



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

Secuelas psicológicas en personas que tuvieron Covid-19

RELEVAMIENTO DEL IMPACTO PSICOLÓGICO DE HABER
PADECIDO COVID-19 EN POBLACIÓN ARGENTINA

Mayo de 2021



.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



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. Julieta Sabatés

Dra. Sofía Auné

Lic. Natalia Putrino

Lic. Natalia Helmich

Lic. Jimena Grasso

Coordinador del Estudio

Dr. Martín J. Etchevers

INDICE

Aspectos clave de este estudio	4
ADVERTENCIA PARA MEDIOS DE DIFUSIÓN	5
Resumen	6
Abstract	7
Introducción	9
Metodología	13
Objetivos	13
Muestra	14
Instrumentos de recolección de datos	16
<i>Sintomatología ansiosa</i>	16
<i>Sintomatología depresiva</i>	16
<i>Riesgo suicida</i>	17
<i>Habilidad cognitiva global</i>	17
<i>Conductas problemáticas</i>	19
<i>Conductas saludables</i>	19
<i>Otras conductas</i>	19
Resultados	22
Sintomatología ansiosa	22
Sintomatología depresiva	26
Riesgo suicida	29
Habilidad cognitiva global	32
Actividades durante la cuarentena	37
Manejo del malestar psicológico	38
Discusión	39
Limitaciones de este estudio	44
Declaración de conflicto de intereses	44
Referencias	45



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Aspectos clave de este estudio

1. Las personas que han sido infectadas por Covid-19 y se perciben de sectores socio-económicos bajos reportan mayores niveles de sintomatología ansiosa, depresiva y riesgo suicida.
2. Las personas que han sido infectadas por Covid-19 y tienen menor nivel educativo reportan mayores niveles de sintomatología ansiosa, depresiva y riesgo suicida.
3. Las personas que han sido infectadas por Covid-19 y realizan actividad física reportan menores niveles de sintomatología ansiosa, depresiva y riesgo suicida.
4. Las personas que han sido infectadas por Covid-19 y experimentaron los síntomas de fiebre, falta de aire y necesidad de asistencia respiratoria reportan mayores niveles de sintomatología ansiosa y depresiva.
5. Las personas que han sido infectadas por Covid-19 y estuvieron internadas reportan mayores cambios negativos en su atención y memoria.
6. Una de cada tres personas infectadas por Covid-19 realizan tratamiento psicológico y el 67% de quienes no lo hacen, considera necesitarlo.
7. Se recomienda realizar un especial seguimiento del estado psicológico de las personas que sufrieron Covid-19.



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



ADVERTENCIA PARA MEDIOS DE DIFUSIÓN

En este informe se vierten resultados sobre el malestar psicológico de una muestra a nivel nacional, incluyendo información que requiere el siguiente cuidado para su tratamiento en los medios de comunicación y redes sociales. A continuación se presentan recomendaciones de organismos de salud pública recopiladas por las Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000, p. 11) para los medios de comunicación y redes sociales.

Qué hacer:

- Trabajar estrechamente con autoridades de la salud en la presentación de los hechos
- Referirse al suicidio como un hecho logrado, no uno exitoso
- Presentar sólo datos relevantes en las páginas interiores
- Resaltar las alternativas al suicidio
- Proporcionar información sobre líneas de ayuda y recursos comunitarios
- Publicitar indicadores de riesgos y señales de advertencia

Qué no hacer:

- No publicar fotografías o notas suicidas
- No informar detalles específicos del método usado
- No dar razones simplistas
- No glorificar ni sensacionalizar el suicidio
- No usar estereotipos religiosos o culturales
- No aportar culpas

Resumen

Objetivos: conocer el estado psicológico de personas que han sido infectadas por COVID-19. Se ha incluido la evaluación de la sintomatología ansiosa y depresiva, el riesgo suicida y las alteraciones en la memoria y en la atención. Asimismo, se ha buscado estudiar las conductas saludables y no saludables asociadas a estas variables.

Métodos. Se administró una encuesta en línea con muestreo incidental, estratificado según regiones geográficas del país, a personas infectadas por COVID-19. Los protocolos válidos han dado un total de 742 casos. Los instrumentos administrados fueron BAI (Beck Anxiety Inventory), BDI-2 (Beck Depression Inventory, second edition), RASS (Risk Assessment Suicidal Scale), MMQ-Competencia (Multifactorial Memory Questionnaire-Ability) y cuestionarios ad-hoc.

Resultados. El 24% (N=178) de los participantes reportó sintomatología ansiosa severa y el 56,74 % (N=421) presentó puntajes compatibles con un Trastorno Depresivo Mayor. El 39,89% (N=296) de los participantes reporta haber cambiado su tendencia a pensar en la muerte y/o en el suicidio a partir de la pandemia del COVID-19. El 64,4% de los participantes reportó fallas cognitivas (entre leves, moderadas y severas). Más de la mitad de la población no realiza ninguna de las siguientes actividades: actividad física, meditación, práctica religiosa o yoga. El 50,94% de los participantes informa realizar actividad física y esta conducta se asoció a menores niveles de sintomatología ansiosa, depresiva y riesgo suicida. El 32% de las personas infectadas por COVID-19 comunicaron que realizaban tratamiento psicológico y el 67% de quienes no lo hacían, consideraron necesitarlo.

Conclusiones. Los resultados indican altos niveles de sintomatología ansiosa, depresiva y riesgo suicida en personas que han sufrido COVID-19. Presentan también mayor número de cambios negativos en la memoria y la atención. Una de



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



cada tres personas infectadas por COVID-19 realiza tratamiento psicológico y el 67% de quienes no lo hacen, considera necesitarlo. Se recomienda realizar un especial seguimiento del estado psicológico de las personas que sufrieron COVID-19.

Palabras clave: COVID-19 - secuelas psicológicas – salud mental

Abstract

Purposes. This study aimed to know the mental state of people who had been infected COVID-19. Anxious and depressive symptomatology, suicide risk and memory and attention disturbances were assessed. Additionally, research was conducted on this people's behavior and its connection with the variables aforementioned.

Methods. An online survey with incidental sampling, stratified according to geographic regions of the country, was administered to people who had contracted the virus. The valid protocols reached 742 cases in total. The assessment tools were BAI (Beck Anxiety Inventory), BDI-2 (Beck Depression Inventory, second edition), RASS (Risk Assessment Suicidal Scale), MMQ-Ability (Multifactorial Memory Questionnaire-Ability) and ad-hoc questionnaires.

Results. 25% (N=178) of the participants reported severe anxious symptomatology and 56,74% showed scores compliant with Major Depressive Disorder. 39,89% (N=296) of the participants indicated a change in their tendencies to think about death and/or suicide since COVID-19 pandemic. 64.4% of the people reported cognitive failures (including mild, moderate and severe ones). More than half of the sample does not do any physical activity, meditation, religious practice or yoga.



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



50.94% of the participants informed doing physical activity and this behavior was associated with lower levels of anxious and depressive symptomatology and suicide risk. 32% of the people who have contracted COVID-19 reported they were in psychological treatment and 67% of the people who were not, indicated they needed it.

Conclusion. Results show high levels of anxious and depressive symptomatology and suicide risk in people who have suffered from COVID-19. They also show a bigger number of negative changes in their memory and attention. One every three people infected with COVID-19 is in psychological treatment and 67% of the people that are not, consider they need it. It is advisable to monitor the mental state of the people who have suffered from COVID-19.

Keywords: COVID-19 - psychological sequelae – mental health

Introducción

Las secuelas son alteraciones funcionales u orgánicas, con tendencia a persistir, que aparecen a raíz y como consecuencia de una enfermedad, un traumatismo o una intervención quirúrgica (RANM, 2012). En el campo psicológico, en términos generales las secuelas psicológicas o emocionales incluyen la sintomatología psicológica o mental que se presenta a partir de determinado evento estresante y/o traumático. Dichas secuelas pueden presentarse como sintomatología difusa o incluso como una reacción emocional normal frente a un estresor pero también abarcan trastornos mentales o psiquiátricos que pueden desencadenarse a partir del evento estresante o traumático.

Hasta abril de 2021 han sido diagnosticadas de COVID-19 unas 135 millones de personas en el mundo causando la muerte de más de 3 millones de personas (World Health Organization [WHO], 2021). En Argentina, más de 3 millones de personas han recibido el diagnóstico de COVID positivo mientras que 69.254 personas han fallecido a causa de esta enfermedad (Ministerio de Salud de la Nación, 2021).

Al comienzo de la pandemia de COVID-19 existió una fuerte preocupación por los riesgos neurológicos que pudieran presentar las personas infectadas. Luego, esta preocupación comenzó a extenderse a sus secuelas psiquiátricas y psicológicas.

Varios estudios revelan el impacto de la pandemia en la salud mental en Argentina. Uno de ellos estudió reacciones emocionales durante la primera semana de cuarentena obligatoria establecida por el gobierno y obtuvo resultados que mostraron claros síntomas de ansiedad y depresión, especialmente en el grupo etario más joven, de 18 a 25 años (Torrente, Yoris, Low, *et al.*, 2021). Se ha encontrado además al estudiar indicadores psicológicos durante tres subperíodos de cuarentena que la depresión había experimentado un aumento sostenido de un



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



subperíodo al siguiente. La ansiedad rasgo, la ansiedad estado y el riesgo suicida registraron un aumento entre la segunda y tercera extensión de la cuarentena y se mantuvieron durante la cuarta extensión (López Steinmetz, Dutto Florio, *et al.*, 2020)

Asimismo, se ha estudiado la salud mental de la población argentina comparando dos períodos durante la cuarentena obligatoria, hallando como resultado un incremento significativo de los síntomas psicológicos y del riesgo de padecer un trastorno mental entre el primer período (días 7 a 11) y un segundo período (días 50 a 55) de cuarentena (Etchevers, Garay, Putrino, *et al.*, 2021). Los resultados pudieron hallarse también en otros dos períodos de la segunda mitad del año 2020, observando un empeoramiento global de la sintomatología y el riesgo de padecer un trastorno mental en una muestra total de 10.149 participantes (Etchevers & Garay, 2020).

En EEUU se han reportado elevados niveles de ansiedad y depresión en personas infectadas por COVID-19 (Taquet, *et al.*, 2021). Sobre una base de 62.354 personas con diagnóstico de COVID se observó una asociación mayor entre diagnóstico psiquiátrico y haber padecido COVID. La probabilidad de recibir un diagnóstico psiquiátrico es de un 18% mayor entre pacientes pos-COVID entre los 14 y 90 días pos-COVID. Esto quiere decir que se encuentra una incidencia mayor del COVID sobre personas que previamente no habían tenido ningún diagnóstico psiquiátrico. El riesgo encontrado es independiente del grado de salud física pero, de acuerdo a este estudio, podría estar asociado a factores socioeconómicos.

Kamal, Abo Omirah y Hussein (2020) realizaron en Egipto un estudio en 287 personas sobrevivientes de COVID encontrando que solo el 10,8% de todos los sujetos no presentan ninguna manifestación después de la recuperación de la enfermedad, mientras que un gran porcentaje de ellos padecía varios síntomas y enfermedades. El síntoma más común informado fue fatiga (72,8%). Hubo una relación entre la presencia de otras comorbilidades y la gravedad de la enfermedad: trastornos de ansiedad, demencia, depresión y trastorno obsesivo compulsivo. Además, la gravedad de COVID-19 se relacionó con la gravedad de las



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



manifestaciones posteriores a COVID-19.

