

INVESTIGACIÓN ANSIEDAD COMO RASGO DE PERSONALIDAD
Y SÍNDROME DE LA CABAÑA

CÉSAR ROJAS

rojas.cesar10@gmail.com

ILDA MAYEREGGER

ildamayeregger@gmail.com

PEDRO CABALLERO

pcaballero@fil.una.py

WILMA SOSA

wilmasosa72@gmail.com

RAÚL GIMÉNEZ

raulg4766@gmail.com

DEISY MERCADO

patriciamercado07@hotmail.com

ROMUALDA BRIZUELA

albirom802@gmail.com

MATHIAS BENTOLILA

matubentolila@hotmail.com

LORENA BALBUENA

losobalca@gmail.com

ZUNILDA VILLANUEVA

zunivi@gmail.com

ROSA OLIVER

psicofilo16@gmail.com

Universidad Nacional de Asunción

Facultad de Filosofía

Paraguay

Resumen

La siguiente propuesta de investigación trata sobre una característica no patológica conocida como síndrome de la cabaña. Esta característica que no responde a criterios diagnósticos para considerarla patología es un constructo hipotético que se manifiesta

en la época pos encierro por la pandemia. El trabajo pretende encontrar relaciones de la mencionada característica con el TAG Trastorno de Ansiedad Generalizado. La investigación se difundió por contactos personales de manera virtual y por las redes sociales. Para este menester se proporcionó el link de la encuesta alojada en Google forms. Los instrumentos seleccionados fueron el Cuestionario de Síndrome de la Cabaña que consta de 10 preguntas. El TAG fue analizado a través de los datos obtenidos por el IDARE en su parte de medición de ansiedad como rasgo. Los datos fueron analizados a través de sus estadísticos principales y por análisis de correlación y comparación de grupos. No se encontraron relaciones significativas entre la ansiedad y el síndrome de la cabaña. Los marcadores de ansiedad evaluados desde sus estadísticos principales de tendencia central y dispersión indican una alta prevalencia en cuanto a la ansiedad en la población estudiada.

Palabras clave: Ansiedad - Síndrome de la Cabaña - Trastorno de Ansiedad Generalizado.

RESEARCH ANXIETY AS PERSONALITY TRAIT AND CABIN SYNDROME

Abstract

The following research proposal is about a non-pathologic characteristic known as Cabin Syndrome,

This characteristic doesn't respond to diagnostic criteria to consider it pathology, is more like a hypothetical construct that manifests itself in the post-lockdown era due to the pandemic. The work aims to a relation between the aforementioned characteristic with the GAD Generalized Anxiety Disorder. For the purpose of this research, the link of a survey hosted in Google forms was disseminated through personal contacts virtually and social networks. The instruments selected were the Cabin Syndrome Questionnaire, which consists of 10 questions. The GAD was analyzed through the data obtained by the STAI in its part of measuring anxiety as a trait. The data were analyzed through their main statistics and by correlation analysis and group comparison. No significant relations were found between anxiety and the cabin syndrome. The anxiety markers evaluated from their main statistics of central tendency and dispersion indicate a high prevalence of anxiety in the population studied.

Key words: Anxiety, Cabin Syndrome, Generalized Anxiety Disorder.

Introducción

El síndrome de la cabaña es un fenómeno que se está analizando en la actualidad pos pandemia como efecto del encierro a que fueron sometidas las personas. Este síndrome se está dando en todo el mundo y se desea conocer su incidencia y prevalencia en Paraguay. Sin apartarse de la línea de investigación comenzada durante la pandemia se buscó relacionar al Síndrome de la Cabaña con el Trastorno de Ansiedad Generalizado - TAG. El TAG es uno de los trastornos más insidiosos en la población tanto mundial como en el Paraguay. El objetivo principal de la presente investigación fue determinar si el TAG tiene relación con el Síndrome de la Cabaña. En el protocolo presente se consignan antecedentes del mencionado Síndrome y del TAG. A continuación de estas líneas se consignan los antecedentes considerados en la investigación. En el capítulo 1 se consignan los delineamientos teóricos que guiaron la investigación. El capítulo siguiente contiene los delineamientos metodológicos utilizados, desde población, muestreo, muestra, instrumentos, plan de análisis y criterios éticos. Se sigue la exposición de los resultados y luego se abre el capítulo de discusiones y recomendaciones.

Antecedentes

Al analizar el Síndrome de la Cabaña, una de las consecuencias es el estrés Postraumático requiere de apoyo social de manera formal e informal siendo importante la familia y su entorno. Se analiza el grupo de personas que son víctimas en este caso por la presencia del virus del Covid 19 que necesitan de los diferentes tipos de apoyo. Este apoyo percibido y la sintomatología como es: ansiedad, depresión y estrés; así como el estrés postraumático se debe a la severidad del problema a enfrentar. (Granados, et al.2020).

Según (Valdés 2020), la sintomatología no está definida aún por lo que la Organización Internacional del Trabajo (OIT), no considera como enfermedad profesional. Las personas que tienen exposiciones a agentes estresores tienen molestias como: mal genio, mal humor, aburrimiento, soledad, depresión o sensación de insatisfacción, miedo. Al buscar material sobre el tema, no se encontró literatura científica que lo avale en relación a la salud mental, ni mención en ningún manual de clasificación diagnóstica, pero sí múltiples referencias en artículos informales españoles. (Prol S. Silva J 2021).

La característica principal del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es tener una pre-ocupación y ansiedad excesivas (expectativa aprensiva o aprensión ansiosa), persistentes (más de la mitad de los días durante al menos 6 meses) y difíciles de controlar sobre un número de acontecimientos o actividades tales como el rendimiento laboral o escolar. Que la preocupación y ansiedad excesivas significa que su intensidad, duración o frecuencia son desproporcionadas con relación a la probabilidad o impacto real del evento temido. Las áreas más comunes de preocupación suelen hacer referencia a circunstancias de la vida diaria; son habituales temas como la familia, los amigos, las relaciones interpersonales en general, el dinero, el trabajo, los estudios, el manejo de la casa y la salud propia y de otros. Las preocupaciones pueden ser por cuestiones menores tales como faenas domésticas, reparación del coche o llegar tarde a un sitio o a una cita (American Psychiatric Association, 1994/1995). (Brown, Barlow y Liebow 1994). En comparación con las preocupaciones físicas o económicas, las preocupaciones sociales parecen tener más peso a la hora de predecir la tendencia general a preocuparse (Dugas y Ladouceur, 1997). Teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto se plantean las siguientes preguntas

Pregunta principal:

¿Cómo se relacionan el síndrome de la cabaña y la ansiedad como rasgo en la población estudiada.?

Preguntas específicas:

- ¿Cómo se presentan el síndrome de la cabaña y la ansiedad como rasgo en la población estudiada?
- ¿Existe correlación significativa entre los niveles de ansiedad como rasgo y el síndrome de la cabaña?
- Existen diferencias significativas en los niveles de ansiedad y Síndrome de la Cabaña teniendo como factor el sexo?

Objetivos

Objetivo general:

- Determinar la relación existente entre el síndrome de la cabaña y el la ansiedad como rasgo en la población a investigar

Objetivos específicos:

- Describir a la población a través de las variables socio demográficas de edad, situación laboral y género
- Describir como se presentan en la población estudiada las variables de interés, Síndrome de la Cabaña y Ansiedad (Rasgo), a través de sus estadísticos principales.
- Determinar si existe correlación significativa entre las variables de interés Ansiedad (rasgo) y Síndrome de la cabaña
- Determinar si existen diferencias significativas en entre las variables de interés, Síndrome de la Cabaña y Ansiedad (rasgo) al tener en cuenta el sexo como factor.

Justificación

La presente investigación es importante desde el punto de vista de abordaje de la ansiedad porque se considera que arroja más luz sobre uno de los trastornos de mayor prevalencia después de la fase aguda de pandemia de Covid 2020 – 2021. Se espera que los resultados sirvan para proporcionar pautas para un mejor abordaje de ambas variables.

