

Factores Estresantes y Sintomatología Psicológica durante el Aislamiento Social Preventivo Obligatorio por COVID-19 en Población Adulta de Buenos Aires.

Stressors and Psychological Symptoms during Social, Preventive and Mandatory Isolation for COVID-19 in Adult Population of Buenos Aires.

Nicolás Alejandro Vizioli¹ y Melina Crespi²

Resumen

El aislamiento preventivo a causa de la pandemia por COVID-19 ha provocado un aumento en la prevalencia de síntomas psicológicos y emocionales en población adulta de diferentes países. Los objetivos de esta investigación consistieron en: a) realizar la validación de la versión abreviada del Inventario de Síntoma- v45 para su uso en adultos de la Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense; y b) describir los factores estresantes y la sintomatología psicológica ante la situación de aislamiento obligatorio. Se administró un cuestionario sociodemográfico y la versión abreviada del Inventario de Síntomas Psicológicos a 430 participantes adultos de Buenos Aires (82% mujeres y 18% varones) con un rango de edad fue de 18 a 63 años, una media de 30 años y un desvío estándar de 10. Las diferentes evidencias obtenidas sugieren que el Inventario de Síntomas abreviado es un instrumento válido y confiable. A través de este Inventario se registró una elevada prevalencia de síntomas asociados especialmente a ansiedad fóbica, ansiedad y depresión. Esta evidencia señala la importancia de programas de evaluación e intervención psicológica para disminuir el impacto psicológico del aislamiento a causa de la COVID-19.

Palabras Clave

COVID-19; Cuarentena; Estresores; Síntomas Psicológicos; Adultos.

Abstract

1 Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Lic. en Psicología UBA, Maestrando en Psicodiagnóstico y Evaluación Psicológica de la Facultad de Psicología de la UBA. Ayudante de Primera de T. y T. de Exploración y Diagnóstico Psicológico, Mod I Cat I, Facultad de Psicología de la UBA. Investigador UBACyT del Proyecto: "Competencias Socioemocionales: Inteligencia Emocional y Calidad de Vida en diversos Contextos de la Psicología Aplicada" Subsecretario de Bienestar Estudiantil, Secretaría de Extensión, Cultura y Bienestar Universitario. Facultad de Psicología UBA. Correo de contacto: nicovizioli@gmail.com

2 Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Dra. en Psicología, Magíster en Psicología Social Comunitaria, Lic. en Psicología BA, Profesora Adjunta Regular de T. y T. de Exploración y Diagnóstico Psicológico, Mod I Cat I, Facultad de Psicología de la UBA, Profesora de la Práctica de Investigación: Evaluación Psicológica en Contexto de la Facultad de Psicología de la UBA, Investigadora Formada UBACyT Miembro de la Comisión de la Maestría en Psicodiagnóstico y Evaluación Psicológica de la Facultad de Psicología de la UBA. Correo de contacto: melinacrespi@gmail.com

Preventive isolation due to COVID-19 has caused an increase in the prevalence of psychological and emotional symptoms in the adult population of different countries. The objectives of this research are: a) to validate the abbreviated version of the Symptom Inventory-v45 for use in adults from Buenos Aires; and b) describe the stressors and psychological symptoms in the compulsory isolation situation. A sociodemographic questionnaire and the shortened version of the Inventory of Psychological Symptoms were administered to 430 adult participants from Buenos Aires (82% women and 18% men) with an age range of 18 to 63 years, a mean of 30 years and a deviation standard 10.res. The different evidences obtained suggest that the abbreviated Symptom Inventory is a valid and reliable instrument. Through this Inventory, a high prevalence of symptoms especially associated with phobic anxiety, anxiety and depression was registered. This evidence supports the importance of psychological evaluation and intervention programs to reduce the psychological impact of isolation caused by COVID-19.

Key Words

COVID-19; Quarantine; Stressors; Psychological Symptoms; Adults.

Introducción

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud declaró al brote del nuevo COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) como una pandemia, luego de que el número de personas infectadas a nivel global llegara a 118.554, y el número de muertes a 4.281, afectando hasta ese momento a 110 países (Decreto 297, 2020). Como consecuencia de ello, muchos países, como Argentina a partir del 20 de marzo, han adoptado como medida el aislamiento social preventivo obligatorio, a fin de evitar la sobrecarga de sus sistemas de salud, proteger la salud pública y aplanar la curva de contagio. De acuerdo a esta medida, todas las personas que habitan en el país o que se encontraban en él en forma temporaria debían permanecer en sus domicilios habituales, sin poder concurrir a sus lugares de trabajo ni circular por rutas, vías y espacios públicos. Solo podían realizar desplazamientos mínimos e indispensables para aprovisionarse de medicamentos, alimentos y artículos de limpieza.

A partir de esta medida, por las importantes repercusiones y consecuencias a nivel biológico, psicológico, emocional y social que el confinamiento puede provocar, se han realizado diversos estudios en distintos países con el fin de evaluar su impacto en la población afectada.

En este sentido, por ejemplo, distintas investigaciones estudiaron las relaciones existentes entre el aislamiento preventivo obligatorio provocado por la pandemia y la presencia de sintomatología psicológica en adultos de población general. Wang et al (2020) realizaron una investigación durante el inicio de la irrupción de la pandemia por COVID-19 en una muestra de 1.304 adultos de 194 ciudades de China. De acuerdo al estudio, el 75% de los participantes manifestó un alto nivel de temor de que sus familiares contraigan COVID-19 y el 54 % calificó el impacto psicológico del brote como moderado o severo. A su vez, el 16% de los mismos presentó síntomas de moderados a severos de depresión, el 29% de ansiedad y el 8% de estrés. En concordancia, Gao et al. (2020) al realizar una investigación con 4.872 participantes de 31 provincias de China, reportaron una prevalencia de ansiedad del 48.3%, de depresión del 22.6%, y de ansiedad y depresión comórbidas del 19.4%.

Por su parte, Huang y Zhao (2020), mediante un estudio realizado con una muestra de 603 participantes de China, encontraron una prevalencia de trastorno generalizado de ansiedad del 34%, de trastornos depresivos del 18% y de síntomas de trastornos del sueño del 18%.

Siguiendo esta línea, en Italia, Celline et al. (2020) efectuaron un estudio que incluyó a 1.310 adultos de entre 18 y 35 años. Los investigadores hallaron que, durante el confinamiento, las personas cambiaron sus hábitos de sueño, durmiendo y despertando más tarde. A su vez, hallaron que, si bien el tiempo de descanso es

mayor en este contexto, la calidad del sueño empeoró. Según los autores, el aumento en las dificultades en el sueño fue más severo para las personas con niveles más elevados de sintomatología depresiva, ansiedad y estrés.

En concordancia, Moccia et al. (2020), en una investigación que comprendió a 500 participantes residentes de Italia, reportaron que un 19% manifestó estrés leve, mientras que un 18% niveles de estrés moderados a severos. En el estudio observaron que los temperamentos depresivos y ciclotímicos son predictores de estrés y de afectos negativos como reacción al aislamiento.

