



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

Salud Mental en Cuarentena

**RELEVAMIENTO DEL IMPACTO PSICOLÓGICO
DE LA PANDEMIA EN CUATRO MOMENTOS DEL
AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y
OBLIGATORIO (ASPO) DE ARGENTINA**



.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires

Autoridades

Decano

Prof. Jorge A. Biglieri

Director de Investigación del Observatorio de Psicología Social Aplicada

Dr. Gustavo E. González

Coordinador de Gestión Técnica del Observatorio de Psicología Social Aplicada

Dr. Joaquín Ungaretti

RESPONSABLES DEL DOCUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Investigadores autores

Dr. Martín J. Etchevers

Dr. Cristian J. Garay

Lic. Natalia Putrino

Lic. Jimena Grasso

Lic. Vanesa Natalí

Lic. Natalia Helmich

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 estudios 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 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>

Formato de las Normas de Vancouver:

1. Etchevers MJ, Garay CJ, Putrino N, Grasso J, Natalí V, Helmich N. Relevamiento del impacto psicológico de la pandemia en cuatro momentos del aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) de 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

Advertencia	4
Aspectos clave de este estudio	5
Resumen	6
Abstract	8
Introducción	10
Metodología	13
Objetivos	13
Esquema de variables e indicadores	14
Muestra	15
Sintomatología Psicológica Clínica	17
Riesgo suicida	18
Conductas problemáticas	18
Conductas saludables	18
Otras conductas	18
Consulta psicológica	19
Resultados	20
Sintomatología psicológica clínica	20
Edad	23
Sexo	24
Sector socioeconómico	25
Actividades durante la cuarentena	26
Manejo del malestar psicológico	27
Medicación	29
Sueño	30
Vida sexual	32
Consumo de tabaco, alcohol y sustancias	33
Suicidio	35
Tratamiento psicológico	37
Discusión	40
Referencias	47



Advertencia

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



Aspectos clave de este estudio

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



Resumen

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

Métodos. Se ha administrado un cuestionario en línea con muestreo incidental y estratificado de acuerdo a las regiones del país a la semana (marzo), 8 (mayo), 16 (julio) y 32 semanas (octubre) de ASPO. Los protocolos completos y válidos fueron 10.149 distribuyéndose 2.631 casos la semana, 2.068 casos a los 50-55 días (Período 2), 2.441 casos a los 115-124 días (Período 3) y 3009 casos a los 211-222 días (Período 4) 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) el puntaje de la Escala de Evaluación de Riesgo Suicida (RASS); 5) la relación entre la necesidad de tratamiento psicológico y el 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% (marzo) a 7,20% (mayo) ($z = 3.28$; $p < .01$), 8,10% (julio) y 10,24% (octubre). En el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), dicho incremento pasó de 4,9% (marzo) a 6,6% (mayo), y 9,5% ($z = 4$; $p = .01$) (julio y octubre). En octubre, 80% de los participantes reportó experimentar malestar psicológico, el 54,8% de los participantes reportó consumir alcohol y 46,5% consideraron necesario tratamiento psicológico. Se observó que los participantes con riesgo de trastorno mental tienen a su vez el doble de puntaje en la RASS que aquellos sin riesgo ($t_{(3005)} = 33,1$, $p = .001$).

Interpretación. El impacto psicológico de la cuarentena es altamente relevante y debe considerarse junto con 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 se asocian con una reducción del riesgo de



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



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 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); 2,441 cases at 115-124 days (Period 3); and 3,009 cases at 211-224 days (Period 4) 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 score of Risk Assessment Suicide Scale (RASS); 5) 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. In period 4, the RASS score among those with mental health risk was the double in compare to those without mental health risk (STATISTCAL)

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.



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Population access to mental health care is crucial to mitigate the psychological impact of mandatory quarantine and prevent its consequences.



Introducción

A finales de octubre de 2020 en Argentina se han registrado 1.173.533 casos confirmados de COVID-19 y más de 31.140 fallecidos (Ministerio de Salud, 2020) lo cual ubica al país entre los primeros 10 países del mundo con más casos confirmados. Si bien circulan auspiciosas noticias en cuanto a tratamientos y vacunas, hasta el momento estos avances no se trasladaron a prácticas concretas para la población.