Un estudio en México (Galvan *et al.*, 2021) sobre un total de 219 personas encuentra que el riesgo de síntomas psiquiátricos aumenta de 3 a 22 veces entre pacientes recuperados. Concluye que la probabilidad de padecer síntomas persistentes o residuales requiere repensar estrategias de salud pública para considerar la rehabilitación, para tratar o rehabilitar, evitando problemas crónicos en pacientes recuperados de COVID-19.

En Francia, Garrigues *et al.* (2020), de la Universidad de París, estudiaron la calidad de vida de 120 pacientes con COVID-19 que tuvieron hospitalizados. Luego de más de 100 días de su internación, los pacientes continuaron presentando síntomas persistentes y alteraciones en su calidad de vida.

En otro estudio realizado en EE.UU., Jaywant *et al.* (2021), del Departamento de Psiquiatría de Weill Cornell Medicine, Nueva York, evaluaron las disfunciones cognitivas en 57 pacientes recuperados de COVID-19 y que requirieron hospitalización prolongada y rehabilitación aguda antes de la externación. La atención y las funciones ejecutivas estuvieron deterioradas en este grupo de pacientes aunque no se contó con un grupo control. Los autores recomiendan intervenciones que se centren en el deterioro neuropsicológico detectado en esta población.

Lopez-Leon *et al.* (2021) realizaron una revisión sistemática de 15 estudios. Estimaron la prevalencia de 55 efectos a largo plazo. Este estudio reportó que el 80% de los pacientes con COVID-19 presentó síntomas a largo plazo. Donde el 13% de la muestra reporta signos de ansiedad, 12% depresión, 2% trastorno obsesivo compulsivo y 1% trastorno de estrés postraumático.

Un meta-análisis de Rogers *et al.* (2021) sobre las consecuencias psiquiátricas de la infección por coronavirus encuentra evidencia que respalda a la depresión, la ansiedad y el trastorno del estrés post traumático como secuelas probables pos-COVID-19. Estos problemas se suman a los más probables del área neurológica.



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Un sólido antecedente del estudio de secuelas neuropsicológicas y psiquiátricas de la epidemia de SARS reporta (Cheng, *et al.*, 2004) que sobre un total de 453 personas en Hong Kong que habían padecido dicha enfermedad y habían obtenido el alta hacía un período de como mínimo un mes, el 35% indicaron rangos 'moderados a severos' o 'severos' de síntomas de ansiedad o depresión, a partir de la administración del Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

Recientemente se ha asociado el COVID-19 a la posibilidad de inflamación y daño cerebral (Meinhardt, *et al.*, 2021). En el estudio de Taquet *et al.* (2021) mencionado anteriormente, que incluyó datos de 236.379 personas afectadas por COVID-19, se descubrió que el 34% de ellas tuvo problemas psiquiátricos o neurológicos en los seis meses siguientes a la infección. Los problemas neurológicos incluyen dolores de cabeza, ausencia del sentido del gusto y del olfato, o distorsiones de la conciencia, entre otros. Este mismo estudio concluyó que el riesgo de padecer un problema neurológico a causa del COVID-19 es mayor en las personas que requieren hospitalización, especialmente en quienes son ingresados a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), aunque se encuentra elevado incluso en las personas que no requieren hospitalización. Esto es consistente con lo encontrado en otros estudios (vg., Negrini *et al.*, 2021), donde se vio que el deterioro cognitivo es mayor en aquellas personas que pasan más tiempo en UTI.

Si bien, en general, estas investigaciones no cuentan con información sobre el funcionamiento cognitivo de los pacientes antes de la enfermedad o con un grupo control adecuado, hay cada vez más evidencia de que el COVID-19 puede tener efectos neurológicos al menos durante los meses siguientes a la infección.

Dado que no contamos con estudios publicados sobre secuelas psicológicas del COVID-19 a la fecha, realizados en población argentina, este estudio se propone evaluar algunas de las posibles secuelas psicológicas en nuestra población.

Metodología

Objetivos

Objetivo general

Conocer el estado psicológico de personas que han sido infectadas por Covid-19

Objetivos específicos

1. Explorar la presencia de sintomatología ansiosa de una muestra que ha padecido Covid-19 (BAI).
2. Explorar la presencia de sintomatología depresiva de una muestra que ha padecido Covid-19 (BDI-2).
3. Conocer el grado de riesgo suicida de una muestra que ha padecido Covid-19 (RASS).
4. Explorar la presencia de alteraciones en la memoria y la atención de una muestra que ha padecido Covid-19 (MMQ)
5. Relevar las conductas que implementa una muestra que ha padecido Covid-19 (cuestionario *ad hoc*).
6. Conocer la relación entre conductas (cuestionario *ad hoc*) y sintomatología ansiosa (BAI).
7. Conocer la relación entre conductas (cuestionario *ad hoc*) y sintomatología depresiva (BDI-2).
8. Conocer la relación entre conductas (cuestionario *ad hoc*) y riesgo suicida (RASS).
9. Conocer la relación entre conductas (cuestionario *ad hoc*) y alteraciones de la memoria y la atención (MMQ).

Muestra

Se administró una encuesta *online*, con muestreo híbrido. Una parte con un método de contactabilidad aleatorio y otra de manera no probabilística incidental, dirigido a personas infectadas por COVID-19 de acuerdo a un testeo de laboratorio que confirme el diagnóstico. Todos los participantes dieron su consentimiento informado. Los protocolos completos y válidos totalizaron 742 casos. En la tabla 1, puede observarse las características de la muestra.

Edad	N	%
18-20	16	2,2
21-29	151	20,4
30-39	204	27,5
40-49	161	21,7
50-59	121	16,3
60 o más	89	12
Género		
Mujeres	523	70,5
Hombres	216	29,1
Otros	3	0,4
Nivel educativo		
Primario incompleto	6	0,8
Primario completo	55	7,5
Secundario completo	298	40,2
Terciario completo	127	17,1
Universitario completo	256	34,5
Sector socioeconómico autopercebido		
Baja	203	27,4
Media	412	55,5

Alta	127	17,1
Total	742	100

Tabla 1. Características de la muestra.

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

Región Geográfica	N	%
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	186	25,1
Gran Buenos Aires Sur	80	10,8
Gran Buenos Aires Norte	75	10,1
Gran Buenos Aires Oeste	80	10,8
Interior de la Provincia de Buenos Aires	78	10,5
Córdoba	61	8,2
Rosario	72	9,7
Mendoza	35	4,7
Tucumán	39	5,3
TOTAL	742	100

Tabla 2. Distribución geográfica de la muestra.



Instrumentos de recolección de datos

Sintomatología ansiosa

La sintomatología ansiosa consiste en un estado de alerta, preocupación y excitación. Se trata de respuestas emocionales ante el peligro percibido que afectan particularmente aspectos fisiológicos que indican la excitación e intensidad de los síntomas como la activación automática y cognitivos como pensamientos disfuncionales y exagerados. Los síntomas típicos son hormigueo, sensación de calor intenso, debilidad de piernas, incapacidad para relajarse, miedo, mareos, palpitaciones, sensación de ahogo y sudoración, miedo a perder el control, miedo a morir, entre otros.

Para medir esta sintomatología se administró el Inventario de Ansiedad de Beck, BAI (*Beck Anxiety Inventory*) (Beck, et al., 1988). Es uno de los instrumentos de screening más utilizados internacionalmente para la detección de probables casos en población general y poblaciones especiales. Se utiliza por su fiabilidad para discriminar entre grupos de diagnóstico ansioso y no ansioso. Este instrumento de 21 ítems se compone de dos escalas, una de activación fisiológica (15 ítems) y otra cognitiva (6 ítems). El puntaje máximo es de 63 puntos. Se administró la adaptación argentina (Vizioli, & Pagano, 2020). Los puntajes se organizan en tres rangos, siguiendo la recomendación original de Beck et al. (1988) y de acuerdo al criterio para versiones en español de Sanz y Navarro (2003). Entre 0 y 7 puntos, ansiedad mínima. Entre 8 y 15, ansiedad leve. Entre 16 y 25, ansiedad moderada. Entre 26 y 63, ansiedad severa

Sintomatología depresiva

La sintomatología depresiva consiste en tristeza, disminución de la capacidad para experimentar placer, pensamientos de contenido negativo (ruina, muerte, fracaso, autocrítica), disminución de la energía, retraimiento social, alteraciones en la atención, la memoria, el apetito (típicamente disminuído pero también puede estar incrementado), el sueño (típicamente insomnio pero puede existir hipersomnía), disminución de la libido, entre los más frecuentes.



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Para medir esta sintomatología se administró la versión argentina del Inventario de Depresión de Beck, segunda edición, BDI-II (*Beck Depression Inventory, second edition*) (Beck., et al., 1996/2006), que es la adecuación del contenido de los ítems a los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV).

El BDI-II es un instrumento de autoinforme compuesto por 21 ítems cuya finalidad es medir la severidad de la depresión en adultos. El puntaje máximo es de 63 puntos. Entre 0 y 13 puntos, se considera ánimo no depresivo. Entre 14 y 19 puntos, depresión leve. Entre 20 y 28, depresión moderada. Entre 29 y 63, depresión severa.

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.

Habilidad cognitiva global

La memoria y la atención son dos funciones cognitivas o capacidades de la mente. La memoria es la habilidad cognitiva que nos permite registrar, codificar, consolidar, retener y almacenar información y luego recuperarla y evocarla (Flórez, 1999). Por otro lado, la atención es el proceso por el cual podemos seleccionar y concentrarnos en los estímulos relevantes, ignorando aquellos que son irrelevantes o distractores (Gazzaniga, et al. 1998). Ambas funciones son importantes para nuestro funcionamiento diario. Utilizamos diariamente la memoria, por ejemplo, para recordar un número de teléfono que usamos frecuentemente, para recordar que debemos hacer un trámite o para recordar los detalles de una conversación que tuvimos. También utilizamos la atención en nuestra vida cotidiana,



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



por ejemplo, cuando debemos concentrarnos en una tarea por un determinado tiempo, ignorando posibles distracciones.

Se analizó la capacidad de memoria percibida durante las últimas dos semanas con la sub-escala Competencia del MMQ (Multifactorial Memory Questionnaire) (Troyer & Rich, 2002), versión chilena (Riffo et al. 2013). Se modificó levemente el lenguaje (cinco palabras) para adaptar el cuestionario al vocabulario argentino. La sub-escala Competencia consta de 20 preguntas sobre la frecuencia de olvidos en diferentes situaciones de la vida cotidiana que los encuestados deben responder mediante una escala tipo Likert que incluye las opciones de respuesta *nunca* (4), *casi nunca* (3), *a veces* (2), *frecuentemente* (1) y *todo el tiempo* (0). Un puntaje alto indica mejor memoria percibida.

