



**OBSERVATORIO**  
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

# Salud Mental en Cuarentena

**RELEVAMIENTO DEL IMPACTO PSICOLÓGICO A  
LOS 7-11, 50-55 y 115-124 DÍAS DE  
CUARENTENA EN LA POBLACIÓN ARGENTINA**



**.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

### **Coordinadores del Estudio**

Dr. Martín J. Etchevers

Dr. Cristian J. Garay



**UBA**  
1821 Universidad  
de Buenos Aires



**OBSERVATORIO**  
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

**.UBA psicología**  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



### **Agradecimientos:**

Al Prof. Dr. Alejandro Castro Solano por su riguroso aporte en la metodología de este estudio.

A Dr. Joaquín Ungaretti por su buena y constante predisposición durante el proceso de recolección de datos.

Al Dr. Edgardo Etchezahar por agudos comentarios y precisas observaciones.

Al Prof. Dr. Gustavo González por su iniciativa y experticia en estudio de gran escala.

A nuestro Decano Prof. Jorge Biglieri por su constante e incondicional apoyo a la tarea investigativa.

### **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, 50-55 y 115-124 días de 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:

1. Etchevers MJ, Garay CJ, Putrino N, Grasso J, Natalí V, Helmich N. Salud Mental en Cuarentena. Relevamiento del impacto psicológico a los 7-11, 50-55 y 115-124 días de cuarentena en población argentina [Internet]. Observatorio de Psicología Social Aplicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires (Argentina); 2020 [actualizado 30 jul 2020; citado *FECHA CORRESPONDIENTE EN MISMO FORMATO*]. Disponible en: <http://www.psi.uba.ar/opsa/#informes>



## Contenido

Aspectos clave de este estudio .....	4
Resumen.....	5
Abstract .....	7
Introducción .....	8
Metodología.....	12
Objetivos .....	12
Esquema de variables e indicadores .....	13
Muestra .....	14
Síntomatología Psicológica Clínica .....	16
Riesgo suicida .....	17
Conductas problemáticas.....	17
Conductas saludables.....	17
Otras conductas .....	17
Consulta psicológica .....	18
Resultados.....	19
Síntomatología psicológica clínica .....	19
Actividades durante la cuarentena .....	22
Manejo del malestar psicológico .....	23
Medicación.....	24
Sueño.....	25
Vida sexual .....	27
Consumo de tabaco, alcohol y sustancias.....	28
Suicidio .....	30
Tratamiento psicológico.....	31
Discusión .....	34
Referencias.....	39



## **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 la mayoría los indicadores.
3. La flexibilización de las medidas de la cuarentena se asocian con menor sintomatología psicológica aunque no con una reducción del riesgo de trastorno mental.
4. El estudio del estado de salud mental durante la cuarentena obligatoria es crítico para diseñar intervenciones psicológicas adecuadas.
5. El estudio de intervenciones psicológicas eficaces, efectivas y eficientes es una prioridad de salud mental.
6. 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.

## Resumen

**Antecedentes.** Durante la crisis del COVID-19, Argentina implementó la medida de cuarentena obligatoria cuya duración el momento de este estudio es de 135 días y continúa. Considerable evidencia sugiere que la cuarentena se asocia a problemas de salud mental y malestar psicológico significativo. Nos proponemos estudiar el impacto psicológico de la cuarentena y la pandemia de la COVID-19 en Argentina.

**Métodos.** Se ha administrado un cuestionario en línea con muestreo incidental y estratificado de acuerdo a las regiones del país a los 7-11 días, 50-55 días y 115-124 días de cuarentena obligatoria. Los protocolos completos y válidos fueron 7.140 distribuyéndose 2.631 casos a los 7-11 días (Período 1), 2.068 casos a los 50-55 días (Período 2) y 2.441 casos a los 115-124 días (Período 3) del inicio de la cuarentena obligatoria. El estudio fue establecido para determinar: 1) el impacto de la cuarentena y la pandemia en la sintomatología psicológica clínica (SCL-27); 2) el impacto de la cuarentena y la pandemia en las conductas problemáticas (cuestionario *ad hoc*) que la población implementa durante la cuarentena obligatoria (cuestionario *ad hoc*); 3) el impacto de la cuarentena y la pandemia en las conductas saludables (cuestionario *ad hoc*); 4) la relación entre la necesidad de tratamiento psicológico y acceso de la población a servicios de salud mental durante la cuarentena y la pandemia.

**Resultados.** El porcentaje de personas en riesgo de trastorno psicológico se incrementó significativamente de 4,86% (período 1) a 7,20% (período 2) ( $z = 3.28$ ;  $p < .01$ ) y 8,10% (período 3). En el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), dicho incremento pasó de 4,9% (período 1) a 6,6% (período 2) y 9,5% (período 3) ( $z = 4$ ;  $p = .01$ ). En el período 3, 75,83% de los participantes reportó experimentar malestar psicológico, el 54,2% de los participantes reportó consumir alcohol y 43,75% consideraron necesario tratamiento psicológico.

**Interpretación.** El impacto psicológico de la cuarentena es altamente relevante y debe considerarse junto a otros aspectos sanitarios en la implementación de la cuarentena. La mayor duración de la cuarentena se correlaciona con mayor impacto psicológico negativo en la mayoría los indicadores y la flexibilización de las medidas de la cuarentena se asocian con menor sintomatología psicológica aunque no con una reducción del riesgo de trastorno mental. El estudio del estado de salud mental durante la cuarentena obligatoria es crítico para diseñar intervenciones psicológicas adecuadas. El acceso de la población a la atención de salud



**UBA**  
1821 Universidad  
de Buenos Aires



**OBSERVATORIO**  
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

**.UBA psicología**  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



mental es crucial para atenuar el impacto psicológico de la cuarentena obligatoria y prevenir sus secuelas.





## Abstract

**Background.** During the COVID-19 crisis, Argentina has enforced a mandatory quarantine and it has lasted for 135 days as of today. Considerable evidence suggests that this length is associated with mental health problems and psychological distress. We aim to study the psychological impact of quarantine and the COVID-19 pandemic in the Argentine population.

**Methods.** An online survey was administered with incidental and stratified sampling according to the regions of the country at 7-11 days, 50-55 days and 115-124 days of mandatory quarantine. The complete and valid protocols were 7,140, distributing 2,631 cases at 7-11 days (Period 1), 2,068 cases at 50-55 days (Period 2) and 2,441 cases at 115-124 days (Period 3) from the start of the mandatory quarantine. The study was established to determine: 1) the impact of quarantine and pandemic on clinical psychological symptoms (SCL-27); 2) the impact of quarantine and pandemic on problematic behaviors (ad hoc questionnaire) that the population implements during the mandatory quarantine (ad hoc questionnaire); 3) the impact of quarantine and pandemic on healthy behaviors (ad hoc questionnaire); 4) the relationship between the need for psychological treatment and the population's access to mental health services during the quarantine and the pandemic.

**Results.** The percentage of people at risk of psychological disorder increased significantly from 4.86% (period 1) to 7.20% (period 2) ( $z = 3.28, p < .01$ ), and 8.10% (period 3) in the whole country. In the Buenos Aires Metropolitan Area (AMBA), the increase went from 4.9% (period 1) to 6.6% (period 2), and 9.5% (period 3) ( $z = 4, p = .01$ ). In period 3, 75.83% of the participants reported experiencing psychological distress, 54.2% of the participants reported consuming alcohol and 43.75% considered psychological treatment necessary.

**Interpretation.** The psychological impact of quarantine is highly relevant and must be considered together with other aspects of health in the implementation of quarantine. Longer quarantine duration correlates with greater negative psychological impact on most indicators, and more flexible quarantine measures are associated with fewer psychological symptoms, though not a reduction in the risk of mental disorder. The study of the state of mental health during the mandatory quarantine is essential to design adequate psychological interventions. Population access to mental health care is crucial to mitigate the psychological impact of mandatory quarantine and prevent its consequences.





## Introducción

El 31 de diciembre de 2019, la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue notificada del brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19) en Wuhan (China) (WHO, 2020a). El 11 de marzo la COVID-19 (enfermedad causada por el SARS-CoV-2) fue reconocida como *pandemia* por la OMS (WHO, 2020b). 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. Los mismos 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 dicha enfermedad contagiosa de aquellas que no (Manuell, & Cukor, 2011).

Recientemente, la *cuarentena* se ha utilizado ante 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 regresaban 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, el primer caso confirmado de COVID-19 se detectó el 3 de marzo de 2020. Primeramente, se comenzó a aislar a la totalidad de las personas que regresaban 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, una vez tomada la medida. A partir del 20 de marzo de 2020, 17 días después del primer caso confirmado de COVID-19, 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).



Al momento de este informe, **la cuarentena obligatoria lleva cerca de 135 días**, durante los cuales se realizaron modificaciones de diverso tipo. Aproximadamente luego de 2 meses, el país fue diferenciándose en cuanto a las restricciones de la cuarentena (fases). Así, con excepción del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), el resto del país fue accediendo a diferentes flexibilizaciones de las medidas, incluyendo la posibilidad de atención psicológica presencial, reuniones sociales de hasta diez personas, actividades deportivas individuales, entre otras. Se autorizaron medidas de apertura según las características de cada distrito. Recientemente, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 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, actividad física individual en ciertos horarios y de acuerdo a número de documento, mientras que en ciudades más pequeñas o con pocos casos las aperturas fueron mayores. Actualmente se utiliza los términos de “cuarentena intermitente” y “cuarentena por fases” para referirse a los cambios que se van sucediendo en función de diferentes factores.

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

De estudios de epidemias y pandemias anteriores a la actual (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. Sobre epidemias anteriores, 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 de 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).



