ARTÍCULO ORIGINAL

Cumplimiento y satisfacción con el aislamiento durante la pandemia de COVID-19 en Argentina y exploración de su impacto psicológico

Recibido: 19/2/21 **Aceptado:** 14/5/21

Pablo David Radusky[1], Cleyton Yamamoto[2], María Feijoo-Cid[3], Omar Sued[4], Inés Arístegui[5]

RESUMEN

Como respuesta a la propagación de la pandemia de COVID-19, Argentina implementó el aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO). Este estudio analizó factores asociados con el cumplimiento y la satisfacción con el ASPO a 30 días de su implementación en Argentina e indagó en las respuestas emocionales autoinformadas a esta medida. Una encuesta en línea, diseñada *ad hoc*, fue respondida por 2965 participantes de los 24 distritos del país entre el 18 y el 21 de abril de 2020. El 68,4% (n = 2021) eran de género femenino y el 31,6% (n = 935) masculino. La media de edad fue 43,49 años (DE = 14,97). Se realizaron pruebas de chi-cuadrado y análisis de regresión logística para explorar asociaciones entre diferentes variables y los niveles de cumplimiento y satisfacción. Las respuestas emocionales se analizaron cualitativamente. Pertenecer a un grupo en riesgo para COVID-19, haber experimentado una reducción en los ingresos del hogar y una mayor satisfacción con el ASPO se asociaron con mayores probabilidades de cumplimiento total. La menor satisfacción se asoció con ser de género masculino, pertenecer a un grupo en riesgo para COVID-19, priorizar la economía tanto como (o más que) la salud, y haber experimentado una reducción en los ingresos del hogar. Las respuestas emocionales reportadas con mayor frecuencia estuvieron relacionadas con la ansiedad y el afecto negativo o deprimido, aunque también se mencionaron estrategias de afrontamiento y emociones positivas. Estos resultados contribuyen a generar recomendaciones para mejorar la efectividad en la implementación de estas medidas para el control de la pandemia de COVID-19.

Palabras clave: COVID-19, pandemia, cuarentena, cumplimiento, satisfacción, malestar psicológico.

[1] Dr. Radusky. Dirección de Investigaciones, Fundación Huésped, Buenos Aires, Argentina. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
[2] Dr. Yamamoto. Dirección de Investigaciones, Fundación Huésped, Buenos Aires, Argentina.
[3] Dra. Feijoo-Cid. Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Campus Bellaterra. Cerdanyola, Barcelona, España. Grup de Recerca Multidisciplinar en Salut i Societat (GREMSAS), (2017 SGR 917), Barcelona, España.
[4] Dr. Sued. Dirección de Investigaciones, Fundación Huésped, Buenos Aires, Argentina.
[5] Dra. Arístegui. Dirección de Investigaciones, Fundación Huésped, Buenos Aires, Argentina. Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina.

Autor para correspondencia: Dr. Pablo D. Radusky. Dr. Carlos Gianantonio 3932, Buenos Aires, C1202ABB, Argentina. Teléfono: 54 11 4981 7777 int 125.
Email: pablo.radusky@huesped.org.ar

Los autores no recibieron financiamiento específico para este trabajo y certifican que no tienen conflictos de intereses reales o potenciales.

Introducción

COVID-19 es la enfermedad causada por el Síndrome Respiratorio Agudo Severo Coronavirus 2 (SARS-CoV-2). Después del primer brote, en diciembre de 2019 en Wuhan, China (1), la enfermedad se propagó rápidamente por todo el mundo, lo que llevó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a declararla oficialmente pandemia en marzo de 2020 (2). Actualmente, todavía no se dispone de un tratamiento médico científicamente probado para ella. Algunas vacunas aún están siendo investigadas en ensayos clínicos, mientras que, de otras, que ya han demostrado adecuados niveles de seguridad y efectividad, todavía no se dispone de dosis suficientes para cubrir a una parte significativa de la población. En este contexto, varios gobiernos han adoptado progresivamente medidas de cuarentena, confinamiento y distanciamiento social para controlar la expansión de la pandemia (3). La cuarentena tiene como objetivo minimizar el contacto físico o cara a cara entre individuos y grupos al restringir el movimiento, el trabajo y los viajes en una ciudad, región o país. Esta medida busca enlentecer y reducir la transmisión del virus para evitar la sobrecarga de los sistemas de salud (4, 5).

El primer caso de COVID-19 en Argentina fue diagnosticado el 3 de marzo de 2020, siendo un paciente que había llegado de Italia (6). Dada la rápida progresión de la enfermedad, el 11 de marzo el gobierno argentino estableció el aislamiento obligatorio para todos los que llegaran del exterior. Finalmente, el 20 de marzo, 17 días después del primer caso, el gobierno argentino estableció el aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO) (7) para reducir las tasas de transmisión y administrar mejor los recursos de salud, con la única excepción de actividades esenciales específicas. Para entonces, se habían diagnosticado 225 casos, 4 de ellos fallecidos (8). Según informes del gobierno nacional argentino, el cumplimiento con el ASPO durante los primeros días llegó al 90%, con una reducción del 98% del transporte urbano en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) (9). Tras 30 días de ASPO, se habían diagnosticado 3031 casos, con un total de 145 fallecidos y 840 pacientes recuperados, y un tiempo de duplicación de 16 días (10).

Aunque la cuarentena, el confinamiento y el distanciamiento social son estrategias altamente efectivas para controlar las epidemias, también implican costos sociales y económicos para las sociedades (4, 11). A pesar de haber demostrado su eficacia en el control de la expansión de la pandemia de COVID-19 en el territorio argentino, se han planteado preocupaciones sobre sus consecuencias en las actividades económicas y educativas, así como su impacto en la salud mental y en el bienestar psicológico de las personas (12). La cuarentena puede afectar especialmente a las personas cuyos ingresos dependen en gran medida de su trabajo diario, como los empleados en trabajos informales, autónomos, trabajadores independientes o personas que dirigen negocios pequeños o familiares; y al funcionamiento de varias industrias. Existe la preocupación de que la reducción de ingresos pueda afectar negativamente la calidad de vida general de las personas, ya que compromete la posibilidad de cubrir las necesidades básicas, incluida la vivienda, los alimentos o los productos de higiene. Por otro lado, el distanciamiento social y el aislamiento pueden afectar negativamente la salud mental y el bienestar. Una revisión de estudios sobre estas medidas de distanciamiento social en epidemias recientes, como el síndrome respiratorio agudo severo (SARS) o el ébola, muestra que la cuarentena puede aumentar el malestar psicológico, incluyendo el estrés postraumático, los síntomas depresivos, la irritabilidad y la ira, entre otros. Este efecto puede estar asociado con factores estresantes relacionados con esta medida, como la duración prolongada, la pérdida financiera, el miedo a la infección, la frustración y el estigma (13).