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, el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) lleva más de 32 semanas, durante las cuales se realizaron diversas modificaciones que se fueron actualizando cada 14 días. **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 del 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 un empeoramiento en la 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, mayores son los índices 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 la población afectada o vinculada a la emergencia de los brotes y hacia el 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). Los esfuerzos de la comunidad científica internacional que se reflejan en numerosas publicaciones científicas permiten compartir metodologías y realizar diferentes estimaciones. 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**. En la India, se observó un impacto progresivo en varios aspectos de la salud mental (Pandey et al., 2020). Una encuesta nacional francesa sobre 11391 encontró sólidas relaciones entre las medidas de cuarentena y el deterioro de la salud mental, encontrando que los factores de riesgo son los siguientes: género femenino, estudiante, discapacitado o vivir en espacios reducidos; dichos factores incrementan significativamente el riesgo de desarrollar trastorno mentales (Haesebaert et al., 2020).

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 de 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 y 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 contra uno mismo o miembros de la familia, la presencia de enfermedades médicas preexistentes que incrementen el riesgo de muerte, ansiedad, distanciamiento físico de la familia o problemas económicos (Duan, & Zhu, 2020; Kun, Han, Chen, & Yao, 2009).

A pesar de la importancia de los factores psicológicos en el manejo de epidemias y pandemias, y que Argentina 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 la pandemia. Dada su relevancia, 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 las 32 semanas de ASPO y los compara con aquellos obtenidos a la primera semana, a las 8 semanas y a las 16 semanas.



Metodología

Objetivos

Objetivo general

Conocer el estado de salud mental de la población argentina y las conductas que implementa para lidiar con el malestar psicológico durante cuatro períodos del ASPO iniciado a partir de la pandemia de COVID-19 en Argentina (marzo, mayo, julio y octubre).

Objetivos específicos

1. Conocer el impacto del ASPO y la pandemia de COVID-19 en la prevalencia de la sintomatología psicológica clínica en todo el país (SCL-27), diferenciando edad, sexo y sector socioeconómico.
2. Conocer las conductas problemáticas que implementa la población durante el ASPO y la pandemia de COVID-19 (cuestionario *ad hoc*).
3. Conocer las conductas saludables que implementa la población durante el ASPO y la pandemia de COVID-19 (cuestionario *ad hoc*).
4. Conocer el impacto diferencial del ASPO y la pandemia de COVID-19 en las diferentes regiones del país, diferenciando áreas rurales y áreas urbanas.
5. Conocer el riesgo suicida en el país durante el ASPO y la pandemia de COVID-19 (RASS).
6. Conocer la necesidad percibida de tratamiento psicológico y el acceso de la población a los servicios de salud mental durante el ASPO y la pandemia de COVID-19 en el país.

Esquema de variables e indicadores

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

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 10.149 casos.** De acuerdo a los períodos en los cuales se realizaron las tomas, se dividen en 2631 casos a los 7-11 días de ASPO (marzo), 2068 casos a los 50-55 días de ASPO (mayo), 2441 casos a los 115-124 días de ASPO (julio) y 3009 casos a los 211-224 días de ASPO (octubre). En la tabla 2, pueden observarse las características de la Muestra.

	Marzo		Mayo		Julio		Octubre	
Edad	N	%	N	%	N	%	N	%
18-20	113	4,3	119	5,75	150	6,15	250	8,31
21-29	472	17,9	321	15,52	368	15,08	474	15,75
30-39	750	28,5	439	21,23	333	13,64	494	16,42
40-49	469	17,8	661	31,96	402	16,47	584	19,41
50-59	450	17,1	280	13,54	622	25,48	692	23
60 o más	377	14,3	248	11,99	566	23,19	515	17,12
Género								
Mujeres	1205	45,8	1050	50,77	1571	64,36	1662	53,23
Hombres	1415	53,8	1007	48,69	856	35,07	1336	44,4
Otros	11	0,4	11	0,53	14	0,57	11	0,37
Nivel educativo								
Primario incompleto	26	1	19	0,92	13	0,53	22	0,73
Primario completo	117	4,4	61	2,95	56	2,29	98	3,26
Secundario incompleto	358	13,6	265	12,81	213	8,73	395	13,13
Secundario completo	698	26,5	512	24,76	549	22,49	819	27,22
Terciario incompleto	306	11,6	233	11,27	284	11,63	335	11,13
Terciario completo	402	15,3	361	17,46	487	19,95	496	16,48
Universitario incompleto	431	16,4	348	16,83	449	18,39	485	16,12
Universitario completo	293	11,1	269	13,01	390	15,98	359	11,93
Sector socioeconómico								
Bajo	1201	45,7	843	40,77	879	36,03	1335	44,37
Medio	1281	48,7	1072	51,84	1305	53,46	1467	48,75
Alto	149	5,7	153	7,4	257	10,52	207	6,88
TOTAL	2631	100	2068	100	2441	100	3009	100

Tabla 2. Características de la muestra a 1, 8, 16 y 32 semanas de ASPO.

