

CORRELATOS PSICOSOCIALES DE LA CUARENTENA DEBIDO AL COVID-19 EN ADULTOS ARGENTINOS Y ECUATORIANOS.

PSYCHOSOCIAL CORRELATES OF QUARANTINE DUE TO COVID-19 IN ARGENTINE AND ECUADORIAN ADULTS.

Santiago Resett¹ & Carolina García-Ramos²

¹ Universidad Argentina de la Empresa, Buenos Aires, departamento de Psicología. Buenos Aires- Argentina. Email: resettsantiago@gmail.com

² Universidad Técnica de Ambato. Facultad de Ciencias de la Salud. Carrera de Psicología Clínica. Ambato - Ecuador. Email: dc.garcia@uta.edu.ec

RESUMEN

El virus SARS-coV-2 cambió radicalmente la manera de vivir de la humanidad. La cuarentena o aislamiento social es la única medida para atenuar el contagio, pero su prolongación tiene efectos psicosociales negativos. De este modo, la presente investigación tenía como objetivos el evaluar los niveles de ansiedad, estrés y depresión en personas aisladas y determinar si los diversos factores demográficos introducían diferencias a este respecto. Para este fin, se constituyó una muestra intencional de 539 adultos, de la Argentina (69%) y Ecuador (31%). Un 32% era varón y 72%, mujer. La edad promedio era 32,3 (SD=12,4; con edades de 18 a 78 años). Se aseguró el anonimato y la confidencialidad de los resultados y los participantes respondieron al cuestionario DASS-21 de Lovibond y Lovibond (1995), la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer (1970) y preguntas demográficas. Los datos se analizaron con el programa SPSS 23. Se encontró que un 5% señaló haber padecido síntomas de COVID-19, un 17% señalaba estar dentro del grupo de riesgo, un 41% indicaba vivir con personas en dicho grupo y un 1% había interactuado con personas con síntomas. Con respecto a los puntajes de ansiedad ante la muerte, depresión, ansiedad y estrés, estos variaban según haber padecido síntomas de COVID-19, estar dentro del grupo de riesgo, residir con personas en dicho grupo y presentar una reducción en sus ingresos financieros por la cuarentena. Mientras mayor tiempo de aislamiento, mayor impacto psicosocial. La población ecuatoriana presentaba mayores niveles de ansiedad, estrés y depresión.

Palabras clave: COVID-19; cuarentena; aislamiento; efectos psicosociales; Argentina; Ecuador.

ABSTRACT

The SARS-coV-2 virus radically changed the lives of humans around the world. Quarantine or isolation is the only effective measure to date. However, prolonged isolation has negative psychosocial effects. Thus, the present research aimed to evaluate the levels of anxiety, stress, and depression in isolated people and to determine if various demographic factors introduced differences in this regard. For this purpose, an intentional sample of 539 adults from Argentina (69%) and Ecuador (31%) was constituted. 32% were male and 72% female. The mean age was 32.3 (SD = 12.4; with ages 18 to 78 years). Participants responded to the Lovibond and Lovibond (1995) DASS-21 questionnaire, the Templer Death Anxiety Scale (1970), and demographic questions. Anonymity and confidentiality of the results was ensured. The data were analyzed with the SPSS 23 program. Regarding the results, 5% indicated having suffered symptoms of COVID-19, 17% indicated that they were in the risk group, 41% indicated that they lived with people in this group and 1% had interacted with people with symptoms. Regarding anxiety, death, depression, anxiety and stress scores, these vary according to having suffered symptoms of COVID-19, being in the risk group and residing with people in that group and having their income affected by the quarantine. Also, the longer the isolation, the greater the psychosocial impact. Ecuadorian population showed higher levels of anxiety, stress, and depression.

Keywords: COVID-19; quarantine; isolation; psychosocial effects; Argentina; Ecuador.

