

Universidad de Palermo

Facultad de Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador

Impacto del aislamiento social, preventivo y obligatorio por COVID-19 en el bienestar psicológico, emocional y social en adultos.

Meinvielle, Solange Reneè Susana

Tutora: Dra. Natalia Irrazabal

10 de diciembre de 2020

Índice

1. Introducción	2
2. Objetivos.....	3
2.1 Objetivo General	3
2.2 Objetivos Específicos	3
3. Hipótesis.....	4
4. Marco Teórico	4
4.1 Psicología Positiva	4
4.1.1. Bienestar. Un concepto de la Psicología Positiva	7
4.1.2. Bienestar psicológico, emocional y social	11
4.2. Pandemia. Sus antecedentes y la actualidad del COVID-19.....	12
4.2.1. Cuarentena. Origen de la medida y su aplicación ante el COVID-19.	
.....	15
4.3. Aislamiento y distanciamiento social.....	17
4.3.1. Aislamiento por Covid-19, bienestar y su impacto en la salud mental	
.....	19
5. Metodología	24
5.1. Tipo de Estudio y diseño	24
5.2. Muestra.....	24
5.3. Instrumentos de Medición	25
5.4. Procedimiento	26
5.5 Análisis de Datos	27
6. Resultados.....	27
6.1. Objetivo 1.	27
6.2. Objetivo 2	30
6.3. Objetivo 3.	33
7. Conclusiones.....	36
8. Referencias	43
9. Anexo	55

1. Introducción

En el marco de la asignatura de Práctica Profesional y Habilitación, de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo, se realizó la práctica en el Departamento de Investigaciones. El grupo de trabajo estuvo conformado por estudiantes del último año de la carrera y a cargo de una tutora. El objeto de dicha investigación se centró en la evaluación de la variación del bienestar psicológico, emocional y social a lo largo del aislamiento social, preventivo y obligatorio durante la pandemia decretada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) debido al contagio masivo de un nuevo coronavirus, denominado SARS-CoV-2, conocido por sus siglas en inglés, COVID-19; siendo que habría sido detectado, el primer infectado, en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, al oeste de Shanghái, República Comunista China.

Ante esta situación de emergencia sanitaria sin precedente, y en un mundo globalizado, los países han adoptado medidas de prevención no farmacológicas, debido a la ausencia, hasta el momento, de una vacuna eficaz, a pesar de numerosas investigaciones en fases avanzadas, es decir, en prueba en humanos. Por ello numerosos gobiernos, alrededor del mundo, implementaron medidas de salud pública tendientes a detener y prevenir la propagación de la enfermedad, decretaron la cuarentena, el aislamiento, distanciamiento social y confinamiento. Se cerraron las fronteras, los centros educativos en todos sus niveles, centros culturales y religiosos. Solo se autorizó a transitar a aquellas personas que trabajaban en tareas esenciales como la actividad sanitaria, seguridad, servicios públicos (provisión de luz, agua potable y gas), producción y distribución de alimentos, entre otros. La República Argentina no fue la excepción y el 20 de marzo de 2020, el Poder Ejecutivo adoptó idéntica medida con el Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) N° 297/2020, renovándose el período establecido con el DNU N° 325/2020.

Con las personas en cuarentena, aisladas de sus seres queridos, en muchos casos, y, por otra parte, con aquellos que debían salir a trabajar, situación que se denominó, *estar en las primeras filas*; se hizo imprescindible considerar el fenómeno del impacto que la cuarentena generaba en las personas, considerando, a su vez, la personal condición de aislamiento (solos, con familia, con o sin mascota, condición laboral). Es así cómo se desarrolló la presente investigación, un estudio longitudinal, que permite observar las variaciones del bienestar psicológico, emocional y social de la población argentina que enfrenta esta pandemia.

Las revisiones bibliográficas realizadas hasta el momento dan cuenta de estudios clínicos y epidemiológicos relacionados con epidemias sufridas en Asia y Medio Oriente en los últimos años, como lo fueron el *Severe Acute Respiratory Syndrome* y *Middle East Respiratory Syndrome* (SARS y MERS, respectivamente), pero pocos son los datos obtenidos respecto del impacto psicológico en la población que generará el COVID-19; con lo cual resulta interesante contar con mediciones que permitan analizar los efectos del aislamiento y la pérdida del ejercicio de las actividades cotidianas, como así también la adquisición de nuevos hábitos como, por ejemplo, distanciamiento social, uso de tapabocas, entre otros.

Es así como se considera que la presente investigación, de corte longitudinal, aportará información relevante a fin de implementar mecanismos de contención, en futuras situaciones de emergencia a escala mundial, como la vivida por el nuevo coronavirus; permitiendo preservar la salud mental de las personas, atendiendo al concepto de salud como una noción positiva, es decir, no solo como ausencia de enfermedad (aspecto negativo) ya que ello no garantiza la salud, y da cuenta que existe otra clase de salud no relacionada a la enfermedad sino con el bienestar, ya que los resultados que hasta el momento se han reportado por autores internacionales son de investigaciones de diseño transversal.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Evaluar la relación entre la duración del aislamiento social, preventivo y obligatorio por COVID-19 y el bienestar psicológico, social y emocional en adultos.

2.2 Objetivos Específicos

- Analizar si durante el tiempo de aislamiento social, preventivo y obligatorio por COVID-19 se producen cambios en el bienestar psicológico, emocional y social.
- Analizar si existe una diferencia significativa entre mujeres y hombres en cuanto a los cambios en el bienestar psicológico, emocional y social, a lo largo del tiempo que dura el aislamiento social, preventivo y obligatorio por COVID-19.
- Analizar si existe una diferencia en los cambios en el bienestar psicológico, emocional y social entre aquellas personas que permanecieron aisladas y las que debieron salir a cumplir diferentes tareas durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio por COVID-19.

3. Hipótesis

Hipótesis 1: Existe una correlación negativa entre el tiempo de aislamiento social, preventivo y obligatorio por COVID-19, y el bienestar psicológico, emocional y social.

Hipótesis 2: Las mujeres manifiestan una diferencia en su bienestar psicológico, emocional y social en relación a los hombres, a lo largo del tiempo durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio por COVID-19.

Hipótesis 3: Las personas que permanecieron aisladas presentan una disminución significativamente mayor del bienestar psicológico, emocional y social respecto de aquellas que debieron salir a cumplir diferentes tareas durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio por COVID-19.

4. Marco Teórico

4.1 Psicología Positiva

La Psicología Positiva se ubica dentro de los enfoques salugénicos en Psicología, cuyos desarrollos se orientan a la investigación de las fortalezas y recursos personales que promueven un mayor potencial de salud en las personas, y dan cuenta de las diferencias individuales para afrontar las adversidades (Galarza, 2016). Se puede encontrar en los primeros escritos griegos, la preocupación por el bienestar, especialmente en las obras de Aristóteles, bajo el concepto de eudaimonía. En el pensamiento de dicho filósofo, la eudaimonía refiere a las motivaciones del hombre más profundas, una vida conforme a la virtud, es decir, que el hombre, como ser racional, tiene la capacidad de planificar su vida en busca de un objetivo último, buscando la perfección constantemente. Esta eudaimonía aristotélica es la certeza que lleva al hombre a no dejar nada al azar, ni su propia existencia y, ante la contingencia, él puede desarrollarse conforme a su propia experiencia (Romero, 2015). Por su parte, Epícteto, filósofo griego y discípulo de Sócrates, propagó el concepto de eudaimonía en la antigua Roma, llegando a la conclusión de que es posible alcanzar la felicidad y la vida plena, si se vive conforme a las virtudes y distinguiendo entre lo verdadero y lo aparente (Moccia, 2016). Dicho concepto ha sido un tema central de estudio en el campo de las ciencias sociales, por ejemplo dentro de la sociología y la economía (Vázquez, 2006).

Ya más cercano a nuestros días, a partir de la década de los '80, paralelamente al concepto de promoción de la salud, que enarbolaban los organismos internacionales, y

al resurgimiento del interés por estudiar los aspectos positivos o dimensiones salugénicas del individuo, nacieron numerosas investigaciones sobre la teoría del apego (Ainsworth, Bowlby, Marrone), la resiliencia (Werner & Smith, Syrulnik, Melillo), la inteligencia emocional (Goleman) y las inteligencias múltiples (Gardner) entre otros (Gancedo, 2008). En este contexto y luego de unas vacaciones junto a su colega Csíkszentmihályi, Seligman tiene una experiencia epifánica, cae en la cuenta de que la Psicología siempre había puesto el foco en el estudio de la enfermedad en detrimento de los aspectos positivos. En el año 1998 Seligman como presidente de la American Psychological Association (APA), brinda un discurso, en el que declara que la Psicología no es sólo el estudio de la debilidad y el daño, sino que también es el estudio de la fortaleza y la virtud (Lupano Perugini & Castro Solano, 2010). Este discurso es considerado el inicio de la Psicología Positiva.

Asimismo, dicho autor, explicó que la Psicología Positiva enfoca su atención en el significado de los lapsos tanto felices como infelices de la vida y en las fortalezas y virtudes, todo lo cual otorga una calidad de vida determinada. Es así como considera que la Psicología Positiva está sostenida por tres grandes pilares, los cuales son, en primer lugar el estudio de las emociones positivas, en segundo término el análisis de los rasgos positivos, fortalezas y virtudes, y, por último, la inteligencia y habilidades. En momentos difíciles de la vida, las emociones positivas (por ejemplo, la esperanza, la confianza y la seguridad) adquieren un papel preponderante, jugando un rol de estrategia de afrontamiento, ante la presencia de trastornos psicológicos, en tanto que las virtudes y fortalezas de la personalidad actúan como barreras, beneficiando así a la recuperación de la salud mental. Seligman (1998) clasificó en tres tipos, basándose en el criterio de la orientación del sujeto: hacia el pasado ubicó la serenidad y satisfacción; en el futuro, esperanza, fe, confianza y optimismo, y, por último, enfocadas en el presente, las subdividió en dos categorías, los placeres y las gratificaciones. Los placeres son los corporales y superiores, los primeros serían las emociones positivas transitorias, manifestadas a través de los sentidos, en tanto que los placeres superiores se definen por el sentimiento que producen como el gozo o el éxtasis. Por su parte las gratificaciones son actividades que producen placer. La Psicología Positiva tiene como meta la felicidad, en tanto que la vida que el hombre vive sea auténtica. En este orden de ideas, la autenticidad refiere a la obtención de gratificaciones y emociones positivas a través del desarrollo de fortalezas personales, las cuales se constituyen como camino hacia la satisfacción. Es así como la *buena vida* es el resultado de aplicar las fortalezas para

lograr gratificaciones en los diferentes ámbitos de la vida (Seligman, 2011). En el año 2004, Peterson y Seligman describieron y clasificaron las principales fortalezas y virtudes que, a su entender, permiten el crecimiento humano (Morán-Astorga, 2015). Se trata de seis virtudes principales reconocidas por casi todas las culturas en el mundo, a saber: sabiduría, valor-coraje, humanidad, justicia, moderación y trascendencia. Seligman (2011) había acuñado el concepto de buena vida como un tipo de felicidad que surge cuando una persona disfruta haciendo algo en lo que es bueno y talentoso, es decir ha identificado cualidades propias y sabe usarlas.

Según Linley, Wood y Joseph (2006), la Psicología Positiva actualmente se ubica como un movimiento dentro de la psicología de corte popular pero es a la vez serio y bien estructurado. Cuenta con numerosas investigaciones y publicaciones especializadas, conferencias, premios como el *Seligman Award for Outstanding Dissertation Research*, asociaciones internacionales que representan los intereses propios de la Psicología Positiva, páginas de internet, foros de discusión, presencia en medios de comunicación, programas de estudio de grado y posgrado y una publicación dedicada especialmente, el *Journal of Positive Psychology*. Sin embargo, el foco debería ponerse en el futuro de la Psicología Positiva y no en la actualidad, ya que muchos especialistas debaten si continuará con identidad propia o acabará por fundirse con la Psicología general, siendo sólo un aspecto de ella, incluso permaneciendo como rama marginal dentro del campo. Dentro de los campos de intervención, la Psicología Positiva tiene más énfasis en el área clínica, de la salud y educativa. El estudio de las fortalezas y las virtudes humanas, además, cobra gran importancia en prácticas y estrategias de prevención. Debido a lo reciente de su nacimiento como disciplina, aún hay estrategias utilizadas en la clínica e instrumentos de medición que esperan ser validados empíricamente y aprobados psicométricamente (Contreras & Esguerra, 2006).

En el año 2019, Khanna y Singh se propusieron analizar, en la Región Capital de India, el crecimiento en el tiempo de la corriente de Educación Positiva, la cual se centra en la aplicación de la ciencia del bienestar, en el ámbito de la educación para los estudiantes y todo el resto de la comunidad educativa, y se preguntaron si estas intervenciones en Psicología Positiva sirven para todos, replicando un estudio que Seligman realizó en 2005 con adolescentes. El interés particular de estos profesionales radicó en que ese tipo de estudios ha tenido más incidencia y repercusiones en poblaciones americanas y europeas, olvidando zonas en desarrollo como lo es la India. Los resultados obtenidos coinciden en su mayoría con los hallados por Seligman en

2005. El objetivo principal de Khanna y Singh (2019) era evaluar la efectividad de las intervenciones en seis grupos, longitudinalmente, en dos tiempos. Se esperaba de los participantes que ganaran en niveles de indicadores positivos y bajarán en los negativos en relación al bienestar. Si bien algunas estrategias fueron eficaces, otras no resultaron como se esperaba a nivel de eficacia. Sin embargo, los autores resaltaron la importancia de crear instrumentos considerando el contexto y la población en los que serán aplicados, lo cual abre un campo de indagación y trabajo dentro del área de estudio.

Otro estudio interesante de revisión, dentro de esta teoría, es el de Hendriks, Schotanus-Dijkstra, Hassankhan, de Jong y Bohlmeijer (2020), que indaga la eficacia del Modelo Multicomponente de Intervenciones en Psicología Positiva (MPPIs). Los autores compararon los resultados de 8.532 registros publicados entre 1998 y 2018, obtenidos desde PubMed, PsycINFO y Scopus, finalmente la selección se redujo a 51 artículos que cumplían los criterios de inclusión. Los hallazgos concretos acerca de la eficacia del MPPIs, fueron los siguientes: para depresión el efecto fue significativamente pequeño, para bienestar psicológico se observó un efecto moderado y para bienestar subjetivo, ansiedad y estrés el efecto fue de bajo a moderado. Vale aclarar que el rango de seguimiento fue de 1 a 12 meses en los resultados comparados. Aun reconociendo las limitaciones del estudio realizado, los autores llaman a una reflexión, la necesidad de tener en cuenta la región donde se administran los instrumentos de medición, similar a los autores mencionados en el estudio realizado en la Región Capital de la India, ya que esta diferencia étnica o regional podría incrementar los sesgos interpretativos en los resultados. Queda aún por determinar cuáles son las condiciones óptimas en las que este tipo de estudio podría maximizar su eficacia.

4.1.1. Bienestar. Un concepto de la Psicología Positiva

Tradicionalmente la salud mental ha sido definida desde un aspecto negativo, es decir, por la ausencia de enfermedad psicológica, tal vez esto, deriva de un antiguo concepto y del modelo médico, el enfoque patogénico, el cual definía la salud como ausencia de enfermedad, discapacidad o muerte prematura. En verdad, la salud es un estado completo, que no se reduce a la simple ausencia de enfermedad, sino la presencia de algo positivo e insta a volver a los antiguos relatos filosóficos de la buena vida (Ryff & Singer, 1998). El estudio del proceso de la salud mental en términos positivos remite a lo que la literatura ha denominado como Psicología Salutogénica o Positiva. Desde esta concepción, la salud mental no sólo implica la ausencia de síntomas sino también la experiencia de bienestar psicológico. El acento se pone en ampliar el espectro del

diagnóstico y tratamiento e incluir dentro de las intervenciones aspectos más positivos en prevención y promoción de la salud (Góngora & Casullo, 2009). Castro Solano (2012) sostiene que la psicología con miras al siglo XXI debería interrogar sobre aquellos aspectos ligados al bienestar psicológico y a la potenciación de las cualidades y fortalezas humanas. Según Ryan y Deci (2001), el bienestar fue considerado un tema relativamente novedoso y de interés creciente en el ámbito de la Psicología. Estos autores plantean que se trata de un constructo teórico que hace referencia a la experiencia y el funcionamiento óptimo de la persona. Se basa en dos perspectivas: la hedónica y la eudaimónica. La primera pone el foco en la felicidad definiendo bienestar en términos de logro de placer y evitación del dolor. Por su parte, la perspectiva eudaimónica pone el interés en el sentido de la autorrealización, y define bienestar en términos de funcionamiento pleno de la persona. Keyes (2005) utiliza el término salud mental y no el de bienestar para realizar la clasificación de los tipos de bienestar psicológico, social y emocional. Ahora bien, se define bienestar psicológico de acuerdo a la teoría de Ryff (1989), como el grado de autonomía, control, crecimiento personal, relaciones personales, auto-aceptación y propósito; bienestar social como contribución social, la aceptación, el grado de actualización, la coherencia y la integración social; y bienestar emocional como en relación a los efectos positivos, negativos y la satisfacción con la vida.

