



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

Salud Mental en Cuarentena

**RELEVAMIENTO DEL IMPACTO PSICOLÓGICO A
LOS 7-11 Y 50-55 DÍAS DE LA CUARENTENA EN
POBLACIÓN ARGENTINA**



.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires

Autoridades

Decano

Prof. Jorge A. Biglieri

Director de Investigación del Observatorio de Psicología Social Aplicada

Dr. Gustavo E. González

Coordinador de Gestión Técnica del Observatorio de Psicología Social Aplicada

Dr. Joaquín Ungaretti

RESPONSABLES DEL DOCUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Investigadores autores

Dr. Martín J. Etchevers

Dr. Cristian J. Garay

Lic. Natalia Putrino

Lic. Jimena Grasso

Lic. Vanesa Natalí

Lic. Natalia Helmich

Coordinador del Estudio

Dr. Martín J. Etchevers



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Como citar este informe:

Formato de las Normas de la Asociación Americana de Psicología:

Etchevers, M. J., Garay, C. J., Putrino, N., Grasso, J., Natalí, V., & Helmich, N. (2020). Salud Mental en Cuarentena. Relevamiento del impacto psicológico a los 7-11 y 50-55 días de la cuarentena en población argentina. Buenos Aires, Argentina: Observatorio de Psicología Social Aplicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.psi.uba.ar/opsa/#informes>

Formato de las Normas de Vancouver:

Etchevers MJ, Garay CJ, Putrino N, Grasso J, Natalí V, Helmich N. Salud Mental en Cuarentena. Relevamiento del impacto psicológico a los 7-11 y 50-55 días de la cuarentena en población argentina [Internet]. Observatorio de Psicología Social Aplicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires (Argentina); 2020 [actualizado 19 may 2020; citado *FECHA CORRESPONDIENTE EN MISMO FORMATO*]. Disponible en: <http://www.psi.uba.ar/opsa/#informes>



Contenido

Aspectos clave de este estudio	4
Introducción	5
Metodología.....	9
Objetivos	9
Esquema de variables e indicadores	10
Muestra	11
Sintomatología Psicológica Clínica	12
Conductas problemáticas.....	13
Conductas saludables.....	14
Otras conductas	14
Consulta psicológica	14
Resultados.....	16
Sintomatología psicológica clínica	16
Edad.....	18
Sexo	19
Sector socioeconómico	20
Actividades que realizan durante la cuarentena.....	21
Cómo manejan el malestar psicológico	22
Medicación.....	23
Sueño.....	25
Vida sexual	27
Consumo de alcohol, tabaco y sustancias.....	29
Suicidio	31
Tratamiento psicológico.....	32
Discusión	35
Referencias.....	41



Aspectos clave de este estudio

1. El impacto psicológico de la cuarentena es altamente relevante y debe considerarse junto a otros aspectos sanitarios en la implementación de la cuarentena.
2. La mayor duración de la cuarentena se correlaciona con mayor impacto psicológico negativo en casi todos los indicadores.
3. El estudio del estado de salud mental durante la cuarentena obligatoria es crítico para diseñar intervenciones psicológicas adecuadas.
4. El estudio de intervenciones psicológicas eficaces, efectivas y eficientes es una prioridad de salud mental.
5. El acceso de la población a la atención de salud mental es crucial para atenuar el impacto psicológico de la cuarentena obligatoria y prevenir sus secuelas.



Introducción

Las *pandemias* son *epidemias* de gran escala que afectan a personas de múltiples países y a veces, como en la actualidad, pueden propagarse globalmente (WHO, 2010). Existe una larga historia en el combate de las epidemias y pandemias (Huremovic, 2019). Es pertinente destacar, que ante la falta de adecuados tratamientos biomédicos, muchas veces se han implementado métodos conductuales. Estos métodos consisten en intervenciones para reducir la morbilidad y mortalidad: prácticas de higiene y métodos de distanciamiento social (Taylor, 2019). La *cuarentena* es la separación y restricción del movimiento de personas que potencialmente han estado expuestas a una enfermedad contagiosa para determinar si se han infectado y reducir así el riesgo de propagación de dicha enfermedad (CDCP, 2017). El *aislamiento*, por su parte, es la separación de las personas que han sido diagnosticadas con una enfermedad contagiosa de aquellas que no (Manuell, & Cukor, 2011).

Recientemente, la *cuarentena* se ha utilizado en el brote de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19, o más precisamente SARS-CoV-2). Inicialmente, este brote ha llevado a ciudades enteras de China a medidas de cuarentena masivas, mientras que a miles de extranjeros que regresan a sus hogares desde el país asiático se les ha pedido que se autoaislen en sus hogares o en instalaciones estatales. Luego, la medida de la *cuarentena* y el *aislamiento* fueron aplicadas en diferentes países, con diversas variantes.

En Argentina, se comenzó con aislar a la totalidad de las personas que regresan de otros países. Los viajes aéreos fueron suspendidos y las fronteras se cerraron, con la excepción de algunos espaciados viajes de repatriación de argentinos varados en el exterior a partir de la medida. A partir del 20 de marzo de 2020, entró en vigencia la cuarentena obligatoria de toda la población argentina, con excepción de los trabajadores de la salud, la seguridad y defensa, la prensa y la industria, distribución y venta de alimentos. El resto de la población, solamente podía salir de sus hogares para obtener alimentos, medicamentos o pasear mascotas (DNUC, 2097/2020). El 17 de abril el Jefe de Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires anunció una medida para impedir que los adultos mayores salieran de sus casas sin antes pedir autorización telefónica. Fuertes disidencias ocasionaron que no se implementara y quedara sólo en una fuerte recomendación.



Al momento de este informe, la cuarentena obligatoria lleva *cerca* 60 días, durante los cuales se realizaron modificaciones menores (habilitación de determinadas actividades como talleres mecánicos, ópticas, etc.) sin cambiar la restricción para la población general. Muy recientemente, se autorizaron medidas de apertura según las características de cada distrito. Por ejemplo, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, epicentro de la COVID-19 en Argentina, solamente se habilitó el paseo de niños acompañados por sus padres por una hora, una vez por semana y a 500 metros de su hogar, mientras que en ciudades más pequeñas o con pocos casos las aperturas fueron mayores (DNU).

Los efectos psicológicos de las cuarentenas se estudiaron en diferentes ocasiones y países.

De los estudios de epidemias y pandemias anteriores (Brooks et al., 2020) surge que *la cuarentena de mayor duración fue de 21 días* en el país africano de Liberia en 2015, a partir del mencionado brote de ébola.

Desde el aspecto psicosocial, **la cuarentena obligatoria suele ser una experiencia desagradable para quienes la sufren**: separación de los seres queridos, pérdida de libertad, incertidumbre sobre el estado de la enfermedad y aburrimiento, con considerables pérdidas económicas. Tres estudios mostraron que la prolongación de la cuarentena se asocia con una peor salud mental siendo los síntomas de estrés postraumático, conductas evitativas e ira los más prevalentes (Brooks et al., 2020). De dichos estudios se concluye que **cuanto mayor es el tiempo de cuarentena, mayor es el nivel de síntomas psicológicos**. En la mayoría de estos estudios se observa **una asociación entre bajos ingresos, trabajos independientes y trabajos sanitarios con mayores niveles de síntomas psicológicos**. En todas las dimensiones se registra que **quienes realizan trabajos sanitarios sienten una mayor estigmatización por parte de la población general**, mostrándose más evitativos luego de la cuarentena y psicológicamente más afectados: con síntomas más graves de **estrés postraumático y en todos los otros síntomas psicológicos**. Es decir, el impacto psicológico incluye tanto un amplio abanico de reacciones emocionales como prejuicios y discriminación hacia población afectada o vinculada a la emergencia de los brotes y hacia personal sanitario (Holmes et al., 2020). Las recientes y dramáticas experiencias con el COVID-19 muestran resultados similares o más graves en los recientes estudios. En el Reino Unido, Williams et al. (2020) reportan efectos **psicológicos considerables del aislamiento social** en la población. Por su parte, la experiencia italiana (de Girolamo et al., 2020) destaca **la importancia de equipar a los servicios de salud mental con tecnología que permita la asistencia psicológica y psiquiátrica a distancia**.



La **no adherencia a los tratamientos médicos** producto de la evitación es uno de los efectos psicológicos de las pandemias y las cuarentenas que más impacto produce (Hawryluck et al., 2004). **Las autoridades subestiman la importancia de aspectos psicológicos importantes que desempeñan un papel vital en el manejo de la cuarentena.** Por ejemplo, la falta de adherencia a la vacunación es un problema generalizado a nivel global incluso durante pandemias (Taylor, 2019). **Los aspectos psicológicos juegan un rol importante en el afrontamiento a la pérdida de seres queridos y en el incremento de la xenofobia y estigmatización de sectores sociales.**

Existe actualmente un consenso sobre qué intervenciones psicológicas son adecuadas para personas afectadas por la pandemia (Holmes et al., 2020). En el corto plazo, resulta necesario mejorar el **seguimiento de las tasas de ansiedad, depresión, suicidio y otros trastornos así como evaluar la efectividad de las intervenciones o abordajes en crisis considerando tratamientos presenciales y no presenciales para encontrar modelos óptimos posibles de implementar.** Además, resulta importante **establecer el grado de apoyo psicológico y su accesibilidad para el personal médico de primera línea, población que más riesgo presenta de sufrir las secuelas psicológicas.** A largo plazo, se recomienda **ofrecer servicios de salud mental integral para sectores vulnerables como así también identificar y evaluar métodos con apoyo en la evidencia para acceder de forma remota o con intervención presencial a escala para impulsar el bienestar y reducir las principales secuelas.** También se ha propuesto que las *intervenciones psicológicas* para las personas afectadas por la pandemia debida al SARS-CoV-2 se basen en una evaluación amplia de los factores de riesgo de mayor impacto psicológico, incluyendo el estado mental previo a la crisis, el duelo, la violencia a sí mismo o miembros de la familia, la presencia de enfermedades médicas preexistentes que incrementen el riesgo de muerte, ansiedad, distanciamiento físico de la familia o problemas económicos (Duan, & Zhu, 2020; Kun, Han, Chen, & Yao, 2009).

A pesar de la importancia de los factores psicológicos en el manejo de epidemias y pandemias, y que Argentina tienen el mayor número de psicólogos por habitantes (Alonso, Gago, Klinar, 2018), **los organismos de salud del país han dedicado escasos recursos a tratar específicamente el impacto psicológico** de las pandemias. La mayoría de los estudios están hechos en otros países (Brooks et al., 2020), con lo que ello conlleva en cuanto a factores como cultura, políticas, situaciones económicas. Dada la relevancia del impacto psicológico de las



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



cuarentenas y las pandemias, este estudio tiene por objetivo conocer cómo afectan psicológicamente a la población de Argentina.



Metodología

Objetivos

Objetivos generales

1. Conocer el estado de salud mental de la población argentina y las conductas que implementa para lidiar con el malestar psicológico durante el período de cuarentena implementado a partir de la pandemia de la COVID-19.
2. Comparar los datos recolectados durante los primeros 7-11 días de cuarentena con aquellos recolectados durante los posteriores 51-56 días.