En la tabla 3, se puede observar la distribución geográfica de los participantes.

Región Geográfica	Marzo		Mayo		Julio		Octubre	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	293	11,1	268	12,96	385	15,77	371	12,33
Gran Buenos Aires Sur	328	12,5	284	13,73	326	13,36	416	13,83
Gran Buenos Aires Norte	246	9,4	199	9,62	244	10	306	10,17
Gran Buenos Aires Oeste	292	11,1	260	12,57	325	13,31	364	12,1
Interior de Provincia de Buenos Aires	409	15,5	257	12,43	337	13,81	374	12,43
Córdoba	322	12,2	222	10,74	259	10,61	326	10,83
Rosario	269	10,2	178	8,61	189	7,75	276	9,18
Mendoza	246	9,4	157	7,59	214	8,77	280	9,31
Tucumán	226	8,6	111	5,37	162	6,63	199	6,61
Neuquén	-	-	132	6,38	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-	-	-	97	3,22
TOTAL	2631	100	2068	100	2441	100	3009	100

Tabla 3. Distribución geográfica de la muestra a 1, 8, 16 y 32 semanas de ASPO.



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, la realización de actividades comunitarias y actividades artísticas**.

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 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 constante** de casos en riesgo de padecer trastorno psicológico o mental al comparar marzo y mayo. En marzo, el porcentaje de participantes con riesgo de trastornos psicológicos asciende a 4,86%, en mayo es 7,2%, en julio, 8,1%, y en octubre 10,24%, manteniéndose la tendencia.

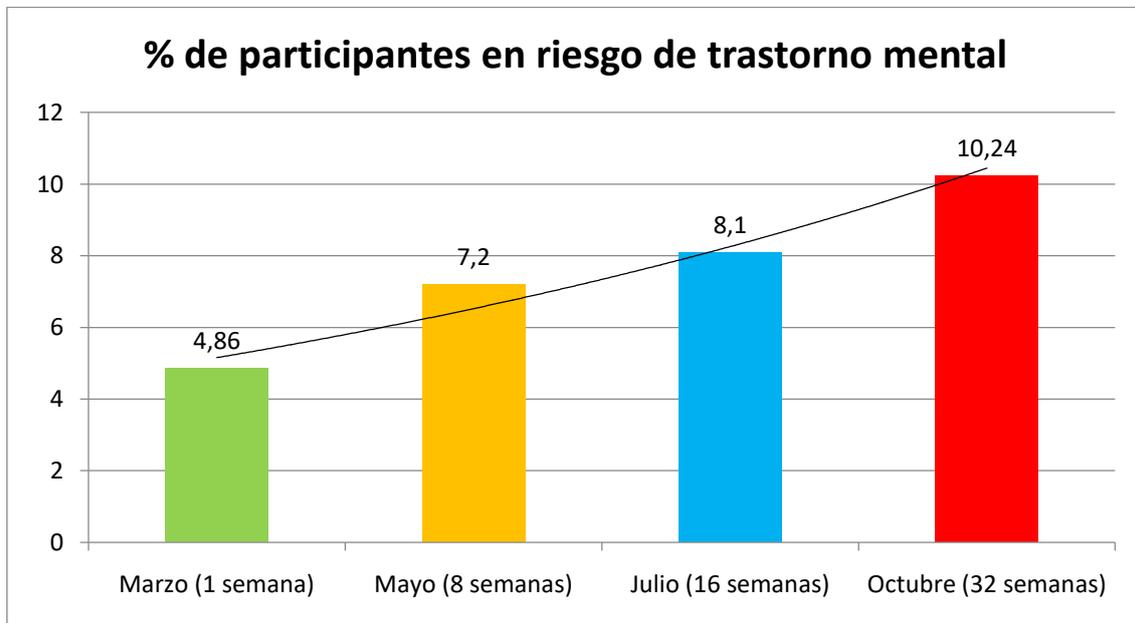


Gráfico 1. Proporción de participantes en riesgo de padecer trastorno mental a 1, 8, 16 y 32 semanas de ASPO.