Se incluyó un breve cuestionario *ad hoc* sobre la capacidad de atención percibida durante las últimas dos semanas que los encuestados debían responder mediante una escala ordinal tipo Likert que contiene las siguientes opciones de respuesta: *definitivamente falso* (4), *falso la mayor parte del tiempo* (3), *a veces verdadero, a veces falso* (2), *verdadero la mayor parte del tiempo* (1) y *definitivamente verdadero* (0). Un puntaje alto indica mayor capacidad de atención percibida.

Asimismo, se incluyeron dos preguntas *ad hoc* sobre la percepción del cambio en la capacidad de memoria y de atención con respecto a antes de la pandemia y dos preguntas sobre la percepción del cambio en dichas capacidades en relación a antes de la infección, a ser respondidas por aquellas personas que tuvieron Covid-19.

Los encuestados debían responder sobre alteraciones de la memoria a través del cuestionario MMQ-Competencia, que contiene 20 preguntas con cinco posibilidades de respuesta (Todo el tiempo, 1 Frecuentemente, 2 A veces, 3 Casi nunca, 4 Nunca). Se encontró que las personas infectadas con COVID-19 (n=742) tienen un puntaje promedio en el cuestionario de memoria (MMQ-Habilidad) de 52,64 sobre un total de 80. Como valor de referencia, se utilizó el puntaje promedio en el mismo cuestionario de una muestra chilena (Riffo 2013) que incluyó adultos de 20 a 81 años, que fue 57,66.

Se creó una escala combinando los puntajes del cuestionario de memoria y los del cuestionario de atención *ad hoc*. Se excluyeron aquellos ítems en los que es más probable que las personas indiquen problemas cognitivos. Para esto, se identificaron las preguntas



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



en las que las personas más jóvenes (entre 18 y 29 años) que tuvieron COVID leve (no estuvieron internados) puntuaron, en promedio, por debajo de 2,5 (es decir, en los que reportaron problemas cognitivos). De este modo, la escala quedó conformada por 18 ítems y el puntaje máximo posible fue 72. A continuación, se describen los resultados obtenidos teniendo en cuenta esta escala.

De acuerdo a los puntajes obtenidos en la prueba piloto, se consideraron los siguientes puntajes indicadores de fallas cognitivas:

0 a 18 puntos: Fallas cognitivas severas

19 a 36 puntos: Fallas cognitivas moderadas

37 a 54 puntos: Fallas cognitivas leves

55 a 72 puntos: Fallas cognitivas normales o esperables

Conductas problemáticas

A través de un cuestionario *ad hoc*, se indagó la práctica de algunas conductas problemáticas tales como el *abuso de alcohol, drogas ilegales y tabaco*.

Conductas saludables

A través de un cuestionario *ad hoc*, se indagó la práctica de algunas conductas saludables tales como la realización de *actividad física/deportiva, la vida sexual y la práctica religiosa*.

Otras conductas

A través de un cuestionario *ad hoc*, se indagó la práctica de otras conductas tales como la consulta psicológica, el consumo de medicación o la práctica del yoga o meditación.

Esquema de variables e indicadores

	Definición	Instrumento
A. Sintomatología ansiosa	Se trata de sintomatología ansiosa somática tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos. Se utiliza un cuestionario estructurado de uso internacional como instrumentos de <i>screening</i> para la detección de probables casos, para identificar individuos en riesgo de padecer un trastorno de ansiedad.	El BAI (Beck Anxiety Inventory) (Beck et al., 1988) consta de 21 ítems. El rango de puntuación va de 0 a 63 puntos. Se ordenan los puntajes en 3 rangos: Baja ansiedad (hasta 21 puntos), Ansiedad moderada (de 22 a 35 puntos) y Ansiedad severa (más de 36 puntos).
B. Sintomatología depresiva	La sintomatología depresiva involucra aspectos cognitivos, neurovegetativos y conductuales. El contenido del pensamiento, los niveles de desesperanza, las ideas de muerte, los niveles de energía, las alteraciones del sueño, del apetito y peso, el deseo sexual, son consideradas dimensiones alteradas durante la depresión.	El BDI-2 (Beck Depression Inventory, second edition) (Beck., et al., 1996) consta de 21 grupos de enunciados y evalúa el estado de ánimo durante las últimas dos semanas. Si el puntaje es menor a 13, se considera que no hay depresión. De 14 a 19, depresión leve, de 20 a 28 depresión moderada y de 29 a 63, depresión severa.
C. Riesgo suicida	Se considera 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.
D. Alteraciones neurocognitivas	Se considera la percepción del funcionamiento de la memoria y la atención durante las últimas dos semanas. Asimismo, se considera la percepción del cambio en el funcionamiento de la memoria y la atención en	Memoria: MMQ-Competencia (Multifactorial Memory Questionnaire-Ability) (Troyer & Rich, 2002), versión chilena (Riffo et al. 2013). La subescala Competencia del MMQ consta de 20 ítems. Un puntaje alto indica mejor habilidad de memoria

	relación a antes de la pandemia o de la infección por Covid-19.	subjetiva.
E. Conductas problemáticas	Se consideran problemáticas a conductas tales como el abuso de alcohol, drogas ilegales y tabaco.	Cuestionario ad hoc
F. Conductas saludables	Se consideran saludables a conductas tales como la vida sexual, la realización de actividad física/deportiva o la práctica religiosa.	Cuestionario ad hoc
G. Otras conductas	Se analizó la práctica de otras conductas tales como la consulta psicológica, el consumo de psicofármacos o de terapias alternativas.	Cuestionario ad hoc

Tabla 3. Esquema de variables e instrumentos

Resultados

Sintomatología ansiosa

Los encuestados debían responder sobre la presencia de sintomatología ansiosa a través del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) de 21 ítems. **El 24% (N=178) reportaron sintomatología ansiosa severa, 21,6% (N=160) reportaron sintomatología ansiosa moderada, 26,1% (N=194) reportaron sintomatología ansiosa leve y 28,3% (N=210), sintomatología ansiosa mínima.**

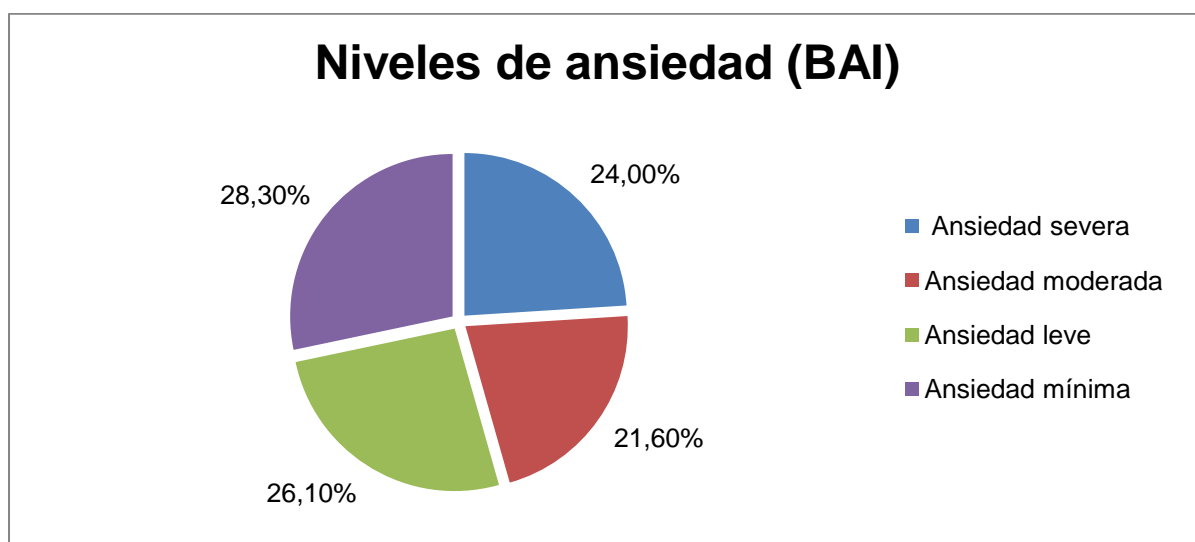


Gráfico 1. Sintomatología ansiosa en 742 participantes infectados por Covid-19.

Los participantes de sector socioeconómico auto-percibido bajo presentaron mayores niveles de sintomatología ansiosa que aquellos de sectores socioeconómico auto-percibido medios y altos. Las diferencias fueron estadísticamente significativas ($F = 7.217, gl = 4, p < 0.0001$).

Los participantes de menores niveles educativos presentaron mayores niveles de sintomatología ansiosa que aquellos con estudios universitarios. Las diferencias fueron estadísticamente significativas ($F = 10.512, gl = 7, p < .0001$).

Se observaron **mayores niveles de sintomatología ansiosa** en quienes **no realizan actividad física**. Las diferencias fueron estadísticamente significativas ($t = -6,586$; $gl = 740$; $p < 0.0001$). Los resultados pueden observarse en el siguiente gráfico.

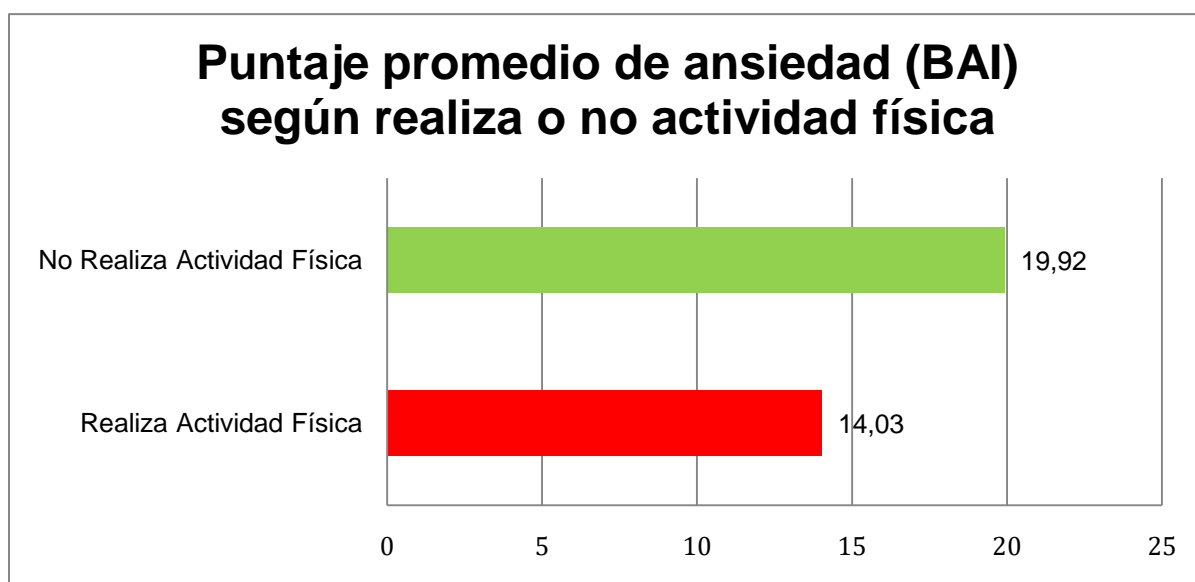


Gráfico 2. Sintomatología ansiosa y actividad física. Las diferencias fueron estadísticamente significativas ($t = -6,586$; $gl = 740$; $p < .0001$).