Actualmente, los estudios y publicaciones científicas sobre el impacto de la pandemia y las cuarentenas en la salud mental se han incrementado alrededor de todo el mundo (Mazza et al., 2020; Sandín et al., 2020). Las recientes y dramáticas experiencias con el COVID-19 muestran resultados similares o más graves en los actuales 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 relevancia 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 determinante 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; Duan & Zu). 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



**UBA**  
1821 Universidad  
de Buenos Aires



**OBSERVATORIO**  
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

**.UBA psicología**  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



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 tiene el mayor número de psicólogos por habitantes (Alonso, Klinar, & Gago, 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 cuarentenas y las pandemias, este estudio tiene por objetivo conocer cómo las mismas afectan psicológicamente a la población de Argentina. Continuando la tarea iniciada a pocos días de comenzada la cuarentena y del primer caso confirmado de COVID-19 en el país, este informe presenta los hallazgos obtenidos a los 115-124 días de cuarentena obligatoria y los compara con aquellos obtenidos a los 7-11 y 50-55 días.



## Metodología

### Objetivos

#### *Objetivo general*

1. Conocer el estado de salud mental de la población argentina y las conductas que implementa para lidiar con el malestar psicológico durante tres períodos de la cuarentena obligatoria implementada a partir de la pandemia de la COVID-19 en Argentina (7-11 días, 51-56 y 115-124 días).

#### *Objetivos específicos*

1. Conocer 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. Conocer el impacto de la duración de la cuarentena en las conductas problemáticas que implementa la población durante la cuarentena obligatoria (cuestionario *ad hoc*).
3. Conocer el impacto de la duración de la cuarentena en las conductas saludables que implementa la población durante la cuarentena obligatoria (cuestionario *ad hoc*).
4. Conocer el impacto de la duración de la cuarentena en otras conductas (cuestionario *ad hoc*) que implementa la población durante la cuarentena obligatoria
5. Conocer el impacto diferencial de la cuarentena en las diferentes regiones del país, diferenciando áreas rurales y áreas urbanas.
6. Conocer el riesgo suicida a los 115-124 días de cuarentena obligatoria en el país, diferenciando el AMBA y el resto del país (RASS).
7. Conocer la necesidad percibida de tratamiento psicológico y el acceso de la población a los servicios de salud mental durante la cuarentena obligatoria.

## Esquema de variables e indicadores

	<b>Definición</b>	<b>Instrumento</b>
<b>A. Sintomatología Psicológica Clínica</b>	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 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> . Se calculó el Índice de Severidad Global (GSI).
<b>B. Riesgo suicida</b>	Se consideró riesgo suicida a partir de una escala apropiada, confiable y válida	RASS (Risk Assessment Suicidal Scale) (Fountoulakis et al., 2012), versión española de 12 ítems
<b>C. Conductas problemáticas</b>	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.
<b>D. Conductas saludables</b>	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.
<b>E. Otras conductas</b>	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.
<b>F. Consulta psicológica</b>	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 una muestra probabilística, estratificada según regiones geográficas del país a los 7-11 días, 50-55 días y 115-124 días de la cuarentena obligatoria (Períodos 1, 2 y 3 respectivamente). Los protocolos completos y válidos totalizaron 7140 casos. De acuerdo a los períodos en los cuales se realizaron las tomas, se dividen en 2631 casos a los 7-11 días (Período1) (27 al 31 de marzo de 2020), 2068 casos a los 50-55 días (Período2) (8 al 12 de mayo de 2020) y 2441 casos a los 115-124 días (Período3) (13 al 21 de julio). En la tabla 1, puede observarse las características de la Muestra.

	Período 1		Período 2		Período 3	
	N	%	N	%	N	%
<b>Edad</b>						
18-20	113	4,3	119	5,75	150	6,15
21-29	472	17,9	321	15,52	368	15,08
30-39	750	28,5	439	21,23	333	13,64
40-49	469	17,8	661	31,96	402	16,47
50-59	450	17,1	280	13,54	622	25,48
60 o más	377	14,3	248	11,99	566	23,19
<b>Género</b>						
Mujeres	1205	45,8	1050	50,77	1571	64,36
Hombres	1415	53,8	1007	48,69	856	35,07
Otros	11	0,4	11	0,53	14	0,57
<b>Nivel educativo</b>						
Primario incompleto	26	1	19	0,92	13	0,53
Primario completo	117	4,4	61	2,95	56	2,29
Secundario incompleto	358	13,6	265	12,81	213	8,73
Secundario completo	698	26,5	512	24,76	549	22,49
Terciario incompleto	306	11,6	233	11,27	284	11,63
Terciario completo	402	15,3	361	17,46	487	19,95
Universitario incompleto	431	16,4	348	16,83	449	18,39
Universitario completo	293	11,1	269	13,01	390	15,98
<b>Sector socioeconómico</b>						
Bajo	1201	45,7	843	40,77	879	36,03
Medio	1281	48,7	1072	51,84	1305	53,46
Alto	149	5,7	153	7,4	257	10,52
<b>TOTAL</b>	<b>2631</b>	<b>100</b>	<b>2068</b>	<b>100</b>	<b>2441</b>	<b>100</b>

Tabla 2. Características del período 1 (7-11 días de cuarentena obligatoria), el período 2 (50-55 días de cuarentena obligatoria) y el período 3 (115-124 días de cuarentena obligatoria).



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

Región Geográfica	Período 1		Período 2		Período 3	
	N	%	N	%	N	%
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	293	11,1	268	12,96	385	15,77
Gran Buenos Aires Sur	328	12,5	284	13,73	326	13,36
Gran Buenos Aires Norte	246	9,4	199	9,62	244	10
Gran Buenos Aires Oeste	292	11,1	260	12,57	325	13,31
Interior de la Provincia de Buenos Aires	409	15,5	257	12,43	337	13,81
Córdoba	322	12,2	257	10,74	259	10,61
Rosario	269	10,2	178	8,61	189	7,75
Mendoza	246	9,4	157	7,59	214	8,77
Tucumán	226	8,6	111	5,37	162	6,63
Neuquén	-	-	132	6,38	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>2631</b>	<b>100</b>	<b>2068</b>	<b>100</b>	<b>2441</b>	<b>100</b>

Tabla 3. Distribución geográfica del período 1 (7-11 días de cuarentena obligatoria), el período 2 (50-55 días de cuarentena obligatoria) y el período 3 (115-124 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.

A partir de la SCL-27, se calcularon dos índices:

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

El **Índice de riesgo de trastorno psicológico o mental** se calculó 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”.

El **Índice de Severidad Global (GSI)** 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.

## Riesgo suicida

Se administró la Escala de Evaluación de Riesgo Suicida, RASS (*Risk Assessment Suicidal Scale*), versión española (Fountoulakis et al., 2012). Se trata de una versión autoadministrada de 12 ítems. Dado que su confiabilidad y validez es equivalente a otros instrumentos de mayor extensión, fue incluida por su brevedad y adecuación a las características de este estudio.

Asimismo, se incluyó una pregunta *ad hoc* para evaluar la relación percibida entre los pensamientos de muerte y suicidio con la crisis del COVID-19.

## 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.

## 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.

## Otras conductas

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



**UBA**  
1821 Universidad  
de Buenos Aires



**OBSERVATORIO**  
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

**.UBA psicología**  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



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.

## **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.

## Resultados

### Sintomatología psicológica clínica

#### *Riesgo de trastorno mental*

Se observó un **aumento significativo** ( $z = 3,28, p < .01$ ) de casos en riesgo de padecer trastorno psicológico o mental al comparar el período 1 y el período 2. En el período 1 (7-11 días de cuarentena obligatoria) la prevalencia de riesgo de trastornos psicológicos asciende a **4,86%**, el período 2 (50-55 días de cuarentena obligatoria) es **7,2%** y en el período 3 (115-124 días de cuarentena obligatoria) **se incrementa a 8,1%, manteniéndose la tendencia.**

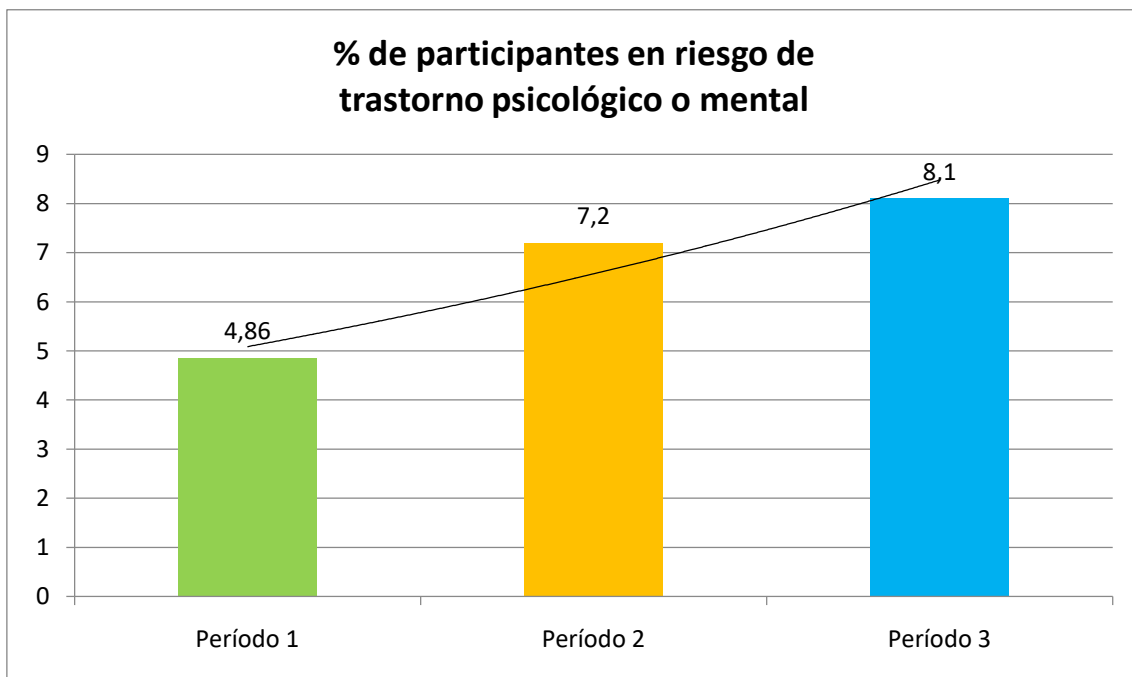


Gráfico 2. Proporción de participantes en riesgo de padecer trastorno mental o psicológico del período 1 (7-11 días de cuarentena obligatoria), el período 2 (50-55 días de cuarentena obligatoria) y el período 3 (115-124 días de cuarentena obligatoria).