INTRODUCCIÓN

El brote de enfermedad por el nuevo coronavirus denominado SARS-CoV-2 o COVID-19, apareció por primera vez en Wuhan, China, a finales de diciembre de 2019 (Kamps & Hoffmann 2020), generando una emergencia mundial por su rápida propagación y falta de conocimiento sobre tratamientos efectivos, según la Organización Mundial de la Salud o World Health Organization (WHO, 2019). Asimismo, en diciembre de dicho año surgieron informes chinos de un grupo de casos de neumonía de causa desconocida que culminó con la identificación de un nuevo coronavirus el 12 de enero de 2020, denotado como SARS-CoV-2 y la enfermedad asociada como COVID-19 (Li et al., 2020). El virus se propagó rápidamente por todo el mundo y fue declarado pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de marzo de 2020 (WHO, 2020), con muchos países adoptando medidas de salud pública sin precedentes para frenar su expansión (Metha, 2020), lo cual fue algo infructuoso. El coronavirus es un virus de ARN monocatenarios grandes, con envoltura lipídica que se encuentran en aves y especies mamíferos. Los coronavirus humanos comúnmente causan infecciones leves del tracto respiratorio superior, contabilizando para aproximadamente el 30% de los resfriados comunes. No obstante, se describen casos de enfermedad grave en los ancianos, niños y huéspedes inmunodeprimidos o con una historia de enfermedades crónicas, como las respiratorias o cardíacas (Ison & Lee, 2017).

La distancia social o cuarentena, conocida como Intervención no Farmacológica Universal, fue considerada como la mejor estrategia para evitar el contagio por la mayoría de los países a nivel mundial. Disminuyó significativamente las actividades presenciales, se limitó la productividad y la economía se vio afectada, pero -al mismo tiempo- aumentó el desempleo y el malestar general en la población (Hevia & Neumeyer, 2020).

Actualmente, existen más de 25 millones de casos de COVID-19 y más de 846.000 muertos a nivel mundial; los Estados Unidos encabezan la lista de países con más casos acumulados de pacientes con COVID-19, con más de 6 millones de infectados y 187.000 fallecidos. Con respecto a la América Latina, el Brasil presenta casi 4 millones de casos y 120.000 fallecidos, la Argentina muestra casi 408.000 casos y 8.500 muertes por la enfermedad y el Ecuador presenta 113.000 casos y 6.500 muertes para ocupar el octavo y noveno lugar, respectivamente, a nivel del continente americano (WHO, 2020).

La pandemia del coronavirus COVID-19 representa un desafío para el campo de la salud mental en la actualidad, ya que existen varias consecuencias psicosociales y trastornos mentales asociados, como la depresión, ansiedad y el estrés, en lugares como el hogar, el trabajo y los hospitales como lugares de riesgo para el contagio (Kamps & Hoffmann 2020). Su aparición dependerá del afrontamiento a esta crisis y de la reducción del impacto emocional a través de la adaptación al nuevo contexto. Los últimos trabajos investigativos revelan las consecuencias en la salud mental por el aislamiento social, casi todos los aspectos de la vida del ser humano se deterioran (Espada, Orgilés, Piqueras y Morales, 2020; Stankovska, Memedi, y Dimitrovski, 2020). Un reciente metaanálisis con 24 estudios (Brooks, Webster, Smith, Woodland, Wessely, Greenberg, & Rubin, 2020) halló que períodos prolongados de cuarentena -más de 10 días- se asociaban con menor salud mental, mayormente síntomas de estrés post-traumático, conductas de evitación e ira. Además, dicha investigación señalaba que los efectos durante la cuarentena eran estresores financieros, frustración o aburrimiento y temor a ser infectado por la enfermedad. Por otra parte, existen efectos psicosociales a largo plazo o post- cuarentena, como disminución de los ingresos financieros, estigmatización - para las personas que se infectaron - e incluso, síntomas de estrés post-traumático. Otro estudio longitudinal detectó que - a largo plazo - los empleados de la salud que padecieron aislamiento a causa del virus SARS presentaban mayor consumo de alcohol que quienes no estuvieron en cuarentena (Wu et al., 2008).

Se conoce que los trastornos depresivos pueden presentarse en cualquier momento de la vida, desde la niñez hasta la tercera edad y su inicio puede ser súbito o de manera gradual. La ansiedad, en cierto grado, es normal y adaptativa además de importante para nuestro bienestar y funcionamiento. Cuando persiste en el tiempo y afecta en el desempeño del individuo en cualquiera de sus áreas laboral, social o personal, se convierte en una enfermedad y muchas veces es un síntoma de otros trastornos mentales (Morrison, 2014). Tanto la depresión como la ansiedad tienen diversas causas: factores genéticos, características de

personalidad y factores de riesgo ambientales, como acontecimientos vitales estresantes que son precipitantes del trastorno (American Psychiatric Association, 2014).