Se advierte que el mundo ha alcanzado un progreso económico sin precedentes, los avances tecnológicos han mejorado la calidad de vida de las personas, en todos sus aspectos, sin embargo, y a pesar de las mejoras materiales, el individuo no parece reportar altos niveles de bienestar. El hombre se encuentra insatisfecho y en la búsqueda constante de algo que lo haga sentir pleno. La felicidad a la que aspira el hombre ha sido motivo de estudio desde la antigüedad, donde ya se había percibido que la ésta no se encontraba en los bienes materiales, sino que es un estado mental, posible de ser controlado por las personas. Csikszentmihalyi (1999) sostiene que en la conciencia del hombre fluyen sentimientos y pensamientos que deben ser controlados para encontrar serenidad y así alcanzar las metas y objetivos. Las tradiciones del Yoga y Zen crearon técnicas que permiten controlar y disciplinar la mente. Por su parte la psicología moderna, diseñó técnicas para modificar los contenidos mentales, desarmar pensamientos negativos, cambiar actitudes, entre otras estrategias. El mencionado autor realizó, por más de 20 años, investigaciones con individuos que vivían plenamente felices, y es así como, a este estado de plena felicidad, lo denominó estado de *flow*. Éste

es el estado en el cual la persona se encuentra comprometida con una actividad placentera, a tal punto que todo a su alrededor deja de tener importancia, es decir, que es una experiencia extremadamente placentera. Actividades artísticas como pintar, bailar, juegos, rituales religiosos serían algunas de las que trasladan a las personas al estado de flow. Entonces la felicidad no es algo que sucede por azar sino que hay que trabajar para ello, hay que cultivarla. El estado de flow se encuentra relacionado con la diferencia que los antiguos griegos hacían del placer hedónico y el eudaemónico. La Psicología Positiva concluye que la capacidad de experimentar flow es el camino que abre las puertas a la felicidad (Peterson, Park & Seligman, 2005).

Por su parte, Keyes (2002), incorpora el concepto de florecimiento o *flourishing* como el estado óptimo de salud mental, en contraposición al languidecimiento o *languishing*, que sería un bajo nivel de salud mental (bajo bienestar hedónico y eudaemónico). Hay una categoría intermedia, constituida por la salud mental moderada, formándose de esa manera un continuo de salud mental: languidecimiento-salud mental moderada-florecimiento. A su vez, define *flourishing* como altos niveles de: bienestar psicológico, bienestar social y finalmente, bienestar emocional. Quien compartió la premisa con Keyes, fue Diener (2010), que desarrolló un concepto de florecimiento, basado en una conjunción de las necesidades universales del hombre y su efectivo funcionamiento. Con el fin de evaluar este constructo, Seligman en 2011, crea el modelo PERMA (positive emotion –emociones positivas-, engagement –involucramiento-, positive relationships –relaciones positivas-, meaning –significado- y accomplishment / achievement –compromiso-), el cual mide el florecimiento en términos de niveles de emociones positivas: compromiso, relaciones positivas, sentido y logros. Este término se convierte, así operacionalizado, en sinónimo de alto bienestar mental (Hone, Jarden, Schofield & Duncan, 2014). Diversas investigaciones apoyaron la hipótesis de que los adultos con alta salud mental (florecimiento), funcionaban mejor en todos los aspectos, en comparación con otros con salud mental moderada, que a su vez funcionaban mejor que los adultos de la categoría languidecimiento. La salud mental floreciente se asocia con menores limitaciones en las actividades de la vida diaria y menor número de enfermedades (Keyes, 2005). Además, se relacionó con altos niveles de funcionamiento psicosocial, debido a la mayor claridad en los objetivos vitales, mayor autoeficiencia, mayor autoestima, mayor significado de la vida y mayor presencia de vínculos de intimidad (Karás, Ciecuch & Keyes, 2014; Petrillo, Capone, Caso & Keyes, 2015). Diferentes investigaciones demuestran también que algunos

aspectos sociodemográficos influyen en el bienestar, como lo son la edad, sexo, raza, nivel de educación, ingreso, ocupación, relaciones sociales, estado civil, amistades, roles sociales, predisposición genética, rasgos de la personalidad, autoestima, control personal, optimismo y las metas (Keyes & Waterman, 2003). En sus estudios, Keyes, ha encontrado que los indicadores de salud mental positiva y negativa efectivamente se diferencian entre sí, formando parte de dos dimensiones unipolares relacionadas. Esto resultaría relevante ya que el presente trabajo presenta un tipo de investigación longitudinal, y según el mencionado autor, los estudios longitudinales han mostrado interesantes diferencias en el comportamiento de la salud mental positiva y negativa a lo largo del tiempo (Keyes, 2005).

Góngora y Castro Solano (2018) investigaron el bienestar emocional, psicológico y social y variables demográficas en población adulta de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, los resultados obtenidos indicaron que aquellos adultos que se encontraban en la categoría de salud mental floreciente revelaban mayores niveles de satisfacción con la vida, satisfacción en distintas áreas vitales y presencia de significado en la vida, así como menor depresión y síntomas somáticos. A su vez observaron un aumento de bienestar social en trabajadores independientes, al igual que en el estudio italiano (Petrillo et al., 2015). En este último se advirtieron diferencias entre hombres y mujeres, respecto del bienestar. En cuanto al bienestar psicológico, las mujeres puntuaron con valor más elevado que los hombres. Respecto del bienestar social y emocional, el resultado fue inverso, con puntuaciones más elevadas en los hombres respecto a las mujeres. En una investigación de la estructura factorial del *Mental Health Continuum Short Form* (MHC-SF) en los Países Bajos, (Joshanloo & Lamers, 2016), los resultados arrojaron que no existía una diferencia significativa entre hombres y mujeres en el bienestar psicológico y social, sin embargo, respecto del bienestar emocional, las mujeres puntuaron más alto que los hombres. En tanto que, en la investigación llevada a cabo por Keyes y Shapiro (2004) en Irán, surgió como evidencia que las mujeres registran iguales o mayores niveles de bienestar emocional y psicológico que los hombres, a pesar de la discriminación y diferencia de género en esa cultura, mientras que el bienestar social resulta mayor en los hombres. En cambio, en el estudio de Joshanloo, Jose y Kielpikowski (2017), los resultados de los análisis de invariancia de medición por género, mostraron que todos los ítems del MHC-SF eran invariantes y sin diferencias de género significativas.

4.1.2. Bienestar psicológico, emocional y social

El modelo de dimensiones del bienestar de Keyes (Vázquez & Hervás, 2008) operativiza la salud mental positiva, considerando tres ámbitos diferenciados, a saber: a) bienestar emocional (alto afecto positivo y bajo afecto negativo, con elevada satisfacción vital), b) bienestar psicológico (en base a las 6 dimensiones del modelo de Ryff) y c) bienestar social (en el que habría 5 dimensiones). El concepto de bienestar que propone Keyes se centra en el bienestar hedónico, el cual involucra sentimientos de felicidad, satisfacción e interés en la vida, lo que llama bienestar emocional. Por otro lado, Ryff y Keyes toman diferentes aspectos de las teorías psicológicas del desarrollo óptimo de la vida (Erikson, Jung, Neugarten), del funcionamiento y la auto-actualización óptima (Allport, Maslow, Roger) y la salud mental positiva (Jahoda), a partir de lo cual fundan seis elementos básicos del funcionamiento positivo: auto-aceptación, un propósito de vida, autonomía, relaciones positivas con los otros, control del ambiente y crecimiento personal; estos 6 elementos forman lo que llaman bienestar psicológico. Westerhof y Keyes (2010), receptando a la Organización Mundial de la Salud, definen la salud mental positiva como un estado de bienestar en el cual el individuo utiliza sus propias habilidades, puede enfrentar los diferentes obstáculos de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir en la sociedad. De acuerdo con los mencionados autores, el bienestar emocional es el núcleo de los componentes de su definición de bienestar. El bienestar emocional tiene un componente cognitivo -satisfacción con la vida- (Fernández, Muratori & Zubieta, 2013), representando la discrepancia entre sus aspiraciones y logros, yendo desde la realización personal hasta la experiencia de fracaso; y con un componente afectivo (plano hedónico), el cual se refiere al agrado experimentado por las personas con sus sentimientos, emociones y estados de ánimos frecuentes. El bienestar psicológico es la evaluación subjetiva del funcionamiento individual óptimo y el bienestar social provee la evaluación subjetiva del funcionamiento óptimo en la comunidad. Keyes argumenta que se necesita una combinación de los 3 para considerarse salud mental positiva (Westerhof & Keyes, 2010).

De acuerdo a la teoría de Ryff (1989), el bienestar psicológico, se define como el grado de autonomía, control, crecimiento personal, relaciones personales, autoaceptación y propósito; bienestar social como contribución social, la aceptación, el grado de actualización, la coherencia y la integración social; y por último, bienestar emocional como en relación a los afectos positivos y la satisfacción con la vida. Ryan y

Deci (2001) ponen el acento en aquellos valores que hacen que las personas se sientan auténticas y vivas, y que procuran su crecimiento como personas, no así en aquellas actividades que solamente brindan placer. Siguiendo la teoría de Maslow (1943), el funcionamiento psicológico sano se alcanza en el individuo cuando éste logra cubrir las necesidades básicas de relación con otros, autonomía y competencia (Vázquez & Hervás, 2009). Modelo que, a través de diversas investigaciones, fue verificado, observándose en dichos estudios que las personas que presentaban mayor satisfacción percibida con las necesidades básicas, alcanzaban alto nivel de bienestar cotidiano, consecuentemente, aquellos que tenían metas y objetivos coherentes con sus intereses y valores, presentaban altos niveles de bienestar.

Tanto la tradición hedónica como la eudaemónica toman en cuenta que, el sujeto, no se encuentra asilado, lo cual los lleva a relacionar el bienestar con los vínculos interpersonales y el contacto social (Erikson, 1996), con la participación que en la comunidad despliegan sus miembros (Allardt, 1996) y con las relaciones con los demás al formar una familia, entablar amistades, entre otras cosas (Diener, 1994; Keyes, Shmotkin y Ryff, 2002; Ryff & Keyes, 1995; Veenhoven, 1994), porque el hombre no puede ser feliz en el vacío. Para Keyes (1998), el bienestar social es la valoración que el individuo hace de las circunstancias y su funcionamiento en la sociedad, y se compone de cinco factores, a saber: integración social: la evaluación del tipo de relaciones que tenemos con los otros miembros de la comunidad; aceptación social: que no solo es la aceptación por parte de la comunidad como miembros de ella, sino también la aceptación que uno mismo haga respecto de sus aspectos positivos y negativos, ambos, dice el autor, son indicadores de salud mental; contribución social: refiere a que el individuo se sienta útil para la sociedad, como una parte vital de esta; actualización social: incumbe a la confianza que se tiene de que la sociedad avanza hacia sus metas y objetivos, para crecer y desarrollarse, entonces así las personas pueden alcanzar su bienestar, y, por último, la coherencia social: es la percepción de la organización y funcionamiento de la sociedad, es decir, a la capacidad que tiene el sujeto de entender que ocurre a su alrededor. Para medir estas dimensiones teóricas el autor elaboró un instrumento, *Escalas de Bienestar Social -Social Well-Being Scales-*, luego de varias revisiones, la versión final quedó compuesta por 15 ítems, correspondiendo tres por cada uno de los factores propuestos (Keyes, 1998).

4.2. Pandemia. Sus antecedentes y la actualidad del COVID-19

Una pandemia es la afectación de una enfermedad infecciosa de los humanos a

lo largo de un área geográficamente extensa. El vocablo procede del griego *πανδημία*, de *παν* (pan, todo) y de *δήμος* (demos, pueblo), expresión que significa enfermedad del pueblo entero (Miguel, 2014; Walters, 2003). Se considera que una enfermedad alcanza el grado de pandemia cuando se trata de un nuevo virus, éste tiene la capacidad de replicarse en seres humanos y, por último, su transmisión es eficiente de humano a humano. Ha habido un número importante de pandemias a lo largo de la historia humana, todas ellas generalmente relacionada con los animales y que habrían llegado con la domesticación de los mismos, tales como la viruela, difteria, gripe y tuberculosis. Algunas de ellas merecen una mención por encima de la mera destrucción de ciudades como: la plaga de Atenas, 430 a.C.; la peste antonina, 165-180; la peste de Justiniano, 541, primer brote registrado de la peste bubónica -infección bacteriana grave transmitida principalmente por las pulgas-; la peste negra, que comenzó en el siglo XIV; el tifus, tuvo su primer impacto en Europa en 1489; la viruela que destrozó México en la década de 1520; la gripe rusa de 1889-1890. Ya en el siglo XX, la gripe española que se extendió desde el año 1918 al 1919; el VIH/SIDA, enfermedad que consiste en la incapacidad del sistema inmunitario para hacer frente a las infecciones y otros procesos patológicos se considera pandemia debido a su rápida propagación. A partir del año 2000, el síndrome respiratorio agudo (SARS) en el 2002 que afectó mayormente al sudeste asiático; la gripe aviar del 2003 (H5N1), que se convirtió en amenaza de pandemia en 2005; la gripe A (H1N1), también conocida como gripe porcina, en los años 2009 y 2010, fue una enfermedad infecciosa causada por una variante del Influenza Virus A (subtipo H1N1), la Organización Mundial de la Salud (OMS) la clasificó como pandemia durante 14 meses, durante los cuales se expandió desde su origen en Norteamérica a todo el resto del mundo. Desde el año 2013, el virus del Zika, la malaria, del Dengue y el mal de Chagas, son endémicos y castigan a Latinoamérica, dejando miles de víctimas año tras año. Por último, el ébola desde su aparición en 1976 se han sucedido varios brotes de esta enfermedad, siempre en el África subsahariana, y el más importante fue el de 2014-2016 (Tomasi, 2020).

El 30 de diciembre de 2019, se reportó, en el continente asiático, en la ciudad de Wuhan, capital de la provincia de Hubei, al oeste de Shanghai; el primer caso de una neumonía atípica. Este nuevo virus, se identificó como perteneciente a la familia de los coronavirus, y se denominó *SARS-CoV-2*. Promediando el mes de febrero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (2020), nombró esta nueva enfermedad como *COVID-19* (acrónimo del inglés COronaVirus Disease 2019), la cual es originada por el

coronavirus de tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo, al día de la fecha no existe una vacuna efectiva, aunque varios laboratorios se encuentran en la fase 3 de su investigación, es decir, en pruebas en humanos. El 11 de marzo de 2020, la OMS declaró al COVID-19 como una pandemia (Organización Mundial de la Salud, 2020; Schmidt et al., 2020). La rápida propagación en Wuhan del nuevo coronavirus, impulsó a la toma de medidas carentes de antecedentes, como lo fue el cierre de las fronteras de dicha ciudad y la cuarentena de sus habitantes, al igual que los de las provincias vecinas (Wang et al., 2020). Debido a la situación registrada, surgieron en China, servicios de asistencia psicológica con procedimientos para crisis (Kang et al., 2020). La información suministrada hasta el momento, da cuenta que la mencionada infección cursa con un cuadro clínico con los siguientes síntomas, fiebre, tos y disnea, dificultad para respirar, dolor corporal, pérdida del olfato y del gusto, en algunos casos puede presentar diarrea, confusión y dolor de cabeza; con una tasa de mortalidad estimada en el 2%, con una incidencia superior entre las personas mayores de 60 años y con enfermedades preexistentes (Chen et al., 2020; Jian et al., 2020 ; Palacios Cruz, Santos, Velázquez Cervantes & León Juárez, 2020). En relación a las consecuencias sobre la salud mental que esta pandemia puede ocasionar, es poco lo que hasta el momento se conoce (Xiang et al., 2020). Sin embargo se ha trazado un paralelismo con la pandemia del SARS, en el 2003, durante la cual se reportó que, pacientes internados en un hospital en la ciudad de Toronto (Canadá), manifestaron haber experimentado ira, soledad, miedo; y efectos psicológicos por la propia enfermedad, preocupación por contagiar a otros y por el estado de cuarentena (Maunder, et al., 2003). En tanto que en el 2015, al momento del brote del MERS, en Corea del Sur, pacientes aislados presentaron síntomas de ansiedad e ira, agravándose en aquellos pacientes que reportaban antecedentes psiquiátricos previos (Jeong et al., 2016).

La pandemia actual se extendió rápidamente por los cinco continentes, Europa, Asia, Oceanía, África y América (Mapa Mundial del Coronavirus, 2020), lo cual obligó a las autoridades de los distintos países a tomar medidas, con el fin de limitar y/o detener la propagación de la enfermedad. Si bien algunas de ellas han sido calificadas como extremas, como la cuarentena y el aislamiento, no menos cierto es que el nivel de contagio es alto y a un ritmo muy acelerado, lo cual justificaría las decisiones gubernamentales. Todo ello lleva a repercusiones algo esperadas, pero no menos temidas, como las referidas sobre la salud mental. Dicha situación conlleva una perturbación psicosocial que excede la capacidad de lidiar con ello que tiene la

población en general, generando angustias y tensiones, por lo que se prevé el aumento de los casos de trastornos psíquicos. Aunque no todos podrán ser catalogados como enfermedades y muchos ellos serán pasajeros, resultan reacciones normales antes una circunstancia anormal (Ribot Reyes, Chang Paredes & González Castillo, 2020). Esta situación es considerada excepcional porque, a diferencia con otras enfermedades infectocontagiosas que han azotado a la humanidad, ésta es la primera pandemia global de la historia, ya que involucra, prácticamente, a todas las regiones del planeta, como también son excepcionales las medidas que se han tomado varios países para evitar la propagación, tal es el aislamiento social preventivo y obligatorio (Segura, 2020).

