

Universidad de Palermo

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador

“Investigación sobre el bienestar emocional, psicológico y social en la séptima semana del aislamiento preventivo, social y obligatorio por el COVID 19”

Yukelson, Vanesa Iriana

Tutora: Dra. Natalia Irrazabal

Buenos Aires, 14 de diciembre de 2020

Índice

1. Introducción	3
2. Objetivo General	3
2.1. Objetivos Específicos	3
3. Hipótesis	4
4. Marco Teórico	4
4.1. Salud Mental y Bienestar	4
4.1.1. Salud Mental	4
4.1.1.1. Psicología Positiva	7
4.1.2. Bienestar	10
4.1.3. Bienestar psicológico, emocional y social	12
4.1.4. Bienestar psicológico, emocional y social según género, rango etario, nivel educativo y aislamiento en compañía o sin compañía	16
4.2. Pandemia	19
4.2.1. Historia de otras pandemias. Pandemia por COVID-19	19
4.2.2. Medidas de control	21
4.3. Cuarentena y Aislamiento social	23
4.3.1. Consecuencias en la salud mental	23
4.4. Cuarentena y Aislamiento	24
4.4.1. Cuarentena y Aislamiento por COVID-19. Consecuencias psicológicas en el bienestar según variables sociodemográficas	24
5. Metodología	27
5.1. Tipo de Estudio	27
5.2. Tipo de Diseño	27
5.3. Muestra	27
5.4. Instrumentos	30
5.4.1. Procedimiento	30
5.4.2. Análisis de datos	31
6. Resultados	31
6.1. Bienestar emocional, psicológico y social y rango etario	31
6.2. Bienestar emocional, psicológico y social y género	33
6.3. Bienestar emocional, psicológico y social y nivel educativo	34
6.4. Bienestar emocional, psicológico y social y forma de convivencia durante el aislamiento	35
7. Conclusiones	37
8. Referencias	45

9. Anexo A..... 54

1. Introducción

La práctica de investigación se realizó en el marco de la materia Práctica y Habilitación Profesional de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo y se desarrolló a fin de analizar los cambios en los niveles de bienestar en la población adulta a lo largo de la pandemia. En el presente trabajo, el corte temporal para el análisis, se realizó en la séptima semana de iniciar el aislamiento preventivo, social y obligatorio, durante la pandemia decretada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) debido al contagio masivo de un virus (COVID-19).

A fin de realizar la práctica, y debido a la pandemia, se organizó la manera de recolectar información a través de un formulario, el cual se administró de manera on line a través de diversas redes sociales. Se realizó el análisis sobre la muestra recolectada y se procedió al seguimiento de las respuestas y los datos se cargaron en un Excel para posteriormente realizar los análisis estadísticos. Paralelamente se buscó bibliografía sobre pandemias, aislamiento, bienestar. En este estudio transversal, se analizaron las diferencias en el bienestar psicológico, social y emocional según sexo, edad, nivel educativo y la manera de transitar el aislamiento, ya sea solo o acompañado.

2. Objetivo General

Evaluar los niveles de bienestar psicológico, social y emocional en adultos de 18 años en adelante, en la séptima semana de aislamiento preventivo, social y obligatorio por COVID-19, según sexo, rango etario, nivel educativo y tipo de convivencia.

2.1. Objetivos Específicos

- Determinar si existen diferencias en el bienestar emocional, psicológico y social en la séptima semana de aislamiento preventivo, social y obligatorio por el COVID-19, entre los adultos de 18 a 30 años, los de 30 a 60 años y el grupo de adultos de más de 60 años.
- Determinar si existen diferencias en el bienestar emocional, psicológico y social en la séptima semana de aislamiento preventivo, social y obligatorio por el COVID-19, entre las mujeres mayores de 18 años y los hombres en las mismas condiciones.
- Determinar si existen diferencias en el bienestar psicológico, emocional y social en la séptima semana de aislamiento preventivo, social y obligatorio por el COVID-19, entre las personas en función del nivel educativo universitario.

- Determinar si existen diferencias en el bienestar emocional, psicológico y social en la séptima semana de aislamiento preventivo, social y obligatorio por el COVID-19, entre las personas acompañadas y las personas sin compañía en dicho aislamiento.

3. Hipótesis

- H1. Los adultos de 30 a 60 años presentan mayor bienestar emocional, psicológico y social en la séptima semana de aislamiento preventivo, social y obligatorio por el COVID-19 que el grupo de adultos de 18 a 30 años y el grupo de más de 60 años.
- H2. Los hombres mayores de 18 años presentan mejores niveles de bienestar emocional, psicológico y social, en la séptima semana de aislamiento preventivo, social y obligatorio por el COVID-19, que las mujeres en las mismas condiciones.
- H3. Las personas con estudios universitarios, muestran mayor bienestar psicológico, emocional y social, en la séptima semana de aislamiento preventivo, social y obligatorio por el COVID-19, que las personas sin estudios universitarios.
- H4. Las personas adultas aisladas en compañía, en la séptima semana de aislamiento preventivo, social y obligatorio por el COVID-19, presentan mayor bienestar emocional, psicológico y social que las personas aisladas sin compañía.

4. Marco Teórico

4.1. Salud Mental y Bienestar

4.1.1. Salud Mental

A lo largo de la historia existieron tres concepciones de salud. En primer lugar, la corriente patológica que fue la visión dominante históricamente relacionada con el sufrimiento y que entiende la salud como ausencia de enfermedad. La segunda visión es la salugénica, que fue fundada por los griegos y popularizada por Antonovsky a finales del siglo XX y continuada por los doctrinarios humanísticos como Rogers y Maslow. El enfoque salugénico considera la salud como la presencia de un estado positivo de las capacidades humanas y el funcionamiento del pensamiento, los sentimientos y la conducta. El tercer enfoque, se refiere al modelo de estado completo, y se expresa en la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), que hace mención a salud en general como un estado completo que consiste en la presencia de un estado

positivo de las capacidades humanas y de funcionamiento y la ausencia de enfermedad. Se incluye tanto al paradigma patológico y al salugénico, pudiendo así incluir toda la salud de la población (Keyes, 2007). La salud fue considerada no solamente como la ausencia de enfermedad sino como la presencia de algo positivo (Keyes & Simoes, 2012; OMS, 1948; Ryff & Singer, 1998). En este sentido, Ryff y Keyes (1995), concluyeron que la salud no es solamente la ausencia enfermedad mental y no es simplemente la presencia de altos niveles de bienestar subjetivo.

Las propuestas de Keyes (2001, 2002) se refieren a los conceptos de florecimiento y languidecimiento en la vida. Se presenta una definición de la salud mental como un síndrome con síntomas positivos y funcionamiento positivo social y psicológico en la vida, operacionalizada por medidas de bienestar subjetivo, como las percepciones y evaluaciones individuales sobre la vida y la calidad de su funcionamiento. Un diagnóstico con presencia de salud mental se entiende como floreciente y la ausencia de salud mental como languideciente. La salud mental es más que la ausencia de enfermedad, es un estado completo que consiste en la presencia y ausencia de enfermedad mental y de síntomas de salud mental y se mide a través de indicadores como el bienestar emocional, psicológico y social. Empíricamente la salud mental y enfermedad mental no son extremos opuestos de una evaluación de un continuo sino que el continuo de salud mental consiste en estados de salud mental completo a incompleto. Adultos con salud mental completa están florecientes en la vida con altos niveles de bienestar y reportaron la mejor salud emocional, menores pérdidas de días de trabajo. Para lograr este estado floreciente, es necesario tener emociones positivas y un funcionamiento psicológico y social positivo. Adultos con un estado de salud mental incompleto están languidecientes en la vida, con bajos niveles de bienestar, ausencia de salud mental que está asociado a una pobre salud emocional, con limitaciones en la vida diaria y con una alta posibilidad de pérdida de días de trabajo que los individuos atribuyen a su salud mental. El estado languideciente se relaciona con el vacío, el estancamiento en la vida. La mayoría de la población se encuentra en la categoría de moderada respecto a la salud mental. El esquema diagnóstico para la salud mental es análogo al esquema usado para diagnosticar la depresión mayor.

Posteriorment, Keyes (2005) propone que un diagnóstico de salud mental optima, se entiende como floreciente, con altos niveles de bienestar emocional, bienestar psicológico y bienestar social, y la ausencia o baja salud mental se la caracteriza como languideciente, en donde aparecen bajos niveles de hedonismo y también bajos índices de funcionamiento psicosocial, y es entendido como un vacío y estancamiento. Así,

propone un continuo en la salud mental que se extiende de la salud mental completa y el florecimiento hasta la enfermedad mental y el languidecimiento, con un estado intermedio de salud mental moderada (Keyes, 2013).

En esta línea, Keyes (2005) desarrolla la Escala de Salud Mental Continua (*The Mental Health Continuum Short Form*; MHC-SF), que incluye las tres dimensiones del bienestar y mide la presencia y ausencia de salud mental. Es decir tanto la salud mental como la enfermedad mental se consideran síndromes que incluyen síntomas de bienestar subjetivo. El estudio confirma que la salud mental y la enfermedad constituyen ejes distintos pero correlacionados, dos continuos diferentes, que sugieren que la salud mental debe ser vista como un estado completo. Por eso, la ausencia de enfermedad no equivale a la presencia de salud mental. Un continuo indica la presencia o ausencia de salud mental positiva y el otro indica la presencia o ausencia de síntomas de enfermedad mental.

Las dimensiones de bienestar del instrumento MHC-SF están reflejadas en la última definición de la salud mental de la Organización Mundial de la Salud, que en 2004 define a la buena salud mental como un estado de bienestar en donde los individuos logran conocer sus habilidades y pueden enfrentar el estrés normal en la vida, pueden trabajar productivamente y pueden realizar una contribución a su comunidad (Keyes, 2007). Según Westerhorf y Keyes (2010), la referencia a la habilidad de las personas de lograr conciencia de sus habilidades y enfrentar el estrés normal de la vida, tendría relación con las medidas de bienestar psicológico y finalmente la mención de las habilidades individuales del trabajo productivo, la contribución a la comunidad, reflejarían las medidas del bienestar social. Los sentimientos de sentirse bien en el funcionamiento en la vida, constituyen la presencia de una salud mental positiva (Keyes, 2002). De todas maneras se ha demostrado que muchos individuos sin desórdenes mentales no se sentían o funcionaban bien. Individuos que no se sentían tristes, como característica de la depresión, no necesariamente tenían altos niveles de felicidad.

Se plantea un modelo doble continuo respecto al bienestar, donde existe ya no un polo enfermo y otro sano del continuo sino dos dimensiones separadas de funcionamiento (Keyes, 2005, 2007). Esta teoría fue corroborada por Fianco et al. (2015), que demostraron que el bienestar no sólo es la ausencia de enfermedad y que el estrés no necesariamente es incompatible con el bienestar subjetivo. Este principio de complementariedad sugiere no sólo que el estrés y el bienestar pueden estar presentes al mismo momento, sino también que hasta cierto punto dependen mutuamente entre ellos. Los clusters conteniendo síntomas de salud mental se espejan con los clusters con

síntomas de enfermedad mental prescritos en el DSM, lo que permite confirmar que ambos pertenecen a dos continuos diferentes (Keyes, 2013). En la época antigua el bienestar era sinónimo de buena salud y se consideraba un bien importante en la vida. Hoy también la salud mental y física son consideradas formas de capital humano para la sociedad. La salud está ligada con el crecimiento y el desarrollo de los pueblos. La pérdida de salud mental se asocia a un aumento de riesgo de desarrollar un trastorno mental en el tiempo. La promoción de salud mental, busca elevar los niveles de salud mental positiva y proteger la pérdida de salud (Keyes, 2007, 2013). Los tratamientos apuntan a aquellos con enfermedad mental y la prevención apunta a aquellos vulnerables de enfermedad. El cambio de paradigma hacia la promoción de salud mental requiere superar el concepto de salud como la ausencia y presencia de enfermedad y poder considerar también la ausencia y presencia del bienestar mental. El error es considerar la falta de enfermedad con la presencia de salud (Keyes 2005).

Por su parte, Seligman (2011) plantea su teoría del bienestar bajo el acrónimo PERMA, por sus siglas en inglés, *positive emotions, engagement, relationships, meaning* y *achievement*, que hacen referencia a los cinco componentes del bienestar: las emociones positivas, el compromiso, las relaciones positivas, el sentido y el logro. Seligman hace énfasis en el florecimiento para describir la presencia de ambos bienestares hedónico y eudaimónico (Lupano Perugini, De la Iglesia, Castro Solano & Keyes, 2017). Seligman inicia con el nuevo paradigma de la psicología positiva, que se desarrollará en el siguiente apartado.

4.1.1.1. Psicología Positiva

Sus comienzos se remontan a 1998 con el discurso inaugural de Seligman como presidente de la Asociación Americana de Psicología. Seligman (1998) entiende la psicología positiva como una ciencia que se enfoca en las cualidades positivas del individuo, como optimismo, habilidades interpersonales, capacidad de experimentar placer y la responsabilidad social. Seligman y Csikszentmihaly (2000) sostienen que la psicología positiva estudia científicamente el bienestar humano y las fortalezas que permiten tanto el crecimiento de los individuos como de las sociedades. Desde este paradigma se critica el foco en la cura de la enfermedad mental en lugar de estudiar aspectos funcionales del psiquismo e intentar promover una mejor calidad de vida.

Clásicamente la psicología se enfocó en la supervivencia en condiciones de adversidad pero dejó de lado la posibilidad de florecimiento en situaciones positivas, el

conocimiento sobre lo que hace una vida válida para ser vivida. En este sentido, Lupano Perugini y Castro Solano (2010) sostienen que antes de la Segunda Guerra Mundial la psicología tenía tres metas: curar la enfermedad mental, ayudar a las personas a tener una vida mejor y promover e identificar el talento. Posteriormente, se hizo hincapié en el estudio de las diversas psicopatologías. A través del surgimiento de la psicología positiva, se intentó cumplir con las primera que no pudieron lograrse, más allá de tratamiento de la enfermedad mental (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Desde esta corriente se intentó poner foco no sólo en arreglar lo que está mal sino también en poder cultivar lo mejor de cada uno (Seligman, 2003).

Los autores plantean tres temas importantes dentro de la psicología positiva: el primero se refiere a la experiencia positiva, lo que hace que un momento sea mejor que otro, y lo relacionan con los conceptos de bienestar emocional de Diener (1984), optimismo de Peterson, la felicidad de Myers y la autodeterminación de Ryan y Deci (2000), entre otros. El segundo hace referencia a la personalidad positiva, entendiendo al ser humano con capacidad de auto organizarse, auto determinarse y adaptarse. Consideran cuatro rasgos que contribuyen en la psicología positiva: el bienestar subjetivo, el optimismo, la felicidad y la autodeterminación. Se plantea como fundamental el optimismo como rasgo que media entre los eventos externos y la interpretación personal de lo que ocurre. Ryan y Deci (2000) también hacen referencia a otro rasgo que es la autodeterminación, que se relaciona con tres necesidades básicas: la pertenencia, la autonomía y la competencia. Cuando estas necesidades están satisfechas el bienestar personal y el desarrollo social están garantizados.

El tercer tema se relaciona con el contexto social, ya que el ser humano y sus experiencias se desarrollan dentro de ésta, por lo que se incluye a la comunidad positiva y a las instituciones positivas. Los seres humanos son responsables de su propia evolución, eligiendo los instrumentos que los definen individualmente. La motivación se refiere no sólo a la supervivencia y adaptación sino también a la reproducción de las experiencias óptimas.