Asimismo, en España, Odriozola González et al. (2020) realizaron una investigación que incluyó a 3.550 participantes adultos españoles. Reportaron una prevalencia de síntomas de ansiedad del 32%, de depresión del 44% y de estrés del 37%. A su vez, encontraron que la prevalencia de esta sintomatología aumentaba en los grupos de mujeres y también en los más jóvenes. También la sintomatología era mayor en quienes manifestaron la presencia de síntomas de COVID-19, los que presentaron antecedentes de tratamientos psicológicos, los que refirieron consumir medicación psicoactiva y los que manifestaron relaciones conflictivas en sus relaciones sociales, en particular con el grupo conviviente.

Por su parte, Ozamiz-Etxebarria et al. (2020) realizaron un estudio con 976 participantes de 26 a 60 años de tres provincias de la Comunidad Autónoma Vasca. Hallaron que las personas que manifestaron tener enfermedades crónicas experimentaron niveles altos de estrés, ansiedad y depresión. A su vez, reportaron mayores niveles de sintomatología depresiva, de estrés y de ansiedad en los adultos jóvenes, respecto de los participantes de mayor edad.

En consonancia, Rajkumar (2020) realizó una revisión sistemática considerando los estudios realizados hasta el momento sobre el impacto psicológico asociado a la COVID-19 y el aislamiento preventivo obligatorio. Puso en evidencia que los síntomas de depresión y ansiedad constituyen las reacciones psicológicas más comunes.

En Argentina, son pocos los estudios desarrollados hasta el momento sobre los factores estresantes asociados a la situación de aislamiento preventivo obligatorio y la presencia de sintomatología psicopatológica en población adulta. Sobre sintomatología psicopatológica, merece señalarse el estudio realizado por el Observatorio de Psicología Social Aplicada de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, en el que se ha evaluado el estado de salud mental en participantes pertenecientes a Buenos Aires, Córdoba, Rosario, Mendoza y Tucumán, considerando las primeras dos semanas desde que se decretó en Argentina el aislamiento social preventivo.

Hallaron que el 5% de los participantes presentaron riesgo de trastorno psicológico, mayor sintomatología en jóvenes adultos y en población con menores ingresos económicos. A su vez, identificaron alteraciones en el sueño asociados a síntomas comunes dentro del espectro de la ansiedad y la depresión; una disminución en la vida sexual y deportiva; y un aumento en el consumo de tabaco (Observatorio de Psicología Social Aplicada, 2020).

La evidencia empírica demuestra que la pandemia por COVID-19, puede incidir negativamente sobre el estado psicológico de la población, cuando es elevado el nivel de estresores percibidos por los individuos. No solo por la propia pandemia, sino por los efectos psicológicos que puede generar la cuarentena total, entendiendo por ésta el aislamiento de personas por consecuencia de una enfermedad, durante un período de tiempo no específico, con el fin de evitar o reducir el riesgo de que la misma se extienda.

A nivel conceptual, el estrés se define como una amenaza percibida que puede provocar ansiedad, incomodidad, tensión y dificultades de adaptabilidad (Selye, 2013). Según Lazarus y Folkman (1984) el estrés comienza cuando una persona realiza una evaluación sobre las relaciones entre el entorno y él mismo. Aunque las personas puedan tener diferentes recursos para afrontar situaciones estresantes, éstos a veces pueden ser insuficientes (Lazarus & Folkman, 1986). De manera que respuestas muy frecuentes o intensas al estrés, pueden conducir a diferentes tipos de problemáticas desadaptativas, que pueden incluir el desarrollo de trastornos mentales (Crespo & Labrador, 2003).

Respecto a los principales factores estresantes asociados a la situación de aislamiento social, en una revisión sistemática realizada por Brooks et al. (2020) se identificaron diversos estresores percibidos en contextos de cuarentenas causadas por alguna enfermedad infecto-contagiosa. Entre los principales se encuentran: la duración del período de aislamiento social, el temor a la infección, la frustración, el aburrimiento, la carencia de insumos básicos adecuados y la recepción de información inadecuada, no validada. Mientras que luego de la cuarentena, entre los principales estresores se señalan principalmente los problemas económicos y el estigma en relación a la exposición a la enfermedad infecto-contagiosa que causó la cuarentena. Por su parte, Garfin, Silver & Holman (2020) analizaron diferentes estudios sobre el impacto que situaciones de crisis de salud pública, como brotes de ébola o H1N1, provocaron en la población. Detectaron que uno de los principales estresores percibidos corresponde a la exposición repetida a medios de comunicación. Este aspecto se asoció con un aumento de síntomas de ansiedad y de estrés, mayor sobrecarga del sistema de salud por la presencia de consultas injustificadas, y mayor temor al contagio, incluso para los que tenían un riesgo relativamente bajo.

Dado que la situación actual de aislamiento preventivo ante la pandemia causada por la COVID-19 implica un desafío a nivel psicológico y emocional, conocer los factores estresantes y la sintomatología psicológica en las personas que atraviesan dicha situación, resulta de fundamental importancia para profundizar en las manifestaciones de este fenómeno. Y fundamentalmente para el diseño de programas preventivos y de intervención, tendientes a reducir el impacto psicológico de la pandemia, mejorar la calidad de vida de las personas y reducir el costo para el sistema de salud.

Asimismo, desde el punto de vista instrumental, poder contar con instrumentos válidos y confiables en nuestro medio para la rápida detección de síntomas psicológicos y para la valoración de la eficacia de las intervenciones psicológicas que se realicen, representa también un factor de suma relevancia. La versión abreviada del Inventario de Síntomas Psicológicos (Sandín et al, 2008) se presenta como una alternativa adecuada para esta finalidad, dado que es un instrumento que permite detectar sintomatología en varios niveles de complejidad y exhibe adecuadas propiedades psicométricas.

El Inventario original, el Symptom Checklist 90 (SCL-90), consta de 90 ítems autoadministrables y fue desarrollado por Derogatis (1994) para evaluar 9 dimensiones que representan síntomas característicos de somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, agorafobia, ideación paranoide y psicoticismo. En Argentina, este instrumento fue adaptado y validado por Casullo & Pérez (2004) para su uso en adolescentes de 12 a 19 años y en adultos de 25 a 60 años.

Años más tarde, Davison et al. (1997), manteniendo las mismas dimensiones del SCL-90 desarrollaron una versión abreviada denominada Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45). Los estudios psicométricos realizados sobre el SA-45 tienden a apoyar la estructura de 9 dimensiones, así como niveles apropiados de fiabilidad (valores de consistencia interna entre .70 y .80) y de validez convergente y discriminante (Davison et al., 1997; Maruish, Bershinsky & Goldstein, 1998)

En España, Sandín et al (2008) realizaron la validación del SA-45 administrándolo a una muestra de 420 estudiantes universitarios de Madrid. A través de análisis factoriales exploratorios y confirmatorios corroboraron la estructura de 9 factores que correspondían a las dimensiones propuestas en la versión original de la prueba (Davison et al., 1997). Hallaron también evidencia a favor de su fiabilidad (consistencia interna) con coeficientes alfa entre .70 y .85 en las diferentes escalas, excepto en psicoticismo cuyo valor no alcanzó el mínimo de .70.