Se observaron **mayores niveles de sintomatología ansiosa** en quienes **consumen tabaco**. Las diferencias fueron estadísticamente significativas ($t = 2.386$, $gl = 740$, $p = 0.017$).

Las personas que experimentaron más síntomas de Covid-19, mostraron mayores niveles de sintomatología ansiosa. Más específicamente, se observaron diferencias estadísticamente significativas en aquellos que tuvieron **fiebre** ($t = 2.092$; $gl = 740$; $p = 0.037$) y aquellos que sintieron **falta de aire** ($t = 8.844$; $gl = 740$; $p < .0001$). Los resultados pueden observarse en el siguiente gráfico.

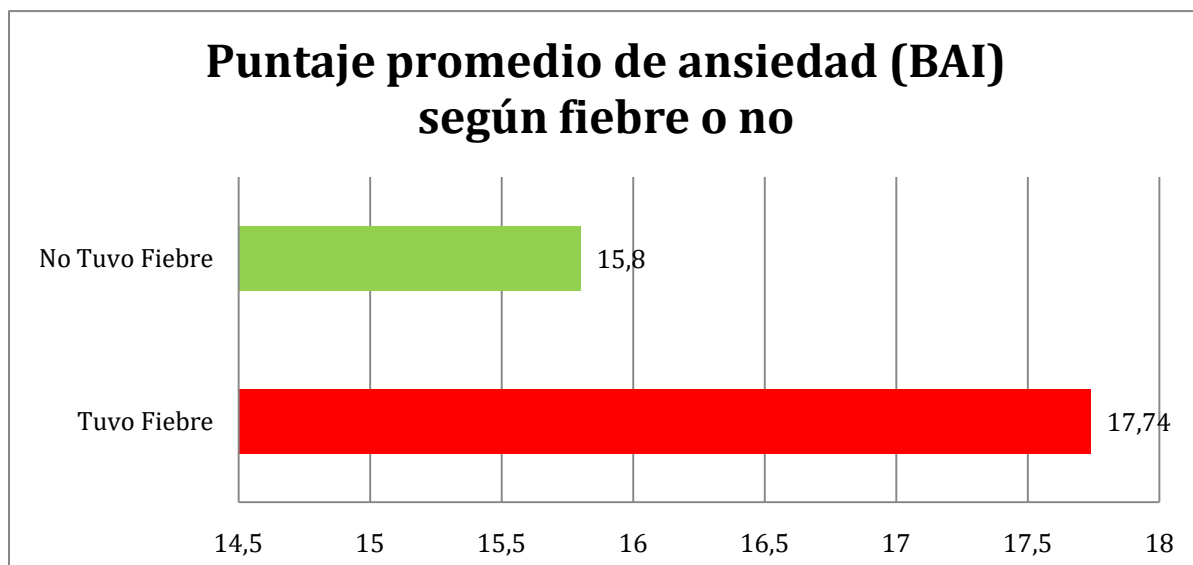


Gráfico 3. Sintomatología ansiosa y fiebre. Las diferencias fueron estadísticamente significativas ($t = 2.092$; $gl = 740$; $p = 0.037$).

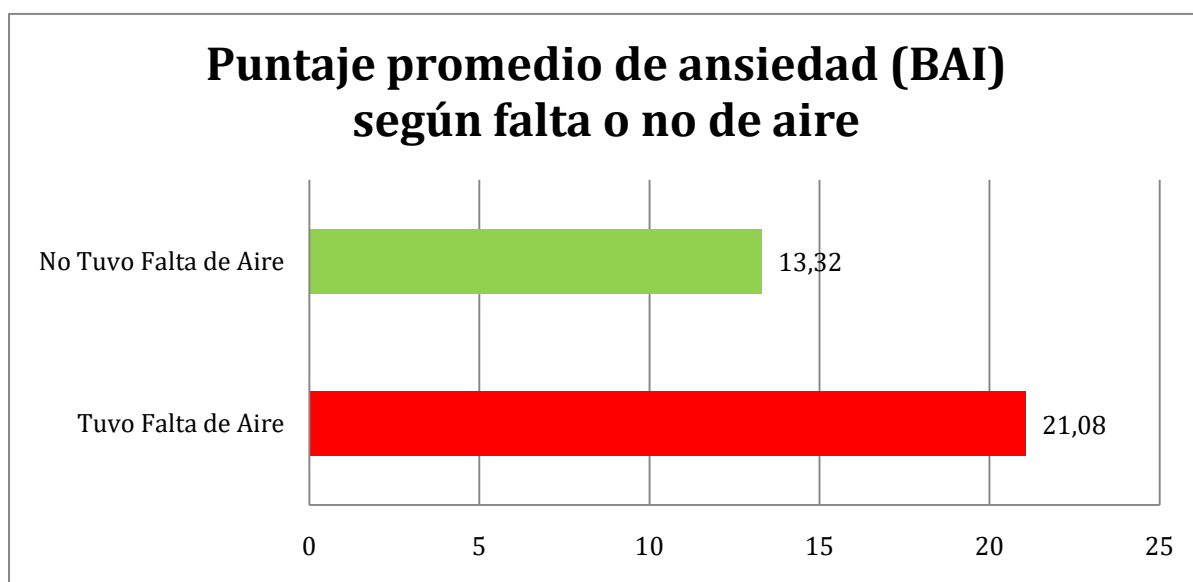


Gráfico 4. Sintomatología ansiosa y falta de aire. Las diferencias fueron estadísticamente significativas ($t = 8.844$; $gl = 740$; $p < .0001$).



Los participantes que experimentaron más días de fiebre (6 o más días), reportaron mayores puntajes de sintomatología ansiosa que aquellos que experimentaron fiebre durante 1 o 2 días ($F = 5.059$, $gl = 2$, $p = 0.007$). Las medias pueden verse en el siguiente gráfico.

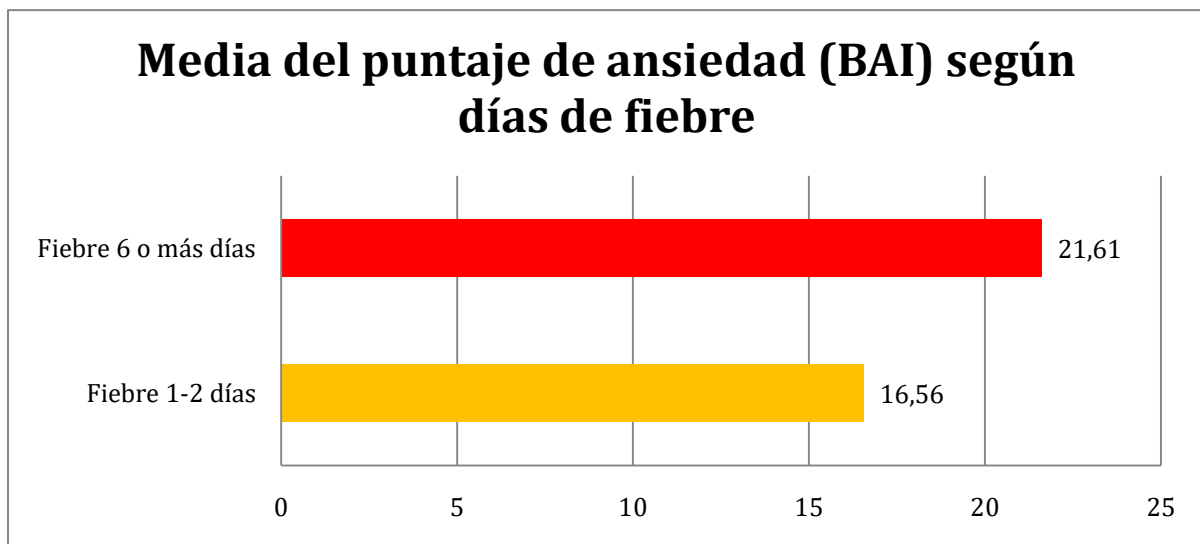


Gráfico 5. Media del puntaje del BAI según los días que tuvieron fiebre. Las diferencias son estadísticamente significativas ($F = 5.059$, $gl = 2$, $p = 0.007$).

Sintomatología depresiva

Los participantes debían responder sobre la presencia de sintomatología ansiosa a través del Inventario de Depresión de Beck (BDI) de 21 ítems. **El 56,74 % (N=421) de los participantes de la muestra presenta puntajes compatibles con un trastorno depresivo mayor.**

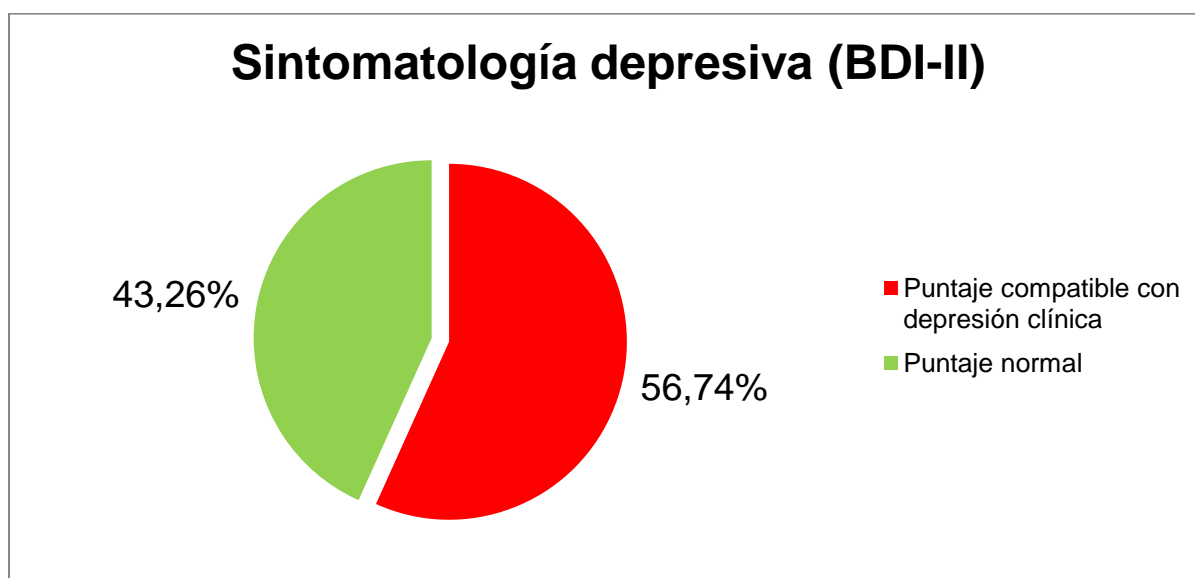


Gráfico 6. Porcentaje de participantes con puntajes compatibles con depresión clínica (13 o más puntos) y puntajes normales (menos de 13 puntos) según BDI-II.

Con respecto a la gravedad del posible trastorno, 20,08% (N=149) presentan sintomatología compatible con depresión leve, 20,35% (N=151), depresión moderada, y 16,3 % (N=121), depresión severa. No presenta puntajes compatibles con depresión el 43.26 % (N=321) de los participantes.