4.2.1. Cuarentena. Origen de la medida y su aplicación ante el COVID-19.

El término cuarentena, en medicina, es utilizado para describir el aislamiento de personas o animales durante un período de tiempo no específico, como método para evitar o limitar el riesgo de que se extienda una enfermedad o una plaga. La cuarentena es una medida que, desde hace más de 3400 años, era aplicada por los pueblos para evitar la propagación de enfermedades. Da cuenta de ello los relatos del Pentateuco, al separar a las mujeres cuando atravesaban su ciclo femenino, porque eran consideradas impuras (Torres, 2020). Venecia tomó el liderazgo en medidas sanitarias para controlar la propagación de plagas, habiendo nombrado a tres guardianes de la salud pública en los primeros años de la peste negra (1348). La palabra cuarentena se origina de la frase italiana *quaranta giorni*, que significa cuarenta días. Su nombre se determinó por su aplicación con los barcos, aunque no se halla fundamento en una razón científica. En la mayoría de las enfermedades, el periodo de incubación es menor a cuarenta días salvo contadas excepciones como la mononucleosis infecciosa o el *Kuru* –*kuru* significa, temblar de miedo; es una enfermedad neurodegenerativa e infecciosa causada por un prion (partícula formada por una proteína priónica alterada del tejido cerebral). La palabra *kuru* significa en lengua aborigen: temblor, con fiebre y frío, uno de los signos que manifiestan los afectados por dicha enfermedad-. En el año 1374 con un edicto de Reggio, en la ciudad de Módena (Italia), se implementó la medida de cuarentena, aunque en realidad fue considerado un cordón sanitario, ya que la denominación cuarentena fue reservada para el ámbito marítimo. Ello consistía en aislar a los buques que llegaban a puerto desde una ciudad que contaba con antecedentes de enfermedades contagiosas, y este período se correspondía con el lapso de incubación que podría tener una enfermedad (Ledermann, 1996). El primer puerto que utilizó esta medida fue el de Ragusa (actualmente Dubrovnik, Bosnia-Herzegovina), en el año 1377, pero el tiempo que se con-

tabilizaba para la aplicación de la medida era de 30 días. Posteriormente fue el puerto de Marsella el que elevó a 40 días el período de aislamiento de los buques entrantes. Consecuentemente en esa misma ciudad se creó, en el año 1476, el lazareto, lugar destinado a la separación de los pasajeros que arribaban de otras ciudades y con el fin de que permanezcan allí por el tiempo que era considerado de contagio, el cual resultaba arbitrario, es decir, sin sustento científico (Burnet, 1967). A partir de los siglos XIII y XIV crecen las formas de aislamiento. Las personas infectadas eran separadas para evitar la propagación de la enfermedad entre los antiguos israelitas bajo la ley mosaica, como se establecía en el Antiguo Testamento (Bonilla, 1995). Sin embargo, ya para el siglo XIX, comenzaron las fuertes críticas sobre la utilización de esta medida de cuarentena, a consecuencia de la retención que se efectuó sobre más de 750 barcos en Italia en el año 1872, lo que ocasionó grandes pérdidas económicas y, finalmente, ningún pasajero ni tripulante contrajo enfermedad alguna. En cuanto a estos cordones sanitarios que eran establecidos en las fronteras, en muchas ocasiones resultaba muy difícil de sostener. Ejemplo de ello es la prohibición, en enero de 1879, por parte del gobierno alemán, del ingreso a su territorio de ropa interior, vestidos de segunda mano, cueros pieles, cepillos, peces, entre otros productos, provenientes de Rusia. En 1996, no se permitió el ingreso, en toda Europa, de la carne proveniente del Reino Unido, por temor a la transmisión de la enfermedad de *la vaca loca* a los humanos (Ledermann, 2003).

En la actualidad, el temor a la contaminación al regresar de la Luna (una contaminación interplanetaria) fue el principal motivo de los procedimientos de cuarentena adoptados para el programa de la primera misión de Programa Apolo, el mismo fue un programa espacial tripulado desarrollado por Estados Unidos de Norteamérica en la década de 1960, en el marco de la carrera espacial con la Unión Soviética durante la Guerra Fría. Los astronautas y las muestras lunares eran puestos en cuarentena en el Laboratorio de Recepción Lunar. Igualmente para las muestras de una futura misión de retorno de Marte, existe el protocolo de cuarentena que se llevará a cabo en un laboratorio de bioseguridad de nivel 4, conocido como el *Mars Sample Return Receiving Facility* –MSRRF– (Muñoz-Gallego, et al., 2019).

Respecto de la pandemia mundial que actualmente se disemina por el mundo, la OMS (2020) afirmó que la misma responde al nuevo coronavirus SARS-COV-2, habiendo establecido que el período de incubación de la enfermedad COVID-19, es aproximadamente de 14 días, contabilizados desde la aparición de los primeros síntomas, lo cual sucede, en general, de 2 a 14 días luego de la exposición al agente infeccioso (Je-

migan, 2020). Esta medida de cuarentena tiene consecuencias sociales, familiares y en la salud mental de aquellos que la cumplen, ya que se exige disminuir el contacto social, lo cual conlleva sentimientos de soledad, angustia, miedo, evidenciado con la alteración en la calidad del sueño, la alimentación, estrés y exposición abusiva a los medios de comunicación (Gené, Ruiz, Obiols, Oliveras & Lagarda, 2016; Sarabia, 2020). Es por esa razón que se han realizado, y aún se encuentran en proceso, numerosos estudios a fin de poder establecer estrategias adecuadas para cuidar la salud mental de la sociedad (Xiang et al., 2020). Una investigación, realizada sobre el personal de la salud, sometido a medidas de cuarentena, reportó en la dimensión psicológica, sentimientos de miedo, angustia, soledad, desesperanza y preocupación. Al parecer, ser mujer, ser joven, divorciada o soltera y tener la vivencia de estar separada de familiares y amigos se relaciona con sentimiento de soledad relacional (Almeida-Rueda, Giraldo-Pineda & Forero-Pulido, 2020; Losada, Jiménez, Gallego, Pedroso, Fernández & Márquez, 2020). Asimismo en la dimensión social, estas medidas, conllevan una restricción en las interacciones con las personas del entorno cotidiano, aunque sea considerada una alternativa segura y necesaria para evitar la propagación de la enfermedad, es imperioso buscar alternativas que permitan reforzar las relaciones de los individuos a fin de generar solidaridad, empatía y comprensión (Abel & McQueen, 2020). Por su parte, el entorno familiar juega un papel importante, ya que la contención de la familia, más allá de la falta de presencia física, ayuda a evitar consecuencias negativas sobre la salud mental, contrariamente la ausencia de apoyo familiar genera depresión y falta de sueño (Brooks et al, 2018).

4.3. Aislamiento y distanciamiento social

Todas las medidas clásicas de salud pública, para detener o evitar la propagación de una enfermedad, son estrategias de restricción de los desplazamientos sociales, ellas son la cuarentena, el aislamiento, el distanciamiento social y el confinamiento. Si bien, actualmente se utilizan como sinónimos, la implicancia de cada una de ellas es distinta, mientras que la cuarentena da cuenta de la limitación, ya sea voluntaria u obligatoria, impuesta a las personas que se han estado en contacto con el agente infeccioso y puede encontrarse en período de incubación de la enfermedad (Wilder-Smith & Freedman, 2020), el aislamiento refiere a la separación de los sujetos sanos de los que se encuentran enfermos. Asimismo en el distanciamiento social, se busca evitar el contacto físico entre las personas, alejarse de lugares concurridos, ya que no se tiene noticia si algún miembro de la comunidad se encuentra infectado; es por eso que este tipo de

medida implica el cierre de lugares como escuelas, universidades, centros comerciales, culturales y religiosos, entre otros. Por último, el confinamiento es una medida que trae aparejadas consecuencias, no solo individuales, sino también sociales, con ésta se intenta limitar la libre circulación en espacios públicos, se fijan horarios, si circunscribe el uso del transporte público a unos pocos, entre otras cosas; y se suele aplicar cuando las estrategias anteriores resultaron insuficientes (Sánchez-Villena & de la Fuente-Figuerola, 2020). Como antecedentes, en la literatura, se puede observar que el concepto de aislamiento y la noción de contagio, aparecía, ya desde antiguo, en el *Decamerón* de Boccaccio, donde el mismo autor afirmaba que con solo mirar la imagen del enfermero se podía contraer la peste. También en la mencionada obra, se advierte como las damas se retiraban, junto a los caballeros, a una villa, alejándose del *mal aire* que emanaban los enfermos y muertos. Defoe, autor de *El año de la peste*, narra cómo, en 1665, mientras Inglaterra era devastada por una gran epidemia, se condenaba a muerte a familias enteras al obligarlas a permanecer encerradas en sus casas con los infectados y desahuciados, se colocaban guardias en los accesos de la vivienda para evitar que alguien pueda salir. Por otra parte, algunos ingleses se embarcaban rumbo mar adentro para alejarse de la peste, aunque finalmente fallecían en alta mar porque llevaban la infección consigo (Ledermann, 2003).

A finales del siglo XIX, en la ciudad de Medellín (Colombia), se implementó el aislamiento, como sistema de exclusión coercitiva de aquellos que no podían formar parte de la sociedad. Entre ellos se encontraban los vagabundos, alcohólicos, delincuentes peligrosos, dementes y degenerados sexuales. Antes de 1878 el lugar de confinamiento era la cárcel municipal, sin embargo, a partir de 1925, la administración civil dejó en manos de la medicina, la tarea de confinar a estos individuos y para ello se creó la Casa de Alienados Mentales (Casas Orrego, 2008). Por su parte, el aislamiento como sistema de control social también tuvo lugar en la Ciudad de Buenos Aires, durante la primera mitad del siglo XX, cuando surgió un brote de tuberculosis. Con este sistema se pretendió garantizar el orden público y, en segundo término, el tratamiento de la enfermedad. La tuberculosis fue una enfermedad de rápida propagación y sin tratamiento efectivo, hasta que a mediados de siglo, se descubrió la vacuna conocida con el nombre de *BCG* (Bacillus de Calmette y Guérin), y, junto con los primeros antibióticos, lograron controlar la situación. Una ordenanza dictada por el gobierno municipal porteño, en el año 1902, procuró el aislamiento de aquellos afectados, en instituciones como dispensarios y hospitales destinados a tal efecto. Asimismo, dicha

ordenanza, preveía la denuncia obligatoria de los casos, desinfección de inmuebles e internación compulsiva (Recalde, 1997). Se trataba de una cultura sanitaria aislacionista, en la cual la estrategia de control era el aislamiento y los médicos funcionaban como garantes de su cumplimiento (Kohl, 2006). Sin embargo, y a pesar de la cura encontrada, el aislamiento no desapareció, ya que éste se implementó para aquellos pacientes que presentaban secuelas de la enfermedad y quedaron discapacitados y no podían valerse por sí mismos. También se aisló a aquellos que se creía poseían ideas delirantes o que por su conducta podían ser peligrosos para sí o para terceros (Kohl, 2010).

Sin embargo, el aislamiento no siempre fue utilizado como medida de salud pública, un ejemplo de ello es el caso de los astronautas. Los expertos de la Administración Espacial Aeronáutica de Estados Unidos (NASA, por sus siglas en inglés, –agencia dedicada a la investigación y exploración del espacio-) informaron que el aislamiento de los astronautas trae aparejadas consecuencias negativas en la salud mental de éstos. A su vez, refieren uno de los trastornos que pueden padecer es la denominada *demencia espacial*. Esta tipo de demencia encuentra su origen, presuntamente, en el estrés vivido por los tripulantes, al encontrarse en un ambiente reducido y cerrado, con luz artificial, ruidos constantes y alteración del sueño (Pietsch, et al., 2011; Stewart, Trunkey & Rebagliatti, 2007), todo lo cual genera sentimientos de soledad y aislamiento. Es por ello que los científicos de la NASA, diseñaron un programa de control y evaluación del estado de ánimo de los astronautas a fin de predecir el impacto a nivel psicológico. Investigaciones realizadas en este campo señalan la importancia de tratar factores humanos, como emociones, necesidades sociales, psicológicas y sexuales, al momento de realizar la selección y el entrenamiento de los astronautas que participarán de un viaje al espacio (Antonovsky, 1979; Jancy, 2009).

4.3.1. Aislamiento por Covid-19, bienestar y su impacto en la salud mental

La soledad y el aislamiento social son condicionantes de salud emergentes en la población adulta, especialmente en las personas viudas, hiperfrecuentadoras y con problemas crónicos y depresión. La soledad es la sensación subjetiva de tener menor afecto y cercanía de lo deseado en el ámbito íntimo o relacional. El aislamiento social es la situación objetiva de contar con mínimos contactos con otras personas. El mismo contribuye al incremento de la mortalidad (Gené-Badia et al., 2016) por lo cual, si bien las medidas de salud pública son imprescindibles para detener o disminuir la propagación de la enfermedad, no menos cierto es que la prolongación de las mismas a

lo largo del tiempo trae aparejadas consecuencias negativas para la salud mental de quienes la padecen (Valero Cedeño, Vélez Cuenca, Duran Mojica & Torres Portillo, 2020). La depresión y la ansiedad registran mayor impacto en los individuos. Ambos son padecimientos vinculados con el estado de ánimo. La depresión es un sentimiento de tristeza, baja autoestima, pérdida de interés, alteraciones en el sueño y la alimentación, fatiga, falta de concentración, ocasionando cambios de humor, quejas, irritabilidad, entre otros (Organización Panamericana de la Salud, 2017); por su parte la ansiedad se caracteriza por ser un estado emocional displacentero que puede presentarse con padecimientos médicos y psiquiátricos. Entre los primeros se puede mencionar el aumento de la tensión muscular, cefaleas, mareos, sudoración, taquicardia, palpitaciones, molestias digestivas, mientras que como síntomas psiquiátricos se destacan, la inquietud, preocupación excesiva, ideas catastróficas, sensación de muerte inminente, miedos irracionales (Alvites-Huamani, 2020).

En América Latina, el primer caso de COVID-19 se registró en la República Federativa de Brasil, el 25 de febrero de 2020, anunciado por el Ministerio de Salud de ese país (Lima, 2020). Entre las medidas que adoptó el gobierno de Jair Bolsonaro, fue el distanciamiento social, a fin de evitar aglomeraciones, manteniendo una distancia mínima de un metro y medio entre personas; se prohibieron los eventos y reuniones, por lo que se cerraron escuelas, universidades, centros de compras, clubes deportivos, entre otros (Reis-Filho & Quinto, 2020). En otros casos se produjo el aislamiento social, es decir que las personas se quedaban en sus casas a fin de evitar la propagación del virus y aquellos que portaran el virus permanecieran en cuarentena por lo menos por 14 días, lapso considerado de incubación de la enfermedad (Oliveira, 2020).

Considerando el aislamiento social y obligatorio actual, en una investigación realizada por Li, Wan, Xue, Zhao y Zhu (2020) se estudiaron los mensajes enviados de *Weibo* –red social de China–, antes y después de la declaración del COVID-19 el 20 de enero del 2020. Los resultados reportaron que las emociones negativas como la ansiedad, la depresión y la indignación, así como la sensibilidad a los riesgos sociales aumentaron, en tanto disminuyeron las emociones positivas (como la felicidad) y la satisfacción con la vida. En las personas con antecedentes de ansiedad clínica, depresión u otras formas de enfermedad mental, estos factores pueden tener un impacto aún mayor. En cuanto a la investigación sobre las respuestas a pandemias anteriores como el SARS, Ebola y H1N1 y recientemente el COVID 19 (Dong & Bouey, 2020), se encontró que puede haber efectos duraderos para la población en general y en los

trabajadores de la salud en particular. Estos efectos serían, por ejemplo, un estado de ánimo decaído o depresión, irritabilidad severa y ansiedad, mayores niveles de conflicto familiar y violencia doméstica, aumento de consumo de alcohol y otras sustancias y Trastorno de Estrés Postraumático –TEPT- (Brooks et al., 2020). Se estima que el autoaislamiento afectará, en forma desproporcionadamente mayor, a personas de edad avanzada cuyo único contacto social está fuera del hogar, con las personas de los negocios donde hacen sus compras, los centros comunitarios o los lugares de culto. Se considera que habría que poner especial atención en aquellos que no tienen familia cercana o amigos, dado que podrían estar en riesgo adicional, junto con los que ya están solos o aislados (Newman & Zainal, 2020). Estudios realizados en China (Singh, Singh, Zaidi & Sharma, 2020), durante el aislamiento por COVID-19, revelaron que los hombres y las mujeres no diferían significativamente en la salud mental y el bienestar. Ambos se encuentran afectados de igual manera en su salud mental, sin embargo, se detectó que las mujeres están en mayor riesgo de desarrollar síntomas como depresión y ansiedad. En coincidencia con estudios canadienses, coreanos y chinos, no se encontraron diferencias en las diferentes categorías de bienestar entre mujeres y hombre de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Gilmour, 2014; Lim et al., 2013; Yin et al., 2013). En tanto que otros estudios demostraron que en las mujeres, principalmente, se reportaron problemas relacionados con la salud mental, excepto por el trastorno por uso de sustancias (Klose & Jacobi, 2004). Un estudio realizado por Qui et al. (2020) con una muestra de 52.230 participantes, también en la República Comunista de China, reportó que el 35% de la población experimentó un fuerte estrés, en especial las mujeres. En tanto que otra investigación sobre 1.210 voluntarios halló que un 53,8% presentaba síntomas severos de estrés, siendo las mujeres quienes puntuaron más alto (Wang et al., 2020). Se han documentado numerosos estudios, durante años y en diferentes países, en los cuales las mujeres manifiestan síntomas de ansiedad, depresión, somatización y disociación, frente a situaciones de alto estrés (Freeman & Freeman, 2013), en tanto que en los hombres se registran mayores síntomas de uso de drogas, delincuencia y conductas anti-sociales (Piquero et al., 2012). Nolen-Hoeksema et al. (1999) en un seguimiento que realizaron a un grupo de 1.100 personas, durante 12 meses, en el estado de California – Estados Unidos de Norteamérica, las mujeres reportaron más depresión que los hombres ante situaciones de estrés.