De acuerdo a Sandín et al (2008) el SA-45 presenta sobre el SCL-90 las ventajas de ser más breve y de haber mejorado la validez y la consistencia interna de sus dimensiones evidenciando, además, mayor capacidad para diferenciar entre distintos tipos de trastornos.

Dado el interés que suscita el SA-45 por las ventajas señaladas, resulta de suma relevancia llevar adelante estudios en Argentina que aporten evidencias sobre la validez y fiabilidad del mismo.

En razón de ello, es que el presente estudio tiene por objetivos: a) realizar la validación psicométrica del Inventario de Síntomas SA-45, para su uso en población adulta de la Ciudad de Buenos Aires y el Conurbano Bonaerense; b) describir los principales factores estresantes percibidos ante la situación de aislamiento social preventivo obligatorio producto de la pandemia por COVID-19; y c) evaluar la sintomatología psicológica en la población mencionada.

Metodología

Participantes

Se seleccionó una muestra no probabilística e intencional conformada por 430 adultos de Buenos Aires (82% mujeres y 18% hombres). El rango de edad fue de 18 a 63 años, con una media de 30 años y un desvío estándar de 10. El 64% residía en el Conurbano Bonaerense, mientras que el 36% restante en la Ciudad de Buenos Aires. Respecto al nivel educativo, el 54% manifestó tener un nivel universitario incompleto, el 27% universitario completo, el 10% estudios de posgrado, el 8% secundario completo y el 1% secundario incompleto. Respecto a la situación laboral, el 43% de los participantes refirió trabajar en relación de dependencia, el 26% como independiente, el 18% ser estudiante, el 9% encontrarse en situación de desocupación, el 3% dedicarse a tareas de la casa y el 1% ser jubilado/a.

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico: a través de este cuestionario se indagó sobre las variables lugar de residencia, género, edad, nivel de estudios y estado civil de los participantes.

Cuestionario de evaluación de factores estresantes: para evaluar los estresores percibidos en la situación de aislamiento social preventivo obligatorio, se construyó un cuestionario en el que se consideraron tres ejes de análisis:

a) Trabajo: se consultó sobre el estado laboral actual, la modalidad de trabajo tras la irrupción de la pandemia y los ingresos provenientes de la actividad laboral.

b) Salud física: se indagó sobre la presencia de enfermedades actuales, la manifestación de síntomas relacionados con la COVID-19 y la realización de pruebas de COVID-19, propia y de personas allegadas.

c) Salud psicológica: se incluyeron preguntas sobre las posibles consecuencias psicológicas percibidas en la situación de aislamiento social preventivo obligatorio, preocupaciones actuales y antecedentes de problemas psicológicos.

Inventario de Síntomas Psicológicos (SA-45): con el fin de evaluar la presencia de sintomatología psicológica, se utilizó la versión abreviada del Inventario de Síntomas Psicológicos (Sandín et al., 2008). El instrumento evalúa nueve dimensiones de síntomas psicopatológicos (somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo) mediante 45 ítems con opciones de respuesta que van desde nada hasta mucho. Como se señaló previamente, el instrumento cuenta con adecuadas propiedades de validez y fiabilidad (Davison et al., 1997; Maruish, Bershady & Goldstein, 1998; Sandín et al., 2008).

Procedimiento

El presente estudio se realizó durante las primeras cuatro semanas del aislamiento preventivo obligatorio establecido el 20 de marzo para la República Argentina, mediante el Decreto 297/2020. Se recurrió a la realización de encuestas virtuales mediante la plataforma *Google Forms*. A todos los participantes se les informó sobre los objetivos del estudio y se les solicitó su consentimiento informado para participar del mismo. Además, se les explicitó el carácter anónimo y voluntario de la participación, así como los requisitos: ser mayor de 18 años y residir en Ciudad de Buenos Aires o en Conurbano Bonaerense. Una vez que completaron el consentimiento informado, se presentó el cuestionario sociodemográfico, luego el cuestionario de estresores percibidos y, por último, el Inventario de Síntomas abreviado.

Al finalizar, con fines preventivos, se invitó a los participantes a leer un documento publicado por la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (2020), sobre recomendaciones para afrontar la pandemia. Entre los ejes principales del documento, se destaca información sobre reacciones psicológicas y sentimientos esperables ante la pandemia por COVID, y sobre recomendaciones y estrategias para sobrellevar la situación.

Análisis de datos

En primer lugar, para evaluar la validez estructural del Inventario de Síntomas Psicológicos se realizó un Análisis Factorial Confirmatorio mediante el software estadístico EQS versión 6.4. Al utilizarse un instrumento con escala likert (nivel de medición ordinal), se recurrió al método de estimación ML-robusto, para la obtención de estadísticos. Su uso se sustenta en que los resultados no sufren alteraciones significativas, aun cuando no se cumpla el supuesto de normalidad (Manzano Patiño & Zamora Muñoz, 2009).

No obstante, para poder obtener estimaciones consistentes se requiere contar con muestras suficientemente grandes, mayores a 200 participantes (Bollen, 1989; Hoyle, 2012). Se utilizaron distintos índices de bondad de ajuste robustos, al no haber un acuerdo en la literatura científica respecto de cuál sea el más adecuado, y entendiendo que en muchos casos estos índices pueden ser sensibles al tamaño muestral.

Se consideraron los siguientes índices: χ^2 de Satorra-Bentler dividido por los grados de libertad (conocido como Cmin/df, valores $\leq 5,0$ indican un buen ajuste); NNFI (Non-Normed Fit Index); CFI (Comparative Fit Index) y RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation). De acuerdo a los criterios especificados por Sandín et al. (2008), Kline (2011) y Schumacker & Lomax (2016) se considera un ajuste aceptable valores de .90 en NNFI y CFI y valores menores o iguales a .06 en RMSEA.

La validez de constructo se evaluó a través del examen de las cargas factoriales y de las correlaciones entre los factores. En el primer caso, se consideró como valor límite $> .40$, en el segundo $< .80$ (Brown, 2006). En el caso de las correlaciones entre factores, se consideraron los valores $> .19$ como muy bajas, entre $> .20$ y $< .39$ como bajas, entre $> .40$ y $< .59$ como moderadas, entre $> .60$ y $< .79$ como altas y $< .80$ como muy altas (Brown, 2006; Evans, 1996).

Para evaluar la consistencia interna se calcularon los índices de fiabilidad alpha ordinal y ω ordinal (McDonald, 1999) de las nueve escalas del Inventario de Síntomas. Para ello se empleó el programa R versión 3.6.0 y los siguientes paquetes de R: GPArotation (Bernaards, & Jennrich, 2005), psych (Revelle, 2018) y Rcmdr (Fox, & Bouchet-Valat, 2019).

A su vez, se calcularon las correlaciones corregidas ítem-factor, considerando como adecuados valores superiores a .40. (Nunnally & Bernstein, 1994).