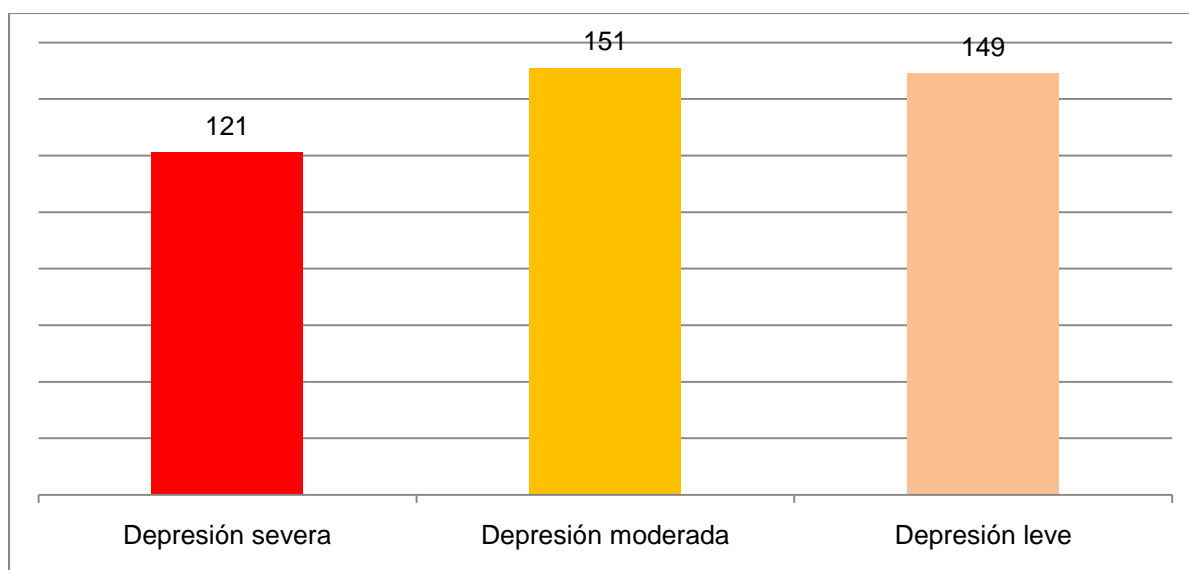


Gráfico 7. Severidad de la sintomatología depresiva en 421 de los 742 participantes infectados por Covid-19.

Los participantes que informaron **un nivel socioeconómico autopercebido más bajo, reportaron puntajes más elevados de sintomatología depresiva** ($F = 9.202$; $gl = 4$, $p < 0.0001$). Específicamente, los participantes de clase social autopercebida baja o muy baja, media baja y media tuvieron, en forma estadísticamente significativa mayor nivel de sintomatología depresiva que aquellos que se autopercebieron de clase media alta y alta.

Los participantes que informaron **un nivel educativo más bajo, reportaron puntajes más elevados de sintomatología depresiva** ($F = 7.403$; $gl = 7$, $p < 0.0001$). Dicho de otra manera, los participantes con universitario completo tuvieron menor nivel de depresión que aquellos con secundario incompleto o completo y que aquellos con terciario incompleto o completo.

Las personas que experimentaron más síntomas de Covid-19, mostraron mayores niveles de sintomatología depresiva. Los participantes que tuvieron **fiebre mostraron mayor nivel de depresión que los que no la tuvieron** ($t = 2.032$; $gl = 740$; $p = 0.043$). Los participantes que sintieron **falta de aire mostraron mayor nivel de depresión** que los que no tuvieron dicho síntoma ($t = 7.015$; $gl = 740$; $p < 0.0001$). Los participantes que necesitaron **asistencia respiratoria muestran mayor nivel de depresión promedio** que aquellos que



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



no la necesitaron ($t = 2.572$; $gl = 740$; $p = 0.01$). No se observaron diferencias según la cantidad de días de fiebre que informaron los participantes ($F = 2.482$, $gl = 2$, $p = 0.085$).

Los participantes que **consumen tabaco** tuvieron mayor nivel de depresión que aquellos que no lo hacen ($t = 2.272$, $gl = 740$, $p = 0.023$).

Riesgo suicida

Los encuestados debían responder sobre la presencia de sintomatología ansiosa a través de la Escala de Evaluación de Riesgo Suicida (RASS) de 12 ítems.

En relación con las variables sociodemográficas, los participantes **adultos jóvenes (18 a 35 años) reportaron puntajes más altos en la escala de riesgo suicida (RASS)** que aquellos de 35 o más años. Las diferencias fueron estadísticamente significativas ($t = -3.071$; $gl = 740$, $p = 0.002$).

Los participantes que se percibieron como de **clase socioeconómica baja y media reportaron puntajes más altos en la escala de riesgo suicida (RASS)** que aquellos que se autopercebieron en clase socioeconómica alta. Las diferencias fueron estadísticamente significativas ($F = 8.180$, $gl = 4$, $p < 0.0001$).

Los participantes con **menor nivel educativo reportaron puntajes más altos en la escala de riesgo suicida (RASS)** que aquellos con estudios universitarios completos. Las diferencias fueron estadísticamente significativas ($F = 5.529$, $gl = 7$, $p < .0001$).

El 39,89% ($N=296$) reporta haber cambiado su tendencia a pensar en la muerte y/o en el suicidio a partir de la pandemia del Covid-19. Los resultados pueden observarse en el siguiente gráfico 8.

¿Cambió su tendencia a pensar en la muerte y/o en el suicidio a partir del Covid-19?

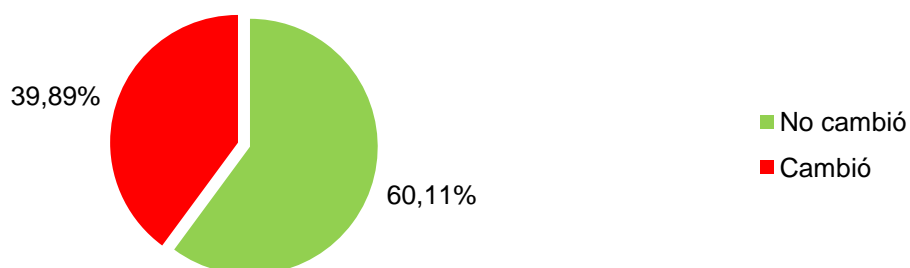


Gráfico 8. Cambio en la tendencia a pensar en la muerte y/o en el suicidio a partir del Covid-19.

Con relación a las conductas de la muestra, los participantes que no realizan **actividad física** reportaron **puntajes más altos en la escala de riesgo suicida** (RASS) que aquellos que sí la realizan. Las diferencias fueron estadísticamente significativas ($t = -3.967$; $gl = 740$; $p < .0001$).

Los participantes que **consumen tabaco** reportaron **puntajes más altos en la escala de riesgo suicida** (RASS) que aquellos que no lo consumen. Las diferencias fueron estadísticamente significativas ($t = 3.213$, $gl = 740$, $p = 0.001$). Asimismo, los participantes que **consumen sustancias** reportaron **puntajes más altos en la escala de riesgo suicida** (RASS) que aquellos que no consumen sustancias. Las diferencias fueron estadísticamente significativas ($t = 2.278$, $gl = 740$, $p = 0.023$).

Los participantes que experimentaron **falta de aire** reportaron **puntajes más altos en la escala de riesgo suicida** (RASS) que aquellos que no lo experimentaron. Las diferencias fueron estadísticamente significativas ($t = 6.122$; $gl = 740$, $p < 0.0001$).



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Los participantes que necesitaron **asistencia respiratoria** reportaron **puntajes más altos en la escala de riesgo suicida (RASS)** que aquellos que no la necesitaron. Las diferencias fueron estadísticamente significativas ($t = 2.111$; $gl = 740$; $p = 0.035$).

Habilidad cognitiva global

El **64,4%** de los participantes reportó fallas cognitivas (entre leves, moderadas y severas). Más precisamente, **un 15,2% de los participantes reportó fallas cognitivas moderadas a severas**. Casi la mitad de la muestra (49,2%) reportó percibir fallas cognitivas leves. Mientras que el 35% de la muestra reportó fallas cognitivas normales o esperables de la vida cotidiana.

Los participantes reportaron haber estado internados en sala común, sala con asistencia respiratoria, y sala de cuidados intensivos (UTI, unidad de terapia intensiva). Se encontró una diferencia significativa en la percepción de la habilidad cognitiva de los distintos grupos de pacientes que estuvieron internados. Las diferencias fueron estadísticamente significativas ($F(2, 80) = 5,166, p = 0,008$).

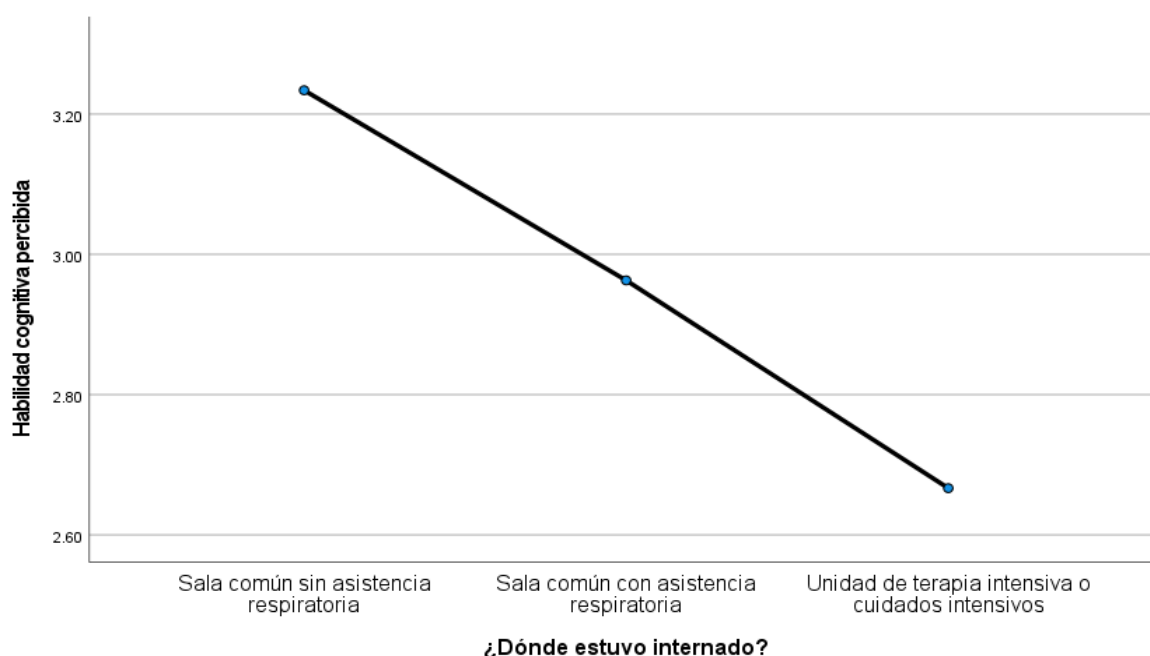


Gráfico 9. Habilidad cognitiva percibida según tipo de internación.



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



De acuerdo al método de Tukey para comparaciones múltiples, **el grupo de pacientes que estuvieron internados en UTI reportó más fallas neurocognitivas** que el grupo de pacientes internados en sala común sin asistencia respiratoria ($p=0,02$).