Una investigación realizada en España (Ubillos-Landa, González-Castro, Puente-Martínez & García-Leiva, 2020), durante la primera semana del aislamiento,

estableció que las personas presentaban un bienestar eudaimónico elevado, en tanto que el bienestar social resultó más bajo. Las mujeres manifestaban un menor bienestar hedónico, eudaimónico y social que los hombres. En general, informaron sentir menos emociones positivas y presentaban una peor salud mental que los hombres. Asimismo, el bienestar de las personas que acudían a trabajar era similar al de quienes no asistían a su puesto de trabajo. En una segunda edición, realizada en el mes de junio, estos mismos autores, informaron que las mujeres, quienes registraban bajos niveles de bienestar –eudaimónico, hedónico, emocional y social-, presentaban estrategias de afrontamiento de las consecuencias negativas que resultaban adaptativas, como ser búsqueda de apoyo social, distracción; sin embargo se registraron algunas desadaptativas como rumiación, inhibición de las emociones, etc. Un estudio reciente realizado en Italia, exploró las consecuencias psicológicas de la cuarentena nacional, a través de la correlación entre los síntomas de salud mental y el bienestar psicológico. Los resultados obtenidos sostienen que la media del bienestar fue menor comparada con los resultados arrojados en el estudio de validación de la versión italiana de *Mental Health Continuum Short Form* (Petrillo et al., 2015). Asimismo, la eficacia de afrontamiento y la confianza en la respuesta de las autoridades a la pandemia de COVID-19, fueron predictores significativos, no solo de los síntomas de salud mental sino también del bienestar psicológico. Por su parte, la preocupación por las noticias que publicaban los medios de comunicación produjo aumento de los síntomas de salud mental en los ciudadanos. No obstante, las actitudes positivas hacia las medidas de la cuarentena tomadas por el gobierno revelaron menos síntomas en la salud mental y un mayor bienestar psicológico (Prati, 2020).

La exposición a una situación altamente estresante, como lo es la actual pandemia, puede provocar, en la mayoría de las personas ansiedad, depresión y alteración del sueño (Altena et al., 2020). En investigaciones sobre el aislamiento, se detectaron disminución en la exposición a la luz solar, alteraciones en la dieta diaria, cambios en la temperatura corporal por el confinamiento, reducción o incluso interrupción en relaciones sociales, trabajar por más tiempo y con estrés (Altena et al., 2020; Ramírez-Ortíz, Castro-Quintero, Lerma-Córdoba, Yela-Ceballos & Escobar-Córdoba, 2020).

Vasta experiencia se recogió respecto de los efectos de las epidemias del SARS y del MERS, sufridas en Asia y Medio Oriente, de las cuales surgieron diversas investigaciones, entre las que se puede mencionar la de Lau et al. (2008), quienes

realizaron un estudio para evaluar el impacto del brote del SARS, en el bienestar subjetivo, observándose que los hombres presentaron mayores niveles de bienestar subjetivo que las mujeres. En Corea se estudió el efecto del MERS en la salud mental de personas que estuvieron en cuarentena por haber estado expuestas al virus, en un periodo de 4 a 6 meses después de haber concluido la cuarentena, encontrando como factores de riesgo, para experimentar sintomatología ansiosa y sentimientos de rabia, la presencia de síntomas relacionados con el MERS durante el aislamiento, suministros esenciales inadecuados (comida, ropa, alojamiento), actividades de redes sociales (correo electrónico, texto, Internet), historial de enfermedades psiquiátricas y pérdidas financieras. Se concluyó que estos problemas sobre la salud mental pueden prevenirse al proporcionar apoyo a las personas que presentan una salud mental vulnerable, así como proporcionando información precisa y suministros apropiados (Jeong et al., 2016).

Hasta el momento, se han realizado numerosas investigaciones alrededor del mundo, y muchas de ellas aún se encuentran en curso, sobre las secuelas que dejó y se cree dejará en la salud mental de las personas, la exposición a las medidas de prevención de la infección. Es así como se cree que esta pandemia provocará trastornos de salud tales como estrés, síntomas depresivos, ansiedad, negación, alteraciones del ritmo circadiano, ira y miedo, a nivel mundial (Torales, O'Higgins, Castaldelli-Maia & Ventriglio, 2020). Las comunicaciones virtuales, en este momento de distanciamiento social, puede servir como factor protector de la salud mental (Mendoza Velázquez, 2020), es por eso que el afrontamiento es importante para mantenerse conectado con otras personas, como así también mantenerse activos (Valero Cedeño et al., 2020).

Un estudio realizado en la República Oriental del Uruguay (Bericat & Acosta, 2020) exploró el bienestar de los trabajadores. Dicha investigación tomaba mediciones regulares desde fines de 2018, ante la aparición de la pandemia y sus consecuencias globales, se decidió indagar sobre el impacto del COVID-19 en los trabajadores. Los resultados obtenidos sostienen que el bienestar emocional disminuyó significativamente en relación a la población general, lo cual se acrecienta respecto de la situación social. Asimismo, los trabajadores de empresas que no muestran tanta preocupación por sus empleados, presentan menor bienestar emocional. Los estados emocionales negativos, tristeza, depresión o soledad aumentaron, mientras que disminuyeron los estados emocionales positivos, como el disfrute y el optimismo. Por su parte, un artículo publicado en el diario de la Asociación Médica Americana (JAMA, 2020), da cuenta que, en una muestra de 1257 trabajadores de la salud de China, el 71,5% presentaron

síntomas de angustia, el 50,4% síntomas de depresión, 44,6% ansiedad y el 34% insomnio, de los cuales las enfermeras puntuaron más elevado (Jianbo Lai, Simeng Ma & Ying Wang, 2020). Otra investigación, en el mismo país de oriente, sobre una muestra de 673 sujetos, reportó que alrededor del 10,8% de los encuestados presentaban síntomas compatibles con trastorno de estrés post traumático después de regresar al trabajo, como así también ansiedad, depresión e insomnio. Consideraron el regreso a las actividades laborales como un peligro para la salud (Tan et al., 2020). Contrariamente con este hallazgo, se observó que el regreso a la vida laboral funciona como psiconeuroinmunidad, permite retomar la rutina y la re sociabilización, todo lo cual disminuye las emociones negativas, y por lo tanto, mejora la salud mental, asimismo fomenta los vínculos positivos (Ruch, Proyet & Weber, 2010). Incluso se reportó que las personas que permanecieron aisladas en sus domicilios presentaban niveles de depresión y ansiedad mayores que las enfermeras que se encontraban en actividad (Li et al., 2020). Con respecto a la población en general, informa el Diario de Medicina de Nueva Inglaterra (2020), que millones de personas, alrededor del mundo, se encuentran afectadas, lo cual conlleva una gran posibilidad de desarrollar trastornos psiquiátricos y psicológicos como depresión y ansiedad (Pfefferbaum & North, 2020).

5. Metodología

5.1. Tipo de Estudio y diseño

El tipo de estudio fue descriptivo - correlacional. El diseño fue no experimental – longitudinal.

5.2. Muestra

La muestra estuvo compuesta por 43 participantes, 55.81% ($n = 24$) eran mujeres y 44.18% ($n = 19$) eran hombres, cuyas edades estuvieron comprendidas entre 18 y 74 años, ($M = 40.40$; $DE = 14.75$). Durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio, el 12% ($n = 5$) debió salir a trabajar o asistir a personas y el 88% ($n = 38$) permaneció aislado. Ver Tabla 1 de datos demográficos.

Tabla 1
Datos sociodemográficos. Frecuencias

	<i>n</i>	<i>%</i>
Estado Civil		
Pareja	34	79.06
Separado/a	1	2.32
Soltero/a	1	2,38
Viudo/a	7	16.27
Lugar De Residencia		
CABA	21	48.83
Gran Bs As	10	23.25
Interior	12	4.65
Actividad Laboral		
Ama de casa	1	2.32
Desempleado/a	1	2.32
Empleado sector privado	17	39.53
Empleado sector público	5	11.62
Empleador/a	2	4.65
Estudiante	5	11.62
Jubilado/a	5	11.62
Monotributista	7	16.27
Durante el aislamiento		
No salió	38	88.37
Salió	5	11.62
Convive con		
Amigos	1	2.32
Pareja, hijos, suegros, otros	1	2.32
Pareja	12	27.90
Pareja e hijos	14	32.55
Hijos	3	6.97
Padres	7	16.27
Madre y hermana	1	2.32
Solo/a	4	9.30

5.3. Instrumentos de Medición

Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF). El instrumento fue desarrollado originalmente por Keyes (2005) y adaptado por Lupano Perugini, de la Iglesia, Castro Solano y Keyes (2017) para ser utilizado en población argentina. El mismo evalúa la salud mental positiva, entendida, esta, como síntomas de bienestar personal, emocional y social. El MHC-SF es un formulario que consta de 14 ítems que responden a una escala *Likert* de 6 puntos, que va desde *todos los días* (5) a *nunca* (0), donde se requiere que los participantes califiquen la frecuencia con que se sienten de cierta manera durante la última semana de cuarentena. Sin embargo, para esta investigación se limitaron a 4 puntos, que van desde *todos los días* (3) a *nunca* (0), y fue administrado en

forma on-line. Asimismo incluye tres subescalas que evalúan el grado de bienestar emocional, bienestar social y el bienestar psicológico. Respecto a la adaptación del instrumento en la población local, se realizó un estudio que tuvo como objetivo evaluar las propiedades psicométricas del MHC-SF en una muestra de 1.300 argentinos. El instrumento ha demostrado tener una muy buena consistencia interna (.89) y validez de criterio dado que se correlacionó positivamente con las medidas de bienestar y se asociaron negativamente con las medidas de afecto negativo.

Cuestionario sobre condición de aislamiento. Indagó sobre quiénes permanecieron aislados durante la cuarentena o se vieron obligados a salir a trabajar, si se vieron alejados de algún miembro de la familia, sobre si contrajo la enfermedad (COVID-19) o si algún miembro de su familia, persona a cargo o amigo cercano se infectó con SARS-CoV-2.

Encuesta sociodemográfica. Cuestionario con ítems de opción múltiple orientadas a caracterizar a los participantes de acuerdo a su edad, sexo, estado civil, condición laboral, nivel educativo y lugar de residencia.

5.4. Procedimiento

Los instrumentos fueron autoadministrados y respondidos confidencialmente. La recolección de datos se realizó durante un período que se extendió desde el 26 de marzo al 1 de mayo de 2020, habiéndose declarado el aislamiento social, preventivo y obligatorio para todo el territorio de la República Argentina a partir del día 20 de marzo de dicho año. A los efectos de la presente investigación los datos obtenidos se agruparon en tres tiempos que van desde la primer semana, 20 de marzo al 26 de marzo, segundo tiempo desde el 27 de marzo al 05 de abril y, por último, desde el 12 de abril 1 de mayo. Se difundió el formulario *Cuarentena y Estado Emocional*, a través de un link de la plataforma de Google Forms por e-mail y por las redes sociales tales como Facebook, Instagram, WhatsApp, Twitter. Dicho formulario se administró, en un principio en dos entregas semanales, luego la tercera y cuarta en forma quincenal y, por último tres entregas más que se realizaron en la semana sexta, octava y décimo tercera el aislamiento social, preventivo y obligatorio. El tiempo que se demoraba en completar los tres instrumentos era de aproximadamente 20 minutos. El anonimato estuvo garantizado pues no se registraron datos personales, para lo cual se tuvo como guía la Ley 25.326/2000 de Protección de Datos - Habeas Data -, en el manejo de los datos sensibles. Las personas recibieron información sobre el objetivo del estudio antes de participar. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética del Instituto de

Investigaciones Psicológicas (IIPsi – CONICET).

5.5 Análisis de Datos

En primer término se depuró la base de datos original de 66 participantes, eliminado aquellos participantes que no habían contestado todas las encuestas a lo largo del período evaluado. Como consecuencia de ello se redujo la muestra a 43 participantes. A continuación se realizaron las pruebas estadísticas en el *software* estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM® SPSS) Versión 25, desarrollado por la Universidad de Chicago. Con el software mencionado y con las correspondientes herramientas y test estadísticos se analizaron cada uno de los objetivos planteados en la presente investigación, realizando un análisis de varianza - ANOVA de medidas repetidas para todos ellos. Con un valor de significación de $p < 0.05$.

6. Resultados

Se procede a dar tratamiento y respuesta al objetivo general y los objetivos específicos planteados, presentando los resultados obtenidos mediante las pruebas estadísticas a las cuales fueron sometidos los diferentes test, y evaluar el impacto del aislamiento social, preventivo y obligatorio por COVID-19 sobre el bienestar psicológico, emocional y social de los adultos residentes en la República Argentina.

6.1. Objetivo 1. Analizar si durante el tiempo de aislamiento social, preventivo y obligatorio por COVID-19 se producen cambios en el bienestar psicológico, emocional y social.

Se estudió si durante el tiempo de aislamiento social, preventivo y obligatorio por COVID-19 se produjeron cambios en el bienestar psicológico, emocional y social. Analizando los datos obtenidos respecto del bienestar psicológico según los diferentes momentos temporales, no se detectaron diferencias estadísticamente significativas ($F(2, 41) = 2.27, p = .115, \eta^2 = 0.10$). En la Tabla 2 se incluyen medias y desvíos y en la Figura 1 las medias. Los hallazgos se contraponen con el informe realizado por Li, Wan, Xue, Zhao y Zhu (2020), quienes estudiaron los mensajes enviados por los usuarios de la red social china, *Weibo*, y cuyos resultados reportaron la presencia de emociones negativas en los encuestados, quienes se encontraban transitando un período de cuarentena obligatoria. Entre las emociones negativas se mencionan la ansiedad, la depresión y la indignación, así como la sensibilidad a los riesgos sociales aumentaron, en tanto disminuyeron las emociones positivas como la felicidad y la satisfacción con la vida.

Tabla 2.
Bienestar psicológico según tiempo.

	Media	Desvío estándar
Tiempo 1	13.27	3.24
Tiempo 2	12.76	2.82
Tiempo 3	12.16	3.87

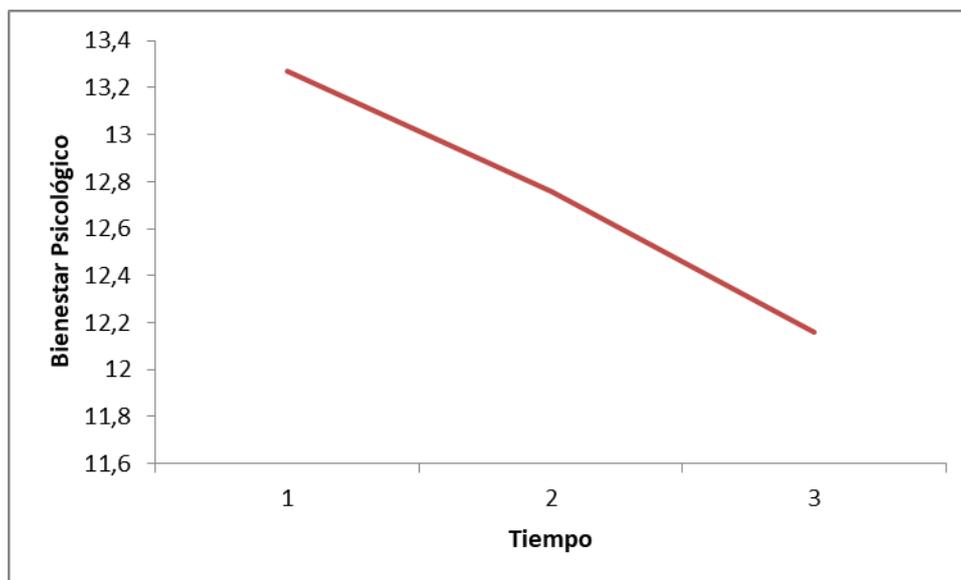


Figura 1. *Bienestar psicológico según tiempo.*

Respecto al análisis del nivel del bienestar emocional según los diferentes momentos temporales, no se detectaron diferencias estadísticamente significativas ($F(2, 41) = 2.17, p = .127, \eta^2 = 0.096$). En la Tabla 3 se incluyen medias y desvíos y en la Figura 2 las medias. Los resultados se contraponen con una investigación realizada en España (Ubillos-Landa et al., 2020), durante la primera semana del aislamiento, la cual estableció diferencias en el bienestar, reportando que las personas presentaban un bienestar eudaimónico elevado. En tanto que en la segunda edición de dicha investigación, realizada por los mismo autores en el mes de junio, reportó que las mujeres registran bajos niveles de bienestar eudaimónico, hedónico y emocional.

Tabla 3.
Bienestar emocional según tiempo.

