

**Salud Mental y síntomas psicológicos en adultos argentinos de población general en contexto de
pandemia por COVID-19.**

Mental health and psychological symptoms in Argentinian adults during the Covid-19 pandemic context.

Leandro Eidman¹, Julieta Arbizú², Adriana Tamara Lamboglia³ y Lucila del Valle Correa⁴

Resumen

El objetivo del presente trabajo fue estudiar la salud mental y los síntomas psicológicos en adultos argentinos en contexto de pandemia por Covid-19. El diseño metodológico aplicado fue no experimental de corte transversal, bajo la modalidad de estudio descriptivo, correlacional y de diferencia de grupos. Se trabajó con una muestra de 931 participantes residentes en diferentes provincias de Argentina de edades comprendidas entre 18 y 84 años ($M_{EDAD} = 33.08$, $DE = 15.28$, 52% mujeres, 48% varones). Los resultados informaron diferencias significativas entre la salud mental, los síntomas de depresión, ansiedad e intolerancia a la incertidumbre según las variables sociodemográficas analizadas. Se pudo comprobar que a mayor tiempo en confinamiento, mayores son los síntomas que se presentan relacionados a las variables estudiadas y menor es el estado completo de salud mental. Se corrobora que las variables relacionadas a los síntomas de ansiedad, depresión e intolerancia a la incertidumbre predicen de forma negativa el bienestar psicológico, social y emocional en la población Argentina en contexto de pandemia por COVID-19.

Palabras Clave

Salud mental; síntomas psicológicos; confinamiento; pandemia por COVID-19.

Abstract

This investigation aimed to study mental health and psychological symptoms in Argentinian adults at Covid-19 pandemic context. The methodological design applied was non-experimental, cross-sectional, under descriptive, correlational and group differencing study modality. The sample was 931 participants

1 Red de Psicólogos Especializados en Catástrofes Argentina. Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales. Especialista en psicoterapia cognitiva. Profesor titular en Psicología Cognitiva y Taller de Trabajo Final Integrador. Investigador en UCES. Dir. Científico en Red de Psicólogos Especializados en Catástrofes Argentina (R.P.E.C.A). Correo de contacto: lean.eidman@gmail.com

2 Red de Psicólogos Especializados en Catástrofes Argentina. Universidad Nacional de Mar del Plata. Lic. En Psicología. Profesional y coordinadora del equipo de CAPPs, Puerto Mar del Plata. Profesional parte del equipo de TINO, Mar del Plata. Investigadora del área científica de (R.P.E.C.A). Correo de contacto: julieta.arbizu@gmail.com

3 Red de Psicólogos Especializados en Catástrofes Argentina. Lic. En Psicología, UCA. Terapia grupal e intervención socio comunitaria en situaciones de consumo problemático. Investigadora en Red de Psicólogos Especializados en Catástrofes Argentina. (R.P.E.C.A). Correo de contacto: lambogliaadriana@gmail.com

4 Red de Psicólogos Especializados en Catástrofes Argentina. Estudiante de la Universidad Nacional de Córdoba (Facultad de Psicología). Integrante del equipo de investigación de la Red de Psicólogos Especializados en Catástrofes Argentina (R.P.E.C.A). Correo del contacto: lucilacorrea3@gmail.com

residing in different provinces of Argentina, aged between 18 and 84 years old (MEDAD = 33.08, SD = 15.28, 52% female, 48% male). Results reported significant differences between mental health, depression, anxiety and intolerance of uncertainty symptoms, according to the sociodemographic variables analyzed. It was found that the longer the time in confinement, the greater the symptoms appeared related to the variables studied and the lower the complete state of mental health. It is confirmed that the variables related to anxiety, depression and intolerance to uncertainty symptoms, negatively predict the psychological, social and emotional well-being in the Argentinian population under COVID-19 pandemic context.

Keywords

Mental health; psychological symptoms; confinement; COVID-19 pandemic.

Introducción

A fines de diciembre de 2019, un nuevo agente etiológico denominado SARS-CoV-2 fue identificado como causante de casos de neumonía grave en la ciudad china de Wuhan (Organización Panamericana de la Salud, 2020). La mayoría de los países afectados cerraron sus fronteras y trataron de aislar casos, rastrear contactos y proteger a las poblaciones vulnerables, implementando medidas de distanciamiento físico, que se aplicaron con controles que iban desde recomendaciones hasta multas y arrestos (Organización Mundial de la salud, 2020).

Las vivencias ligadas a la pandemia y la implementación de aislamiento social preventivo obligatorio han provocado en las personas, numerosas manifestaciones psicológicas con diferente profundidad y persistencia, de acuerdo a las vulnerabilidades individuales y la fortaleza o debilidad para adaptarse a los cambios (Brunetti & Gargoloff, 2020). El distanciamiento físico, las medidas complementarias de higiene, la suspensión de actividades no prioritarias y la proliferación de información, conformaron un entorno diferente al que las personas desarrollaban antes de iniciado el aislamiento social, preventivo y obligatorio establecido por el gobierno argentino a partir del 20 de marzo del 2020. Este nuevo entorno estableció nuevas exigencias o demandas de actuación, las cuales son potencialmente fuentes de estrés (Barraza, 2020). Entre el abanico de manifestaciones psicológicas por la actual pandemia, Brunetti y Gargoloff (2020) identificaron síntomas de ansiedad, angustia, tristeza, irritabilidad, disminución de la concentración y propensión a olvidos de hechos recientes, malestares físicos psicósomáticos asociados a la ansiedad (dolor abdominal, palpitaciones, dolor de cabeza, mareos, sensación de falta de aire), sensaciones de pánico, indefensión y hasta de perderle sentido a la vida.