Marco teórico

Síndrome de la cabaña

El plano psicológico, al igual que el resto de áreas de la vida de las personas, se ha visto influenciado sobremedida por la COVID y las consecuencias derivadas de ésta tal y como indican numerosos estudios, entre otros, el llevado a cabo por la Universidad Nacional de Educación a Distancia («Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional» (Sandin et Al. 2020).

Entendiendo la cabaña como el hogar de cada uno se puede definir como “Síndrome de la Cabaña” a varios tipos de miedo:

- Miedo por salir a la calle.
- Miedo a contactar con otras personas fuera de las paredes de la casa

- Temor a realizar actividades que antes eran cotidianas como trabajar fuera de casa, coger medios de transporte público, relacionarse con otras personas conocidas, etc.

Desglosando un poco más los síntomas se los puede dividir en síntomas cognitivos, fisiológicos y motores.

A nivel cognitivo:

- pensamientos catastrofistas vinculados a lo que se encuentra más allá de los límites del hogar
- preparación y anticipación de un posible plan de acción si "algo malo ocurriese"
- pensamientos en bucle en lo que conlleva al máximo control tanto del entorno como las propias reacciones.

A nivel fisiológico:

- todas las respuestas vinculadas a la emoción de miedo:
- taquicardia o corazón acelerado
- sudoración
- respiración rápida y superficial
- hormigueo de extremidades como manos y pies
- nerviosismo generalizado
- irritabilidad
- dificultades en la conciliación y mantenimiento del sueño

A nivel motor:

Conductas en las que prima la evitación y el escape de todos aquellos aspectos que probabilicen la aparición de dichas señales:

- no querer retomar una rutina laboral
- evitar el contacto social en las diferentes formas posibles a nivel presencial

- reestructurar el día a día (la compra, bajar la basura, pasear al perro, etc.) de forma que no conlleve salir a la calle
- cancelar planes previstos con meses de antelación

Pero es importante remarcar que **no se trata de un trastorno psicológico**, por lo que no hay definición oficial sobre ello. Más bien se habla de una consecuencia conocida, o incluso podría verse como “natural”, al hecho de pasar tanto tiempo confinados. Se hace salvedad que el mencionado síndrome es un constructo hipotético nuevo que debe ser validado. El síndrome de la cabaña sería una experiencia opuesta a otra serie de síntomas conocidos en conjunto como “fiebre de la cabaña” y constituye una reacción al aislamiento. . Se trata de la reacción de agitación, inquietud, desesperanza, dificultades en la concentración e incluso ira, ante la imposición externa de permanecer cerrado en un espacio sin libertad de movimiento. Es lo que posiblemente muchas personas comenzaron a experimentar e incluso a buscar ayuda profesional por estos síntomas.

Quien experimenta el “síndrome de la cabaña” puede experimentar ahora, por un lado confort, seguridad y tranquilidad en las actividades en casa a la vez que ansiedad, evitación e irritabilidad por el mero hecho de pensar en salir a la calle o retomar la vida que tenía antes del confinamiento. Por otro lado, las personas que se pasan el confinamiento solas, tienen más posibilidades de desarrollar el “**síndrome de la cabaña**”. El hábito de no tener ningún contacto físico o cercano con otra persona puede haber creado una forma de rechazo a lo que ahora es excepcional para estar personas, que es el contacto con los demás. Además, no podemos olvidar que la epidemia no está superada por completo por lo que el riesgo de contagio es real. Todo y que los miedos de estas personas no son sólo al contagio del virus COVID-19, sino ya en sí a afrontar situaciones sociales o espacios abiertos con múltiples estímulos que escapan a su sensación de control.

A nivel psicológico y directamente relacionado con los cambios acontecidos en el transcurso de la enfermedad, se ha pasado por diferentes etapas caracterizadas en un primer momento por repuntes en lo que respecta a sintomatología ansiosa tanto en mujeres como en hombres (28%/9.5%), principalmente en forma de alteraciones del sueño (30%/13.3%), preocupación o anticipaciones catastrofistas (34.7%/15.2%) y desesperanza (29.3/15.6%) entre la sintomatología más significativa; poco después ésta se hizo aún más evidente incluyendo entre sus muestras más perturbadoras los comportamientos compulsivos en cuanto a mantenimiento de higiene y comprobaciones de salud, dando a su vez la

bienvenida a problemas de pareja y familia, a pesar de ser el indicador en ira e irritabilidad uno de los menos significativos (14.3/4.2%). Posteriormente la peor de las consecuencias, el fallecimiento, se hizo con la vida de todos bien sea a nivel personal o profesional. Es aquí donde el sufrimiento, la ausencia de elaboración de un duelo personalizado y la pesada mochila emocional causaron estragos, siendo un potente caldo de cultivo para desarrollar sintomatología depresiva en todas sus áreas (29.7/9.9%). Sandin et Al. 2020).

Causas de “ El Síndrome de la Cabaña”

La base del mismo se encuentra en el miedo y la reacción automática del ser humano ante la presencia del mismo: sobrevivir. Inicialmente y como punto de partida se halla el miedo a contraer la enfermedad, siendo un miedo completamente adaptativo en cuanto a que mantiene alerta para continuar llevando a cabo conductas mantenedoras de salud. No obstante, éste se convierte en un miedo desadaptativo en dos direcciones:

- Por un lado, cuando la emoción pasa a «coger los mandos» de la vida, limitando todas aquellas vivencias agradables, de contacto, de exploración, de crecimiento profesional, de ocio, etc. para indicar constantemente que la seguridad es un bien preciado y únicamente se halla en casa.
- Por otro, en cuanto a la generalización de este miedo inicial a la enfermedad hacia otros estímulos como el exponerse al contacto social, a aspectos que impliquen tomar distancia con el hogar como pueden ser viajes o desplazamientos, así como a retomar el contacto con aspectos que previo a la pandemia (o situación motivadora del encierro) ya conllevaban una importante carga emocional.

No obstante, ambos aspectos se encuentran vinculados a una misma variable: el confinamiento. El hogar no sólo ha amparado en un aspecto en el que debía proteger, sino que ha servido temporalmente de «fuerte» para refugiarse de aquellas vivencias que ya suponían cierta carga estresante. La medida adoptada en pro de la prevención ha servido de escudo a algunas personas que, ahora, al haber experimentado en primera persona la disminución de estas respuestas desagradables en un determinado contexto, han encontrado un estilo de vida más «cómodo» en el que las emociones desagradables y el esfuerzo por continuar adelante no tienen cabida.

Consecuencias a medio y largo plazo

Sin lugar a dudas, el mantener un tipo de vida en el cual se deja de ser los dueños de la misma para ceder todos los pequeños y grandes pasos vitales al miedo, conlleva una serie de restricciones generadoras de malestar. El miedo percibirá el mundo a su manera, como fuente de peligro, por lo que responderá de la misma forma: sobrevivir es el fin.

- Cuando se habla de supervivencia o de las posibles respuestas al miedo hay tres: lucha, huida o evitación. Todas ellas conllevan el aislamiento, el cese de apertura a la experiencia, la disminución de la curiosidad y exploración, la limitación vivencial en todas sus formas. De esta forma y al adoptar un estilo de vida carente de todo significado fuera de “los deberes” y obligaciones vitales, una persona se limita a funcionar sin inclusión alguna de aspectos reforzantes, de aspectos que sumen y “hagan vibrar”.

Tal es así que, a medio y largo plazo, todo lo anterior detonará en un importante malestar generalizado, con una visión negativa del mundo, de terceros y de uno mismo, así como un estado de ánimo cargado de melancolía, incapacidad de disfrutar y agotamiento tanto físico como mental. Se corre el riesgo de pasar a una nueva emoción nuclear: la tristeza y posible estado depresivo. (Chorot, P., Garcia Escalera, J., Sandín B. Y Valiente R.M. 2020).

Factores asociados.

Las **relaciones sociales saludables** juegan un papel esencial en el mantenimiento del **buen estado de salud de una persona**, y tienen una influencia sobre el comportamiento, variables psicológicas y fisiológicas.