Esta diferencia es más acentuada en el AMBA, pasando del 4,9% en marzo al 6,6% en mayo y 9,5% en julio, siendo significativa la diferencia entre los períodos 2 y 3 ($z = 4$ $p = .01$). Sin embargo, en octubre, el riesgo en el AMBA es menor que en el resto del país, **modificándose la tendencia** observada hasta julio.

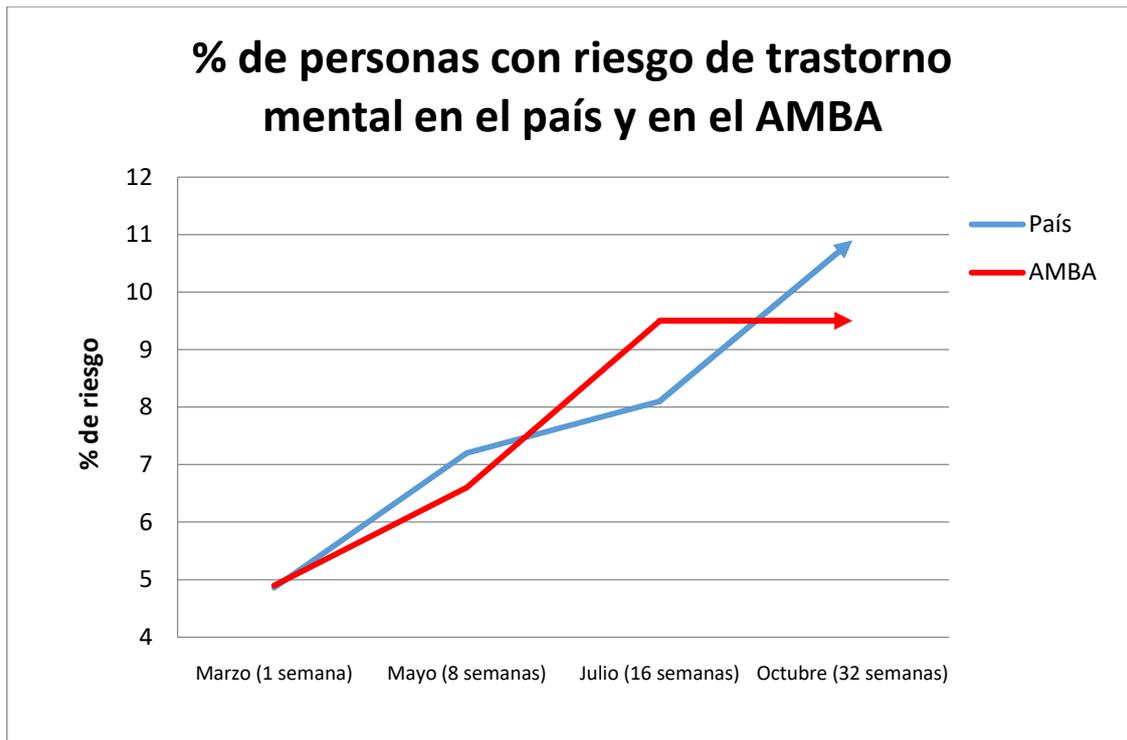


Gráfico 2. Proporción de participantes en riesgo de padecer trastorno mental a 1, 8, 16 y 32 semanas de ASPO en AMBA y en el resto del país.

Nota: AMBA = Área Metropolitana de Buenos Aires.

Al comparar el contexto (urbano o rural) donde residen los participantes de julio, 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%. **Esta diferencia no fue significativa en octubre (32 semanas de ASPO): 9,4% en contextos urbanos y 13% en contextos rurales.**



Índice de Severidad Global (GSI)

La media del Índice de Severidad Global (GSI) de los 2631 participantes de marzo fue de 0,85 mientras que dicho índice de los 2068 participantes en mayo fue de 1,96. Es decir, **a las 8 semanas se observó más del doble de indicadores de sintomatología psicológica clínica que a la semana de ASPO** ($t_{(2067)} = -50,664, p < .001$). A las 16 semanas de ASPO se observó una disminución de la media a nivel general, superior a la muestra del inicio (marzo) pero inferior a la muestra de mayo (8 semanas). Finalmente, **en octubre (32 semanas de ASPO), se observó un incremento de la media de sintomatología psicológica clínica superior a todos los períodos anteriores: 2,08.**