Inicialmente Seligman desarrolló su teoría de la auténtica felicidad en el que planteaba los tres pilares de estudio: la experiencia subjetiva positiva, los rasgos individuales positivos y las instituciones positivas, (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Seligman, 2002, 2005). Seligman (2002), en su libro sobre la felicidad auténtica, que es la base de la psicología positiva, entiende que existen tres vías para lograr una vida plena. La primera, la experiencia subjetiva positiva, es a través de las emociones positivas, la

vida placentera, siendo este camino el más asociado a la felicidad. Se intenta incrementar la cantidad de emociones positivas para ser feliz, sensaciones de placer, excitación, euforia y confort. Una postura principalmente hedonista que considera a la felicidad según la mayor cantidad de momentos felices en la vida, alcanzables a través de diferentes técnicas como el saboreo, el mindfulness, entre otros. Una segunda ruta de acceso a la felicidad, los rasgos individuales positivos, se relaciona con el compromiso en la vida. El placer aparece con la tarea efectiva y con la capacidad de sentir *flow*, que es un estado que requiere una proporción entre la habilidad personal y la exigencia propia de la actividad. Este estado requiere un trabajo y esfuerzo. El tema del flow o compromiso en la tarea fue desarrollado por Csikszentmihaly. Las primeras dos rutas están relacionadas con cuestiones individuales. La tercera vía de acceso es la vida con significado, las instituciones positivas, la cual incorpora al entorno. Se relaciona con la búsqueda de sentido y eso implica tener algo en qué creer mayor a sí mismo. El uso de las fortalezas para ayudar a los demás y que éstos desarrollen su potencialidad. Se busca un sentido vital que requiere el sostén de las instituciones, como la familia, trabajo, la escuela, la comunidad.

Respecto a las intervenciones de la psicología positiva, es importante comprender que eliminar lo negativo no necesariamente conlleva consecuencias positivas (Keyes & López, 2002). Seligman (2011) plantea la teoría multidimensional del bienestar o modelo PERMA en el cual la psicología positiva aparece para el estudio del bienestar, y agrega dos elementos a su primera teoría que son los vínculos personales y el logro. Así, las relaciones están integradas por los sentimientos de pertenencia social, sentimientos de cuidado y satisfacción con la red social, y por el logro, que se refiere a las conductas hacia los objetivos personales y la obtención de reconocimiento social y el sentido personal del logro. El foco de esta última teoría es el *flourishing* y no la satisfacción vital. A fin de lograr el florecimiento humano se intentan incrementar los elementos del bienestar. Keyes (2002) se refiere al florecimiento como la experiencia de sentirse bien y funcionar eficazmente. Más tarde, Keyes (2005), unificó las concepciones hedonistas y eudaimónico para investigar el bienestar. Aparecen los tres bienestares: el emocional, el bienestar psicológico y el bienestar social.

Lo importante del trabajo de Seligman fue el poder identificar las tendencias, ponerle un nombre y adaptarlas para la ciencia, organizándola y promoviendo la investigación, ya que el bienestar y los factores de contribución con el mismo venían siendo estudiados con anterioridad. Asimismo, la psicología positiva intentó dejar el

modelo médico centrado en la enfermedad, a un enfoque salutífero, centrado en el desarrollo de las potencialidades (Gancedo, 2008).

4.1.2. Bienestar

Las raíces del estudio del bienestar se fundan en los inicios de la salud mental positiva, que se sitúan a partir de 1959 con el trabajo de la psicóloga Jahoda, que se refiere al bienestar psicológico e indica seis componentes de este modelo: la autoaceptación, el crecimiento personal, la integración del yo, la autonomía, la percepción preservada de la realidad y el dominio del medio ambiente. Por su parte, Gurin, Veroff y Feld (1960), se refieren al bienestar subjetivo como la valoración individual de la propia satisfacción y felicidad en la vida (Keyes, 2013). Dichos aportes permitieron que posteriormente, Ryff (1989) desarrollara el concepto de bienestar psicológico y Diener (1984) el bienestar emocional o subjetivo. Posteriormente Keyes en 1998 ampliará el campo con el concepto de bienestar social, alejado del foco en lo individual.

Keyes, Ryff y Shmotkin (2002), respecto a optimizar el bienestar, sostienen que dentro del bienestar subjetivo aparecen indicadores de felicidad del bienestar hedónico pero también existe la valoración cognitiva respecto a la satisfacción en la vida. En este sentido, se sostiene que el bienestar subjetivo involucra dos dominios amplios, bienestar emocional y funcionamiento positivo (Keyes, 2013). De todas maneras, el bienestar emocional, psicológico y social reflejan tres distintos factores y están correlacionados entre sí (Keyes, 2005).

El modelo tripartito de salud mental incluye en la concepción multidimensional, al bienestar subjetivo o emocional, al bienestar psicológico y el bienestar social. El bienestar emocional incluye aspectos positivos y satisfacción con la vida como también la ausencia de afectos negativos. El bienestar psicológico se enfoca en el crecimiento y desarrollo de la persona, involucrando las dimensiones de autoaceptación y sentido en la vida. El bienestar social, por su parte, pone foco en los aspectos positivos del bienestar humano respecto a la interacción con otros y con la comunidad. (Joshnloo, Sirgy & Park, 2018).

Tal como sostienen Ryan y Deci (2001), el bienestar mental de las personas es un constructo multidimensional que incluye dos dimensiones, la hedónica y la eudaimónica. La tradición hedonista se refiere a la felicidad de una persona en relación a la frecuencia de emociones positivas por sobre las negativas. Esta felicidad es subjetiva y se refiere al placer versus el displacer, elementos de la vida buenos o malos. Mientras que la tradición

eudaimónica, hace foco en el potencial humano al alcanzar metas vitales importantes a nivel personal (Henderson & Knight, 2012). En esta misma línea, Joshanloo (2016) considera que, desde la perspectiva hedónica, una vida buena es una vida placentera y dentro del bienestar mental se hace referencia a la experiencia de placer y el logro de un valor subjetivo de bienestar. Estos modelos que sostienen el bienestar hedónico, dejan de lado el funcionamiento óptimo para medir el bienestar mental.

Existen grandes críticas al modelo hedónico del bienestar por considerarlo incompleto. Keyes (2013), se refiere al bienestar hedónico como sentirse bien sobre la vida, mientras que el bienestar eudaimónico se refiere a funcionar bien en la vida. Y se observó que, en el corto plazo, cuando los individuos realizan progresos en su funcionamiento en la vida, el bienestar hedónico puede llegar a ser sacrificado (Keyes, 2002; Keyes & Ryff, 2002).

En esta línea, Keyes et al. (2008) expresan que la tradición hedonista se ve reflejada en bienestar emocional; mientras que la tradición eudaimónica en el bienestar social y en el bienestar psicológico. El bienestar eudaimónico es el resultado de la auto actualización y el sentido en las actividades, más que en el disfrute pasivo hedónico. Los bienestares psicológicos y sociales representan los aspectos personales y sociales de la postura eudaimónica (Joshanloo, 2017). Keyes (2005) sostiene que la salud o bienestar mental supera el balance entre el afecto positivo y la satisfacción en la vida. En el funcionamiento positivo, las metas valoradas y las actividades con sentido son ingredientes del bienestar mental, y esta última conceptualización se refiere al bienestar eudaimónico.

Se plantea respecto al bienestar hedónico y al bienestar eudaimónico, que ambas perspectivas son distintas y en cierto sentido, complementarias. (Ryan & Deci, 2001). Gruber, Mauss y Tamir (2011) plantean que si bien la conceptualización hedónica del bienestar maximiza el placer, como efecto positivo y minimiza el dolor como efecto negativo, desde el punto de vista del funcionamiento psicosocial, el afecto positivo puede acarrear consecuencias negativas cuando el nivel de hedonismo supera ciertos límites. Por otro lado, la experiencia de emociones negativas podría provocar aprendizaje para adaptarse al entorno y en este sentido contribuir con el futuro bienestar óptimo. En este mismo sentido, Lomas e Ivztan (2016), plantean que existe una tensión entre lo positivo y lo negativo pero a su vez una íntima conexión. Se critica la subjetividad con la que algo puede ser planteado como positivo o negativo y también se entiende que un mismo evento puede contener ambos estados. Finalmente, existe el principio de complementariedad que

entiende que el bienestar y el florecimiento dependen en un balance complejo entre la luz y la oscuridad presentes en la vida. La valoración de las polaridades depende del contexto.

Hasta aquí se realizó un análisis sobre los antecedentes de la salud mental y los posteriores desarrollos en este tema. En el siguiente apartado, se hará mayor énfasis en los diferentes aspectos del bienestar.

4.1.3. Bienestar psicológico, emocional y social

Gurin et al. (1960) indican que el bienestar psicológico hace foco en el desarrollo de las potencialidades individuales o tareas evolutivas que ocurren a lo largo del desarrollo. En este sentido, se encontraría la actitud positiva, la auto aceptación, el poder mantener relaciones cálidas, íntimas y satisfactorias, la autodeterminación e independencia, la autonomía, el manejo del entorno para satisfacción de necesidades y valores personales, el sentido vital. Por su parte, Ryff (1989) define al bienestar psicológico como un constructo multidimensional que se desarrolló considerando diversos conceptos y autores; por ejemplo el concepto de autorrealización de Maslow, el concepto funcionamiento completo de Rogers, el de salud mental de Jahoda, el sentido de la vida de Frankl, el desarrollo personal de Erikson, entre otros.

Existen seis dimensiones que describen el funcionamiento psicológico óptimo característico del bienestar psicológico, también confirmadas en la población general norteamericana por Ryff y Keyes (1995). Primero, la autoaceptación, que es la actitud positiva hacia sí mismo, aceptando los aspectos personales buenos y malos y con sentimientos positivos respecto al pasado; segundo, las relaciones positivas, en relación a poseer relaciones cálidas, satisfactorias y confiables con otros, como también alta empatía y afectividad; tercero, la autonomía, que se refiere a la autodeterminación, independencia, resistencia a las presiones sociales, evaluación personal bajo estándares propios y autoregulación; la cuarta es el sentido de la vida, tener metas y trabajar para lograrlas, plantearse un propósito en la vida, dar sentido al pasado y presente con metas y objetivos vitales; la quinta es el crecimiento personal, relacionado con sentimiento de crecimiento continuo, estar abierto a nuevas experiencias, reconocimiento de las propias potencialidades, autoconocimiento y efectividad; y la sexta es el dominio del entorno, la sensación de dominio y competencia en el manejo del entorno, el uso de las oportunidades que ofrece el afuera y la creación de contextos para satisfacer necesidades y valores personales.

El bienestar se relaciona con la filosofía eudaimónica. Keyes (1998), entiende que el bienestar psicológico representa un criterio más personal y privado para evaluar el funcionamiento personal y que las dimensiones del bienestar psicológico, son reflexiones intrapersonales respecto al ajuste personal en la propia vida. Keyes et al. (2002), sostienen que dentro del bienestar psicológico, el crecimiento personal y el sentido en la vida son los que reflejarían el bienestar eudaimónico. El bienestar psicológico hace referencia a la percepción de los desafíos existenciales. Asimismo, la personalidad está fuertemente ligada con el bienestar psicológico y sus dimensiones. La capacidad de mantener altos niveles de sentido, maestría, crecimiento frente a adversidades dio luz el concepto de resiliencia.

El bienestar subjetivo es un concepto amplio que incluye la experiencia de emociones agradables, un bajo nivel de emociones negativas y un alto nivel de satisfacción con la vida. Gurin et al. (1960) plantean la definición como un conjunto de fenómenos que incluyen las respuestas emocionales, diferentes campos de satisfacción con la vida y pensamientos globales de satisfacción en la vida, siendo tres los componentes principales: la satisfacción en la vida, el afecto positivo y el afecto negativo. El bienestar emocional o subjetivo fue sistematizado por Diener (1984) que lo define por las evaluaciones cognitivas y afectivas que una persona hace en torno a su vida, estas evaluaciones incluyen tanto reacciones emocionales a acontecimientos, como juicios sobre satisfacción y logro.

Diferentes autores plantean definiciones sobre el bienestar emocional. Keyes y Ryff (1999) lo entienden como un conjunto de síntomas que reflejan la presencia o ausencia de emociones positivas sobre la vida, las cuales se evalúan individualmente con escalas que mide la presencia de afecto positivo, ausencia de afecto negativo y satisfacción con la vida. Por su parte, Diener, Suh y Oishi (1997) sostienen que el bienestar subjetivo es la manera de evaluación personal de la vida, realizada como cogniciones, es decir las evaluaciones y pensamientos de la propia satisfacción con la vida, o como afectos, en relación con emociones de placer o displacer en relación a su vida.

La definición subjetiva de calidad de vida implica garantizar a toda persona el derecho de decidir el valor de su propia vida. Este concepto respecto de la definición de la vida como buena se llama bienestar subjetivo y en términos coloquiales se lo asemeja a la felicidad. Las personas poseen un alto nivel de bienestar subjetivo cuando sienten emociones placenteras y pocas emociones displacenteras, cuando están comprometidas

con actividades que les interesan, cuando sienten placer y poco dolor y cuando están satisfechas con sus vidas. Dentro del bienestar subjetivo se encuentra la satisfacción con la vida, referido al juicio global sobre la vida personal; la satisfacción en importantes dominios, por ejemplo la satisfacción laboral; el afecto positivo, como la experiencia de emociones y estados de ánimo placenteros; y los bajos niveles de emociones o afectos negativos, referidos a la experiencia de pocas emociones y estados de ánimo displacenteros.

Se sostiene que el foco de las investigaciones se modificó para enfocarse con el cuándo y por qué las personas son felices y cuáles son los procesos que influyen el bienestar subjetivo. Los valores y las metas están relacionadas con la percepción de los eventos como buenos o malos y por lo tanto se entiende que el cambio de objetivos es un componente de la adaptación. Los factores culturales y sociales también influyen en el bienestar subjetivo. En este sentido hay países que cuentan con posibilidad de satisfacer las necesidades básicas de sus habitantes y presentan mayores niveles de bienestar subjetivo. Los factores culturales influyen en la elección de metas y valores y como consecuencia modifican el bienestar subjetivo. Las variaciones en el optimismo, el positivismo, respaldo social, afrontamiento y regulación de los deseos individuales, son parte de la variación cultural que influye en los niveles de bienestar subjetivo. Una persona feliz tiene un temperamento positivo, tiende a observar el lado bueno de las cosas, no se centra en los hechos negativos, siente que vive en una sociedad con desarrollo económico, tiene apoyo social y recursos adecuados para lograr las metas vitales (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999).

Keyes (1998) amplió el campo de estudio del bienestar introduciendo el concepto de bienestar social, alejado del foco en lo individual y con un criterio más público al evaluar el funcionamiento en la vida. Se sostiene que el funcionamiento positivo incluye los desafíos sociales y propone el bienestar social con cinco dimensiones. Primero, la coherencia social; segundo, la actualización social; tercero, la integración social; cuarto, la aceptación social y quinto, la contribución social. Es decir, los individuos funcionan bien cuando pueden entender a la sociedad y atribuirle sentido, cuando la ven como un lugar posible de crecimiento personal, cuando sienten pertenencia y son aceptados por su comunidad, cuando aceptan los roles sociales y cuando se ven contribuyendo con la misma.

