener rutinas personales diarias o incluso crear nuevas en familia, las cuales incluyan el ejercicio regular, la limpieza y las tareas domésticas diarias u otras actividades como cantar y bailar. Particularmente en períodos de estrés, las familias deben incluir actividades en grupo, con técnicas de relajación que contribuyan a mejorar el sueño y promover el consumo de alimentos saludables (OPS-OMS, 2020).

La pandemia actual provoca síntomas de estrés, ansiedad, sintomatología depresiva y miedo, lo cual influye en las conductas diarias, toma de decisiones y estrategias de prevención del COVID-19 (Torales *et al.*, 2020). En este sentido, los cambios inesperados en las condiciones de vida propician situaciones de crisis que dificultan la convivencia diaria, por lo que resulta importante conocer y analizar las rutinas de salud en adultos bajo el escenario que viven durante el aislamiento e identificar la presencia de problemas que ponen en riesgo su salud mental, lo cual puede ser una fuente de conocimiento para elaborar estrategias de cuidado a fin de promover prácticas saludables en familia en condiciones de crisis. Este estudio tuvo como objetivo identificar la relación entre las rutinas de salud familiar y los síntomas emocionales como depresión, ansiedad y estrés en adultos de la frontera noreste de México durante el aislamiento social y establecer las diferencias por edad, lo cual derivó en la pregunta de investigación ¿Cuál es la relación que existe entre las rutinas de salud familiar y los síntomas emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en adultos de la frontera noreste de México durante el aislamiento social?

## Materiales y métodos

El diseño fue transversal, descriptivo y correlacional, llevado a cabo en población de la frontera noreste de México durante los meses octubre y noviembre del 2020. Debido a las restricciones de distanciamiento social por la pandemia, la población de estudio fue elegida a través del censo en el período establecido. Los datos se recolectaron a través de las redes sociales WhatsApp, Facebook e Instagram, donde se compartió el enlace de la encuesta diseñada en Microsoft Forms. Se incluyeron mexicanos, residentes de la frontera, mayores de 18 años, de ambos sexos, con acceso a internet y a redes sociales a través del teléfono móvil, tableta o computadora. Se excluyeron mujeres en periodo de gestación y encuestas incompletas.

## Participantes

La muestra se conformó por 149 adultos voluntarios de entre 18 y 65 años, de los cuales 104 fueron mujeres y 45 fueron hombres. Debido a que la entrevista fue en línea y con la finalidad de disminuir sesgos en la selección de la muestra, se contó con preguntas filtro como lugar y fecha de nacimiento, residencia y, en el caso de las mujeres, se indagó si estaban embarazadas. La edad promedio fue 29.26 años (DE = 9.84). Con respecto a la escolaridad, el 14.8% mencionaron haber terminado la secundaria y 14.8% el bachillerato, 49% mencionaron tener o cursar una carrera universitaria y el 21.4% contaba con estudios de posgrado.

Más de la mitad de los participantes no contaban con un empleo (57%) y no tenían pareja (58.4%). El 67.1% mencionó que siempre cumplían con las recomendaciones para prevenir el COVID-19, una importante proporción indicó haber tenido COVID-19 (44.3%) y el 61.1% contaban con servicios de salud (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población de estudio.

Variables		f	%
Sexo	Hombre	45	30.2
	Mujer	104	69.8
Estado civil	Soltero	80	53.7
	Casado/Unión Libre	62	41.6
	Divorciado/Viudo	7	4.7
Situación laboral actual	Con empleo	64	43.0
	Sin empleo	85	57.0
Presencia de COVID-19 en la familia	Sí	66	44.3
	No	83	55.7
Recomendaciones de aislamiento social	Siempre	110	67.1
	Pocas veces	49	32.9
Servicio de seguridad social	Sí	91	61.1
	No	58	38.9

Nota. f = frecuencia; % = porcentaje  
Fuente: Elaboración propia.