Tal es la influencia, que un **mal estado de salud social** puede afectar negativamente a sistemas orgánicos como el **sistema inmune, el sistema cardiovascular o el sistema nervioso**.

Un meta-análisis que incluyó nada menos que 148 estudios con una muestra total de más de **300.000 personas de diferentes grupos de población: hombres, mujeres, niños, ancianos...**

De todas partes del mundo indicó que **vínculos sociales más fuertes** (apoyo recibido, percepción de soledad, relaciones e integración social, aislamiento...) **se correlacionaban con un riesgo de muerte mucho menor por cualquier causa**.

Trastorno Generalizado de Ansiedad.

La característica principal del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es tener una pre-ocupación y ansiedad excesivas (expectativa aprensiva o aprensión ansiosa), persistentes (más de la mitad de los días durante al menos 6 meses) y difíciles de controlar sobre un número de acontecimientos o actividades tales como el rendimiento laboral o escolar. Que la preocupación y ansiedad son excesivas significa que su intensidad, duración o frecuencia son desproporcionadas con relación a la probabilidad o impacto real del evento temido. (Badoz López A. 2015).

Las áreas más comunes de preocupación suelen hacer referencia a circunstancias de la vida diaria; son habituales temas como la familia, los amigos, las relaciones interpersonales en general, el dinero, el trabajo, los estudios, el manejo de la casa y la salud propia y de otros. Las preocupaciones pueden ser por cuestiones menores tales como faenas domésticas, reparación del coche o llegar a un sitio o a una cita según American Psychiatric Association. (APA 1994/1995 (Brown, Barlow y Liebow 1994). En comparación con las preocupaciones físicas o económicas, las preocupaciones sociales parecen tener más peso a la hora de predecir la tendencia general a preocuparse (Dugas y Ladouceur, 1997). Conviene tener en cuenta que puede ser difícil para los niños reconocer en qué medida sus preocupaciones son incontrolables; el informe de los padres parece aquí especialmente importante. Según el Referencias Bibliográficas (Síndrome de la cabaña).

Miguel Pérez de la Mora, en su artículo en este número de la revista, define la ansiedad como:

“...la respuesta adaptativa de un sistema de alarma que prepara a un organismo a contender contra un peligro potencial. Bajo condiciones normales los síntomas de la ansiedad son imperceptibles, pero cuando es intensa, como en una situación de apremio, el individuo experimenta una sensación de inquietud y aprehensión que se acompaña de un aumento en la vigilancia del entorno, de dificultad para concentrarse, de un aumento de la tensión muscular y de numerosos síntomas autonómicos entre los que destacan las palpitaciones, la sudoración, la falta de aliento o la presencia de molestias digestivas.” De la Mora (Citado en Fernández - Guasti. A 2019)

Cuando la ansiedad es normal, alerta y protege; cuando es patológica, causa sufrimiento, y en algunos casos extremos recluye e invalida socialmente. Por otro lado, es difícil separar a la ansiedad del miedo y del estrés, pues la aprehensión y los síntomas físicos que se experimentan en ellos son similares a los que se observan en la ansiedad, y aunque se podrían intentar establecer algunas diferencias entre ellos, es posible que tales entidades sean sólo variantes de un sistema único de alerta. (Fernandez – Guasti. 2019)

Desde una perspectiva biológica, se sabe que la ansiedad se produce por la percepción de un estímulo desencadenante que puede ser interno o externo. Esta información, después de ser integrada en la corteza sensorial correspondiente, viaja a la amígdala y de allí la información llega al hipotálamo, en la base del cerebro. El hipotálamo promueve la secreción de dos compuestos importantes producidos por las glándulas suprarrenales: la adrenalina y el cortisol.

Estas dos sustancias preparan al individuo para una situación de peligro. La participación del cortisol en la respuesta a la ansiedad es tan clara que en algunos enfoques farmacológicos recientes se propone el uso de compuestos que inhiban la secreción de esta hormona como una medida terapéutica en contra de la ansiedad.

Variables:

Definición conceptual

-
- Ansiedad: Los Trastornos de Ansiedad (TA), son patologías mentales frecuentes, que comúnmente pueden provocar sufrimiento y discapacidad, contribuyen a una carga significativa en los ámbitos sociales y económicos.
- Síndrome de la cabaña: constelación de síntomas de conductas sociales y labores evitativas que afectan emocionalmente a la persona.

Definición operacional

- Ansiedad: Puntaje en el test IDARE Rasgo.
- Síndrome de la cabaña: Puntaje en el test Síndrome de la Cabaña

Marco Metodológico

Población, Muestreo y muestra:

La investigación se realizó en personas individuales y en distintos grupos familiares que estén en contacto con los investigadores. El link para acceder a los cuestionarios se envió a través de las distintas redes sociales a la población investigada.

El muestreo utilizado fue No Probabilístico para un número de población desconocida.

La fórmula utilizada para la determinación del tamaño muestral fue de la de población infinita, p y q iguales a 50% y $z = 1.96$ con un margen de error $d = 5\%$. Como número final el tamaño muestral arroja la cifra de 352 personas.

Criterios de inclusión:

Responder el cuestionario

Haber vivido en el Paraguay durante la pandemia Covid 19

Criterios de exclusión:

No se contemplan

Instrumentos:

- Cuestionario del síndrome de la cabaña. Este test contiene 10 ítems sobre el síndrome de la cabaña. Este test es fue validado en su contenido por los profesionales del Centro Comunitario. El índice kappa de acuerdo entre jueces alcanzó un índice de 71,02 puntos por lo que el instrumento se considera apto para la aplicación.
- Inventario de ansiedad como rasgo y como estado - IDARE. Se utilizará exclusivamente la parte de rasgo. El IDARE. Los datos normativos del IDARE fueron obtenidos a través de estudios en diversas poblaciones. Uno de ellos realizados en alumnos universitarios y bachilleres en 2013. En la obtención de los datos del IDARE se aplicó primero la parte A. Como estado y luego como rasgo. Las medias, desvío estándar y otros estadísticos para estudiantes se muestran consistentes para cada aplicación y obtención. El diseño de investigación planteado por otro estudio en donde se consideró la totalidad de la población (200

pacientes atendidos en la clínica Isell Figura vital). Se procesaron los datos obteniendo que en la validez de contenido por el método de criterio de jueces; la mayoría de ítems tienen un porcentaje de adecuado, tanto en claridad como en relevancia y en coherencia se evidencia un índice de Aiken muy significativos. En la validez de análisis de ítems, a través del índice de homogeneidad ítem-test corregido, los cuarenta ítems que forman parte del inventario, establece una correlación de manera directa y muy significativamente ($p < .01$) con la puntuación total en el instrumento. En el análisis factorial confirmatorio los resultados establecen que el modelo propuesto presentó diferencia altamente significativa respecto al modelo nulo, lo que se confirma la estructura de las escalas del instrumento. En la estructura bifactorial los resultados demuestran que el modelo propuesto presenta diferencia altamente significativa ($p < .01$) respecto al modelo nulo; lo que indicaría que los ítems que constituyen cada una de las escalas estarían correlacionados entre sí. La validez concurrente establece que ambas escalas tienen correlación muy significativa ($p < .01$). En la Validez clínica se analizaron los resultados presentando un 94% de sensibilidad y un 100% de especificidad por lo cual podemos decir que la prueba permite reconocer a un grupo "no ansioso". En la "confiabilidad" por consistencia interna, los resultados arrojaron un índice del alfa de Cronbach de .83 y .90 en cada escala lo cual lo ubica en un nivel muy bueno de fiabilidad. Los resultados de la correlación, mediante el método de test-retest, determinó alta estabilidad, tanto para la escala ansiedad Estado como para la escala ansiedad Rasgo.

Plan de análisis.

Las variables de interés y las variables socio demográficas se analizaron a través de sus estadísticos principales, medidas de tendencia central y de dispersión y también de forma grafica - porcentual. Se realizaron pruebas de correlación de Pearson o de Speraman de acuerdo a los resultados de la prueba de Kolmogorov. Las comparaciones de grupo se realizaron de forma paramétrica o no paramétrica de acuerdo a los resultados del análisis de homocedasticidad a través del test de Levene.