Dicho de otro modo, **las personas que cursaron la enfermedad de manera más leve reportan mejor habilidad cognitiva percibida.**

A su vez, cuando se investigaron las diferencias en la habilidad cognitiva percibida entre quienes estuvieron internados en sala común y sala con asistencia respiratoria, se encontró que **quienes necesitaron asistencia reportan peor habilidad cognitiva percibida que quienes no la necesitaron.** Las diferencias fueron estadísticamente significativas ($F(1, 72)= 5,90$), $p= 0,01$).

Las mujeres reportaron peor habilidad cognitiva percibida que los hombres ($t(407,17)= -2,13$, $p= 0,034$), Cohen's $d= -0,17$. Cuando se estudiaron las diferencias en la habilidad cognitiva de aquellas personas que estuvieron o no internadas teniendo en cuenta su pertenencia al género masculino o femenino, **se encontró una diferencia significativa entre hombres y mujeres que no estuvieron internados**, pero no entre los que sí. Es decir, **las mujeres que no estuvieron internadas reportaron peor habilidad cognitiva que los hombres que no estuvieron internados.** Las diferencias fueron estadísticamente significativas ($F(1, 735)= 6,36$ ($p= 0,01$)). No hubo diferencias entre los géneros entre quienes sí estuvieron internados ($p=0,78$).

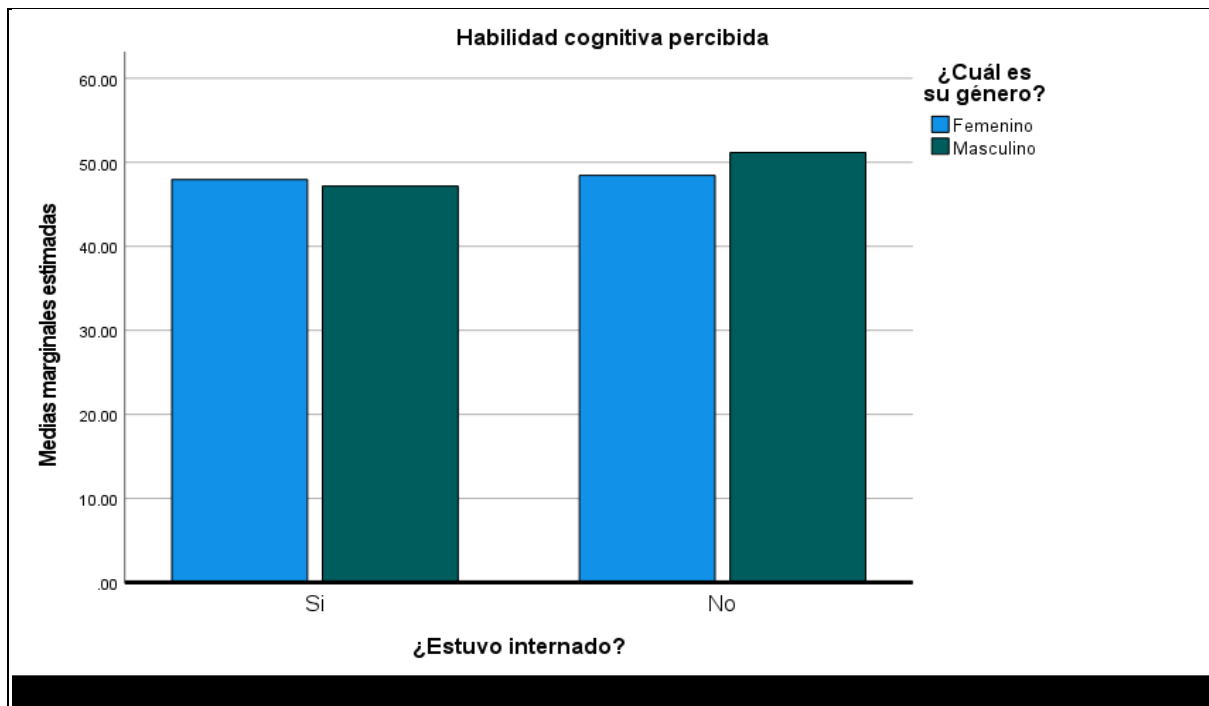


Gráfico 9. Habilidad cognitiva percibida según tipo de internación y género.

Ante la pregunta “¿Ha experimentado cambios en su capacidad de atención desde que tuvo COVID-19? **Un 46,3% de los participantes respondió que su atención empeoró.**

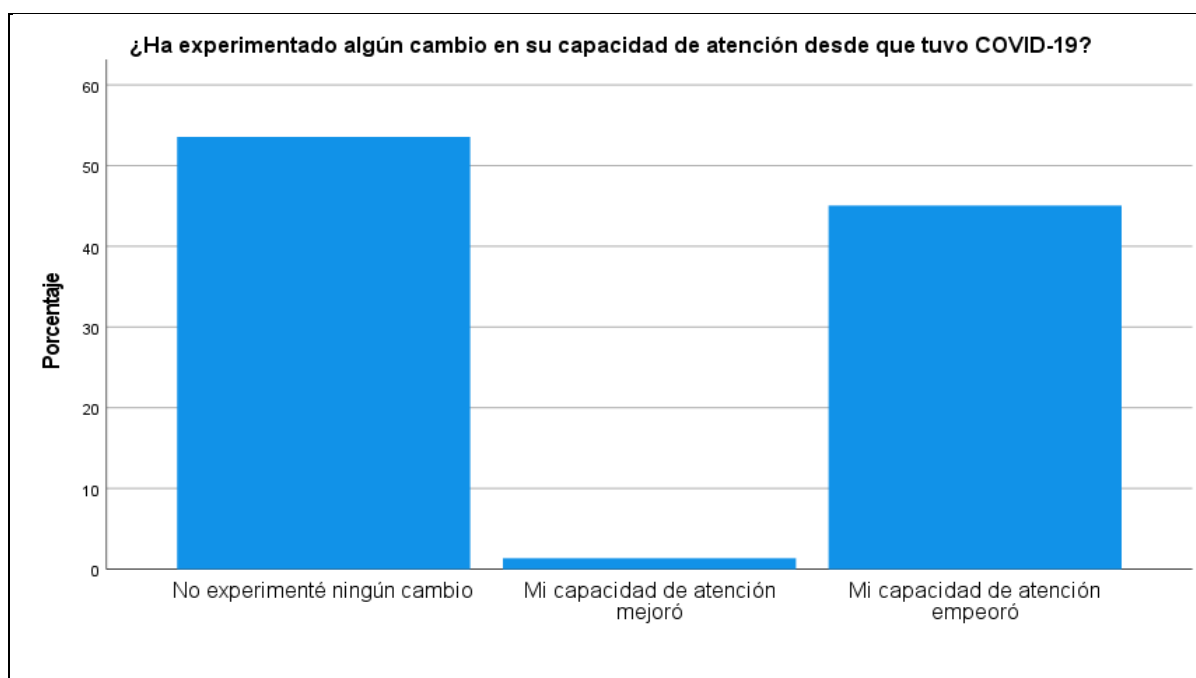


Gráfico 10. Alteración percibida de la atención en 742 participantes infectados por Covid-19.

Quienes estuvieron internados reportaron haber percibido mayores cambios negativos en su atención a partir de estar infectados por COVID-19, que quienes no estuvieron internados ($t(101,63)=2,36$ ($p= 0,02$), Cohen's $d= 0,29$).

El 43,1% reportó que su memoria empeoró a partir de haberse infectado con Covid-19. El 36,1% de los encuestados indicó que su memoria empeoró un poco, y el 7% indicó que empeoró mucho.

Se encontró que **quienes estuvieron internados reportaron haber percibido más cambios negativos en su memoria** en relación a antes de tener COVID-19 que quienes no estuvieron internados ($t(102,62) = 3,19$ ($p = 0,002$), Cohen's $d = 0,38$). Esto se mantuvo incluso cuando se excluyó a quienes estuvieron internados en UTI ($n=9$) ($t(89,55) = 2,57$ ($p = 0,012$), Cohen's $d = 0,32$).



Gráfico 11. Alteración percibida de la memoria en 742 participantes infectados por Covid-19.

Actividades durante la cuarentena

Más de la mitad de la población no realiza ninguna de las siguientes actividades: actividad física, meditación, práctica religiosa o yoga.

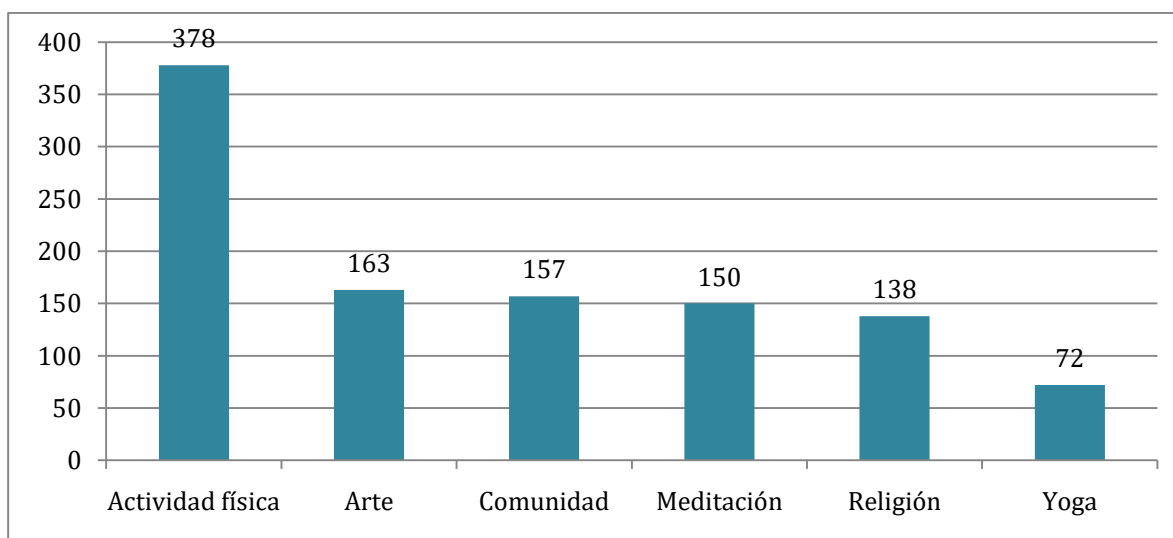


Gráfico 12. Actividades durante la cuarentena (ordenadas por cantidad de participantes).

El 50,94% de los participantes informa realizar **actividad física**. Como se vio en los apartados anteriores, esta conducta se asoció a menores niveles de sintomatología ansiosa, depresiva y riesgo suicida.

El 21,97% de los participantes informa realizar actividades artísticas. El 21,15% de los participantes informa realizar actividades comunitarias. El 20,22% de los participantes informa practicar meditación. El 18,60% de los participantes informa practicar religión. El 9,7% de los participantes informa practicar yoga.