Objetivos específicos

1. Determinar el impacto de la duración de la cuarentena en la prevalencia de la sintomatología psicológica clínica en todo el país (SCL-27), diferenciando edad, sexo y sector socioeconómico.
2. Determinar el impacto de la duración de la cuarentena en las conductas que implementa la población durante la cuarentena obligatoria (cuestionario *ad hoc*).
3. Determinar el impacto de la duración de la cuarentena en la relación entre conductas problemáticas (cuestionario *ad hoc*) y el índice de malestar psicológico (SCL-27).
4. Determinar el impacto de la duración de la cuarentena en la relación entre conductas saludables (cuestionario *ad hoc*) y el índice de malestar psicológico (SCL-27).
5. Determinar el impacto de la duración de la cuarentena en la relación entre otras conductas (cuestionario *ad hoc*) y índice de malestar psicológico (SCL-27).
6. Determinar la relación entre la necesidad de tratamiento psicológico y el acceso de la población a los servicios de salud mental durante la cuarentena.

Esquema de variables e indicadores

	Definición	Instrumento
A. Sintomatología Psicológica Clínica	Se trata de <i>sintomatología psicológica inespecífica</i> , cuestionarios utilizados internacionalmente como instrumentos de <i>screening</i> para la detección de probables casos en riesgo psicológico, es decir, para identificar individuos en riesgo de padecer un trastorno psicopatológico clínico.	SCL-27 (Symptom CheckList de 27 ítems), versión abreviada del inventario SCL-90-R (Symptom CheckList de 90 ítems) (Castro Solano & Góngora, 2018; Hardt, & Gerbershagen, 2001). Se calculó el Índice de Severidad Global (GSI). Se adoptó el criterio de considerar como caso en riesgo a los participantes que hubieran respondido a más del 50% de los ítems (14/27) en las categorías <i>Bastante</i> o <i>Mucho</i> .
B. Conductas problemáticas	Se consideraron problemáticas a conductas tales como el abuso de alcohol, drogas ilegales y tabaco.	Cuestionario <i>ad hoc</i> . Relación con GSI e índice de casi en riesgo de la SCL-27.
C. Conductas saludables	Se consideraron saludables a conductas tales como la vida sexual, la realización de actividad física/deportiva o la práctica religiosa.	Cuestionario <i>ad hoc</i> . Relación con GSI e índice de casi en riesgo de la SCL-27.
D. Otras conductas	Se analizó la práctica de otras conductas tales como la consulta psicológica, el consumo de psicofármacos o de terapias alternativas.	Cuestionario <i>ad hoc</i> . Relación con GSI e índice de casi en riesgo de la SCL-27.
E. Consulta psicológica	Se indagó si los participantes reciben tratamiento psicológico, su modalidad, la percepción del mismo y si perciben necesidad de recibirlo en caso de no hacerlo.	Cuestionario <i>ad hoc</i> . Relación con GSI e índice de casi en riesgo de la SCL-27.

Tabla 1. Variables estudiadas e instrumentos de recolección de datos utilizados.

A continuación, se describen las características de la muestra, las herramientas utilizadas para la recolección de datos, los análisis realizados y los resultados obtenidos.

Muestra

Se administró una encuesta *online*, con muestro incidental, estratificado según regiones geográficas del país a los 7-11 días y a los 50-55 días de la cuarentena obligatoria. Los protocolos completos y válidos totalizaron 2631 casos a los 7-11 días (Muestra 1) (27 al 31 de marzo de 2020) y 2068 casos a los 50-55 días de la cuarentena obligatoria (Muestra 2) (8 al 12 de mayo de 2020). En la tabla 1, puede observarse las características de las Muestras 1 y 2.

	Muestra 1		Muestra 2	
	N	%	N	%
Edad				
18-20	113	4,3	119	5,75
21-29	472	17,9	321	15,52
30-39	750	28,5	439	21,23
40-49	469	17,8	661	31,96
50-59	450	17,1	280	13,54
60 o más	377	14,3	248	11,99
Género				
Mujeres	1205	45,8	1050	50,77
Hombres	1415	53,8	1007	48,69
Otros	11	0,4	11	0,53
Nivel educativo				
Primario incompleto	26	1	19	0,92
Primario completo	117	4,4	61	2,95
Secundario incompleto	358	13,6	265	12,81
Secundario completo	698	26,5	512	24,76
Terciario incompleto	306	11,6	233	11,27
Terciario completo	402	15,3	361	17,46
Universitario incompleto	431	16,4	348	16,83
Universitario completo	293	11,1	269	13,01
Sector socioeconómico				
Muy baja	33	1,3	27	1,31
Baja	269	10,2	165	7,98
Media Baja	899	34,2	651	31,48
Media	1281	48,7	1072	51,84
Media Alta	137	5,2	148	7,16
Alta	10	0,4	4	0,19
Muy alta	2	0,1	1	0,05
Total	2631	100	2068	100

Tabla 2. Características de la Muestra 1 (7-11 días de cuarentena obligatoria) y de la Muestra 2 (50-55 días de cuarentena obligatoria).

En la tabla 2, se puede observar la distribución geográfica de los participantes.

Región Geográfica	Muestra 1		Muestra 2	
	N	%	N	%
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	293	11,1	268	12,96
Gran Buenos Aires Sur	328	12,5	284	13,73
Gran Buenos Aires Norte	246	9,4	199	9,62
Gran Buenos Aires Oeste	292	11,1	260	12,57
Interior de la Provincia de Buenos Aires	409	15,5	257	12,43
Córdoba	322	12,2	257	10,74
Rosario	269	10,2	178	8,61
Mendoza	246	9,4	157	7,59
Tucumán	226	8,6	111	5,37
Neuquén	-	-	132	6,38
TOTAL	2631	100	2068	100

Tabla 3. Distribución geográfica de la Muestra 1 (7-11 días de cuarentena obligatoria) y de la Muestra 2 (50-55 días de cuarentena obligatoria).

Sintomatología Psicológica Clínica

Se administró la escala SCL-27 (*Symptom CheckList* de 27 ítems) (Castro Solano & Góngora, 2018; Hardt, & Gerbershagen, 2001), una versión abreviada del inventario SCL-90-R (*Symptom CheckList* de 27 ítems), diseñados ambos para la evaluación de **sintomatología psicológica inespecífica**, y utilizados internacionalmente como instrumentos de *screening* para la detección de probables casos en riesgo psicológico, es decir, para identificar individuos en riesgo de padecer un trastorno psicopatológico clínico.

Los participantes debieron responder sobre la presencia de sintomatología psicológica inespecífica en relación con **27 síntomas sufridos durante la última semana**, mediante una escala ordinal tipo Likert (escala SCL-27).

Se calcularon dos índices:



1. **Índice de Severidad Global** (GSI, por sus siglas en inglés de *Global Severity Index*).
2. **Índice de riesgo de trastorno psicológico.**

Se calculó el **Índice de Severidad Global** (GSI) de cada participante. El mismo resulta de la sumatoria de los 27 ítems otorgando un valor de “0” a “4” a cada opción siendo “Nada” = “0” y “Mucho” = “4”. Este índice incluye cuatro dimensiones de síntomas:

- (I) síntomas depresivos,
- (II) síntomas distímicos,
- (III) síntomas vegetativos,
- (IV) síntomas agorafóbicos,
- (V) síntomas de fobia social,
- (VI) y síntomas de desconfianza.

Se calculó el **Índice de riesgo de trastorno psicológico** del siguiente modo: se adoptó el criterio de considerar como **caso en riesgo** a los participantes que hubieran respondido a más del 50% de los ítems (14 o más de los 27 ítems del instrumento) en las opciones “bastante” o “mucho”.

Conductas problemáticas

Se analizó la práctica de algunas conductas problemáticas tales como el **abuso de alcohol, drogas ilegales y tabaco.**

Se indagó sobre la práctica actual de tales conductas, si hubo o no cambios durante la cuarentena obligatoria, cuáles fueron (aumento, disminución) y en qué grado.

Se analizó la relación de dichas conductas y, en caso de tener lugar, de los cambios durante la cuarentena obligatoria con los indicadores de severidad global (GSI) y de caso en riesgo que proporciona la SCL-27.



Conductas saludables

Se analizó la práctica de algunas conductas saludables tales como la realización de **actividad física/deportiva, la vida sexual y la práctica religiosa.**

Se indagó sobre la práctica actual de tales conductas, si hubo o no cambios durante la cuarentena obligatoria, cuáles fueron (aumento, disminución) y en qué grado.

Se analizó la relación de dichas conductas y, en caso de tener lugar, de los cambios durante la cuarentena obligatoria con los indicadores de severidad global (GSI) y de caso en riesgo que proporciona la SCL-27.

Otras conductas

Se analizó la práctica de otras conductas tales como **el consumo de medicación, la práctica del yoga o meditación.**

Se indagó sobre la práctica actual de tales conductas, si hubo o no cambios durante la cuarentena obligatoria, cuáles fueron (aumento, disminución) y en qué grado.

Se analizó la relación de dichas conductas y, en caso de tener lugar, de los cambios durante la cuarentena obligatoria con los indicadores de severidad global (GSI) y de caso en riesgo que proporciona la SCL-27.

Consulta psicológica

Se indagó sobre si los participantes se encuentran en tratamiento psicológico y la percepción de los participantes sobre dicho tratamiento.

Asimismo, en aquellos casos que no reciben tratamiento psicológico, se indagó sobre la necesidad que perciben del mismo y en caso de considerar necesario un tratamiento psicológico, se indagó sobre el acceso a dicho tratamiento y las razones por las cuales no lo están recibiendo.



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Se analizó la relación de recibir o no tratamiento psicológico así como necesitar o no dicho tratamiento con los indicadores de severidad global (GSI) y de caso en riesgo que proporciona la SCL-27.

Resultados

Sintomatología psicológica clínica

Índice de Severidad Global (GSI)

El promedio del Índice de Severidad Global (GSI) de los 2631 participantes de la muestra 1 (7-11 días de cuarentena obligatoria) fue de 0,85 mientras que el promedio dicho índice de los 2068 participantes de la muestra 2 (50-55 días de cuarentena obligatoria) fue de 1,96. Es decir, **a los 50-55 días se observó más del doble de sintomatología psicológica clínica que a los 7-11 días de cuarentena obligatoria**. La diferencia es significativa, $t_{(2067)} = -50,664$, $p < .001$.