Para la realización de estadísticos descriptivos, análisis de diferencias significativas entre grupos y el cálculo de puntajes T se utilizó el Software SPSS versión 26, tomando en cuenta un nivel de significación de $p < .05$. Para los puntajes T se tomó como criterio de corte $< .63$ (Derogatis, 1994; Derogatis & Savitz, 2000). Puntajes

superiores se consideran de elevado riesgo de presencia de síntomas psicológicos. Para evaluar la existencia de diferencias significativas entre dos grupos independientes se utilizó la prueba t de Student, mientras que, para estudiar la existencia de diferencias significativas entre más de dos grupos, primero se probaron los supuestos de igualdad de varianzas mediante la prueba de Levene, y de normalidad mediante la prueba Shapiro-Wilk, con un nivel de significación de $p < .05$. En caso de cumplirse estos supuestos, se recurrió a un análisis de la varianza paramétrico (ANOVA), con análisis post hoc de Tuckey. De no cumplirse este supuesto, se utilizó un análisis de la varianza no paramétrico, con un análisis post hoc de comparaciones por parejas, de acuerdo al procedimiento de Dunn (1964) con la corrección de Bonferroni para comparaciones múltiples.

Resultados

Análisis de las propiedades psicométricas de la versión abreviada del Inventario de Síntomas

En respuesta al primer objetivo señalado, se analizó la validez de constructo de la versión abreviada del Inventario de Síntomas Psicológicos mediante un Análisis Factorial Confirmatorio, considerando la estructura de nueve dimensiones previamente reportada en la literatura (Davison et al. 1997; Sandín et al. 2008). Los pesos estimados fueron significativos ($p < .001$) y con cargas de .40 o superiores para todos los ítems, excepto para 11 de ellos. Se realizó una nueva estimación del modelo confirmatorio, tras la eliminación de los ítems cuyos pesos estimados no fueron significativos y aquellos con cargas inferiores a .40. En la Tabla 1 se exponen los pesos estandarizados obtenidos, los cuales resultaron significativos en todos los casos y con valores igual o superior a .40, de acuerdo al criterio considerado. Respecto de los índices de bondad de ajuste, se obtuvieron valores muy buenos: $\chi^2/gl = 1,62$; NNFI=.91; CFI=.92; RMSEA=.04 (Tabla 2). En relación a las correlaciones entre factores, como se aprecia en la Tabla 3, en todos los casos fueron de moderadas a altas, menores al límite considerado como criterio ($< .80$).

Respecto a la confiabilidad, al estudiar la consistencia interna de cada una de las escalas se obtuvieron valores α ordinales entre .72 y .93, y valores ω ordinales entre .73 y .92 (Tabla 1). Considerando las correlaciones corregidas ítem-factor (Tabla 4), en todos los casos se obtuvieron valores adecuados ($> .40$).

Tabla 1

Pesos estandarizados (λ) e índices de consistencia interna de la versión de 34 ítems del Inventario de Síntomas

Factor	N de ítems	λ estandarizado (Min - Max)	α ordinal	ω ordinal
Depresión	4	.60 - .71	.79	.84
Hostilidad	3	.68 - .89	.82	.88
Sensibilidad Interpersonal	4	.68 - .69	.88	.91
Somatización	4	.58 - .80	.84	.87
Ansiedad	4	.41 - .91	.83	.89
Psicoticismo	3	.40 - .57	.72	.73
Obsesión-Compulsión	4	.52 - .70	.76	.81
Ansiedad Fóbica	4	.78 - .91	.93	.92
Ideación Paranoide	4	.49 - .69	.78	.82

Tabla 2

Estadísticos de bondad de ajuste de la versión de 34 ítems del Inventario de Síntomas

χ^2	df	p	NNFI	CFI	RMSEA (IC 90%)
783.6977	483	.00	.91	.92	.04 (.03 - .04)

Nota: IC = intervalo de confianza; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation; NNFI=Non-Normed Fit Index; CFI = Comparative fit index; p < .01

Tabla 3

Correlaciones entre las escalas de la versión de 34 ítems del Inventario de Síntomas

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Depresión	--	.35	.55	.52	.57	.41	.58	.33	.48
2. Hostilidad		--	.36	.32	.39	.45	.31	.02	.42
3. Sensibilidad interpersonal			--	.38	.38	.53	.55	.18	.65
4. Somatización				--	.55	.47	.56	.33	.44
5. Ansiedad					--	.41	.55	.37	.48
6. Psicoticismo						--	.50	.20	.53
7. Obsesión-Compulsión							--	.31	.49
8. Ansiedad Fóbica								--	.31

Tabla 4

Correlaciones corregidas ítem-factor entre ítems y escalas de la versión de 34 ítems del Inventario de Síntomas

Factor/ítem	Correlación ítem - Factor
Factor 1: Depresión	
3. Sentirme triste	.67
4. No tener interés por nada	.75
17. Perder las esperanzas en el futuro	.58
31. Sentirme un/a inútil	.72
Factor 2: Hostilidad	
24. Necesitar golpear o lastimar a alguien	.83
25. Necesitar romper o destrozar cosas	.90
32. Gritar o tirar cosas	.72
Factor 3 Sensibilidad Interpersonal	
7. Sentir que no le caigo bien a la gente, que no les gusto	.75
8. Sentirme inferior a los demás	.80
22. Pensar que me sentiría incómodo/a cuando me miren o hablen de mí	.85
26. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí	.79
Factor 4: Somatización	
13. Ataques de frío o de calor	.61
16. Hormigueos en alguna parte del cuerpo	.71
19. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo	.81
21. Sentir mis brazos y piernas muy pesados	.85
Factor 5: Ansiedad	
5. Asustarme de repente sin razón alguna	.87
20. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a	.90
28. Tener ataques de miedo o de pánico	.74
30. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme	.47
Factor 6: Psicoticismo	
6. Creer que la gente sabe qué estoy pensando	.68
23. Tener ideas, pensamientos que no son los míos	.57
34. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados	.66
Factor 7: Obsesión-Compulsión	
10. Tener que controlar una o más veces lo que hago	.66
11. Tener dificultades para tomar decisiones	.71
15. Sentir que mi mente queda en blanco	.62
18. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo	.58
Factor 8: Ansiedad Fóbica	
1. Miedo a volver a salir a los espacios abiertos o las calles	.82
12. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos	.92
14. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo	.90
27. Pensar que me sentiría incómodo/a al volver a estar en lugares donde hay mucha gente	.83
Factor 9: Ideación Paranoide	
2. Perder la confianza en la mayoría de las personas	.59
9. Sentir que me vigilan o que hablan de mí	.61
29. Sentir que los demás no me valoran como merezco	.73
33. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo	.77

Estresores percibidos en la situación de aislamiento social preventivo obligatorio

Respecto al segundo objetivo propuesto en este estudio, tomando en consideración los estresores percibidos en el área laboral, uno de los factores señalados comprende el cambio en la modalidad de trabajo y la necesidad de adaptarse a nuevos escenarios. Así, el 33% de los participantes manifestó que a causa de la cuarentena comenzó a trabajar a distancia, aspecto que implicó la necesidad de aprender a utilizar e incorporar nuevas herramientas informáticas. El 28% mencionó no estar trabajando, pero conservar su empleo; el 7% manifestó haberse tomado vacaciones obligadas; el 4% señaló que su horario de trabajo se vio reducido y el 1% haber sido despedido como resultado de la situación de cuarentena. El 27% restante, refirió que su modalidad de trabajo no se vio alterada.