## Instrumentos

Se utilizó una cédula de datos sociodemográficos que incluyó edad, sexo, años de escolaridad, estado civil, situación laboral actual. Además, se indagó sobre la presencia de COVID-19 en los integrantes de la familia; además, se preguntó si realizaban el cumplimiento de las recomendaciones de aislamiento y si contaban con seguridad social. Se aplicó la escala de rutinas de salud familiar (*Thai Family Health Routines Scale-TFHR*) (Kanjanawetang *et al.*, 2009), la cual valora los patrones de conducta adaptados en torno a las necesidades del integrante y su familia. La escala está integrada por 70 reactivos, 46 se redactan en sentido positivo y 24 reactivos en sentido negativo para mantener el sentido positivo del puntaje. El tipo de respuestas fueron Likert con cuatro opciones donde nunca = 1 y siempre = 4. El cuestionario se divide en seis subescalas: 1) autocuidado, 2) seguridad y prevención, 3) salud mental, 4) cuidado familiar, 5) rutinas de agencia de cuidado y 6) cuidado de la enfermedad. El puntaje total va de 70 a 280 puntos; el resultado se transformó en valores de 0 a 100, donde mayores puntajes indican mejores rutinas en salud familiar. Esta escala ha sido utilizada en población mexicana (García, 2014), reportando un alfa de Cronbach de 0.91.

Además, se utilizó la escala de depresión, ansiedad y estrés-21 (DASS-21) (Ruiz *et al.*, 2017), que mide la presencia de síntomas emocionales durante la semana anterior a la entrevista. Esta escala está integrada por 21 reactivos y posee tres subescalas, depresión (ítems 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21), ansiedad (ítems 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) y estrés (ítems 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18). Las opciones de respuesta van desde 0 (no me ha ocurrido) hasta 3 (me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo). Se obtiene un puntaje total sumando todos los ítems como indicador general de síntomas emocionales; a mayor puntuación mayor grado de sintomatología. Además, se puede evaluar cada subescala (depresión, ansiedad y estrés) al sumar los ítems que integran cada una. Los puntos de corte para depresión son: leve (5-6 puntos), moderada (7-10 puntos), severa (11-13 puntos) y extremadamente severa (14 o más puntos); para ansiedad: leve (4 puntos), moderada (5-7 puntos), severa (8-9 puntos) y extremadamente severa (10 o más puntos); y para estrés: leve (8-9 puntos), moderado (10-12 puntos), severo (13-16 puntos) y extremadamente severo (17 o más puntos). Esta

escala ha sido validada en población mexicana con una consistencia interna aceptable ( $\alpha = 0.86$ ), mientras que para la subescala de depresión fue  $\alpha = 0.81$ , para la de estrés fue  $\alpha = 0.79$  y para la de ansiedad fue  $\alpha = 0.76$  (Gurrola *et al.*, 2006).

## Procedimiento

Las entrevistas se realizaron en línea, autoaplicables, con previo consentimiento informado. La participación fue anónima y voluntaria, tal como lo establece el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [Salud], 2014), con una explicación completa y clara del objetivo del estudio, sin representar algún daño en la integridad de los participantes. El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Tamaulipas con registro CA-SC19.

## Análisis estadístico

Los datos fueron capturados en el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS, por sus siglas en inglés) versión 23. Se utilizó estadística descriptiva (porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión) e inferencial no paramétrica. Para determinar la relación de variables, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman, y para comparar las puntuaciones por edad (menores y mayores de 30 años) se recurrió a la prueba *U* de Mann Whitney.

## Resultados

La muestra se conformó por 149 adultos. Se encontraron puntuaciones altas de las rutinas de salud familiar ( $M = 80.74$ ,  $DE = 7.92$ ), particularmente en las subescalas de seguridad y prevención ( $M = 88.07$ ,  $DE = 8.71$ ) y agencia de cuidado ( $M = 84.63$ ,  $DE = 11.81$ ). Con relación a los síntomas emocionales, el 36.2% de los participantes reportaron sintomatología depresiva, el 34.9% ansiedad y 28.2% síntomas de estrés.

Con el propósito de responder el objetivo general del estudio sobre determinar la relación entre rutinas de salud familiar y la presencia de síntomas emocionales, el análisis de correlación estableció una relación negativa entre las rutinas de salud con los síntomas de ansiedad ( $r_s = -0.236$ ,  $p = 0.004$ ) y sintomatología depresiva ( $r_s = -0.191$ ,  $p = 0.020$ ), pero positiva con la edad ( $r_s = 0.209$ ,  $p = 0.011$ ) (Tabla 2). La sintomatología depresiva estuvo relacionada positivamente con los síntomas de estrés ( $r_s = 0.816$ ,  $p = 0.000$ ) y ansiedad ( $r_s = 0.738$ ,  $p = 0.000$ ) e inversamente con la edad ( $r_s = -0.296$ ,  $p = 0.000$ ); así mismo, se encontró que los síntomas de ansiedad y estrés se correlacionan positivamente ( $r_s = 0.785$ ,  $p = 0.000$ ).