El éxito del ASPO en el control de la pandemia de COVID-19 depende en gran medida del cumplimiento con el mismo, el reconocimiento de sus efectos beneficiosos y la reducción o minimización de su impacto negativo. Sin embargo, la evidencia sobre este tema en la región sudamericana es escasa, ya que no se han implementado medidas de cuarentena y confinamiento en las últimas décadas. Por ello, este estudio buscó analizar factores asociados y predictores de cumplimiento y satisfacción con el ASPO y las respuestas emocionales y psicológicas autoinformadas asociadas a esta medida a 30 días de su implementación en Argentina.

Métodos

Participantes

La muestra del estudio estuvo conformada por 2965 participantes de las 23 provincias de Argentina y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Los criterios de inclusión fueron tener 18 años o más y vivir dentro del territorio argentino, siendo afectado por el ASPO y las medidas de confinamiento y distanciamiento social establecidas por el gobierno nacional.

Materiales

Se diseñó una encuesta en línea *ad hoc*, compuesta por 19 preguntas que exploraron las siguientes áreas: Información sociodemográfica, Diagnóstico y características de riesgo para COVID-19, Cumplimiento y satisfacción con el ASPO, Impacto en el empleo y los ingresos del hogar, y Opinión sobre las políticas de prevención del gobierno.

Para los análisis presentados en este artículo se consideraron las siguientes variables: género (masculino/femenino), edad (≤30 / entre 31 y 59 / ≥60), presencia de síntomas de COVID-19 en el último mes (sí / no), pertenencia a un grupo en riesgo para COVID-19 (sí / no), ingresos estables (sí / no), haber experimentado una reducción de los ingresos del hogar como consecuencia del ASPO (sí / no), acuerdo con la realización de pruebas diagnósticas masivas de COVID-19 (sí / no), qué priorizarían los participantes si fueran tomadores de decisión de políticas preventivas (solo la salud / la salud y la economía combinadas o solo la economía) y opinión sobre cómo debería terminar el ASPO (ahora / gradualmente, cuidando especialmente a los grupos en riesgo / continuar como hasta ahora).

El cumplimiento con el ASPO se midió utilizando una escala Likert de 5 puntos que van desde 1 (Incumplimiento total) a 5 (Cumplimiento total). Se creó una variable dicotómica "Nivel de cumplimiento" dividiendo a los participantes en dos grupos: cumplimiento total (aquellos que eligieron la opción 5) vs. no cumplimiento total (aquellos que eligieron cualquiera de las otras opciones de 1 a 4).

La satisfacción con el ASPO se midió utilizando una escala de 5 puntos que va desde 1 (Nada satisfecho) a 5 (Muy satisfecho). Se creó una variable dicotómica "Nivel de satisfacción", dividiendo a los participantes en dos grupos: "baja satisfacción" (quienes eligieron las opciones 1 a 3) vs. "alta satisfacción" (quienes eligieron las opciones 4 y 5).

Finalmente, se incluyó una pregunta abierta ("Describa su situación emocional en este momento con respecto a la pandemia de coronavirus y la cuarentena") para recabar información cualitativa sobre el impacto emocional del ASPO y obtener una valoración inicial de las respuestas emocionales y síntomas de problemas psicológicos más frecuentes.

Procedimiento

Los datos se recopilaron entre el 18 y el 21 de abril de 2020, aproximadamente 30 días después del inicio del ASPO. Todos los procedimientos realizados en este estudio estuvieron de acuerdo con los estándares éticos del comité de ética de la institución donde se realizó. Primero, la encuesta se distribuyó a través de redes sociales, como WhatsApp® y anuncios pagados en Facebook®. La invitación para participar contenía un enlace que dirigía a las personas interesadas a una encuesta en línea en SurveyMonkey®. Esta herramienta permitió respuestas anónimas y participación voluntaria. Antes de comenzar a responder las preguntas de la encuesta, se informó a los participantes sobre los objetivos del estudio y se les garantizó el anonimato de sus respuestas. Completar la encuesta se tomó como consentimiento para participar. Inicialmente, 3618 personas ingresaron a la encuesta, pero solo el 81,95% (n = 2965) la completó, con un tiempo medio de respuesta de 5,13 minutos.

Análisis de datos

El análisis de datos se realizó utilizando el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales v24 (14). Se descartaron las encuestas incompletas. Se realizó un análisis estadístico descriptivo, calculando las frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar para las variables en estudio. Posteriormente, se realizaron pruebas de chi-cuadrado y análisis de regresión logística bivariada para explorar asociaciones significativas entre diferentes variables y los niveles de cumplimiento y satisfacción con el ASPO. Para las regresiones logísticas bivariadas, se reportan los odds ratios (OR) con sus correspondientes intervalos de confianza (IC). Las variables que se asociaron significativamente se incluyeron en el análisis de regresión logística multivariada para identificar predictores de cumplimiento y satisfacción con el ASPO. Para los modelos multivariados, se reportan los Adjusted Odds Ratios (AOR) con sus correspondientes intervalos de confianza (IC). Tanto para las pruebas de chi-cuadrado como para los análisis de regresión logística, se utilizaron las variables cumplimiento y satisfacción en su versión dicotomizada. Se consideraron significativos los valores de $p < .05$.