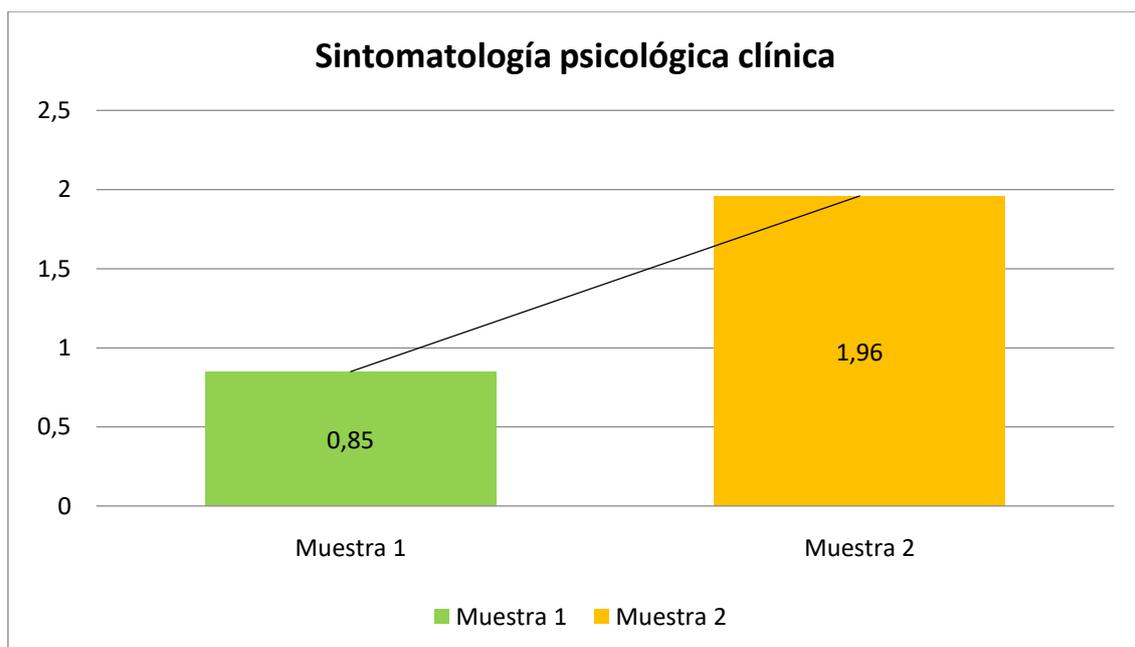


Gráfico 1. Medias del Índice de Severidad Global (GSI) de la SCL-27 de la Muestra 1 (7-11 días de cuarentena obligatoria) y de la Muestra 2 (50-55 días de cuarentena obligatoria).

En la muestra 1 (7-11 días de cuarentena obligatoria), no hay diferencias significativas según lugar de residencia, $p = .086$. En la muestra 2 (50-55 días de cuarentena obligatoria), se observó que los participantes de la provincia de Tucumán presentaban sintomatología más elevada que el resto de los lugares de residencia, $F_{(9,14,42)} = 3,15$; $p < .001$.



Riesgo de trastorno mental

Se observó **un aumento significativo** ($z = 3,28, p < .01$), de casos en riesgo de padecer trastorno psicológico al comparar la muestra 1 y la muestra 2. En la Muestra 1 (7-11 días de cuarentena obligatoria) la prevalencia de riesgo de trastornos psicológicos asciende a **4,86%** mientras que en la Muestra 2 (50-55 días de cuarentena obligatoria), es **5,7%**. Ello significa que **alrededor de 5 de cada 100 personas registran sintomatología clínicamente significativa**, por lo que se encuentran **en condición de riesgo psicológico**.

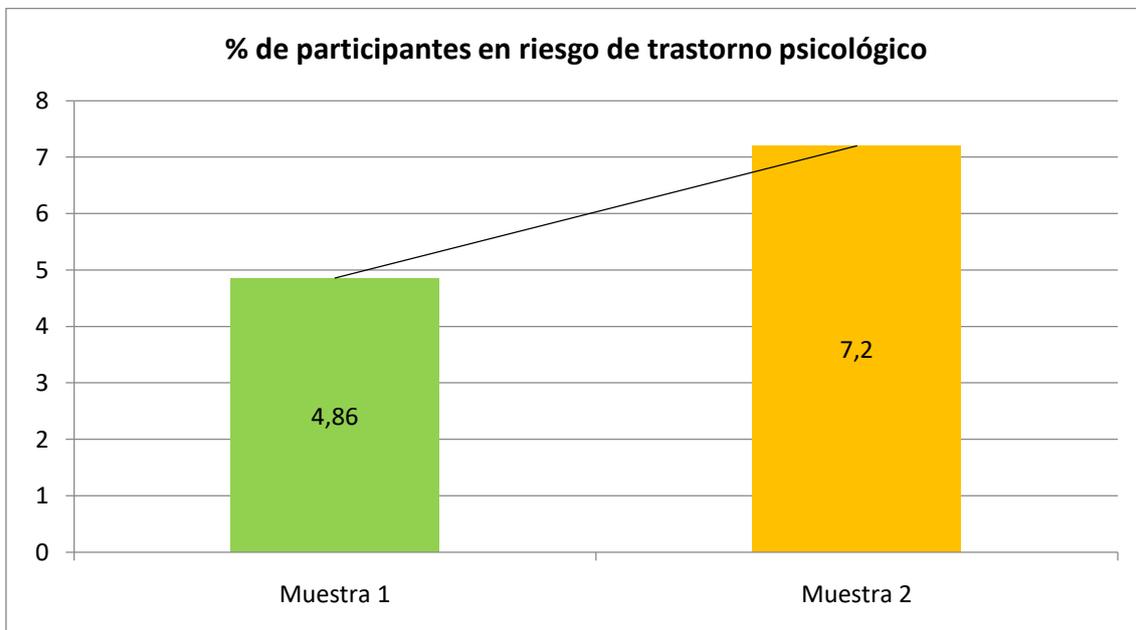


Gráfico 2. Proporción de participantes en riesgo de padecer trastorno mental o psicológico de la Muestra 1 (7-11 días de cuarentena obligatoria) y de la Muestra 2 (50-55 días de cuarentena obligatoria).



Edad

Tanto en la muestra 1 (7-11 días de cuarentena obligatoria) como en la muestra 2 (50-55 días de cuarentena obligatoria), se observó una diferencia significativa en función de la edad de los participantes, $F_{(5, 2625)} = 31,322, p < .000$ y $F_{(5, 12,88)} = 26.67, p < .001$ respectivamente.

A medida que las personas aumentan su edad, se observan menores niveles de síntomas psicológicos, tal como se puede ver en el siguiente gráfico. Es decir, **las personas más jóvenes tienen más síntomas que las personas mayores**. Pueden observarse los datos en el siguiente gráfico.

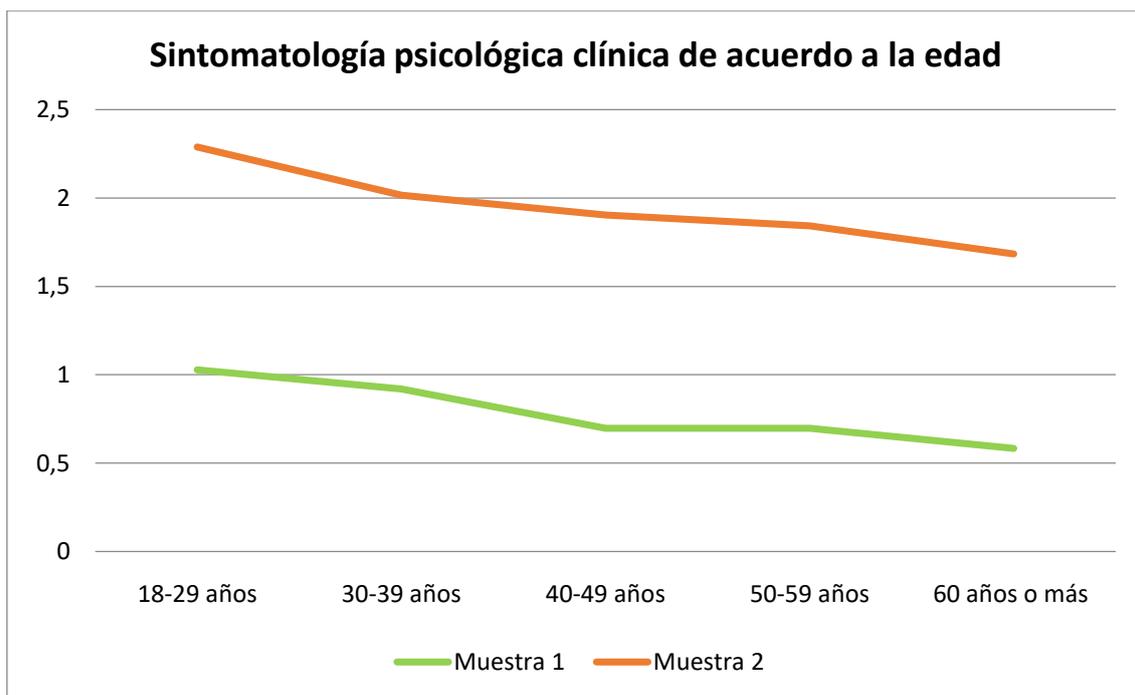


Gráfico 3. Edad y nivel de síntomas psicológicos según SCL-27 a los 7-11 días (muestra 1) y a los 50-55 días de cuarentena obligatoria (muestra 2).

Sexo

Tanto en la muestra 1 (7-11 días de cuarentena obligatoria) como en la muestra 2 (50-55 días de cuarentena obligatoria) se observa que las mujeres presentan más síntomas psicológicos que los hombres, $t_{(2618)} = 10,77, p < .000$ y $t_{(2055)} = 8,91, p < .001$ respectivamente.

Asimismo, **se observa un incremento de la sintomatología** al comparar la muestra 1 (7-11 días de cuarentena obligatoria) con en la muestra 2 (50-55 días de cuarentena obligatoria), especialmente en el caso de las mujeres.

Pueden observarse las diferencias en el siguiente gráfico.

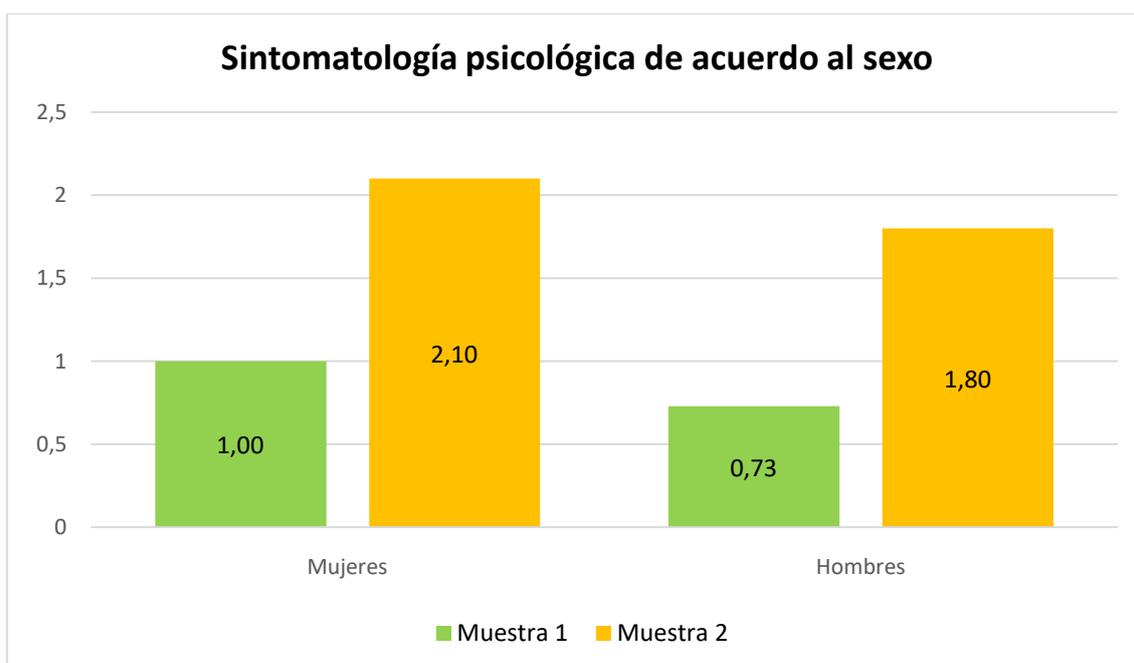


Gráfico 4. Sexo y nivel de síntomas psicológicos según SCL-27 a los 7-11 días (muestra 1) y a los 50-55 días de cuarentena obligatoria (muestra 2).