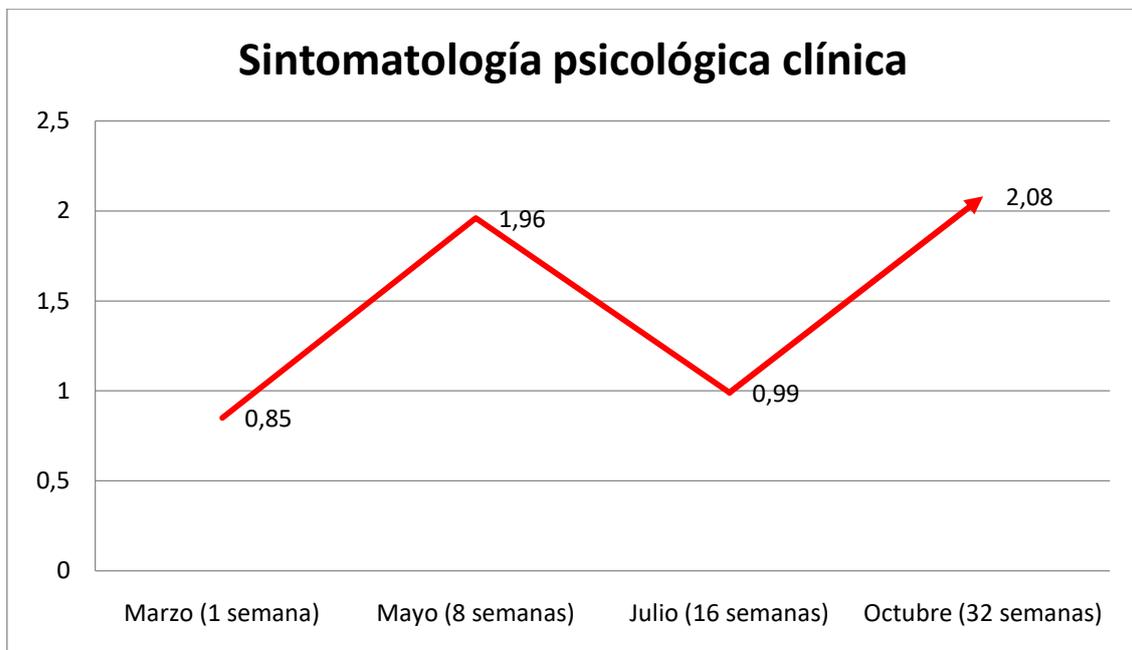


Gráfico 3. Medias del Índice de Severidad Global (GSI) de la SCL-27 a 1, 8, 16 y 32 semanas de ASPO. Escala de 0 a 4.

En marzo, julio y octubre, no hay diferencias significativas según lugar de residencia. En mayo (8 semanas de ASPO), se observó que los participantes de la provincia de Tucumán presentaban sintomatología más elevada que el resto de los lugares de residencia, $F_{(9,14,42)} = 3,15; p < .001$.