El análisis cualitativo de las respuestas a la última pregunta abierta fue asistido por el software ATLAS.Ti versión 7.5.4 (15). En primer lugar, las respuestas de los participantes se codificaron en un proceso de codificación abierta. Los códigos representaban una respuesta emocional o un posible síntoma de problemas psicológicos. Para la asignación de nombres a los códigos se emplearon las palabras brindadas por los propios participantes al reportar la autopercepción de su estado emocional,

y no representan diagnósticos clínicos propiamente dichos. Los códigos que eran extremadamente similares se fusionaron, mientras que otros que eran demasiado heterogéneos se recodificaron, subdividieron y refinaron en categorías más precisas. Luego, los códigos relacionados conceptual y teóricamente se agruparon dentro de temas o categorías de orden superior. Finalmente, se realizó un análisis descriptivo cuantitativo mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes para cada código.

Resultados

Estadísticos descriptivos

La mitad de los participantes (n = 1452; 49%) refirió residir en la Provincia de Buenos Aires. Esta proporción fue seguida por aquellos que reportaron residir en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (n = 368; 12,4%). Ambos distritos concentraban casi el 80% de los casos de COVID-19 en Argentina (16). El siguiente distrito más representado fue la provincia de Santa Fe (n = 173; 5,8%). Los porcentajes para cada uno de los 21 distritos restantes estaban por debajo del 5%. En cuanto al género, el 68,4% (n = 2021) eran de género femenino y el 31,6% (n = 935) masculino. La media de edad fue de 43,49 años (DE = 14,97). Para explorar el papel de la edad, los participantes se dividieron en tres grupos: 1) jóvenes (≤ 30), que en su mayoría representan un grupo en bajo riesgo; 2) mediana edad (entre 31 y 59), que representan la mayor proporción del mercado laboral activo nacional, y 3) adultos mayores (≥ 60), quienes se consideran un grupo en alto riesgo para COVID-19. Más de la mitad de los participantes pertenecían al segundo grupo (n = 1618; 54,6%). La mayoría de los participantes no habían experimentado síntomas de COVID-19 en el último mes (n = 2477; 83,5%) y solo un tercio cumplía los criterios para pertenecer a un grupo en riesgo para la enfermedad por COVID-19 (n = 966; 32,6%). Más de un tercio de los participantes (n = 940; 35,5%) reportaron algún tipo de ingreso inestable (trabajos informales o temporales, autónomos o desempleados), y más de la mitad del total de la muestra (n = 1589; 54,4%) refirió que el ASPO había afectado negativamente los ingresos de su hogar. En cuanto a las opiniones de los participantes sobre las políticas preventivas y el ASPO, la mayoría afirmó estar de acuerdo con acciones de testeo masivo para diagnosticar el COVID-19 en la población (n = 2610; 88%) y con una salida gradual del ASPO, prestando especial atención a los grupos en riesgo (n = 1840; 64,7%). Sin embargo, cuando se les preguntó qué priorizarían si fueran responsables de la formulación de políticas públicas preventivas, la mayoría de los participantes eligió solo la salud como una prioridad (n = 1632; 55,4%), mientras que el 44,6% (n = 1313) optó por una combinación de salud y economía (o solo economía). Los estadísticos descriptivos se muestran en la Tabla 1.

Correlatos y predictores de cumplimiento

La mayoría de los participantes (n = 1892; 63,8%) informaron cumplimiento total con el ASPO, mientras que más de un tercio (n = 1073; 36,2%) reportaron no cumplir totalmente (es decir, incumplir en distintos grados) (Tabla 1).

El cumplimiento con el ASPO se asoció significativamente con la edad, con pertenecer a un grupo en riesgo para COVID-19, con haber experimentado una reducción en los ingresos del hogar y con el nivel de satisfacción con esta medida. Sin embargo, solo las tres últimas variables predijeron el cumplimiento a nivel bivariado (Tabla 1). Pertenecer a un grupo en riesgo para COVID-19, haber experimentado una reducción en los ingresos del hogar como consecuencia del ASPO y reportar mayor satisfacción con esta medida se asociaron con mayores probabilidades de cumplimiento total con la misma. Dado que estas variables predijeron significativamente el nivel de cumplimiento con el ASPO a nivel bivariado, fueron introducidas en el modelo multivariado.

El modelo multivariado final confirma que pertenecer a un grupo en riesgo para COVID-19, haber experimentado una reducción en los ingresos del hogar como consecuencia del ASPO y reportar mayor satisfacción con esta medida se asocian a mayores probabilidades de cumplimiento total con la misma (Tabla 2).

Correlatos y predictores de satisfacción

La mayoría de los participantes se mostró muy satisfecho con el ASPO como medida elegida para prevenir la COVID-19 (n = 2250; 75,9%), mientras que casi una cuarta parte reportó baja satisfacción (n = 715; 24,1%) (Tabla 1).

La satisfacción con el ASPO se asoció con diversas variables: género, edad, pertenencia a un grupo en riesgo para COVID-19, haber experimentado una reducción en los ingresos del hogar debido al ASPO, prioridad de los participantes si fueran tomadores de decisión en políticas públicas y opinión sobre cómo debería terminar el ASPO. Todas estas variables, excepto la edad, predijeron la satisfacción con esta medida a nivel bivariado (Tabla 3). Los participantes de género masculino, pertenecientes

Tabla 1. Estadísticos descriptivos y variables asociadas con el nivel de cumplimiento con el ASPO en Argentina, a los 30 días (pruebas chi-cuadrado y regresiones logísticas bivariadas)