Tabla 2. Correlación entre las variables de estudio de adultos durante la pandemia.

Variables	Depresión	Ansiedad	Estrés	Edad
Rutinas de salud familiar	-0.191*	-0.236**	-0.143	0.209*
Depresión		0.738**	0.816**	-0.296**
Ansiedad			0.785**	-0.154
Estrés				-0.248**

Nota. \*Correlación significativa  $p < 0.05$ ; \*\*Correlación significativa  $p < 0.01$

Fuente: Elaboración propia.

Al analizar las diferencias de las variables de acuerdo con la edad, se encontraron diferencias significativas ( $p < 0.05$ ), donde las mayores puntuaciones de rutinas de salud y subescalas de salud mental y cuidado familiar se presentaron en los participantes  $\geq 30$  años. Por el contrario, los participantes más jóvenes ( $< 30$  años) reportaron más síntomas emocionales, especialmente sintomatología depresiva (Tabla 3).

Tabla 3. Rutinas de salud familiar y síntomas emocionales de acuerdo con la edad.

Variables	Edad			U	p
	General	< 30	$\geq 30$		
	(n = 149)	(n = 97)	(n = 52)		
	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)		
Rutinas de salud	80.74 (7.92)	79.81 (7.67)	82.48 (8.15)	1920.5	0.017
Autocuidado	78.45 (7.83)	78.69 (6.87)	78.01 (9.43)	2405.5	0.641
Seguridad y prevención	88.07 (8.71)	87.24 (8.54)	89.62 (8.91)	2054.0	0.061
Salud mental	75.68 (11.93)	73.90 (11.59)	79.01 (19.31)	1807.0	0.004
Cuidado familiar	74.16 (20.92)	71.56 (21.47)	79.00 (19.13)	1960.0	0.024
Agencia de cuidado	84.63 (11.81)	83.26 (12.47)	87.17 (10.11)	2043.5	0.056
Cuidado de la enfermedad	75.43 (14.66)	75.25 (14.33)	75.76 (15.39)	2422.0	0.686
Síntomas emocionales	13.11 (13.17)	14.86 (14.38)	9.84 (9.85)	2012.5	0.042
Depresión	4.57 (5.09)	5.36 (5.60)	3.11 (3.59)	1988.0	0.032
Ansiedad	3.57 (4.04)	3.94 (4.48)	2.86 (2.95)	2205.5	0.203
Estrés	4.96 (4.81)	5.55 (5.12)	3.86 (3.99)	2047.0	0.057

Nota. DE = Desviación estándar; U = Test Estadístico de U Mann-Whitney; p = Significancia estadística  
Fuente: Elaboración propia.

## Discusión

La pandemia COVID-19 ha ocasionado crisis en la vida social y el comportamiento de las personas, generando diversas afecciones en la salud mental, como síntomas de ansiedad, depresión y altos niveles de estrés. Factores como la duración de la cuarentena, temor a infectarse, aburrimiento, información errónea, frustración por pérdidas familiares o financieras y estigmas propician diversas reacciones negativas en la población en general (Hernández, 2020). Por ello, identificar factores protectores a nivel emocional durante el aislamiento social permite potenciar la resiliencia, el crecimiento personal y las relaciones intrafamiliares (Ribot *et al.*, 2020).

Los resultados del estudio permitieron determinar la relación entre las rutinas de salud familiar con los síntomas de depresión y ansiedad, lo cual se respalda en otro estudio que establece que el distanciamiento físico propicia la aparición de un clima de tensión, conflictos y cambios en las rutinas cotidianas (Vera *et al.*, 2020).

En el presente estudio, a medida que existen mejores rutinas de salud en torno a las necesidades familiares, menor es la presencia de síntomas depresivos y de ansiedad. Estos datos son congruentes con estudios que señalan la importancia de considerar el sistema familiar de manera conjunta para comprender

el ajuste emocional que enfrentan los miembros de la familia ante el periodo de estrés que representa la pandemia por coronavirus (Lacomba-Trejo *et al.*, 2020).