Sector socioeconómico

Tanto en la muestra 1 (7-11 días de cuarentena obligatoria) como en la muestra 2 (50-55 días de cuarentena obligatoria) se observa que los síntomas psicológicos son mayores si las personas pertenecen a sectores socioeconómicos de menores ingresos, en comparación con los sectores de ingresos medios y altos, $F_{(2, 2349)} = 29,65, p < .000$ y $F_{(2, 6,82)} = 13,45, p < .001$ respectivamente. Es decir, **cuánto menores son los ingresos, mayores son los síntomas**. Los datos pueden verse en el siguiente gráfico.

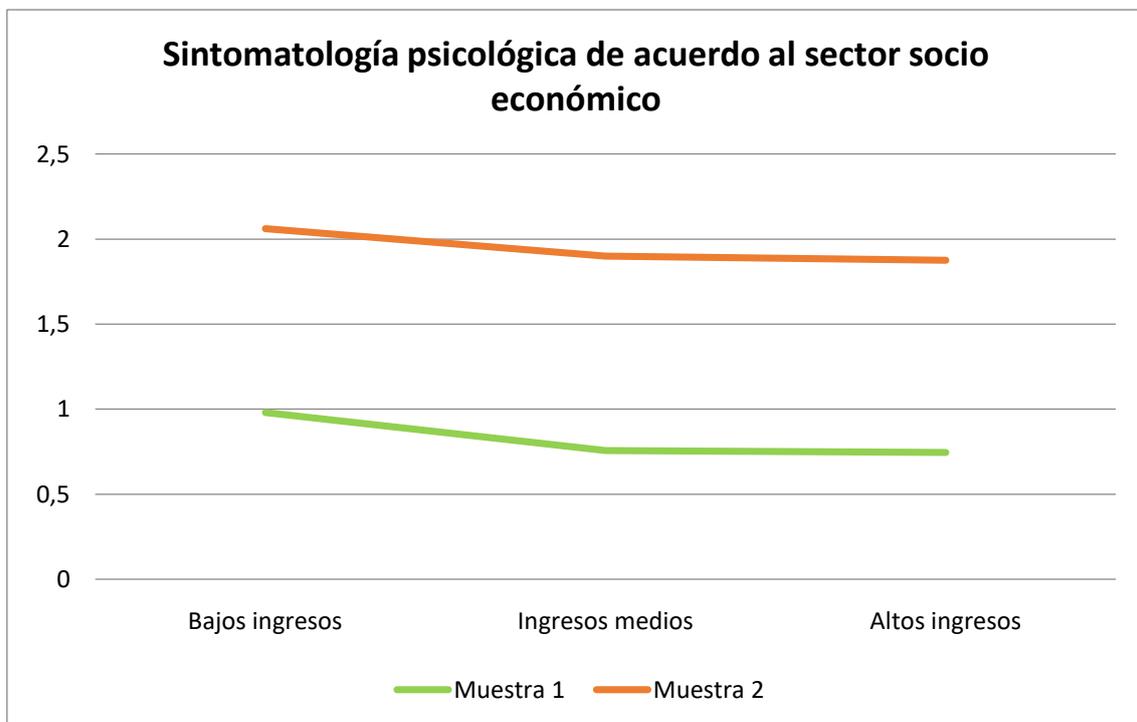


Gráfico 5. Sector socioeconómico y nivel de síntomas psicológicos según SCL-27 a los 7-11 días (muestra 1) y a los 50-55 días de cuarentena obligatoria (muestra 2).

Actividades que realizan durante la cuarentena

Tanto en la muestra 1 (7-11 días de cuarentena obligatoria) como en la muestra 2 (50-55 días de cuarentena obligatoria) se observa que menos de la mitad de los participantes realiza alguna de las siguientes actividades: actividad física, meditación, práctica religiosa o yoga.

Puede destacarse un incremento de la práctica del yoga del 8,17% al 9,91% y una disminución de la práctica religiosa del 20,14% al 17,75% de los participantes de una y otra muestra.

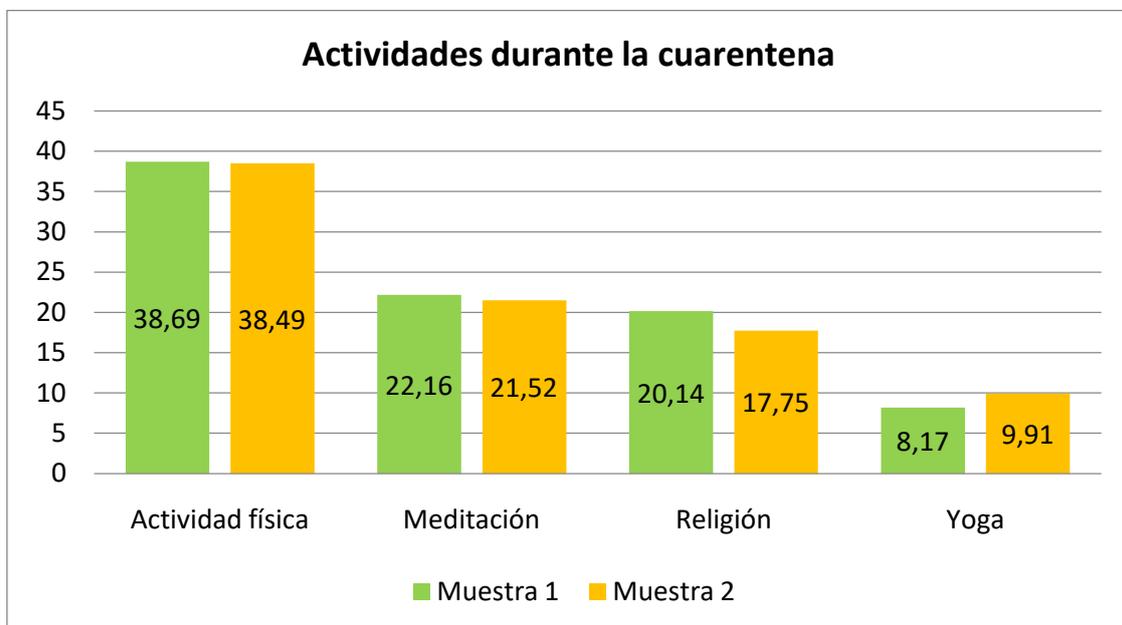


Gráfico 6. Actividades de los participantes a los 7-11 días (muestra 1) y a los 50-55 días de cuarentena obligatoria (muestra 2).



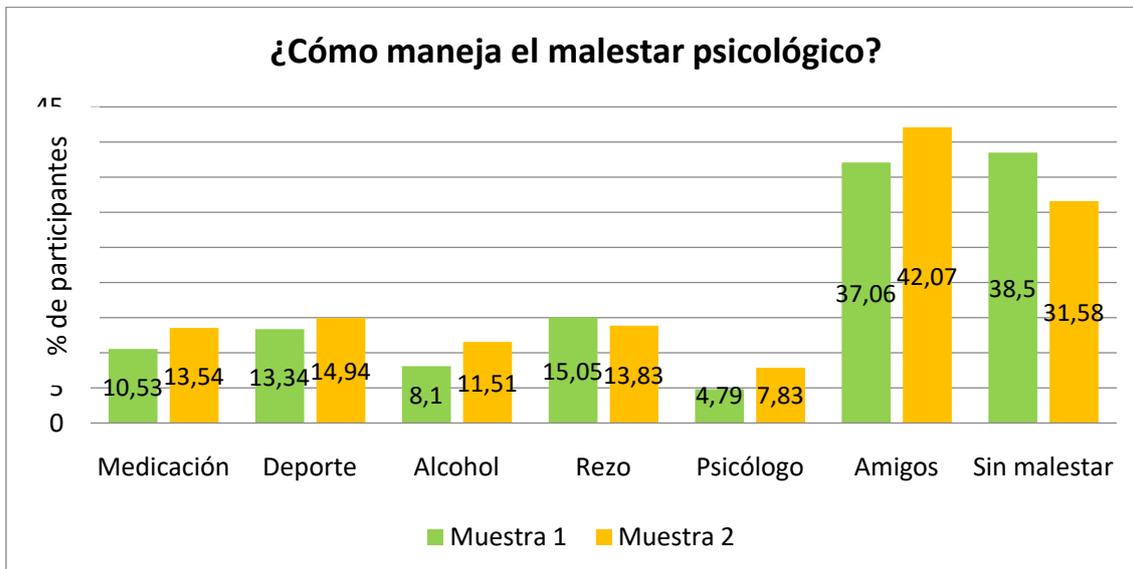
Cómo manejan el malestar psicológico

Cuándo se les preguntó a los participantes de la muestra 1 (7-11 días de cuarentena obligatoria), y a los participantes de la muestra 2 (50-55 días de cuarentena obligatoria) “¿Qué haces cuando experimentas malestar psicológico o tenés problemas emocionales?”, las respuestas se modificaron del siguiente modo.

Se incrementó el uso de medicación sin prescripción médica (automedicación) del 10,53% al 13,54%, el consumo de alcohol del 8,1% al 11,51%, la consulta psicológica del 4,79% al 7,83% y la conversación con confidentes amigos del 37,06% al 42,07%. El uso del deporte se incrementó del 13,34% al 14,94%.

Se redujo el grupo que no experimenta malestar del 38,5% al 31,58%. Dicho de otro modo, **casi el 70% de los participantes experimentan malestar psicológico a los 50-55 días de cuarentena obligatoria.**

Los resultados pueden apreciarse en el siguiente gráfico.



Gráficos 7. Conductas frente al malestar psicológico a los 7-11 días (muestra 1) y a los 50-55 días de cuarentena obligatoria (muestra 2).

Medicación

Al preguntar específicamente por la medicación, 33,33% de la muestra 1 (7-11 días de cuarentena obligatoria) y 33,12% de la muestra 2 (50-55 días de cuarentena obligatoria) refieren tomar medicación con diferentes objetivos.