Edad

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

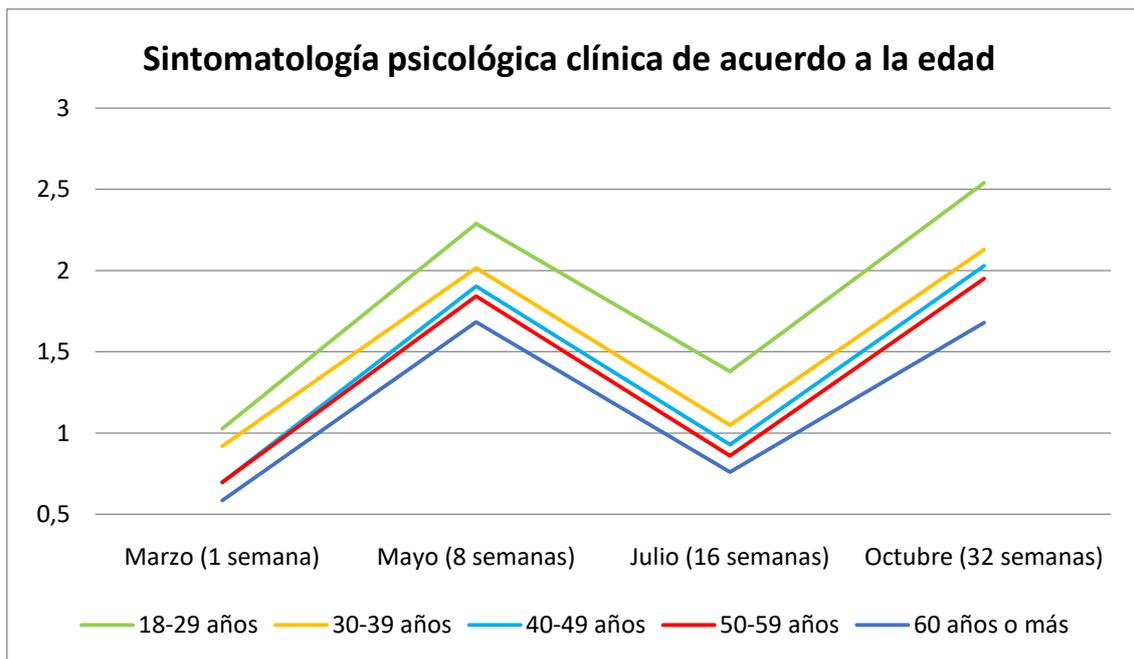


Gráfico 4. Medias del Índice de Severidad Global (GSI) de la SCL-27 según edad a 1, 8, 16 y 32 semanas de ASPO.



Sexo

En los cuatro períodos se observa que las mujeres presentan más síntomas psicológicos que los hombres. Pueden observarse las diferencias en el siguiente gráfico.

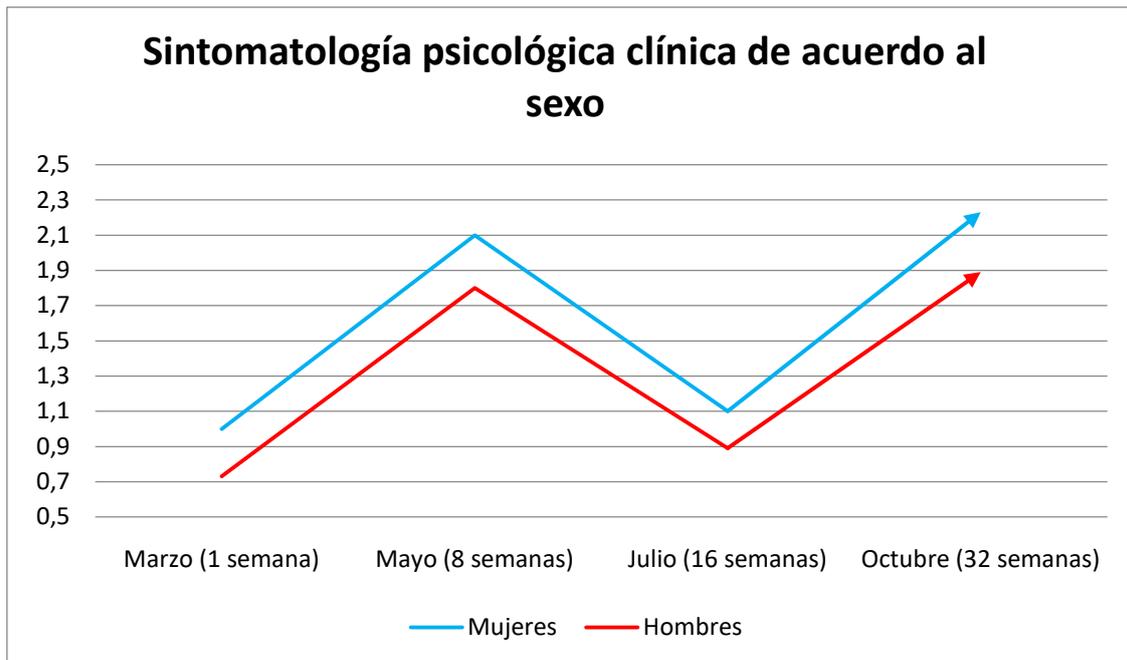


Gráfico 5. Medias del Índice de Severidad Global (GSI) de la SCL-27 según sexo a 1, 8, 16 y 32 semanas de ASPO.

Sector socioeconómico

En los cuatro períodos se observa que los síntomas psicológicos son mayores si las personas pertenecen a sectores socioeconómicos de menores ingresos, en comparación con los sectores de ingresos medios y altos. Es decir, cuanto **menores son los ingresos, mayores son los síntomas**. Los datos pueden verse en el siguiente gráfico.