Si bien no hay coincidencia entre los factores demográficos que pueden introducir diferencias en los efectos psicosociales de la cuarentena, uno de ellos, sin embargo, es la duración de esta, ya que se comprobó que, a mayor duración, mayor impacto en la salud mental (Brooks et al., 2020). Un estudio (Taylor, Agho, Stevens, & Raphael, 2008) de propietarios de caballos en cuarentena - debido a la influenza equina - identificó varias características asociadas con impactos psicológicos: menor edad (16-24 años), menor nivel educativo, ser de género femenino, y tener un hijo en lugar de no tener hijos (aunque tener tres o más hijos parecía ser un factor protector). No obstante, otra investigación relacionada con el aislamiento por el virus SARS (Hawryluck, Gold, Robinson, Pogorski, Galea, & Styra, 2004). sugirió que factores demográficos como el estado civil, la edad, la educación, la convivencia con otros adultos y tener hijos no estaban asociados con diferentes efectos psicosociales.

Los servicios de salud mental tienen una gran responsabilidad en estos momentos de crisis por la pandemia. Es necesario fomentar la evaluación y el tratamiento, en este campo, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas y además evitar otros problemas psicosociales que se pueden desencadenar.

Tener datos científicos sobre los efectos del COVID-19 y de la cuarentena son vitales en los países de la América Latina (Sorokin et al., 2020), con el fin de tomar medidas preventivas para disminuir los costos para la salud mental del aislamiento, durante y después de la cuarentena. Por lo tanto, este trabajo investigativo tiene como objetivo describir el impacto psicosocial percibido por el aislamiento y los niveles de ansiedad, depresión, estrés y ansiedad ante la muerte de adultos en Argentina y Ecuador. Por otra parte, también busca determinar si determinados factores demográficos (cantidad de días de cuarentena, haber padecido de síntomas de COVID-19, pertenecer al grupo de riesgo, vivir con personas dentro del grupo de riesgo, disminución de ingresos económicos y nacionalidad) introducen diferencias a este respecto.

Se propuso como objetivo describir la percepción del impacto psicosocial de la cuarentena en adultos argentinos y ecuatorianos., además de explorar si los niveles de ansiedad ante muerte, depresión, ansiedad y estrés varían, según la cantidad de días de cuarentena, haber padecido de síntomas de COVID-19, pertenecer al grupo de riesgo, vivir con personas dentro del grupo de riesgo, disminución de ingresos económicos y nacionalidad.

MÉTODOS

Diseño

Se llevó a cabo una investigación cuantitativa de tipo descriptivo-correlacional con un diseño transversal.

Muestra

Se constituyó una muestra intencional de 539 adultos de la Argentina (69%) y Ecuador (31%). Un 32% eran varones y un 72%, eran hembras (edad media = 32,3, $SD=12,4$; con edades de 18 a 78 años). El 2% tenía el nivel primario completo, el 32% el secundario completo, el 51% el terciario/universitario completo y el grupo restante (15%) niveles de posgrado. El 34% tenía hijos. Un 22% estaba en pareja, un 38% estaba casado o convivía con su pareja sin haberse casado y el resto no tenía pareja amorosa estable. El tiempo promedio de estar en aislamiento era 25 días.

Instrumentos

Cuestionario demográfico: género, edad, nacionalidad, entre otros.

Cuestionario de preguntas relacionadas con el COVID-19 y su impacto social: tuviste COVID- 19, perdiste tu trabajo por la cuarentena, se vieron afectados tus ingresos financieros, etc.

Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer (1970). La escala está constituida por 15 ítems con cuatro alternativas de respuesta con formato tipo Likert: 1 = *Nunca o casi nunca*, 2 = *Algunas veces*, 3 = *La mayor parte del tiempo* y 4 = *Todo el tiempo*. El puntaje mínimo es 15 (mínima ansiedad) y 60 es el puntaje máximo (máxima ansiedad). Algunos ejemplos de preguntas de esta escala son: “Tengo miedo de morir” y “Me molestan ciertos pensamientos sobre la muerte”. Originalmente, este instrumento consistía en 15 ítems con opción de respuesta verdadera o falsa. Luego las opciones dicotómicas fueron cambiadas por opciones contempladas en una escala Likert (López Castedo, Sueiro Domínguez & López García, 2004). Los ítems para calcular los puntajes se pueden sumar o promediar, aunque es más común sumarlos, con lo cual se obtiene una puntuación mínima de 15 y una máxima de 60. Sus propiedades psicométricas están altamente comprobadas, con alfas de Cronbach que fluctúan entre 0,76-0,87 y una estabilidad test re/test $r_s = 0,71$ y 0,84 (López Castedo et al, 2004). En lo que refiere a su validez de constructo, la misma está altamente estudiada y se ha determinado su asociación con numerosas variables psicológicas, como depresión, ansiedad y enfermedades físicas, como HIV o cáncer (Lo et al., 2011; Rivera-Ledesma, Montero-López & Sandoval Ávila, 2010). Su adaptación al español presentó buenas propiedades (Resett, González Caino, & Kersenbaum, en prensa). El alfa de Cronbach en el presente estudio fue 0,89.

Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (Depression, Anxiety and Stress Scale DASS-21) de Lovibond y Lovibond (1995). Es un autoinforme constituido por subescalas que miden tres estados emocionales negativos: depresión, ansiedad y estrés. Ejemplos de preguntas son: “Me resultaba difícil calmarme”, “Todo me parecía negativo” y “Me parece que estaba al borde de un ataque de nervios”, respectivamente, con las preguntas remontándose a los siete días anteriores a la evaluación. En el DASS-21 cada subescala cuenta con siete ítems y las preguntas constan de cuatro niveles de severidad que van desde *no me pasaba* (0) hasta *me pasaba muchísimo* (3). Los puntajes más altos indican un mayor nivel de emotividad negativa. Con relación a la consistencia interna, la escala posee un alfa de Cronbach que va de 0,73 a 0,81 (Lovibond & Lovibond, 1995). Además, presenta evidencia de validez factorial concurrente (por ejemplo, con las escalas Beck de Depresión y Ansiedad) y discriminativa. Fue adaptado al español por Facio, Micocci y Resett (2008) con buenas propiedades psicométricas en varios estudios en español (Resett & Putallaz, 2018). En el presente estudio, el alfa de Cronbach de la subescala depresión fue 0,87; la de ansiedad, 0,84 y la de estrés, 0,86.

Procedimiento de recolección de datos

La recolección de datos fue tomada durante los meses de abril y junio del año 2020. Para la recolección se contactó los participantes en las redes sociales a partir de un formulario de Google Drive con el consentimiento informado, una explicación del estudio y los cuestionarios. Se aseguró el anonimato, la confidencialidad y la participación voluntaria en todo el proceso de recolección de datos mediante un asentimiento informado por escrito.

Procedimiento de análisis de datos

Fueron procesados en el software estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows versión 23 en castellano para sacar estadísticos descriptivos (porcentajes, medias y desvíos típicos, entre otros) e inferenciales (alfas de Cronbach, correlaciones de Pearson y comparaciones de medias).

RESULTADOS

Con respecto al primer objetivo, un 5% de la muestra señalaba haber padecido síntomas de COVID-19, un 17% señalaba estar dentro del grupo de riesgo en caso de contraer enfermedad (ser adulto mayor, enfermedades pre-existentes, como cardíacas, etc.), un 41% indicaba vivir con personas dentro de dicho grupo y un 1% había interactuado con personas con síntomas de la enfermedad. En la tabla 1 se muestran los resultados sobre cómo percibían los sujetos que el aislamiento los había afectado. Como se ve en la tabla 1, los efectos percibidos con mayores porcentajes estaban en los hábitos alimenticios alterado y la disminución de los ingresos económicos; También más de la mitad señalaba el aburrimiento.

Tabla 1. Porcentajes de la percepción del impacto psicosocial de la cuarentena en adultos argentinos y ecuatorianos

Pregunta	Sí	No
¿Perdiste tu trabajo por la cuarentena?	8%	92%
¿Se vieron afectados tus ingresos económicos por la cuarentena?	63%	37%
¿Has tenido problemas de convivencia (discusiones, peleas) por la cuarentena?	46%	54%
¿Se ha visto afectada tu dieta por la cuarentena (comer en exceso, beber mucho alcohol)?	75%	25%
¿Te aburrís durante la cuarentena?	55%	45%
N = 539		