	Media	Desvío estándar
Tiempo 1	6.16	1.88
Tiempo 2	6.11	1.74
Tiempo 3	5.69	1.64

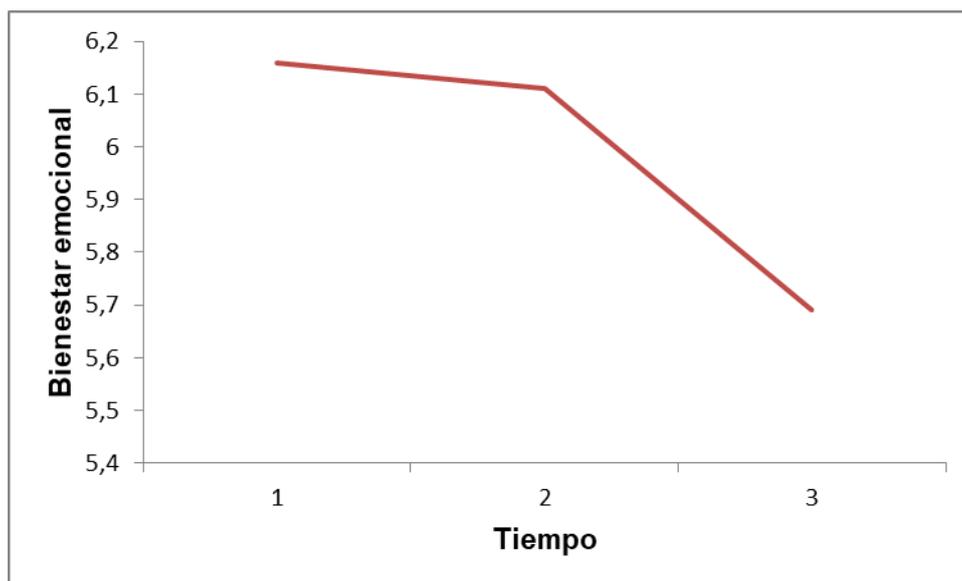


Figura 2. Bienestar emocional según tiempo.

Por último los datos obtenidos en el análisis del bienestar social según los diferentes momentos temporales, reportan una diferencia estadísticamente significativa ($F(2, 41) = 4.39, p = .019, \eta^2 = 0.17$). En la Tabla 4 se incluyen medias y desvíos y en la Figura 3 las medias. Concordantemente con la investigación española (Ubillos-Landa et al., 2020), que estableció que las personas presentaban un bienestar social más bajo durante la primer semana de aislamiento.

Tabla 4.

Bienestar social según tiempo.

	Media	Desvío estándar
Tiempo 1	8.02	2.79
Tiempo 2	8.55	2.91
Tiempo 3	7.13	3.20

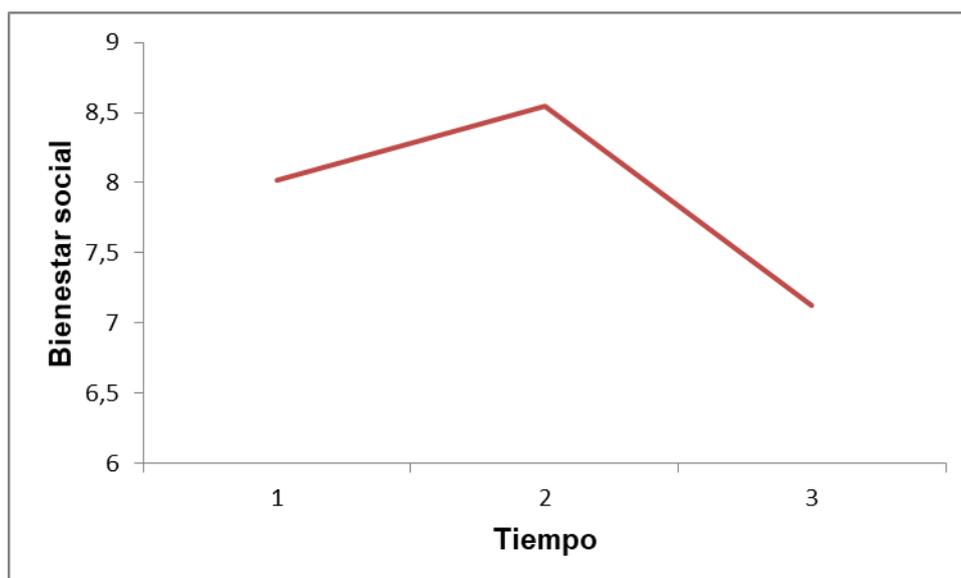


Figura 3. Bienestar social según tiempo.

6.2. Objetivo 2. Analizar si existe una diferencia significativa entre mujeres y hombres en cuanto a los cambios en el bienestar psicológico, emocional y social, a lo largo del tiempo que dura el aislamiento social, preventivo y obligatorio por COVID-19.

Para el objetivo 2 se analizó la existencia de una diferencia significativa entre mujeres y hombres en cuanto a los cambios en el bienestar psicológico, emocional y social, a lo largo del tiempo que duró el aislamiento social, preventivo y obligatorio por COVID-19. Se evaluaron los resultados obtenidos respecto del bienestar psicológico y no se detectaron diferencias estadísticamente significativas ($F(2, 40) = 1.70$ $p = .194$, $\eta^2 = 0.07$). En la Tabla 5 se incluyen medias y desvíos y en la Figura 4 las medias. Los resultados encontrados tienen concordancia con estudios previos realizados en China (Singh, Singh, Zaidi & Sharma, 2020), durante el aislamiento, lo cuales revelaron que los hombres y las mujeres no diferían significativamente en la salud mental y el bienestar y que ambos se encuentran afectados de igual manera en su salud mental.

Tabla 5.

Bienestar psicológico según diferencia de género.

		Media	Desvío estándar
Tiempo 1	Mujer	13.50	2.55
	Hombre	13.00	4.01
Tiempo 2	Mujer	13.54	3.17
	Hombre	11.78	1.98
Tiempo 3	Mujer	13.25	3.26
	Hombre	10.78	4.22

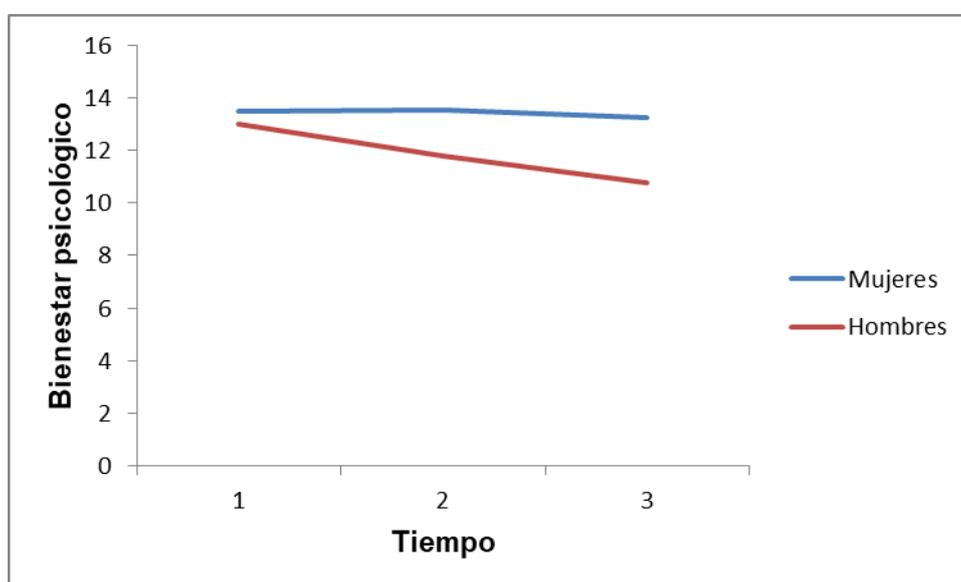


Figura 4. Bienestar psicológico según género.

Evaluando las disparidades en el nivel del bienestar emocional según el género y a lo largo de los diferentes momentos temporales, no se detectaron diferencias estadísticamente significativas ($F(2, 40) = 1.66, p = .203, \eta^2 = 0.07$). En la Tabla 6 se incluyen medias y desvíos y en la Figura 5 las medias. Los resultados son coincidentes con estudios canadienses, coreanos y chinos, en los cuales no se encontraron diferencias en las distintas categorías de bienestar entre mujeres y hombres (Gilmour, 2014; Lim et al., 2013; Yin et al., 2013).

Tabla 6.

Bienestar emocional según diferencia de género.

		Media	Desvío estándar
Tiempo 1	Mujer	6.00	1.69

	Hombre	6.36	2.13
	Mujer	5.95	1.94
Tiempo 2	Hombre	6.31	1.49
	Mujer	5.84	1.54
Tiempo 3	Hombre	5.47	1.77

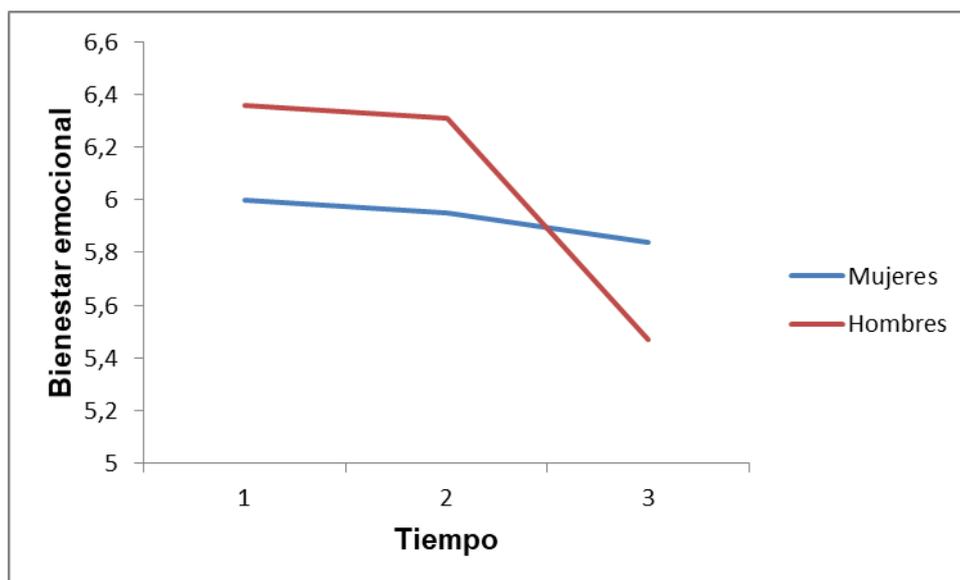


Figura 5. Bienestar emocional según género.

Por último, en relación a la diferencia en el bienestar social según el género, no se detectaron diferencias estadísticamente significativas ($F(2, 40) = .82, p = .444, \eta^2 = 0.04$). En la Tabla 7 se incluyen medias y desvíos y en la Figura 6 las medias. Contrariamente con este último, el estudio realizado en España (Ubillos-Landa et al., 2020) registró que las mujeres puntuaban más bajo en el nivel de bienestar social, a pesar de mostrar más estrategias de afrontamiento como la búsqueda de apoyo social, distracción, aunque también registraron estrategias desadaptativas como rumiación, inhibición de las emociones, entre otras.

Tabla 7.

Bienestar social según diferencia de género.

		Media	Desvío estándar
Tiempo 1	Mujer	8.20	2.85
	Hombre	7.78	2.76
Tiempo 2	Mujer	8.54	3.30

	Hombre	8.57	2.41
	Mujer	7.66	3.33
Tiempo 3	Hombre	6.47	2.98

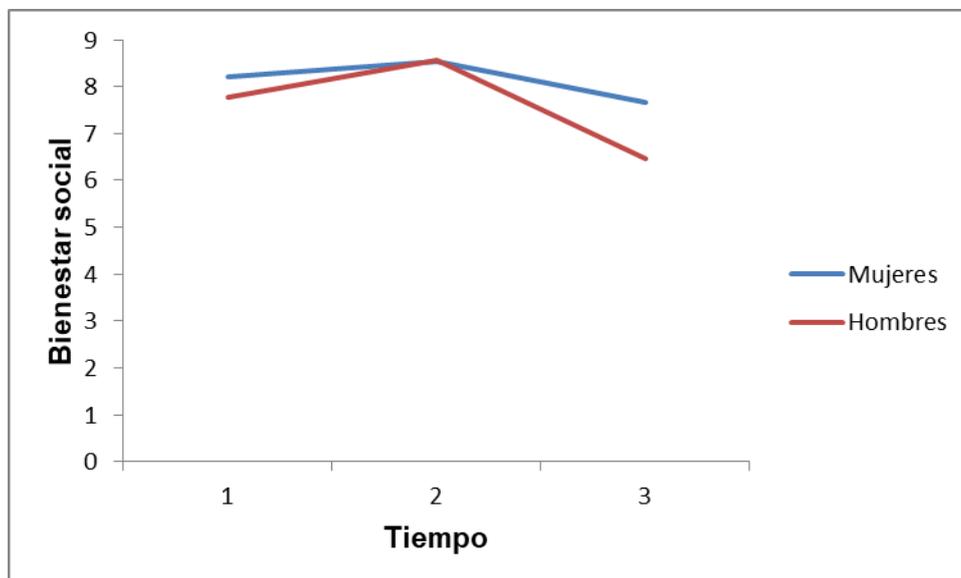


Figura 6. Bienestar social según género.

6.3. Objetivo 3. Analizar si existe una diferencia en los cambios en el bienestar psicológico, emocional y social entre aquellas personas que permanecieron aisladas y las que debieron salir a cumplir diferentes tareas durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio por COVID-19

El planteo del objetivo 3 buscó analizar si existía una diferencia en el bienestar psicológico, emocional y social entre aquellas personas que permanecieron aisladas y las que debieron salir a cumplir diferentes tareas como trabajar y/o asistir a personas, durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio por COVID-19. Analizando las diferencias en el bienestar psicológico no se detectaron diferencias estadísticamente significativas ($F(2, 40) = .72, p = .491, \eta^2 = 0.03$). En la Tabla 8 se incluyen medias y desvíos y en la Figura 7 las medias. Dichos resultados no coincidirían con los encontrados en un estudio realizado en China, donde se reportó que quienes permanecieron aisladas en sus domicilios presentaban niveles de emociones negativas como depresión y ansiedad mayores que las enfermeras que se encontraban en actividad (Li et al., 2020).

Tabla 8.

Bienestar psicológico según permanecieron aislados o debieron salir.

		Media	Desvío estándar
Tiempo 1	No salió	12.92	3.22
	Salió	16.00	2.00
Tiempo 2	No salió	12.57	2.79
	Salió	14.20	2.94
Tiempo 3	No salió	11.78	3.88
	Salió	15.00	2.54

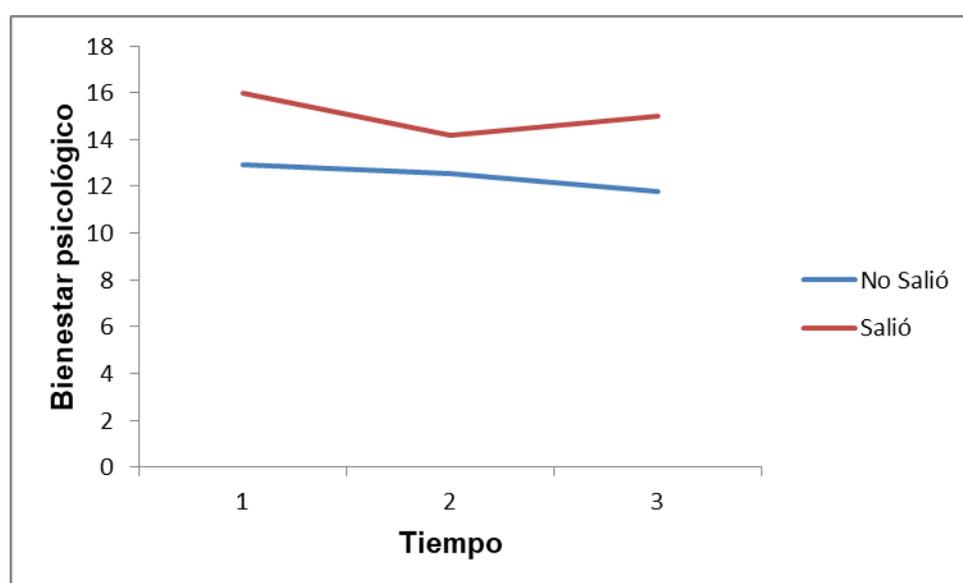


Figura 7. Bienestar psicológico según los que permanecieron aislados y los que salieron.

Por su parte, en la evaluación de las diferencias en el bienestar emocional de los participantes, según permanecieron aislados o debieron salir a trabajar y/o asistir a personas, tampoco se detectaron diferencias estadísticamente significativas ($F(2, 40) = .33$, $p = .721$, $\eta^2 = 0.01$). En la Tabla 9 se incluyen medias y desvíos y en la Figura 8 las medias. En discrepancia con lo planteado, una investigación realizada en la República Oriental del Uruguay (Bericat & Acosta, 2020), en relación a las personas que debieron continuar trabajando durante el aislamiento, se hallaron resultados que confirman que el bienestar de los trabajadores de empresas que no muestran tanta preocupación por sus empleados, presentan menor bienestar emocional.

Tabla 9.

Bienestar emocional según permanecieron aislados o debieron salir.