Esta diferencia es más acentuada en el AMBA, pasando del 4,9% en el período 1 al 6,6% en el período 2 y 9,5% en el período 3, siendo significativa la diferencia entre los períodos 2 y 3 ( $z = 4$ ,  $p = .01$ ), como puede observarse en el siguiente gráfico.

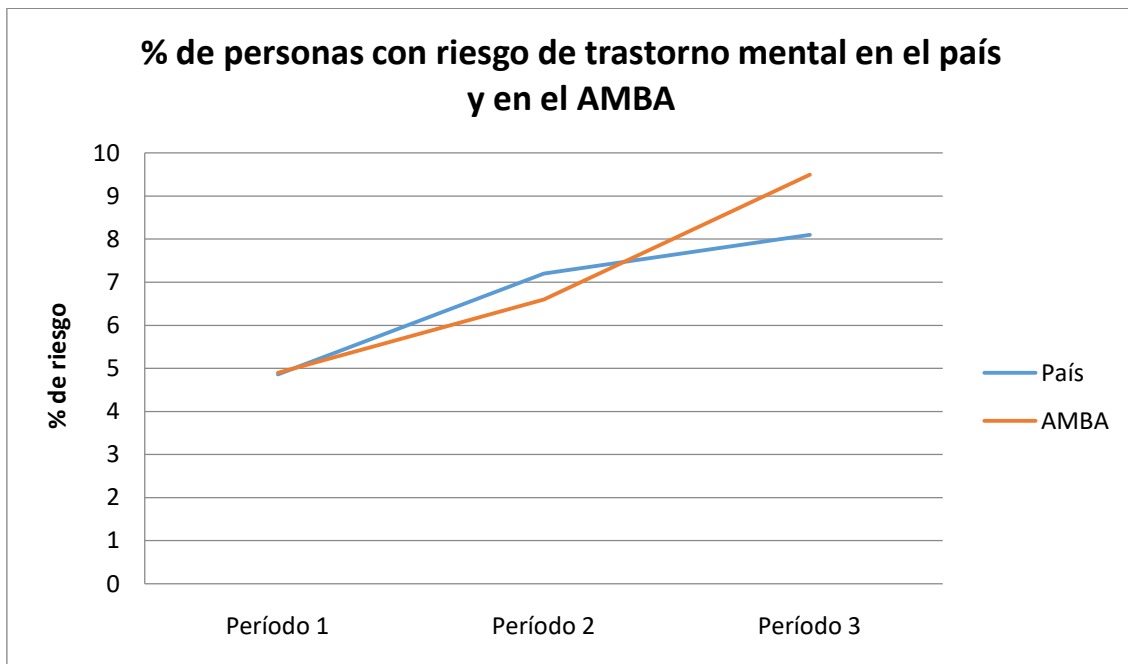


Gráfico 3. Proporción de participantes en riesgo de padecer trastorno mental o psicológico del período 1 (7-11 días de cuarentena obligatoria), período 2 (50-55 días de cuarentena obligatoria) y período 3 (115-124 días de cuarentena obligatoria) en el país y en el AMBA.

Nota: AMBA = Área Metropolitana de Buenos Aires.

Al comparar el contexto (urbano o rural) donde residen los participantes del período 3, se observó que en las ciudades de más de 100 mil habitantes, el riesgo de trastorno mental alcanza 6,5% mientras que en las ciudades, pueblos y contextos con menos de 100 mil habitantes es de 2,5%.



### Índice de Severidad Global (GSI)

La media del Índice de Severidad Global (GSI) de los 2631 participantes del período 1 (7-11 días de cuarentena obligatoria) fue de 0,85 mientras que dicho índice de los 2068 participantes del período 2 (50-55 días de cuarentena obligatoria) fue de 1,96. Es decir, **a los 50-55 días se observó más del doble de indicadores de sintomatología psicológica clínica que a los 7-11 días de cuarentena obligatoria** ( $t_{(2067)} = -50,664, p < .001$ ). A los 115-124 días de cuarentena obligatoria se observó una disminución de la media a nivel general, superior a la muestra del período 1 (7-11 días) pero inferior a la muestra del período 2 (50-55 días).

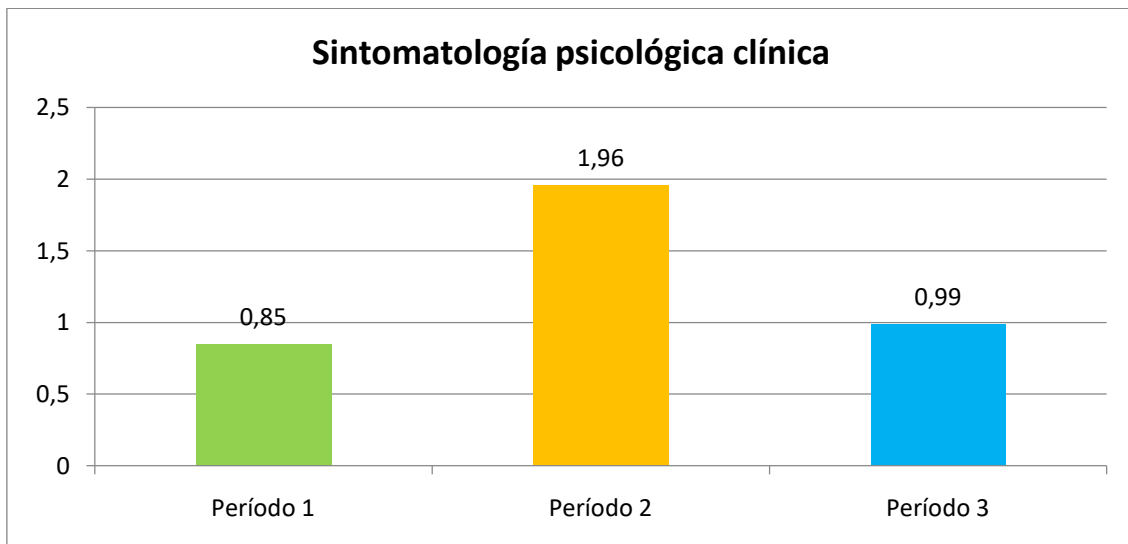


Gráfico 1. Medias del Índice de Severidad Global (GSI) de la SCL-27 del período 1 (7-11 días de cuarentena obligatoria), el período 2 (50-55 días de cuarentena obligatoria) y el período 3 (115-124 días de cuarentena obligatoria).

En el período 1 (7-11 días de cuarentena obligatoria) y 3 (115-124 días de cuarentena obligatoria), no hay diferencias significativas según lugar de residencia. En el período 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,  $F_{(9,14,42)} = 3,15; p < .001$ .



## Actividades durante la cuarentena

Tanto en el período 1 (7-11 días de cuarentena obligatoria) como en el período 2 (50-55 días de cuarentena obligatoria) y el período 3 (115-124 días de cuarentena obligatoria) se observó que **menos de la mitad de los participantes realiza alguna de las siguientes actividades que se consideran saludables o protectoras:** actividad física, meditación, práctica religiosa o yoga.

Puede destacarse un incremento sostenido de la práctica del yoga del 8,17% al 9,91% y al 12,13% y una disminución sostenida de la práctica religiosa del 20,14% al 17,75% y al 15,85% de los participantes en los períodos 1, 2 y 3 respectivamente.

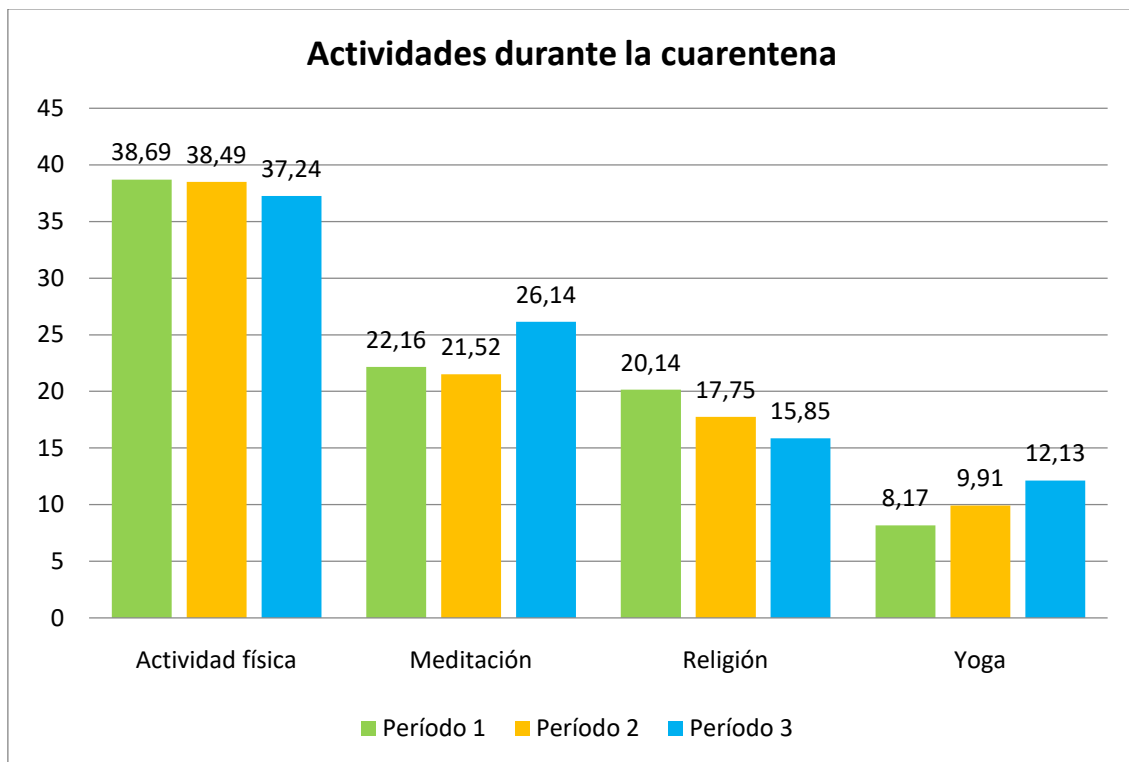


Gráfico 4. Actividades de los participantes a los 7-11 días (período 1), 50-55 días (período 2) y 115-124 días de cuarentena obligatoria (período 3).