Respecto a los ingresos, el 64% de los participantes manifestó que su nivel de ingresos económicos no se modificó como consecuencia de la cuarentena; el 19% señaló no estar percibiendo ingresos; los participantes restantes manifestaron tener un nivel de ingreso entre un cuarto y tres cuartos inferior, en proporciones similares.

En relación al eje salud física, el 22% de los participantes manifestó poseer al menos una enfermedad que los ubicaría como población de riesgo (diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, hipertensión o cáncer).

Por otro lado, el 54% mencionó haber experimentado al menos un síntoma de COVID-19, mayormente tos, fiebre, dolor de cabeza, resfrío, dolor de garganta y dolencias musculares. A su vez, un 0,4% de los participantes manifestó haber realizado exámenes de infección de COVID-19, de los cuales un 0,2% dio positivo. El 99,6% restante manifestó no haber realizado ningún testeo de COVID-19.

Además, un 2% de los participantes señaló como un factor estresante tener familiares o amigos que dieron positivo en el examen de COVID-19.

Tomando en cuenta el eje psicológico, los principales estresores percibidos comprenden: estar preocupado respecto de las consecuencias de la pandemia para nuestra sociedad (68%); no poder salir a la calle (54%); no poder juntarse con otras personas (54%); pensar en la pandemia, aunque no se quiera (52%); estar preocupado/a por saber si todo volverá a la normalidad (51%); experimentar aburrimiento (44%); sentir frustración por no poder hacer las actividades que brindan placer y que a las personas les gusta realizar (40%); tener dificultades para conciliar o sostener el sueño (35%); experimentar sentimientos de soledad (16%) y soñar con problemas personales provocados por la pandemia (7%).

En relación a la presencia de antecedentes de trastornos psicológicos, el 77% refirió no tener antecedentes, mientras que el 16% señaló antecedentes de trastornos de ansiedad, el 6% de trastornos depresivos, y el restante manifestó antecedentes de trastornos alimentarios, trastornos bipolares y trastornos límites de la personalidad.

Evaluación de la sintomatología psicológica durante el aislamiento social preventivo obligatorio

Al evaluar la sintomatología psicológica manifestada por los participantes, los puntajes más elevados, de acuerdo al Inventario de Síntomas Psicológicos abreviado, se encontraron en las escalas de depresión, ansiedad fóbica, obsesión-compulsión, ansiedad y sensibilidad interpersonal (Tabla 5). Para evaluar la prevalencia de sintomatología elevada, se calcularon los puntajes T de cada una de las escalas del Inventario (Tabla 6). Se halló que el 15% de los participantes presentaron puntajes elevados de ansiedad fóbica, el 15% de ansiedad, el 14% de depresión, el 14% de sensibilidad interpersonal, el 13% de ideación paranoide, el 13% de somatización, el 10% de obsesión-compulsión, el 9% de hostilidad y el 9% de psicoticismo.

Tabla 5

Estadísticos descriptivos de las escalas de la versión de 34 ítems del Inventario de Síntomas

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Media	1.62	.3	1.01	.89	1.33	.19	1.33	1.54	.91
Desvío Estándar	1.24	.62	1.24	1.1	1.27	.40	1.09	1.47	1
Mínimo	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00
Máximo	5.33	3.67	5.33	5.33	5.33	2	5	5.33	4.67

Nota: 1=Depresión; 2=Hostilidad; 3=Sensibilidad Interpersonal; 4=Somatización; 5=Ansiedad; 6=Psicoticismo; 7=Obsesión-Compulsión; 8=Ansiedad Fóbica; 9=Ideación Paranoide

Tabla 6

Puntajes T y Puntajes Brutos de las escalas de la versión de 34 ítems del Inventario de Síntomas

PT	1	2	3	4	5	6	7	8	9
40	.39	0	0	0	0	0	.24	.07	0
45	1	0	.39	.33	.69	0	.79	.81	.41
50	1.62	.3	1.01	.89	1.33	.19	1.33	1.54	.91
55	2.24	.61	1.63	1.44	1.96	.39	1.88	2.27	1.40
60	2.86	.92	2.25	1.99	2.59	.59	2.43	3.01	1.90
63	3.23	1.11	2.62	2.32	2.97	.71	2.75	3.45	2.20

65	3.48	1.23	2.87	2.54	3.23	.79	2.97	3.74	2.40
70	4.09	1.54	3.49	3.09	3.86	.99	3.52	4.47	2.90
75	4.71	1.85	4.10	3.64	4.50	1.18	4.06	5.21	3.40
80	5.33	2.16	4.72	4.19	5.13	1.38	4.61	5.94	3.90

Nota: 1=Depresión; 2=Hostilidad; 3=Sensibilidad Interpersonal; 4=Somatización; 5=Ansiedad; 6=Psicoticismo; 7=Obsesión Compulsión; 8=Ansiedad Fóbica; 9=Ideación Paranoide

Sintomatología y Variables Sociodemográficas

Considerando las variables sociodemográficas, se encontraron diferencias significativas según la zona de residencia en las escalas de síntomas correspondientes a: depresión ($t = -2.66$; $p = .00$), hostilidad ($t = -3.18$; $p = .00$), sensibilidad interpersonal ($t = -1.33$; $p = .04$), somatización ($t = -.90$; $p = .01$), ansiedad ($t = -2.83$; $p = .02$) y psicoticismo ($t = -2.44$; $p = .00$). Los participantes que residen en el Conurbano Bonaerense presentaron valores más elevados en las escalas mencionadas respecto de los participantes de Ciudad de Buenos Aires.

Mediante el análisis de la varianza (ANOVA) se encontraron diferencias significativas en los niveles de depresión según el nivel de instrucción ($F(19.636) = 3.14$; $p = .01$). Para realizar el análisis se testeó la igualdad de varianzas mediante la prueba de Levene ($p = .06$). Un análisis post hoc de Tuckey reveló que aquellos participantes que cursaron estudios de posgrado experimentaron menores niveles de depresión, respecto de quienes alcanzaron un nivel universitario incompleto ($p = .019$) y universitario completo ($p = .026$).

No se hallaron diferencias significativas en las escalas de síntomas según género ni edad de los participantes.

Considerando la situación laboral, se hallaron diferencias significativas entre grupos en la escala de ansiedad fóbica (H de Kruskal-Wallis = 15.54; $p = 0,00$). Dado que no se cumplió el supuesto de igualdad de varianzas analizado mediante el análisis de la prueba de Levene ($p = .02$), ni el supuesto de normalidad considerado a través de la prueba Shapiro-Wilk ($p > .05$), se procedió a realizar un análisis de la varianza no paramétrico. Para los análisis post hoc, se realizaron comparaciones por parejas, de acuerdo al procedimiento reportado por Dunn (1964) con la corrección de Bonferroni para comparaciones múltiples. Se aceptó un nivel de significación de $p < .00$. Al compararse las medianas de las puntuaciones, se halló que los participantes que refirieron dedicarse a las tareas del hogar experimentaron niveles de ansiedad fóbica (.00) significativamente menores a los que trabajan en forma independiente ($p = .00$) y a los desocupados ($p = .00$).