Criterios éticos.

Se contemplaron los criterios de anonimato de los participantes y de libre albedrío para la participación en la recolección de datos.

Resultados.

Análisis descriptivos

VARIABLES SOCIO DEMOGRÁFICAS

Tabla 1 Estadísticos descriptivos edad

Estadísticos		
Qué edad tienes? en años		
N	Válidos	392
	Perdidos	0
Media		40,56
Mediana		41,00
Moda		21
Desv. típ.		15,649
Varianza		244,901
Mínimo		17
Máximo		82

El cuadro arriba expuesto muestra las medidas de tendencia central y de dispersión para la variable socio económica de la edad. El promedio de edad de la muestra es de 40 años con un desvío de 15 años.

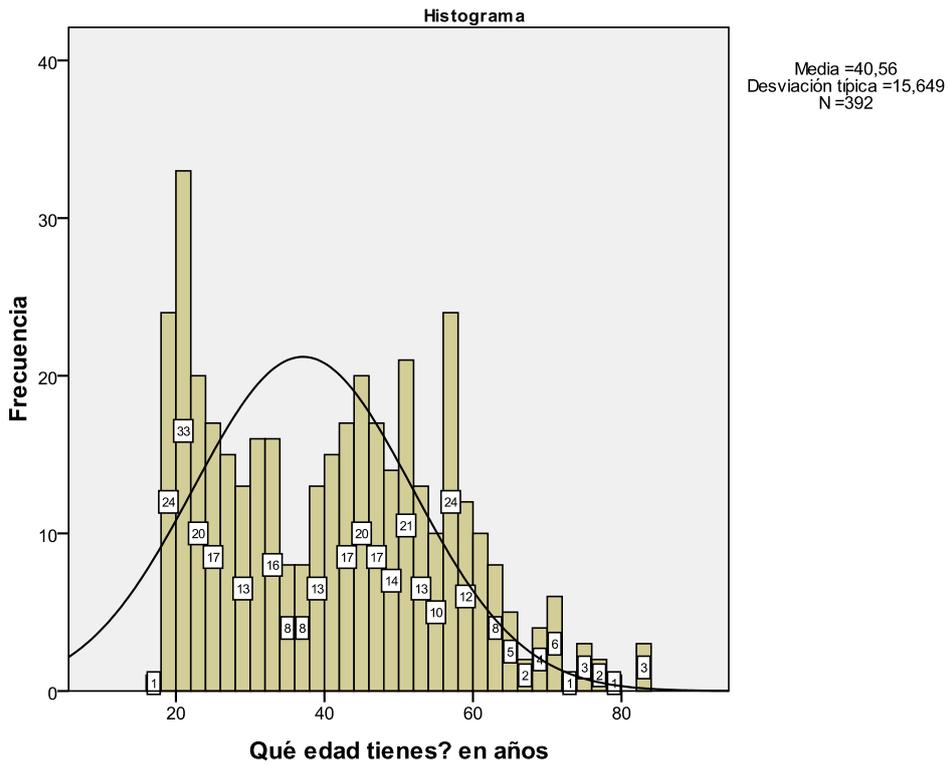


Figura 1: Histograma de la variable edad.

La figura arriba expuesta muestra el histograma con ajuste a la curva normal de la variable edad.

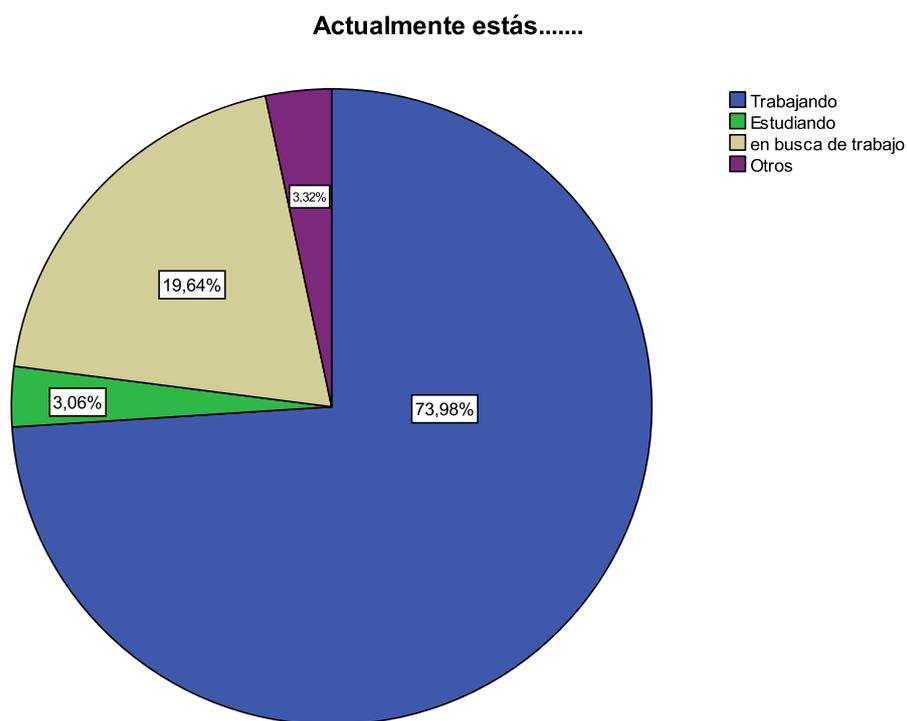


Figura 2 Situación laboral de la muestra

La figura de arriba muestra la situación laboral de las personas integrantes de la muestra. El 73% de la muestra se encuentra dentro de la población económicamente activa seguido de las personas que buscan trabajo.

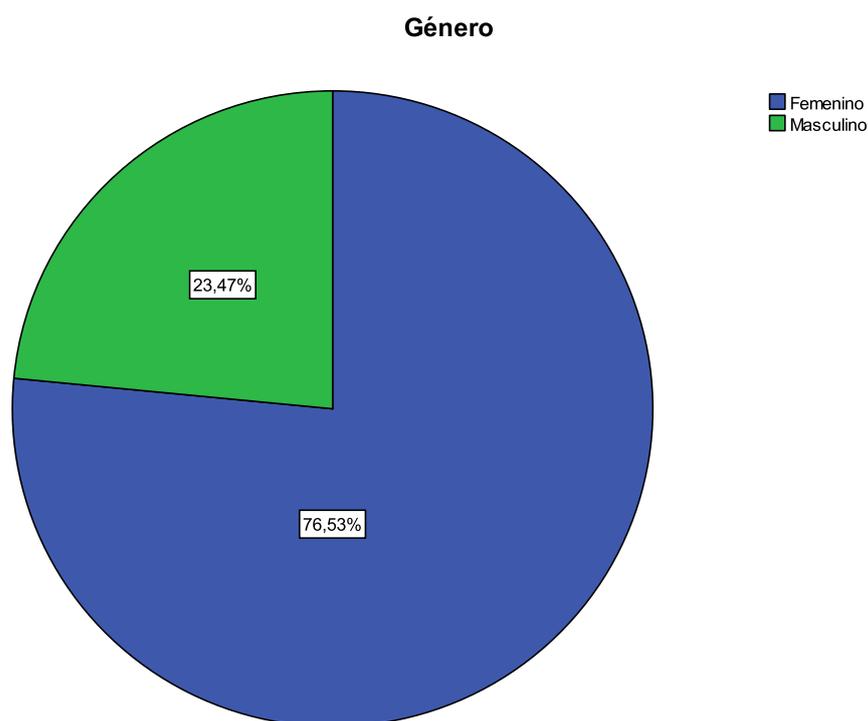


Figura 3: Distribución del género de la muestra

La figura de arriba muestra la distribución de sexos en la muestra. Siendo el grupo mayoritario el de las mujeres con el 76% de la población. La relación entre mujeres y varones es de 3/1.