Si bien es menos evidente el aporte del bienestar social a la salud mental, es importante la calidad de compromiso individual en la sociedad y la vida para contribuir

con el bienestar. Los indicadores de bienestar emocional son identificados dentro la satisfacción individual y los aspectos positivos en la vida en general pero no se menciona la vida social. Las dimensiones del bienestar social también son reflexiones intrapersonales respecto al ajuste personal en la propia vida (Keyes, 1998).

Se entiende que el bienestar social refleja la salud individual, en la medida en que la respuesta interna a un estímulo en forma de sentimientos, pensamientos o conductas, reflejan satisfacción o ausencia de satisfacción con el medio social. El bienestar se define como la capacidad de mostrar una actitud positiva y aceptación con las diferencias individuales -aceptación social-, la creencia en la sociedad y sus miembros con capacidad de evolucionar positivamente -actualización social-, la percepción de poder aportar algo útil y relevante a la sociedad -contribución social- y la preocupación e interés en los demás -integración social- (De Lara Machado & Ruschel Bandeira, 2015).

Keyes (1998) sostiene que el funcionamiento personal óptimo debe contemplar el bienestar social como reflejo de la salud social positiva. El bienestar social es la evaluación personal de las circunstancias y el funcionamiento en la sociedad. El bienestar social incluye cinco aspectos: Primero, la aceptación social, que se refiere a la actitud positiva respecto a las personas, entendiendo y aceptando a los otros y su complejidad, siendo la contraparte social del concepto de aceptación personal de Ryff; segundo, la realización social, que es la actitud positiva respecto del propio desarrollo y progreso social y al entendimiento de que la cooperación y los esfuerzos colectivos permiten el crecimiento social, siendo equivalente a la dimensión de crecimiento personal del bienestar psicológico; tercero, la contribución social, por su parte, se basa en la creencia de la posibilidad de contribuir individualmente a la sociedad y al reconocimiento por dicha contribución; cuarto, la coherencia social sostiene que la sociedad y las instituciones son útiles y tienen un sentido para alcanzar el bienestar social, siendo la percepción de la calidad, organización y operación del mundo social e incluye la preocupación por el conocimiento del mundo; y quinto, la integración social referida al sentido de pertenencia a una comunidad y los sentimientos de respaldo y confort con el grupo de pertenencia, la evaluación de la calidad de las relaciones entre la sociedad y la comunidad (Joshnloo et al., 2018; Keyes, 1998).

Keyes (1998) sostiene que una persona sana, se siente parte de la sociedad, y no considera que vive en un mundo perfecto pero mantienen el deseo de dar sentido a su vida. Se propone el concepto de vida floreciente en la cual existen emociones positivas para un funcionamiento óptimo social y psicológico. Las personas florecientes tienen un

alto nivel de bienestar social, es decir satisfacción con su entorno cultural y social y con una visión centrada en lo social más allá de lo individual (Keyes, 2005, 2013).

Joshanloo (2019), realizó un estudio longitudinal respecto a las relaciones entre el bienestar psicológico y el bienestar emocional. En este sentido, concluyó que el bienestar psicológico predecía aumentos en el bienestar emocional dentro de los 10 o 20 años, no siendo la relación inversa. Posteriormente y junto a otros colaboradores, estudió la relación entre el bienestar social y el bienestar emocional. Concluyeron que se puede predecir el bienestar subjetivo a través de bienestar social pero que el bienestar subjetivo no puede predecir a largo plazo, al bienestar social. Estos resultados coinciden con la teoría de la autodeterminación planteada por Deci y Ryan (2000, 2010), por la cual el funcionamiento psicosocial es antecedente del bienestar subjetivo.

Evidentemente el bienestar subjetivo resulta importante, principalmente para predecir sus propios niveles futuros. Los resultados del estudio difieren de lo planteado por la teoría de ampliación y construcción de emociones positivas elaborada por Fredrickson (2004). Se plantea que el funcionamiento óptimo se relaciona con la filosofía eudaimónica y depende tanto del bienestar social como del bienestar psicológico. En este sentido los autores otorgan mayor trascendencia al bienestar psicológico y social por sobre el bienestar emocional y consideran importante incluir en todas las investigaciones el análisis eudaimónico del bienestar, además del emocional, para entender los beneficios obtenidos. Asimismo, el bienestar emocional depende del contexto en el que se lo analice, por lo que no se lo podría considerar como un predictor fuerte del funcionamiento óptimo (Joshanloo et al., 2018).

Se plantean en otros estudios que dentro del bienestar social, la coherencia social tendría más relación con el bienestar hedónico, el bienestar subjetivo; mientras que la contribución social se relacionaría más con el bienestar psicológico (Joshanloo, Bobowik & Basabe, 2016).

Se pasará en el siguiente punto, a analizar las relaciones del bienestar con otras variables sociodemográficas.

4.1.4. Bienestar psicológico, emocional y social según género, rango etario, nivel educativo y aislamiento en compañía o sin compañía

Se plantea que el bienestar subjetivo varía en función de variables demográficas, como por ejemplo género, edad, raza, empleo, religión, educación, ingreso, estado civil; así como que también varía por ciertas conductas y sus consecuencias, tales como

contacto social, eventos vitales y actividades; y por último, por la personalidad y el temperamento, que influyen en la felicidad. Diener (2000) realiza una revisión del tipo de temperamento y personalidad que correlacionan con el bienestar subjetivo y las características demográficas de los grupos con alto nivel de bienestar subjetivo, existiendo una relación entre las condiciones sociales y la felicidad. Es interesante entender cómo los valores y las metas de una persona colaboran en la significación de los eventos externos. Es decir, lo importante en términos de felicidad no es sólo lo que ocurre sino lo que se interpreta respecto a lo que ocurre. Otros autores como Ryff y Keyes (1995) plantean también que en diferentes investigaciones se pudo observar que el bienestar psicológico se relacionaba con otras variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil y el contexto comunitario. En este sentido, el bienestar psicológico varía según la edad y el sexo; la autonomía y el dominio del entorno parece incrementarse con la edad, mientras que el sentido de la vida y el crecimiento personal parecen decrecer desde la adultez joven a la vejez; por último, las relaciones positivas y el crecimiento personal aparecen con mayores niveles en las mujeres. También se mostró en las investigaciones que el aumento del nivel educativo también incrementa las dimensiones del bienestar psicológico referidas al crecimiento personal y el sentido de la vida, ambas pilares del bienestar eudaimónico. Se plantea que para estar bien es necesario algo más que sentirse feliz y satisfecho con la vida, entendiendo que el bienestar psicológico apuntaría a la búsqueda del desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal. Finalmente, niveles elevados en el bienestar subjetivo y psicológico, se los relaciona con individuos con alto nivel educativo y que están en la adultez media (Keyes, Ryff & Shmotkin, 2002).

Respecto al género, diversos estudios planteados por Diener y Ryan (2009) sostienen que las mujeres parecen más felices porque experimentan las emociones positivas y negativas con mayor intensidad que los hombres. En concordancia, un estudio en Argentina comprobó que las mujeres presentaban mayores valores que los hombres en el bienestar psicológico, en dominio del entorno y propósito en la vida, y en el bienestar social, en integración social, contribución social y actualización social (Zubieta & Delfino, 2010). En otros estudios las mujeres puntuaron también mejor que los hombres en el bienestar social (Moreta-Herrera, López-Calle, Gordón-Villalba, Ortíz-Ochoa & Gaibor-González, 2018; Peña Contreras et al., 2017).

Contrariamente, otros estudios consideran que las mujeres son un grupo de riesgo y más vulnerable a situaciones de riesgos psicológicos (Haro et al., 2006). En este sentido, Joshanloo, Rastegar y Bakhshi (2012), plantean que los estudiantes hombres puntuaban

más alto que las mujeres respecto al bienestar social. En un estudio realizado en población polaca para la validación del instrumento de medición MHC-SF, que contaba con 2115 participantes, con edades entre 16 a 81 años, y con un porcentaje de mujeres del 55.6%, no se hallaron diferencias significativas entre hombres y mujeres, en ninguna de las dimensiones del bienestar (Karaś, Ciecuch & Keyes, 2014). Góngora y Castro Solano (2018) analizaron la asociación del bienestar psicológico, emocional y social en la población adulta de la ciudad de Buenos Aires en relación diferentes variables sociodemográficas y concluyeron respecto a los distintos tipos de bienestar en relación al sexo, que no se hallaron diferencias en este aspecto. Se determinó en un estudio realizado en África, que respecto al género, no existían asociaciones significativas con el bienestar (Khumalo, Temane & Wissing, 2012).

Respecto a la edad, Salvarezza (2005) plantea sobre la vejez, que la historia personal determinará las conductas defensivas de cada individuo. En esta etapa de la vida se observa la indefensión o invalidez que genera que los viejos dependan de personas más jóvenes. En un estudio realizado en Holanda, se encontró que el bienestar psicológico se asociaba negativamente con la edad (Lamers, Westerhof, Kovács & Bohlmeijer, 2012). En otro estudio realizado en Corea de Norte, se comprobó que los adultos mayores de 60 años presentaban un bienestar emocional menor y no se encontraron diferencias en los distintos tipos de bienestar entre hombres y mujeres (Lim, Ko, Shin & Cho, 2013). En la adaptación italiana del instrumento MHC-SF, respecto a las edades, los resultados indicaron que los adultos de edad media (30-60 años) mostraban más bienestar social que los adultos mayores (Góngora & Castro Solano, 2018; Petrillo, Capone, Caso & Keyes, 2015). Se determinó en otro estudio que la edad no estaba asociada significativamente con el bienestar (Khumalo et al., 2012).

Respecto al nivel educativo, la sociedad no es homogénea sino que está compuesta por subgrupos de individuos con diferencias sociales, de educación, y económicas. Por eso la amenaza de infección es vivida de manera diferente, así las personas con un nivel educativo mayor tendrían menores niveles de miedo ya que podrían tener mayor acceso a información, a consejos médicos, y así incrementar la percepción subjetiva de amenaza. (Ausín, Muñiz & Castellanos, 2017; Pappas, Kiriaze, Giannakis & Falagas, 2009). Khumalo et al. (2012), determinaron en su estudio que el nivel educativo estaba asociado a un mayor nivel de bienestar psicológico. En el estudio de Karaś et al. (2014) no se encontraron diferencias significativas en ninguno de los bienestares respecto al nivel educativo. Góngora y Castro Solano (2018) hallaron que el bienestar psicológico y social

se asocia positivamente con el nivel educativo, y en este sentido, consideraron que el bienestar emocional al vincularse mayormente con cuestiones biológicas, estaría menos afectado por el nivel educativo (Lyubomirsky, 2007).

Respecto al tipo de aislamiento, Ausín et al. (2017), respecto a la soledad y la salud mental de adultos de más de 65 años, sostienen que la soledad se define como una experiencia desagradable o un sentimiento asociado a la falta de relaciones cercanas. Se observan dos dimensiones, la social y la emocional. La soledad social se refiere al déficit de relaciones sociales de una persona, de una red social y de soporte. La soledad emocional, por su parte, es la falta de cercanía o intimidad con un otro. En este sentido, plantean los autores que si bien la soledad puede ocurrir a cualquier edad, la gente vieja muestra factores preponderantes que los hacen más susceptibles frente a la soledad. Existe en esta población diferencias entre vivir solo o casado, sintiendo las personas que viven solas mayores sentimientos de soledad. La soledad está relacionada con la calidad de vida y en este sentido, la gente más vieja reportó mayores sentimientos de soledad y menor calidad de vida. Asimismo la satisfacción con la vida y la satisfacción en las relaciones sociales se vinculan con los sentimientos de soledad. Se determinó en otro estudio que el estar casado estaba asociado a un mayor nivel del bienestar psicológico (Khumalo et al., 2012).

En el apartado 4.4.1 se retomará el análisis de los estudios sobre bienestar en situación de pandemia, el caso del COVID-19.

4.2. Pandemia

4.2.1. Historia de otras pandemias. Pandemia por COVID-19

Esparza (2016) plantea que las epidemias y pandemias virales siguen aumentando por causas de sobrepoblación, cambios climáticos, urbanización y aumento de viajes internacionales. En la historia de las enfermedades de contagio masivo, aparece en el año 541, la plaga de la peste bubónica. Otro evento en la historia es la peste negra, en el siglo XIV, donde se empleó la cuarentena para hacer frente a esta enfermedad, que empezó en Europa en 1346 y posteriormente, 10 años después, irrumpió en el mundo occidental. La última de una serie de pandemias fue la gran plaga de Londres en 1665 que mató cientos de ciudadanos. En los Estados Unidos, después de la peste negra, las preocupaciones de salud pública apuntaron a otras enfermedades como la tuberculosis, el cólera, la fiebre amarilla. El cólera comenzó en Asia en 1824 y la enfermedad se propagó a través del mundo desde Inglaterra hasta Canadá durante los próximos ocho años (Drews, 2013).

En últimos años ocurrieron 11 pandemias o epidemias importantes causadas por diversos tipos de virus. Se incluyen a las epidemias de Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SRAG); Influenza Porcina (A-H1N1); Sarampión; Middle East Respiratory Syndrome (MERS), Síndrome Respiratorio de Oriente Medio; virus del Ebola y virus de Zika. El SRAG y MERS, pertenecen a la familia de los coronavirus, causan enfermedades respiratorias y se transmiten por secreciones respiratorias. En el siglo XX, ocurrieron al menos cuatro pandemias, la primera entre 1918-1919, la gripe española que causó millones de muertes; la segunda entre 1957-1959, la influenza asiática; la tercera entre 1968-1969, la influenza de Hong Kong y la cuarta, en 2009 el A-H1N1. El MERS, es una enfermedad que se detectó por primera vez en Arabia Saudita, en 2012 (Esparza, 2016).

El virus *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS), es una nueva y altamente contagiosa enfermedad viral, que apareció en China a finales del año 2002 y se transmitió rápidamente a varios países causando infecciones y muertes a lo largo del mundo. En marzo de 2003 la Organización Mundial de la Salud declaró el estado de emergencia debido al SARS, una enfermedad respiratoria causada por un previo coronavirus desconocido. Aparentemente este virus se desarrolló a partir de un coronavirus que existía en animales pero no en humanos. Se transmite fácilmente en los contactos entre personas, por secreciones respiratorias, entre otras. Se lo diagnostica a partir de la presencia de síntomas clínicos en conjunto con una fuente conocida de exposición a la enfermedad (Gumel et al., 2004).

El brote más grande del virus del Ébola comenzó en diciembre de 2013 en Guinea. En 2014 la Organización Mundial de la Salud declaró la emergencia pública. En mayo de 2015, ocurrieron miles de muertes en el mundo por este virus. El virus del Ébola se caracteriza por fiebre, severos dolores de cabeza, dolores musculares, debilidad, fatiga, diarrea, vómitos, pérdida de apetito, al dolor abdominal y sangrado. Los niveles de mortalidad varían entre el 25 y 90%. El virus del Ébola no se contagia a través del aire sino por el contacto directo con fluidos corporales de una persona infectada, a través de la piel rota o mucosas con sangre y fluidos del cuerpo. Los individuos infectados con virus del Ébola no contagian hasta que no aparecen los síntomas (Dénes & Gumel, 2019; Hershey, Pryde, Mwaungulu, Phifer & Roszak, 2017).

A comienzos de diciembre del 2019, la enfermedad de coronavirus fue identificada e incluía síntomas de neumonía. En febrero de 2020, la Organización Mundial de la Salud llama a la enfermedad coronavirus, COVID-19, y posteriormente declara la pandemia. El origen desconocido aparece en Wuhan, capital de la ciudad de la

provincia de Hui, en China y actualmente se han diseminado en muchos países alrededor del mundo. (Ozamiz Etxebarria, Dosil Santamaría, Picaza Gorrochategui & Mondragon, 2020; Shojaei & Masoumi, 2020).