El segundo objetivo era determinar si los puntajes de ansiedad muerte, depresión, ansiedad y estrés variaban, según haber padecido síntomas de COVID-19, estar dentro del grupo de riesgo y residir con personas en dicho grupo y haberse visto afectados sus ingresos financieros por la cuarentena. Con respecto a haber padecido síntomas, se percibían niveles más altos de ansiedad en quienes habían padecido $M = 4,13$ ($SD=1,14$) versus los que no $M = 2,04$ ($SD=3,05$) $t(538) = 1,81$ $p < 0,09$. Quienes estaban dentro del grupo de riesgo presentaban mayores niveles de ansiedad muerte $M = 25,13$ ($SD=7,08$) versus los que no $M = 23,52$ ($SD=6,47$) $t(538) = 2,14$ $p < 0,03$. Quienes vivían con personas de riesgo mostraban mayores puntajes de ansiedad muerte y ansiedad que los que no $M = 24,60$ ($SD=7,20$) versus los que no $M = 23,25$ ($SD=6,10$) y $M = 2,63$ ($SD=3,54$) versus los que no $M = 1,74$ ($SD=2,73$) $t(538) = 2,27$ $p < 0,02$ y $t(538) = 3,15$ $p < 0,002$. Quienes decían que sus ingresos se habían visto afectados ostentaban niveles más elevados de ansiedad muerte, ansiedad y estrés versus los que no $M = 24,39$ ($SD=7,07$) $M = 2,49$ ($SD=3,51$) $M = 4,82$ ($SD=4,16$) y $M = 22,78$ ($SD=5,57$) $M = 1,43$ ($SD=2,12$) $M = 3,91$ ($SD=3,79$) $t(538) = 2,92$ $p < 0,004$ $t(538) = 4,35$ $p < 0,001$ y $t(538) = 2,50$ $p < 0,01$.

Se observaron correlaciones entre la cantidad de días de cuarentena y los mayores niveles de ansiedad ante la muerte, depresión, ansiedad y estrés, aunque marginalmente significativa para la primera variable, como se ve en la tabla 2.

Tabla 2. Correlaciones entre días de cuarentena y niveles de ansiedad muerte, depresión, ansiedad y estrés

		Cantidad de días de cuarentena	Ansiedad muerte	Depresión	Ansiedad	Estrés
Cantidad de días de cuarentena	Correlación de Pearson	1	0,074	0,127*	0,256**	0,15
	<i>p</i>		0,088+	0,003	0,001	0**
						0,00
						1
						N = 539

** La correlación es significativa en el nivel 0,0001 (bilateral). * La correlación es significativa en el nivel 0,0003 + . La correlación es significativa en el nivel 0,09

Al comparar los puntajes de ansiedad muerte, depresión, ansiedad y estrés, según la nacionalidad, con pruebas t de student emergían diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad muerte y ansiedad debido a niveles más elevados en los adultos de Ecuador en comparación con los de Argentina, como se ve en la tabla 3 $t(538) = 2,97$ $p < 0,003$; $t(538) = 3,58$ $p < 0,001$. En la figura 1, se muestran dichos resultados.

Tabla 3. Niveles de ansiedad muerte, depresión, ansiedad y estrés, según nacionalidad.

	Nacionalidad	N	M	SD
Ansiedad muerte	Argentina	371	23,18	5,95
	Ecuador	168	25,17	7,69
Depresión	Argentina	371	3,59	3,64
	Ecuador	168	3,73	4,15
Ansiedad	Argentina	371	1,73	2,57
	Ecuador	168	2,93	3,96
Estrés	Argentina	371	4,35	3,95
	Ecuador	168	4,78	4,25

Figura 1. Puntajes en depresión, ansiedad, estrés y ansiedad muerte, según nacionalidad.

DISCUSIÓN

El COVID-19 como pandemia implicó un prolongado aislamiento sin precedentes. Se sabe que los efectos prolongados del aislamiento son nocivos para la salud mental. De este modo, la presente investigación evaluó los efectos psicosociales de la cuarentena en una muestra de 539 adultos, de la Argentina (69%) y Ecuador (31%), con un 32% eran varones y un 72%, mujeres y con edades de 18 a 78 años. Los participantes respondieron al cuestionario DASS-21 de Lovibond y Lovibond (1995), la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer (1970), preguntas demográficas y sobre la percepción del impacto subjetivo del aislamiento.

Un 5% de los encuestados señalaba haber padecido síntomas de COVID-19, un 17% señalaba pertenecer al grupo de riesgo en caso de contraer enfermedad, un 41% indicaba vivir con personas dentro de dicho grupo y un 1% había interactuado con personas infectadas. Lo más destacado de estos resultados es que solamente una minoría había padecido la enfermedad o estar en contacto con personas infectadas, lo cual puede explicarse por el miedo o temor que genera la enfermedad y el respeto por el aislamiento y las medidas de aislamiento. También es posible que los porcentajes de infectados reales sean mucho menores -es posible que muchas personas manifiesten haber padecido el síntoma simplemente por presentar algún síntoma compatible con la enfermedad, pero sin tener un hisopado-. Por otra parte, es probable que muchos participantes, a pesar de haber padecido COVID-19, lo hayan negado por el temor al prejuicio o rechazo. Por ende, los resultados deben ser tomados con cautela. En este sentido, en su investigación meta-analítica Brooks et al., (2020) detectaron que el estigma a las personas infectadas en tiempo de pandemia es una de las peores consecuencias psicosociales.