		Media	Desvío estándar
Tiempo 1	No salió	6.00	1.91
	Salió	7.40	1.14
Tiempo 2	No salió	6.00	1.77
	Salió	7.00	1.41
Tiempo 3	No salió	5.60	1.70
	Salió	6.40	.89

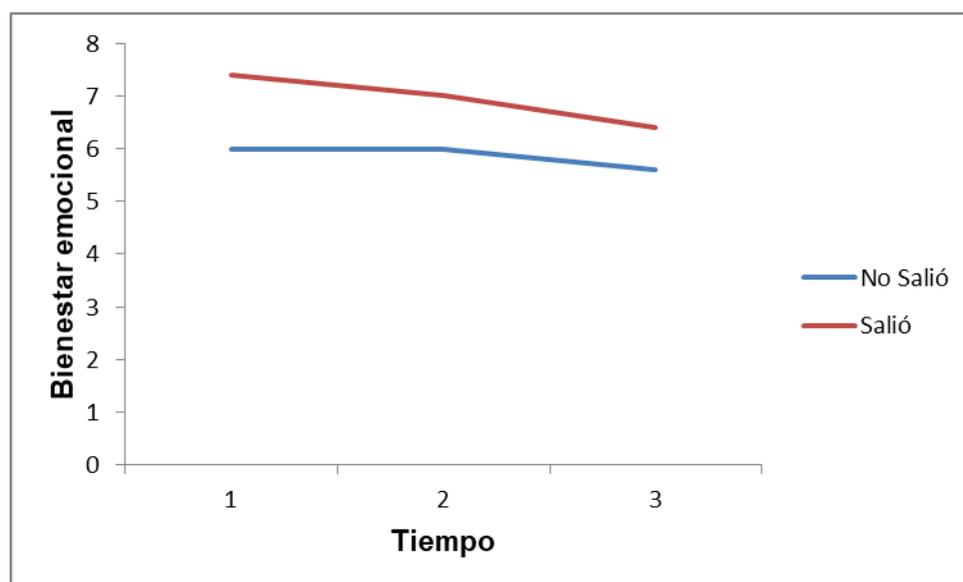


Figura 8. Bienestar emocional según los que permanecieron aislados y los que salieron.

Por último, analizado el nivel del bienestar social del grupo que salió respecto de los que permanecieron aislados, no se detectaron diferencias estadísticamente significativas ($F(2, 40) = .61, p = .543, \eta^2 = 0.03$). En la Tabla 10 se incluyen medias y desvíos y en la Figura 9 las medias. Investigaciones realizadas en Corea del Sur, con motivo de la epidemia del MERS, demostraron que las personas que permanecieron aisladas revelaron problemas de salud mental, siendo más severos en aquellos que contaban con antecedentes psicopatológicos previos (Jeong et al., 2016).

Tabla 10.

Bienestar social según permanecieron aislados o debieron salir.

		Media	Desvío estándar
Tiempo 1	No salió	7.81	2.88

Tiempo 2	Salió	9.60	1.14
	No salió	8.21	2.91
Tiempo 3	Salió	11.20	.83
	No salió	6.97	3.25
	Salió	8.40	2.70

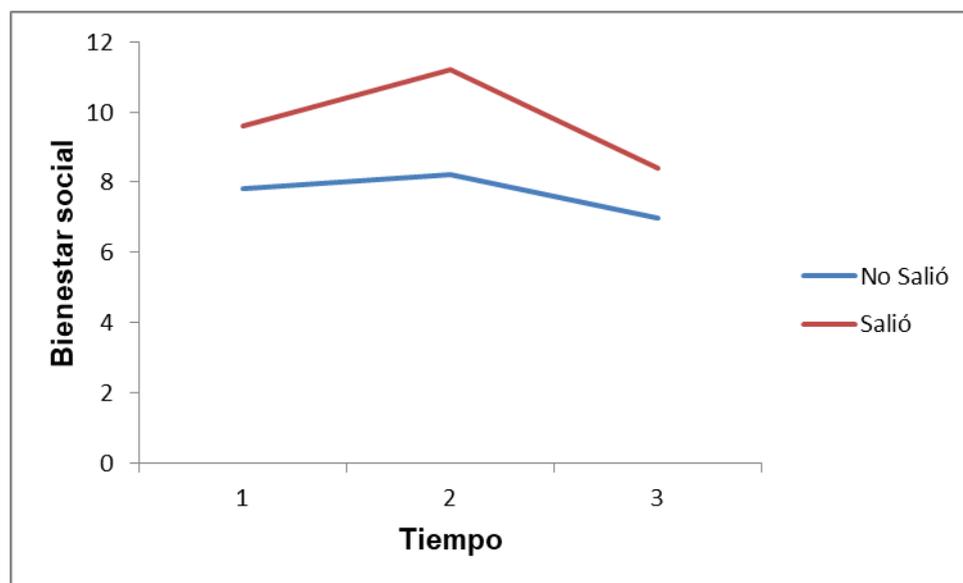


Figura 9. Bienestar social según los que permanecieron aislados y los que salieron.

7. Conclusiones

En el objetivo general de esta investigación se buscó estudiar el impacto del aislamiento social, preventivo y obligatorio decretado por el gobierno nacional, con el fin de disminuir y/o detener la propagación del COVID-19, sobre el bienestar psicológico, emocional y social de la población adulta residente en la República Argentina. En el marco del presente trabajo se conceptualizó el constructo desde el modelo de bienestar de Keyes (2005) que se ocupa de la dimensión psicológica, social y emocional que permite cuantificar el nivel de bienestar de las personas. Más adelante se abordarán en detalle lo que se considera limitaciones de la presente investigación, sin perjuicio de ello, es dable hacer notar que tanto el objetivo general como los objetivos específicos planteados en este Trabajo Final Integrador (TFI), han podido ser abordados.

En primer lugar, de acuerdo a los resultados obtenidos para la primera hipótesis, que postulaban una correlación negativa de los niveles de bienestar psicológico, emocional y social con el tiempo de aislamiento social, preventivo y obligatorio, la evidencia no fue a favor de dicha hipótesis. Esto da cuenta de que los encuestados se sentirían a gusto

consigo mismo y con el entorno a pesar de la situación de confinamiento. Los datos arrojados en las comparaciones de medias no resultaron estadísticamente significativos para el bienestar psicológico y emocional, se considera que esto se podría deber al reducido tamaño de la muestra ($n = 43$). Ahora bien, para el bienestar social se obtuvo un valor estadísticamente significativo, lo cual puede deberse a que las personas estando aisladas experimentaron un decaimiento, al no poder establecer vínculos con los otros miembros de la sociedad y, a su vez, sentirse útiles ya que el bienestar social se vincula con el contacto social, los contactos comunitarios, patrones de amistad y participación social (Allardt, 1996). Asimismo, en investigaciones sobre las respuestas a pandemias anteriores como el SARS, Ebola y H1N1 (Dong & Bouey, 2020), se encontró que pueden surgir efectos duraderos, como un estado de ánimo decaído o depresión, irritabilidad severa y ansiedad, mayores niveles de conflicto familiar y violencia doméstica, aumento de consumo de alcohol y otras sustancias y Trastorno de Estrés Postraumático –TEPT- (Brooks et al., 2020). Con lo que un seguimiento a largo plazo, de los individuos que estuvieron sometidos al aislamiento, podría detectar la presencia de emociones negativas que alteren la salud mental.

En segundo término, el análisis mostró que no ha sido posible confirmar la hipótesis 2, la cual postulaba que se registraría una diferencia en los niveles de bienestar psicológico, emocional y social, entre las mujeres y los hombres, durante el período de aislamiento social, preventivo y obligatorio por COVID-19. Los hallazgos no resultan estadísticamente significativos para la diferencia de género respecto del bienestar psicológico, el bienestar emocional y el bienestar social. Inicialmente la hipótesis fue formulada teniendo en cuenta estudios que demostraron que, en las mujeres, mayormente, se reportaron problemas relacionados con la salud mental, excepto por el trastorno por uso de sustancias (Klose & Jacobi, 2004). En la misma línea de investigación surgen los hallazgos en España de Ubillos-Landa y colaboradores (2020), que detectaron que en la primer semana de aislamiento, las mujeres manifestaron un menor bienestar hedónico, eudaimónico y presentaban peor salud mental que los hombres.

Por último, como tercer punto, la evidencia obtenida no permite confirmar la hipótesis 3 que planteaba que las personas que permanecieron aisladas presentan una disminución en los niveles de bienestar psicológico, emocional y social respecto de aquellas que debieron salir a trabajar y/o asistir a personas. Los reportes obtenidos no resultan estadísticamente significativos para el bienestar psicológico, para el bienestar

emocional y para el bienestar social. La formulación de dicha hipótesis se basó en un estudio realizado previamente en la República Comunista de China, en el cual se observó que la vida laboral funciona como psiconeuroinmunidad, mantener la rutina y la sociabilización, lo cual disminuye las emociones negativas, y por lo tanto, mejora la salud mental y fomenta los vínculos positivos (Ruch et al., 2010). Asimismo el hecho de tener que asistir a personas, da cuenta de un sentimiento de utilidad frente a la sociedad. Sin embargo, otra investigación, en el mismo país de oriente, informó la presencia de síntomas compatibles con trastorno de estrés post traumático después de regresar al trabajo, como así también ansiedad, depresión e insomnio. Los participantes de la investigación consideraron el regreso a las actividades laborales como un peligro para la salud (Tan et al., 2020). En tanto que Tull et al. (2020), estudiaron una muestra de 500 personas de California, Estados Unidos, reportando que los que cumplían con el aislamiento, presentaban mayores síntomas de ansiedad, preocupaciones financieras y miedo a sentirse solos, con lo cual, los autores, infirieron que la ausencia de relaciones interpersonales significativas, trastornos de depresión y ansiedad podrían surgir o empeorar. El resultado hallado en la presente investigación merecería mayor atención en futuros estudios, con una muestra más balanceada en términos de participantes que permanecieron aislados y quienes no lo estuvieron ($n = 38$ y $n = 5$ respectivamente).

Los resultados obtenidos en esta investigación no fueron coincidentes con el planteo de cada una de las hipótesis orientadoras del estudio y, a su vez, difieren de estudios previos realizados sobre la misma temática en diferentes países. Probablemente dicha contradicción se deba a que se trata de una literatura muy variada y de origen diverso, considerando que la mayor parte de la misma son investigaciones de origen oriental (lugar de origen de la enfermedad en cuestión), por lo que es posible que surgieran intersubjetividades, las cuales no deben perderse de vista en futuros estudios. Mientras que en la sociedad occidental, el bienestar psicológico está basado en el predominio de emociones como entusiasmo o alegría, siendo considerada una sociedad de consumo que busca la satisfacción inmediata, en las culturas orientales el bienestar psicológico se asocia más con la serenidad y la quietud, con una vida guiada por acciones virtuosas, e incluso se relaciona con emociones negativas, ya que estas resultan adaptativas al ambiente (Lu, 2001).

El presente estudio longitudinal, presentó ciertas limitaciones. La muestra estuvo condicionada por el tiempo y los recursos disponibles para la realización del este trabajo final integrador, ya que sólo se tomó el período inicial del aislamiento, siendo que, hasta

el momento de la finalización del presente aún se encontraba vigente la declaración de aislamiento social, preventivo y obligatorio por COVID-19, en todo el territorio argentino, siendo variado el nivel de fases según la región. Asimismo el lapso en el cual se administraron los instrumentos, el país no se encontraba atravesando el *pico de la enfermedad*, es decir, el momento en el cual la curva de contagios crece de manera exponencial, $R > 1$ –R o número de reproducción-, o sea que una persona pueda contagiar entre dos y tres personas más, y para calcular este pico, se tiene en cuenta la capacidad de infección biológica del virus, la probabilidad de transmisión si hay contacto y la duración de la infección (Bâr, 2020). Contrariamente al momento en que se realizaron las evaluaciones en los países europeos y de oriente, de donde surgen la mayor parte de las investigaciones que han sido consideradas para el desarrollo del presente marco teórico, como, también, para la postulación de las hipótesis, en dónde se investigó el impacto de la pandemia sobre la población, cuando se encontraban atravesando un período de altos contagios diarios y numerosas personas fallecidas.

La composición de la muestra fue reducida ($n = 43$), ya que debió depurarse de una muestra original de panel superior, debido a que no se logró la plena participación de los convocados. Posiblemente esta falta de compromiso responda a la percepción de la enfermedad como algo lejano al lugar geográfico o que debieron adaptar su vida cotidiana al cuidado de los hijos, apoyo en la enseñanza escolar, y en muchos casos cuidado de personas mayores y/o teletrabajo, todo lo cual implica una modificación de la rutina intra-hogar. Por su parte, Groves, Cialdini y Couper (1992), junto con Groves y Couper (1998) coinciden en afirmar que factores asociados con la responsabilidad social que los participantes debieron percibir, la legitimidad que se le atribuye a la encuesta, la saturación por la cantidad de encuestas y los cambios en el contexto social, pueden asociarse a las respuestas brindadas por los panelistas. Asimismo, es posible que las respuestas dadas por los participantes, al cuestionario del MHC-SF no hayan sido relacionadas, por estos, con el contexto de aislamiento y pandemia, con lo cual al momento de contestar solo tuvieron en consideración su situación cotidiana fuera de la emergencia sanitaria por la pandemia. En este orden de ideas, la sensibilidad de la escala Likert de opciones de respuestas, que contenía el instrumento y que va desde *todos los días* (3) a *nunca* (0), utilizada para esta investigación puede considerarse como una limitación, toda vez que la sensibilidad del instrumento crece si se aumentan los puntos (Cummins, 1997; Cummins & Gullone, 2000). El instrumento original consta de 6 opciones de respuestas, sin embargo, en muchas ocasiones, solo por razones prácticas

se suele reducir, aunque en esta ocasión aumentarlas hubiera permitido hallar resultados más representativos. Cummins (1997) aportó evidencias respecto a que las escalas que poseen 5-7 opciones no logran explotar la totalidad de la capacidad discriminativa de muchas personas, dicho esto en términos de su percepción sobre el fenómeno que se está midiendo. Se sabe que los individuos, en general, poseen una capacidad discriminativa mayor de lo que permiten las escalas de 6 puntos, despreciando una potencialidad que podría utilizarse en estos instrumentos de medida. En este mismo sentido, Alwin (1997) sostuvo que una escala que presente muchas categorías aumenta la posibilidad de depurar la medida, ya que el sujeto, al momento de responder, podría escoger aquella opción que más se ajusta a su situación de una manera más precisa. Por esta razón, al restringir a la persona a estas opciones, siendo que tiene una capacidad discriminativa que va más allá de los 6 puntos, se podría haber provocado una pérdida de datos potencialmente más discriminativos. Corresponde señalar que en la presente investigación se redujeron las opciones de respuestas en relación al instrumento original, por lo que el test tal como fue administrado, no cuenta con evidencia de validez y confiabilidad. Si bien los autoinformes son la metodología más utilizada, no menos cierto es que han recibido críticas, como el carácter subjetivo de la valoración de la satisfacción percibida. Únicamente el evaluado es quien conoce su nivel de satisfacción al momento de responder. Otra crítica refiere al nivel de deseabilidad social, es decir que al momento de ser interrogados, las personas difícilmente digan que no se encuentran satisfechas con su vida (Castro Solano, 2010).

En futuras investigaciones sería conveniente aplicar la escala de medición Likert de 6 respuestas, dado que la sensibilidad del instrumento de medida es mayor cuando se dan pequeños cambios, lo cual es relevante si se quiere utilizar para analizar la evolución en periodos de tiempo, análisis de tendencias, diseños pretest-postest, etc.

Respecto al tamaño de la muestra, futuras líneas de investigación deberían basarse en un tamaño de mayor y con más representatividad, tanto en la cantidad referidas al género como a las personas que debieron salir a trabajar y/o asistir a otras personas. Especialmente en este último caso, la cantidad de personas que debieron salir ($n = 5$) solo representa el 12 % de la muestra, lo cual no resulta representativa, impidiendo la extrapolación de los resultados al resto de la población, en tanto que el 88% fueron quienes permanecieron aislados ($n = 38$). Sin embargo se ha detectado que las personas que acuden a su lugar de trabajo se han sentido más molestas y cansadas que aquellos que no lo hacen (Ubillos Landa et al., 2020a). Asimismo, en el futuro, podría focalizarse

el análisis del impacto de la pandemia sobre los trabajadores esenciales, especialmente personal sanitario, por encontrarse más expuesto física y psicológicamente, ya que no solo se encuentran tratando a los enfermos sino que también sufren el aislamiento de sus familias (Jianbo Lai et al., 2020).