	Total n = 2965	Nivel de cumplimiento: Cumpliendo totalmente n = 1892 (63,8)	Nivel de cumplimiento: No cumpliendo totalmente n = 1073 (36,2)	χ^2	*p*	OR (95% IC)*	*p*
Género				.801	.371		
Masculino	935 (31,6)	586 (31,1)	349 (32,6)				
Femenino	2021 (68,4)	1301 (68,9)	720 (67,4)				
Edad				11.812	.003	1.052 (.939 - 1.117)	.382
≤ 30	839 (28,3)	548 (29,0)	291 (27,1)				
entre 31 y 59	1618 (54,6)	992 (52,4)	626 (58,3)				
≥ 60	508 (17,1)	352 (18,6)	156 (14,5)				
Presencia de síntomas de COVID-19, último mes				2.202	.138		
Sí	488 (16,5)	297 (15,7)	191 (17,8)				
No	2477 (83,5)	1595 (84,3)	882 (82,2)				
Grupo en riesgo para COVID-19				4.699	.030	1.195 (1.017 - 1.405)	.030
Sí	966 (32,6)	643 (34,0)	323 (30,1)				
No	1999 (67,4)	1249 (66,0)	750 (69,9)				
Ingresos estables				1.659	.198		
Sí	1708 (64,5)	1069 (63,6)	639 (66,1)				
No	940 (35,5)	612 (36,4)	328 (33,9)				
Reducción de los ingresos del hogar debido al ASPO				4.624	.032	1.181 (1.015 - 1.373)	.032
Sí	1589 (54,4)	1040 (55,9)	549 (51,8)				
No	1331 (45,6)	820 (44,1)	511 (48,2)				
Acuerdo con pruebas diagnósticas masivas de COVID-19				1.823	.177		
Sí	2610 (88,0)	1654 (87,4)	956 (89,1)				
No	355 (12,0)	238 (12,6)	117 (10,9)				
Nivel de satisfacción con el ASPO				46.402	.000	1.806 (1.522 - 2.144)	.000
Baja satisfacción	715 (24,1)	380 (20,1)	335 (31,2)				
Alta satisfacción	2250 (75,9)	1512 (79,9)	738 (68,8)				
Prioridad si fueran tomadores de decisión				.227	.663		
Solo la salud	1632 (55,4)	1048 (55,7)	584 (54,8)				
Salud y economía – solo la economía	1313 (44,6)	832 (44,3)	481 (45,2)				
Opinión sobre cómo debería terminar el ASPO				3.630	.163		
Ahora	16 (0,6)	8 (0,4)	8 (0,8)				
Gradualmente, cuidando los grupos en riesgo	1840 (64,7)	1152 (63,7)	688 (66,3)				
Continuar como hasta ahora	989 (34,8)	648 (35,8)	341 (32,9)				

*OR=Odds ratio, IC=Intervalo de confianza

a un grupo en riesgo para COVID-19, que priorizaban la economía tanto como (o más que) la salud, y que habían experimentado una reducción en los ingresos del hogar debido al ASPO, tenían menos probabilidades de estar altamente satisfechos. En cambio, quienes estaban de acuerdo con continuar con el ASPO como hasta ese momento o con una salida gradual del mismo, cuidando especialmente a los grupos en riesgo, exhibieron mayores probabilidades de estar altamente satisfechos con esta medida. Dado que estas variables predijeron significativamente el nivel de satisfacción con el ASPO a nivel bivariado, fueron introducidas en el modelo multivariado.

Tabla 2. Análisis de regresión logística multivariada de factores asociados con el cumplimiento del ASPO en Argentina, después de 30 días

	AOR*	95% IC†	*p*
Grupo en riesgo para COVID-19 (sí)	1.268	1.075 - 1.496	.005
Reducción de los ingresos del hogar debido al ASPO (sí)	1.244	1.067 - 1.451	.005
Nivel de satisfacción con el ASPO (alto)	1.892	1.590 - 2.252	.000

*AOR=Adjusted Odds Ratio, †IC=Intervalo de confianza

El modelo multivariado final confirma que los participantes masculinos, que pertenecían a un grupo en riesgo para COVID-19, que priorizaban la economía tanto como (o más que) la salud, y que habían experimentado una reducción en los ingresos del hogar debido al ASPO, tenían menos probabilidades de estar altamente satisfechos con esta política pública (Tabla 4).

Análisis cualitativo del impacto emocional y psicológico del ASPO y de la pandemia

Las respuestas a la pregunta abierta sobre las emociones asociadas con la pandemia y el ASPO revelaron seis temas principales (Tabla 5): emociones relacionadas con la ansiedad (reacciones emocionales que son consecuencia de prepararse para hacer frente a una amenaza o peligro presente o futuro), afecto negativo o deprimido (malestar subjetivo relacionado con tristeza o infelicidad), emociones positivas (reacciones emocionales agradables en las que predomina la valencia del placer o bienestar), manifestaciones somáticas (malestar físico o corporal), estrategias de afrontamiento (respuestas que la persona utiliza para gestionar demandas internas o externas que percibe como excesivas respecto de sus recursos), y otras emociones negativas (malestar subjetivo que representa el factor común entre varios estados emocionales aversivos).

Los efectos psicológicos más frecuentes de la pandemia y el ASPO reportados por los participantes fueron emociones relacionadas con la ansiedad, mayormente preocupaciones (17%), miedo (13,5%), incertidumbre (11,7%), angustia (9,1%) y ansiedad en sí misma (7,4%), entre otros. Estas emociones se asociaron principalmente con a) percepción de riesgo de contagio, tanto respecto de ellos mismos como de otros significativos (como familiares o seres queridos), especialmente si eran trabajadores esenciales (por ejemplo, proveedores de atención médica) o si pertenecían a grupos en riesgo; b) dificultades económicas y reducción de ingresos como consecuencia de no poder trabajar; c) el comportamiento de otras personas, que no son plenamente conscientes de los riesgos o no se toman la pandemia con la seriedad suficiente y, en consecuencia, no cumplen con el ASPO ni implementan las medidas preventivas adecuadamente; y d) falta de certeza sobre lo que sucederá una vez que finalice el ASPO.

En segundo lugar, los participantes refirieron afecto negativo o deprimido, principalmente tristeza (9,9%), extrañar a familiares u otros seres queridos (2,9%) y depresión en sí misma (2,2%), entre otros. Tales emociones estaban predominantemente relacionadas con el confinamiento, el aislamiento, la distancia social / física (particularmente de la familia o los amigos) y la incertidumbre sobre el futuro.

No obstante, una proporción de participantes también reportó emociones positivas como resultado del ASPO. Las principales fueron tranquilidad (9%), bienestar / gratitud (5,3%) y esperanza / optimismo (3,7%). La primera y la última de estas emociones estaban relacionadas con la confianza en las instituciones que lideraban las acciones para poner fin a la pandemia (por ejemplo, el gobierno, los científicos o el sistema / proveedores de salud). Muchos participantes se sintieron esperanzados y confiados en que esas instituciones los estaban cuidando de manera apropiada y eficiente y que pronto encontrarían una solución, lo que les proporcionó tranquilidad. Esta emoción también fue reportada por quienes afirmaron que estaban cumpliendo totalmente con el ASPO e implementando todas las conductas preventivas adecuadamente, lo que los hacía sentir seguros. Quienes reportaron bienestar mencionaron que sintieron felicidad y disfrute por poder quedarse más tiempo en casa y pasar más tiempo con sus familias. Otros expresaron gratitud (o sentirse “privilegiados”) por tener sus necesidades básicas cubiertas en una circunstancia tan adversa (especialmente respecto de sus ingresos, alimentación y vivienda), por mantenerse saludables y por no experimentar barreras para cumplir con el ASPO.