Los porcentajes de los objetivos de la toma de medicación relacionados con el estado emocional o psicológico (ansiedad, “nervios”, ánimo, relajación, dormir) **aumentaron en todas las categorías** al comparar la muestra 1 y la muestra 2, como puede verse en el siguiente gráfico. Es decir, **los participantes toman más medicación para manejar su estado psicológico a los 50-55 días de cuarentena obligatoria.**

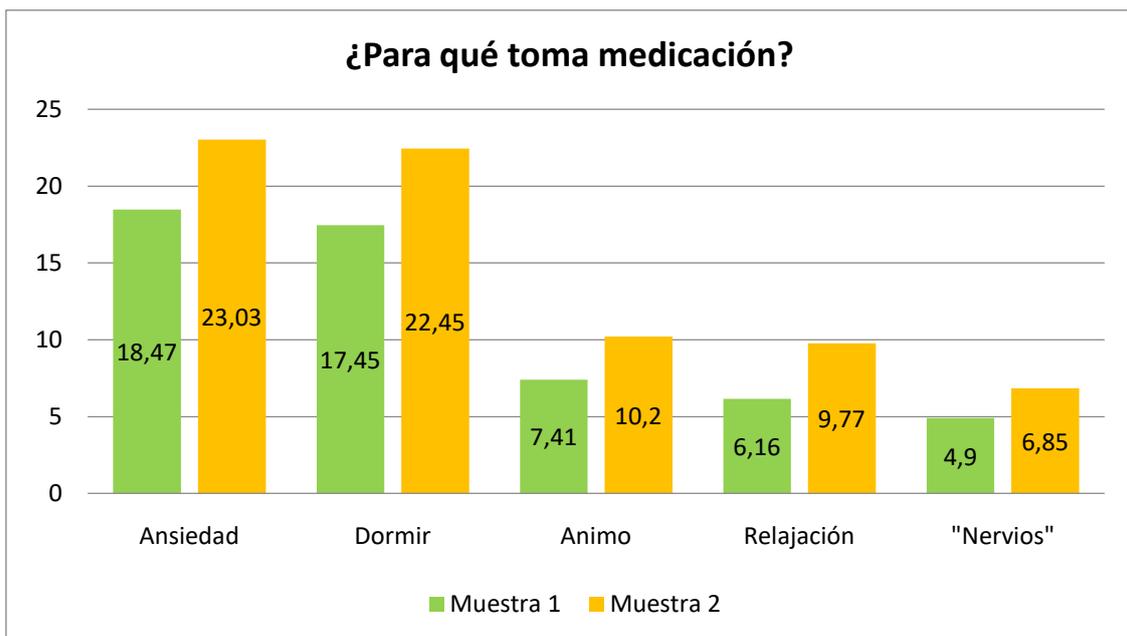


Gráfico 8. Porcentajes de los objetivos de la toma de medicación elegidos por los participantes a los 7-11 días (muestra 1) y a los 50-55 días de cuarentena obligatoria (muestra 2).



Por el contrario, **disminuyeron los objetivos de la toma de medicación relacionados con enfermedades o condiciones médicas (hipertensión, diabetes, alteraciones tiroideas, etc.)** al comparar la muestra 1 (7-11 días de cuarentena obligatoria) y la muestra 2 (50-55 días de cuarentena obligatoria), como puede verse en el siguiente gráfico.

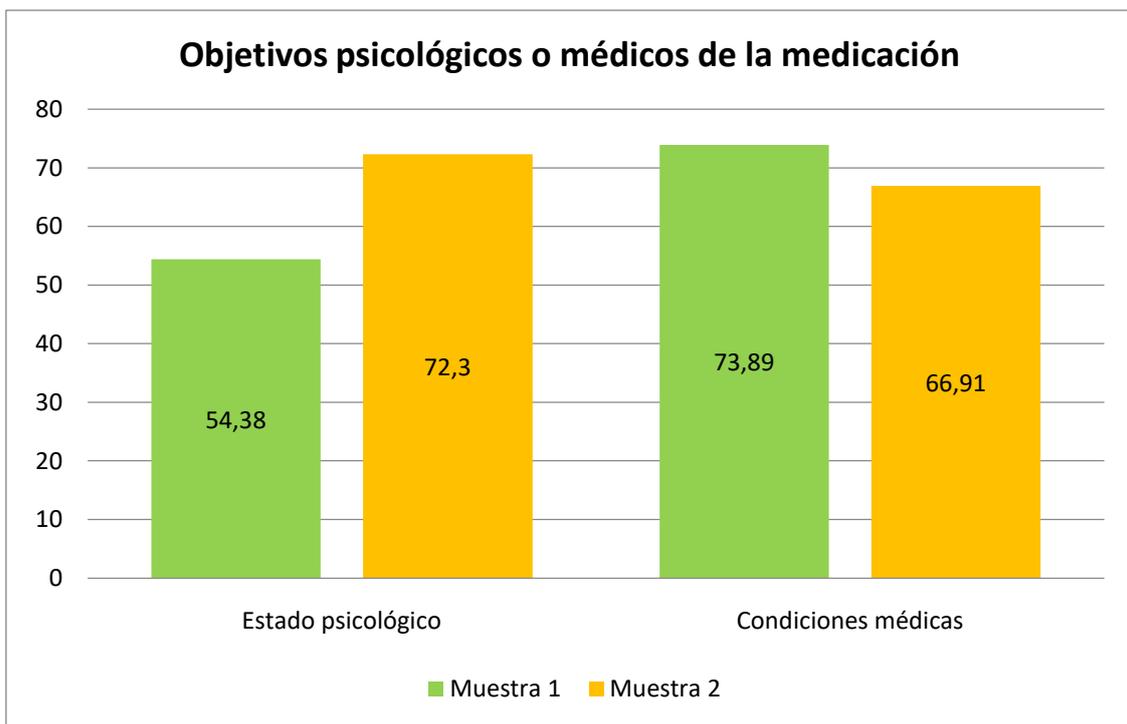


Gráfico 9. Porcentajes de la toma de medicación con objetivos psicológicos o médicos a los 7-11 días (muestra 1) y a los 50-55 días de cuarentena obligatoria (muestra 2).

Sueño

Se observa un aumento del porcentaje de participantes con alteraciones del sueño de 73,7% de la **Muestra 1 (7-11 días de cuarentena obligatoria)** al **76,06%** de los participantes de la Muestra 2 (50-55 días de cuarentena obligatoria), como puede verse en el siguiente gráfico.

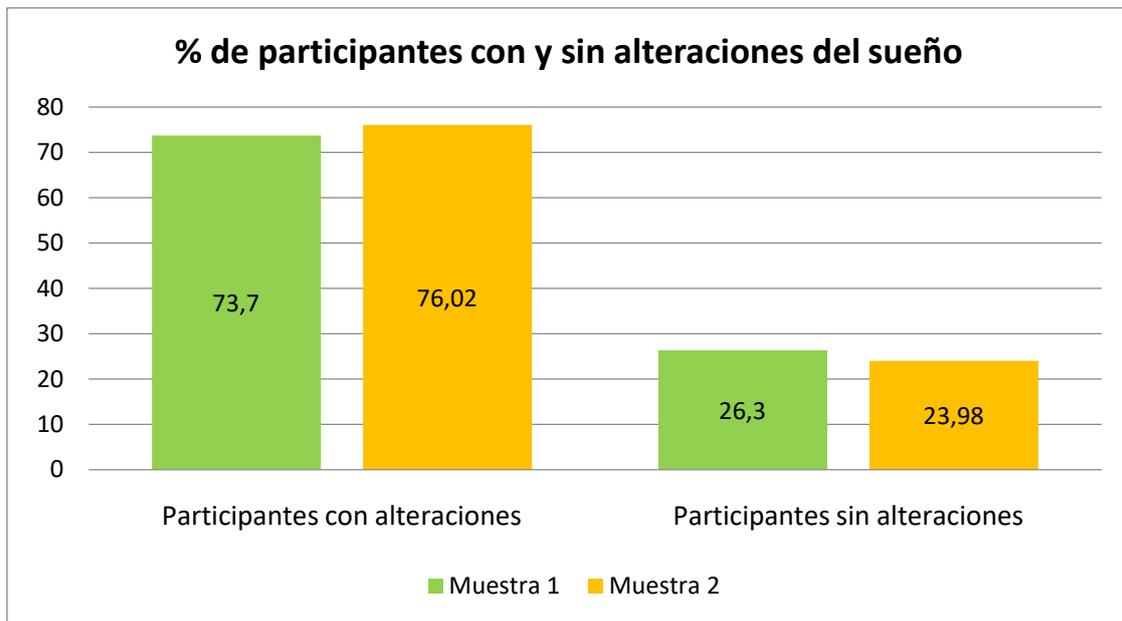


Gráfico 10. Porcentaje de participantes con alteraciones del sueño a los 7-11 días (muestra 1) y a los 50-55 días de cuarentena obligatoria (muestra 2).



Entre las alteraciones del sueño más frecuentes de los participantes de la Muestra 1 (7-11 días de cuarentena obligatoria) y de la Muestra 2 (50-55 días de cuarentena obligatoria), se halló un **incremento del insomnio** en detrimento de la opción “duermo más”. Los porcentajes pueden observarse en el siguiente gráfico.

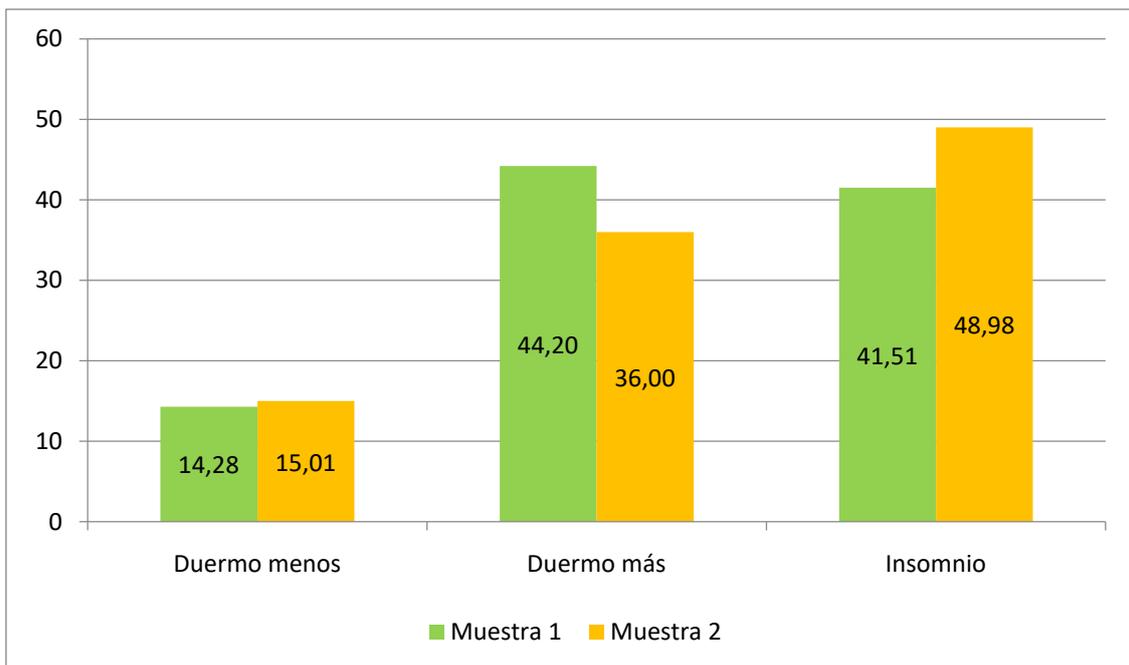


Gráfico 11. Porcentaje de participantes con diferentes tipos de alteraciones del sueño a los 7-11 días (muestra 1) y a los 50-55 días de cuarentena obligatoria (muestra 2).