Discusión

La presente investigación tuvo por objetivo, desde el punto de vista instrumental, aportar evidencias sobre la validez y confiabilidad del Inventario de Síntomas abreviado para su uso en población adulta de Ciudad de Buenos Aires y del Conurbano Bonaerense. Asimismo, se propuso evaluar los factores estresantes percibidos ante la situación de aislamiento social preventivo obligatorio por la muestra de adultos que se encuentran atravesando dicha situación, e identificar a través del Inventario de Síntomas validado, la sintomatología psicológica prevalente.

En relación al primer objetivo, se estudió la validez estructural y la confiabilidad del Inventario de Síntomas abreviado, a fin de contar con una herramienta que, en corto tiempo y de manera válida y confiable, pueda ser utilizada para la detección precoz de síntomas psicológicos en situaciones estresantes, como la situación de pandemia y el confinamiento consecuente.

Los datos obtenidos a través del Análisis Factorial Confirmatorio, evidencian que el modelo de 9 factores correlacionados y 34 ítems (luego de la depuración realizada de los ítems con cargas no significativas o bajas), presenta óptimos índices de bondad de ajuste y adecuadas saturaciones factoriales estandarizadas. Al mismo tiempo, las correlaciones entre las escalas fueron entre moderadas y bajas, no superando el umbral de $< .80$, comprobando la ausencia de multicolinealidad entre las mismas.

Respecto del estudio de la confiabilidad, se obtuvieron valores óptimos de consistencia interna para las 9 escalas del Inventario. A su vez, las correlaciones corregidas ítem-factor mostraron valores adecuados en todos los casos ($> .40$).

Los datos obtenidos son consistentes con los reportados en estudios psicométricos realizados con el Inventario de Síntomas abreviado, en Estados Unidos y España, en los cuales se demostró también una estructura factorial de 9 factores y coeficientes adecuados de consistencia interna (Davison et al., 1997; Maruish, Bershadsky & Goldstein, 1998; Sandín et al. 2008).

No obstante, en esta versión validada para población adulta de Buenos Aires, ha sido necesario reducir el instrumento inicial de 45 reactivos, descartando 11 ítems que presentaron cargas factoriales bajas (inferiores a $> .40$) o no significativas, asegurando de esa forma, un mejor ajuste del modelo que subyace al Inventario (Anderson & Gerbing, 1988).

En relación al segundo objetivo, se indagó acerca de los factores estresantes percibidos por los participantes en situación de aislamiento social preventivo obligatorio considerando tres ejes centrales: laboral, salud física y salud psicológica. En el eje laboral, los principales estresores percibidos refirieron a los cambios en

la modalidad de trabajo como consecuencia de la cuarentena. La mayoría de los participantes manifestó estar trabajando a distancia o directamente no estar trabajando.

Además, se bien la mayoría manifestó que su nivel de ingresos no sufrió variaciones, un 35% señaló la pérdida de ingresos o su significativa reducción, aspecto que representa un estresor importante, que se agudiza frente a la incertidumbre respecto del tiempo que durará la cuarentena.

Estos datos se relacionan con los reportados por Brooks et al (2020), quienes encontraron que uno de los factores estresantes más relevantes en cuarentenas por enfermedades infecto-contagiosas ha sido las repercusiones económicas y la incertidumbre respecto del devenir. A su vez, estos autores han reportado que a mayor duración de la cuarentena y menores los recursos económicos y sociales, es esperable mayor impacto psicológico.

Tomando en cuenta el eje de salud física, uno de los principales estresores percibidos corresponde a tener una enfermedad concomitante que los ubica como población de riesgo. Se señalan también como estresores haber experimentado al menos un síntoma de COVID-19, como tos, fiebre, dolor de cabeza y dolores musculares, así como tener familiares o amigos que dieron positivo en COVID-19. Este aspecto se asocia con mayor nivel de estrés percibido respecto a la situación de pandemia y también al aislamiento preventivo obligatorio, por el mayor temor al contagio y la necesidad de extremar las medidas para evitarlo.

En el eje psicológico, los factores estresantes que se señalan en mayor medida incluyen las preocupaciones por las consecuencias sociales que traerá aparejada la pandemia, la incertidumbre respecto del futuro, una vez finalizada, y no poder salir a la calle y juntarse con personas allegadas. Se señalan también como factores de estrés, pensar demasiado en la pandemia, sin poder detener el pensamiento, dificultades en el sueño, sentimientos de aburrimiento, frustración y soledad. Congruentemente, Brooks et al (2020) señalaron que entre los principales estresores percibidos por las personas en cuarentena se encuentran el temor a la infección y los sentimientos de frustración y aburrimiento. Por su parte, Garfin et al (2020) encontraron como principales estresores el temor al contagio y la presencia de síntomas de ansiedad y de estrés. Estos últimos, incluso, se exacerban cuanto mayor es la exposición a las noticias brindadas por los medios de comunicación.

Al considerar los niveles de sintomatología medidos a través del Inventario de Síntomas abreviado, se encontraron niveles altos principalmente en las escalas de ansiedad fóbica, ansiedad, depresión, sensibilidad interpersonal, ideación paranoide y somatización.

Respecto a los síntomas de ansiedad fóbica, el 15% de los participantes señaló haber experimentado una respuesta persistente de miedo desproporcionado a lugares, objetos o situaciones. Por ejemplo, se menciona el

miedo a volver a salir a los espacios abiertos o a las calles, o experimentar incomodidad frente a la posibilidad de volver a estar en lugares donde haya mucha gente. En este sentido, Brooks et al. (2020) han expuesto que, incluso luego del período de cuarentena, muchas personas continúan presentando conductas de evitación, ligadas a evitar el contacto cercano con otros, rehuir de quienes tosen o estornudan, evitar los lugares cerrados, e incluso los espacios públicos cuando hay multitudes. Algunos autores han vinculado este aspecto con lo que denominan *síndrome de la cabaña*, que ocurre en aquellas personas que, tras pasar un tiempo en cuarentena, presentan miedos y dificultades para retomar sus actividades y volver a su situación previa al confinamiento (Salinas Quintanas, 2020).

A su vez, también se ha hallado que el 15% de la muestra experimentó niveles altos de síntomas de ansiedad, como nerviosismo, tensión, ataques de pánico y miedos.

Con respecto a la prevalencia de síntomas depresivos, éstos comprenden estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital y sentimientos de desesperanza, síntomas presentes en alto grado en el 14% de la muestra. En forma asociada, el 14% de los participantes presentó manifestaciones de sensibilidad interpersonal, es decir, la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación.

Estos datos conciben con lo reportado por Odriozola et al (2020), quienes hallaron mayor prevalencia de ansiedad y depresión durante el aislamiento en 3.550 participantes adultos españoles.