Manejo del malestar psicológico

El 93,54% de los participantes reporta experimentar malestar psicológico o problemas emocionales. Cuando se les preguntó a los participantes “¿Qué hacés cuando experimentás malestar psicológico o tenés problemas emocionales?” (se podían marcar varias opciones), las respuestas fueron: el 53,36% dialoga con amigos (a través de medios virtuales), el 34,09% recurren a un profesional psicólogo/a, el 29,24% practica un deporte, el 24,79% realiza actividades artísticas, el 19,94% toma medicación, sin especificar cuál, el 18,59% practica el rezo, el 9,16% consume alcohol.

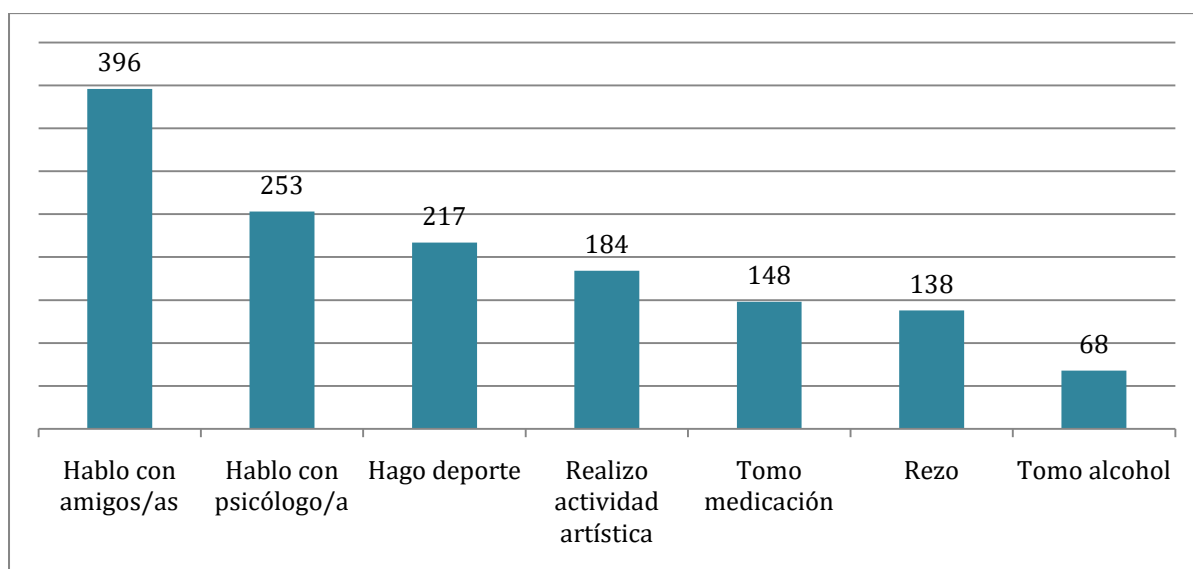


Gráfico 13. Conductas frente al malestar psicológico (ordenadas por cantidad de participantes).

Al preguntar directamente si se encuentran tratamiento psicológico, el 32% de los participantes contesta que sí. De los 501 participantes que responden que no, **67% considera necesitar un tratamiento psicológico.**

Discusión

Los participantes de este estudio, quienes han sido infectadas de Covid-19 muestran elevados niveles de sintomatología ansiosa y depresiva. Las pandemias son estresores multidimensionales que afectan diversas áreas de la vida de las personas, obligándolas a un esfuerzo de adaptación mayor. Resultar infectado en este contexto constituye un desafío mayor para las personas en general. La sintomatología ansiosa, depresiva y el estrés postraumático ha sido descripta en pandemias anteriores (Brooks, 2020) y los trastornos de ansiedad así como la sintomatología ansiosa que no llega a conformar cuadros psicopatológicos también es uno de los aspectos importantes a considerar en la psicología de las pandemias (Taylor, 2019). Con respecto a la pandemia por Covid-19, se han reportado mayores tasas de trastornos mentales y neurológicos luego de haber sido infectado (Taquet, *et al.*, 2021). Los trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos e incluso los trastornos psicóticos son más probables luego de haber sido infectado por Covid-19. Cabe aclarar, que si bien la ansiedad es una emoción normal frente a situaciones de peligro y en ese sentido la sintomatología observada es la reacción esperable de personas afectadas directamente por la pandemia al encontrarse infectadas, elevados niveles de ansiedad, prolongados en el tiempo, pueden precipitar el inicio de trastornos mentales. Entre los más frecuentes, pueden contarse los trastornos de ansiedad por la salud, los trastornos relacionados con traumas (particularmente los trastornos por estrés agudo y postraumático), y diferentes tipos de trastornos adaptativos. Los estados de ansiedad prolongados en el tiempo deterioran la capacidad de las personas para buscar soluciones efectivas. Los elevados y prolongados estados de ansiedad incrementan los fallos en la búsqueda de la solución de problemas incrementando a su vez la sensación de las personas de autoeficacia. El retraimiento y la evitación suelen ser consecuencias de este sentimiento de baja autoeficacia y de peligrosidad del mundo externo, observándose la frecuente combinación de síntomas de la serie ansiosa y depresiva. Con respecto a esta última, la depresión puede parecerse mucho al duelo, la reacción emocional normal frente a la pérdida de un ser querido, al punto de ser necesario constatar dicha situación de pérdida para diferenciar un trastorno depresivo de un proceso de duelo. Actualmente, al superar las 65 mil muertes confirmadas por Covid-19 en Argentina, seguramente algunas de las personas que han sido infectadas estén atravesando dicho proceso de duelo, que puede resolverse normalmente o puede convertirse en el inicio de un cuadro depresivo. Sin



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



embargo, otras personas pueden experimentar verdaderos trastornos depresivos mayores, que requieren detección, tratamiento y seguimiento. Además, en personas ya afectadas por trastornos mentales, la exposición a un estresor multidimensional de la envergadura de la pandemia de COVID-19 puede agravarlos, dificultar el acceso a posibles medios de tratamiento y complicar las medidas de tratamiento del mismo cuadro de COVID-19. Las personas afectadas por trastornos mentales más severos pueden ver agravada su sintomatología psicológica de base a partir de la infección y del tratamiento médico. En este sentido, Bellan *et al.* (2021), sobre la base de 767 personas infectadas por Covid-19 en Italia, reportaron síntomas de estrés post traumático en el 47 % de la población estudiada.

Los participantes de sectores socioeconómicos auto-percibidos más bajos y menores niveles educativos presentaron mayores indicadores de ansiedad y depresión. En estudios anteriores hemos observado cómo los niveles de malestar psicológico son mayores en las personas de menores recursos a los largo de la cuarentena de 2020 (Etchevers, Garay, Putrino, *et al.*, 2020). En este estudio, nuestros hallazgos se ubican en la misma línea. El contar con menores recursos incrementa la sensación de mayor vulnerabilidad y dependencia. Particularmente, **los niveles de sintomatología depresiva reportados duplican los hallados en población argentina previamente a la pandemia** (Leiderman, *et al.*, 2012). Estos datos confirman el malestar detectado por varios estudios sobre población argentina realizado en 2020 (Etchevers, Garay, Putrino, *et al.*, 2021; López Steinmetz, *et al.*, 2020; Torrente, *et al.*, 2021) y en otros países (Bellan, *et al.*, 2021; Taquet, *et al.*, 2021).

Los participantes que han experimentado síntomas como la falta de aire, que necesitaron asistencia respiratoria, padecieron más días de fiebre, han experimentado mayor sintomatología emocional, así como quienes consumen tabaco. Estos síntomas se consideran índices de mayor severidad de la enfermedad e impactan en mayor medida en el estado emocional de las personas, al representar una amenaza real para la vida. Asimismo, el uso de asistencia respiratoria va aparejado a cambios ambientales importantes durante la internación: aislamiento, falta de contacto y apoyo de seres queridos, grupo de contención básico, etc. La reacción emocional, que puede expresarse en la sintomatología ansiosa y depresiva, es esperable frente a tales situaciones. Pero también pueden, como se ha dicho, disparar el inicio de trastornos mentales de diverso tipo, o empeorar el curso de trastornos mentales ya presentes.



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Tomando como referencia un cuestionario sobre las fallas de memoria en las últimas dos semanas, se encontró que las personas del presente estudio tienen una percepción de su memoria similar, aunque algo menor a la percepción que tiene la población chilena (Riffo 2013). La muestra argentina incluyó personas de 18 a 99 años, mientras que la del país vecino incluyó adultos de hasta 81 años. Esto es importante dado que la edad se considera un factor de riesgo para el deterioro de la memoria y otras funciones cognitivas (Harada, *et al.*, 2013). Por otro lado, el estudio chileno excluyó a quienes tuvieran sintomatología depresiva, mientras que, en nuestro estudio, el 57.3% de la muestra presenta síntomas compatibles con depresión clínica, que ha sido asociada a un mayor riesgo de deterioro cognitivo (Gogos, *et al.*, 2017). Efectivamente, las alteraciones neurocognitivas están presentes en muchos trastornos mentales y en particular en la depresión mayor, las alteraciones de la atención y la memoria son uno de los criterios a considerar (APA, 2013).

Los resultados de nuestro estudio muestran que quienes cursan la enfermedad de manera más grave, tienen después mayores problemas en el área de la memoria y la atención, lo que se ha difundido como neblina mental (*brain fog*) (Boldrini, Canoll, & Klein, 2021). En particular, los más afectados son quienes deben ser internados en UTI. Si bien no contamos con información sobre su funcionamiento cognitivo previo a la infección de COVID-19, por lo cual no se puede concluir que el deterioro sea causado por éste, nuestros hallazgos son similares a los de Taquet *et al.* (2021), donde también se observó que quienes son ingresados a UTI tienen más riesgo de padecer un problema neurológico en los meses siguientes a la enfermedad. Además, según nuestros hallazgos, quienes son internados en sala con asistencia respiratoria tienen luego más problemas neurocognitivos que quienes no requieren dicha asistencia, de modo que se sugiere la posibilidad de **una relación entre la gravedad de la enfermedad y la gravedad de las fallas cognitivas que persisten.**

La **atención** es un proceso cognitivo y conductual que implica concentración selectiva en un aspecto de la información objetiva o subjetiva, mientras que se ignoran otros aspectos (Anderson, 2005). La capacidad de atención empeoró según lo perciben 46 de cada 100 participantes de este estudio. La **memoria** es la capacidad de adquirir, almacenar y recuperar información (Kundera, 2010). La memoria empeoró según perciben 43 de cada 100 participantes.



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



En relación al **deterioro neurocognitivo**, futuras investigaciones deberán explorar el rendimiento cognitivo de las personas recuperadas de COVID-19 con instrumentos de evaluación objetiva, ya que, por razones metodológicas, en el presente estudio se incluyeron solamente instrumentos subjetivos, es decir, donde la persona evalúa su propia capacidad de memoria o atención. Es importante que se incluyan instrumentos objetivos o de rendimiento, dado que hay ciertos factores que pueden influir en la percepción del funcionamiento cognitivo. Por ejemplo, la depresión está asociada a una percepción subjetiva más negativa de sí mismo y del funcionamiento cognitivo propio (Zlatař, *et al.*, 2018).