Tabla 2: estadísticos descriptivos reactivos directos de la variable ansiedad

Estadísticos		
Total directos		
N	Válidos	392
	Perdidos	0
Media		12,55
Mediana		13,00
Moda		14
Desv. típ.		3,240
Varianza		10,499

La tabla arriba expuesta muestra los estadísticos de los reactivos directos del test IDARE para la ansiedad como rasgo. El promedio de puntajes es de 12,55 puntos con un desvío estándar de 3,2 puntos.

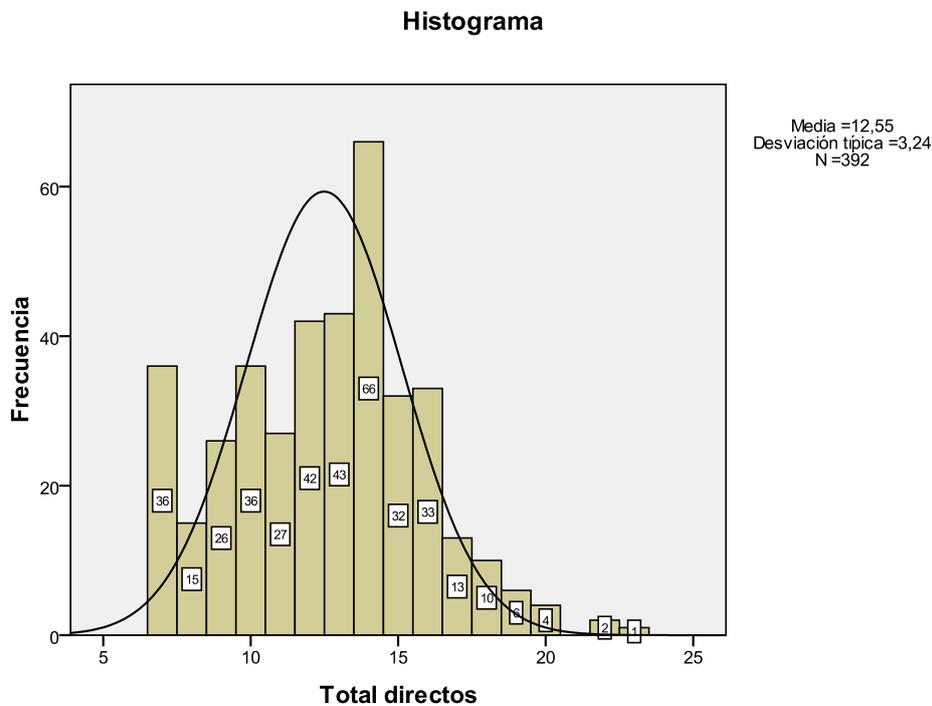


Figura 4: Histograma de los reactivos directos de la variable ansiedad

La tabla arriba expuesta muestra el histograma de los reactivos directos del IDARE. Contrastados con la curva normal correspondiente.

Tabla 3: Estadísticos descriptivos de los reactivos inversos de la variable ansiedad

Estadísticos		
Total Inversos		
N	Válidos	392
	Perdidos	0
Media		29,36
Mediana		29,00
Moda		30
Desv. típ.		6,884
Varianza		47,386

En la tabla se exponen los resultados de los reactivos inversos siendo el promedio 29,36 puntos y el desvío estándar 6,8 puntos.

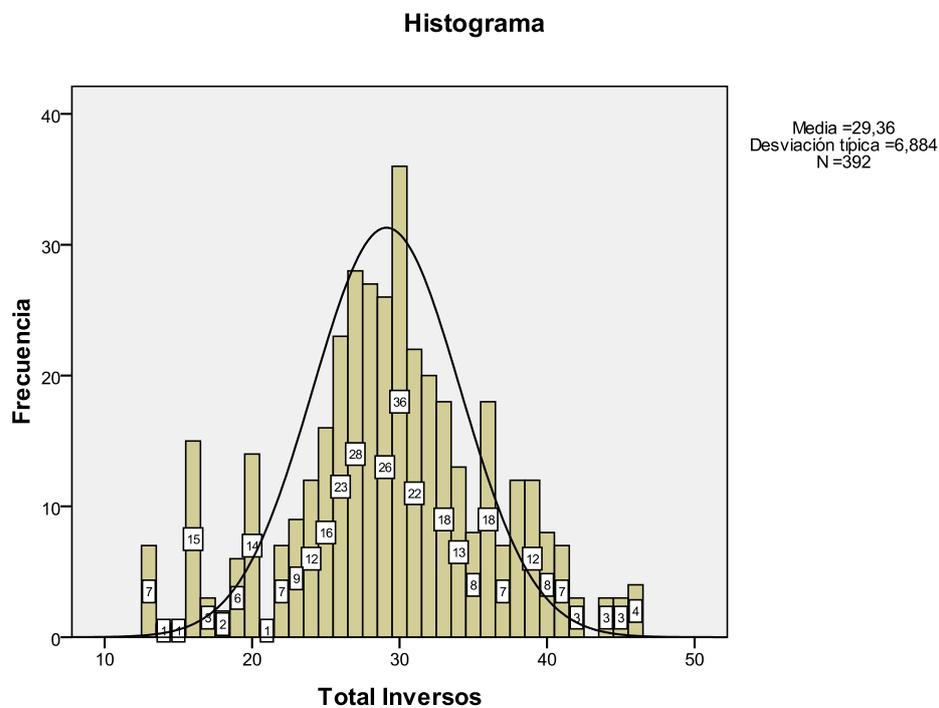


Figura 5: histograma de los reactivos inversos de la variable ansiedad

En la figura se muestra el histograma de los reactivos inversos contrastados con la normal.

Tabla 4: estadísticos descriptivos total de reactivos ansiedad

Estadísticos		
Total		
N	Válidos	392
	Perdidos	0
Media		41,91
Mediana		43,00
Moda		43
Desv. típ.		9,318
Varianza		86,820

En la tabla se exponen los estadísticos de los puntajes totales de los reactivos del IDARE RASGO. El promedio de los totales es de 41,9 y el desvío estándar 9,3 puntos.

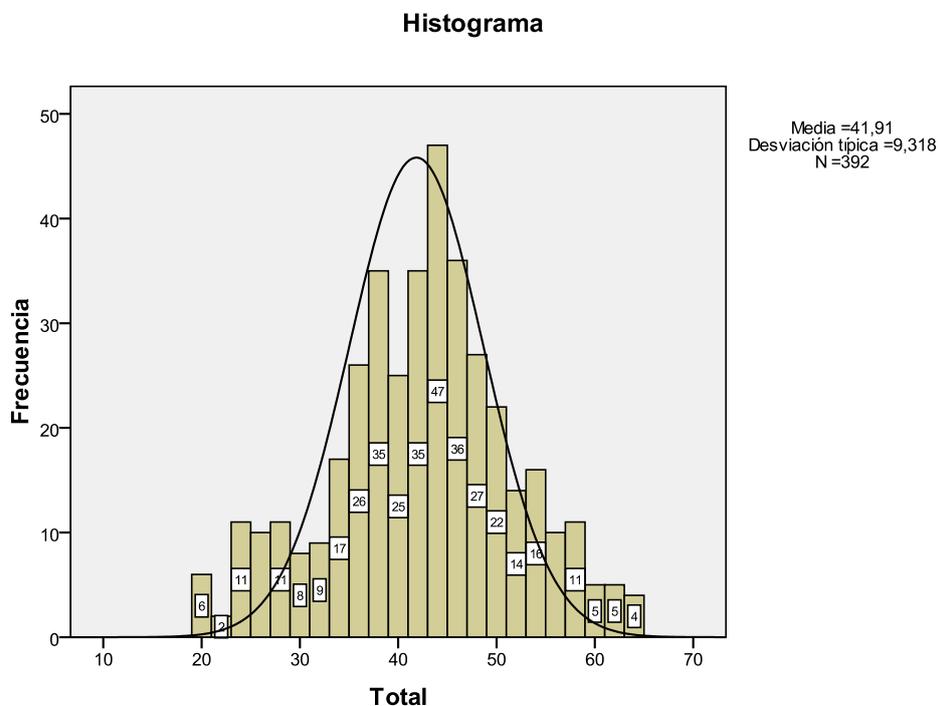


Figura 6: Histograma total de los reactivos de ansiedad

El histograma de los puntajes totales contrastado con la curva normal se expone en la figura de arriba. Se destaca el buen ajuste gráfico a la normal.