Investigaciones internacionales informaron que en México, 66% de la totalidad de la población encuestada presentó elevados niveles de estrés. De las diferentes variables analizadas es sin lugar a dudas la variable sexo la que más influyó en los estresores, síntomas y estrategias de afrontamiento, siendo las mujeres las que presentaron mayor prevalencia (principalmente ansiedad, angustia e incertidumbre). Además el estudio demostró que los adultos jóvenes presentaron mayores síntomas de tristeza en comparación con síntomas de estrés. En lo referente al nivel educativo de los participantes, aquellos que informaron haber alcanzado una educación básica, fueron quienes presentaron con mayor frecuencia síntomas de angustia, a diferencia de los participantes que tenían estudios de posgrado (Barraza, 2020).

En la misma línea, un estudio en Bélgica, reveló que solo el 15% de los ciudadanos entre 18 y 65 años antes del brote epidémico presentaron sintomatología relacionada a la ansiedad; sin embargo, luego de dos semanas el estrés de la población aumentó al 25% (Hoof, 2020). Además, un estudio realizado por Crisis Text line informó que en el Reino Unido, EE.UU. y Canadá a partir de febrero de 2020, el 80% de los mensajes

estaban relacionados con síntomas de ansiedad y depresión (Chen et al., 2020). Por otra parte, Wang et al. (2020) realizaron un estudio en población china donde el 16.5%, el 28.8% y el 8.1% de los encuestados informaron niveles moderados a severos de depresión, ansiedad y estrés, respectivamente. En la Comunidad Autónoma Vasca, Ozamiz et al. (2020), registraron muestras durante la primera fase del brote del COVID-19, el 81.1% mujeres y el 18.9% hombres, donde se encontraron medias superiores de estrés, ansiedad y depresión en las edades comprendidas entre los 18-25 años. Respecto del nivel socio-económico se observó que cuanto menor era el nivel de ingresos de la población, el porcentaje de ansiedad y crisis de angustia fue mayor. Sin embargo, en función a los sentimientos de tristeza, las diferencias encontradas entre las clases sociales no fueron relevantes. Sumado a esto, se encontró que las personas que vivían solas en comparación con la convivencia en pareja, presentaron mayores índices de sentimientos depresivos y crisis de angustia (Balluerka et al. 2020; Parrado & Leon, 2020).

En un estudio longitudinal realizado por Ausín et al. (2020) en población española, permitió una comparativa en tres oleadas: 21-29 de marzo (durante la suspensión total de toda actividad laboral no considerada como imprescindible); 13-27 de abril (ya levantado la restricción de las actividades no esenciales) y 21 de mayo – 4 de junio (desescalada del confinamiento). Los resultados de la 1° oleada de este estudio dieron cuenta que en general las mujeres, los jóvenes, las personas con diagnósticos previos y aquellos que mostraban síntomas o tenían alguna persona cercana contagiada mostraron un mayor impacto psicológico, con altos porcentajes de ansiedad y depresión. En la 2° oleada, se observó un incremento en la sintomatología depresiva, somática, y en la percepción de soledad, mientras que los síntomas de ansiedad y estrés postraumático no mostraron cambios significativos. En relación a la edad se encontraron diferencias significativas, con las personas de 18-30 años que mostraron mayores puntuaciones de ansiedad y depresión en comparación con los otros grupos de mayor edad. Del mismo modo, en nuestro país la investigación longitudinal realizada por Urquijo et al. (2020), encontró mayores promedios de depresión y ansiedad durante los tres registros relevados, en jóvenes de entre 18 a 25 años y en personas con bajo nivel educativo; así como también puntuaciones más altas de bienestar psicológico (referido en este estudio a energía, concentración y experiencias de placer) se registraron en adultos mayores de 60 años.

En el estudio local de Johnson et al. (2020) se advirtió un impacto en la salud mental, expresado en sentimientos de miedo, incertidumbre y angustia, propios de un sentido de ruptura en la cotidianidad y pérdida de previsibilidad que supone esta pandemia. Por otro lado, las diferencias sociales en la población, respecto al nivel educativo y el confort percibido durante el aislamiento social y el género, constituyen indicadores que dan cuenta del impacto diferencial en la salud mental. Los resultados indicaron que el sentimiento de miedo se expresa en mayor medida en aquellas personas que informaron tener un menor nivel educativo. La incertidumbre, se encontró en relación a las consecuencias sociales y económicas. Los

sentimiento de incertidumbre, miedo, responsabilidad y angustia se manifestaron con mayor prevalencia en mujeres (Johnson et al., 2020).

En virtud de lo informado, se considera de relevancia recuperar la definición de salud mental desde la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud (1947) donde la describe como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad. De este modo, Keyes et al. (2008) han estudiado la salud mental bajo la concepción de que la misma involucra algo positivo, y no simplemente la ausencia de psicopatología. Mediante la evaluación continua y el diagnóstico categórico, Keyes (2005, 2013) propuso un modelo de dos continuos ubicando a las enfermedades mentales en uno de los extremos y a la salud mental en el extremo opuesto. En consecuencia, aquellas personas con presencia de *flourishing* experimentarían un alto nivel de funcionamiento hedónico y eudaimónico, las personas situadas en el extremo opuesto experimentarían sentimientos de vacío, carecen de interés, compromiso y vulnerabilidad al desarrollo de sintomatología psicopatológica, y quienes se sitúan en el medio presentarían un estado moderado de salud mental. Con la intención de operacionalizar el constructo, se propuso el Mental Health Continuum–Short Form (MHC–SF; Keyes, 2005) como herramienta de evaluación que busca dar cuenta de manera integral el grado de salud mental positiva, la cual trasciende la ausencia de psicopatología al involucrar un estado elevado de bienestar emocional, social y psicológico.