El 93,54% de los participantes reporta experimentar malestar psicológico o problemas emocionales y diferentes maneras de afrontarlo. La mitad de los participantes informa realizar actividad deportiva para afrontar su malestar emocional o psicológico. Dentro de las actividades que se realizan durante la cuarentena, se observaron **menores niveles de sintomatología ansiosa** en **quienes realizan actividad física**. Son conocidos los efectos saludables de la actividad física, extensibles a la salud mental. En este sentido, nuestros hallazgos confirman la necesidad de estrategias de salud que promuevan la actividad física que no conlleve riesgos infectológicos. Esto resulta importante porque la mitad de los participantes no realizan actividad física o deportiva.

La **actividad social** es una opción elegida por más de la mitad de los participantes. 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.

Una tercera parte de los participantes infectados de Covid-19 recurren a un/a profesional psicólogo/a para lidiar con el malestar emocional. Frente a otros hallazgos en estudios previos (vg., menos del 5% en nuestro estudio con población general), estos resultados resultan alentadores. La necesidad de orientación, asistencia, prevención y tratamiento de los trastornos mentales durante la pandemia resulta evidente a la luz de los hallazgos de los estudios realizados en población argentina por diferentes equipos de investigación. De hecho, según los hallazgos, un porcentaje mayoritario de quienes no se encuentran en tratamiento psicológico consideran necesitarlo.

La **actividad física y deportiva** se asoció con menor sintomatología ansiosa y depresiva. En la línea de varios estudios que muestran los beneficios de la actividad física para la



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



salud global, incluyendo la salud mental, resulta importante considerar políticas que promuevan la actividad física y los deportes individuales, sin contacto cercano, que representan bajo o nulo riesgo de contacto. Más aún, un estudio con 48.440 pacientes con Covid-19 concluye que adherir a los lineamientos de actividad física se asocia fuertemente con menos riesgo de una mala evolución de la enfermedad y los autores recomiendan promover la actividad física como una prioridad de la salud pública (Sallis, *et al.*, 2021).

Los resultados generales muestran la **relevancia de los factores psicológicos** y promueven la inclusión de los mismos a la hora de implementar seguimiento de las personas que han sido infectadas por Covid-19. La inclusión del **impacto psicológico** del Covid-19 resulta de importancia tanto para la evaluación de las medidas de restricción para el control de la propagación del virus como para la prevención y asistencia de secuelas psicológicas de aquellos que han atravesado esta enfermedad.



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Limitaciones de este estudio

El tamaño de la muestra no es representativo de la población que ha sufrido Covid-19. Los resultados de este estudio no deberían generalizarse sin cautela al total de la población. No se ha podido conocer el estado de salud mental de esta población previo a sufrir la enfermedad. No se ha contado con bases de datos o colaboración de otros organismos oficiales o centros de salud por lo cual no podemos asegurar que la totalidad de los participantes haya tenido el diagnóstico de Covid-19, solo contamos con la declaración de los participantes de haber recibido el diagnóstico de Covid-19 por hisopado. Debido al diseño por muestreo en línea es posible que las personas que hayan sufrido más secuelas no hayan estado en condiciones de participar de este estudio. Nuestra evaluación de los aspectos neurocognitivos se limitó al uso de pruebas autoadministradas y no de ejecución, lo que no nos permite llegar a conclusiones definitivas sobre el impacto en esta área. Más estudios locales son necesarios para conocer las secuelas psicológicas del Covid-19.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores no declaran conflicto de intereses.



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Referencias

- Anderson, J. R. (2005). *Cognitive psychology and its implications*. Macmillan.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996/2006). *Beck Depression Inventory* (Second Edition). Trad. Paidós. Adaptación argentina: Brenlla, M.E., y Rodríguez, C.M.
- Bellan, M., Soddu, D., Balbo, P. E., Baricich, A., Zeppegno, P., Avanzi, G. C., ... & Pirisi, M. (2021). Respiratory and psychophysical sequelae among patients with COVID-19 four months after hospital discharge. *JAMA network open*, 4(1), e2036142-e2036142. doi: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.36142>
- Boldrini, M., Canoll, P. D., & Klein, R. S. (2021). How COVID-19 Affects the Brain. *JAMA psychiatry*. Published online March 26, 2021. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0500>
- 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*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Cheng, S. K., Wong, C. W., Tsang, J., & Wong, K. C. (2004). Psychological distress and negative appraisals in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). *Psychological Medicine*, 34(7), 1187-1195. <https://doi.org/10.1017/s0033291704002272>
- 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. I., Helmich, N., & Lunansky, G. (2021). Argentinian Mental Health During the COVID-19 Pandemic: A Screening Study of the



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



General Population During Two Periods of Quarantine. *Clinical Psychology in Europe*, 3(1), 1-17. <https://doi.org/10.32872/cpe.4519>

- Etchevers, M. J., Garay, C. J., Putrino, N., Grasso, J., Natalí, V., & Helmich, N. (2020). Salud Mental en Cuarentena. Relevamiento del impacto psicológico de la pandemia en cuatro momentos del aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) de 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>
- Flórez J.(1999) Bases neurobiológicas del aprendizaje. *Revista Siglo Cero*; 30(3): 9-27.
- 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.
- Galván-Tejada, C. E., Herrera-García, C. F., Godina-González, S., Villagrana-Bañuelos, K. E., Amaro, J., Herrera-García, K., Rodríguez-Quiñones, C., Zanella-Calzada, L. A., Ramírez-Barranco, J., Avila, J., Reyes-Escobedo, F., Celaya-Padilla, J. M., Galván-Tejada, J. I., Gamboa-Rosales, H., Martínez-Acuña, M., Cervantes-Villagrana, A., Rivas-Santiago, B., & Gonzalez-Curiel, I. E. (2020). Persistence of COVID-19 Symptoms after Recovery in Mexican Population. *International journal of environmental research and public health*, 17(24), 9367. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249367>
- Garrigues, E., Janvier, P., Kherabi, Y., Le Bot, A., Hamon, A., Gouze, H., ... & Nguyen, Y. (2020). Post-discharge persistent symptoms and health-related quality of life after hospitalization for COVID-19. *Journal of Infection*, 81(6), e4-e6. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.08.029>
- Gazzaniga, M. S., Ivry, R. B., & Mangun, G. R. (1998). *Cognitive neuroscience, the biology of the mind*. W. W. Norton & Company.
- Gogos, A., Papageorgiou, G., Kavourgia, E., Papakyrgiaki, E., & Mitsokali, A. (2017). Correlation between depression and cognitive decline in elderly outpatients: a preliminary study. *European Psychiatry*, 41(S1), S651-S651.



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



- Harada, C. N., Love, M. C. N., & Triebel, K. L. (2013). Normal cognitive aging. *Clinics in geriatric medicine*, 29(4), 737-752.
- 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.
- Jaywant, A., Vanderlind, W. M., Alexopoulos, G. S., Fridman, C. B., Perlis, R. H., & Gunning, F. M. (2021). Frequency and profile of objective cognitive deficits in hospitalized patients recovering from COVID-19. *Neuropsychopharmacology*, 1-6.
<https://doi.org/10.1038/s41386-021-00978-8>
- Kamal, M., Abo Omirah, M., Hussein, A., & Saeed, H. (2020). Assessment and characterisation of post-COVID-19 manifestations. *International journal of clinical practice*, e13746. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/ijcp.13746>
- 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.
- Kundera, P. (2010). *La memoria humana*. Banco Central de Venezuela.
- Leiderman, E. A., Lolich, M., Vázquez, G. H., & Baldessarini, R. J. (2012). Depression: Point-prevalence and sociodemographic correlates in a Buenos Aires community sample. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 1154-1158.
<https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1867318>
- López Steinmetz, L. C., Dutto Florio, M. A., Leyes, C. A., Fong, S. B., Rigalli, A., & Godoy, J. C. (2020). Levels and predictors of depression, anxiety, and suicidal risk during COVID-19 pandemic in Argentina: the impacts of quarantine extensions on mental health state. *Psychology, Health & Medicine*, 1-17.
<https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1867318>
- Lopez-Leon, S., Wegman-Ostrosky, T., Perelman, C., Sepulveda, R., Rebolledo, P. A., Cuapio, A., & Villapol, S. (2021). More than 50 Long-term effects of COVID-19: a



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



systematic review and meta-analysis. *medRxiv : the preprint server for health sciences*, 2021.01.27.21250617. <https://doi.org/10.1101/2021.01.27.21250617>

Ministerio de Salud de la Nación (14 de mayo de 2021). *Información epidemiológica*. Argentina.gob.ar. Recuperado el 14 de mayo de 2021 de <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/sala-situacion>

Negrini, F., Ferrario, I., Mazziotti, D., Berchicci, M., Bonazzi, M., de Sire, A., ... & Zapparoli, L. (2021). Neuropsychological features of severe hospitalized coronavirus Disease 2019 Patients at Clinical Stability and Clues for Postacute Rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 102(1), 155-158.

Riffo, B., Reyes, F., & Véliz de Vos, M. (2013). Propiedades psicométricas del cuestionario multidimensional de memoria en población chilena adulta. *Terapia psicológica*, 31(2), 227-237.

Rogers, J. P., Chesney, E., Oliver, D., Pollak, T. A., McGuire, P., Fusar-Poli, P., Zandi, M. S., Lewis, G., & David, A. S. (2020). Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(7), 611–627. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30203-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30203-0)

Sallis, R., Young, D. R., Tartof, S. Y., Sallis, J. F., Sall, J., Li, Q., ... & Cohen, D. A. (2021). Physical inactivity is associated with a higher risk for severe COVID-19 outcomes: a study in 48 440 adult patients. *British journal of sports medicine*. <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2021-104080>

Sanz, J., & Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del inventario de ansiedad de beck (BAI) en estudiantes universitarios [The psychometric properties of a spanish version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in a university students sample]. *Ansiedad y Estrés*, 9(1), 59–84.

Taquet, M., Geddes, JR, Husain, M., Luciano, S. & Harrison, PJ (2021). 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. *The Lancet Psychiatry*, [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00084-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00084-5)



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



- Taquet, M., Luciano, S., Geddes, J. R., & Harrison, P. J. (2021). Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. *The Lancet Psychiatry*, 8(2), 130-140.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30462-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30462-4)
- 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, P., Manes, F., & Cetkovich, M. (2021). Sooner than you think: A very early affective reaction to the COVID-19 pandemic and quarantine in Argentina. *Journal of Affective Disorders*, 282, 495-503.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.124>
- Troyer, A., y Rich, J. (2002). Psychometric properties of a new metamemory questionnaire for older adults. *Journal of gerontology: psychological sciences*, 57, 19-27.
- Vizioli, N. A., & Pagano, A. E. (2020). Adaptación del Inventario de Ansiedad de Beck en población de Buenos Aires. *Interacciones*, e171-e171.
<https://doi.org/10.24016/2020.v6n3.171>
- World Health Organization (2021, May 14) *WHO COVID-19 Dashboard*.
<https://covid19.who.int/> (last cited:[May 14])
- Zlatar, Z. Z., Muniz, M., Galasko, D., & Salmon, D. P. (2018). Subjective cognitive decline correlates with depression symptoms and not with concurrent objective cognition in a clinic-based sample of older adults. *The Journals of Gerontology: Series B*, 73(7), 1198-1202.