Los participantes también mencionaron estrategias para afrontar la pandemia y el ASPO. Las más citadas fueron

Tabla 3. Factores asociados con el nivel de satisfacción con el ASPO en Argentina, a los 30 días (pruebas de chi-cuadrado y regresiones logísticas bivariadas)

	Nivel de satisfacción					
	Baja n = 715 (24,1)	Alta n = 2250 (75,9)	χ^2	*p*	OR (95% IC)*	*p*
Género			31.295	.000	.607 (.510 - .724)	.000
Masculino	285 (40,1)	650 (28,9)				
Femenino	425 (59,9)	1596 (71,1)				
Edad			10.050	.007	.898 (.791 - 1.019)	.096
≤ 30	203 (28,4)	636 (28,3)				
entre 31 y 59	363 (50,8)	1255 (55,8)				
≥ 60	149 (20,8)	359 (16,0)				
Presencia de síntomas de COVID-19, último mes			.148	.701		
Sí	121 (16,9)	367 (16,3)				
No	594 (83,1)	1883 (83,7)				
Grupo en riesgo para COVID-19			5.266	.022	.813 (.682 - .970)	.022
Sí	258 (36,1)	708 (31,5)				
No	457 (63,9)	1542 (68,5)				
Ingresos estables			2.328	.127		
Sí	384 (61,9)	1324 (65,3)				
No	236 (38,1)	704 (34,7)				
Reducción de los ingresos del hogar debido al ASPO			9.152	.002	.766 (.645 - .911)	.003
Sí	414 (59,4)	1175 (52,9)				
No	283 (40,6)	1048 (47,1)				
Acuerdo con pruebas diagnósticas masivas de COVID-19			.550	.458		
Sí	635 (88,8)	1975 (87,8)				
No	80 (11,2)	275 (12,2)				
Prioridad si fueran tomadores de decisión			125.946	.000	.374 (.314 - .446)	.000
Solo la salud	262 (37,1)	1370 (61,2)				
Salud y economía - Solo la economía	444 (62,9)	869 (38,8)				
Opinión sobre cómo debería terminar el ASPO			31.679	.000	1.525 (1.268 - 1.835)	.000
Ahora	11 (1,6)	5 (0,2)				
Gradualmente, cuidando los grupos en riesgo	471 (69,9)	1369 (63,1)				
Continuar como hasta ahora	192 (28,5)	797 (36,7)				

*OR=Odds ratio, IC=Intervalo de confianza

reconocer los riesgos, tener precaución e implementar estrategias preventivas (2,3%) y centrarse en el cuidado de sí mismos y de sus familiares o allegados (1,7%). Otras respuestas comunes de afrontamiento fueron involucrarse en actividades para mantener su mente ocupada (por ejemplo, actividad física, estudio, reparación o mantenimiento del hogar) (1,2%) y buscar refugio en la religión o la espiritualidad (1,2%).

Pocos participantes refirieron manifestaciones somáticas, siendo la fatiga y el agotamiento (tanto mental como físico) relacionado con el aislamiento las más frecuentes (3,1%). Finalmente, se mencionó un grupo menos específico y homogéneo de otras emociones negativas. Mayormente, este grupo incluyó inestabilidad emocional (2,1%) y malestar emocional inespecífico (2%). Además, se reportaron algunas emociones relacionadas específicamente con el confinamiento y el aislamiento, como sensación de encierro y claustrofobia (1,3%) y aburrimiento (1,2%). Algunos participantes también informaron sentir enojo (1,6%), especialmente hacia quienes no están cumpliendo con el ASPO o respetando las medidas preventivas, poniendo en riesgo a otros; y hacia el gobierno, por considerarlo ineficiente y negligente.

Tabla 4. Análisis de regresión logística multivariada de factores asociados con la satisfacción con el ASPO en Argentina, después de 30 días

	AOR*	95% IC†	*p*
Género (masculino)	.717	.594 - .866	.001
Grupo en riesgo para COVID-19 (sí)	.824	.681 - .997	.046
Prioridad si fueran tomadores de decisión (Salud y economía – Solo economía)	.404	.335 - .487	.000
Reducción de los ingresos del hogar debido al ASPO (sí)	.776	.647 - .930	.006
Opinión sobre cómo debería terminar el ASPO (continuar como hasta ahora)	1.110	.911 - 1.353	.302

*AOR=Adjusted Odds Ratio, †IC=Intervalo de confianza

Discusión

El propósito de este estudio fue identificar factores asociados y predictores de cumplimiento y satisfacción con el ASPO en Argentina, a un mes de su implementación. También se buscó analizar el impacto emocional de esta medida, evaluando las respuestas emocionales y posibles síntomas de problemas psicológicos que los participantes reportan asociados al ASPO y la pandemia. Los factores asociados con mayores probabilidades de cumplimiento total con el ASPO fueron: pertenecer a un grupo en riesgo para COVID-19, haber experimentado una reducción de los ingresos del hogar y reportar mayor satisfacción con esta política preventiva. La menor satisfacción con el ASPO se asoció con ser de género masculino, pertenecer a un grupo en riesgo para COVID-19, priorizar la economía tanto como (o más que) la salud, y haber experimentado una reducción de los ingresos del hogar debido a esta medida. Las reacciones emocionales y síntomas psicológicos notificados con más frecuencia se relacionaron con la ansiedad y el afecto negativo o deprimido. Sin embargo, los participantes también expresaron emociones positivas como resultado del ASPO y estrategias para afrontarlo adaptativamente.