Vida sexual

El 43,97% de la Muestra 1 y 44,39% de la Muestra 2 informan que su vida sexual es nada o poco satisfactoria. No se observan diferencias significativas entre los niveles de satisfacción sexual a los 7-11 días y a los 50-55 días de cuarentena obligatoria.

En comparación al año anterior (Etchevers, Garay, Castro Solano, & Fernández Liporace, 2019), solo un 35% consideraba que tenía una insatisfacción sexual. Por lo que puede estimarse un aumento de alrededor del 10% en las opciones “poco satisfactoria” y “nada satisfactoria” durante la cuarentena obligatoria.

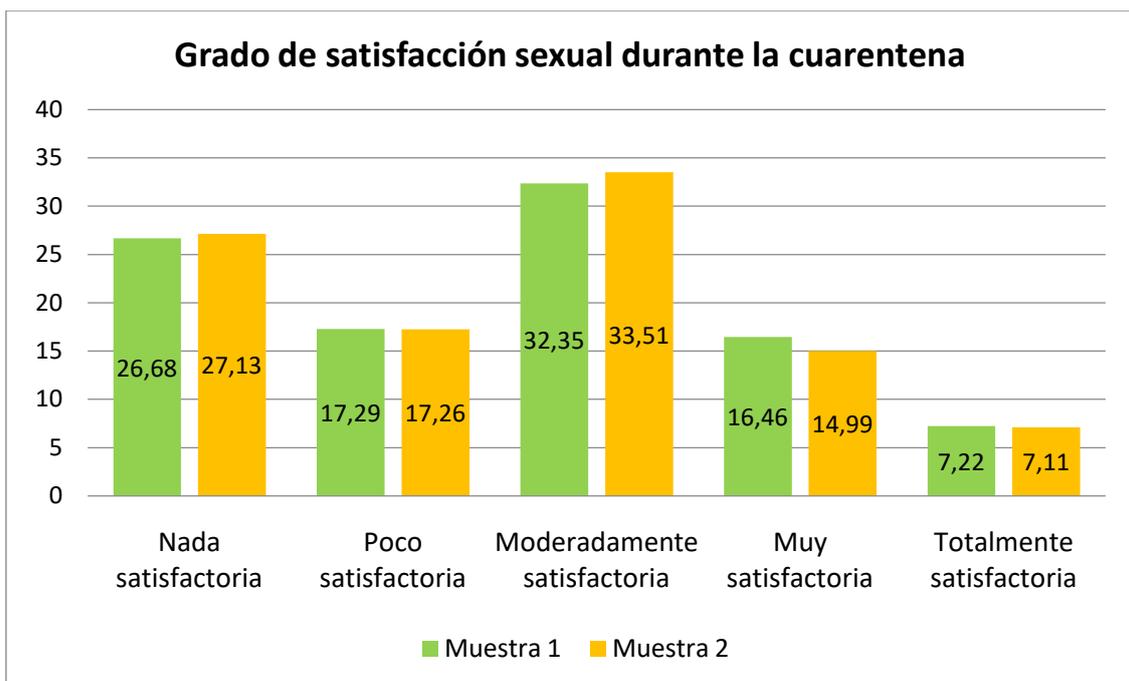


Gráfico 12. Satisfacción sexual de los participantes (porcentajes) durante los 7-11 días (muestra 1) y los 50-55 días de cuarentena obligatoria (muestra 2).

A lo largo de la cuarentena obligatoria, tanto a los 7-11 días (muestra 1) como a los 50-55 días (muestra 2), más del 80% de los participantes informaron que su vida sexual empeoró, como puede verse en el siguiente gráfico.

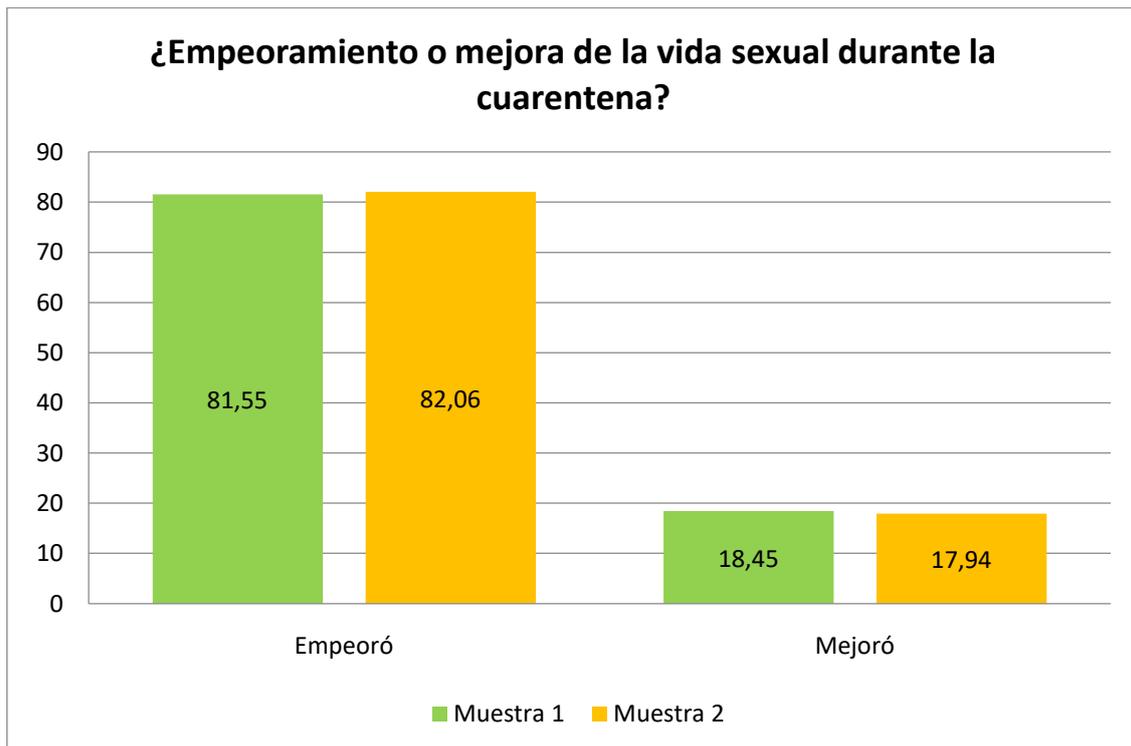


Gráfico 13. Cambios en la vida sexual durante los 7-11 días (muestra 1) y los 50-55 días de cuarentena obligatoria (muestra 2).

Consumo de alcohol, tabaco y sustancias

Con respecto al consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales, se registró una **disminución del consumo de tabaco** y un **aumento del consumo de alcohol** al comparar las muestras 1 y 2. No se observaron diferencias significativas con respecto al consumo de drogas ilegales. Los porcentajes pueden verse en el siguiente gráfico.

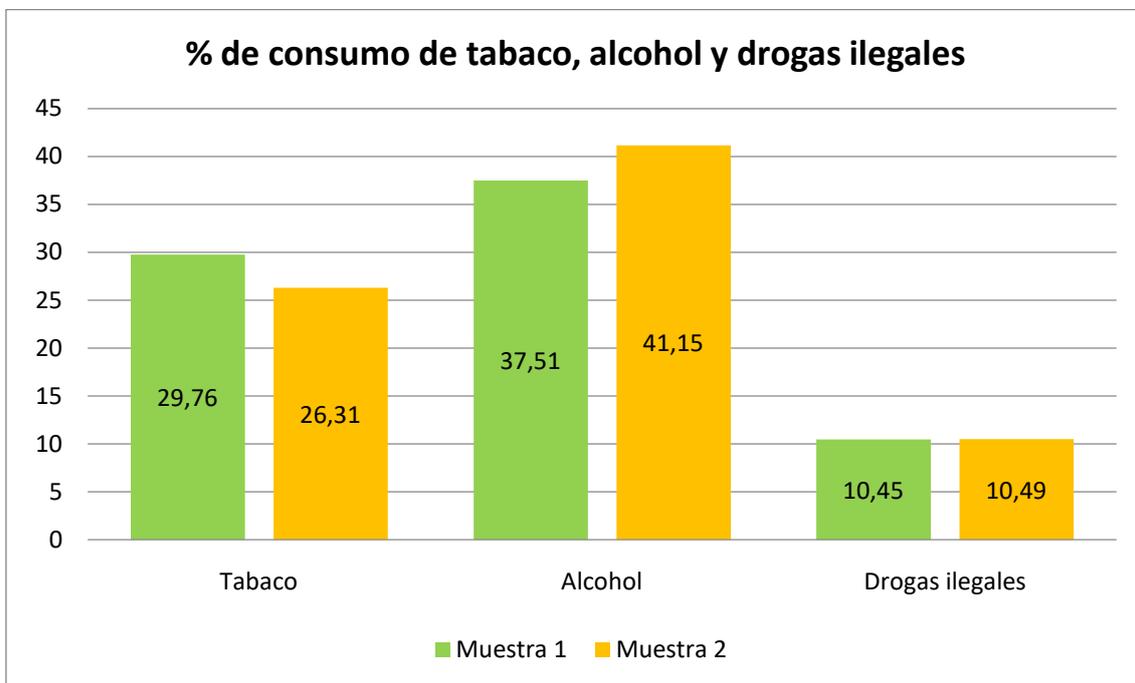


Gráfico 14. Consumo de tabaco, alcohol y drogas durante los 7-11 días (muestra 1) y los 50-55 días de cuarentena obligatoria (muestra 2).

Cuando se les preguntó a los participantes si debido a la cuarentena había aumentado el consumo de alcohol, tabaco o drogas ilegales, se observó los participantes de la muestra 2 (50-55 días de cuarentena obligatoria) perciben un **incremento mayor en el consumo de alcohol** que los participantes de la muestra 1 (7-11 días de cuarentena), como puede verse en el siguiente gráfico.