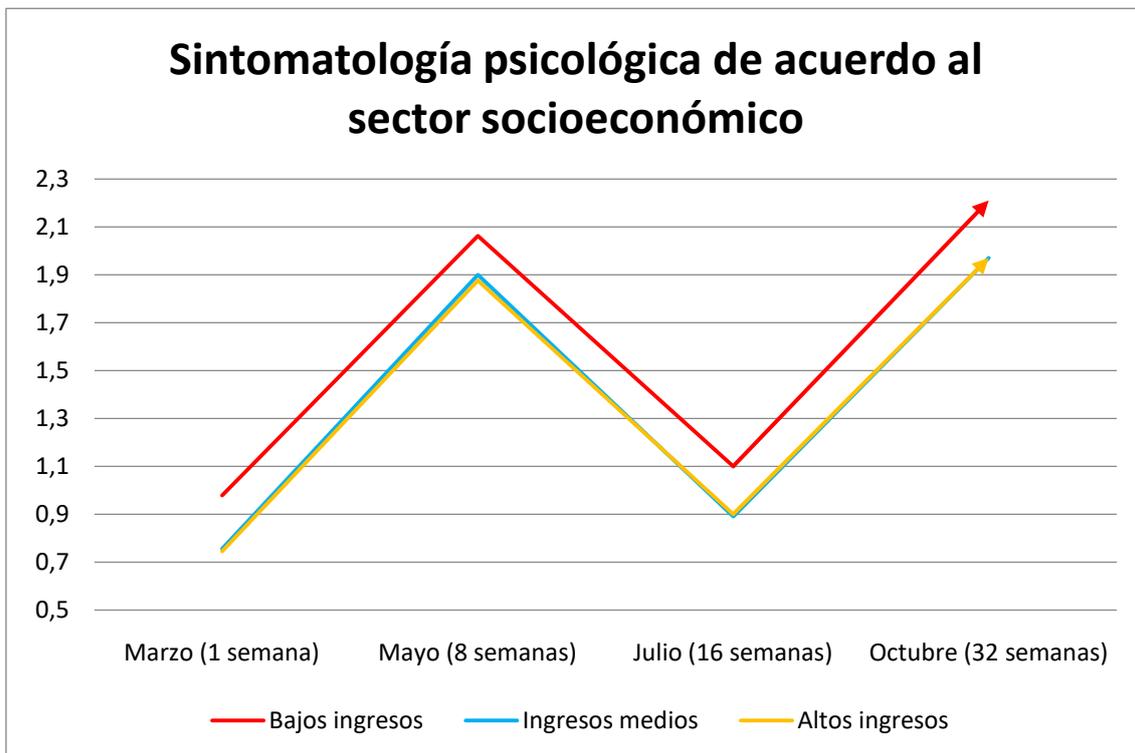


Gráfico 6. Medias del Índice de Severidad Global (GSI) de la SCL-27 según sector socioeconómico a 1, 8, 16 y 32 semanas de ASPO.

Actividades durante la cuarentena

Tanto en marzo (1 semana de ASPO) como en mayo (8 semanas de ASPO), julio (16 semanas de ASPO) y octubre (32 semanas de ASPO) se observó que **menos de la mitad de los participantes realiza alguna de las siguientes actividades que se consideran saludables:** actividad física, meditación, práctica religiosa o yoga.

Pueden destacarse los siguientes hallazgos: un descenso de la práctica del yoga al 5,88 % contra el incremento sostenido del 8,17% al 9,91% y al 12,13% observado hasta julio, un leve incremento de la práctica de actividad física o deportiva llegando al 41,54% en octubre, lo más alto hasta el momento, y **una disminución sostenida de la práctica religiosa del 20,14% de los participantes en marzo al 13,3% en octubre.**