Con respecto al primer objetivo sobre describir los efectos indeseables del aislamiento percibido, los participantes señalaban el verse afectada su dieta con 75%, la disminución de los ingresos económicos con 63% y más de la mitad el aburrirse como los principales efectos de la cuarentena. Estos efectos son coincidentes por los señalados por muchas investigaciones (por ejemplo, Brooks et al., 2020), principalmente debido al aislamiento y las rutinas alteradas de las personas, como el no poder hacer determinadas actividades o trabajar desde el hogar mediante las nuevas tecnologías. Que entre las principales se encuentre el cambio en la dieta de las personas, puede deberse a comer demás, comer de menos o el aumento en el consumo de sustancias tóxicas como una forma de mitigar la ansiedad o por el aburrimiento. En una línea similar, muchos estudios detectaron que el consumo de alcohol aumentaba por este motivo (Wu et al., 2008).

Con respecto al segundo objetivo de determinar si los puntajes de ansiedad ante la muerte, depresión, ansiedad y estrés variaban según haber padecido síntomas de COVID-19, estar dentro del grupo de riesgo, residir con personas en dicho grupo y haberse visto afectados los ingresos financieros por la cuarentena. Se detectó que quienes habían padecido síntomas

del virus mostraban niveles más altos de ansiedad. Por otra parte, quienes estaban dentro del grupo de riesgo presentaban mayores niveles de ansiedad ante la muerte, mientras que quienes vivían con personas de riesgo mostraban mayores puntajes de ansiedad. Finalmente, quienes decían que sus ingresos financieros se habían visto afectados ostentaban niveles más elevados de ansiedad a la muerte, ansiedad y estrés. Está comprobado que los efectos psicosociales de la cuarentena pueden verse afectados por distintos factores demográficos, aunque los datos, en ocasiones, son contradictorios (Brooks et al., 2020). Que las personas con factores asociados al COVID-19 -presentar síntomas, vivir con personas dentro del grupos de riesgo, entre otros- mostrasen una peor salud mental es coincidente con muchos estudios que sugieren que pueden padecer mayores correlatos psicosociales por el miedo a contagiar a otras personas, entre otros factores (Brooks et al., 2020; Desclaux, Badji, Ndione, & Sow, 2017; Jeong et al., 2016). Los efectos en la salud mental a causa de la disminución de los ingresos financieros, como perder el trabajo o no poder llevar a cabo las actividades laborales, pueden generar un gran estrés, como aquí se detectó y se comprobaron en otras investigaciones extranjeras (Mihashi et al., 2009; Pellecchia et al., 2015). Incluso, estos efectos pueden ser duraderos, como indican muchas investigaciones (Brooks et al., 2020). Principalmente, en países en vías de desarrollo con una mayor inestabilidad económica, social y política, como la Argentina y el Ecuador, naciones en las cuales se habla del estilo mediterráneo debido al ineficiente accionar del estado (Esping-Andersen, 1993).

Se observaron correlaciones entre la cantidad de días de cuarentena y los mayores niveles de ansiedad ante la muerte, depresión, ansiedad y estrés, aunque marginalmente significativa para la primera. Los efectos de prolongados días de aislamiento están muy bien documentados por la literatura científica. Que los efectos se perciban en los cuatros variables aquí estudiadas no es llamativo. La literatura científica destaca que el impacto más significativo se halla dentro de los trastornos de ansiedad, como el trastorno por estrés post-traumático (Brooks et al., 2020). Aquí se observó significativamente en la sintomatología ansiosa y la ansiedad ante la muerte. Se sabe que uno de los mayores temores que infunde la pandemia es el miedo a enfermar y morir o el miedo a infectar a otros familiares (Desclaux et al., 2017; Jeong et al., 2016). Estos resultados tampoco son llamativos teniendo en cuenta que la Argentina, por ejemplo, lleva casi seis meses de aislamiento, lo que la convierte en una de las cuarentenas más extensas en duración en todo el mundo.