Enfrentar situaciones complejas afecta la salud de las familias, por eso, ante la presencia de desastres se recomienda que las personas reorganicen sus rutinas para hacer frente a las condiciones de riesgo para la salud y tratar de producir un ambiente de normalidad (Manfrini & Boehs, 2013). Indiscutiblemente, surge la necesidad de desarrollar estrategias que favorezcan la salud mental y mantener modos de vida saludable de la población en general (Ribot *et al.*, 2020).

Diversos autores abordan el concepto de resiliencia familiar (Gómez & Kotliarenco, 2010) para referirse a los procesos de significados y comportamientos que activan a una familia que es sometida a estrés. Este concepto puede ser la principal estrategia de las familias que enfrentan situaciones como el aislamiento social, las restricciones de movilidad para disminuir las condiciones de ansiedad, estrés y depresión como resultado del confinamiento. La convivencia y la cohesión en esta etapa favorecen el desarrollo de rutinas y rituales dirigidos a recobrar la normalidad ante crisis inesperadas para lograr el cuidado cotidiano y, al mismo tiempo, en una serie de intentos para establecer hábitos de vida más saludables en los miembros de la familia mediante acciones preventivas y educativas (Manfrini & Boehs, 2013).

El confinamiento, el duelo y la incertidumbre frente a las situaciones de contingencia generan en las personas sentimientos de miedo, malestar, angustia y preocupación (Núñez *et al.*, 2020). Como era de esperarse, se encontraron asociaciones entre los diversos síntomas emocionales de la muestra. Los síntomas de ansiedad se relacionan con el estrés, y estos a su vez se relacionan con la sintomatología depresiva, como lo reportan investigaciones realizadas en otros países (Wang *et al.*, 2020), donde más de la mitad de los participantes presentaron cuadros de ansiedad, estrés y depresión ocasionada por el brote de coronavirus. Estas condiciones emocionales negativas son frecuentes no solo en adultos sino en adolescentes e incluso en niños como respuesta al distanciamiento social (Ares *et al.*, 2021). Son múltiples los efectos psicosociales (trastornos depresivos, ansiedad y estrés postraumático) que experimenta una población expuesta a una pandemia con aislamiento social de duración desconocida (Ramírez-Ortiz *et al.*, 2020).

Los hallazgos demuestran que los puntajes más altos se identifican en las rutinas de salud, particularmente en las dimensiones de seguridad, prevención y agencia de cuidado en torno a las necesidades de los integrantes y los subsistemas de su entorno. Lo anterior puede tener relación con lo que establece la literatura al indicar que, si existe congruencia dentro del sistema familiar, todos sus miembros mostraran una adaptación positiva frente a las necesidades de atención de salud y enfermedad, apoyándose mutuamente ante las adversidades (Denham, 2003).

Con respecto al análisis de las diferencias por el grupo de edad, se identifica que las personas mayores de 30 años reportan mayores puntuaciones en sus rutinas de salud familiar, salud mental y cuidado familiar. Estos datos sugieren que conforme aumenta la edad de las personas, estas desarrollan más habilidades, actitudes de apoyo y motivaciones, así como la interacción simultánea entre los integrantes para lograr el bienestar de los miembros y sustentar la unidad familiar. Este hallazgo se respalda en lo citado por autores que establecen cómo una adecuada funcionalidad familiar estimula el apoyo en actividades específicas como el adherirse al tratamiento y realizar prácticas de autocuidado, lo cual permite enfrentar crisis como la presencia de enfermedad, duelo o pérdidas (Manfrini & Boehs, 2013).

Particularmente, los individuos más jóvenes (menores de 30 años) muestran más síntomas emocionales, específicamente la depresión. Estos hallazgos coinciden con otros autores (Ozamiz-

Etxebarria *et al.*, 2020; Prieto *et al.*, 2020), quienes indican cómo el periodo de aislamiento favorece la presencia de condiciones emocionales en población joven. Algunos autores establecen cómo los cambios generados en las actividades que realizaban (escuela, amigos y espacios de recreación) los coloca en una posición de vulnerabilidad frente a la sintomatología depresiva y otras condiciones emocionales (Ozamiz-Etxebarria *et al.*, 2020), las cuales pueden afectar su calidad de vida.