La cuarentena y el aislamiento son algunas de las medidas de control de la pandemia y se desarrollarán en los apartados siguientes.

4.2.2. Medidas de control

Las medidas de control en brotes de pandemia son, entre otros, la cuarentena, el aislamiento y el distanciamiento social. Todas ellas son técnicas de control utilizadas históricamente para hacer frente a enfermedades infecciosas que se diseminan en las poblaciones.

La palabra cuarentena originalmente, en los siglos XV y XIX, se refería al período de 40 días, que era el tiempo en que los barcos que arribaban sospechosos de estar infectados con alguna plaga eran limitados en el contacto en los puertos del mediterráneo, y ese tiempo se entendía suficiente para completar el tiempo de incubación y para que los casos asintomáticos puedan transformarse en sintomáticos e identificarse (Alam, Kabir & Tanimoto, 2020; Wilder- Smith & Freedman, 2020). Brooks et al. (2020) entienden que la palabra cuarentena fue utilizada por primera vez en Venecia, Italia en 1127, para referirse a los leprosos y también a la muerte negra, con la cuarentena impuesta por el Reino Unido en respuesta a la plaga.

Históricamente la cuarentena fue definida como la detención y separación de sujetos sospechados de tener una enfermedad contagiosa. Más recientemente, el término cuarentena indica el período de aislamiento impuesto a personas, animales o cosas que puedan transmitir la enfermedad contagiosa. Actualmente la palabra cuarentena debiera referirse a la separación física obligatoria, incluyendo restricciones al movimiento, de grupos de individuos sanos que han estado potencialmente expuestos a una enfermedad contagiosa. La cuarentena es esencialmente el mismo procedimiento pero para quienes están sospechados de poder transmitir la enfermedad (Alam et al., 2020; Brooks et al., 2020).

Cuarentena y aislamiento son dos términos diferentes, pero se usan indistintamente sobre todo en la comunicación pública. El término cuarentena reaparece con la enfermedad de coronavirus. La cuarentena incluye distancia social, cancelación de reuniones en masa y cierre de colegios. La necesidad de establecer la cuarentena se basa en que los efectos psicológicos son importantes pero menores a permitir que se extienda

este virus. Sin embargo, prohibir o limitar la libertad de la población debe ser estudiado cuidadosamente, brindando información sobre lo que ocurre, el tiempo de duración, actividades con sentido para realizar durante la cuarentena, y asegurando los bienes principales como alimento, agua y medicamentos (Brooks et al., 2020).

Alam et al. (2020) en su investigación justifican la adopción de políticas de control forzadas que reducen de manera significativa el nivel de vacunación necesaria para suprimir la prevalencia de la enfermedad emergente, y también confirma que la política conjunta funciona aún mejor cuando el brote epidémico tiene lugar en un alto grado de transmisión. Además de la vacunación preventiva, la cuarentena de individuos expuestos y el aislamiento de individuos infectados, son las medidas de control más utilizadas para enfermedades infecciosas

La cuarentena puede ser a nivel individual o grupal, voluntaria o forzada, con restricciones en la casa o en un lugar designado. Durante la cuarentena todos los individuos deben ser monitoreados y aislados si aparecen síntomas. La cuarentena es más exitosa si la detección de los casos es rápida y los contactos pueden ser listados y buscados en un corto tiempo, y con el establecimiento rápido de una cuarentena voluntaria (Wilder-Smith & Freedman, 2020).

El aislamiento fue el primer método para detener la difusión de pandemias, ya que la gente no entendía el concepto del periodo de incubación (Drews, 2013). El aislamiento generalmente ocurre en ambientes hospitalarios. En la cuarentena los individuos son apartados de la población en general hasta el periodo de incubación de la misma, después son retesteados a fin de determinar si tienen la enfermedad. En caso positivo, se los ubica en aislamiento y si no muestran síntomas clínicos de la enfermedad al final del periodo cuarentena, son reincorporados a la población en general. Las personas pueden estar en cuarentena en sus casas o en lugares de salud pública, como hospitales o centros (Dénés & Gumel, 2019).

Por su parte, el distanciamiento social reduce los contactos entre individuos infectados pero aún no identificados ni aislados. Ejemplos de distanciamiento social incluyen el cierre de colegios, edificios de oficinas, la suspensión de mercados y la cancelación de las reuniones. La intervención aplicada a una comunidad completa, ciudad o región designada es la máxima medida para reducir interacciones. Existen excepciones a los viajeros, los límites nacionales pueden ser cerrados o prohibirse la entrada en las ciudades o provincias. El tiempo de incubación permite el tiempo de aislamiento y

también la búsqueda de contactos y la cuarentena a tiempo (Wilder-Smith & Freedman, 2020).

4.3. Cuarentena y Aislamiento social

4.3.1. Consecuencias en la salud mental

La pandemia, a través de la medida de la cuarentena, conduce a una organización particular del espacio. En el siglo XIX los primeros procedimientos de cuarentena empezaron en el imperio otomano, en la isla Urla-Izmir, Smyrna, diseñada para prevenir la transmisión de enfermedades que azotaban al mundo entero. Desde 1670, la definición de cuarentena se expandió para cualquier período de aislamiento forzado. Los espacios de cuarentena son diseñados como una representación arquitectónica del aislamiento con espacios impermeables en la entrada del país o ciudad (Tuncbilek, 2020). También se examinaron las consecuencias psicológicas de la cuarentena en la salud mental como en el bienestar psicológico, en relación a la influencia de ciertos factores psicosociales (Petrillo et al., 2015). Brooks et al. (2020) evaluaron las consecuencias en la salud mental por la cuarentena en los casos de SARS, virus del Ébola, A-H1N1, síndrome respiratorio de medio oriente y la influenza equina, y observaron problemas generales psicológicos, emocionales, depresión, estrés, irritabilidad, enojo, culpa, tristeza, miedo, insensibilidad, evitación de multitudes, lavado excesivo de manos, aun después del periodo de cuarentena. Estos efectos psicológicos se incrementan por los medios de comunicación y la escalada de nuevos casos (Rubin & Wessely, 2020).

Respecto al aislamiento, aunque es necesario para el control de la infección, está asociado con efectos adversos en los pacientes, incluyendo altos niveles de depresión, ansiedad, enojo entre los pacientes aislados. Se sostiene que la educación sobre el aislamiento puede ayudar a mitigar los efectos psicológicos adversos (Abad, Fearday & Safdar, 2010). Se plantea que el aislamiento en pacientes hospitalizados con enfermedades infecciosas puede estar asociado con efectos negativos. El aislamiento crea conflictos psicológicos, sociales y emocionales. Las restricciones sociales impuestas a personas aisladas pueden conducir a sentimientos de soledad, abandono, exclusión social y estigmatización, provocando depresión, ansiedad, cambio de humor, que afectan el tiempo de recuperación del paciente (Gammon, 1998; Gammon & Hunt, 2018; Pursell, Gould & Chudleigh, 2020; Sharma et al., 2020). Otra forma de aislamiento, se refiere a la realizada en lugares remotos y en el espacio que requieren de medidas para asegurar el bienestar y evitar síntomas (Clearwater & Coss, 1991).

Dentro de los diferentes tipos de aislamiento social, se encuentra el aislamiento producto de una medida judicial como forma de castigo, la cuarentena criminal de criminales peligrosos, que es equiparada al aislamiento por temas de salud pública y para proteger a la sociedad (Corrado, 2019; Douglas, 2019; Lemos, 2016; Usher, Bhullar & Jackson, 2020).

En el próximo título, se analizarán específicamente los efectos en la salud debido a la pandemia del COVID-19.

4.4. Cuarentena y Aislamiento

4.4.1. Cuarentena y Aislamiento por COVID-19. Consecuencias psicológicas en el bienestar según variables sociodemográficas

Diversos autores sostienen que la pandemia de COVID-19 creó incertidumbre sobre el estado general, en la economía, las finanzas, las relaciones sociales y la salud. En este sentido, el distanciamiento social y el aislamiento causarían daños severos psicológicos y al bienestar. Se observaría una reducción del bienestar psicológico producto de la incertidumbre económica y laboral que generaría aislamiento y depresión. Una gran amenaza a la salud mental se vincularía con la pérdida de relaciones sociales y la disminución de la autodeterminación (Godinic, Obrenovic & Khudaykulov, 2020; Okruszek, Aniszewska-Stańczuk, Piejka, Wiśniewska & Żurek, 2020; Prati, 2020). Asimismo, se sostiene que la cuarentena provocaría problemas de estrés, ansiedad y un gran impacto psicológico y social. Por ello, la eficacia de afrontamiento y la confianza institucional, serían predictores significativos del bienestar psicológico (Ozamiz Etxebarria et al., 2020; Shojaei & Masoumi, 2020).

Respecto al género, Ubillos Landa y Gonzalez Castro (2020), determinaron que las mujeres mostraban un peor bienestar hedónico, eudaimónico y social respecto a los hombres. Los hombres presentaban una mejor relación entre afectos positivos y negativos que las mujeres, quienes sentían menos emociones positivas, menos energía, menos seguridad y confianza en el futuro, distancia social, preocupación e inquietud, infelicidad, entre otros. Se sostiene que las mujeres presentan mayor impacto psicológico, es decir, mayor nivel de depresión y de síntomas de ansiedad y estrés postraumático por el COVID 19 (González- Sanguino et al., 2020; Wang et al., 2020). En otro estudio, no se encontraron diferencias significativas en el bienestar emocional según el género (Singh, Singh, Zaidi & Dandona, 2020). Bu et al. (2020), se refieren a las mujeres como un grupo vulnerable con altos factores de riesgo a la soledad.

Respecto a la edad, Scholten et al. (2020) plantean que los adultos mayores constituyen un sector altamente vulnerable respecto a la susceptibilidad al aislamiento social. Asimismo este sector presenta dificultades y desafíos respecto a la inclusión digital además con los problemas y resistencias respecto a la tecnología. Otro estudio persiguió el propósito de valorar el bienestar emocional durante el aislamiento por la pandemia de coronavirus en relación a la edad y se observó que el afecto positivo aumenta con la edad y el afecto negativo bajaría a medida que aumenta la edad. En el caso de adultos jóvenes, los resultados fueron estables. El bienestar emocional y la estabilidad emocional fueron más pronunciados en los grupos de adultos mayores. Globalmente, se pudo concluir que el bienestar emocional durante el aislamiento por la pandemia fue dentro del rango normal (Singh et al., 2020). En otra investigación sobre los efectos del aislamiento por causa del COVID-19, se observó que las personas de más edad mostraban mayor afectividad positiva que los más jóvenes. Los jóvenes y los mayores presentaron diferencias no significativas en la balanza de afectos, respecto a las personas de mediana edad. Las personas más jóvenes (entre 18 y 30 años) puntuaban bajo en el bienestar hedónico, eudaimónico y el social, respecto de adultos de entre 30 y 50 años y los adultos mayores de 51 o más años, quienes presentaban un mayor afecto positivo, mayores estímulos y energía, mayor seguridad y confianza en el futuro, y satisfacción por logros obtenidos. Es decir, las personas mayores sentían menos cansancio molestia, menos aburrimiento y distancia social, menor infelicidad o depresión (Ubillos Landa & Gonzalez Castro, 2020). Existen estudios que muestran medias superiores en estrés, ansiedad y depresión en el grupo etario de 18 a 25 años, seguidos por el de 26 a 60 años y finalmente la media en las tres dimensiones es inferior en los mayores de 60 años. (Ozamiz Etxebarria et al., 2020; Wang et al., 2020).

Respecto al aislamiento, la soledad tiene un alto grado de incidencia en el impacto psicológico frente al sentido de pertenencia, bienestar, y autocompasión (González-Sanguino et al., 2020). Scholten et al. (2020) critican el término distanciamiento social, ya que lo que se requiere es un distanciamiento físico y se necesitan consolidar incluso reforzar el contacto social, ya sea a través de redes sociales virtuales u otros. Singh et al. (2020), respecto al bienestar emocional durante el aislamiento por coronavirus concluyeron que no se encontraron diferencias significativas entre personas casadas y no casadas. Groarke et al. (2020) plantearon que el vivir con otros resultó un factor protector respecto a la soledad. La sensación de soledad causa un impacto negativo en la salud mental y aumenta al vivir solo. Las personas casadas que cohabitan, quienes conviven

con un compañero o con un gran número de adultos, sienten menos soledad que las personas que viven solas y que además perciben menor apoyo social. Vivir con otro resultó un factor protector de la salud mental. En otro estudio sobre el impacto en la salud y el bienestar por el aislamiento, en adultos mayores, se concluyó que quienes vivían solos durante el aislamiento por el COVID -19, reportaron mayores efectos psicológicos negativos y problemas para dormir y mayor ansiedad. Las medidas adoptadas para enfrentar las experiencias negativas fueron el acceso a los servicios sociales y de salud, tener una red de apoyo, tener una rutina diaria con hábitos de sueño y actividades ociosas, estar conectado socialmente a través de la tecnología (Goodman- Casanova, Dura-Perez, Guzman-Parra, Cuesta-Vargas & Mayoral-Cleries, 2020). Los efectos negativos de la soledad afectan a quienes viven solos, generando un riesgo en la salud física y mental, conductas suicidas y diferentes causas de mortalidad (Bu, Steptoe & Fancourt, 2020). Pancani, Marinucci, Aureli y Riva (2020) concluyeron que la extensión del aislamiento por la pandemia de COVID-19 y la falta de espacios físicos empeoran la salud mental. La presencia de contactos online, limitarían los efectos adversos de las restricciones sociales y compensarían la ausencia de contactos presenciales. Las medidas de restricción social severas, podrían limitar la propagación del virus pero provocaría consecuencias en la salud mental, como la soledad que es un predictor de baja respuesta afectiva.

En otra investigación llevada a cabo por Ubillos Landa y Gonzalez Castro (2020), se analizó el afrontamiento por el impacto psicosocial por la pandemia de COVID-19, apareciendo el apoyo social como uno de los recursos más importantes para hacer frente al miedo y la preocupación. En el primer momento de aislamiento y alerta sanitaria, las personas mostraban optimismo frente al futuro y tenían esperanza. El confinamiento por el COVID-19 afecta el bienestar emocional psicológico y social. En la primera semana de confinamiento las personas mostraban un bienestar elevado respecto al bienestar eudaimónico, relacionado con la satisfacción de necesidades psicológicas, como el desarrollo y crecimiento personal óptimo. Respecto al bienestar emocional, aparecía afectividad positiva y negativa moderada y similar, lo que demuestra la incapacidad de procesamiento emocional producido por el COVID-19. Ante las catástrofes, las personas muestran alegría por participar de una red social de amigos que representan un apoyo emocional importante. El bienestar psicológico puntuaba alto respecto a las posibilidades para el desarrollo pleno en la sociedad, pero el bienestar social presentaba puntuaciones muy bajas, quizás como resultado del distanciamiento social. De todas maneras, no se encontraron diferencias significativas en el bienestar entre personas que viven solas o

acompañadas. Si bien no se encontraron diferencias significativas en la balanza de afectos, tanto positivos como negativos, entre quienes viven solos y quienes viven acompañados, en el análisis individual de las emociones, se comprobó que las personas que viven acompañadas experimentan alegría y euforia con más frecuencia, menor sensación de soledad o distancia social. En otro estudio se observó mayor bienestar emocional de padres al compartir tiempo con sus hijos. A causa de los cambios en la rutina, se observó menor bienestar emocional en las interacciones de pareja (Lades et al., 2020).