Tabla 5: Estadísticos descriptivos de la variable Síndrome de la Cabaña

Estadísticos		
Total Síndrome		
N	Válidos	392
	Perdidos	0
Media		19,30
Mediana		19,00
Moda		21
Desv. típ.		6,359
Varianza		40,440

El promedio de los puntajes totales de la variable síndrome de la cabaña es de 19,30 puntos y el desvío estándar es de 6,3 puntos.

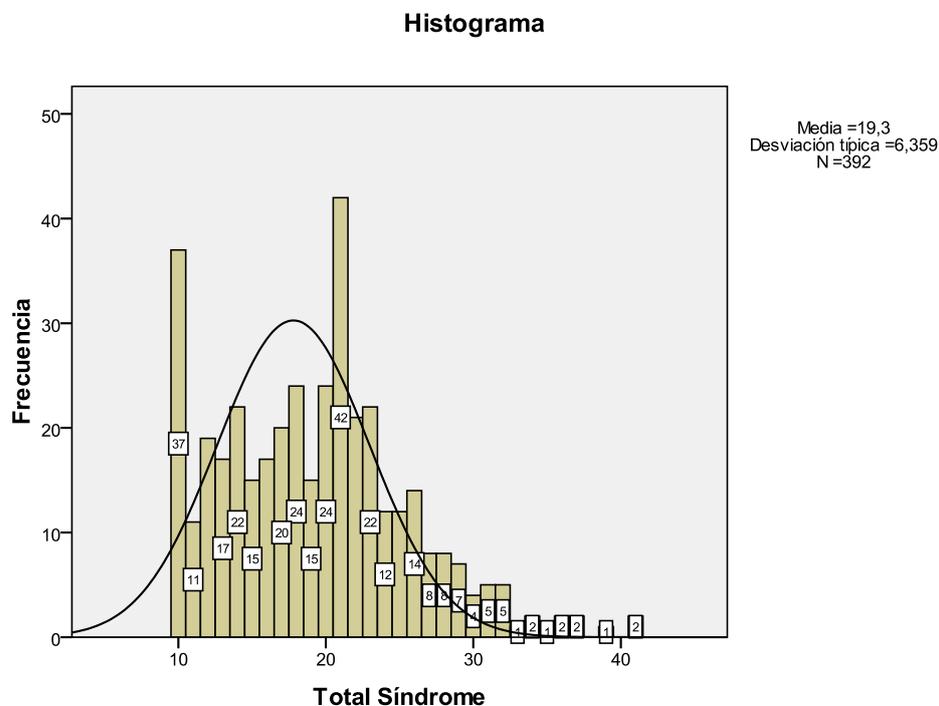


Figura 7: Histograma variable Síndrome de la Cabaña

El contraste del histograma de los puntajes del síndrome de la cabaña con la curva normal muestra un desplazamiento hacia la derecha.

Correlaciones

Tabla 6: Análisis de Kolmogorov - Smirnov

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra					
		Qué edad			
		tiene en	Total	Total	Total
		años	directos	Inversos	Síndrome
N		392	392	392	392
Parámetros	Media	40,56	12,55	29,36	19,30
normales ^{a,b}	Desviación típica	15,649	3,240	6,884	6,359

Diferencias más extremas	Absoluta	,093	,099	,073	,053	,072
	Positiva	,093	,073	,060	,040	,068
	Negativa	-,072	-,099	-,073	-,053	-,072
Z de Kolmogorov-Smirnov		1,843	1,953	1,447	1,050	1,422
Sig. asintót. (bilateral)		,002	,001	,030	,221	,035

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

El análisis de Kolmogorov - Smirnov indica que solo la variable total de los reactivos del IDARE - RASGO muestra un ajuste a la normal por lo que se procedió a aplicar la correlación de Spearman.

Tabla 7: Correlaciones Spearman

Correlaciones		Qué edad tienes? Total en años					Total Síndrome
Rho de Spearman	Qué edad tienes? en años	Coeficiente de correlación	1,000	,076	,011	,028	-,170**
	Total directos	Coeficiente de correlación	,076	1,000	,627**	,808**	-,054
	Total Inversos	Coeficiente de correlación	,011	,627**	1,000	,959**	-,051
	Total	Coeficiente de correlación	,028	,808**	,959**	1,000	-,051
	Total Síndrome	Coeficiente de correlación	-,170**	-,054	-,051	-,051	1,000

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Del análisis de correlación se observa que las únicas correlaciones significativas altas son entre los reactivos directos e inversos del IDARE con la puntuación total, lo cual más que indicar una relación entre las variables da un análisis de la confiabilidad del test.

Comparaciones de grupo

Tabla 8: Prueba de Homocedasticidad

Prueba de homogeneidad de varianzas				
	Estadístico de			
	Levene	gl1	gl2	Sig.
Qué edad tienes? en años	25,169	3	388	,000
Total directos	,301	3	388	,825
Total Inversos	,329	3	388	,804
Total	,324	3	388	,808
Total Síndrome	1,246	3	388	,293

El cuadro arriba expuesto indica que todas las variables numéricas menos la edad presentan homocedasticidad. Por lo tanto están todas habilitadas para pruebas paramétricas.

Tabla 9: Anova factor situación laboral

ANOVA Factor situación laboral						
		Suma de		Media		
		cuadrados	gl	cuadrática	F	Sig.
Qué edad tienes? en años	Inter-grupos	36533,136	3	12177,712	79,782	,0570
	Intra-grupos	59223,269	388	152,637		
	Total	95756,406	391			
Total directos	Inter-grupos	52,114	3	17,371	1,663	,174
	Intra-grupos	4052,866	388	10,446		
	Total	4104,980	391			

Total Inversos	Inter- grupos	148,706	3	49,569	1,046	,372
	Intra- grupos	18379,294	388	47,369		
	Total	18528,000	391			
Total	Inter- grupos	200,440	3	66,813	,768	,512
	Intra- grupos	33746,254	388	86,975		
	Total	33946,694	391			
Total Síndrome	Inter- grupos	229,856	3	76,619	1,908	,128
	Intra- grupos	15582,223	388	40,160		
	Total	15812,079	391			

El análisis anova establece que no existen diferencias significativas entre las variables analizadas al tomar como factor de diferenciación la situación laboral.

Tabla 10: Informe estadístico factor situación laboral

Informe		Total			
Actualmente estás.....		Total directos	Total Inversos	Total	Síndrome
Trabajando	Media	12,66	29,11	41,77	19,04
	N	290	290	290	290
	Desv. típ.	3,258	6,943	9,468	6,287
Estudiando	Media	12,50	28,25	40,75	19,00
	N	12	12	12	12
	Desv. típ.	3,317	6,797	9,845	4,264
en busca de trabajo	Media	11,94	30,04	41,97	20,68
	N	77	77	77	77
	Desv. típ.	3,164	6,902	8,975	6,624

Otros	Media	13,77	31,85	45,62	17,08
	N	13	13	13	13
	Desv. típ.	2,948	5,161	7,366	7,216
Total	Media	12,55	29,36	41,91	19,30
	N	392	392	392	392
	Desv. típ.	3,240	6,884	9,318	6,359

El cuadro arriba expuesto muestra los estadísticos principales de las variables estudiadas teniendo como factor la situación laboral.