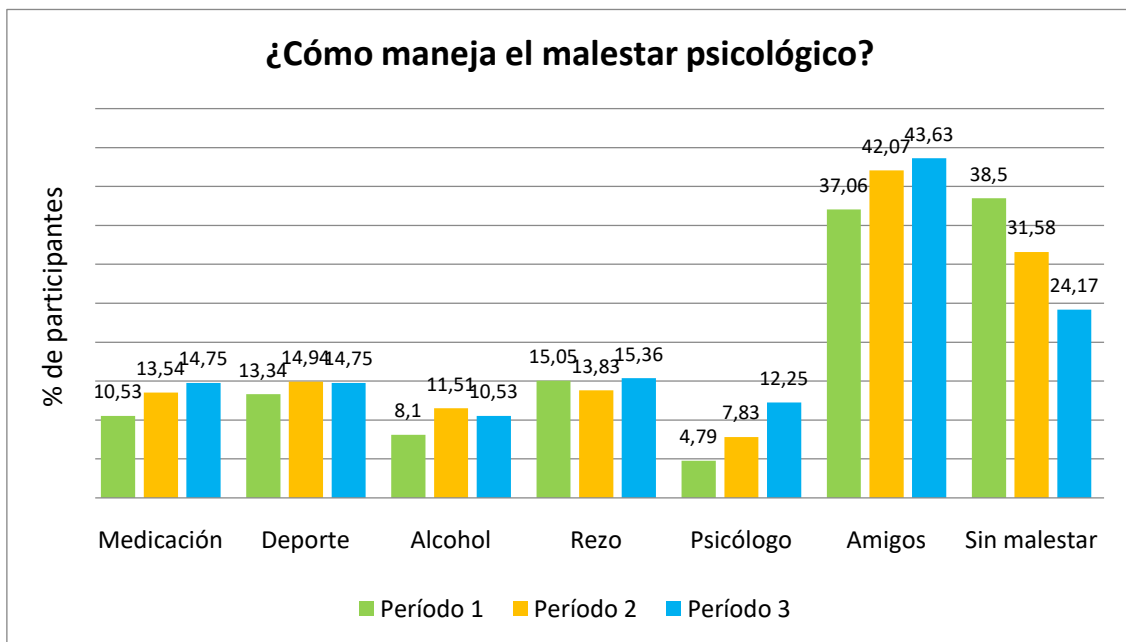
## Manejo del malestar psicológico

Cuándo se les preguntó a los participantes de las tres muestras “¿Qué haces cuando experimentas malestar psicológico o tenés problemas emocionales?”, las respuestas se modificaron del siguiente modo.

En los tres períodos estudiados se observó un incremento sostenido de la consulta psicológica, del uso de medicación sin prescripción médica (automedicación) y la conversación con confidentes amigos. La consulta psicológica va del 4,79% al 7,83% y al 12,25% a los 115-124 días. El uso de medicación sin prescripción médica (automedicación) pasa del 10,53% al 13,54% y al 14,75% a los 115-124 días. La conversación con confidentes amigos del 37,06% al 42,07% y al 43,63% a los 115-124 días. El uso del deporte se incrementó del 13,34% al 14,94% y luego descendió levemente al 14,75% de los participantes.

Se redujo el grupo que no experimenta malestar del 38,5% al 31,58% y al 24,17% de los participantes. Dicho de otro modo, **casi el 75% de los participantes experimentan malestar psicológico a los 115-124 días de cuarentena obligatoria.**

Los resultados pueden apreciarse en el siguiente gráfico.



Gráficos 5. Conductas frente al malestar psicológico a los 7-11 días (período 1), 50-55 días (período 2) y 115-124 días de cuarentena obligatoria (período 3).

## Medicación

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 los períodos 1 y 2. Es decir, **los participantes toman más medicación para manejar su estado psicológico a los 50-55 días de cuarentena obligatoria**. Al considerar el período 3, los objetivos “disminuir la ansiedad” y “dormir” descienden incluso por debajo del porcentaje del período 1. **Se observa un incremento sostenido desde el período 1 al período 3, en los objetivos “relajarme” y “manejar mis nervios”**. El objetivo “mejorar mi estado de ánimo” desciende con respecto a la muestra 2 (7,66% versus 10,2%) pero sigue por encima del porcentaje del período 1 (7,66% versus 7,41%).

Los resultados pueden verse en el siguiente gráfico.

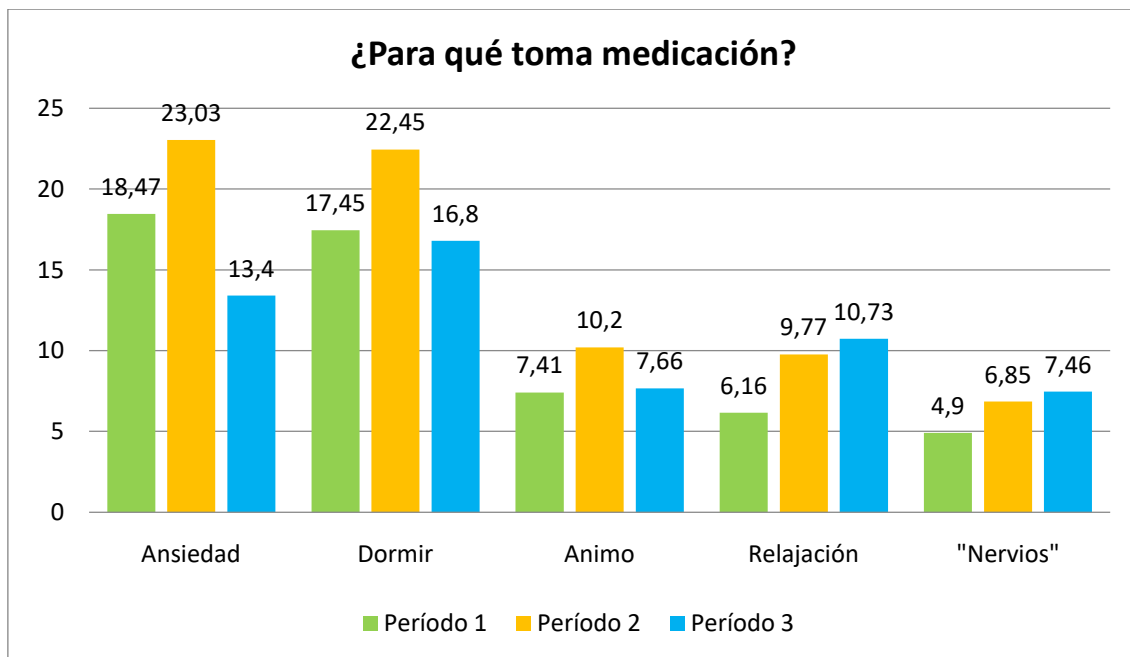


Gráfico 6. Porcentajes de los objetivos de la toma de medicación elegidos por los participantes a los 7-11 días (período 1), 50-55 días (período 2) y 115-124 días de cuarentena obligatoria (período 3).

## Sueño

Se observó un aumento del porcentaje de participantes con alteraciones del sueño de 73,7% del período 1 al 76,06% de los participantes del período2, y nuevamente un descenso al 73,99% del período 3, como puede verse en el siguiente gráfico.

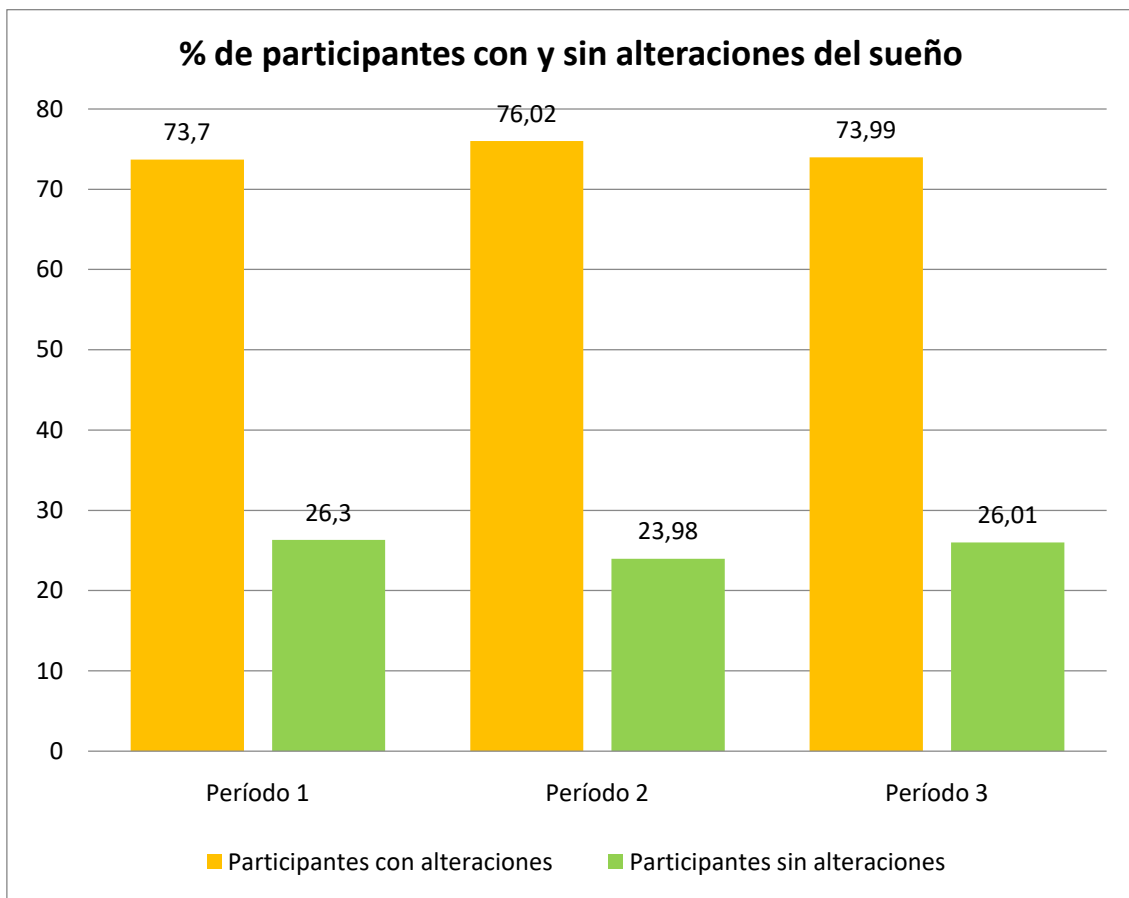


Gráfico 7. Porcentaje de participantes con alteraciones del sueño a los 7-11 días (período 1), 50-55 días (período 2) y 115-124 días de cuarentena obligatoria (período 3).