En vista de los precedentes referidos sobre la salud mental de los adultos de población general a nivel mundial y local en contexto de pandemia por COVID-19 se propusieron como objetivos de la presente investigación: 1) verificar si existen diferencias significativas en la salud mental positiva según síntomas de depresión, ansiedad e intolerancia a la incertidumbre según variables sociodemográficas, 2) analizar las asociaciones entre la cantidad de días en confinamiento y los síntomas de ansiedad, depresión, intolerancia a la incertidumbre y la salud mental positiva, y 3) determinar si los síntomas de intolerancia a la incertidumbre, ansiedad y depresión son predictores significativos en el bienestar emocional, social y psicológico en adultos argentinos en contexto de pandemia por covid-19.

Teniendo en cuenta los estudios previos, se espera encontrar diferencias significativas entre la salud mental positiva, síntomas de depresión, ansiedad e intolerancia a la incertidumbre según variables sociodemográficas. Además se espera encontrar correlaciones positivas y significativas entre los días de confinamiento y síntomas de depresión, ansiedad e intolerancia a la incertidumbre, como así también, correlaciones negativas y significativas entre los días de confinamiento y la salud mental positiva. Finalmente se espera encontrar que los síntomas de depresión, ansiedad e intolerancia a la incertidumbre sean predictores negativos y significativos en el bienestar psicológico, emocional y social de adultos argentinos en contexto de pandemia por covid-19.

Método

Muestra

La muestra fue no probabilística y voluntaria estuvo constituida por 931 adultos argentinos en contexto de pandemia por COVID-19. La edad promedio fue de 37.08 ($DE= 15.28$, $Mín= 18$, $Máx= 84$). El 52% ($n = 484$) eran mujeres y el 48% ($n = 447$) eran varones. En cuanto a su lugar de residencia el 40.% ($n = 372$) informó vivir en la provincia del Chaco, el 19.65% ($n = 183$) en Buenos Aires, el 9.6% ($n = 89$) en la Ciudad de Buenos Aires, el 7.9% ($n = 74$) en la provincia de Córdoba, el 5.7% ($n = 53$) en la provincia de Corrientes, el 4.3% ($n = 43$) en la provincia de San Juan, el 3.9% ($n = 36$) en la provincia de Santa Fe, el 3% ($n = 28$) en la provincia de Formosa, el 1.6% ($n = 15$) en la provincia de Río Negro y el 4.3% ($n = 35$) restante se encontraban distribuidos entre las provincias de Chubut, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Misiones, Neuquén, Salta, San Luis, Santa Cruz, Santiago del Estero y Tucumán. El 53.5% ($n = 498$) dijo estar soltero, el 23.1% ($n = 215$) estar casado, el 12.1% ($n = 113$) estar conviviendo con su pareja, el 8.1% ($n = 75$) estar divorciado y el 3.2% ($n = 30$) ser viudo. En cuanto a al nivel de estudios máximos alcanzados, el 41.4% ($n = 385$) informó haber concluido sus estudios universitarios, el 30.9% ($n = 288$) terminó sus estudios secundarios, el 15.8% ($n = 147$) finalizó sus estudios terciarios, el 10.6% ($n = 99$) concluyó sus estudios superiores y el 1.3% ($n = 12$) finalizó la escolaridad primaria. Finalmente, en lo que al nivel socio-económico se refiere, el 91.1% ($n = 856$) informó pertenecer a un estrato social medio, el 7.3% ($n = 68$) bajo y el 0.8% ($n = 7$) alto.

Medición

Encuesta Sociodemográfica. Mediante este instrumento se relevaron datos sobre el sexo, la edad, el estado civil, el lugar residencia de la muestra, como así también, el nivel de estudios y nivel socioeconómico.

Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF; Keyes, 2005). Es una escala compuesta de 14 ítems que evalúa el bienestar emocional (3 ítems), psicológico (6 ítems) y social (5 ítems). La escala tiene un formato de respuesta Likert con 5 opciones de respuesta. Se responde con relación a cómo el participante se ha sentido en el último mes, que va de 0 (nunca) a 5 (todos los días). El MHC-SF ha demostrado tener una buena consistencia interna ($> .70$) y presenta una adecuada validez discriminante (estructura de tres factores, bienestar emocional, personal y social) en estudios realizados con población adulta en diferentes países (Gallagher, López, & Preacher, 2009; Gilmour, 2014; Joshanloo et al., 2013; Karás, et al., 2014; Lamers et al., 2011; Petrillo et al., 2015; Robitschek & Keyes, 2009; Yin et al., 2013). Para este estudio se utilizó la versión Argentina, las propiedades psicométricas del instrumento fueron adecuadas en cuanto a su confiabilidad, estructura factorial y validez convergente (Lupano Perugini et al.,

2016). En la muestra del presente estudio la consistencia interna del instrumento fue de alfa de *Cronbach* .86.

Inventario de Ansiedad Estado (STAI-E; Spielberger et al., 1983). Consta de 20 ítems con formato de afirmaciones que evalúan ansiedad como sintomatología realizando un corte temporal transversal en la corriente emocional de la vida de una persona. Cada ítem se evalúa con una escala tipo Likert, desde 1 (Casi nunca) hasta 4 (Casi siempre). Se utilizó la adaptación Argentina realizada por Leibovich de Figueroa (2001), el Coeficiente de alfa *Cronbach* utilizado como medida de consistencia interna fue igual a .90.

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996). Es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas con cuatro opciones de respuestas exceptuando algunas que tienen hasta siete; está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la tristeza, desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, hasta síntomas físicos relacionados con la depresión. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para indicar la presencia y la intensidad de los síntomas depresivos que coinciden con los criterios diagnósticos del manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (American Psychiatric Association, 2000). Se utilizó la versión adaptada del BDI-II a la población argentina por Brenlla y Rodríguez (2006), que presenta buena consistencia interna (> .88); a su vez la correlación entre test y re-test realizada demostraron que la versión argentina reúne los requisitos psicométricos para su utilización en el ámbito local.