Aunque la mayoría de los participantes informaron cumplimiento total con el ASPO, después de un mes de su implementación, más de un tercio informó algún grado de incumplimiento. Como era esperable, los participantes que pertenecían a un grupo en riesgo para COVID-19 mostraron más probabilidades de cumplir totalmente con esta medida. Esto probablemente esté relacionado con la conciencia de su propio riesgo incrementado y el reconocimiento de las consecuencias particularmente más graves e incluso letales que este virus podría tener en su salud. Como han demostrado varios estudios sobre pandemias anteriores, la percepción de riesgo da forma a los comportamientos de cumplimiento de medidas similares de distanciamiento social y aislamiento (17). Bass *et al.* (18) han observado que una mayor susceptibilidad percibida a un virus se asocia con una mayor probabilidad de cumplir con las medidas de cuarentena. En la misma línea, es razonable que los participantes que están muy satisfechos con el ASPO también estén más dispuestos a cumplirlo totalmente. En contraste con la evidencia previa que identifica la pérdida de ingresos como un obstáculo importante para el cumplimiento de la cuarentena y otras medidas de distanciamiento social (4,11,19), en este estudio los participantes cuyos ingresos se vieron afectados negativamente durante el ASPO exhibieron más probabilidades de cumplir totalmente con él. Una posible explicación es que estos participantes pueden percibirse en una situación socioeconómica cada vez más compleja y vulnerable. Por lo tanto, pueden temer que, si se enferman, los incrementos en los gastos de atención médica o los impedimentos intensificados para trabajar y obtener algún tipo de ingreso puedan empeorar su situación personal. En consecuencia, pueden sentir una mayor necesidad de cumplir con el ASPO para cuidar su salud y evitar complicaciones adicionales. Otra posible explicación puede ser que estos participantes hayan visto reducidos sus ingresos precisamente por estar cumpliendo totalmente con el ASPO. De todos modos, dado que este estudio fue de tipo transversal, no es posible dilucidar la relación temporal entre la implementación o la duración del ASPO y la reducción o pérdida de ingresos económicos.

Al mes, la mayoría de los participantes estaban muy satisfechos con el ASPO. Sin embargo, casi una cuarta parte reportó baja satisfacción y esto se asoció con priorizar la economía tanto como (o más que) la salud, y con haber experimentado una reducción en los ingresos del hogar debido al ASPO. Dichos resultados son coherentes, en primer lugar, ya que la reducción de ingresos es una situación estresante que genera preocupaciones respecto de la satisfacción de necesidades básicas (por ejemplo, vivienda o alimentos) durante el ASPO, como se observó

Tabla 5. Análisis cualitativo del impacto emocional y psicológico de la pandemia y el ASPO, después de 30 días (n = 2965)

Temas o categorías de orden superior	Respuestas emocionales y psicológicas asociadas con el ASPO	n (%)
Emociones relacionadas con la ansiedad	Preocupaciones	506 (17,0)
	Temor/Miedo	401 (13,5)
	Incertidumbre	347 (11,7)
	Angustia	272 (9,1)
	Ansiedad	222 (7,4)
	Estrés	76 (2,5)
	Alerta / Vigilancia	30 (1,0)
	Pánico	28 (0,9)
	Carga / Opresión	22 (0,7)
	Nerviosismo / Tensión	18 (0,6)
	Pensamientos catastróficos	18 (0,6)
	Inquietud	17 (0,2)
	Impaciencia	2 (0,06)
Afecto negativo o deprimido	Tristeza	294 (9,9)
	Extrañar a alguien	87 (2,9)
	Depresión	68 (2,2)
	Impotencia	25 (0,8)
	Soledad	16 (0,5)
	Apatía / Desinterés	12 (0,4)
	Desesperación	9 (0,3)
	Desamparo	3 (0,1)
Emociones positivas	Calma / Tranquilidad	269 (9,0)
	Bienestar / Gratitud / Disfrute / Actitud positiva	159 (5,3)
	Esperanza y optimismo	110 (3,7)
	Confianza	41 (1,3)
	Estabilidad emocional	36 (1,2)
	Empatía	12 (0,4)
	Seguridad	4 (0,1)
Manifestaciones somáticas	Fatiga y agotamiento	94 (3,1)
	Trastornos del sueño	11 (0,3)
Estrategias de afrontamiento	Prevención y precaución	69 (2,3)
	Cuidar de sí mismos y de los demás	51 (1,7)
	Actividades y ocupación	38 (1,2)
	Espiritualidad y religiosidad	37 (1,2)
	Actitud expectante	33 (1,1)
	Aceptación / Resignación	22 (0,7)
	Responsabilidad social	21 (0,7)
	Aprender algo de esta experiencia	15 (0,5)
	Mantenerse informado	12 (0,4)
	Adaptación	9 (0,3)
Otras emociones negativas	Inestabilidad emocional	64 (2,1)
	Malestar emocional inespecífico	62 (2,0)
	Enojo e indignación	50 (1,6)
	Sentirse encerrado y claustrofobia	41 (1,3)
	Aburrimiento	36 (1,2)
	Perplejidad y desorientación	36 (1,2)
	Desesperación	28 (0,9)
	Estar harto	27 (0,9)
	Desconfianza y reacciones paranoicas	26 (0,8)
	Irritabilidad	15 (0,5)
	Frustración	14 (0,4)
	Estar abrumado	3 (0,1)

en pandemias anteriores (por ejemplo, SARS y gripe) en las que se implementaron medidas de distanciamiento social (19, 20). En la misma línea, los participantes que priorizan la economía tanto como o por encima de la salud probablemente estén más preocupados por el impacto de la pérdida de empleo o la reducción de ingresos, mientras que aquellos que priorizan exclusivamente la salud posiblemente tengan un orden de prioridades diferente,

destacando la importancia de la prevención, el cuidado y mantenerse saludables.

La baja satisfacción también se asoció con ser de género masculino. Esto es consistente con la evidencia respecto de cuarentenas aplicadas en otras epidemias previamente (18). Los roles de género tradicionales pueden contribuir parcialmente a explicar estos resultados, ya que las mujeres suelen estar más preocupadas por los temas vinculados con la salud y el cuidado de los demás. Por lo tanto, es posible que las mujeres, más que los hombres, sean más propensas a incorporar comportamientos protectores y aceptar el distanciamiento social como una forma de evitar la enfermedad (18).