Entre las alteraciones del sueño más frecuentes de los participantes de las tres muestras se observó un descenso sostenido desde el período 1 al período 3 del porcentaje de participantes que reportan “dormir más”. En el período 3, el insomnio disminuye por debajo del porcentaje de los períodos 1 y 2. Los porcentajes pueden observarse en el siguiente gráfico.

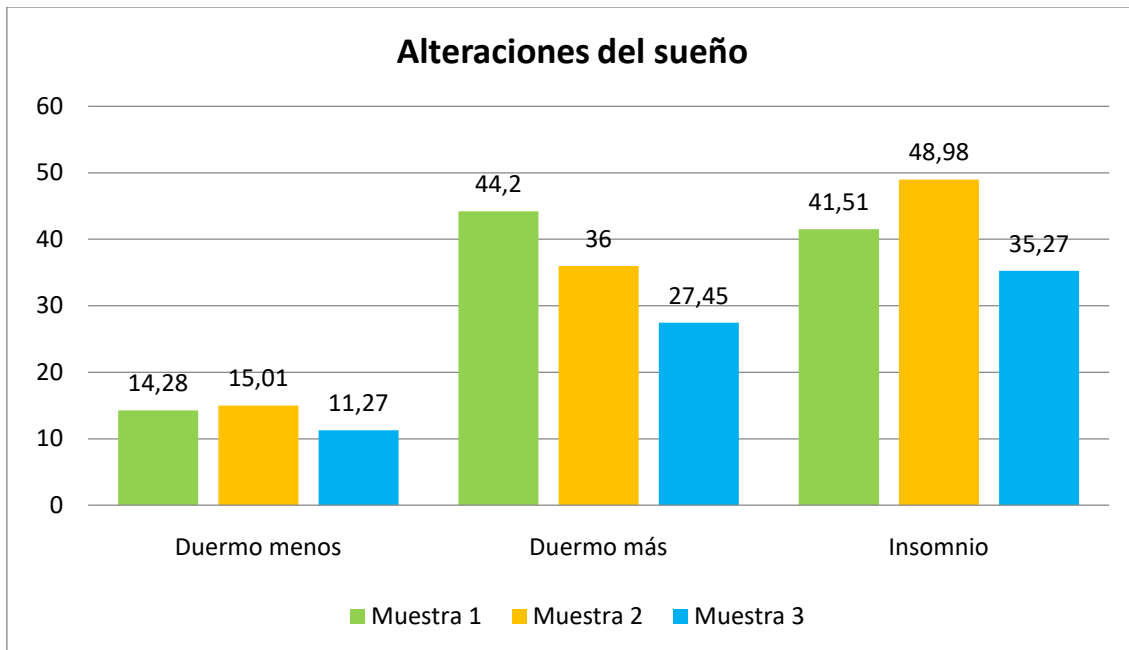


Gráfico 8. Porcentaje de participantes con diferentes tipos de alteraciones del sueño a los 7-11 días (período 1), 50-55 días (período 2) y 115-124 días de cuarentena obligatoria (período 3).

## Vida sexual

A lo largo de la cuarentena obligatoria, tanto en el período 1 como en el período 2 y 3, alrededor del 80% de los participantes informaron que su vida sexual empeoró, como puede verse en el siguiente gráfico.

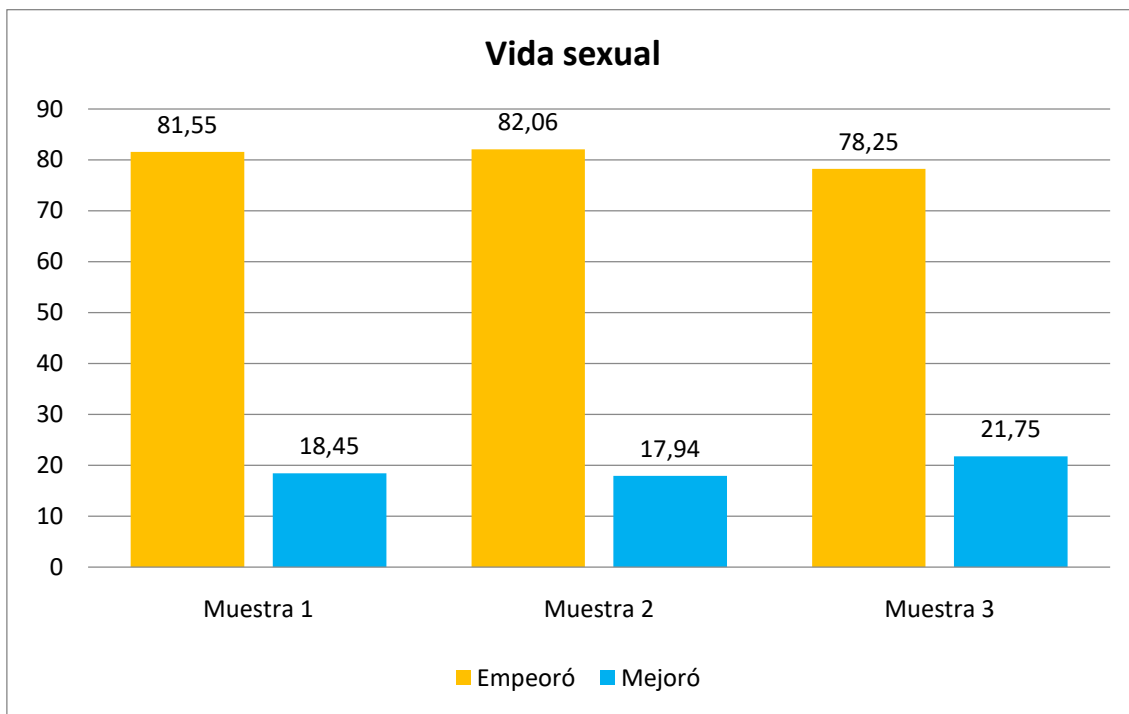


Gráfico 9. Cambios en la vida sexual a los 7-11 días (período 1), 50-55 días (período 2) y 115-124 días de cuarentena obligatoria (período 3).

## Consumo de tabaco, alcohol y sustancias

Con respecto al consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales, se observó **un incremento sostenido en el consumo de alcohol: 37,51% en el período 1, 41,15% en el período 2 y 54,20% en el período 3 reportaron consumir alcohol.**

Se observó también **un leve incremento en el consumo de drogas ilegales: 10,45% en el período 1, 10,49% en el período 2 y 12,13% en el período 3 reportaron consumir drogas ilegales.**

Se registró una leve **disminución del consumo de tabaco: 29,76% en el período 1, 26,31% en el período 2 y 25,97% en el período 3 reportaron consumir tabaco.**

Los resultados pueden observarse también en el siguiente gráfico.

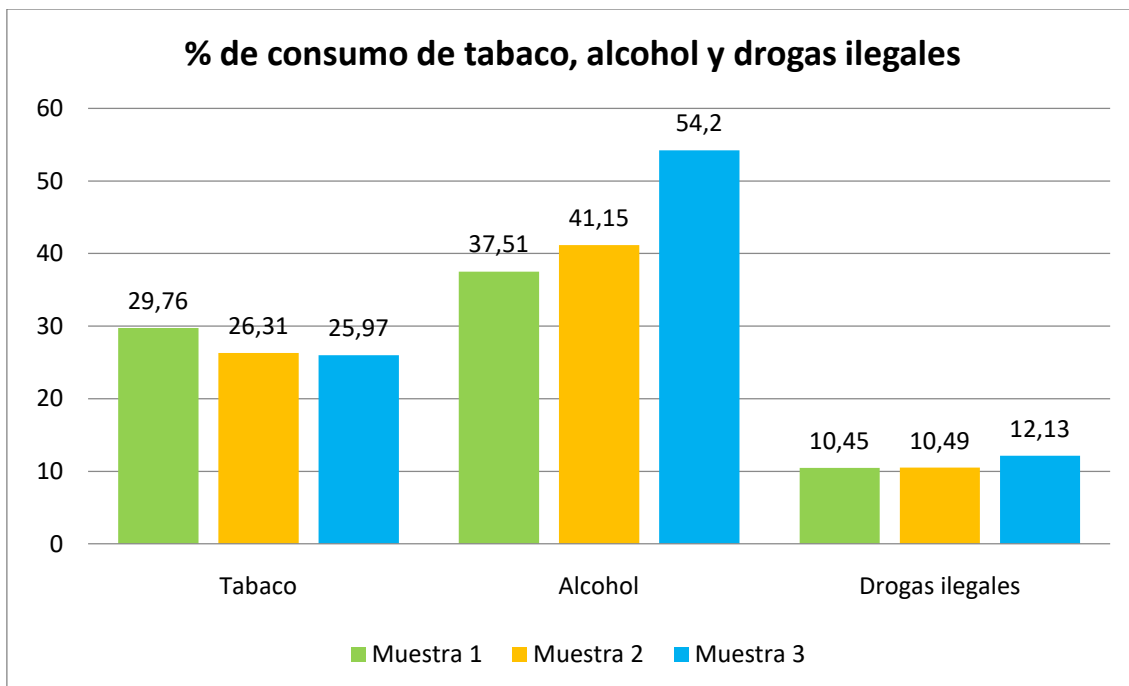


Gráfico 10. Consumo de tabaco, alcohol y drogas a los 7-11 días (período 1), 50-55 días (período 2) y 115-124 días de cuarentena obligatoria (período 3).