Escala de Intolerancia a la Incertidumbre. (Ell; Seidah, Dugas & Leblanc, 2007). La escala cuenta con 27 ítems, se responde con un formato tipo Likert de respuesta -1 (es nada característico de mí), 5 (muy característico de mí). En la adaptación argentina (de Behrends Rodríguez & Brenlla, 2015) el cálculo de alfa de *Cronbach* para el total de la escala fue igual a .90. El procedimiento psicométrico realizado para seleccionar los ítems que formarían parte del cuestionario -ya que era imposible por razones de longitud tomar los cuestionarios completos- fue a partir de los respectivos análisis factoriales exploratorios eligiendo aquellos ítems que tuvieran mayor carga factorial y que se adecuaban al contexto en que se administrarían. De esta manera, se seleccionaron 9 ítems para la escala obteniendo un adecuado valor de consistencia interna (α de *Cronbach* = .89).

Procedimiento

Los datos fueron recolectados mediante un muestreo no probabilístico. Se distribuyeron las técnicas utilizadas para la medición de las variables a través de las redes sociales bajo la modalidad *google forms*. Los participantes fueron voluntarios y no recibieron retribución alguna por su colaboración. El formulario contenía en su portada como campo obligatorio aceptar el consentimiento informado aprobado por el

Comité de Ética en Investigación de la Asociación de Psicólogos Especializados en Catástrofes Argentina y por la Ley 25.326 de protección de los datos personales que se ocupa de las implicancias éticas de las investigaciones en salud en las que participen seres humanos, con el fin de proteger sus derechos fundamentales ponderando, a su vez, la necesidad de promover la investigación en salud.

Análisis de datos

Se utilizaron pruebas paramétricas debido a que en los objetivos se cumplimentaban las pruebas de normalidad y homogeneidad de la varianza. Para los objetivos de diferencias de grupos se calcularon las pruebas estadísticas *t* de Student y ANOVAs *one-way* y para el objetivo correlacional se utilizó el estadístico *rho* de Spearman. Finalmente, al momento de indagar sobre la capacidad predictiva de la sintomatología de ansiedad, depresión e intolerancia a la incertidumbre sobre la salud mental se utilizaron regresiones lineales múltiples. Los datos fueron sistematizados y analizados con el programa estadístico SPSS-20 (Statistical Package for the Social Sciences, 2011).

Resultados

Salud mental positiva de acuerdo a variables sociodemográficas sexo, edad, estado civil, clase social y nivel educativo

Teniendo en cuenta que de acuerdo a la prueba Kolmogorov-Smirnov, la distribución de las puntuaciones compuestas de los instrumentos administrados -tanto en hombres como en de mujeres- no diferían de la distribución normal ($p > .05$) y se cumplimentaba con la homogeneidad de la varianza, se realizó una prueba *t* de student para poder analizar las diferencias entre la salud mental positiva, los síntomas de depresión, ansiedad e intolerancia a la incertidumbre según la variable sexo. Además se obtuvieron los valores relacionados al tamaño del efecto con el estadístico *d* de Cohen (Cohen, 1988).

Los resultados informaron que a excepción de los síntomas de intolerancia a la incertidumbre y del estado completo de salud mental en los que los resultados no fueron significativos ($p > .05$), se hallaron diferencias estadísticamente significativas en los síntomas de ansiedad y depresión ($p < .05$). En ambos casos las mujeres reportaron mayores síntomas de ansiedad y depresión en comparación con los hombres. En cuanto a los tamaños del efecto, se pudo observar que para los síntomas de ansiedad y depresión fueron entre pequeños y moderados (ver Tabla 1).

Tabla 1
Diferencias en salud mental y síntomas psicológicos según sexo

Escalas	Mujeres	Hombres
---------	---------	---------

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>d de Cohen</i>
MHC-SF	2.73	0.80	2.82	0.75	1.516	0.11
STAI-E	1.31	0.59	1.16	0.59	3.86***	0.40
BDI-II	0.80	0.61	0.64	0.54	4.12***	0.35
EII	2.69	0.73	2.63	0.80	1.285	0.07

*** = $p < .000$

Con respecto a las diferencias entre la salud mental positiva, los síntomas de depresión, ansiedad e intolerancia a la incertidumbre según la variable edad (ver tabla 2), se procedió a realizar un análisis multivariado de varianza con prueba post-hoc de Bonferroni debido a que el análisis de homogeneidad de varianzas de Levene demostró que éstas eran iguales entre los grupos. Los resultados mostraron que los adultos jóvenes (18-29 años) y los adultos medio (30-59 años) presentaron mayor sintomatología de ansiedad ($p < .000$; $\eta^2 = .33$) y depresión ($p < .000$; $\eta^2 = .32$), en comparación con los adultos mayores. En lo referente a la sintomatología de intolerancia a la incertidumbre los resultados indicaron que los adultos jóvenes presentaron mayor sintomatología ($p < .000$; $\eta^2 = .56$) que los adultos medio y adultos mayores. A su vez, los adultos mayores presentaron mayor sintomatología ($p < .000$; $\eta^2 = .56$) que los adultos medio. En lo que respecta al completo estado de salud mental, los resultados informaron que los adultos mayores presentaron mayores niveles de salud mental ($p < .000$; $\eta^2 = .62$) que los adultos jóvenes y adultos medio. Las diferencias entre los niveles de salud mental los síntomas de depresión, ansiedad e intolerancia a la incertidumbre según la variable edad fueron entre moderadas y altas (Ellis, 2010).