Tabla 11: Estadísticos del grupo - factor género

Estadísticos de grupo					
	Género	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Qué edad tienes? en años	Femenino	300	38,88	15,551	,898
	Masculino	92	46,04	14,764	1,539
Total directos	Femenino	300	12,33	3,034	,175
	Masculino	92	13,27	3,765	,393
Total Inversos	Femenino	300	28,75	6,603	,381
	Masculino	92	31,34	7,428	,774
Total	Femenino	300	41,08	8,868	,512
	Masculino	92	44,61	10,246	1,068
Total Síndrome	Femenino	300	21,22	5,180	,299
	Masculino	92	13,02	5,791	,604

Tabla 12: prueba T factor género

Prueba de muestras independientes										
Prueba de Levene para la igualdad de varianzas										
Prueba T para la igualdad de medias										
95% Intervalo de confianza para la diferencia										
Error típ.										
Sig. (bilateral)										
Diferencia de medias										
de la diferencia										
Inferior Superior										
r r										
F Sig. T gl) medias a										
Qué edad tienes? en años	Se han asumido varianzas iguales	2,975	,085	-3,909	390	,000	-7,160	1,832	-	-3,559
										10,762
	No se han asumido varianzas iguales			-4,018	157,896	,000	-7,160	1,782	-	-3,641
										10,680
Total directos	Se han asumido varianzas iguales	4,769	,030	-2,454	390	,015	-,942	,384	-1,696	-,187

	No se han asumido varianzas iguales		-2,191	129,284	,030		-,942	,430	-1,792	-,091	
Total Inversos	Se han asumido varianzas iguales		4,895	,028	-3,190	390	,002	-2,587	,811	-4,181	-,993
	No se han asumido varianzas iguales		-2,997	137,985	,003		-2,587	,863	-4,294	-,880	
Total	Se han asumido varianzas iguales		4,368	,037	-3,215	390	,001	-3,529	1,097	-5,686	-1,371
	No se han asumido varianzas iguales		-2,979	135,438	,003		-3,529	1,185	-5,871	-1,186	
Total Síndrome	Se han asumido varianzas iguales		2,519	,113	12,914	390	,000	8,202	,635	6,953	9,450
	No se han asumido varianzas iguales		12,172	138,600	,000		8,202	,674	6,869	9,534	

El análisis de T de Student indica que existen diferencias significativas en las medias de los reactivos directos e inversos del IDARE rasgo y también en los puntajes del síndrome de la cabaña al tener como factor de diferenciación al sexo.

Tabla 13: estadísticos principales factor sexo

Estadísticos de grupo

	Género	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Qué edad tienes? en años	Femenino	300	38,88	15,551	,898
	Masculino	92	46,04	14,764	1,539
Total directos	Femenino	300	12,33	3,034	,175
	Masculino	92	13,27	3,765	,393
Total Inversos	Femenino	300	28,75	6,603	,381
	Masculino	92	31,34	7,428	,774
Total IDARE	Femenino	300	41,08	8,868	,512
	Masculino	92	44,61	10,246	1,068
Total Síndrome	Femenino	300	21,22	5,180	,299
	Masculino	92	13,02	5,791	,604

El cuadro arriba expuesto indica los estadísticos principales de las variables estudiadas teniendo como factor el sexo.

Discusiones y conclusiones

De los análisis anteriores se desprende que los constructos de ansiedad y síndrome de la cabaña no tienen relación entre sí. Al correlacionar los constructos los índices salen muy bajos, lo que descarta análisis posteriores. Existen correlaciones altas entre los reactivos directos e inversos del IDARE y de estos con el total, lo que indica más bien la consistencia interna del instrumento.

No existen diferencias en las variables estudiadas al tomar como factor la situación laboral. Tanto los reactivos directos, inversos y totales del IDARE no muestran diferencias significativas al considerarlos desde este factor. Si existen diferencias al tomar como factor el

sexo de la muestra. El análisis de T de Student así lo indica. Llamativamente en el análisis los hombres tienen más ansiedad que las mujeres al considerarse como indicador la media aritmética.

A continuación se exponen los análisis individuales de algunos reactivos IDARE:

Recuento de Siento ganas de llorar

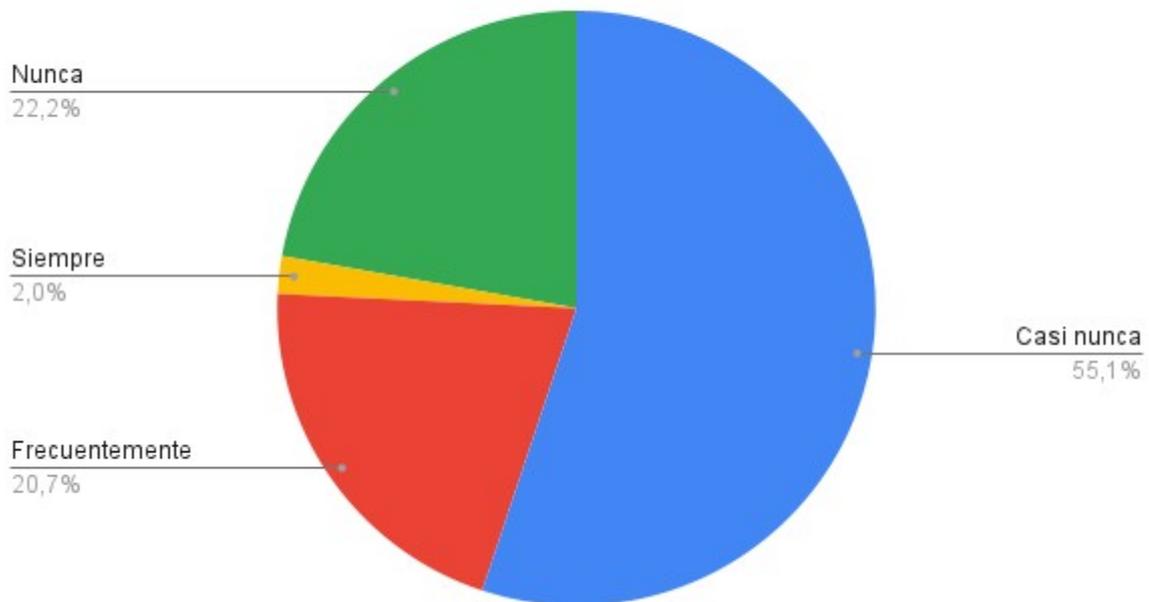


Figura 8: siento ganas de llorar

La figura indica que un 77% de la muestra no siente deseos de llorar frecuentemente como expresión de tristeza lo que se puede considerar benéfico para la población. No obstante un 22% de la población si siente las ganas de llorar. Y este porcentaje es elevado si se pudiera extrapolar a la población estudiada mayoritariamente del departamento central.

Recuento de Me siento descansado/a

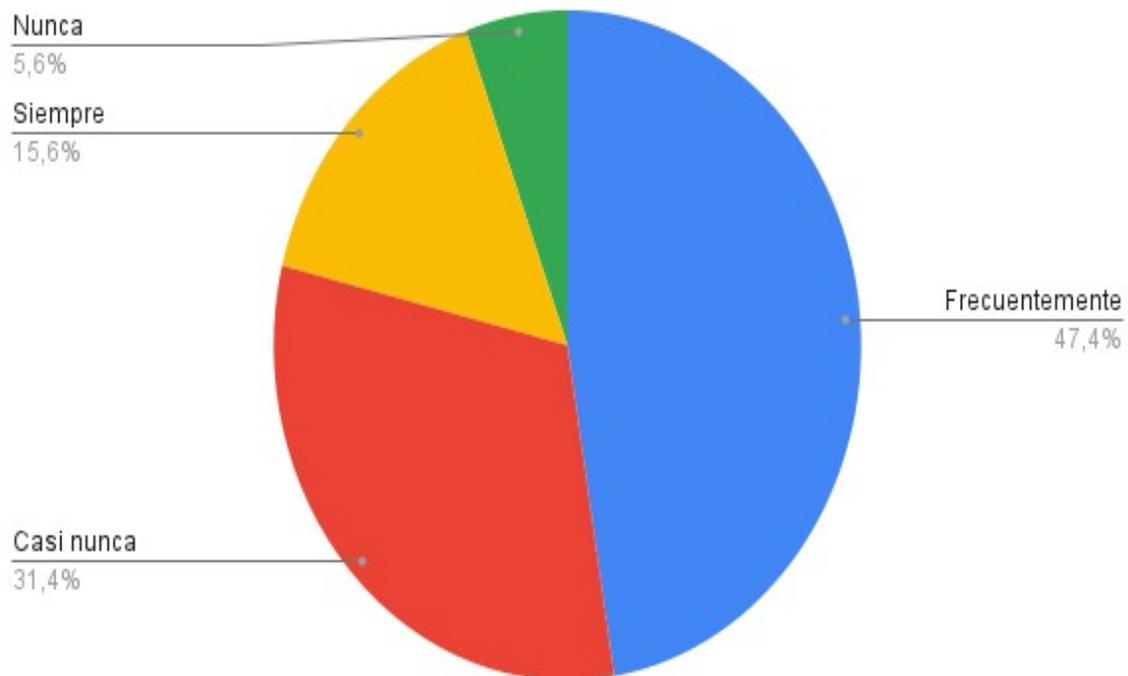


Figura 9: me siento descansado/a

El mismo tipo de análisis se puede realizar en el ítem me siento descansado. Si bien la mayoría se siente de esa manera un 36% de la población no lo hace nunca o casi nunca, lo que también extrapolado a la población estudiada indicaría un gran sector que siente este síntoma de ansiedad.