Los eventos estresantes impactan en familias funcionales y no funcionales, sin embargo, la diferencia radica en la forma de enfrentar y adaptarse a estas situaciones y depende de las características familiares, apoyo social y familiar, así como de la gravedad o daño del evento. Algunas familias implementan estrategias para fomentar la salud, búsqueda de información confiable y apoyo comunitario (social o espiritual) o familiar (Martínez-Montilla *et al.*, 2017); promueven la comunicación abierta, reorganización de rutinas y roles cotidianos (Vera *et al.*, 2020) e incluso cambios en sus patrones alimentarios (Ares *et al.*, 2021) aplicables a circunstancias actuales para mejorar la salud familiar.

La falta de realización de las rutinas habituales favorece en el adulto conductas de riesgo como el consumo de sustancias psicoactivas, trastornos depresivos y alteraciones del sueño (Hernández, 2020). Sin embargo, el aislamiento social puede tener un impacto positivo en las actividades relacionadas a la salud. Se ha evidenciado que en periodos de epidemia (SARS-CoV), los integrantes de las familias realizan más ejercicio, asignan tiempo al descanso y expresan sus sentimientos con mayor frecuencia, lo que puede ser un amortiguador en condiciones emocionales negativas (Lau *et al.*, 2006). Otra literatura señala la importancia de participar en actividades comunitarias, reiniciar actividades de lectura, música, artísticas o aprender algún idioma, practicar técnicas de relajación y manejo de sueño y mantener contacto virtual con amistades y familiares (Sociedad Española de Psiquiatría, 2020). Incluso algunos autores consideran que se cuenta con más tiempo para realizar actividades o rutinas en familia que estaban pospuestas antes de la pandemia de COVID-19 (Ares *et al.*, 2021).

La evidencia empírica sobre condiciones emocionales ha sido abordada ampliamente, sin embargo, los estudios enfocados en conocer las rutinas de salud familiar bajo el contexto de la pandemia por coronavirus relacionada a la presencia de síntomas emocionales aportan evidencia en el manejo de dichas condiciones.

Algunas implicaciones para el desarrollo de la investigación fueron las características de la muestra y el tipo de muestreo realizado, los cuales complicaron la generalización de resultados a la población general. Por lo tanto, se sugieren estudios posteriores con un muestreo probabilístico que represente más adecuadamente las características y particularidades de las personas en etapas de la adolescencia y adultez joven, así como de sus familiares ante el COVID-19.

A partir de los hallazgos se propone considerar los resultados como una fase inicial para vincular ciertos factores protectores en el fomento del clima familiar positivo, así como de las habilidades de regulación adaptativa, que promuevan las condiciones emocionales en los integrantes de la familia.

Se sugiere profundizar sobre las rutinas familiares y el conocimiento de las características de los integrantes a través de estudios longitudinales que permitan registrar la dinámica de la familia como unidad al experimentar efectos adversos como el aislamiento en los integrantes, además de comprender las barreras que surgen dentro de la familia asociadas con la presencia de síntomas emocionales.

Finalmente, se sugiere considerar aspectos como el ciclo vital de la familia e identificar conflictos de acuerdo con la etapa vital y condiciones económicas (estrés financiero), lo que permitiría una

exploración más efectiva de los desafíos que enfrentan los sistemas familiares durante la pandemia por COVID-19.

## Conclusiones

Esta investigación ofrece evidencia de cómo a medida que se incrementan las rutinas de salud familiar disminuyen los síntomas de depresión y ansiedad durante el aislamiento social. En este estudio se encontró que los individuos mayores de 30 años realizaban actividades o rutinas de salud en familia para hacer frente a las condiciones generadas por el aislamiento social, lo cual sugiere que conforme aumenta la edad se buscan estrategias efectivas para el manejo de condiciones emocionales, promoviendo la adaptación en situaciones adversas que generan crisis en las rutinas diarias de la familia.

Los hallazgos demuestran que el desarrollo de actividades cotidianas fortalece las rutinas de salud, particularmente en las dimensiones de seguridad, prevención y agencia de cuidado en torno a las necesidades de los integrantes y los subsistemas de su contexto. Al parecer las rutinas de salud desarrolladas al interior de la familia activan comportamientos que favorecen las actividades diarias para mantener un ambiente de normalidad y satisfacer las necesidades en salud familiar.

## Agradecimientos

Nuestro agradecimiento a las personas que participaron en el estudio de manera voluntaria a través de las redes sociales.

## Conflictos de interés

Los autores declaramos que no existe ningún conflicto de interés en esta investigación.