Tabla 2

Análisis de varianza (ANOVA) de las variables de estudio según el grupo de edad

Variable	Edad			<i>F</i>
	18-29 (<i>n</i> = 380)	30-59 (<i>n</i> = 445)	60 + (<i>n</i> = 106)	
MHC-SF <i>M (DE)</i>	2.39(0.803)	2.97(0.806)	3.30(0.646)	81.80***
STAI-E <i>M (DE)</i>	1.44(0.585)	1.13(0.583)	0.99(0.513)	42.47***
BDI-II <i>M (DE)</i>	0.90(0.528)	0.64(0.623)	0.49(0.48)	30.61***
EII <i>M (DE)</i>	2.92(0.742)	2.48(0.757)	2.50(0.731)	81.80***

*** = $p < .000$

Pasando ahora a las diferencias entre la salud mental positiva, los síntomas de depresión, ansiedad e intolerancia a la incertidumbre según el estado civil de los participantes (ver tabla 3). Se realizó un análisis multivariado de varianza con prueba post-hoc de Bonferroni debido a que el análisis de homogeneidad de varianzas de Levene demostró que éstas eran iguales entre los grupos. Los resultados del análisis mostraron que las personas que refirieron estar solteras presentaron mayores síntomas de ansiedad ($p < .000$; $\eta^2 = .34$)

en comparación a las personas que refirieron estar casadas, en concubinato o divorciadas. A su vez, las personas que informaron estar divorciadas presentaron mayores síntomas de ansiedad ($p < .000$; $\eta^2 = .34$) que las personas casadas.

En relación a las diferencias encontradas en los síntomas de depresión, las personas solteras refirieron mayor sintomatología ($p < .000$; $\eta^2 = .33$) que las personas casadas, mientras que no se hallaron diferencias significativas para las demás condiciones de estado civil. En relación a la sintomatología relacionada a la variable intolerancia a la incertidumbre, las personas solteras presentaron mayor sintomatología ($p < .000$; $\eta^2 = .57$) en comparación a las personas casadas, mientras que no se hallaron diferencias significativas para las demás condiciones de estado civil informadas ($p > .1$). En lo que al completo estado de salud mental respecta los resultados informaron que las personas casadas presentaron mayores niveles de salud mental ($p < .000$; $\eta^2 = .64$) que las demás categorías de estado civil.

Tabla 3
Análisis de varianza (ANOVA) de las variables de estudio según el estado civil

Variable	Estado Civil					F
	Soltero (n = 498)	Casado (n = 215)	Concubinato (n = 113)	Divorciado (n = 75)	Viudo (n = 30)	
MHC-SF M (DE)	2.53(0.838)	3.18(0.757)	2.73(0.852)	3.05(0.684)	2.39(0.629)	30.42***
STAI-E M (DE)	1.35(0.597)	1.04(0.378)	1.27(0.632)	1.17(0.546)	1.02(0.591)	11.93***
BDI-II M (DE)	0.83(0.577)	0.55(0.614)	0.72(0.588)	0.61(0.510)	0.51(0.415)	11.07***
EII M (DE)	2.79(0.767)	2.37(0.711)	2.73(0.807)	2.56(0.747)	2.05(0.807)	12.33***

*** = $p < .000$

Luego, se analizaron las diferencias entre la salud mental positiva, los síntomas de depresión, ansiedad e intolerancia a la incertidumbre según el nivel educativo de los participantes (ver tabla 4). Debido a que el análisis de homogeneidad de varianzas de Levene demostró que éstas eran iguales entre los grupos, se realizó un análisis multivariado de varianza con prueba post-hoc de Bonferroni. Los resultados del análisis mostraron que las personas que informaron como estudios máximos alcanzados un nivel secundario de educación presentaron ($p < .000$; $\eta^2 = .34$) mayores síntomas de ansiedad que las personas que informaron tener como nivel máximo de educación terciario ($p < .001$), universitario ($p < .003$) y estudios superiores ($p < .000$). Al momento de analizar la sintomatología de depresión y de intolerancia a la incertidumbre las personas que reportaron tener la escolaridad primaria ($p < .003$; $\eta^2 = .33$) y secundaria ($p < .000$) como estudios máximos alcanzados presentaron mayor sintomatología que las personas que habían finalizados sus estudios terciarios, universitarios y superiores. En lo que respecta al completo estado de salud mental no se hallaron diferencias significativas según nivel educativo ($p > .1$).

Tabla 4

Análisis de varianza (ANOVA) de las variables de estudio según nivel educativo

Variable	Nivel Educativo					F
	Primario (n = 12)	Secundario (n = 288)	Terciario (n = 147)	Universitario (n = 385)	Posgrado (n = 99)	
MHC-SF M (DE)	2.52(1.960)	2.50(0.831)	2.95(0.875)	3.05(0.684)	2.39(0.629)	15.01
STAI-E M (DE)	1.33(0.373)	1.39(0.627)	1.15(0.632)	1.22(0.546)	1.00(0.505)	9.68***
BDI-II M (DE)	1.26(0.675)	0.87(0.591)	0.63(0.573)	0.69(0.573)	0.55(0.550)	11.30***
EII M (DE)	2.62(0.522)	2.93 (0.791)	259(0.755)	2.59(0.733)	2.40(0.763)	14.13***

*** = $p < .000$

Finalmente se analizaron las diferencias entre la salud mental positiva, los síntomas de depresión, ansiedad e intolerancia a la incertidumbre según la clase social de los participantes (ver tabla 5). Los resultados indicaron que las personas que informaron pertenecer a un nivel económico bajo presentaron mayor sintomatología relacionada a la intolerancia a la incertidumbre en comparación con las personas que informaron un nivel económico medio ($p < .001$; $\eta^2 = .34$), mientras que no se hallaron diferencias significativas para la sintomatología de ansiedad, depresión y en para le completo estado de salud mental.