También concide con la revisión sistemática realizada por Rajkumar (2020), en la que encontró una prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en diversos estudios realizados sobre el impacto psicológico del confinamiento por la COVID-19.

Por su parte, Wang et al. (2020) y Gao et al (2020) hallaron también una prevalencia alta de síntomas de ansiedad moderada a severa en muestras de adultos de China.

Respecto a las manifestaciones de ansiedad y depresión durante la pandemia y el confinamiento subsecuente, las mismas tienden a asociarse con diversos factores, entre los que destacan la incertidumbre laboral, la irritabilidad y el estrés relacionados con las dificultades en el manejo del tiempo. También se mencionan factores como el temor al contagio, el miedo a la reacción social por tener la enfermedad y la sobreexposición a los medios de comunicación, como factores que pueden incrementar los síntomas de ansiedad y depresión (Mackolil & Mackolil, 2020).

Respecto a la escala de ideación paranoide, el 13% de la muestra presentó un nivel alto en la misma, manifestando así suspicacia o temor a la pérdida de autonomía. Por ejemplo, se señalaron aspectos ligados a la pérdida de confianza hacia la mayoría de las personas y el sentirse vigilado/a o controlado/a.

Entre las principales manifestaciones psicológicas, se registraron también niveles altos de somatización en el 13% de la muestra, lo cual implicaría la presencia de malestares relacionados con diferentes disfunciones corporales (ataques de frío o calor, hormigueos en alguna parte del cuerpo, debilidad corporal, entre otros). Este dato podría relacionarse con el elevado porcentaje de participantes que mencionó haber experimentado al menos un síntoma de COVID-19, aunque son muy pocos los casos que señalaron haber dado positivo en pruebas de COVID-19.

Con menor prevalencia, se registran niveles altos de síntomas de obsesión-compulsión (en el 10% de la muestra), de hostilidad (en el 9% de la muestra) y de psicoticismo (en el 9% de la muestra).

La sintomatología de obsesión-compulsión comprende pensamientos, acciones o impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o que no son deseados. Este dato puede relacionarse con que gran parte de los participantes manifestaron como estresor las dificultades para dejar de pensar en la pandemia, sin poder detener el pensamiento.

En relación a la escala de hostilidad, los pensamientos, sentimientos y acciones característicos del enojo que la constituyen, son consistentes con lo observado también en otros estudios, en los que se reportan niveles altos de frustración, irritabilidad y enojo (Brooks et al., 2020; OPSA, 2020).

En menor medida, se han obtenido puntajes altos de psicoticismo que se asocia principalmente con la presencia de síntomas referidos a estados de soledad y estilo de vida esquizoide. Estos resultados podrían explicarse por el distanciamiento social suscitado a partir de la situación de pandemia que conduce en muchos casos a experimentar sentimientos de aislamiento, culpa y soledad, incrementando incluso el carácter estresante que la situación en sí misma conlleva.

Por último, si bien no se ha utilizado un instrumento específico para medir sintomatología relacionada con trastornos del sueño, los participantes manifestaron dificultades para dormir o no poder conciliar el sueño, así como soñar recurrentemente con problemas ocasionados por la pandemia.

Estos resultados sugieren la presencia de problemáticas relacionadas con el sueño, en concordancia con lo señalado también en estudios previos publicados (Brooks et al., 2020; Celline et al., 2020; Huang & Zhao, 2020; Observatorio de Psicología Social Aplicada, 2020).

Considerando la sintomatología de acuerdo a las variables sociodemográficas, se han encontrado en este estudio diferencias significativas según lugar de residencia y nivel de instrucción. Los participantes que residen en el Conurbano Bonaerense presentaron valores más elevados en las escalas de depresión, hostilidad,

sensibilidad interpersonal, somatización, ansiedad y psicoticismo, respecto de los que residen en Ciudad de Buenos Aires.

A su vez, los participantes con nivel educativo de posgrado experimentaron niveles más bajos de depresión, en relación con que quienes alcanzaron un nivel universitario completo y universitario incompleto.

A diferencia de los resultados obtenidos por Ozamiz-Etxebarria et al. (2020) y por Odriozola et al. (2020), no se han hallado diferencias significativas entre grupos teniendo en cuenta la edad y el género. Cabe destacarse que ambos estudios fueron realizados en población española, de manera tal que los factores culturales podrían estar explicando las diferencias encontradas. En futuras investigaciones sería de interés profundizar en la existencia de diferencias significativas en la sintomatología en situación de cuarentena por pandemia, teniendo en cuenta no solo variables sociodemográficas, sino también culturales.

Considerando la modalidad de trabajo, se hallaron diferencias significativas en los niveles de ansiedad fóbica. Los grupos de trabajo independiente y de desocupados, registraron niveles significativamente más altos en la escala mencionada. Estas diferencias pueden estar asociadas a la incertidumbre que la situación de aislamiento social añade a aquellas personas cuyos ingresos varían según sus posibilidades laborales. En caso de los trabajadores independientes, la pandemia pudo haber ocasionado una merma en su trabajo e ingresos; y en los desocupados, una dificultad adicional al momento de conseguir un empleo.

En conclusión, a través de este estudio se ha aportado evidencia favorable sobre la validez y confiabilidad del Inventario de Síntomas (versión de 34 ítems) para la detección de sintomatología psicológica en adultos de Ciudad de Buenos Aires y del Conurbano Bonaerense. Al ser un instrumento breve y con adecuadas propiedades psicométricas, se torna particularmente útil para futuras investigaciones en las que se realice un seguimiento de las manifestaciones y del impacto psicológico asociado al aislamiento por COVID-19. Así como también, para evaluar la eficacia de intervenciones psicológicas y de programas de prevención que se implementen frente a la pandemia en nuestro medio.

Aún con la evidencia obtenida, se requieren nuevos estudios que permitan analizar la invarianza factorial a través de diferentes muestras, así como otros estudios de validez, como la validez externa, que permitan evaluar las relaciones del Inventario con otras pruebas y criterios externos.

Por otro lado, a través de esta investigación ha sido posible detectar distintos factores estresantes percibidos ante la situación de aislamiento social preventivo obligatorio en nuestro medio, así como las manifestaciones psicológicas prevalentes en las personas que atraviesan tal situación. Estos datos empíricos

representan insumos de relevancia para el diseño de intervenciones tendientes a reducir las consecuencias psicológicas y emocionales que el confinamiento provoca en gran parte de la población.

En cuanto a las limitaciones del estudio realizado, deben destacarse en primer lugar las características de la muestra seleccionada, ya que no se trata de una muestra representativa de Argentina. Futuros estudios deberán considerar las diferentes regiones de nuestro país para poder tener una visión global y comparada del fenómeno objeto estudio. A su vez, resultaría necesario también poder aportar conocimiento de los estresores percibidos y la sintomatología psicológica asociada al aislamiento social obligatorio en otros grupos etarios (niñez, adolescencia y vejez).

En segundo lugar, esta investigación no contempla el efecto que pudiera tener el paso del tiempo en las variables incluidas. Se propone que futuras investigaciones realicen estudios longitudinales respecto de los estresores percibidos y la sintomatología psicológica frente a la situación de aislamiento social obligatorio.