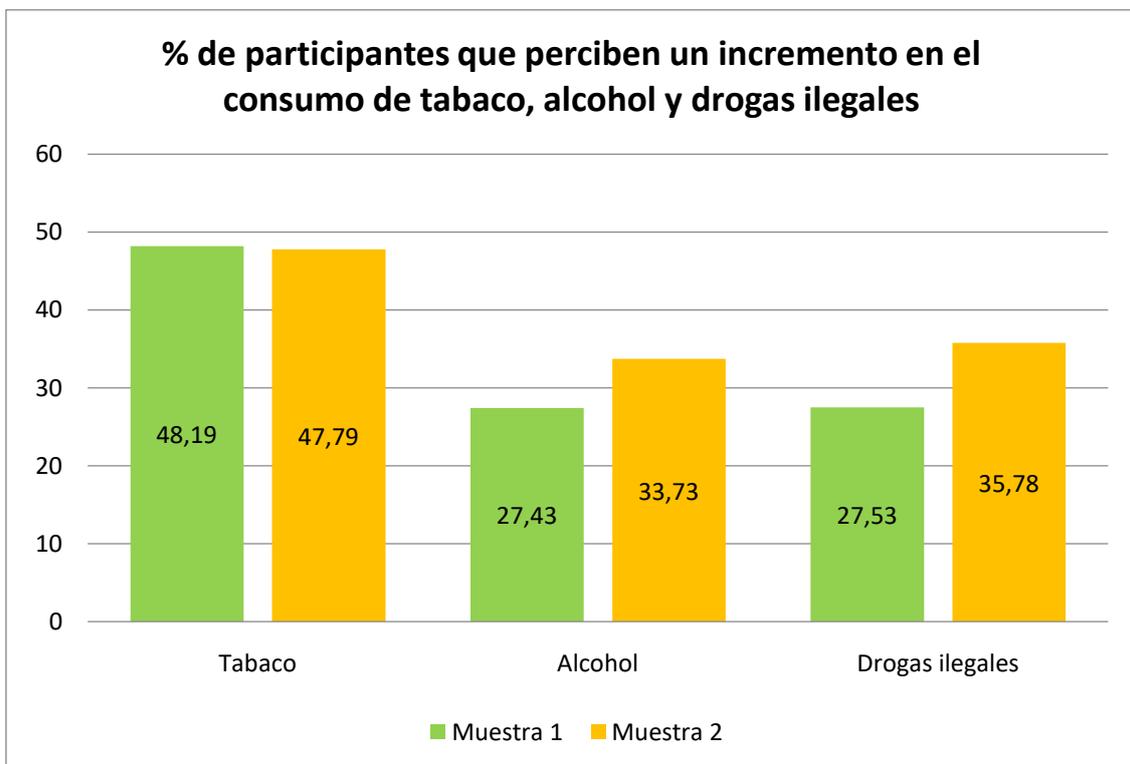


Gráfico 15. Cambios en el consumo de tabaco, alcohol y drogas durante los 7-11 días (muestra 1) y los 50-55 días de cuarentena obligatoria (muestra 2).



Suicidio

Al preguntar a los participantes si han pensado en quitarse la vida, el 4,22% de la muestra 1 (7-11 días de cuarentena obligatoria) y el 6,53 de la muestra 2 (50-55 días de cuarentena obligatoria) respondieron que sí. Se observa un **aumento significativo asociado a la cantidad de días de cuarentena obligatoria** ($z=3,48, p < .01$).

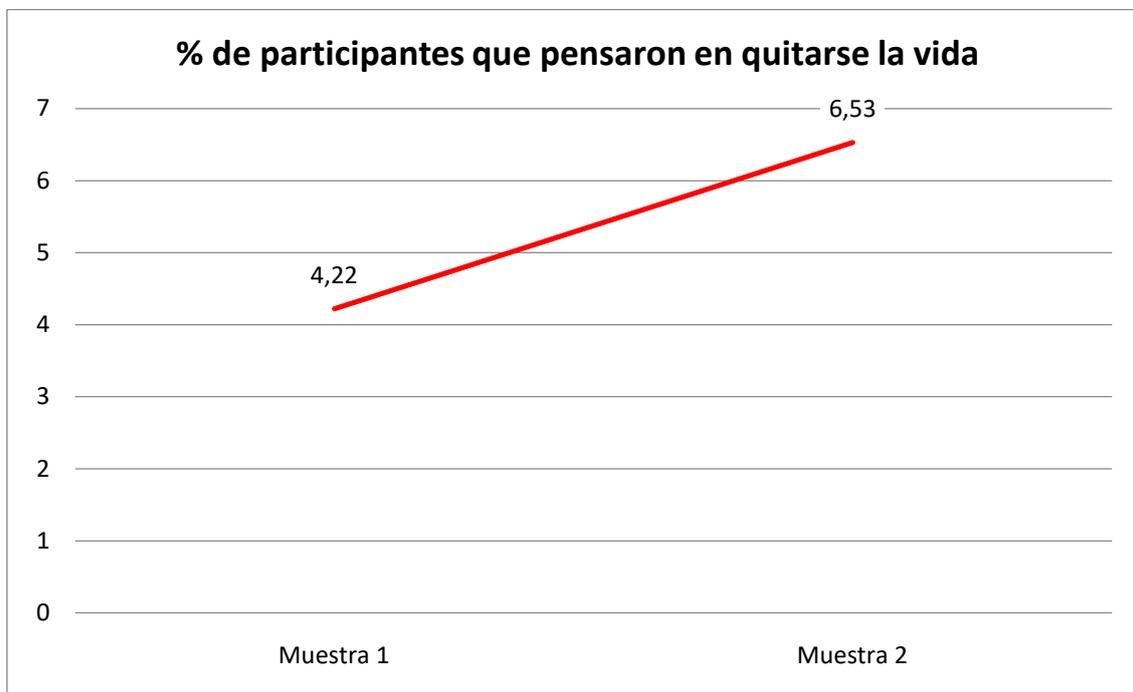


Gráfico 16. Ideas de muerte/suicidio a los 7-11 días (muestra 1) y los 50-55 días de cuarentena obligatoria (muestra 2).



Tratamiento psicológico

Al preguntar si los pacientes se encuentran en tratamiento psicológico, 290 participantes respondieron que sí. Esto representa un 14,02 % de los participantes a los 50-55 días de cuarentena.



Gráfico 17. Porcentaje de pacientes en tratamiento psicológico en la muestra 2 (50-55 días de cuarentena obligatoria).



Al preguntar a los participantes de la muestra 2 (50-55 días de cuarentena obligatoria) si consideran que necesitan, desean o han intentado realizar tratamiento psicológico, **el 37,55% responde que sí** (gráfico a continuación).



Gráfico 18. Porcentaje de participantes que consideran que necesitan, desean o han intentado realizar tratamiento psicológico.

A continuación, se les preguntó a los participantes por qué no han podido realizar un tratamiento psicológico. **El 64% respondió mencionando problemas económicos y problema de acceso a la atención psicológica.** Las respuestas se observan en el siguiente gráfico (los participantes podrían dar más de una respuesta).



Gráfico 19. Motivos por los cuales participantes de la muestra 2 (50-55 días de cuarentena obligatoria) no realizan tratamiento psicológico, siendo que lo consideran necesario o deseado.



Discusión

Como hemos mencionado en la Introducción, la medida de la cuarentena en Argentina es obligatoria y su final es gradual e incierto. En este contexto, una característica principal de este estudio es que los datos de la muestra 1 fueron relevados entre los 7-11 días (27 al 31 de marzo) de iniciada la cuarentena obligatoria (20 de marzo). Es importante recordar que la semana anterior (16 de marzo) se concretó la suspensión de clases y una fuerte recomendación no obligatoria de ingreso en cuarentena. Mientras que los datos de la muestra 2 que completan el presente estudio se recolectaron entre los 50-55 días de la medida (8 al 12 de mayo de 2020).

Este estudio muestra que **los síntomas psicológicos clínicos se incrementan significativamente de acuerdo a la duración de la cuarentena. La muestra de los 50-55 días presenta más del doble de síntomas que la muestra de los 7-11 días.** El impacto psicológico de la cuarentena requiere intervenciones que abarquen toda la población afectada por la cuarentena y la pandemia.

Más acuciante aún resulta comprobar que se detecta **un incremento** también significativo de la cantidad de personas en **riesgo de padecer un trastorno mental**. Este dato es más grave que el anterior porque la sintomatología difusa es permeable a intervenciones de menor intensidad mientras que **una vez instalado un trastorno mental se requiere de intervenciones de mayor complejidad, por parte de especialistas** (v.g., psicólogo clínico, médico psiquiatra, y otros integrantes del equipo de salud, especialistas en psicopatología). Esta población se muestra como la más vulnerable y la literatura destaca que su abordaje requiere contemplar la presencia de trastornos psicológicos previos en una evaluación más abarcadora (Duan, & Zhu, 2020).

De acuerdo a nuestro estudio, en ambas muestras, **los adultos jóvenes reportan mayor sintomatología que los adultos mayores**. Una línea de explicación es que las personas de menor edad afrontan estresores mayores característicos del ciclo vital, incertidumbre en cuanto a la vivienda, inserción profesional, laboral, parejas menos consolidadas, embarazos, hijos pequeños. En Argentina, **los niveles de pobreza son más altos en los adultos jóvenes**, quienes por lo tanto son más vulnerables, presentan mayor inestabilidad laboral, menores recursos en general. La crisis económica argentina preexistente que se agrava con las



significativas pérdidas económicas que implica la cuarentena en toda la población. Los jóvenes, el sector etario menos consolidado desde el punto de vista económico y laboral, reciben con mayor fuerza el impacto financiero de la cuarentena así como las restricciones que acarrea. Podría pensarse sobre este punto que *los jóvenes perciben más la sintomatología*. Esta otra explicación parcialmente consistente con la anterior se explicaría por una desensibilización o habituación de los adultos a sus propios síntomas psicológicos. **Este hallazgo no significa necesariamente que los adultos mayores tengan menos problemas.** Puede deberse a la habituación de las personas a sus problemas, incorporando así sus síntomas a sus vidas cotidianas, es decir que se incorporan a una parte de su identidad (por ej., “yo soy así”).

Una pregunta que surge de los hallazgos sobre grupos etarios es la siguiente: **¿Cómo puede explicarse que los adultos mayores tienen menos sintomatología frente a un estresor que los amenaza en mayor medida?** Es decir, es necesario destacar que la población mayor presenta más riesgo de complicaciones en el caso de cursar la enfermedad por SARS-Cov-2. Podría pensarse que la población de mayor edad *percibe* a la cuarentena obligatoria como una protección frente al riesgo al cual se encuentran expuestos y reciben estas restricciones de manera positiva. Asimismo, en esta población la restricción propia de la cuarentena obligatoria tiene un menor impacto en la medida en que muchos de ellos se encuentran retirados o jubilados. Aunque debe matizarse en la medida en que el acceso a medios digitales es menor y deben, por ejemplo, acercarse a sucursales bancarias.

En cuanto a los **adultos de mediana edad**, puede considerarse la mayor estabilidad laboral y el acceso a tecnología que permita el trabajo a distancia como un factor protector que explique su menor sintomatología frente a los adultos jóvenes. Sin embargo, un estresor escasamente explorado es **el impacto de la suspensión de clases de los niños en edad escolar** en los adultos de edad media. En los sectores más vulnerables las **escuelas también incluyen comedores escolares, gabinetes psicopedagógicos y funcionan como una primera contención psicosocial.**

Con respecto al sexo de los participantes, el estudio muestra hallazgos consistentes con la literatura científica que reporta mayores niveles de prevalencia global de síntomas psicológica en mujeres que en hombres. Una de las explicaciones habituales de esta diferencia se centra en que **las mujeres reciben mayor estrés considerando la cantidad de tareas que desempeñan y la presión social que reciben así como la discriminación y violencia de la cual son objeto.** Otras explicaciones destacan factores biológicos como los cambios hormonales y su impacto en el estado de ánimo.



Con respecto a los **aspectos socioeconómicos**, los sectores de **menores ingresos** que experimentan mayor riesgo de trastorno psicológico se encuentran a su vez más expuestos a la incertidumbre laboral, habitacional y económica. Desde el punto de vista laboral, los empleos informales sufren más rápidamente el impacto de cuarentena y las pérdidas económicas que acarrea. Los problemas de vivienda como el hacinamiento en un extremo, pueden llegar a impedir el cumplimiento de la cuarentena. En los barrios más carenciados, la consigna oficial “quédate en tu casa” se adaptó a “quédate en tu barrio” por lo mencionado anteriormente.