Respecto al nivel educativo y el acceso y comprensión de la información, es considerada crucial ya que cumple con una relación negativa respecto al impacto psicológico (Wang et al., 2020). En este sentido, se sostiene también que la información puede tener una doble cara respecto a que si es recibida en exceso, puede ser negativa, mientras que el tipo de fuente de información puede ser fundamental para el bienestar psicológico (Ko et al., 2020). La ansiedad que aparece por miedo al contagio y a la falta de información sobre el distanciamiento social, los cuales empeoran a través de los medios de difusión que traen confusión y miedo (Lades, Laffan, Daly & Delaney, 2020; Venkatesh & Edirappuli, 2020). La información y conocimiento sobre salud es sumamente importante en el factor salud y que este recurso está ausente en los grupos vulnerables como son la gente mayor, las personas desempleadas, las que tienen bajo nivel de educación, entre otras. Las personas con nivel bajo de educación tienen un mayor riesgo de mal entender la información y no tomar los temas de salud seriamente (Shojaei & Masoumi, 2020; Wang et al., 2020). Otros estudios plantean como grupo vulnerable a los estudiantes, quienes presentan un impacto emocional a la experiencia del COVID-19 y mayores niveles de estrés ansiedad y depresión (Ozamiz Etxebarria et al., 2020; Wang et al., 2020).

5. Metodología

5.1. Tipo de Estudio

Estudio descriptivo correlacional.

5.2. Tipo de Diseño

No experimental transversal.

5.3. Muestra

Muestra no probabilística. Formada por 149 personas con las siguientes características sociodemográficas: el 79% ($n = 117$) eran mujeres y el 20% ($n = 30$) eran hombres, el 1% ($n = 1$) era de categoría Otro, con edades comprendidas entre 18 y 76

años ($M = 38.71$; $DE = 12.15$). La muestra se dividió en tres grupos según rango etario, el primer grupo de 18 a 30 años que representaba el 23% ($n = 34$), el segundo grupo de 30 a 60 años que representaba el 69% ($n = 103$) y el último grupo de más de 60 años que representaba el 8% ($n = 12$). El 48% ($n = 72$) reside en CABA, el 7% (10) en la provincia de Buenos Aires, el 39% (58) reside en el Gran Buenos Aires y el 6% (9) en otras provincias. En cuanto a la manera de realizar el aislamiento, el 74% ($n = 111$) permaneció aislado, el 15% ($n = 23$), debió concurrir a su espacio laboral y el 10% ($n = 15$) asistió a personas que se encontraban aisladas. Respecto a la convivencia, el 44% ($n = 65$) convive con su pareja e hijos, el 17% ($n = 25$) con sus padres, el 12% ($n = 18$) viven solos, el 11% ($n = 17$) convive con su pareja, el 9% ($n = 13$) con sus hijos, el 1% ($n = 3$) con amigos, el 1% ($n = 2$) con otros familiares, el 4% ($n = 6$) conviven con otras personas. En cuanto al estado civil, el 64% ($n = 96$) se encuentra en pareja, el 23% ($n = 34$) es soltero/a, el 6% ($n = 9$) está divorciado/a, el 5% ($n = 7$) está separado/a, el 2% ($n = 3$) es viudo/a. Respecto al nivel educativo, el 1% ($n = 2$) posee estudios de posgrado, el 52% ($n = 78$) posee estudios terciarios o universitario completo, el 36% ($n = 54$) posee terciario o universitario incompleto, 8% ($n = 12$) posee secundario completo, el 1% ($n = 1$) posee secundario incompleto, el 1% ($n = 1$) posee primario completo y el 1% ($n = 1$) posee el primario incompleto. Los datos mencionados se incluyen en la Tabla 1.

Tabla 1
Datos sociodemográficos. Frecuencias

	<i>n</i>	<i>%</i>
Estado Civil		
Pareja	96	64
Divorciado/a	9	6
Soltero/a	34	23
Viudo/a	3	2
Género		
Mujer	118	79
Hombre	30	20
Otro	1	1
Edad		
18 a 30 años	34	23
30 a 60 años	103	69
Más de 60 años	12	8
Lugar De Residencia		
CABA	72	48
Buenos Aires	10	7
Gran Bs As	58	39
Otras provincias	9	6
Nivel De Estudios		
Posgrado	2	1
Terciario o universitario completo	78	52
Terciario o universitario incompleto	54	36
Secundario completo	12	8
Secundario incompleto	1	1
Primario completo	1	1
Primario incompleto	1	1
Durante el aislamiento		
Permaneció aislado	111	74
Concurrió al trabajo	23	16
Asistió a personas	15	10
Convive con		
Amigos	3	2
Con otros familiares	2	1
Pareja	17	11
Pareja e hijos	65	44
Hijos	13	9
Padres	25	17
Otros	6	4
Solo/a	18	12

5.4. Instrumentos

- Cuestionario Breve del Continuo de Salud Mental (MHC-SF, *Mental Health Continuum Short Form*). El MHC- SF, es un instrumento desarrollado por Keyes (2005) y validado por Lupano Perugini, de la Iglesia, Castro Solano y Keyes (2017) para ser utilizado en población argentina. Este test evalúa la salud mental positiva, que se entiende como síntomas de afecto positivo, de desarrollo personal y contexto social. En el cuestionario se plantean 14 ítems en escala de Likert de 4 puntos, cuyas opciones son *nunca* (0), *una o dos veces* (1), *casi todos los días* (2), *todos los días* (3), y se solicita a los participantes que determinen la frecuencia con que se sienten de una manera determinada durante la última semana. Dicha escala fue modificada de la escala original de 6 puntos. El MHC-SF evalúa en tres subescalas, el grado de bienestar emocional, social y psicológico. La validación del instrumento en la población argentina, demostró tener una fuerte consistencia interna (.89) y validez de criterio, dado que se correlacionó positivamente con las medidas de bienestar y se asoció negativamente con las medidas de afecto negativo.

- Cuestionario sobre condición de aislamiento. Indaga si el sujeto permaneció aislado o debió concurrir a su espacio laboral, si asistió a personas que se encontraban aisladas, si se vió alejado de un familiar de su grupo conviviente, si estuvo o no enfermo de COVID-19, si alguno de sus convivientes o personas a cargo ha estado o está enfermo de COVID-19.

- Cuestionario Socio-demográfico. Incluye ítems de opción múltiple para edad, sexo, estado civil, condición de actividad, lugar de residencia y nivel educativo.

5.4.1. Procedimiento

Los participantes cumplieron con los criterios de inclusión respecto a ser mayores de 18 años, residir en la República Argentina y además su participación fue anónima, no remunerativa y voluntaria para lo cual prestaron consentimiento informado. El formulario fue enviado inicialmente una vez por semana, durante los primeros 15 días de comenzada la cuarentena (20 de marzo de 2020) y luego cada dos semanas. La difusión se realizó de manera online, a través de redes sociales como Facebook, Instagram y otras, en forma de un link de Google form, para ser autoadministrado. El tiempo de administración no superó los 30 minutos. Los datos fueron tratados de manera confidencial, además del anonimato garantizado al no requerir información personal. Toda la información obtenida acerca del aislamiento preventivo, social y obligatorio por el COVID-19, fue cargada en una base

de Excel para luego exportarla a un programa estadístico del estilo SPSS, versión 25 para su análisis estadístico.

5.4.2. Análisis de datos

A partir de los datos recabados en la séptima semana del aislamiento preventivo, social y obligatorio por el COVID-19 (1 al 8 de mayo de 2020), se analizó la muestra y posteriormente se procedió al análisis de las variables sociodemográficas. Finalmente, se empleó el software *Statistical Package for the social sciences* (IBM SPSS), versión 25, para analizar cada uno de los objetivos. Para el primer objetivo se realizó un análisis de varianza ANOVA de un factor. Para el segundo, tercer y cuarto objetivo, se calcularon pruebas *t* de Student. Asimismo, se realizó un análisis a nivel descriptivo analizando medias y desvíos, en comparación con las medias teóricas, tomando los puntajes máximos y mínimos posibles del MHC.

6. Resultados

6.1. Bienestar emocional, psicológico y social y rango etario

En el primer objetivo se propuso determinar si existían diferencias en el bienestar emocional, psicológico y social en la séptima semana de aislamiento preventivo, social y obligatorio por el COVID-19, entre los adultos de 18 a 30 años, los de 30 a 60 años y el grupo de adultos de más de 60 años. No se detectaron diferencias significativas según la edad ($p > .05$) en el bienestar psicológico [$F(2, 146) = .68, p = .508$], emocional [$F(2, 146) = .01, p = .987$], y social [$F(2, 146) = 1.02, p = .360$]. Éstos resultados se contraponen con varias investigaciones, como por ejemplo las realizadas por Ryff y Keyes (1995), en donde se observa que el bienestar psicológico variaba según la edad y en este sentido la autonomía y el dominio del entorno parecían incrementarse con la edad, mientras que el sentido de la vida y el crecimiento personal parecían decrecer desde la adultez joven a la vejez. Por otro lado el estudio de Lamers et al. (2012), demostraban que el bienestar psicológico se asociaba negativamente con la edad. En otro estudio se comprobó que los adultos mayores de 60 años tenían un bienestar emocional menor (Lim et al., 2013). En otros estudios, aparece que los adultos en su edad media (30 a 60 años), tenían mayor bienestar social que los adultos mayores (Góngora & Castro Solano, 2018; Petrillo et al., 2015). Concordantemente, en el estudio de Khumalo et al. (2012), se determinó la falta de asociación significativa de la edad con el bienestar. Estudios recientes plantearon la vulnerabilidad de los adultos mayores frente al aislamiento social, ya que en su mayoría tienen limitaciones respecto a la inclusión digital y la tecnología

(Scholten et al., 2020). Respecto al bienestar emocional durante el aislamiento, se concluyó que con la edad aumentaba el afecto positivo mientras que el afecto negativo descendía; estas variables dan cuenta del bienestar emocional que también incluiría la satisfacción en la vida. Para el caso de los adultos jóvenes los resultados fueron estables (Singh et al., 2020). Contrariamente también a los resultados obtenidos por esta tesista, en otro estudio se observó que las personas más jóvenes, entre 18 y 30 años, puntuaban bajo en el bienestar emocional, psicológico y social, respecto a los adultos entre 30 y 50 años y los adultos mayores de 51 años, quienes presentaban el mayor afecto positivo, y en este sentido mayor seguridad, energía, confianza en el futuro y menor infelicidad o depresión (Ozamiz Etxebarria et al., 2020; Ubillos Landa & Gonzalez Castro, 2020; Wang et al., 2020). En este sentido, el bienestar emocional abarcaría variables que dan cuenta de la experiencia de emociones positivas, bajo nivel de emociones negativas y un alto nivel de satisfacción con la vida.

De la interpretación de los estadísticos descriptivos, se podría entender que el bienestar psicológico en los tres grupos, tiene puntajes arriba de la media teórica, considerando los puntajes máximos y mínimos del test, ya que el puntaje máximo es de 18, por lo que se observaría un relativo bienestar psicológico. Respecto al bienestar emocional, los tres grupos también presentarían puntajes por arriba de la media, entendiendo el puntaje máximo de 9 puntos, y se observaría también un relativo bienestar emocional. Finalmente respecto al bienestar social, los tres grupos presentarían valores por debajo de la media para este bienestar que sería de 15 puntos, por lo que el bienestar social sería bajo en esta dimensión. Los mencionados datos se expresan en la Tabla 2.

Tabla 2

Bienestar psicológico, emocional y social según edad. Estadísticos descriptivos.

	Grupo 1 (n = 34)		Grupo 2 (n = 103)		Grupo 3 (n = 12)		Mínimo posible	Máximo posible	Media teórica
	M	DE	M	DE	M	DE			
Psicológico	11.59	3.22	12.28	3.26	12.58	3.75	0	18	9
Emocional	5.71	1.72	5.65	1.69	5.67	2.10	0	9	4.5
Social	6.32	3.42	7.17	3.11	6.50	3.15	0	15	7.5

6.2. Bienestar emocional, psicológico y social y género

El segundo objetivo refiere a determinar si existían diferencias en el bienestar emocional, psicológico y social en la séptima semana de aislamiento preventivo, social y obligatorio por el COVID-19 entre adultos mayores de 18 años, según el género. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas según género en el bienestar psicológico ($t(146) = .67, p = .502, Mm = 12.25$ vs. $Mv = 11.80$), emocional ($t(146) = -1.35, p = .179, Mm = 5.56$ vs. $Mv = 6.03$) y social ($t(146) = 1.26, p = .207, Mm = 7.09$ vs. $Mv = 6.27$). Contrariamente a los datos obtenidos en la presente investigación, Ryff y Keyes (1995), encontraron que el bienestar psicológico variaba según el sexo, principalmente en las relaciones positivas y el crecimiento personal las mujeres aparecían con mayor nivel. Respecto al bienestar emocional, Diener y Ryan (2009) sostenían que las mujeres parecían más felices ya que experimentaban con mayor intensidad tanto las emociones positivas como las negativas. Se asimila el bienestar emocional a la felicidad ya que se considera que una persona feliz tiene un temperamento positivo y no se centra en los hechos negativos sino principalmente en la mirada positiva de la vida (Diener et al., 1999). También en otras investigaciones se encontró que las mujeres mostraban mayor bienestar social que los hombres (Moreta-Herrera et al., 2018; Peña Contreras et al., 2017; Zubieta & Delfino, 2010). En sentido opuesto, Joshanloo et al. (2012) sostienen un menor bienestar social en estudiantes mujeres que hombres. Otro estudio planteado por Ubillos Landa y González Castro (2020), sostuvo que las mujeres presentaban un peor bienestar emocional, psicológico y social respecto a los hombres. Las mujeres sentían menos emociones positivas, como también mayor afectividad negativa; variables que integran el bienestar emocional. Esta mismo hallazgo fue sostenido en otra investigación, en la cual se concluyó en un mayor impacto psicológico con síntomas de depresión, ansiedad y estrés post traumático en las mujeres (González-Sanguino et al., 2020; Wang et al., 2020). Concordantemente con los resultados obtenidos, en otro estudio no se hallaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en ninguna de las dimensiones del bienestar respecto al género (Karas, Ciecuch & Keyes, 2014). En esta misma línea, Góngora y Castro Solano (2018) concluyeron también en la falta de diferencia respecto al sexo en los diferentes bienestares. En este sentido, Khumalo, Temate y Wissing (2012), concluyeron en la falta de asociación significativa entre el género y el bienestar. En otro estudio tampoco se encontraron diferencias significativas en el bienestar emocional según el género (Singh et al., 2020).

De la interpretación de los descriptivos, se podría concluir que el bienestar

psicológico en el grupo de mujeres y en el de hombres, tiene puntajes arriba de la media teórica según los puntajes máximos y mínimos del MHC (puntaje máximo de 18), pero con valores que mostrarían un bienestar relativo en esta dimensión. Respecto al bienestar emocional, los dos grupos también presentarían puntajes por arriba de la media, entendiendo el puntaje máximo de 9 puntos, y también los valores indicarían un relativo bienestar emocional. Finalmente respecto al bienestar social, los dos grupos presentarían valores por debajo de la media para este bienestar que sería de 15 puntos, indicando un bajo bienestar social. Los mencionados datos se incluyen en la tabla 3.