Cuando se les preguntó a los participantes si debido a la cuarentena había aumentado el consumo de tabaco, alcohol o drogas ilegales, se observó que un porcentaje creciente de participantes reportaron un **incremento en el consumo de tabaco: 48,19% a los 7-11 días, 47,79% a los 50-55 días y 54,89% a los 115-124 días de cuarentena obligatoria.**

Del mismo modo, se observó que un porcentaje creciente de participantes reportaron un **incremento en el consumo de alcohol: 27,43% a los 7-11 días, 33,73% a los 50-55 días y 35,53% a los 115-124 días de cuarentena obligatoria.**

Con respecto a las drogas ilegales, el aumento que se observó entre los 7-11 días y los 50-55 días de cuarentena obligatoria, se observó a los 115-124 días con respecto a los 7-11 días pero no respecto a los 50-55 días de cuarentena: 27,53% a los 7-11 días, 35,78% a los 50-55 días y **35,32% a los 115-124 días de cuarentena obligatoria reportaron un incremento en el consumo de drogas ilegales.**

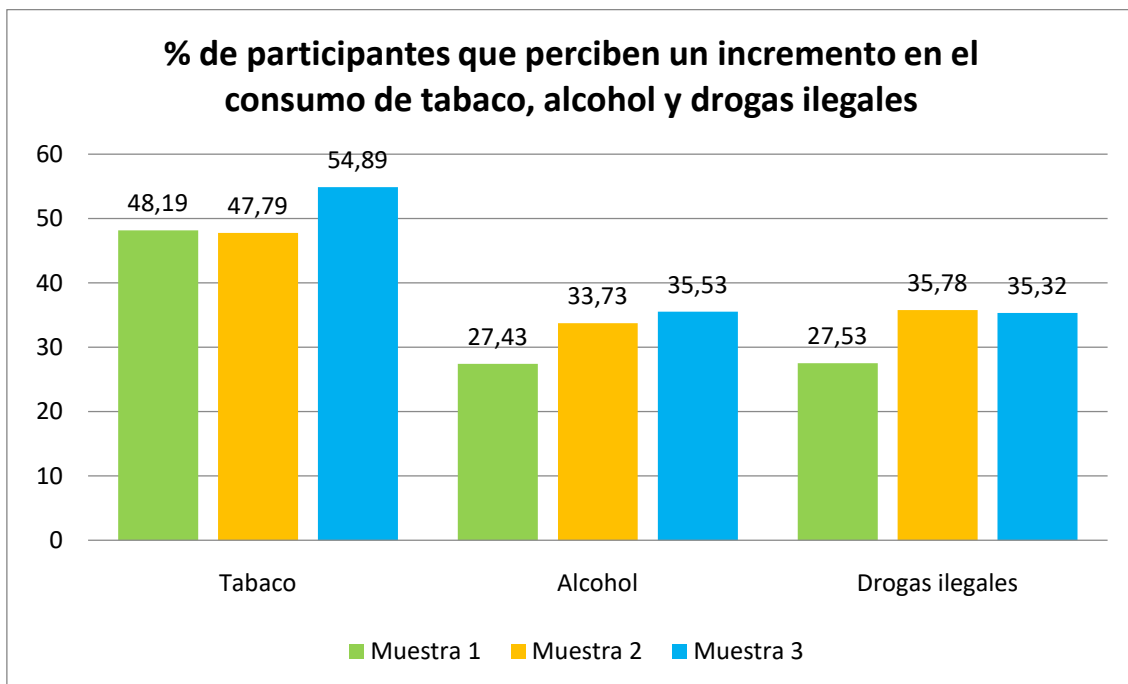


Gráfico 11. Cambios en el consumo de tabaco, alcohol y drogas a los 7-11 días (período 1), 50-55 días (período 2) y 115-124 días de cuarentena obligatoria (período 3).

## Suicidio

Las dimensiones de la RASS se componen de intención de suicidio, cuán aferrados se encuentran a la vida y la historia de intentos. De acuerdo a los hallazgos, se observa un incremento con respecto a los hallazgos de los períodos 1 y 2. Se presentan los resultados en el siguiente gráfico.

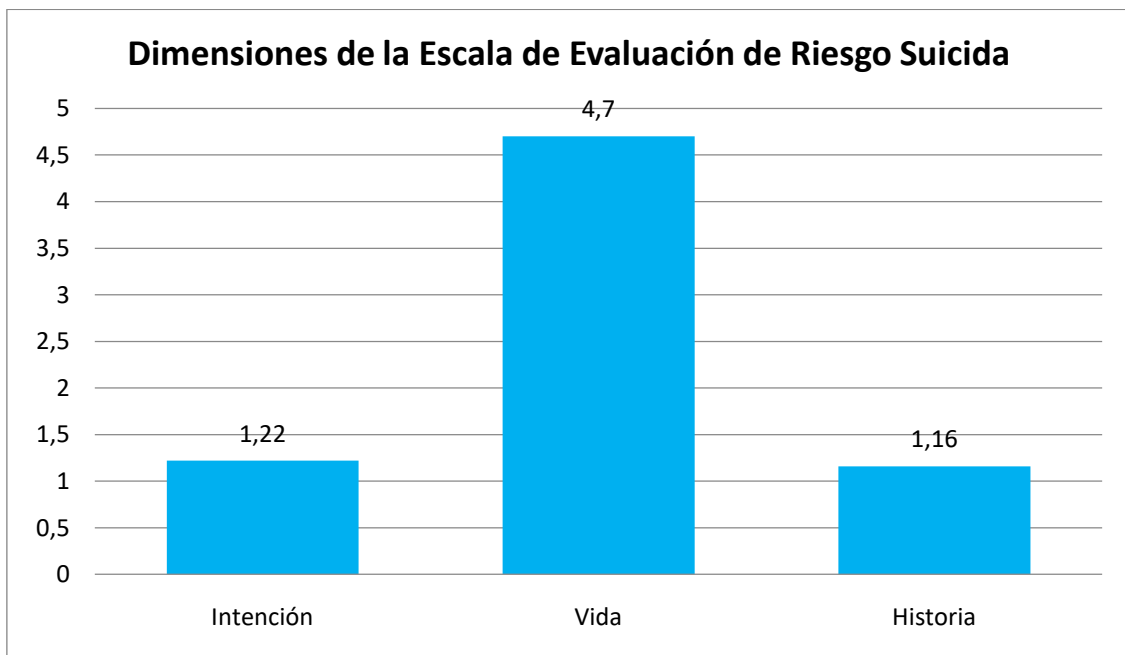


Gráfico 12. Dimensiones de la Escala de Evaluación de Riesgo Suicida (RASS) en el período 3 (115-124 días de cuarentena obligatoria).

Durante el período 3, al preguntar “¿Cuánto ha cambiado su tendencia a pensar en la muerte y/o en el suicidio, comparado con antes de la pandemia del COVID-19?”, 31,1% (n=731) de 2425 participantes respondieron que existe un cambio (distribuyéndose en poco, bastante y mucho) y 69,9% (n=1694) respondieron que no. Es decir, para el 31.1% de los participantes la crisis modificó sus pensamientos de muerte y/o suicidio. **Un 4,3% (n=105) consideró que sus pensamientos sobre la muerte y el suicidio cambiaron mucho durante la pandemia de COVID-19.**

No se observaron diferencias entre contextos urbano y rural.

## Tratamiento psicológico

En el período 2, **14,05% (n=290)** de los participantes y en el período 3, **15,90% (n=388)** de los participantes reportaron encontrarse en tratamiento psicológico. De estos 388 participantes, la mayoría (n=298) realizan tratamiento a distancia y una minoría (n=90), presencial.

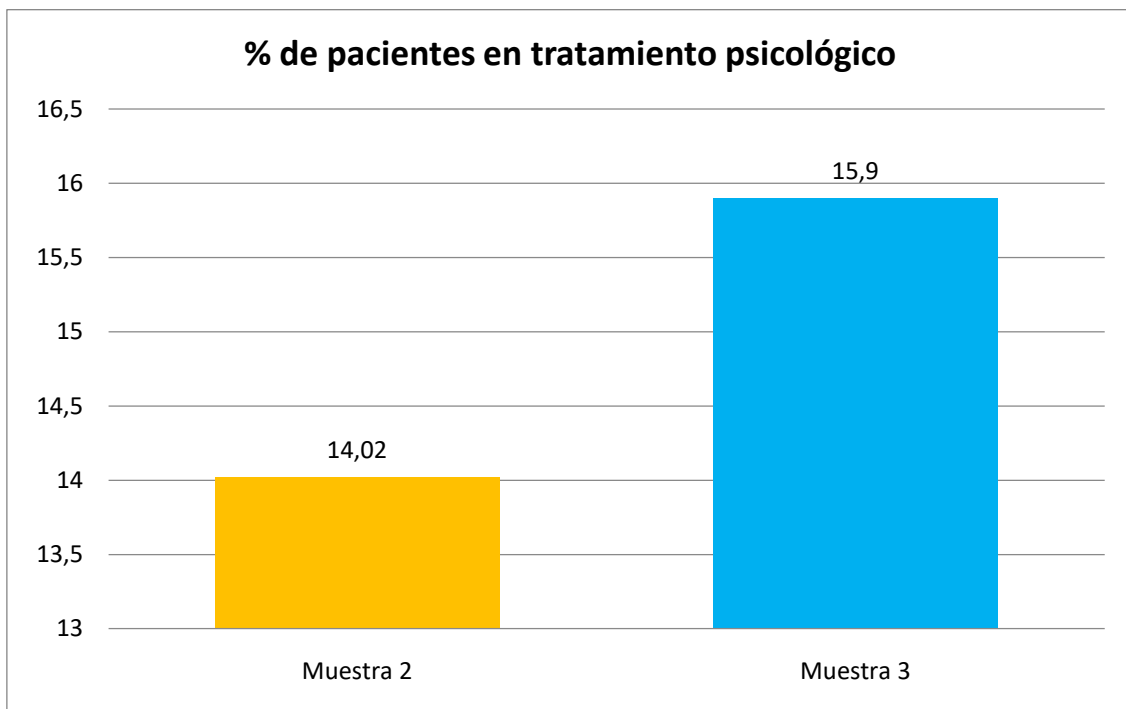


Gráfico 13. Porcentaje de pacientes en tratamiento psicológico a los 50-55 días (período 2) y los 115-124 días de cuarentena obligatoria (período 3).