En los **sectores medios**, el pago mensual de alquileres funciona como un estresor más frente a la incertidumbre financiera. La amenaza financiera tiene un impacto menor que el segmento anteriormente mencionado pero sigue siendo significativo. Aunque puede considerarse que el sector monotributista y el trabajo informal es relevante en este segmento socioeconómico.

Los sectores de **mayores ingresos** presentan menos sintomatología y esto puede explicarse por la mayor disponibilidad de recursos para afrontar las medidas de restricción y las disminuciones de ingreso que conlleva la pandemia. Por su parte los sectores de mayores ingresos cuentan con planes de cobertura médica privada u obras sociales y por ello un mayor acceso a la salud.

Más de la mitad de la población no realiza ninguna de las actividades que se consideran saludables: actividad física, meditación, práctica religiosa o yoga. Entre la muestra uno y la muestra dos se observa una **tendencia a la disminución de las actividades saludables**. Tengamos presente que la cuarentena obligatoria solamente permite a la mayoría de las personas salir de sus hogares para proveerse de alimentos y medicamentos (o para pasear mascotas). En algunos distritos se ha autorizado la salida de niños una vez por semana acompañados por sus padres en paseos de una distancia de hasta 500 m. de sus domicilios. Además, el cierre de establecimientos deportivos y áreas de esparcimiento obligan a la población a buscar alternativas más restrictivas tales como tutoriales, clases a distancia y ejercitación en el reducido espacio de la mayoría de los hogares. Que más de la mitad de la población no realice actividades saludables resulta relevante para el impacto psicológico de la duración de la cuarentena. Es decir, **las conductas saludables permiten tolerar la cuarentena, amortiguando su impacto en el malestar psicológico. Que una minoría de la población recurra a estos factores protectores y que este hecho se acentúe con la duración de la cuarentena son predictores de un mayor impacto psicológico, y en la salud general, de la**



medida. Por otra parte, la disminución de actividades saludables podría explicarse no solo por las restricciones sino como una consecuencia de sintomatología depresiva.

Casi el 70% de los participantes experimentan malestar psicológico a los 50-55 días de cuarentena obligatoria.

Frente al malestar psicológico, **menos del 5% recurre al psicólogo/a en la primera muestra y esto aumenta a casi el 8% en la segunda muestra.** Esto sumado a que **una proporción considerable de los participantes reporta utilizar el recurso de la medicación y el uso del alcohol,** resulta preocupante. **Dentro de aquellos que recurren a la medicación para manejar el malestar psicológico (ansiedad, ánimo, insomnio) se observa un incremento asociado a la duración de la cuarentena, del 54,38% al 72,30%.**

La **actividad social es una opción creciente** elegida por alrededor del 40% de los participantes para manejar su malestar psicológico. La vida social, en el contexto de la cuarentena, resulta un recurso importante para lidiar con el malestar emocional. Claramente, se ha volcado a las redes sociales y medios digitales.

Las **alteraciones del sueño afectan alrededor del 75% de los participantes de ambas muestras.** Estas alteraciones son uno de los síntomas más frecuentes tanto en los trastornos de ansiedad como en la depresión. La disminución de la actividad física y la menor exposición a la luz solar en las grandes urbes alteran los ciclos del sueño. **El dormir de más es la alteración del sueño más frecuente en la muestra 1 (7-11 días de cuarentena) mientras que el insomnio es el más frecuente en la muestra 2 (50-55 días de cuarentena).** Dormir más de lo habitual es considerado un síntoma depresivo atípico que suele acompañarse de falta de interés por el mundo externo y baja autoestima. La “huida” al mundo del sueño parece ser un recurso frente a la frustración de la vida en cuarentena. El insomnio, por el contrario, es la típica alteración del sueño en los trastornos depresivos y también puede estar asociado a preocupaciones acerca del curso de los eventos, la repercusión financiera, el desorden en los horarios, la dieta, siestas e innumerables factores alterados por este cambio en los hábitos y rutinas de las personas.

Con respecto a la **vida sexual, la mayoría de la población ha reportado un empeoramiento de la misma tanto en la muestra 1 como en la muestra 2.** La sexualidad es considerada una de las conductas saludables junto al deporte y la vida social. El empeoramiento de la misma se asocia con los índices de malestar y la extendida restricción social. La cuarentena obligatoria para las



personas solteras o divorciadas/separadas impide los encuentros sexuales. Es de prever que finalizada la cuenta estas dificultades vinculares persistan por el temor al contagio. Aún en parejas consolidadas la sexualidad humana puede explicarse en la tensión entre la presencia ausencia que incrementa la fantasía y el deseo. Por último, este ítem debe ser tomado con cautela porque la mayoría de los encuestados prefirió no contestar.

El consumo de alcohol se incrementa con la duración de la cuarentena. No se observa lo mismo con respecto al tabaco o las drogas ilegales. El consumo de todas estas sustancias es una de las conductas problemáticas que se implementan para manejar el malestar psicológico. Si bien proporcionan un alivio porque impactan en la neurotransmisión produciendo placer o sedación, pasado su efecto deterioran la salud global. Resulta importante incluir el riesgo de alcoholismo, en todas sus formas, en las intervenciones psicosociales.

El porcentaje de participantes con ideas suicidas aumentó significativamente de los 7-11 días a los 50-55 días de cuarentena. Este aumento es correlativo al aumento de sintomatología psicológica clínica y de riesgo de trastorno mental mencionado antes. Aunque el aumento de determinados síntomas sea esperable ante circunstancias tan extraordinarias existe el riesgo de que se incrementen trastornos que conllevan a comportamientos patológicos como la autolesión, el suicidio y la violencia doméstica que sin embargo no son inevitables. Por ejemplo, durante la epidemia del SARS 2003 se observó un aumento del 30% de suicidio en los adultos mayores (Yip et al., 2010; Nickell et al., 2004). Ambas epidemias dejaron como secuelas abuso doméstico e infantil, suicidio, autolesión, abuso de alcohol y sustancias y otros problemas psicosociales tales como falta de sentido y anomia, ciberacoso, ludopatías, rupturas de relación y delincuencia juvenil. Para prevenir estas graves consecuencias, la inclusión de intervenciones psicosociales es crítica.

Mejorar el acceso de la población a intervenciones psicológicas resulta prioritario a esta altura de la cuarentena. Cerca del 40% de la población ha reportado la necesidad de acceder a tratamiento psicológico. Entre las razones por las que no lo ha logrado se encuentran las siguientes: **en primer lugar, el problema económico**, mientras el resto de los impedimentos se agrupan en la **falta de cobertura médica y falta de respuesta de los centros de salud cercanos**. El cierre parcial de servicios de salud mental, operando solamente en guardias externas, junto al hecho de que los psicólogos clínicos aún no fueron autorizados a continuar brindando su atención de modo presencial aumenta las dificultades de acceso por parte de la población a la atención psicológica. La cantidad de profesionales capacitados y los problemas



abordables con efectividad bajo esta modalidad aún no ha sido estudiada en el país. Tampoco ha sido establecida la proporción de población que cuenta con los recursos digitales para acceder a dichos abordajes.

En la misma dirección que los estudios mencionados en la Introducción, **nuestros hallazgos enfatizan la necesidad de mejorar el seguimiento del impacto psicológico de la cuarentena y la pandemia así como evaluar las intervenciones o abordajes en crisis, tratamientos presenciales y no presenciales, para encontrar modelos óptimos de implementar.** Asimismo, es central establecer el grado de apoyo psicológico y su accesibilidad para el personal médico de primera línea, ya que como hemos dicho esta población es la que más riesgo presenta de sufrir las secuelas psicológicas.

Los resultados generales de este estudio muestran la relevancia de los factores psicológicos y promueven la inclusión de los mismos a la hora de implementar medidas de cuarentena. La medida de cuarentena obligatoria prioriza el salvamento de vidas y ese fin, de alta prioridad, debe **incluir su impacto psicológico.** El incremento del malestar psicológico puede a su vez aumentar el consumo de alcohol u otras conductas de riesgo para sí o para terceros, y el cumplimiento de la cuarentena a mediano plazo depende de la comprensión y capacidad de regulación emocional de las personas durante la misma.



Referencias

- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Castro Solano, A., Góngora, V. (2018). Protocolo para la administración del SCL-27. Versión Argentina. Manuscrito no publicado.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2017). Quarantine and isolation. <https://www.cdc.gov/quarantine/index.html> (accessed Jan 30, 2020).
- Decreto Necesidad y Urgencia DNUC 2097/2020. Ciudad de Buenos Aires, Argentina.
- de Girolamo, G., Cerveri, G., Clerici, M., Monzani, E., Spinogatti, F., Starace, F., ... & Vita, A. (2020). Mental Health in the Coronavirus Disease 2019 Emergency—The Italian Response. *JAMA psychiatry*. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.1276
- Duan, L., & Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), 300-302.
- Etchevers, M. J., Garay, C. J., Castro-Solano, A., & Fernández-Liporace, M. (2019). Estado de salud mental de la población y variables asociadas 2019. Buenos Aires, Argentina: Observatorio de Psicología Social Aplicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.psi.uba.ar/opsa/#informes>
- Hardt, J., & Gerbershagen, H. U. (2001). Cross-validation of the SCL-27: A short psychometric screening instrument for chronic pain patients. *European Journal of Pain*, 5(2), 187-197.
- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*, 10(7), 1206.
- Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., ... & Ford, T. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1).
- Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., ... & Ford, T. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
- Huremovic, D. (2019). Brief History of Pandemics (Pandemics Throughout History). En Damir Huremovic (Ed.), *Psychiatry of Pandemics: A Mental Health Response to Infection Outbreak* (pp. 7-35). Springer.



- Kun, P., Han, S., Chen, X., & Yao, L. (2009). Prevalence and risk factors for posttraumatic stress disorder: a cross-sectional study among survivors of the Wenchuan 2008 earthquake in China. *Depression and Anxiety*, *26*(12), 1134-1140.
- Manuell, M. E., & Cukor, J. (2011). Mother Nature versus human nature: public compliance with evacuation and quarantine. *Disasters*, *35*(2), 417-442.
- Nickell, L. A., Crighton, E. J., Tracy, C. S., Al-Enazy, H., Bolaji, Y., Hanjrah, S., ... & Upshur, R. E. (2004). Psychosocial effects of SARS on hospital staff: survey of a large tertiary care institution. *Cmaj*, *170*(5), 793-798.
- Taylor, S. (2019). *The Psychology of Pandemics: Preparing for the Next Global Outbreak of Infectious Disease*. Cambridge Scholars Publishing.
- Williams, S. N., Armitage, C. J., Tampe, T., & Dienes, K. (2020). Public perceptions and experiences of social distancing and social isolation during the COVID-19 pandemic: A UK-based focus group study. *medRxiv*. doi.org/10.1101/2020.04.10.20061267
- World Health Organization. (2010). What is a pandemic? http://www.who.int/csr/disease/swine_flu/frequently_asked_questions/pandemic/en/
- Yip, P. S., Cheung, Y. T., Chau, P. H., & Law, Y. W. (2010). The impact of epidemic outbreak: the case of severe acute respiratory syndrome (SARS) and suicide among older adults in Hong Kong. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, *31*(2), 86-92. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000015>.