Tabla 3

Bienestar psicológico, emocional y social según género. Estadísticos descriptivos.

	Grupo 1 (<i>n</i> = 118)		Grupo 2 (<i>n</i> = 30)		Mínimo posible	Máximo posible	Media teórica
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
Psicológico	12.25	3.29	11.80	3.32	0	18	9
Emocional	5.56	1.71	6.03	1.73	0	9	4.5
Social	7.09	3.09	6.27	3.56	0	15	7.5

6.3. Bienestar emocional, psicológico y social y nivel educativo

Con el objetivo de verificar si existían diferencias en el bienestar psicológico, emocional y social en la séptima semana de aislamiento preventivo, social y obligatorio por el COVID-19, entre las personas en función del nivel educativo universitario (no universitario y universitario). No se detectaron diferencias estadísticamente significativas según el nivel educativo en el bienestar psicológico ($t(147) = 1.22, p = .222, Mnu = 13.13$ vs. $Mu = 12.04$), emocional ($t(147) = .79, p = .427, Mnu = 6$ vs. $Mu = 5.63$) y social ($t(147) = -1.61, p = .872, Mnu = 6.80$ vs. $Mu = 6.94$). Contrariamente a los datos obtenidos en este trabajo, Ryff y Keyes (1995) plantearon que el nivel educativo incrementaba el bienestar psicológico principalmente las dimensiones referidas al crecimiento personal y el sentido de la vida. En este sentido se relacionaba el alto nivel educativo con niveles elevados de bienestar subjetivo y psicológico (Keyes et al., 2002). En esta misma línea, se planteó que personas con nivel educativo mayor tendrían menores niveles de miedo pues tendrían acceso a información (Ausín et al., 2017; Pappas et al., 2009). Se entiende que la información es fundamental e incide en la salud de las personas, siendo este recurso

escaso en grupos vulnerables como quienes tienen bajo nivel educativo, que además corren riesgo de mal entender la información y no dar importancia a temas de salud (Shojaei & Masouri, 2020; Wang et al., 2020). En otra investigación se determinó que el nivel educativo estaba asociado a un mayor nivel de bienestar psicológico (Khumalo et al., 2012). Góngora y Castro Solano (2018), hallaron una asociación positiva entre el bienestar psicológico y social con el nivel educativo y entendieron que el bienestar emocional no estaría afectado por el nivel educativo ya que se refiere a cuestiones principalmente biológicas (Lyubomirsky, 2007). Se considera a los estudiantes como un grupo vulnerable (Ozamiz Etxebarria et al., 2020; Wang et al., 2020). Concordantemente con los resultados obtenidos por esta tesista, Karas et al. (2014), no encontraron diferencias significativas en ninguno de los bienestar en relación con el nivel educativo.

Del análisis de los descriptivos, se podría plantear que el bienestar psicológico en el grupo de no universitarios y en el de universitarios, tiene puntajes arriba de la media teórica en relación con los puntajes máximos y mínimo planteados por el MHC (puntaje máximo de 18), sin embargo representarían un relativo bienestar psicológico. Respecto al bienestar emocional, los dos grupos también presentarían puntajes por arriba de la media, entendiendo el puntaje máximo de 9 puntos, lo que indicaría un relativo bienestar emocional. Finalmente respecto al bienestar social, los dos grupos presentarían valores por debajo de la media para este bienestar que sería de 15 puntos, lo que mostraría un bienestar social bajo. Los datos de las medias y desvíos se incluyen en la Tabla 4.

Tabla 4

Bienestar psicológico, emocional y social según nivel universitario. Estadísticos descriptivos.

	Grupo 1 (n = 15)		Grupo 2 (n = 134)		Mínimo posible	Máximo posible	Media teórica
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
Psicológico	13.13	3.06	12.04	3.30	0	18	9
Emocional	6	1.81	5.63	1.71	0	9	4.5
Social	6.80	3.09	6.94	3.20	0	15	7.5

6.4. Bienestar emocional, psicológico y social y forma de convivencia durante el aislamiento

A fin de determinar si existían diferencias en el bienestar emocional, psicológico y social en la séptima semana de aislamiento preventivo, social y obligatorio por el COVID-19, entre las personas acompañadas y las personas sin compañía en dicho aislamiento, se observó que las personas que vivían con otra gente en la casa presentaban menor bienestar, tanto emocional, psicológico y social, que aquellos que realizaron el aislamiento solos. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas según tipo de convivencia durante el aislamiento en el bienestar psicológico ($t(147) = 1.80, p = .074, Msc = 13.44$ vs. $Ma = 11.97$) y emocional ($t(147) = 1.32, p = .187, Msc = 6.17$ vs. $Ma = 5.60$). Se detectaron diferencias estadísticamente significativas en el bienestar social ($p < .05$), según si el aislamiento fue solo o acompañado ($t(147) = 2.43, p = .016, Msc = 8.61$ vs. $Ma = 6.69$), es decir que quienes estuvieron aislados solos, puntuaron más alto en el bienestar social que aquellos aislados en compañía. Contrariamente, Groarke et al. (2020) encontraron que vivir con otros resultó un factor protector respecto a la soledad. Asimismo el vivir solo aumentó la sensación de soledad que produce un impacto negativo en la salud mental. Se observó que las personas casadas o viviendo con un compañero sienten menos soledad y las personas que están solas perciben menor apoyo social. En esta misma línea, en otra investigación se plantea que existen diferencias en la población adulta mayor respecto a vivir solo o casado, observándose mayores sentimientos de soledad en aquellos que viven solos, y afectando la satisfacción con la vida y la satisfacción en las relaciones sociales (Ausín et al., 2017). Respecto al bienestar psicológico, otro estudio encontró que estar casado estaba asociado a un mayor nivel de bienestar psicológico (Khumalo et al., 2012). Asimismo, se plantea en otra investigación que una gran amenaza la salud mental se refiere a la pérdida de relaciones sociales y la disminución de la autodeterminación (Godinic et al., 2020). Concordantemente y respecto al bienestar emocional y el tipo de aislamiento, Singh et al. (2020) plantean que durante el aislamiento por coronavirus, no existieron diferencias significativas entre personas casadas y no casadas. Contrariamente, en la investigación de Ubillos Landa y González Castro (2020), no se encontraron diferencias significativas en el bienestar entre personas que viven solas o acompañadas, ni diferencias significativas en la balanza de afectos positivos y negativos. Sin embargo, el análisis individual de las emociones, demostró que las personas que viven acompañadas, experimentan alegría con mayor frecuencia y menor sensación de soledad o distancia social. Los autores también sostienen que el apoyo social es uno de los recursos fundamentales para enfrentar el miedo y la preocupación. Contrario a los hallazgos por esta tesista, en otro estudio se encontró que los adultos mayores en

aislamiento solos, presentaban mayores efectos psicológicos negativos y problemas para dormir y mayor ansiedad (Goodman-Casanova et al., 2020). En este sentido, también podemos mencionar el estudio Bu et al. (2020), referido a los efectos negativos de la soledad en quienes viven solos, generando un riesgo en la salud física y mental, conductas suicidas y diferentes causas de mortalidad.

De la interpretación de los descriptivos, se podría asumir que el bienestar psicológico en el grupo de personas sin compañía durante el aislamiento y el grupo de personas acompañadas, tiene puntajes arriba de la media teórica según los puntajes máximos y mínimos del MHC (puntaje máximo de 18), pero también con valores que representarían un relativo bienestar psicológico. Respecto al bienestar emocional, los dos grupos también presentarían puntajes por arriba de la media, entendiendo el puntaje máximo de 9 puntos, y con valores indicativos de un bienestar relativo emocional. Finalmente y respecto al bienestar social, el grupo de personas aisladas sin compañía presentarían un valor por encima de la media, pero un nivel relativo de bienestar social; mientras que las personas aisladas acompañadas tendrían valores por debajo de la media para este bienestar que sería de 15 puntos, mostrando un nivel de bienestar social bajo. Los datos mencionados se incluyen en la Tabla 5.

Tabla 5

Bienestar psicológico, emocional y social según forma de convivencia en aislamiento. Estadísticos descriptivos.

	Grupo 1 (n = 18)		Grupo 2 (n = 131)		Mínimo posible	Máximo posible	Media teórica
	M	DE	M	DE			
Psicológico	13.44	2.87	11.97	3.30	0	18	9
Emocional	6.17	1.50	5.60	1.74	0	9	4.5
Social	8.61	3.27	6.69	3.11	0	15	7.5

7. Conclusiones

El aislamiento y la cuarentena conllevan serias consecuencias en la salud, bienestar y libertad de las personas. Es necesario generar medidas que permitan fortalecer y sostener a la población tanto en su salud física como mental. Los responsables de las políticas públicas deberían contar con investigaciones basadas en evidencia, que permitan fomentar medidas para fortalecer y sostener a la población en general de las

consecuencias negativas físicas, sociales y emocionales al bienestar. En este mismo sentido, los profesionales de la salud deben también contar con dispositivos para acompañar y compensar el deterioro en la salud mental y física (Gammon & Hunt, 2018; Hossain, Sultana & Purohit, 2020). El objetivo general de la presente investigación intentó analizar el bienestar psicológico, emocional y social de las personas frente al aislamiento preventivo, social y obligatorio impuesto frente al COVID-19. El foco fue puesto en la séptima semana del aislamiento, y en los diversos objetivos específicos se estudiaron la diferencia entre grupos según el rango etario, género, nivel de educación universitaria y tipo de aislamiento. Se utilizó la escala de Salud Mental Continua (MHC-SF) desarrollada Keyes (2005), a efectos de evaluar el bienestar psicológico, emocional y social de las personas aisladas por causa del COVID-19. La mayoría de los resultados obtenidos no respondieron a las hipótesis planteadas, y en su mayoría fueron contrarios a la mayor parte de las investigaciones sobre el tema.

Respecto a la primera hipótesis, se planteó la presencia de mayor bienestar emocional, psicológico y social en la séptima semana del aislamiento preventivo, social y obligatorio por el COVID-19, en los adultos de 30 a 60 años por sobre el grupo de adultos de 18 a 30 años y el grupo de más de 60 años. No se obtuvieron resultados estadísticamente significativos para ninguno de los bienestares, lo que demuestra que no habría relación entre el bienestar y la edad. En los estudios de Ubillos Landa y Gonzalez Castro (2020), se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a la edad y el bienestar psicológico, emocional y social. Esta situación podría ser entendida ya que la muestra de esta investigación se refiere a la primera semana de confinamiento y las personas podrían estar más optimistas respecto al futuro, por otro lado la composición de los grupos etarios son diferentes a la presente investigación, ya que aparecen grupos de 18 a 30 años, de 31 a 50 años y de más de 51 años, además la muestra era mayor y más representativa ($n = 1220$), finalmente el instrumento utilizado fue diferente, ya que se empleó el instrumento The Pemberton Happiness Index (Hervás & Vázquez, 2013). Más allá de que no haber observado resultados significativos, a modo descriptivo se observa tras un análisis de las medias obtenidas, que el bienestar psicológico según la edad, sería mayor en el grupo de más de 60 años. Respecto al bienestar emocional, el análisis de las medias indicaría que el mayor bienestar emocional estaría en el grupo de 18 a 30 años, si bien las diferencias entre los demás grupos etario son bajas.

Respecto a la segunda hipótesis, se planteó que los hombres mayores de 18 años presentaban mejores niveles de bienestar emocional, psicológico y social, en la séptima semana de aislamiento preventivo, social y obligatorio por el COVID-19, que las mujeres en las mismas condiciones. No se obtuvieron resultados estadísticamente significativos en ninguno de los bienestar planteados entre hombre y mujeres por lo que no se pudo confirmar la hipótesis. Contrariamente, la investigación de Joshanloo et al. (2012), sostiene mayor bienestar social en estudiantes hombres, sin embargo es dable reconocer que dicho estudio se llevó a cabo en el contexto cultural de Irán, y la muestra era de 62,7% de mujeres y todos los estudiantes participantes eran de religión musulmana, por lo que existirían diferencias culturales y sociales respecto al rol de la mujer.

Si bien no se obtuvieron resultados significativos, como complemento en el análisis descriptivo de las medias obtenidas, las mujeres presentarían una mayor puntuación en el bienestar psicológico. Respecto al bienestar emocional, del análisis complementario de las medias, los hombres presentarían mayores puntuaciones. Finalmente respecto al bienestar social, del análisis descriptivo de las medias, las mujeres puntuarían más alto que los hombres.

Respecto a la tercera hipótesis, se sostuvo que las personas con estudios universitarios mostraban mayor bienestar psicológico, emocional y social, en la séptima semana de aislamiento preventivo, social y obligatorio por el COVID-19, que las personas sin estudios universitarios. Según los resultados, no se pudo verificar la hipótesis ya que los mismos no fueron estadísticamente significativos. Diversas investigaciones sostendrían que el nivel educativo aumentaría el bienestar psicológico y emocional (Keyes et al, 2002; Khumalo et al., 2012). De todas maneras, las investigaciones citadas difieren del presente estudio ya que, en la investigación de Keyes et al. (2002), se utilizó una muestra mayor y más representativa ($n = 3.032$) que en el presente estudio, además el 60% presentaba más de 13 años de estudios; finalmente el instrumento empleado para medir el bienestar emocional fue diferente, utilizando la adaptación de Cantril del Self Anchoring Test y varias preguntas sobre emociones positivas y negativas. Respecto al bienestar psicológico, en el estudio de Keyes et al. y en el estudio de Khumalo et al. (2012), se empleó la escala de MHC-SF pero con las seis opciones originales del test. Asimismo, sobre la investigación de Khumalo et al. (2012), sería importante considerar la diferencia en el contexto con dicho estudio que fue en África; asimismo la muestra también fue pequeña ($n = 459$), constituida mayormente de mujeres y sólo el 8% presentaba nivel terciario o post secundario, además de presentar un 11% de participantes

que no contaban con educación formal alguna. Para concluir, sería necesario considerar en los estudios mencionados, la situación diferente al momento de la toma de datos, resaltando en esta nuestra investigación la pandemia y el consecuente aislamiento.

Del análisis descriptivo de los valores de las medias obtenidas, se puede observar que el bienestar psicológico sería mayor en quienes no cuentan con estudios universitarios respecto de quienes poseen estudios universitarios. Respecto al bienestar emocional quienes no poseen estudios universitarios presentarían también medias mayores. Respecto al bienestar social, del análisis descriptivo de los valores de las medias obtenidas, se podría observar que quienes cuentan con estudios universitarios presentarían un mayor bienestar.