El **43,75%** de los participantes que no realizan tratamiento psicológico reportó necesitarlo, porcentaje considerablemente mayor al del período 2 (37,55%).

Los resultados pueden apreciarse en el siguiente gráfico.

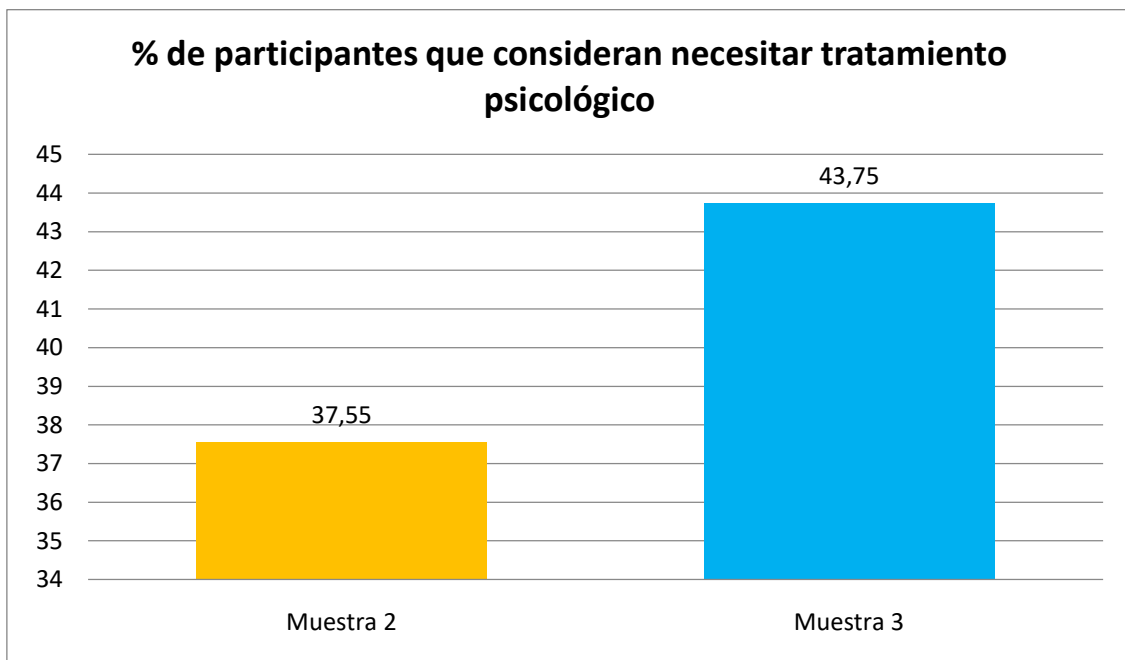


Gráfico 14. Porcentaje de participantes que consideran que necesitan realizar tratamiento psicológico a los 50-55 días (período 2) y los 115-124 días de cuarentena obligatoria (período 3).

Los problemas económicos y de acceso a la atención psicológica se destacan sobre otras barreras para realizar tratamiento psicológico por parte de aquellos que consideran necesitarlo. Las respuestas se observan en el siguiente gráfico (los participantes podrían dar más de una respuesta).

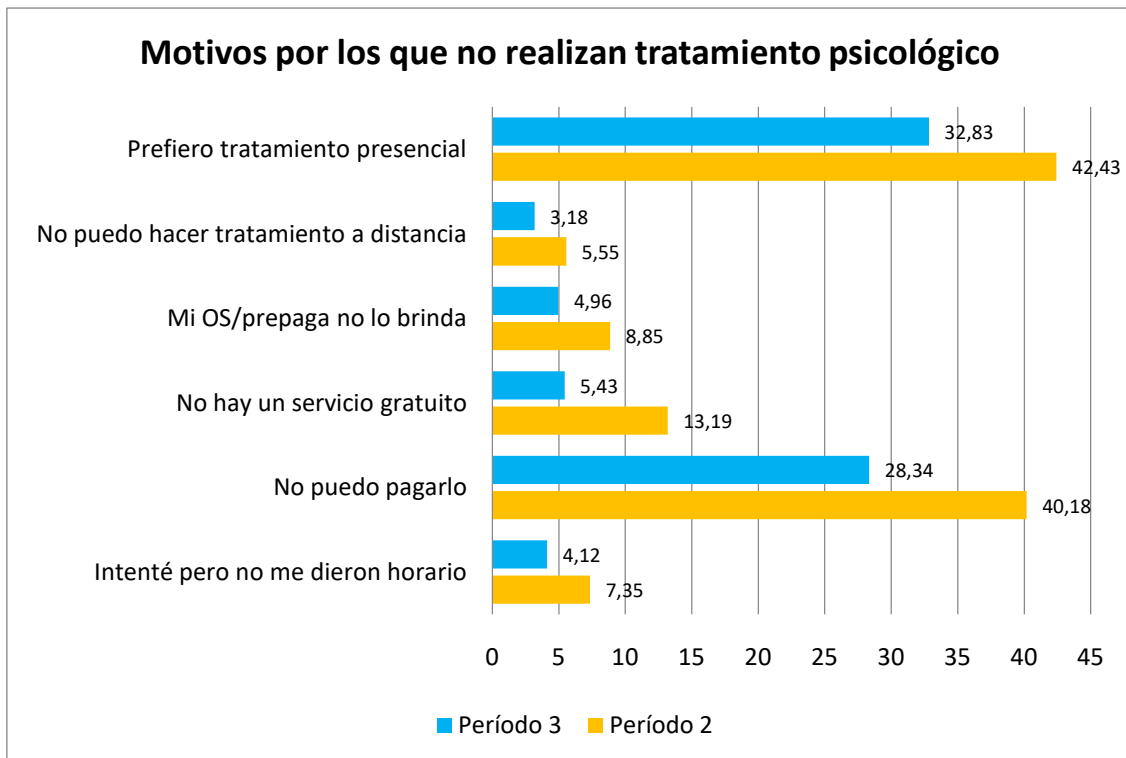


Gráfico 15. Motivos por los cuales los participantes que consideran necesario realizar tratamiento psicológico no lo realizan, a los 50-55 días (período 2) y los 115-124 días de cuarentena obligatoria (período 3).



## Discusión

Este estudio detecta **un incremento sostenido y significativo** de la cantidad de personas en **riesgo de padecer un trastorno psicológico o mental en los tres períodos de cuarentena estudiados**. Recordemos que este dato es relevante porque **una vez instalado un trastorno mental se requieren intervenciones de mayor complejidad, por parte de especialistas y muchas veces no son suficientes las intervenciones a distancia que proporciona la telesalud** (v.g., psicólogo clínico, médico psiquiatra, y otros integrantes del equipo de salud, especialistas en psicopatología). Este incremento sostenido es mayor en la región de mayor densidad poblacional del país: el AMBA, llegando a casi el 10% de la población con riesgo de trastorno mental. Esta es la región donde las medidas de la cuarentena son más estrictas y la incidencia de la pandemia es mayor, tanto en tasas de morbilidad como de mortalidad. La diferencia observada entre habitantes de contextos urbanos y rurales puede ser interpretada en el mismo sentido. Al mayor riesgo de contagio debe agregársele el mayor riesgo de trastorno mental que existe en las grandes ciudades en comparación con aquellas más pequeñas y los contextos rurales, con independencia de la pandemia y la cuarentena.

Por su parte, **los indicadores de síntomas psicológicos clínicos a nivel global (GSI) se incrementaron significativamente del período 1 al 2 y luego descienden del período 2 al 3, acercándose a los niveles del período 1**. La muestra del período 2 presentó más del doble del indicador de síntomas que la muestra del período 1 y a los 115-124 días de cuarentena (período 3) se observa dicho descenso. Esta reducción del período 3 podría relacionarse con las flexibilizaciones de la medida de cuarentena y con una adaptación de los participantes a la situación, como se ha observado en otro contexto (University of Southern California Coronavirus Study, 2020). Si bien se mantuvieron en general todas las medidas y restricciones de la cuarentena obligatoria para el AMBA, en muchas provincias del interior del país las medidas fueron flexibles y se pasó a diferentes fases y al momento de redactar el presente informe el término utilizado oficialmente es el de “cuarentena intermitente” o “cuarentena por fases”. Asimismo, el cumplimiento de la cuarentena por parte de la población puede ser analizado considerando otras variables, como por ejemplo la circulación y la cantidad de operativos de control de tránsito y pasajeros. Considerando esto último, es posible pensar que si bien formalmente durante este último periodo, es decir, las dos semanas comprendidas entre el 5 y el 19 de julio, las medidas fueron equivalentes en cuanto a las restricciones a las del inicio de la cuarentena, es posible que no se hayan logrado los mismos resultados, particularmente durante la última semana. Otro factor a considerar es el aprendizaje de la



población con respecto a las medidas de cuidado. La posibilidad por parte de la población de tolerar las restricciones ha sido considerada por muchos países en su planificación, por ejemplo, de acuerdo al modelo de “Rueda del cambio conductual” (Michie et al., 2011). Numerosas publicaciones científicas (Van Bavel et al., 2020; West et al., 2020) comunican y monitorean el estado de salud mental de la población con fines preventivos y terapéuticos además de organizar estrategias de comunicación, psicoeducación y perspectivas de la población. En nuestro país se realizaron diversos estudios en el mismo sentido, siendo estimulante observar el compromiso e interés de centros de investigación científica y asociaciones profesionales (por ejemplo, Alomo et al., 2020; Comisión COVID 19, 2020; Torrente et al., 2020).