Tabla 5

Análisis de varianza (ANOVA) de los síntomas de depresión, ansiedad e intolerancia a la incertidumbre según clase social

Variable	Edad			F
	Baja (n = 68)	Media (n = 856)	Alta (n = 7)	
MHC-SF M (DE)	2.59(0.899)	2.79(0.848)	2.88(1.128)	1.74
STAI-E M (DE)	1.39(0.655)	1.23(0.595)	1.27(0.725)	2.20
BDI-II M (DE)	0.97(0.722)	0.711(0.576)	0.70(0.368)	6.43
EII M (DE)	2.92(0.835)	2.64(0.767)	2.67(1.041)	4.24***

*** = $p < .000$

Relación entre la cantidad de días en confinamiento y la salud mental positiva, los síntomas de ansiedad, depresión e intolerancia a la incertidumbre.

Se efectuó un análisis de *rho* de Spearman debido a que una de las variables fue tratada como nominal. Los resultados informaron que las correlaciones entre la cantidad de días de confinamiento y los síntomas de ansiedad ($r_s = .568$; $p < .01$), depresión ($r_s = .614$ $p < .01$) e intolerancia a la incertidumbre ($r_s = .233$; $p < .005$), fueron positivas y significativas. Además las asociaciones entre la cantidad de días en confinamiento y el completo estado de salud mental fueron negativas y significativas ($r_s = -.452$; $p < .01$).

Síntomas de intolerancia a la incertidumbre, ansiedad y depresión como predictores del completo estado de salud mental en adultos argentinos en contexto de pandemia por covid-19.

Se procedió a analizar si los síntomas de intolerancia a la incertidumbre, ansiedad y depresión eran predictores estadísticamente significativos del completo estado de salud mental en adultos de población Argentina en contexto de pandemia por COVID-19. El modelo resultó ser negativo y estadísticamente significativo ($F(3, 925) = 60.27, p < .000$), con un $r^2 = .26$. Es decir que, un 26% de la varianza del completo estado de salud mental es predicha por el modelo de predicción. Un análisis de las escalas en particular, indicó que todas las escalas fueron predictores negativos y estadísticamente significativos (ver Tabla 6).

Tabla 6

Predicción de síntomas de intolerancia a la incertidumbre, ansiedad y depresión sobre el bienestar psicológico, emocional y social.

Variables Predictoras	R^2	$F(gl)$	P	β Estandarizado	t	P
STAI-E	.24	301.28(1,927)	.000	-.129	-8.65	.000
BDI-II	.25	161.24(2,926)	.000	-.112	-3.15	.002
EII	.26	60.27(3,925)	.000	-.348	-3.50	.000

Discusión

El primer objetivo de este estudio fue verificar si existían diferencias significativas en la salud mental positiva, síntomas de depresión, ansiedad e intolerancia a la incertidumbre según las variables sociodemográficas. Los resultados informaron que, conforme a la hipótesis formulada, las mujeres presentaron mayores síntomas de ansiedad y depresión en comparación a los hombres. Este resultado es similar a los hallados en la mayoría de los estudios internacionales y en Argentina (Ausín et al., 2020; Barraza, 2020; Jonshon et al., 2020), y es consonante con la teoría de la socialización de género planteada por Jonshon et al. (2020), que se refiere a las mujeres vinculadas con lo afectivo, los cuidados y la expresión de emociones, a diferencia de los hombres quienes obstaculizan sus expresiones en determinados contextos.

Además, los resultados indicaron que los adultos jóvenes y adultos medios son los que se encuentran mayormente afectados por los síntomas de ansiedad y depresión en comparación con los adultos mayores, a su vez que, los adultos jóvenes presentan mayores niveles de intolerancia a la incertidumbre en comparación con los adultos medios y mayores. Estos resultados concuerdan con los hallados en estudios internacionales (Ausín et al., 2020; Barraza, 2020; Hoof, 2020). Se podrían explicar estas diferencias debido a las características de la muestra, ya que la mayoría informó ser estudiante, motivo por el cual, se pudo haber añadido a estos síntomas el estrés ante la necesidad de adaptarse al nuevo contexto educativo (Ozamiz et al., 2020). El incremento en las horas de estudio, el pasaje a las clases online con un aumento de tareas y las dificultades añadidas en los casos donde la formación práctica es esencial para la adquisición de competencias, produce en los adultos jóvenes mayores niveles de ansiedad y depresión (Balluerka et al.,

2020). Futuros estudios podrían evaluar el estrés percibido por los adultos jóvenes relacionados a las variables tecnológicas.

A su vez, era esperable encontrar que los adultos mayores presenten mayores niveles de salud mental positiva en comparación con los adultos jóvenes y adultos medio, al igual que lo revelado en la investigación propuesta por Urquijo et al. (2020) y por Adams et al. (2012). De esta forma se podría pensar que el aislamiento impactaría menos en la rutina de los mayores y, por otro lado, las políticas públicas nacionales han enfatizado el cuidado sobre este grupo en particular, lo cual incidiría en una percepción de mayor bienestar. Futuros estudios podrían indagar acerca del impacto de las políticas de comunicación en los grupos considerados de riesgo durante un evento crítico.