En tercer lugar, se sugiere que estudios posteriores indaguen la influencia de distintas variables sociodemográficas en la forma que se afronta la cuarentena, tales como el nivel socioeconómico, el rango etario, o las redes de apoyo con las que cuentan las personas.

Además, futuras investigaciones podrían estudiar el consumo problemático de sustancias durante el aislamiento preventivo, así como la relación entre perfiles psicológicos y la adherencia a la medida de aislamiento.

Por último, se resalta la importancia y necesidad de implementar programas de detección e intervención psicológica temprana, tendientes a mejorar la calidad de vida de la población en situación de aislamiento social obligatorio a causa de la pandemia por COVID-19, y a reducir los efectos psicológicos que esta situación y su extensión en el tiempo pueden ocasionar.

Referencias Bibliográficas

- Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological bulletin*, 103(3), 411.
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.540.4887&rep=rep1&type=pdf>
- Beck, A. T. (1972). Cognition, anxiety, and psychophysiological disorders. En C. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research: 2*. (pp. 343-354). Academic Press.
- Beck, A. T. (Ed.). (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford press.
- Bernaards, C. A., & Jennrich, R. I. (2005). Gradient projection algorithms and software for arbitrary rotation criteria in factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 65, 676-696.
<https://doi.org/10.1177/0013164404272507>
- Bollen, K. A. (1989). *Structural Equations with Latent Variables*. John Wiley.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*. The Lancet.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673620304608>
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. Guilford publications.
- Casullo, M., & Pérez, M. (2004). *El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis*. Universidad de Buenos Aires.
- Cellini, N., Canale, N., Mioni, G., & Costa, S. (2020). Changes in sleep pattern, sense of time, and digital media use during COVID-19 lockdown in Italy. *PsyArXiv Preprints*, 1-12. <https://doi.org/10.31234/osf.io/284mr>
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2011). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Guilford Press.
- Crespo, M., & Labrador, F. (2003). *Estrés. Síntesis*. <http://www.sintesis.com>
- Davison, M.K., Bershady, B., Bieber, J., Silversmith, D., Maruish, M.E. & Kane, R.L. (1997). Development of a brief, multidimensional, selfreport instrument for treatment outcomes assessment in psychiatric settings: Preliminary findings. *Assessment*, 4, 259-276. <https://doi.org/10.1177/107319119700400306>
- Decreto 297/2020. Aislamiento social, preventivo y obligatorio. 19 de marzo de 2020.
<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R. Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual*. National Computer System.

Derogatis, L. R., & Savitz, K. L. (2000). The SCL-90-R and the Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care. En: Maruish ME, editor. ed. *Handbook of Psychological Assessment in Primary Care Settings*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Dunn, O. J. (1964). Multiple comparisons using rank sums. *Technometrics*, 6, 241-252.
<https://doi.org/10.2307/2282330>

Evans, J. D. (1996). *Straightforward statistics for the behavioral sciences*. Brooks/Cole Publishing

Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (2020). Recomendaciones psicológicas para afrontar la pandemia. *Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires*.
http://www.psi.uba.ar/institucional/agenda/covid_19/recomendaciones_psicologicas.pdf

Fox, J., & Bouchet-Valat, M. (2019). *Rcmdr: R Commander. R package version 2.5-2*. <https://cran.r-project.org/web/packages/Rcmdr/index.html>

Gao, J., Zheng, P., Jia, Y., Chen, H., Mao, Y. & Chen, S. (2020). Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *Plos one*, 15(4), e0231924 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924>

Garfin, D. R., Silver, R. C., & Holman, E. A. (2020). The novel Coronavirus (COVID-2019) outbreak: Amplification of public health consequences by media exposure. *Health Psychology. Advance online publication*.
<http://dx.doi.org/10.1037/hea0000875>

Hoyle, R. H. (2012). *Handbook of structural equation modeling*. Guilford press.

Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 epidemic in China: a web-based cross-sectional survey. *MedRxiv*.
<https://www.medrxiv.org/content/medrxiv/early/2020/02/23/2020.02.19.20025395.full.pdf>

Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford Press.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.

Mackolil, J. & Mackolil, J. (2020). Addressing psychosocial problems associated with the COVID-19 lockdown. *Asian J Psychiatr*, 51:102156. <https://doi:10.1016/j.ajp.2020.102156>.

Manzano Patiño, A. & Zamora Muñoz, S. (2009). *Sistema de ecuaciones estructurales: una herramienta de investigación*. Cuaderno técnico.
<http://www.senasica.gob.mx/includes/asp/download.asp?iddocumento=23068& idurl=45367>

Maruish, M., Bershadsky, B., & Goldstein, L. (1998). Reliability and validity of the SA-45: Further evidence from a primary care setting. *Assessment*, 5, 407-419. <https://doi.org/10.1177/107319119800500410>

McDonald, R.P. (1999). *Test theory: A unified treatment*. Erlbaum.

Moccia, L. Janiri, D., Pepe, M., Dattoli, L., Molinaro, M., De Martin, V., Chieffo, D., Janiri, L., Fiorillo, A., Sani, G. & Di Nicolaa, M. (2020). Affective temperament, attachment style, and the psychological impact of the COVID-19 outbreak: an early report on the Italian general population. *Brain, Behavior, and Immunity*, 1-13.
<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.048>

Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory (3rd ed.)*. McGraw Hill.

Observatorio de Psicología Social Aplicada (2020). *Salud mental en cuarentena: relevamiento del impacto psicológico de la cuarentena en población general*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
<https://www.psi.uba.ar/opsa/informes/Crisis%20Coronavirus%203%202-4-2020.pdf>

Odriozola-González, P., Planchuelo-Gómez, Á., Irurtia-Muñiz, M. J., & de Luis-García, R. (2020). Psychological symptoms of the outbreak of the COVID-19 crisis and confinement in the population of Spain. *PsyArXiv Preprints*, 1-33. <https://doi.org/10.31234/osf.io/mq4fg>

Orgilés, M., Morales, A., Delvecchio, E., Mazzeschi, C., & Espada, J. P. (2020, April 21). Immediate psychological effects of the COVID-19 quarantine in youth from Italy and Spain. *PsyArXiv Preprints*.
<https://doi.org/10.31234/osf.io/5bpfz>

Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M., & Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00054020.
<https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n4/e00054020/es/>

Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry*, 102066. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>

Revelle, W. (2018). *Psych: Procedures for psychological, psychometric, and personality research. R package version 1.8.12*. <https://cran.r-project.org/web/packages/psych/index.html>

Sandín, B., Valiente, R., Chorot, P., Santed, M. & Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290-296. <http://www.psicothema.com/pdf/3463.pdf>

Salinas Quintana, P. (2020). El síndrome de la cabaña y otros de los efectos psicológicos del encierro. <https://doi.org/doi10.13140/RG.2.2.18507.00807>

Selye, H. (2013). *Stress in health and disease*. Butterworth-Heinemann.

Schumacker, R., & Lomax, R. (2016). *A beginner's guide to structural equation modeling*. Routledge.

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L. & Ho, R. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1729. <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/5/1729>