En esta fase del estudio no hemos vuelto a reportar las diferencias entre sexo, edad y sector socioeconómico dado que los hallazgos son similares a los anteriores y congruentes con otros estudios internacionales. Remitimos a los informes anteriores (ver Etchevers et al., 2020a y Etchevers et al., 2020b).

**En cuanto a las conductas saludables, los hallazgos muestran que más de la mitad de la población no realiza las actividades que se consideran saludables en los tres períodos considerados.** En la minoría que sí realiza estas actividades, se observó un incremento sostenido en los tres períodos de la práctica de yoga y meditación y una disminución también sostenida en los tres períodos de la práctica religiosa. En este último punto, debe considerarse que durante los periodos 2 y 3 se habilitaron parcialmente los templos religiosos par actividades no grupales. Luego de largos debates en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se autorizó la salida del hogar para la práctica individual recreativa en horarios nocturnos (caminatas, correr y bicicleta). **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, además de promover la salud mental y general, 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 negativo 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 que puede ir incrementándose a lo largo del tiempo, como se ha observado (Etchevers et al., 2020b; Torrente et al., 2020).



El **75% de los participantes experimentan malestar psicológico a los 115-124 días de cuarentena obligatoria**. Frente a esta situación, **más del 12% de los participantes recurre a la consulta psicológica**. Esto resulta alentador, dado que en los anteriores períodos menos personas reportaron utilizar este recurso. Sin embargo, **una proporción creciente de los participantes reportó utilizar el recurso de la automedicación y un proporción considerable, el alcohol**. De hecho, **el consumo de alcohol se incrementa con la duración de la cuarentena llegando a más de la mitad de los participantes en el tercer período**. No se observa lo mismo con respecto al tabaco y aumenta muy levemente el porcentaje de participantes que reporta consumir 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 políticas de salud y en la implementación de intervenciones psicosociales. El aumento del consumo de alcohol se asocia a numerosas patologías médicas, problemas de salud en general y trastornos psicológicos o mentales como la depresión, entre otros. Sin dudas, este es un aspecto importante y al cual las políticas de salud deben prestar atención.

La **actividad social es una opción creciente a través de los tres períodos** 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. Sin embargo, dado que los participantes no especificaron si dichas actividades son realizadas en forma virtual o presencial, es un dato a tomar con cautela y considerarlo con respecto al cumplimiento de las medidas de aislamiento. Los medios de comunicación han reportado numerosas transgresiones (por ejemplo, reuniones sociales clandestinas). Al momento de redactar este informe se han prohibido todos los encuentros sociales en todo el país.

**Se observó un incremento sostenido durante los tres períodos del uso de la medicación para la relajación y el manejo de los “nervios”**. Esto resulta preocupante, en la medida en que el estrés continuo que representa una pandemia como la actual, pueden llevar al incremento de la automedicación, empeorando la salud de la población.

Las **alteraciones del sueño afectan alrededor del 75% de los participantes en los tres períodos**. 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. Asimismo, la relación con los trastornos afectivos es relevante y debe considerarse también a la hora de promover la salud y prevenir el desarrollo de trastornos mentales.

Con respecto a la **vida sexual, la mayoría de la población ha reportado un empeoramiento de la misma en los tres períodos**. 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 cuarentena estas dificultades vinculares persistan por el temor al contagio. Aún en parejas consolidadas la sexualidad puede deteriorarse por mayor conflictividad interpersonal y familiar.

**El porcentaje de participantes con ideas de muerte y suicidas a partir de la crisis de la COVID-19 se comporta de modo similar al índice de riesgo de trastorno mental en el tercer período.**

Este dato es relevante y coherente con otros estudios (Torrente et al., 2020). El suicidio en la gran mayoría de los casos se asocia a trastornos mentales, como la depresión, el alcoholismo y la comorbilidad entre trastornos psicóticos y trastornos relacionados con sustancias. Es importante recordar que la OMS dedica un día especial al año a la Prevención del Suicidio dada su envergadura global (WHO, 2012) y que cada 40 segundos en el mundo una persona comete suicidio, llegando a 800 mil casos de suicidio consumado en el mundo durante el año 2019 (WHO, 2018). 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. En nuestro contexto y de acuerdo a nuestros hallazgos, existe el riesgo de que se incrementen trastornos mentales que conllevan a comportamientos patológicos como la autolesión, el suicidio y la violencia doméstica. Para prevenir estas graves consecuencias, la inclusión de intervenciones psicosociales y políticas de salud activas son críticas.

**Mejorar el acceso de la población a intervenciones psicológicas resulta prioritario.** Alrededor del 40% de la población ha reportado la necesidad de acceder a tratamiento psicológico en este tercer período. Entre las razones por las que no lo ha logrado se encuentran las siguientes: **el problema económico, la preferencia por tratamiento presencial y la falta de**



**cobertura médica o la falta de respuesta de los centros de salud cercanos.** El cierre parcial de servicios de salud mental, operando solamente en guardias externas, junto a la demora en la autorización de la práctica de los psicólogos clínicos 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 la telepsicología 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 psicosociales o abordajes en crisis, presenciales y a distancia, para encontrar modelos óptimos de implementar políticas de salud que incluyan la salud mental.** 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 de la pandemia (Duan & Zhu, 2020).

**Los resultados generales de este estudio muestran la relevancia de los factores psicológicos y destacan la inclusión de la salud mental a la hora de implementar medidas de salud pública.** La medida de cuarentena obligatoria prioriza el salvamento de vidas y ese fin, de alta prioridad, debe **incluir su impacto psicológico y en la salud mental.** 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

- Alomo, M., Gagliardi, G., Pelocche, S., Somers, E., Alzina, P., & Prokopez, C. (2020). Preprint: Psychological impact during the COVID-19 outbreak in Argentina / Preprint: Efectos psicológicos de la pandemia COVID-19 en la población general de Argentina. doi.org/10.13140/RG.2.2.28851.45607
- Alonso, M. M., Klinar, D., & Gago, P. (2018). Distribución Ocupacional de los /as Psicólogos/as en Argentina 2018. En *X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. doi.org/10.13140/RG.2.2.13619.68642
- 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*. 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).
- Comisión COVID 19 Ciencias Sociales del MINCYT-CONICET-AGENCIA (Argentina); 2020 [citado 3 ago 2020]. Disponible en: [https://www.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/Resumen\\_Ejecutivo\\_Covid-Cs.Sociales.pdf](https://www.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/Resumen_Ejecutivo_Covid-Cs.Sociales.pdf)
- 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., Putrino, N., Grasso, J., Natalí, V., & Helmich, N. (2020a). Salud mental en cuarentena: relevamiento del impacto psicológico de la cuarentena en población general. Buenos Aires, Argentina: Observatorio de Psicología Social Aplicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.psi.uba.ar/opsa/informes/Crisis%20Coronavirus%203%202-4-2020.pdf>
- Etchevers, M. J., Garay, C. J., Putrino, N., Grasso, J., Natalí, V., & Helmich, N. (2020b). Salud Mental en Cuarentena. Relevamiento del impacto psicológico a los 7-11 y 50-55 días de cuarentena en población argentina. Buenos Aires, Argentina: Observatorio de Psicología Social Aplicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.psi.uba.ar/opsa/informes/Crisis%20Coronavirus%207.pdf>



- Fountoulakis, K. N., Pantoula, E., Siamouli, M., Moutou, K., Gonda, X., Rihmer, Z., ... & Akiskal, H. (2012). Development of the Risk Assessment Suicidality Scale (RASS): a population-based study. *Journal of affective disorders*, 138(3), 449-457.
- 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*. 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.
- Mazza, C., Ricci, E., Biondi, S., Colasanti, M., Ferracuti, S., Napoli, C., & Roma, P. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Italian people during the COVID-19 pandemic: Immediate psychological responses and associated factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3165. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093165>
- Michie, S., Van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation science*, 6(1), 42.
- 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.
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., & Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1), 1-22.
- Taylor, S. (2019). *The Psychology of Pandemics: Preparing for the Next Global Outbreak of Infectious Disease*. Cambridge Scholars Publishing.



Torrente, F., Yoris, A., Low, D.M., Lopez, P., Bekinschtein, Manes, F., & Cetkovich, (2020). Sooner than you think: a very early affective reaction to the COVID-19 pandemic and quarantine in Argentina. *British Medical Journal*. doi.org/10.1101/2020.07.31.20166272

University of Southern California Coronavirus Study, 2020. Understanding America Study. <https://uasdata.usc.edu>

Van Bavel, J. J., Baicker, K., Boggio, P. S., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M., ... & Drury, J. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behaviour*, 1-12.

West, R., Michie, S., Rubin, G. J., & Amlôt, R. (2020). Applying principles of behaviour change to reduce SARS-CoV-2 transmission. *Nature Human Behaviour*, 1-9.

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/](http://www.who.int/csr/disease/swine_flu/frequently_asked_questions/pandemic/en/)

World Health Organization. (2012). Prevención del suicidio (SUPRE) [https://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/](https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/)

World Health Organization. (2020a). Nuevo coronavirus – China <https://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/es/>

World Health Organization. (2020b). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

World Health Organization. (2018). Suicide data. [https://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/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. doi.org/10.1027/0227-5910/a000015