Como aporte personal, cabe mencionar que este trabajo contribuye a conocer más acerca de cómo se puede ver afectado el bienestar psicológico, emocional y social, de las personas al momento de atravesar una situación tan disruptiva como es la vivida durante una pandemia, si bien los estudios sobre este constructo son vastos, no menos cierto es que en tiempos modernos y en un mundo globalizado, la humanidad no ha vivido una crisis sanitaria como la actual. Este tipo de evento, no solo produce un gran número de personas fallecidas, sino que genera un desequilibrio en el individuo, ya que se ve afectado en todos sus ámbitos, cultural, económico, político, social, etc. Resulta de sumo interés, no solo profundizar en el estudio de los niveles de bienestar en la población, basados en este modelo, sino avanzar en conocer los factores que lo explica. En el campo de la Psicología Positiva, cabe recordar que no se eliminan los aspectos negativos y surgen automáticamente los positivos, sino que la Psicología Positiva enriquece la promoción de la salud mental, al favorecer la adaptación a los cambios que se producen ante una situación como la vivida, impulsando las experiencias emocionales positivas (felicidad, placer, bienestar con la sociedad, esperanza en el futuro), rasgos positivos (fortalezas de carácter) y el fomento de vínculos positivos (Ruch et al., 2010). Este marco teórico podría contribuir a brindar asistencia a las personas que atraviesan, no solo por el cuadro clínico producto de la enfermedad infecto-contagiosa, sino a su grupo familiar y allegados, como también acompañar durante el proceso de recuperación, ya que se habría hallado evidencia de los trastornos en la salud mental que esta enfermedad ocasiona, como estrés, síntomas depresivos, ansiedad, alteración del ritmo circadiano, ira y miedo (Torales et al., 2020). Es importante recordar que, las estrategias de afrontamiento juegan un papel importante a fin de mantener un nivel óptimo a elevado del bienestar en las personas. Es por ello que la salud mental no puede ser pensada sin estrategias de afrontamiento, las cuales pueden resultar adaptativas (como apoyo emocional, autocontrol, reevaluación positiva, regulación fisiológica activa y afectividad, entre otras) y/o desadaptativas o ambivalentes (abandono psicológico, rumiación, aislamiento social, inhibición o confrontación, etc.), y que apuntan a la regulación del estado de ánimo, es decir, tratar de sentirse emocionalmente bien. Las estrategias que se asocian fuertemente con el

bienestar son poco uso del abandono psicológico, inhibición y aislamiento social y un mayor uso de auto recompensa y gratitud (Ubillos Landa et al., 2020). Ahora bien con el bienestar social se asocian positivamente estrategias de afrontamiento como las de compartir y realizar acciones colectivas (contacto con otros) y estrategias sociales y recreativas.

En oportunidad del brote del SARS (Comisión Nacional de Salud de China, 2003) se advirtió sobre subestimar los efectos sobre la salud mental y se dieron recomendaciones acerca de cómo desarrollar y mantener el bienestar psicológico, como también los procesos de afrontamiento, todo ello como complemento del enfoque tradicional del modelo médico, lo cual podría servir como factor superador durante el aislamiento social preventivo y obligatorio (Xiang et al., 2020).

Por último, al decir de Castro Solano (2010), la Psicología Positiva es considerada una disciplina integrada, ya que se ha propuesto como indicador de las medidas públicas el nivel del bienestar general de las personas, siendo así un marcador psicológico de las decisiones y acciones concretas de los organismos de administración y gestión gubernamentales. Dichas medidas de salud pública deberían tener en consideración la salud de población en su concepto amplio, es decir, no solo la ausencia de enfermedad, procurando, así, la salud integral de las personas lo cual es responsabilidad de la sociedad en su conjunto. Si bien la pandemia genera una crisis por el temor al contagio, también produce un desequilibrio en el marco del desarrollo de políticas públicas en busca de dar respuestas a las dolencias sociales (Carbonetti, Rivero & Herrero, 2014) Contrariamente a lo que la historia ha demostrado respecto de la aplicación de medidas como la cuarentena y aislamiento, más como una estrategia de control social que de tratamiento, y en forma indiscriminada, sin fundamento científico, ya que es posible que aspectos como el económico se vea seriamente deteriorado (Burnet, 1967), todo lo cual conlleva, junto con la disminución del contacto social, a un aumento de emociones negativas (Gené et al., 2016; Sarabia, 2020). Dichas medidas de prevención ante situaciones de crisis deberían ser evaluadas e implementadas con criterio restrictivo, planeando su aplicación en forma escalona, en el caso del aislamiento, segmentando la sociedad en grupos, ya sea aquellos que pertenecen a un grupo de riesgo como los que no, lo cual permitiría sostener los vínculos sociales, familiares y afectivos en general, es por eso que se debe trabajar en forma interdisciplinaria, aunando los esfuerzos de los profesionales dedicados a la salud, investigadores, gobernantes y de la sociedad en su conjunto, ya que las medidas de salud pública, su administración, no es privativas de un

sector político. Para que la población tenga conocimiento y respete las decisiones adoptadas, se debe comunicar claramente el objetivo y duración de las medidas implementadas. Cabe recordar que en el ámbito social, estas medidas, necesariamente restringen la interacción en el entorno cotidiano, por lo que se deberían buscar alternativas que permitan reforzar las relaciones de los individuos a fin de generar solidaridad, comprensión y empatía (Abel & McQueen, 2020). Según investigaciones de Yang y Ma (2020), existirían dos variables protectoras del bienestar, la primera se encuentran en relación con la percepción de que se está informado adecuadamente respecto del COVID-19, en tanto que la segunda, es que las personas piensan que tienen el control sobre la situación, es decir que, cuánto más conocimiento se tiene, se percibe más control. Es por ello que es importante la información que las organizaciones, gobiernos y medios de comunicación brinden a los individuos. La Universidad de Pekín propuso un modelo para orientar en la toma de decisiones ante esta pandemia, dicho modelo consta de cinco niveles, a saber: evaluar que la información que se transmite sea confiable, los apoyos sociales deben mantenerse activos, como ser familia, amigos, compañeros de trabajo, etc., combatir las mentiras y las teorías conspiratorias que surgen alrededor, mantener una vida lo más parecida a la normalidad y, por último, utilizar los servicios de psicoterapia a distancia y psicosociales que se encuentren disponibles (Bao et al., 2020).

8. Referencias

- Abel, T. & McQueen, D. (2020). The COVID-19 pandemic calls for spatial distancing and social closeness: not for social distancing. *International Journal of Public Health*, 65(3), 231-231. doi: 10.1007/s00038-020-01366-7
- Allardt, E. (1996). Tener, amar, ser: una alternativa al modelo sueco de investigación sobre el bienestar. En M. Nussbaum y A. Sen (Eds.), *La calidad de vida* (pp. 126-134). México: Fondo de Cultura Económica.
- Almeida Rueda, L. M., Giraldo Pineda, A. & Forero Pulido, C. (2016). Encierro sobre el encierro aislamiento por tuberculosis. Centro penitenciario Medellín Colombia. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 48(1), 61-69.
- Altena E. et al. (2020). Dealing with sleep problems during home confinement due to the COVID-19 outbreak: Practical recommendations from a task force of the European CBT-I Academy [published online ahead of print, 2020 Apr 4]. *J Sleep Res.* 2020, e13052, 1-7. doi:10.1111/jsr.13052

- Alvites-Huamani, C. G. (2020). COVID-19: pandemia que impacta en los estados de ánimo. *CienciaAmerica*, 9(2), 354-362. doi: 10.33210/ca.v9i2.327
- Alwin, D. F. (1997). Feeling thermometers vs 7-point scales. *Sociological Methods and Research*, 25(3), 318-351. doi: 10.1177/0049124197025003003
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping: new perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco, Calif: Jossey- Bass.
- Bao, Y., Sun, Y., Meng,S., Shi, J. & Lu, I. (2020). 2019-nCoV Epidemic Address Mental Health Care to Empower Society. *Lancet*, 395(10224), 37-38. doi:10.1016/s0140-6736(20)30309-3.
- Bâr, N. (2020). Coronavirus: ¿Qué predicen los científicos sobre el pico de la pandemia en la Argentina?. *Diario La Nación*. Recuperado de: <https://www.lanacion.com.ar/ciencia/coronavirus-que-pronostican-matematicos-pico-pandemia-argentina-nid2356591>
- Bericat, E. & Acosta, M. J. (2020). El impacto del COVID-19 en el bienestar emocional de los trabajadores en Uruguay. Recuperado de: <https://fes-sociologia.com/>.
- Bonilla, P. (1995). Cosas olvidadas (o no sabidas) acerca de la versión de Casidoro de Reina, luego revisada por Cipriano de Valera. *Revista Bíblica*, 57(3), 155-180.
- Burnet, Sir M. (1967). *Historia de las enfermedades infecciosas*. Madrid: Alianza.
- Bradburn, N. M. (1969). *La estructura del bienestar psicológico*. Oxford: Aldine.
- Brooks, S. K. et al. (2018). A systematic, thematic review of social and occupational factors associated with psychological outcomes in healthcare employees during an infectious disease. *J Occup Environ Med*, 60(3), 248-257. doi: 10.1097/JOM.0000000000001235
- Brooks, S. K., Webster, R., Smith, L., 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, 912–920. doi: 10.1016/s0140-6736(20)30460-8
- Cacioppo J. T., Cacioppo S., Capitanio J. P. & Cole, S. W. (2015). The neuroendocrinology of social isolation. *Annual Review of Psychology*, 66, 733–767.
- Caballero, C. C. & Campos, A. (2020). Problemas de salud mental en la sociedad: un acercamiento desde el impacto del COVID 19 y de la cuarentena. *Duazary*, 17(3), 1-3. doi: 10.21676/2389783X.3467
- Carbonetti, A., Rivero, M. D. & Herrero, M. B. (2014). Políticas de Salud frente a la

- gripe Española y Respuestas Sociales. Una aproximación a los casos de Buenos Aires, Córdoba y Salta a través de la prensa (1918 – 1919). *Astrolabio Nueva Época*, 13, 66-96.
- Casas Orrego, A. L. (2008). Desplazamiento y Aislamiento. Alienados Mentales en la Ciudad de Medellín. 1878-1930. *Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 60(2), 119-142.
- Castro Solano, A. (2009). El bienestar psicológico: cuatro décadas de progreso. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 23(3), 43-72. Universidad de Zaragoza. España: Zaragoza.
- Castro Solano, A. (2010). El estudio del Bienestar Psicológico. En A. Castro Solano (Ed.), *Fundamentos de Psicología Positiva* (pp. 43-68). Buenos Aires. Paidós.
- Castro Solano, A. (2012). La psicología positiva en América Latina. Desarrollos y perspectivas. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2), 108-116.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. Second Edition*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Contreras, F. & Esguerra, G. (2006). Psicología Positiva: una nueva perspectiva en psicología. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 2(2), 311-319.
- Coronavirus. El mapa mundial del coronavirus. Recuperado de: <https://www.rtve.es/noticias/20200713/mapa-mundial-del-coronavirus/1998143.shtml>
- Csikszentmihalyi, M. (1999). If we are so rich, why aren't we happy? *American Psychologist*, 54(10), 821-827.
- Chen, N. et al. (2020). Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet*, 13, 395-507.
- Comisión Nacional de Salud de China (2003). *Principios para la intervención de emergencia en crisis psicológica para la nueva neumonía por coronavirus*. Recuperado de: <http://www.nhc.gov.cn/jkj/s3577/202001/6adc08b966594253b2b791beSc3b9467.shtml>
- Cummins, R.A. (1997). *The Directory of Instruments to measure quality of life and cognate areas of study. (4th Ed.)*. Melbourne: Deakin University.
- Cummins, R.A. & Gullone, E. (2000). Why we should not use 5-point Likert scales:

The case for subjective quality of life measurement, *Proceedings, Second International Conference on Quality of Life in Cities* (pp. 74-93). Singapore: National University of Singapore.

Decreto DNU 297/2020. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infoleginternet/anexos/335000339999/33574/norma.htm>

Decreto DNU 325/2020. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infoleginternet/verNorma.do?id=335974>

Diener, E. (1994). El bienestar subjetivo. *Intervención Psicosocial*, 3(8), 67-114.

Diener, E. & Ryan, K. (2010). Subjective Well being. *South African Journal M. Psychology* 39(4), 391-406.

Dong, L. & Bouey, J. (2020). Public mental health crisis during COVID-19 pandemic, China. *Emerg Infect Dis*, 26(7), 10-3201.

Erikson, E. (1996). Descripciones de la desigualdad: el enfoque sueco de la investigación sobre el bienestar. En M. Nussbaum y A. Sen (Eds.), *La calidad de vida* (pp. 101-120). México: Fondo de Cultura Económica.

Fernández, O., Muratori, M. & Zubieta, E.M. (2013). Bienestar eudaemónico y soledad emocional y social. *Boletín de Psicología*, 108, 7-23.

Freeman, D. & Freeman, J. (2013). *The stressed sex: Uncovering the truth about men, women, and mental health*. Oxford: Oxford University Press.

Galarza, A. L. (2016). Aportes de la Psicología Positiva a la comprensión y el abordaje de los comportamientos suicidas. *Psicodebate*, 16(1), 9-26.

Gancedo, M. (2008). Historia de la psicología positiva. En M.M. Casullo (Ed.), *Prácticas en Psicología Positiva* (pp. 11-37). Buenos Aires: Lugar Editorial.

Gené-Badía, J., Ruiz-Sánchez, M., Obiols-Masó, N., Puig, L. O. & Jiménez, E. L. (2016). Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria?. *Atención Primaria*, 48(9), 604-609. doi: 10.1016/j.aprim.2016.03.008

Gilmour, H. (2014). Positive mental health and mental illness. *Health reports*, 25(9), 3-9.

Góngora, V. C. & Casullo, M. M. (2009). Factores protectores de la salud mental: Un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general. *Interdisciplinaria*, 26(2), 183-205.

Góngora, V. C. & Solano, A. C. (2018). Bienestar emocional, psicológico y social y

- variables demográficas en población adulta de la ciudad de Buenos Aires. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 18(1), 72-83.
- Groves, R. M., Cialdini, R. B., & Couper, M. P. (1992). Understanding the decision to participate in a survey, *Public Opinion Quarterly*, 56(4), 475-495.
- Groves, R. M. & Couper, M. P. (1998). *Nonresponse in the Household interview surveys*, New York: Wiley-Interscience.
- Hendriks, T., Schotanus-Dijkstra, M., Hassankhan, A., de Jong, J. & Bohlmeijer, E. (2020). The Efficacy of Multi-component Positive Psychology Interventions: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Happiness Studies*, 21(1), 357-390. doi: 10.1007/s10902-019-00082-1
- Hone, L. C., Jarden, A., Shcofield, G.M. & Duncan, S. (2014). Measuring flourishing: The impact of operational definitions on the prevalence of high levels of wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 4(1), 62-90.
- House J. S., Landis K. R. & Umberson D. (1988). Social relationships and health *Science*, 241(4865), 540-545.
- House, J.S. (2001). El aislamiento social mata, pero ¿cómo y por qué?. *Medicina psicosomática*, 63(2), 273-274.
- Jancy C. M. (2009). *Human Health and Performance Risks of Space Exploration Missions, Evidence reviewed by the NASA Human Research Program*. Houston, Texas: Lyndon B. Johnson Space Center.
- Jeming, D. B. (2020). Update: Public Health Response to the Coronavirus Disease 2019 Outbreak – United States. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*, 69(8), 216-219.
- Jeong, H. et al. (2016). Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome. *Epidemiol Health*, 38:e2016048.
- Jianbo L. et al. (2020). Factors Associated with Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019, *JAMA Netw Open*, 3(3), 1-12.
- Jiang, F., Deng, L., Zhang, L., Cai, Y., Cheung, C.W. & Xia, Z. (2020). Review of the Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *J Gen Intern Med*, 35, 1545–1549.
- Joshanloo, M. & Lamers, S. M. (2016). Reinvestigation of the factor structure of the MHC-SF in the Netherlands: Contributions of exploratory structural equation modeling. *Personality and Individual Differences*, 97, 8-12.

- Joshanloo, M., Jose, P. E. & Kielpikowski, M. (2017). The value of exploratory structural equation modeling in identifying factor overlap in the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF): A study with a New Zealand sample. *Journal of Happiness Studies*, 18(4), 1061-1074.
- Kang, L. et al. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry*, 7, e14. doi:10.1016/S2215-0366(20)30047-X
- Karaś, D., Cieciuch, J. & Keyes, C. L. (2014). The polish adaptation of the mental health continuum-short form (MHC-SF). *Personality and Individual Differences*, 69, 104-109.
- Keyes, C. L. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140.
- Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Behavior Research*, 43(2), 207–222.
- Keyes C. L., Shmotking D. & Ryff C. D. (2002). Optimizing Well-Being: The Empirical Encounter of Two Traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007–1022. doi:10.1037//0022-3514.82.6.1007
- Keyes, C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(3), 539–548. doi: 10.1037/0022-006x.73.3.539
- Keyes, C. L. & Shapiro, A. D. (2004). Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. *How healthy are we*, 15(3), 350-372.
- Keyes, C. L., Shmorkin, D. & Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.
- Keyes, C. L. & Waterman, M. B. (2003). *Dimensions of well-being and mental health in adulthood*. In M. H. Bornstein, L. Davidson, C. L. M. Keyes, & M. More (Eds.), *Well-being. Positive development across the life course* (pp. 477–497). London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Khanna, P. & Singh, F. (2019). Do All Positive Psychology Exercises Work for Everyone? Replication of Seligman et al.'s (2005). Interventions among Adolescents. *Psychological Studies*, 64(1), 1-10. doi: 10.1007/s12646-019-00477-3
- Klose, M. & Jacobi, F. (2004). Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors?. *Archives of women's*

- metal health*, 7(2), 133-148.
- Kohl, A. (2006). *Higienismo argentino: historia de una utopía: la salud en el imaginario colectivo de una época*. Buenos Aires: Dunken.
- Kohl, A. (2010). Tuberculosis y Enfermedad Mental. La Continuidad del Aislamiento en la Ciudad de Buenos Aires durante el Siglo XX. *Revista de Humanidades Médicas & Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología*, 2(1), 1-20.
- Lau, A. L., Chi, I., Cummins, R. A., Lee, T. M., Chou, K. L. & Chung, L. W. (2008). The SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) pandemic in Hong Kong: effects on the subjective wellbeing of elderly and younger people. *Aging Ment Health*, 12(6), 746-760. doi:10.1080/13607860802380607
- Ledermamm, W. (2003). El hombre y sus epidemias a través de la historia. *Revista chilena de infectología*, 20, 13-17.
- Li, Z. et al. (2020). Traumatización indirecta en el público en general, miembros y no miembros de equipos médicos que ayudan en el control de COVID-19. *Cerebro, comportamiento e inmunidad*, 88, 916-919. doi:10.1016/j.bbi.2020.03.007
- Li, S., Wang, Y., Xue, J., Zhao, N. & Zhu, T. (2020). The impact of COVID-19 epidemic declaration on psychological consequences: a study on active Weibo users. *International journal of environmental research and public health*, 17(6), 20-32. doi:10.3390/ijerph17062032
- Lim, Y. J., Ko, Y. G., Shin, H. C. & Cho, Y. (2013). Prevalence and Correlates of Complete Mental Health in the South Korean Adult Population. En C. L. M. Keyes (Ed.), *Mental Well-Being* (pp. 91-109): Springer Netherlands. doi: 10.1007/978-94-007-5195-8_5
- Lima, D. L. F. (2020). COVID-19 no Estado do Ceará: Comportamentos e crenças na chegada da pandemia. *Cienc. Saúde Coletiva Preprints*. Recuperado de: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/covid19-no-estado-do-ceara-comportamentos-e-crencas-na-chegada-da-pandemia/17540>.
- Linley, P. A., Wood, A. M., Harrington, S. & Joseph, S. (2006). Positive Psychology: past, present and (posible) future. *The Journal of Positive Psychology*, 1(1), 3-16. doi: 10.1080/17439760500372796
- Losada-Baltar, A., Jiménez-Gonzalo, L., Gallego-Alberto, L., Pedroso-Chaparro, M. D. S., Fernandes-Pires, J. & Márquez-González, M. (2020). We're staying at home. Association of self-perceptions of aging, personal and family resources and loneliness with psychological distress during the lock-down period of COVI-19.