Recuento de Me canso rápidamente

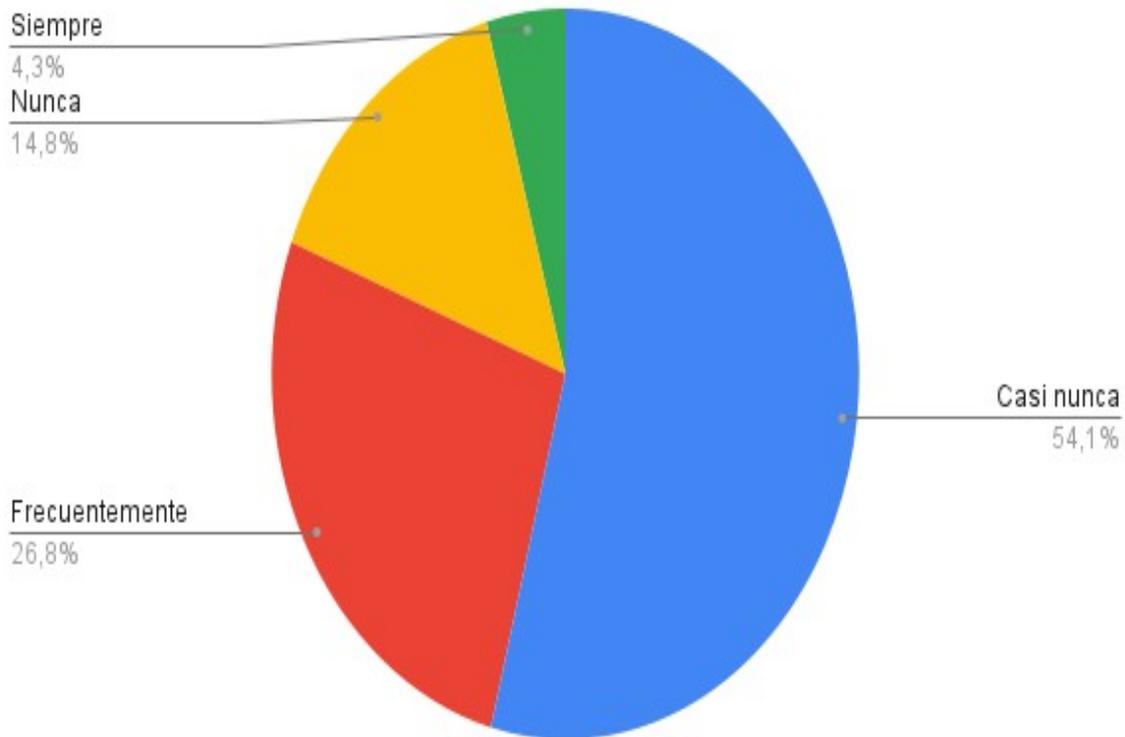


Figura 10: me canso rápidamente

En el mismo sentido un 30% de la población se cansa rápidamente.

La conclusión que se desprende es que si bien la mayoría no tiene los indicadores importantes de ansiedad, si un porcentaje importante de la población lo tiene, constituyendo un nivel que exige atención.

Recomendaciones

La principal recomendación de los autores es la de ampliar la investigación sobre la ansiedad relacionándola con otras variables y descartar el constructo síndrome de la cabaña como factor asociado a la misma.

La segunda recomendación consiste en intensificar las unidades de atención primaria de salud dotándolas

Bibliografía

- Brown, Barlow y Liebow 1994. Trastorno Generalizado de Ansiedad. American Psychiatric Association, 1994/1995
- Badoz López A. (2015). Trastorno de ansiedad Generalizada. Universidad de Barcelona. España
- Chorot P. García Escalera J. Sandín B. Valiente R.M. 2020 Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Journal of Psychopathology and Clinical Psychology*. Uned. España.
- Dugas, M.J. y Ladouceur, R. (1997). Análisis y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1, pp. 211-240). Madrid: Siglo XXI.
- Firth, J., Marx, W., Dash, S., Carney, R., Teasdale, S. B., Solmi, M., ... Sarris, J. (2019). The Effects of Dietary Improvement on Symptoms of Depression and Anxiety: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Psychosomatic Medicine*, 81(3), 265–280.
- Fernández - Guasti A. 2019. *Revista Científica de Psicología*. Barcelona
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316.
- Prol S. Silva J 2021 *El síndrome de la Cabaña*. UBA Bs.As
- Rosenblatt, P. C., Anderson, R. M., & Johnson, P. A. (1984). The meaning of "cabin fever". *Journal of Social Psychology*, 123(1), 43–53.
- Schuch, F. B., Vancampfort, D., Richards, J., Rosenbaum, S., Ward, P. B., & Stubbs, B. (2016). Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis adjusting for publication bias. *Journal of Psychiatric Research*, 77, 42–51.

Umberson, D., & Karas Montez, J. (2010). Social Relationships and Health: A Flashpoint for Health Policy. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1_suppl), S54-S66.

World Health Organization. (2018). *Clasificación Internacional de Enfermedades*, (11^a revisión).

Anexos

Anexo 1: Idare Rasgo

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y **encierre en un círculo** el número que indique *cómo se siente generalmente*.

No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero describa cómo se siente generalmente.

	CASI NUNCA	ALGUN AS VECES	FRECUEN TEMENTE	CASI SIEMPRE
Me siento bien	1	2	3	4
Me canso rápidamente	1	2	3	4
Siento ganas de llorar	1	2	3	4
Quisiera ser tan feliz	1	2	3	4
Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
Me siento descansado/a	1	2	3	4
Soy un persona "tranquila serena y sosegada"	1	2	3	4
Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder soportarlas	1	2	3	4
Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
Soy feliz	1	2	3	4
Me inclino a tomar las cosas muy a pecho	1	2	3	4
Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
Me siento seguro/a	1	2	3	4
Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad	1	2	3	4
Me siento melancólico/a	1	2	3	4
Estoy satisfecho/a	1	2	3	4

Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente	1	2	3	4
Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
Soy una persona estable	1	2	3	4
Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

Anexo 2: test Síndrome de la Cabaña

Síndrome de la cabaña	No corresponde	Neutro	Corresponde
1. Me da miedo caminar entre multitudes, incluso con mascarilla.			
2. Me siento preocupado.			
3. Siento miedo intenso de contraer enfermedades si salgo a la calle.			
4. Me cuesta desplazarme hasta mi centro trabajo y me está suponiendo problemas laborales.			
5. Pensar en salir de casa me genera mucho estrés.			
6. Últimamente, me han dicho que estoy irritable.			

7. Evito viajar en transporte público a toda costa, ir al supermercado, estar en colas, en ascensores, etc.			
8. Tengo sensación de estar nervioso, tenso, como con los pelos de punta.			
9. Me siento triste y desmotivado.			
10. Creo que me estoy aislando de mis amigos, familiares, etc.			