En lo que respecta al nivel de estudios máximos alcanzados, los resultados informaron que quienes reportaron tener estudios inferiores al promedio presentaron mayores síntomas de ansiedad, depresión e intolerancia a la incertidumbre, en coincidencia con investigaciones similares (Barraza, 2020; Jonshon et al., 2020); así como quienes alcanzaron un mayor nivel de estudios, son los que muestran mayores estrategias de afrontamiento a la hora de hacer frente a la ansiedad, depresión e intolerancia a la incertidumbre en el transcurso de la pandemia (Barraza, 2020). A su vez, se encontró que el nivel económico de la población repercute en el impacto de la salud mental positiva; ya que quienes informaron pertenecer a un nivel socioeconómico bajo, presentaron mayor sintomatología relacionada a la ansiedad, depresión e intolerancia a la incertidumbre en consonancia con los resultados de diferentes investigaciones (Balluerka et al. 2020; Jonshon et al. 2020; Parrado y Leon, 2020). Se podría pensar entonces que, tanto las diferencias respecto al nivel educativo y el confort económico relacionado a la clase social en la población encuestada, constituyen indicadores que dan cuenta de la desigualdad de recursos culturales y materiales en el marco de la crisis sanitaria, teniendo impacto especialmente en la salud mental.

El segundo objetivo de este trabajo versaba en analizar las asociaciones entre la cantidad de días en confinamiento y los síntomas de ansiedad, depresión, intolerancia a la incertidumbre y la salud mental positiva. Conforme a la hipótesis formulada, los resultados informaron que las personas que pasaron mayor tiempo en confinamiento presentaron mayores síntomas de ansiedad, depresión e intolerancia a la incertidumbre, lo cual se observó inversamente proporcional en el estado completo de salud mental. Estos resultados son similares a los encontrados en investigaciones internacionales y locales que evaluaron similares manifestaciones psicológicas (Barraza, 2020; Brunetti & Gargoloff, 2020; Jonshon et al., 2020). Esto podría explicarse de acuerdo a lo propuesto por Barraza, (2020) donde el nuevo entorno conformado con la implementación del distanciamiento físico, las medidas complementarias de higiene, suspensión de actividades no prioritarias y la proliferación de información, hicieron que abruptamente las personas tuvieran que adaptarse a los cambios, lo cual incrementa la incertidumbre y en consecuencia los niveles de estrés.

Además, los resultados se encuentra en línea con lo informado por Brunetti y Gargoloff, (2020) al explicar que las cuestiones relacionadas a la pérdida de la libertad en las actividades de la vida diaria durante tanto tiempo, obstaculizan la potestad de decidir las salidas del hogar con fines tales como como ir a trabajar, disfrutar de actividades recreacionales emparentadas con el bienestar y la calidad de vida, la impotencia y la frustración ante las pérdidas de oportunidades de crecimiento personal, la desmoralización por una eventual irrecuperabilidad de las fuentes de ingresos económicos y del nivel de vida y bienestar que se gozaba previo a la pandemia; pueden ser detonantes en la sintomatología evaluada.

Por último, se estudió si los síntomas de intolerancia a la incertidumbre, ansiedad y depresión eran predictores significativos en el completo estado de salud mental en adultos argentinos en contexto de pandemia por covid-19. Tal como se hubiera hipotetizado, los resultados informaron que los síntomas de ansiedad, depresión e intolerancia a la incertidumbre predicen de forma negativa el completo estado de salud mental. Este hallazgo era esperable teniendo en cuenta lo informado por Keyes (2002, 2005, 2013) sobre el continuo de salud mental, en el que define a la salud mental floreciente relacionada a un estado óptimo de salud mental, mientras que una salud mental languideciente es definida con bajos niveles de salud mental que involucran síntomas asociados a los estudiados en el presente estudio.

Como limitaciones del estudio presentado se puede mencionar la dificultad relacionada a la muestra debido a que la recolección de datos se realizó con procedimientos de selección no probabilísticos, lo cual influyó directamente en los supuestos que subyacen a la mayoría de los análisis estadísticos. Por lo tanto, las posibilidades de generalizar los resultados hallados en la presente muestra se encuentran limitadas a muestras con características similares. Además, el presente trabajo presenta un carácter transversal lo cual no permite evaluar la evolución de las variables en el tiempo, por lo tanto, los resultados obtenidos son meramente correlacionales y no deberían interpretarse relaciones causales entre las variables.

Este trabajo ha podido verificar que existen diferencias significativas entre la salud mental, los síntomas de depresión, ansiedad e intolerancia a la incertidumbre según las variables sociodemográficas analizadas. Además, se pudo comprobar que a mayor tiempo en confinamiento, mayores son los síntomas que se presentan relacionados a las variables estudiadas y menor es el estado completo de salud mental. A su vez, se pudo corroborar que las variables relacionadas a los síntomas de ansiedad, depresión e intolerancia a la incertidumbre predicen de forma negativa el bienestar psicológico, social y emocional en la población Argentina en contexto de pandemia por COVID-19.

Referencias bibliográficas

Adams, T. G., Sawchuk, C. N., Cisler, J. M., Lohr, J. M., & Otalunji, B. O. (2012). Specific phobias. En P. Emmelkamp y T. Ehring (Eds.). *The Wiley handbook of anxiety disorders* (vol. 1, pp. 297-320). Chichester, UK: Wiley

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed). Washington, DC: Author.

Ausín, B., González, C., Castellanos, M., Saiz, J., López, A. & Ugidos, C. (2020) Estudio longitudinal del impacto psicológico derivado de la covid-19 en la población española (psi-covid-19) Resultados comparativos 1ª, 2ª y 3ª oleada (Datos del 21-29 de marzo de 2020; 13-27 de abril y 21 de mayo – 4 de junio). Cátedra extraordinaria UCM-Grupo 5 Contra el estigma. Universidad Complutense de Madrid y Grupo 5. Recuperado de:

Balluerka, N., Gómez, J., Hidalgo, D., Gorostiaga, A., Espada, J., Padilla, J. & Santed, M. (2020). Las Consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Informe de Investigación. Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco. Recuperado de: [https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu_eines/noticies/docs/Consecuencias psicologicas COVID-19.pdf](https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu_eines/noticies/docs/Consecuencias_psicologicas_COVID-19.pdf)

Barraza, A. (2020). El estrés de pandemia (COVID 19) en población mexicana. Centro de Estudios Clínica e Investigación Psicoanalítica S.C. Recuperado de: <http://www.upd.edu.mx/PDF/Libros/Coronavirus.pdf>

Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory manual II*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Brenlla, M. E. & Rodríguez, C. M. (2006). *Adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck*. Buenos Aires: Paidós.