Inesperadamente, pertenecer a un grupo en riesgo para COVID-19 se asoció con una menor satisfacción con el ASPO. Dado que una proporción considerable de estos participantes eran personas mayores de 60 años, y algunos probablemente jubilados, es posible que estén experimentando los efectos negativos del aislamiento. A esa edad, la soledad y la distancia de la familia pueden ser especialmente difíciles de sobrellevar. Los adultos mayores pueden ser menos activos, estar menos ocupados y sentirse más vulnerables y, en algunos casos, dependientes de otros para satisfacer sus necesidades diarias. En este sentido, aunque puedan ser más cumplidores con el ASPO, por temor al contagio y por el reconocimiento de su propio riesgo, esto no significa que estén satisfechos con estas restricciones.

En cuanto al impacto emocional del ASPO, las respuestas emocionales y los posibles síntomas psicológicos reportados con mayor frecuencia se relacionaron con la ansiedad y el afecto negativo o deprimido, en línea con la mayoría de las investigaciones sobre la pandemia de COVID-19 (19, 21-24). De manera consistente, estas emociones fueron el resultado de varios factores, siendo los principales: percepción de riesgo y miedo al contagio, dificultades económicas y reducción de ingresos, aislamiento social y distanciamiento de la familia y otras personas significativas, e incertidumbre sobre el futuro y el fin de la pandemia y del ASPO. Sin embargo, los participantes también expresaron emociones positivas derivadas de esta medida y estrategias para afrontarla. De acuerdo con evidencia disponible, también es posible que el afecto negativo se relacione con el haber tenido que permanecer confinados con familiares u otras personas con las que se mantienen vínculos disfuncionales o negativos, incrementando la exposición a múltiples formas de violencia, agresión o maltrato (25). No obstante, esto no fue mencionado explícitamente por los participantes.

Es importante resaltar que estos resultados describen las percepciones y reacciones de los individuos luego de 30 días de implementación del ASPO en Argentina. En ese momento, la pandemia era muy incipiente, y las noticias transmitían repetidamente imágenes e información sobre la crisis sanitaria en Europa y otras regiones. Esto puede haber llevado a la mayoría de las personas a priorizar la salud sobre la economía, o no estar principal y gravemente preocupadas porque sus ingresos se vean afectados negativamente, lo que puede haber mejorado el cumplimiento y la satisfacción con esta medida. Sin embargo, con el correr de los meses, el panorama puede haberse modificado sustancialmente, con cambios en el cumplimiento, la satisfacción y el acuerdo con esta política preventiva. Por lo tanto, en el futuro, un enfoque longitudinal puede contribuir a explorar el efecto de la duración del ASPO en el cumplimiento y la satisfacción con él y en la salud emocional y mental.

Limitaciones

Algunas de las principales fortalezas de este estudio son que involucró a una muestra nacional y diversa y que, a nuestro entender, es uno de los pocos trabajos que brinda información sobre este tema en Argentina y Sudamérica, donde los datos han sido escasos. Sin embargo, el muestreo también es una de sus limitaciones. La muestra no fue probabilística y se reclutó a través de una encuesta en línea, acotando la recopilación de datos a los participantes que tienen acceso a la tecnología (por ejemplo, computadora o teléfono inteligente) e internet. Dichos participantes pueden no ser representativos de la población total de Argentina, lo que limita la generalización de los resultados.

Por otro lado, un mes puede ser un plazo insuficiente para la observación de cambios significativos en trastornos severos de la salud mental, ya que se manifiestan en un período más prolongado de tiempo. En este sentido, el plazo considerado podría haber introducido un sesgo que excluye determinados trastornos, limitando la contribución a la toma de decisiones en el campo de la salud mental. Además, no se han conducido análisis diferenciando distintos subgrupos dentro de la muestra (por ejemplo, diferentes grupos de edad), lo que limita la posibilidad de comprender con mayor profundidad el comportamiento de poblaciones específicas (como, por ejemplo, los jóvenes).

Se recomienda que futuros estudios contemplen el análisis de estas variables, distinguiendo, por ejemplo, entre distintas franjas de edad, con el fin de detectar diferencias y particularidades entre grupos de jóvenes, adultos y adultos mayores.

Conclusión

Los resultados de este estudio proporcionan evidencia para la formulación de recomendaciones que pueden contribuir a aumentar la efectividad de la implementación del ASPO y medidas similares. Si bien la aplicación del ASPO en Argentina concluyó entre octubre y noviembre de 2020, siendo reemplazado por medidas de distanciamiento social, no se descarta que nuevas olas de la pandemia lleven a reestablecer su implementación. Numerosos países que habían cesado medidas de cuarentena estricta se vieron forzados a aplicarla nuevamente ante un nuevo aumento de casos, especialmente teniendo en cuenta que aún no hay un tratamiento médico disponible y que las vacunas que han demostrado adecuados niveles de efectividad no resultan todavía suficientes para inmunizar a una parte significativa de la población. Por este motivo, en caso de ser necesaria la reimplementación del ASPO, sería conveniente tener en cuenta algunas recomendaciones que se desprenden de los resultados de este estudio, para incrementar el cumplimiento y, por consiguiente, la efectividad de esta medida. Algunas de ellas son a) implementar mecanismos que garanticen el empleo, la reposición de ingresos y compensaciones por pérdida de los mismos; b) reforzar y ampliar la disponibilidad y el acceso a los servicios de atención de salud mental y diseñar campañas para proporcionar estrategias a la población para prevenir consecuencias negativas para la salud mental durante el confinamiento, como respuestas adaptativas de afrontamiento; c) promover las estrategias de afrontamiento adaptativas y resilientes y las respuestas emocionales positivas que surgen espontáneamente entre la población; d) comunicar e informar a la población regularmente sobre el progreso del ASPO de una manera eficaz (esto aumenta la comprensión de esta medida y la conciencia de los riesgos reales y, en consecuencia, reduce la incertidumbre, la ansiedad y los miedos irracionales; se recomienda realizar campañas de comunicación adaptadas a distintas franjas de edad ya que la percepción de riesgo podría variar de un grupo de edad a otro); y e) diseñar estrategias para ayudar específicamente a los grupos en riesgo, especialmente los adultos mayores, que pueden estar experimentando el aislamiento social de manera más severa. El éxito del ASPO depende en gran medida del cumplimiento de los ciudadanos con esta medida. Por lo tanto, las recomendaciones para mejorar este último probablemente tendrán un gran impacto para contener la expansión de esta pandemia y otras que puedan requerir políticas similares.