Finalmente, la cuarta hipótesis planteaba que las personas adultas aisladas en compañía, en la séptima semana de aislamiento preventivo, social y obligatorio por el COVID-19, presentaban mayor bienestar emocional, psicológico y social que las personas aisladas sin compañía. Dicha hipótesis no pudo ser confirmada, y se obtuvieron resultados estadísticamente significativos solamente respecto al bienestar social y el tipo de aislamiento, por lo que se entendería que las personas aisladas sin compañía tendrían un mejor bienestar social que las personas aisladas con compañía. Los hallazgos fueron diferentes a los esperados, concluyendo que la convivencia sería un factor que afecta el bienestar social de las personas. Las investigaciones realizadas en la materia observan resultados opuestos a los encontrados por esta tesista (Groarke et al., 2020; Khumalo et al., 2012; Ubillos Landa & Gonzalez Castro, 2020). Una de las posibles explicaciones a los resultados obtenidos respecto al bienestar social mayor en quienes estuvieron aislados solos frente a quienes realizaron el aislamiento en compañía, podría deberse a la difusión y accesibilidad de herramientas tecnológicas que permitirían el contacto online, ya que diversos estudios mencionan que los contactos realizados de esta manera podrían compensar, al menos parcialmente, la falta de contacto físico y presencial (Pancani et al., 2020). Asimismo, se podría considerar que la muestra estaba formada principalmente por mujeres, quienes presentan mayores niveles de bienestar social (Moreta-Herrera et al., 2018; Peña Contreras et al., 2017; Zubieta & Delfino, 2010). Respecto al bienestar psicológico y social, varios estudios sostendrían que la soledad, producto del aislamiento, afecta el sentido de pertenencia que es un indicador de bienestar (Gonzalez Sanguino et al., 2020). En este sentido, se plantea que el estar casado o cohabitar, mostraría mayores niveles de bienestar psicológico (Khumalo et al., 2012). En otros estudios, se planteó que el vivir con otros constituiría un factor protector frente a la soledad que afectaría a la salud

mental y al bienestar (Groarke et al., 2020), y en los adultos mayores, los efectos negativos del aislamiento por el COVID_19, podrían ser mejor afrontados con el apoyo social y las conexiones sociales a través de la tecnología (Goodman- Casanova et al., 2020). Las diferencias con los resultados de la presente investigación podrían deberse a que las conexiones virtuales reducirían la percepción de soledad y habilitarían los vínculos sociales (Pancani et al., 2020), asimismo, podrían ofrecer bienestar a través de las intervenciones psicológicas utilizando tecnología de internet, por la percepción de las posibilidades que la sociedad brinda de desarrollo, sensación de bienestar, crecimiento personal, y satisfacción en la vida (Urzúa, Vera-Villaruel, Caqueo-Úrizar & Polanco-Carrasco, 2020; Concepción-Breton et al., 2020).

Del análisis complementario de las medias teóricas, el bienestar social presentaría también una puntuación mayor en las medias, en quienes estuvieron realizando el aislamiento solos. Respecto al bienestar psicológico y emocional, se observaría que el bienestar psicológico entre quienes realizaron el aislamiento solos y aquellos que lo realizaron en compañía, presentaría mayores valores en quienes estuvieron solos. Respecto al bienestar emocional, también los valores de las medias serían mayores en aquellos que se aislaron solos.

La presente investigación presenta limitaciones que debieran ser consideradas para futuras investigaciones. Una de ellas se referiría al tamaño de la muestra que además de ser pequeña para llegar a conclusiones generalizables, presentaba datos muy dispersos, alejados de la media, y no representativa de todo el país ni de otras realidades socioculturales y económicas. Los subgrupos fueron desbalanceados lo que podría afectar el análisis, como en el objetivo 1 que comparó grupos de $n = 34$, $n = 103$ y $n = 12$; en el objetivo 2 los grupos eran de $n = 118$ y $n = 30$; en el objetivo 3 los grupos fueron de $n = 15$ y $n = 134$ y finalmente en el objetivo 4 los grupos estaban integrados por $n = 18$ y $n = 131$. En este sentido y respecto a las conclusiones arribadas sobre la forma de convivencia durante el aislamiento, en la cuarta hipótesis, la muestra de quienes realizaron el aislamiento solos, es de 18 participantes, por lo que la tesista considera que sería importante replicar en otros futuros estudios, en muestras más representativas que permitan realizar la inferencia a toda la población. Asimismo, la edad promedio de esta muestra de 18 participantes aislados solos fue de 47.89 años, por lo que hubo solo 22% de participantes mayores de 60 años. Otra limitación fue que de la muestra de 18 participantes aislados solos, 14 de ellos eran mujeres, es decir el 77.77% y la mayoría de los participantes tenían un nivel educativo que alcanzaba el secundario completo.

Otra limitación importante sería que la escala utilizada presenta una alteración de las opciones de respuestas. De una escala Likert original de seis opciones, se empleó una de cuatro opciones. Esta decisión, si bien podría resultar mejor en casos de participantes de menor nivel educativo, podría afectar las propiedades psicométricas. En este sentido, en una investigación respecto al efecto de modificar la escala Likert en menos opciones respecto a las propuestas en la escala original, se concluyó que tiene un impacto en las normas básicas de las escalas. Se sostiene que habría un sacrificio entre la simpleza de respuestas de una escala y la imprecisión en las medidas, que debiera ser considerado en la fase de desarrollo de la escala, siendo necesarias mayores opciones de respuestas para lograr medidas de precisión mínimamente aceptables. Sería válido también entender que varias opciones de respuestas podrían imponer desafíos en las habilidades de respuestas, involucrando variables cognitivas que interfieran en las selecciones. Se concluye que un pequeño número de opciones de respuestas tiene efectos negativos en la precisión de medidas de una escala y sería necesario un análisis exhaustivo en cada caso sobre este tema (Simms, Zelazny, Williams & Bernstein, 2019). Asimismo, al modificarse las opciones de respuestas, se debería validar nuevamente el instrumento.

Finalmente, otra limitación importante fue la disminución en las respuestas de los cuestionarios en el momento medio de la pandemia, con la población ya más afectada por las consecuencias del aislamiento, por lo que los datos obtenidos para el presente TFI, reflejarían los primeros momentos de la cuarentena, a diferencia de algunos estudios presentados en esta investigación que encontraron en su mayoría diferencias significativas producto del momento de recolección de los datos y de otros contextos socio culturales (e.g., Joshnaloo et al., 2012; Khumalo et al., 2012, Singh et al., 2020).

Este trabajo sobre la salud mental y el bienestar en tiempos de aislamiento por el COVID-19, aportaría elementos importantes para poner foco en la promoción de la salud, del florecimiento, a fin de disminuir el riesgo de enfermedades mentales. Los esfuerzos debieran ser puestos en prevenir la pérdida de la salud mental positiva (Keyes, 2013; Keyes et al., 2010). La tesista considera que para mejorar la salud mental sería importante generar políticas públicas que complementen tanto el tratamiento de la protección como la promoción de la salud mental pública. En este sentido y tal como lo plantea Keyes (2005), lograr una salud mental completa floreciente y en ausencia de enfermedad mental, debiera ser el punto principal de la política de toda nación respecto a la cobertura y costos de sistema de salud, protegiendo también a aquellos individuos que están sanos. Sería importante medir el bienestar de la población para evaluar decisiones políticas,

diferenciando diferentes subgrupos, identificando futuras áreas de necesidad y oportunidad, evaluando el potencial impacto de las propuestas políticas y moldeando el contenido de la política de salud (Keyes 2007). Si bien en la presente investigación no existieron resultados estadísticamente significativos, salvo el bienestar social en personas aisladas solas, la amplia literatura menciona la importancia de proteger no sólo la salud física por posibles contagios del virus de COVID-19 sino también poner foco en la salud emocional de la población, evaluando los riesgos de medidas tan extremas como el aislamiento (Hossain et al., 2020). La cuarentena voluntaria, puede estar asociada a una buena adhesión y menores impactos psicológicos, principalmente cuando es explicada y promovida desde el lugar del altruismo (Rubin & Wessely, 2020). La tesista concuerda con Alam et al. (2020) respecto a la necesidad que se establezca el cuándo, porqué, y bajo qué circunstancias, una autoridad tiene la justificación más alta para implementar las políticas de cuarentena y aislamiento como medio para prevenir enfermedades infecciosas, sopesando las consecuencias de esta decisión. (Gammon & Hunt, 2018; Giubilini et al., 2018). Las evidencias de las graves consecuencias de la cuarentena y aislamiento implicarían la necesidad de tomar medidas políticas para fortalecer los servicios de salud mental en general y promover el bienestar psicosocial entre las poblaciones de alto riesgo. Asimismo, sería necesario analizar las relaciones interpersonales, redes, y el capital social que tienen una gran importancia, y aún mayor durante eventos de salud incluyendo la cuarentena y el aislamiento (Hossain et al., 2020). Por último, algunos síntomas como la depresión y la ansiedad producto del aislamiento y la cuarentena, como formas de distanciamiento social más extremas, podrían ser mitigados con información, avalada y sostenida por los medios de difusión que tienen también una gran responsabilidad en contribuir a la tranquilidad social, trabajando en conjunto con los gobiernos y los profesionales de la salud, para ofrecer una guía de salud pública precisa (Shojaei & Masoumi, 2020; Venkatesh & Edirappuli, 2020; Wang et al., 2020).

Futuras líneas de investigación podrían utilizar muestras más grandes, representativas, y con una escala Likert de más opciones, tal como la planteada por el instrumento original del MHC-SF. Asimismo, se podrían repetir los análisis con grupos mas balanceados de la muestra. También sería interesante fomentar investigaciones en salud mental y políticas públicas que pongan el foco en el bienestar eudaimónico y así desarrollar programas de salud mental positiva. Se entiende de las investigaciones realizadas en torno al bienestar y la salud mental positiva, que el bienestar psicológico y

social serían más estables en el tiempo que el bienestar emocional, el cual estaría basado en experiencias emocionales cambiantes, por lo que los programas podrían ser diseñados para mejorar el bienestar mental, enfocando principalmente en el bienestar psicosocial, más allá del bienestar emocional (Joshani, 2019; Joshani et al., 2018).

Otra línea de investigación, podría analizar el impacto económico en las personas aisladas y la afectación del bienestar social, analizando las consecuencias del estrés en las conductas pro sociales; el bienestar emocional, evaluando el nivel de afectación por la depresión y el retraimiento; y el bienestar psicológico, evaluando las consecuencias de la inestabilidad, continuidad y falta de identidad (Godinic, Obrenovic & Khudaykulov, 2020).

Como investigación futura también sería interesante evaluar los factores de resiliencia y protectores, fortalecer redes de soporte de la salud mental y desarrollar dispositivos que puedan compensar el aislamiento y el distanciamiento físico, como también dispositivos para disminuir los factores estresores, en este caso dentro de la psicología positiva se cita el flow, y otros dispositivos podrían ser el mindfulness, la terapia basada en la compasión, entre otros (Hossain et al., 2020; Seligman, 2002, 2011; Sweeny, K. et al., 2020; Oldfield, Stevenson & Ortiz, 2019; Paredes, Apaolaza, Fernandez-Robin, Hartmann & Yañez-Martinez, 2020).

Otra línea de investigación podría referirse el tiempo de extensión del confinamiento y las consecuencias en la salud mental (Brooks et al., 2020; Pancani et al., 2020).

8. Referencias

- Abad, C., Fearday, A. & Safdar, N. (2010). Adverse effects of isolation in hospitalized patients: a systematic review. *The Journal of hospital infection*, 76(2), 97–102. doi: 10.1016/j.jhin.2010.04.027
- Alam, M., Kabir, K. & Tanimoto, J. (2020). Based on mathematical epidemiology and evolutionary game theory, which is more effective: quarantine or isolation policy? *Journal of Statistical Mechanics: Theory and Experiment*, 3(3), 033502. doi: 10.1088/1742-5468/ab75ea
- Ausín, B., Muñoz, M. & Castellanos, M. A. (2017). Loneliness, Sociodemographic and Mental Health Variables in Spanish Adults over 65 Years Old. *The Spanish Journal of Psychology*, 20(46), 1-7. doi: 10.1017/sjp.2017.48
- Brooks, S. K. et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395(10227), 912-920. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8
- Bu, F., Steptoe, A., & Fancourt, D. (2020). Who is lonely in lockdown? Cross-cohort analyses of predictors of loneliness before and during the COVID-19 pandemic. *Public Health*, 186, 31-34. doi: 10.1016/j.puhe.2020.06.036
- Clearwater, Y. A. & Coss, R. G. (1991). Functional Esthetics to Enhance Well-Being in Isolated and Confined Settings. En A.A Harrison, Y. A. Clearwater & C. P. McKay (Eds.), *From Antarctica to Outer Space* (pp. 331–348). New York: Springer.
- Concepción-Breton, A., Corrales-Camacho, I., Córdoba, M., Acosta-Hernández, M., Larancuent-Cueto, O. & De La Cruz-Morel, Y. (2020). Sondeo de Casos en Personas Mayores sobre Actividades Cotidianas y Utilización de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en Tiempos de Pandemia. *Revista Tecnológica-Educativa Docentes*, 9(2), 132-150. doi: 10.37843/rted.v9i2.156
- Corrado, M. L. (2019). Criminal Quarantine and the Burden of Proof. *Philosophia*, 47, 1095–1110. doi: 10.1007/s11406-018-0026-2
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2010). Self-Determination. *The Corsini Encyclopedia of Psychology*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- De Lara Machado, W. & Ruschel Bandeira, D. (2015). Positive Mental Health Scale: Validation of the Mental Health Continuum-Short Form. *Psico-USF*, 20(2), 259-274. doi: 10.1590/1413-82712015200207

- Dénes, A. & Gumel, A. B. (2019). Modeling the impact of quarantine during an outbreak of Ebola virus disease. *Infectious Disease Modelling*, 4, 12–27. doi: 10.1016/j.idm.2019.01.003
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542–575. doi: 10.1037/0033-2909.95.3.542
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *The American Psychologist*, 55(1), 34-43. doi: 10.1037/0003-066x.55.1.34
- Diener, E. & Ryan, K. (2009). Subjective Wellbeing. *South African Journal M. Psychology*, 39(4), 391-406. doi: 10.1177/008124630903900402
- Diener, E., Suh, E. & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian journal of clinical psychology*, 24(1), 25-41. Recuperado de <https://eddiener.com/articles/955>
- Diener E, Suh, E. M., Lucas, R. E. & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302. doi: 10.1037/0033-2909.125.2.276
- Drews, K., (2013). A brief history of quarantine. *The Virginia Tech Undergraduate Historical Review*, 2, 59-70. doi: 10.21061/vtuhr.v2i0.16
- Douglas, Thomas (2019). Is Preventive Detention Morally Worse than Quarantine? En J. W. de Keijser, J. Roberts & J. Ryberg (Eds.), *Predictive Sentencing: Normative and Empirical Perspectives* (pp.69-88). London: Hart Publishing
- Echeverría, G., Torres, M., Pedrals, N., Padilla, O., Rigotti, A., & Bitran, M. (2017). (2017). Validation of a Spanish Version of the Mental Health Continuum-Short Form Questionnaire. *Psicothema*, 29(1), 96–102. doi: 10.7334/psicothema2016.3
- Esparza J. (2016). Epidemias y pandemias virales emergentes: ¿Cuál será la próxima? *Investigación clínica*, 57(3), 231–235. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3729/372946635001.pdf>
- Fianco, A., Sartori, R. D., Negri, L., Lorini, S., Valle, G., & Delle Fave, A. (2015). (2015). The relationship between burden and well-being among caregivers of Italian people diagnosed with severe neuromotor and cognitive disorders. *Research in developmental disabilities*, 39, 43–54. doi: 10.1016/j.ridd.2015.01.006