- J Gerontol B Psychol Sci Soc, Series B*, gbaa048. doi: 10.1093/geronb/gbaa048
- Lu, L. (2001). Understanding Happiness: A Look into the Chinese Folk Psychology. *Journal of Happiness Studies*, 2(4), 407-432.
- Lupano Perugini, M. L. & Castro Solano, A. (2010). Psicología Positiva: Análisis desde su surgimiento. *Ciencias Psicológicas*, 4(1), 43-56.
- Lupano Perugini, M. L., de la Iglesia, G., Castro Solano, A. & Keyes, C. L. (2017). The Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) in the Argentinean Context: Confirmatory Factor Analysis and Measurement Invariance. *Europe's Journal of Psychology*, 13(1), 93-108. doi: 10.5964/ejop.v13i1.1163
- Maunder, R. et al. (2003). The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ*, 168(10), 1245-1251.
- Miguel, M. (2014). Zoonosis, epizootias, epidemias y antropozoonosis. *Producción Animal*, 113, 1-3.
- Moccia, S. (2016). Felicidad en el Trabajo. *Papeles del Psicólogo*, 37(2), 143-151
- Morán-Astorga, M. C. (2015). La Psicología Positiva: desde la Grecia Clásica a la actualidad. *INFAD Revista de Psicología*, 1(2), 19-24.
- Moyano Díaz, E. & Ramos Alvarado, N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. *Universum* (Talca), 22(2), 177-193. doi: 10.4067/S0718-23762007000200012
- Muñoz-Gallego, F., Pinzón-Fernández, M. V., Zuñiga-Cerón, L. F., Machecha-Virguez, L. F. & Saavedra-Torres, J. S. (2019). Riesgos de ser un astronauta: héroes del espacio. *Med*. 41(1), 47-62.
- Newman, M. G. & Zainal, N. H. (2020). The value of maintaining social connections for mental health in older people. *The Lancet Public Health*, 5(1), 12-13.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J. & Grayson, C. (1999). Explaining the gender differences in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(5), 1061-1072. doi:10.1037/0022-3514.77.5.1061
- Oliveira, L. D. (2020). Espaço e Economia: Novos Caminhos, Novas Tensões. *Espaco e Economia*, 1(17), 1-13. doi: 10.4000/espacoeconomia.93
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19. Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVI-19 celebrada el 11 de marzo de 2020*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/detail/29-06-2020-covidtimeline>
- Organización Panamericana de la Salud (2017). *Depresión y otros trastornos mentales*

comunales. *Estimaciones sanitarias mundiales. PAHO/NMH*. Recuperado de: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHOMNMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Palacios Cruz, M., Santos, E., Velázquez Cervantes, M. A. & León Juárez, M. (2020). COVID-19, una emergencia de salud pública mundial. *Rev Clínica Esp*, 1-7. doi: 10.1016/j.rce.2020.03.001
- Peterson, C., Park, N. & Seligman, J.D. (2005). Orientations to happiness and life satisfaction: The full life versus the empty life. *Journal of Happiness Studies*, 6(1), 25-41.
- Petrillo, G., Capone, V., Caso, D. & Keyes, C. L. (2015). The Mental Health Continuum–Short Form (MHC–SF) as a measure of well-being in the Italian context. *Social Indicators Research*, 121(1), 291-312. doi:10.1007/s11205-014-0629-3
- Pfefferbaum, B. & North, C.S. (2020). Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *The New England Journal of Medicine*, 383(6), 510-512 doi: 10.1056/NEJMp2008017
- Pietsch, J. et al. (2011). The effects of weightlessness on human organism and mammalian cells. *Curr Mol Med*, 11, 350-364.
- Prati, G. (2020). *Mental Health and Its Psychosocial Predictors during National Quarantine in Italy against the Corona Virus Disease 2019 (COVID-19)*. doi: 10.31234/osf.io/4ar8z
- Qui, 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. *General Psychiatry*, 33(2), e100213. doi: 10.1136/gpsych-2020-100213
- Ramírez-Ortíz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F. & Escobar-Córdoba, F. (2020). Consequences of the COVID-19 pandemic in mental health associated with social isolation. *Scielo Prep*, 1-21 doi: 10.1590/SciELOPreprints.303
- Recalde, H. (1997). *La salud de los trabajadores en Buenos Aires (1870-1910): a través de las fuentes médicas*. Buenos Aires: Grupo Editor Universitario.
- Reis-Filho, J. A. & Quinto, D. (2020). COVID-19, social isolation, artisanal fishery and food security: How these issues are related and how important is the sovereignty of fishing workers in the face of the dystopian scenario. *SciELO Preprints*, 1-26. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102083

- Ribot Reyes, V. C., Chang Paredes, N. & González Castillo, A. L. (2020). Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(0), e3307. Recuperado de: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3307>
- Romero, A. (2015). La concepción aristotélica de la eudaimonía en Ética a Nicómano: Relación entre la vida activa y vida teórica. *Revista de Investigación*, 39(85), 13-30.
- Ruch, W., Proyer, R. T. & Weber, M. (2010). Humor as character strength among the elderly: Empirical findings on age-related changes and its contribution to satisfaction with life. *Zeitschrift fur Gerontologie and Geriatrie*, 43(1), 13-18. doi: 10.1007/s00.91-009-0090-0
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of psychology*, 52(1), 141-166.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- Ryff, C. D. & Singer, B. (1998). Psychological Inquiry: An International Journal for the Advancement of Psychological Theory The Contours of Positive Human Health. *International Journal for the Advancement of Psychological Theory*, 9(1), 1-28. doi: 10.1207/s15327965pli0901_1
- Sánchez-Villena, A. R. & de La Fuente-Figuerola, V. (2020) COVID-19: cuarentena, aislamiento, distanciamiento social y confinamiento, ¿son lo mismo?. *An Pediatría (Barc)*, 93(1), 73-74. doi: 10.1016/j.anpedi.2020.05.001
- Sarabia, S. (2020). La salud mental en los tiempos del coronavirus. *Rev Neuropsiquiatr*, 83(1), 3-4. Recuperado de: <https://bit.ly/2CxJWaB>.
- Segura, M. S. (2020). Con alerta pero sin pánico. El rol de los medios durante la pandemia. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 77(1), 55-58.
- Seligman, E. P. M. (2011). *La Auténtica Felicidad*. Barcelona: Ediciones B.
- Singh G., Singh A., Zaidi S. Z. H. & Sharma S. (2020). A Study on Mental Health and Well-Being of individuals amid COVID-19 Pandemic Lockdown. *Mukt Shabd Journal*, 9, 751-762.

- Schmidt, B., Crepaldi, M. A., Bolze, S. D. A., Neiva-Silva, L. & Demenecha, L. M. (2020). Impacto en la Salud Mental e Intervenciones Psicológicas durante la Pandemia del Nuevo Coronavirus (COVID-19). *SciELO Preprints*, 1-26 doi: 10.1590/SIELOPREPINTS.58
- Stewart, L. H., Trunkey, K. & Rebagliatti, S. G. (2007). Emergency medicine in space. *The Journal of emergency medicine*, 32(1), 45-54.
- Tan, W. et al (2020). Is returning to work during the COVID-19 pandemic stressful? A study on immediate mental health status and psychoneuroimmunity prevention measures of Chinese workforce. *Brain, behavior, and immunity*, 87. doi: [10.1016/j.bbi.2020.04.055](https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.055)
- Tomasi, S. N. (2020). Historia de las Pandemias Mundiales y la Economía. *Megatem. Historia Económica*. Recuperado de: <https://magatem.com.ar/historia-de-las-pandemias-mundiales-y-la-economia.pdf>.
- 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: 10.1177/0020764020915212
- Torres, M. (2020). Cuarentena – Una mirada histórica.docx. Universidad Mayor de San Marcos. From the SelectedWorks of Mitchel Torres. Recuperado de: <https://works.bepress.com/mtorres/1/>.
- Tull, M., Edmonds, K., Scamaldo, K., Richmond, J., Rose, J., Gratz, K. (2020). Psychological outcomes associated with stay at home orders and the perceived impact of COVID-19 on daily life. *Psychiatry Research*, 289, 113098. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113098
- Ubillos Landa, S., González Castro, J. L., Puente Martínez, A. & Gracia Leiva, M. (2020a). Afrontando el impacto del COVID-19: resultados preliminares II. doi: 10.36443/10259/5302
- Ubillos Landa, S., González Castro, J. L., Puente Martínez, A. & Gracia Leiva, M. (2020b). Afrontando el impacto del COVID-19: resultados preliminares III. doi: 10.36443/10259/5360
- Valero Cedeño, N. J., Vélez Cuenca, M. F., Duran Mojica, A. A. & Torres Portillo, M. (2020). Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión? *Enferm Inv*, 5(3), 63-70. Recuperado de: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/indez.php/enti>.

- Vázquez, C (2006). La Psicología Positiva en perspectiva. *Papeles del Psicólogo*, 27(1): 3-13.
- Vázquez, C. & Hervás, G. (2008). *Psicología Positiva Aplicada*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Vázquez, C. & Hervás, G. (Coords.) (2009). *La ciencia del bienestar: fundamentos de una psicología positiva*. Madrid: Alianza.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3, 87-116.
- Walters, M. (2003). *Six modern plagues and how we are causing them*. Washington, D.C: Island Press.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C.S. et al. (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. *Int J Environ Res Public Health*, 17(5), 1729. doi: 10.3390/ijerph17051729
- Westerhof, G. J. & Keyes, C. L. (2010). Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *Journal of Adult Development*, 17(2), 110-119.
- Wilder-Smith A. & Freedman D. O. (2020). Isolation, quarantine, social distancing and community containment: Pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *Journal of Travel Medicine*, 27(2), taaa020. doi: 10.1093/jtm/taaa020
- World Health Organization. (2020). *Intervención del Director General de la OMS en la conferencia de prensa sobre el 2019-nCoV del 11 de febrero de 2020*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020>
- Xiang, Y. T. et al. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*, 7, 228-9. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30046-8
- Yang, H. & Ma, J. (2020). How an epidemic outbreak impacts happiness: Factors that worsen (vs. protect) emotional well-being during the coronavirus pandemic. *Psychiatry Research*, 289, 113045. doi:10.1016/j.psychres.2020.113045
- Yin, K., He, J. & Fu, Y. (2013). Positive Mental Health: Measurement, Prevalence, and Correlates in a Chinese Cultural Context. En C. L. M. Keyes (Ed.), *Mental Well-Being* (111-132). Springer Netherlands. doi: 10.1002/pmh.1216

9. Anexo

CUARENTENA Y ESTADO EMOCIONAL

Seguimos agradeciendo tu colaboración. Como en las ocasiones anteriores continuamos estudiando cómo se siente la gente a lo largo de la cuarentena. En este cuestionario te preguntaremos como te sentiste durante esta semana de cuarentena. Desde ya tu participación es muy valiosa y la agradecemos.

***Obligatorio**

contraseña *

2020

Siguiente Página 1 de 5

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. [Notificar uso inadecuado](#) - [Términos del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

Google Formularios

CUARENTENA Y ESTADO EMOCIONAL

CUARENTENA Y ESTADO EMOCIONAL

Gracias por participar. Esta es una investigación que busca estudiar las emociones de las personas en tiempos de crisis. Los resultados permitirán la construcción de protocolos de salud mental para afrontar situaciones futuras.

Pueden participar todas las personas mayores de 18 años. La participación es voluntaria y todos los datos que brindes son anónimos. Esta es una investigación llevada a cabo por un grupo de investigadores de la Universidad de Palermo - CONICET.

Cualquier duda que te surja al contestar esta encuesta puedes comunicarte a cuarentenayemocion@gmail.com

Atrás **Siguiente** Página 2 de 5

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. [Notificar uso inadecuado](#) - [Términos del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

Google Formularios

CUARENTENA Y ESTADO EMOCIONAL

*Obligatorio

CUARENTENA Y ESTADO EMOCIONAL II

Durante el aislamiento social obligatorio por el COVID-19, comenzado el 20/3/2020, usted principalmente... *

- Permaneció aislado
- Debió concurrir a su espacio laboral
- Asistió a personas que se encontraban aisladas

¿Durante el aislamiento social obligatorio por el COVID-19, usted se vio alejado de un familiar de su grupo conviviente? *

- No
- Sí, pareja
- Sí, hijos
- Sí, padres
- Sí, otros

Desde el aislamiento social obligatorio, ¿se han modificado sus hábitos de sueño? *

- No
- Sí, duermo más
- Sí, duermo menos

¿Ha estado o está enfermo de COVID-19? *

Sí

No

¿Alguno de sus convivientes o personas a cargo ha estado o está enfermo de COVID-19? *

Sí

No

¿Alguno de sus familiares, amigos o conocidos ha estado o está enfermo de COVID-19? *

Sí

No

[Atrás](#) [Siguiente](#) Página 3 de 5

CUARENTENA Y ESTADO EMOCIONAL

*Obligatorio

DURANTE ESTA ÚLTIMA SEMANA DE CUARENTENA, CUANTAS VECES USTED SE HA SENTIDO...

0 = nunca
1 = una o dos veces
2 = casi todos los días
3 = todos los días

Feliz *

0 1 2 3

Interesado por su vida *

0	1	2	3
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Satisfecho *

0	1	2	3
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Que tiene algo importante para contribuir con la sociedad *

0	1	2	3
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Que forma parte de una comunidad *

0	1	2	3
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Que nuestra sociedad se está convirtiendo en un mejor lugar para la gente *

0	1	2	3
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Que la gente es buena *

0	1	2	3
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Que está bien la forma en la que funciona la sociedad *

0	1	2	3
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Que le agrada casi todo de su personalidad *

0	1	2	3
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Que maneja bien las responsabilidades diarias *

0	1	2	3
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Que tiene relaciones cálidas y confiables con las personas *

0	1	2	3
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Que ha tenido experiencias que lo han desafiado a crecer y convertirse en mejor persona *

0	1	2	3
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Seguro de pensar y expresar las propias ideas y opiniones *

0	1	2	3
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Que su vida tiene dirección y sentido *

0	1	2	3
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Atrás

Siguiente

 Página 4 de 5

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. [Notificar uso inadecuado](#) - [Términos del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

CUARENTENA Y ESTADO EMOCIONAL

*Obligatorio

otros datos

Género *

- Femenino
- Masculino
- Otro

Edad *

Tu respuesta _____

Edad *

Tu respuesta _____

Estado civil *

- Soltero/a
- En pareja (casado, unido, novio)
- Separado/a
- Divorciado/a
- Viudo/a

Usted vive... *

- Solo
- Con su pareja
- Con su pareja e hijos
- Con sus hijos
- Con sus padres
- Con otros familiares
- Con amigos
- Otro: _____

¿Tiene mascotas? *

- Sí
- No

Situación laboral (si es más de una elija su actividad principal) *

- Empleador
- Monotributista
- Empleado sector público
- Empleado sector privado
- Desempleado
- Ama de casa
- Jubilado
- Estudiante

Estudios *

- Primario incompleto
- Primario completo
- Secundario incompleto
- Secundario completo
- Terciario o universitario incompleto
- Terciario o universitario completo
- Otro: _____

Lugar de residencia *

- CABA
- Gran Buenos Aires
- Resto de la provincia de Buenos Aires
- Otras provincias (contestar el siguiente ítem)

¿Qué provincia?

Tu respuesta _____

Atrás

Enviar

Página 5 de 5

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. [Notificar uso inadecuado](#) - [Términos del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

Google Formularios