Bibliografía

1. Lu H, Stratton CW, Tang YW. Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan, China: The mystery and the miracle. J Med Virol. 2020 Abr; 92(4): 401–2.
2. Organización Mundial de la Salud. Coronavirus disease (COVID-19) Situation Report-44. 2020. Recuperado Julio 3, 2020 de https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situationreports/ 20200304-sitrep-44-covid-19.pdf?sfvrsn=93937f92_6
3. Adhikari SP, Meng S, Wu YJ, Mao YP, Ye RX, Wang QZ, et al. Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) during the early outbreak period: A scoping review. Infect Dis Poverty. 2020 Mar 17; 9(1): 29.
4. Block P, Hoffman M, Raabe IJ, Dowd JB, Rahal C, Kashyap R, et al. Social network-based distancing strategies to flatten the COVID-19 curve in a post-lockdown world. Nat Hum Behav. 2020 Jun 1; 4(6): 588–96.
5. Sheikh A, Sheikh Z, Sheikh A. Novel approaches to estimate compliance with lockdown measures in the COVID-19 pandemic. J Glob Health. 2020; 10(1): 010348.
6. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2020. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. Disponible en https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-mediabriefing-on-covid-19—11-march-2020
7. Presidencia de la Nación Argentina [Internet]. Boletin Oficial de la República Argentina - Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio - Decreto 297/2020 (Marzo 19, 2020). Disponible en: https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320
8. Ministerio de Salud de la Nación. Reporte diario Nro 17 Situación de salud de COVID-19 Argentina. 2020. Disponible en https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019/situation-reports
9. Ministerio de Salud de la Nación [Internet]. 2020. Fases de administración del aislamiento. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/aislamiento/fases
10. Ministerio de Salud de la Nación. Reporte diario matutino Nro 75 Situación de COVID-19 en Argentina. 2020. Disponible en https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019/situation-reports
11. Rothstein MA, Talbott MK. Encouraging compliance with quarantine: a proposal to provide job security and income replacement. Am J Public Health. 2007; 97 Suppl 1:S49.
12. La Nación. Coronavirus: la Argentina vive una "infectadura", la dura carta de científicos e intelectuales. La Nación. 2020 May 29. Disponible en https://www.lanacion.com.ar/politica/la-argentina-viveinfectadura-dura-carta-cientificos-nid2371426
13. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. The Lancet. 2020; 395: 912–20.
14. IBM: SPSS. Versión 24 [software]. 2016. Disponible en https://www.ibm.com/analytics/spss-statistics-software
15. ATLAS.ti. Versión 7.5.4 [software]. 2015. Disponible en https://atlasti.com/
16. Ministerio de Salud de la Nación. Informe diario Abril de 2020. 2020. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/informe-diario/abril2020
17. Cava MA, Fay KE, Beanlands HJ, McCay EA, Wignall R. Risk perception and compliance with quarantine during the SARS outbreak. J Nurs Scholarsh. 2005 Dic 1; 37(4): 343–7.
18. Bass SB, Ruzek SB, Ward L, Gordon TF, Hanlon A, Hausman AJ, et al. If you ask them, will they come? Predictors of quarantine compliance during a hypothetical avian influenza pandemic: Results from a statewide survey. Disaster Med Public Health Prep. 2010 Jun; 4(2): 135-44.
19. DiGiovanni C, Conley J, Chiu D, Zaborski J. Factors influencing compliance with quarantine in Toronto during the 2003 SARS outbreak. Biosecur Bioterror. 2004 Ene 5; 2(4): 265–72.
20. Blendon RJ, DesRoches CM, Cetron MS, Benson JM, Meinhardt T, Pollard W. Attitudes toward the use of quarantine in a public health emergency in four countries. Health Aff; 2006 Mar-Abr; 25(2): 15-25.
21. Galea S, Merchant RM, Lurie N. The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: The need for prevention and early intervention. JAMA Intern Med. 2020 Jun 1; 180(6): 817-818.
22. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. JAMA Netw open. 2020 Mar 2; 3(3): e203976.
23. Reynolds DL, Garay JR, Deamond SL, Moran MK, Gold W, Styra R. Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. Epidemiol Infect. 2008 Jul; 136(7): 997–1007.
24. Venkatesh A, Edirappuli S. Social distancing in COVID-19: What are the mental health implications? BMJ. 2020 Apr 6; 369: 1379.
25. Gonzales G, Loret de Mola E, Gavulic KA, McKay T, Purcell C. Mental health needs among lesbian, gay, bisexual, and transgender college students during the COVID-19 pandemic. J Adolesc Health. 2020 Nov; 67(5): 645-648

Compliance and satisfaction with lockdown during the COVID-19 pandemic in Argentina and exploration of its psychological impact

In response to the spread of the COVID-19 pandemic, Argentina implemented social, preventive, and mandatory lockdown (SPML). This study analyzed factors associated with compliance and satisfaction with the SPML 30 days after its implementation in Argentina and self-reported emotional responses to this measure. An online survey, designed ad hoc, was answered by 2,965 participants from the 24 districts of the country between April 18 and 21, 2020. From them, 68.4% (n = 2021) were female and 31.6% (n = 935) were male. The mean age was 43.49 years (SD = 14.97). Chi-square tests and logistic regression analysis were performed to explore associations between different variables and levels of compliance and satisfaction. Emotional responses were qualitatively analyzed. Belonging to a group at risk for COVID-19, having experienced a reduction in household income, and greater satisfaction with the SPML were associated with higher odds of total compliance. Lower satisfaction was associated with being male, belonging to a group at risk for COVID-19, prioritizing economy as much as (or more than) health, and having experienced a reduction in household income. The most frequently reported emotional responses were related to anxiety and negative or depressed affect, although coping strategies and positive emotions were also mentioned. These results contribute to generating recommendations to improve the effectiveness of the implementation of these measures for the control of the COVID-19 pandemic.

Key words: COVID-19, pandemics, quarantine, compliance, satisfaction, psychological distress

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/