Además, los adultos de Ecuador mostraban mayores niveles de ansiedad y ansiedad ante la muerte que los de la Argentina. Estos resultados son algo contradictorios debido a que la Argentina presenta una prolongada cuarentena. Sin embargo, otros factores sociales, políticos, económicos y culturales del Ecuador podrían explicarlos. Por otra parte, estos datos deben ser tomados con cautela debido a que se trataba de una muestra intencional, lo que no permite generalizar los resultados.

Este estudio tiene limitaciones que deben ser señaladas. En primer lugar, conviene señalar que la muestra no se seleccionó al azar, era de un tamaño mediano y mayormente con participantes con altos niveles de escolarización. Otra limitación era que el tipo de estudio era transversal, lo que no permite analizar la estabilidad de las conductas o los efectos a largo plazo de la cuarentena. Asimismo, la muestra fue evaluada de manera online, lo cual puede sesgar los resultados ya que -quizás- se accedió a participantes con más familiaridad con las tecnologías. Por otra parte, el hecho que el investigador no esté presente durante la administración puede afectar las respuestas. Del mismo modo, que los datos hayan sido recogidos mediante el autoinforme aumenta artificialmente las relaciones entre las variables por la varianza compartida en el método de recolección de datos. Asimismo, el autoinforme - como las escalas o cuestionarios - tiene conocidas limitaciones, como el sesgo en las respuestas, la falta de honestidad en las respuestas, marcar alternativas socialmente deseables, etc. Otra limitación es que no se incluyeron otras variables relevantes, como estilos de afrontamiento o personalidad. Finalmente, los datos se analizaron con comparaciones de medias y con correlaciones de Pearson y no con otros métodos más sofisticados, como los modelos estructurales.

Futuros estudios deberían examinar los efectos psicosociales del aislamiento en muestras de mayor tamaño y seleccionadas al azar de diversas naciones de la América Latina, para determinar su impacto en otros países. Sería relevante evaluar muestras de forma presencial y online con el fin de determinar si el procedimiento de muestreo introduce diferencias en las respuestas. Si bien se comprobó que la administración presencial versus online presenta escasas diferencias al tomar

los recaudos necesarios, algunas facetas de la recolección online pueden ser cuestionables. Sería importante incluir otras mediciones además del autoinforme para evitar las limitaciones de los autoinformes, como usar otros informantes o emplear mediciones fisiológicas del estrés, como medición mediante saliva o sangre. Del mismo modo, se debería estudiar el impacto en otras poblaciones, como personal de salud o en muestras de niños y adolescentes. Finalmente, se deberían llevar a cabo estudios longitudinales con el fin de medir el impacto a largo plazo de la cuarentena. No obstante, esta investigación pone de manifiesto que los efectos del aislamiento prolongado son notorios para la salud mental y que también los factores culturales, sociales y económicos de los países podrían moderar los efectos. Se deberían, asimismo, plantear políticas públicas con el fin de mitigar los efectos psicosociales a largo plazo del aislamiento, como pensar medidas psicosociales para facilitar la adaptación de los sujetos a sus actividades diarias una vez que la pandemia finalice.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®. American Psychiatric Pub.
- Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). El impacto psicológico de la cuarentena y cómo reducirla: revisión rápida de las pruebas. *Lancet*, 395, 912-20.
- Desclaux, A., Badji, D., Ndione, A.G., Sow, K. (2017). Accepted monitoring or endured quarantine? Ebola contacts' perceptions in Senegal. *Soc Sci Med*, 178, 38–45.
- Espada, J.P., Orgilés, M., Piqueras, J.A., y Morales, A. (2020). Las buenas prácticas en la atención psicológica infantil-juvenil ante el COVID-19. *Clínica y Salud*. Avance en línea. (Revisado 3 mayo 2020). <https://doi.org/10.5093/clysa2020a14>.
- Esping-Andersen, G. (1993). *Los tres mundos del estado de bienestar*. Ediciones Alfonso: Valencia, España.
- Facio, A., Micocci, F., & Resett, S. (2008). *Haciéndose adulto: relaciones interpersonales y problemas emocionales y de conducta en la adultez emergente (Proyecto de investigación y desarrollo 171/08)*. Paraná, Argentina: Universidad Nacional de Entre Ríos, Facultad de Ciencias de la Educación.
- Hawryluck, L., Gold W.L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerg Infect Dis*, 10, 1206–12.
- Hevia, C., & Neumeyer, A. (2020). Un marco conceptual para analizar el impacto económico del COVID-19 y sus repercusiones en las políticas. *PNUD LAC C19 PDS*, (1).
- Ison, M.G., Lee, N. (2017). *Noninfluenza Respiratory Viruses*. En, J. Cohen, W. Powderly, & S. Opal (eds.), *Infectious Diseases (Vol 22017)*. 4th ed. Online: Elsevier.
- Jeong, H., Yim, H.W., Song, Y-J, et al. (2016). Mental health status of people isolated due to Middle East respiratory syndrome. *Epidemiol Health*, 38: e2016048
- Johnson, M.C., Saletti-Cuesta, L., & Tumas, N. (2020). Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 2447-2456.
- Kamps, B., & Hoffmann, C. (2020). *Covid reference*. Infections Centrum: Hamburgo, Alemania
- Li, Q., Guan, X., Wu, P. et al. (2020). Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus– Infected Pneumonia. *N Engl J Med.*, 1–9. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2001316>
- Lo, C., Hales, S., Zimmermann, C., Gagliese, L., Rydall, A., & Rodin, G. (2011). Measuring death related anxiety in advanced cancer: Preliminary psychometrics of the Death and Dying Distress Scale. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 33, 140-145. <https://doi.org/10.1097/MPH.0b013e318230e1fd>