- Gammon J. (1998). Analysis of the stressful effects of hospitalisation and source isolation on coping and psychological constructs. *International journal of nursing practice*, 4(2), 84–96. doi: 10.1046/j.1440-172x.1998.00084.x
- Gammon, J. & Hunt, J. (2018). Source isolation and patient wellbeing in healthcare settings. *British journal of nursing*, 27(2), 88–91. doi: 10.12968/bjon.2018.27.2.88
- Giubilini, A., Douglas, T., Maslen, H. & Savulescu, J. (2018). Quarantine, isolation and the duty of easy rescue in public health. *Developing world bioethics*, 18(2), 182–189. doi: 10.1111/dewb.12165
- Godinic, D., Obrenovic, B. & Khudaykulov, A. (2020). Effects of economic uncertainty on mental health in the COVID-19 Pandemic Context: Social identity disturbance, job uncertainty and Psychological Well-being model. *International journal of innovations and economic development*, 6(1), 61-74. doi: 10.18775/ijied.1849-7551-7020.2015.61.2005
- Goodman-Casanova, J. M., Dura-Perez, E., Guzman-Parra, J., Cuesta-Vargas, A. & Mayoral-Cleries, F. (2020). Telehealth Home Support During COVID-19 Confinement for Community-Dwelling Older Adults With Mild Cognitive Impairment or Mild Dementia: Survey Study. *J Med Internet Res*, 22(5). doi: 10.2196/19434
- Góngora, V. & Castro Solano, A. (2015). La validación de un índice de bienestar para población adolescente y adulta de la ciudad de Buenos Aires. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7(2), 329-338. doi: 10.5872/psiencia/7.2.21
- Góngora, V. & Castro Solano, A. (2018). Bienestar emocional, psicológico y social y variables demográficas en población adulta de la ciudad de Buenos Aires. *Psicodebate*, 18(1), 72 –83. doi: 10.18682/pd.v18i1.740
- Gonzalez Sanguino, C. et al. (2020). Mental Health Consequences during the Initial Stage of the 2020 Coronavirus Pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain, Behavior and Immunity*, 87, 172-176. doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.040
- Groarke, J. M., Berry, E., Graham-Wisener, L., McKenna-Plumley, P. E., McGlinchey, E. & Armour, C. (2020). Loneliness in the UK during the COVID-19 pandemic: Cross-sectional results from the COVID-19 Psychological Wellbeing Study. *Plos One*, 15(9). doi: 10.1371/journal.pone.0239698

- Gruber, J., Mauss, I. B. & Tamir, M. (2011). A dark side of happiness? How, when, and why happiness is not always good. *Perspectives on Psychological Science*, 6(3), 222–233. doi: 10.1177/1745691611406927
- Gumel, A. B. et al. (2004). Modelling strategies for controlling SARS outbreaks. *Proceedings. Biological sciences*, 271(1554), 2223–2232. doi: 10.1098/rspb.2004.2800
- Gurin, G., Veroff, J. & Feld, S. (1960). *Americans view their mental health*. New York: Basic Books.
- Haro, J. M. et al. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina clínica*, 126(12), 445–451. doi: 10.1157/13086324
- Henderson, L. W. & Knight, T. (2012). Integrating the Hedonic and Eudemonic Perspectives to More Comprehensively Understand Wellbeing and Pathways to Wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2(3), 196–221. doi: 10.5502/ijw.v2.i3.3
- Hershey, T. B., Pryde, J. A., Mwaungulu, G. S. Jr, Phifer, V. I. & Roszak, A. R. (2017). Putting the Law into Practice: A Comparison of Isolation and Quarantine as Tools to Control Tuberculosis and Ebola. *Journal of public health management and practice: JPHMP*, 23(2), 1–7. doi: 10.1097/PHH.0000000000000327
- Hossain, M. M., Sultana, A. & Purohit, N. (2020). Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: a systematic umbrella review of the global evidence. *Epidemiology and health*. Adelanto online de la publicación. doi: 10.4178/epih.e2020038
- Joshanloo, M. (2016). Revisiting the Empirical Distinction Between Hedonic and Eudaimonic Aspects of Well-Being Using Exploratory Structural Equation Modeling. *Journal of Happiness Studies*, 17, 2023–2036. doi: 10.1007/s10902-015-9683-z
- Joshanloo, M. (2017). Structural and discriminant validity of the tripartite model of mental well-being: differential relationships with the big five traits. *Journal of Mental Health*, 28, 1–7. doi: 10.1080/09638237.2017.1370633
- Joshanloo, M. (2019). Investigating the relationships between subjective well-being and psychological well-being over two decades. *Emotion*, 19(1), 183–187. doi: 10.1037/emo0000414

- Joshanloo, M., Bobowik, M. & Basabe, N. (2016). Factor structure of mental well-being: Contributions of exploratory structural equation modeling. *Personality and Individual Differences, 102*, 107–110. doi: 10.1016/j.paid.2016.06.060
- Joshanloo, M., Sirgy, M., J. & Park, P. (2018). Directionality of the relationship between social well-being and subjective well-being: evidence from a 20-year longitudinal study. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation, 27*(8), 2137–2145. doi: 10.1007/s11136-018-1865-9
- Joshanloo, M., Rastegar, P. & Bakhshi, A. (2012). The Big Five personality domains as predictors of social wellbeing in Iranian university students. *Journal of Social and Personal Relationships, 29*(5), 639–660. doi:10.1177/0265407512443432
- Karaś, D., Ciecuch, J. & Keyes, C. L. M. (2014). The Polish adaptation of the Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF). *Personality and Individual Differences, 69*, 104-109. doi: 10.1016/j.paid.2014.05.011
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly, 61*, 121–140. doi: 10.2307/2787065
- Keyes, C. L. M. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of consulting and social behavior, 43*(2), 207-222. doi: 10.2307/3090197
- Keyes, C. L. M. (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. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *The American psychologist, 62*(2), 95–108. doi: 10.1037/0003-066X.62.2.95
- Keyes, C. L.M (2013). Promoting and protecting positive mental health: Early and often throughout the lifespan. En C. L. M. Keyes (Ed.), *Mental well-being: International contributions to the study of positive mental health* (pp. 3–28). New York: Springer Science + Business Media. doi: 10.1007/978-94-007-5195-8_1
- Keyes, C, Kruger, A., Potgieter, J., Temane, M., Wissing, M. & Van Rooy, S. (2008). Evaluation of the Mental Health Continuum–Short Form (MHC– SF) in

- Setswana-Speaking South Africans. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15(3), 181–192. doi: 10.1002/cpp.572
- Keyes, C. L., Shmotkin, 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. & Simoes, E. (2012). To Flourish or Not: Positive Mental Health and All-Cause Mortality. *American journal of public health*, 102, 2164-72. doi: 10.2105/AJPH.2012.300918
- Khumalo, I. P, Temane, Q. M. & Wissing, M. P (2012). Socio-Demographic Variables, General Psychological Well-Being and the Mental Health Continuum in an African Context. *Soc Indic Res*, 105(3), 419-442. doi: 10.1007/s11205-010-9777-2
- Ko, N. Y. et al. (2020). COVID-19-related information sources and psychological well-being: An online survey study in Taiwan. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 153–154. doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.019
- Lades, L. K., Laffan, K., Daly, M. & Delaney, L. (2020). Daily emotional well-being during the Covid-19 pandemic. *PubliPolicy*. Adelanto online de la publicación. doi: 10.1111/bjhp.12450
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Kovács, V. & Bohlmeijer, E. T. (2012). Differential relationships in the association of the Big Five personality traits with positive mental health and psychopathology. *Journal of research in personality*, 46(5), 517-524. doi: 10.1016/j.jrp.2012.05.012
- Lemos, J. (2016). Moral Concerns about Responsibility Denial and the Quarantine of Violent Criminals. *Law and Philosophy*, 35, 461–483. doi: 10.1007/s10982-016-9266-0
- 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). Netherlands: Springer. doi: 10.1007/978-94-007-5195-8_5
- Lomas, T. & Ivtzan, I. (2016). Second Wave Positive Psychology: Exploring the Positive–Negative Dialectics of Wellbeing. *Journal of Happiness Studies*, 17, 1753-1768. doi: 10.1007/s10902-015-9668-y
- Lupano Perugini, M. L. & Castro Solano, A. (2015). Psicología positiva: Análisis desde su surgimiento. *Ciencias Psicológicas*, 4(1), 43-56. doi: 10.22235/cp.v4i1.110

- Lupano Perugini, M. L., de la Iglesia, G., Castro Solano, A. & Keyes, C. L. M. (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
- Moreta-Herrera, R., López-Calle, C., Gordón-Villalba, P., Ortíz-Ochoa, W. & Gaibor-González, I. (2018). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y social como predictores de la salud mental en ecuatorianos. *Actualidades en Psicología*, 32(124), 111–125. doi: 10.15517/AP.V32I124.31989
- Oldfield, J., Stevenson, A. & Ortiz, E. (2019). Promoting resilience in street connected young people in Guatemala: The role of psychological and educational protective factors. *Journal of Community Psychology*, 48(2), 590-604. doi:10.1002/jcop.22272
- Okruszek, L., Aniszewska-Stańczuk, A., Piejka, A., Wiśniewska, M. & Żurek, K. (2020). Safe but lonely? Loneliness, mental health symptoms and COVID-19. *PsyArXiv*. Adelanto online de la publicación. doi: 10.31234/osf.io/9njps
- Ozamiz Etxebarria, N., Dosil Santamaria, M., Picaza Gorrochategui, M. & Idoiaga Mondragon, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote de COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4), ed.00054020. doi: 10.1590/0102-311X00054020
- Pancani, L., Marinucci, M., Aureli, N. & Riva, P. (2020). Forced social isolation and mental health: A study on 1006 Italians under COVID-19 lockdown. *PsyArXiv*. Adelanto online de la publicación. doi: 10.31234/osf.io/uacfj
- Pappas, G., Kiriaze, I. J., Giannakis P. & Falagas M. E. (2009). Psychological consequences of infectious diseases. *Clin Microbil Infect*, 15(8), 743-747. doi: 10.1111/j.1469-0691.2009.02947.x
- Paredes, M. R., Apaolaza, V., Fernandez-Robin, C., Hartmann, P. & Yañez-Martinez, D. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on subjective mental well-being: The interplay of perceived threat, future anxiety and resilience. *Personality and Individual Differences*. Adelanto online de la publicación. doi: 10.1016/j.paid.2020.110455
- Peña Contreras, E. K., Lima Castro, S. E., Bueno Pacheco, G. A., Aguilar Sizer, M. E., Keyes Lee, C. & Arias Medina, W. P. (2017). Reliability and validity of the Mental Health Continuum (MHC-SF) in the Ecuadorian contexts. *Ciencias Psicológicas*, 11(2), 223-232. doi: 10.22235/cp.v11i2.1499

- Petrillo, G., Capone, V., Caso, D. & Keyes, C. L. M. (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
- Prati, G. (2020). Mental Health and Its Psychosocial Predictors during National Quarantine in Italy against the Corona Virus Disease 2019 (COVID - 19). *PsyArXiv*. Adelanto online de la publicación. doi: 10.31234/osf.io/4ar8z
- Pursell, E., Gould, D. & Chudleigh, J. (2020). Impact of isolation on hospitalized patients who are infectious: systematic review with meta-analysis. *BMJ open*, *10*(2), e030371. doi: 10.1136/bmjopen-2019-030371
- Ramírez, P., Cova, F. & Bustos, C. (2015) Salud mental más allá de los síntomas: Aportes del modelo del estado completo de salud mental. En J. C. Oyanedel, M. A. Bilbao & D. Páez (Eds.), *La felicidad de los chilenos: Estudios sobre bienestar* (pp. 21-48). Santiago de Chile: RIL editores.
- Rubin, G. J. & Wessely, S. (2020). The psychological effects of quarantining a city. *BMJ*, *368*, 1-2. doi: 10.1136/bmj.m313
- Ryan, R. & Deci, E. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, *55*(1), 68–78. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.68
- Ryan, R. & Deci, E. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*, *52*, 141-166. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.141
- 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. (2013). Psychological well-being revisited Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and psychosomatics*, *83*(1), 10-28.
- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, *69*(4), 719-727. doi: 10.1037/0022-3514.69.4.719
- Salvarezza, L. (2005). *Psicogeriatría, Teoría y Clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Scholten, H. et al. (2020). Abordaje psicológico del Covid-19: Una revisión narrativa de la experiencia latinoamericana. *Revista Interamericana de Psicología*, *54* (1), 1-

24. Recuperado de https://www.preventionweb.net/files/72089_abordajepsicologicodelcovid.pdf
- Seligman, M. E. P. (1999). The president's address. *American Psychologist*, *54*, 559-532.
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness: Using the new Positive Psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. London: Nicholas Brealey.
- Seligman, M. E. P. (2004). Can happiness be taught? *Daedalus*, *133*, 80-87. doi: 10.1162/001152604323049424
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York: Free Press.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *The American psychologist*, *55*, 5-14. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.5
- Sharma, A. et al. (2020). Impact of isolation precautions on quality of life: a meta-analysis. *The Journal of hospital infection*, *105*(1), 35–42. doi: 10.1016/j.jhin.2020.02.004
- Shojaei S. F. & Masoumi R. (2020). The Importance of Mental Health Training for Psychologists in COVID-19 Outbreak. *Middle East Journal of Rehabilitation and Health Studies*, *7*(2), ed.102846. doi: 10.5812/mejrh.102846
- Simms, L. J., Zelazny, K., Williams, T. F., & Bernstein, L. (2019). Does the number of response options matter? Psychometric perspectives using personality questionnaire data. *Psychological assessment*, *31*(4), 557. doi: 10.1037/pas0000648
- Singh, A., Singh, G., Zaidi, S. Z. H. & Dandona, A. (2020). A study on emotional Well-being midst coronavirus pandemic lockdown. *Mukt Shabd Journal*, *9*(5), 1964-1973. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/341459525_A_STUDY_ON_EMOTIONAL_WELL-BEING_MIDST_CORONAVIRUS_PANDEMIC_LOCKDOWN
- Sweeny, K. et al. (2020). Flow in the Time of COVID-19: Findings from China. Recuperado de <https://doi.org/10.31234/osf.io/e3kcw>
- Tuncbilek, G. (2020). Quarantine(d) Space: Urla-Izmir (Smyrna) Island. *Space and Culture*, *23*, 246-252. doi: 10.1177/1206331220938639
- Ubillos Landa, S., Gonzalez Castro, J. L., Puente Martinez, A. & Gracia Leiva, M. (2020). Afrontando el impacto del Covid-19: resultados preliminares II. Recuperado de

https://riubu.ubu.es/bitstream/handle/10259/5302/Afrontando_el_impacto_del_COVID19-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Urzúa, A., Vera-Villaruel, P., Caqueo-Urizar, A. & Polanco-Carrasco, R. (2020). La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. *Terapia psicológica*, 38(1), 103-118. doi: 10.4067/S0718-48082020000100103
- Usher, K., Bhullar, N. & Jackson, D. (2020). Life in the pandemic: Social isolation and mental health. *Journal of clinical nursing*, 29(15-16), 2756–2757. doi: 10.1111/jocn.15290
- Vannini, P. (2020). COVID-19 as Atmospheric Dis-ease: Attuning into Ordinary Effects of Collective Quarantine and Isolation. *Space and Culture*, 23, 269-273. doi: 10.1177/1206331220938640
- Venkatesh, A. & Edirappuli, S. (2020). Social distancing in covid-19: what are the mental health implications? *BMJ*, 369, 1. doi: 10.1136/bmj.m1379
- Wang, C. 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
- Wilder-Smith, A. & Freedman, D. (2020). Isolation, quarantine, and 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), 1-4. doi: 10.1093/jtm/taaa020
- Zubieta, E. & Delfino, G. (2010). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones*, 17, 277-283. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3691/369139946018.pdf>

9. Anexo A

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

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

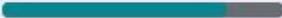
0 1 2 3

Seguro de pensar y expresar las propias ideas y opiniones *

0 1 2 3

Que su vida tiene dirección y sentido *

0 1 2 3

[Atrás](#) [Siguiete](#)  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