Brunetti, A. & Gargoloff, P. (2020) Impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental, con especial foco en personas con trastornos mentales severos y persistentes. *Question/Cuestión*, 1(mayo), e278.

Chen, N., Zhou, M., Dong, X., Qu, J., Gong, F., Han, Y., ... & Yu, T. (2020). Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The Lancet*, 395(10223), 507-513.

Cohen, J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum

de Behrends, M. R., & Brenlla, M. E. (2015). Adaptación para Buenos Aires de la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre. *Interdisciplinaria*, 32(2), 261-274.

Ellis, P.D. (2010). *The essential guide to effects sizes: Statistical power, meta-analysis, and the interpretation of research results*. Cambridge University Press.

Gallagher, M. W., Lopez, S. J., & Preacher, K. J. (2009). The hierarchical structure of well-being. *Journal of personality*, 77(4), 1025-1050.

Gilmour, H. (2014). Positive Mental Health and Mental Illness. *Health Reports*, 25, 3-9.

Hoof, D. E. V. Lockdown in the world's biggest psychological experiment – and we will pay the Price.

Recuperado de <https://www.weforum.org/agenda/2020/04/this-is-the-psychological-side-of-the-covid-19-pandemic-that-were-ignoring/>

IBM Corp. Released 2011. *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0*. Armonk, NYY: IBM Corp.

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.

Joshanloo, M., Wissing, M. P., Khumalo, I. P., & Lamers, S. M. (2013). Measurement invariance of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) across three cultural groups. *Personality and Individual Differences*, 55(7), 755-759.

Karás, D., Ciecuch, J., & Keyes, C. L. (2014). The polish adaptation of the mental health continuum-short form (MHC-SF). *Personality and Individual Differences*, 69, 104-109.

Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behavior*, 207-222

Keyes, C. L. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 539–548.

Keyes, CL. (2013). *Bienestar mental: contribuciones internacionales al estudio de la salud mental positiva*. Dordrecht, Países Bajos: Springer.

Keyes, C. L., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A., & Van Rooy, S. (2008). Evaluation of the mental health continuum–short form (MHC–SF) in setswana-speaking South Africans. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(3), 181-192.

Lamers, S. M., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. (2011). Evaluating the psychometric properties of the mental health continuum-short form (MHC-SF). *Journal of clinical psychology*, 67(1), 99-110.

Leibovich de Figueroa, N. B. (1983). *Medición objetiva de ansiedad*. Buenos Aires: Paidós.

OMS. Coronavirus. 2020 [consultado 2 Feb 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/health-topics/coronavirus> [Google Scholar](#)

Lupano Perugini, M. L., de la Iglesia, G., Solano, A. C., & Keyes, C. L. M. (2017). The mental health continuum–short form (MHC–SF) in the Argentinean context: Confirmatory factor analysis and measurement invariance. *Europe's journal of psychology*, 13(1), 93.

Organización Mundial de la Salud (1947). *World Health Organization Constitution*. Geneva, Switzerland: Author.

Organización Panamericana de la Salud. Actualización Epidemiológica: Nuevo coronavirus (COVID-19) 14 de febrero de 2020. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2020.

Ozamiz-Etxebarria, Naiara, Dosil-Santamaria, Maria, Picaza-Gorrochategui, Maitane, & Idoiaga-Mondragon, Nahia. (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(4), e00054020. Epub April 30, 2020.

Parrado, A. & León J. (2020). COVID-19: Factores asociados al malestar emocional y movilidad psíquica en población Española. *Rev Esp Salud Pública*. 2020; Vol. 94: 8 de junio e1-16.

Petrillo, G., Capone, V., Caso, D., & Keyes, C. L. (2015). The Mental Health Continuum–Short Form (MHC–SF) as a measure of well-being in the Italian context. *Social Indicators Research*, 121(1), 291-312.

Robitschek, C., & Keyes, C. L. (2009). Keyes's model of mental health with personal growth initiative as a parsimonious predictor. *Journal of Counseling Psychology*, 56(2), 321.

Seidah, A., Dugas, M. J., & Leblanc, R. (2007). El tratamiento cognitivo comportamental del TAG: modelo conceptual y casos clínicos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(1), 39-48.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. (1983). *State-trait anxiety inventory STAI (Form Y)*. Redwood City: Mind Garden.

Urquijo, S., Canet, L., Andrés, M., del Valle, M., López, H., Galli, J., Yerro, M., Gelpi, R., Poó, F. & Bortolotto, F. (2020) Evaluación del impacto emocional del aislamiento por Covid-19. Informe de resultado de primera cohorte. Instituto de Psicología Básica, Aplicada y Tecnología. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Wang, J., Wang, J. X., & Yang, G. S. (2020). The Psychological Impact of COVID-19 on Chinese Individuals. *Yonsei Medical Journal*, 61(5), 438.

Yin, K., He, J., & Fu, Y. (2013). Positive Mental Health: Measurement, Prevalence, and Correlates in a Chinese Cultural Context. In C. L. M. Keyes (Ed.), *Mental Well-Being* (pp. 111-132). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-94-007-5195-8_6

Leibovich de Figueroa, N. B. (1991). Ansiedad: algunas concepciones teóricas y su evaluación. *Teoría y técnicas de evaluación psicológica*, 123-155.