- López Castedo, L., Sueiro Domínguez, E., & López García, M. (2004). Ansiedad ante la muerte en la adolescencia. *Revista galego-portuguesa de psicología y educación*, 9, 241-254.
- Lovibond, P. F. & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Metha, N. et al. (2020). SARS-CoV-2 (COVID-19): What do we know about children? A systematic review. *Clin Infect Dis*, 11. doi: 10.1093/cid/ciaa556.
- Mihashi, M., Otsubo, Y., Yinjuan, X., Nagatomi, K., Hoshiko, M., Ishitake, T. (200). Predictive factors of psychological disorder development during recovery following SARS outbreak. *Health Psychol*, 28: 91–100.
- Morrison, J. (2014). *DSM-5 simplificado: la guía del médico para el diagnóstico*. Publicaciones de Guilford.
- Orgiles, Mireia y Morales, Alexandra y Delveccio, Elisa y Mazzeschi, Claudia y Espada, José P., Efectos psicológicos inmediatos de la cuarentena COVID-19 en jóvenes de Italia y España (24/4/2020). Disponible en SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3588552> o <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3588552>
- Pellecchia, U., Crestani, R., Decroo, T., Van den Bergh, R., Al-Kourdi, Y. (2015). Social consequences of Ebola containment measures in Liberia. *PLoS One*, 10: e0143036.
- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., & Escobar- Córdoba, F. (2020). Consecuencias de la pandemia COVID 19 en la salud mental asociada al aislamiento social.
- Resett, S., González Caino, P., & Kersenbaum, M. (en prensa). Validación Preliminar de la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer en una Muestra Argentina. *Psykhé*.
- Resett, S., & Putallaz, P. (2018). Cybervictimización y cyberagresión en estudiantes universitarios: problemas emocionales y uso problemático de nuevas tecnologías. *Psicodebate*, 18(2), 38-50.
- Rivera-Ledesma, A., Montero-López, M., & Sandoval Ávila, R. (2010). Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer: propiedades psicométricas en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Journal of Behavior, Health y Social Issues*, 2, 83-91. <https://doi.org/10.5460/jbhsi.v2.2.26795>
- Sorokin, P. et al. (2020). Datos en tiempos de pandemia: la urgencia de un nuevo pacto. Reflexiones desde América Latina y el Caribe. *Revista de Bioética y Derecho*, 50, 221- 237.
- Stankovska, G., Memedi, I., y Dimitrovski, D. (2020). Enfermedad por coronavirus COVID- 19, salud mental y apoyo psicosocial. *Registro de la sociedad*, 4 (2), 33-48.
- Taylor, M.R., Agho, K.E., Stevens, G.J., Raphael, B. (2008). Factors influencing psychological distress during a disease epidemic: data from Australia's first outbreak of equine influenza. *BMC Public Health*, 8, 347
- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *Journal of General Psychology*, 82, 165-177. <https://doi.org/10.1080/00221309.1970.9920634>
- World Health Organization WHO (2019). Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Situation report 42. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019/situation-reports> (fecha de acceso 12 de julio de 2020) 13. Fuk-Woo
- World Health Organization WHO (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 51. World Health Organization, 11 Mar 2020. Available from: <https://www.who.int/docs/defaultsource/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19>
- Wu, P., Liu, X., Fang, Y., et al. (2008). Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak. *Alcohol*, 43, 706–712.