## Referencias

- Ares, G., Bove, I., Vidal, L., Brunet, G., Fuletti, D., Arroyo, A., & Blanc, M. V. (2021). The experience of social distancing for families with children and adolescents during the coronavirus (COVID-19) pandemic in Uruguay: Difficulties and opportunities. *Children and Youth Services Review, 121*, 105906. doi: <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.105906>
- Brito-Brito, P. R., Fernández-Gutiérrez, D. A., & Cuéllar-Pompa, L. (2021). Manejo emocional de la crisis sanitaria ante el coronavirus: Una revisión narrativa. *Enfermería Clínica, 31*(1), 107-111. doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.010>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet, 395*(10227), 912-920. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- De Lima S. A., & Silva M. S. (2014). How people with diabetes evaluate participation of their family in their health care. *Investigación y Educación en Enfermería, 32*(2), 260-269. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/19956/16865>
- Denham, S. A. (2003). Familial research reveals new practice model. *Holistic Nursing Practice, 17*(3), 143-151. doi: <https://doi.org/10.1097/00004650-200305000-00005>
- Dubey, S., Biswas, P., Ghosh, R., Chatterjee, S., Dubey, M. J., Chatterjee, S., Dubey, M. J., Chatterjee, S., Lahiri, D., & Lavie, C. J. (2020). Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes & Metabolic Syndrome, 14*(5), 779-788. doi: <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.05.035>

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). (2021). El impacto del COVID-19 en la salud mental de adolescentes y jóvenes. América Latina y el Caribe. <https://www.unicef.org/lac/el-impacto-del-covid-19-en-la-salud-mental-de-adolescentes-y-j%C3%B3venes>
- García, B. (2014). *Salud familiar y su relación con la salud individual en diabetes tipo 2* (Tesis Doctoral). Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León. <http://eprints.uanl.mx/id/eprint/3953>
- Gómez, E., & Kotliarenco, M. A. (2010). Resiliencia Familiar: Un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. *Revista de Psicología*, 19(2), 103-131. <https://www.redalyc.org/pdf/264/26416966005.pdf>
- Gurrola, G. M., Balcázar, P., Bonilla, M. P., & Virseda, J. A. (2006). Estructura factorial y consistencia interna de la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) en una muestra no clínica. *Psicología y Ciencia Social*, 8(002), 3-7. <https://www.redalyc.org/pdf/314/31480201.pdf>
- Hamui, A., Ramírez, O. F., Aguirre, R., Fuentes, R. S., Díaz, A., & Gómez, D. S. (2013). Las experiencias de los acompañantes en su trayectoria por las unidades hospitalarias durante un evento de atención médica: Un acercamiento cualitativo. *Anales Médicos*, 58(1). <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2013/bc131f.pdf>
- Hernández, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 24(3), 578-594. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432020000300578&lng=es&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300578&lng=es&lng=es)
- Kanjanawetang, J., Yunibhand, J., Chaiyawat, W., Wu, Y., & Denham, S. A. (2009). Thai family health routines: Scale development and psychometric testing. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 40(3), 629-643. <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.585.9858&rep=rep1&type=pdf>
- Lacomba-Trejo, L., Valero-Moreno, S., Postigo-Zegarra, S., Pérez-Marín, M., & Montoya-Castilla, I. (2020). Ajuste familiar durante la pandemia de la COVID-19: Un estudio de díadas. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(3), 66-72. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7649334>
- Lau, J. T. F., Yang, X., Tsui, H. Y., Pang, E., & Wing, Y. K. (2006). Positive mental health-related impacts of the SARS epidemic on the general public in Hong Kong and their associations with other negative impacts. *Journal of Infection*, 53(2), 114-24. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2005.10.019>
- Liu, J. J., Bao, Y., Huang, X., Shi, J., & Lu, L. (2020). Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(5), 347-349. doi: [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30096-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30096-1)
- Martínez, J. A., Bolívar, Y., Yanez, L. Y., & Rey, C. A. (2020). Tendencias de la investigación sobre síntomas de trastornos mentales durante la pandemia por COVID-19. *Medicina UPB*, 39(2), 24-33. doi: <https://doi.org/10.18566/medupb.v39n2.a05>
- Manfrini, G. C., & Boehs, A. E. (2013). Rutinas de cuidado de la salud de las familias después de un desastre natural. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 21(4), 1-8. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/FfgpHPTrxLGZSP4cwWKMZg/?format=pdf&lang=es>
- Martínez-Montilla, J. M., Amador-Marín, B., & Guerra-Martín, M. D. (2017). Estrategias de afrontamiento familiar y repercusiones en la salud familiar: Una revisión de la literatura. *Enfermería Global*, 16(3), 576-591. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.255721>
- Migliorini, L., Rania, N., Tassara, T., & Cardinali, P. (2016). Family routine behaviors and meaningful rituals: A comparison between Italian and migrant couples. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 44(1), 9-18. doi: <https://doi.org/10.2224/sbp.2016.44.1.9>
- Núñez, L. F., Castro, L. K., Tapia, E. J., Bruno, F., & De León, C. A. (2020). Percepción social del Covid-19 desde el malestar emocional y las competencias socioemocionales en mexicanos. *Acta Universitaria*, 30, e2879. doi: <https://doi.org/10.15174/au.2020.2879>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS). (2020). *Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19*. OPS-OMS. <https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-psicosociales-salud-mental-durante-brote-covid-19>

- Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS). (2021). *Situación de COVID-19 en la región de las Américas 2021*. Washington. OPS-OMS. <https://paho-covid19-response-who.hub.arcgis.com/>
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M., & Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4), e00054020. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00054020>
- Palacio-Ortiz, J. D., Londoño-Herrera, J. P., Nanclares-Márquez, A., Robledo-Rengifo, P., & Quintero-Cadavid, C. P. (2020). Trastornos psiquiátricos en los niños y adolescentes en tiempo de la pandemia por COVID-19. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(4), 279-288. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.05.006>
- Prieto, D. E., Aguirre, G. L., De Pierola, I., Victoria-de Bona, G. L., Merea, L. A., Lazarte, C. S., Uribe-Bravo, K. A., & Zegarra, A. C. (2020). Depresión y ansiedad durante el aislamiento obligatorio por el COVID-19 en Lima Metropolitana. *Liberabit*, 26(2), e425. doi: <https://doi.org/10.24265/liberabit.2020.v26n2.09>
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33(2), e100213. doi: <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>
- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., & Escobar-Córdoba, F. (2020). Consecuencias de la pandemia COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 48(4), e930. doi: <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>
- Ribot, V., Chang, N., & González, A. L. (2020). Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(1), e3307. <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3307>
- Rodríguez-Quiroga, A., Buiza, C., Álvarez de Mon, M. A., & Quintero, J. (2020). COVID-19 y salud mental. *Medicine*, 13(23), 1285-1296. doi: <https://doi.org/10.1016/j.med.2020.12.010>
- Ruiz, F. J., García, M. B., Suárez, J. C., & Odriozola, P. (2017). The hierarchical factor structure of the Spanish version of depression, anxiety and stress scale-21. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17(1), 97-105. <https://www.redalyc.org/pdf/560/56049624007.pdf>
- Secretaría de Salud (Salud). (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Salud. [http://sitios.dif.gob.mx/normateca/wp-content/Archivos/Normateca/DispGrales/ReglamentoLeyGeneralSalud\\_MaterialInvestigacion\\_Ago2014.pdf](http://sitios.dif.gob.mx/normateca/wp-content/Archivos/Normateca/DispGrales/ReglamentoLeyGeneralSalud_MaterialInvestigacion_Ago2014.pdf)
- Sociedad Española de Psiquiatría. (2020). *Cuide su salud mental durante la cuarentena por coronavirus*. Sepsiq.org. <http://www.sepsiq.org/file/InformacionSM/SEP%20COVID19-Salud%20Mental%20Cuarentena.pdf>
- Takenaka, H., Sato, J., Suzuki, T., & Ban, N. (2013). Family issues and family functioning of Japanese outpatients with type 2 diabetes: A cross-sectional study. *Biopsychosocial Medicine*, 7(13). doi: <http://doi.org/10.1186/1751-0759-7-13>
- Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(4), 317-320. doi: <https://doi.org/10.1177%2F0020764020915212>
- Vera, V., Pérez, M. V., López, A., Martínez, L., & Quintosa, Y. (2020). Funcionamiento familiar durante la pandemia: Experiencias desde el psicogrupo adultos vs COVID-19. *Revista Cubana de Psicología*, 2(2), 41-50. <http://www.psicocuba.uh.cu/index.php/PsicoCuba/article/view/26/pdf>
- 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. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>