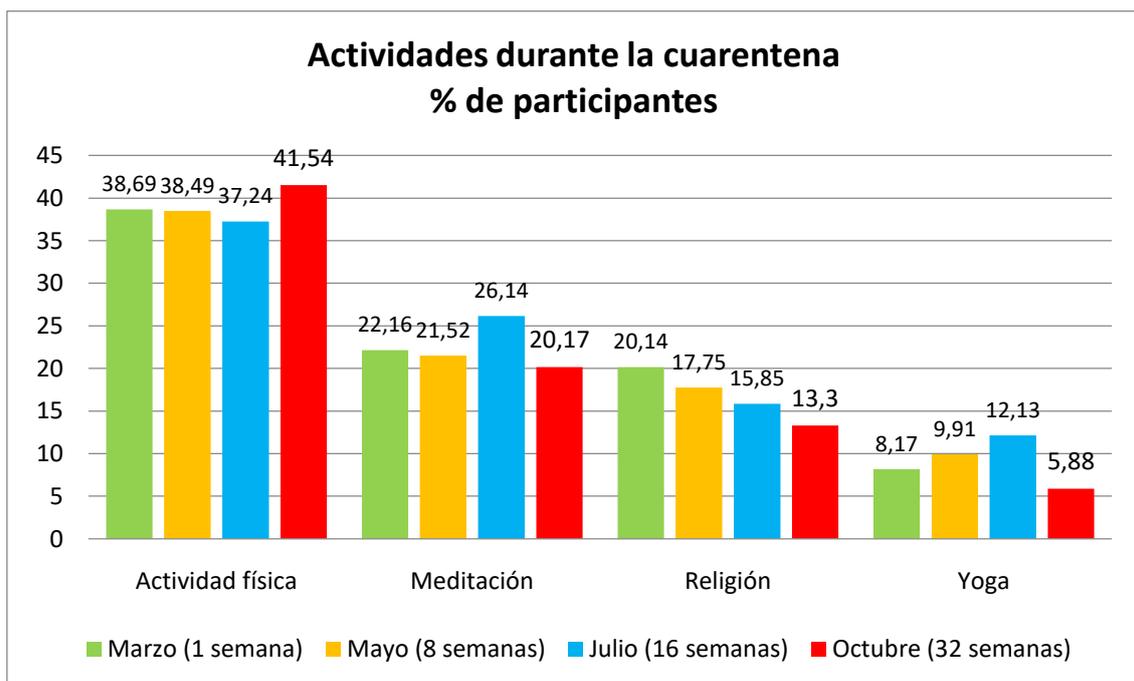


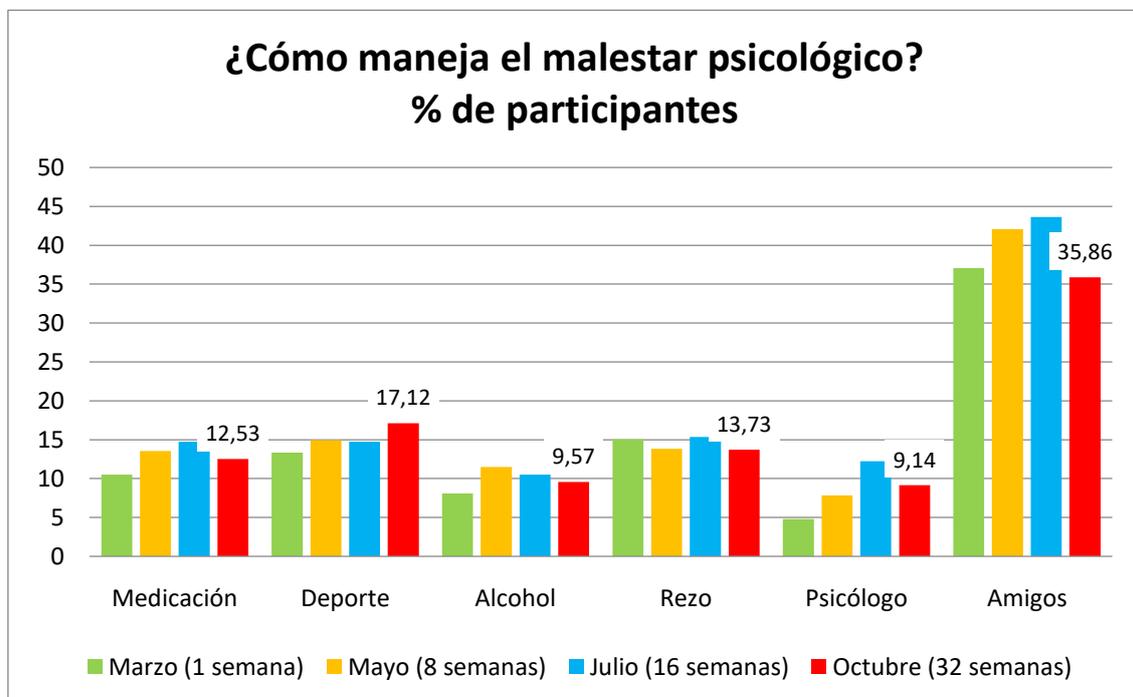
Gráfico 7. Actividades de los participantes a 1, 8, 16 y 32 semanas de ASPO.

Manejo del malestar psicológico

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

En el cuarto período se observó un descenso de tres conductas que habían mostrado incremento sostenido hasta julio (16 semanas de ASPO): la consulta psicológica, el uso de medicación sin prescripción médica (automedicación) y la conversación con confidentes amigos. La consulta psicológica, que iba incrementándose del 4,79% al 7,83% y al 12,25% hasta julio, desciende a 9,14% en octubre. El uso de medicación sin prescripción médica (automedicación) que iba incrementándose del 10,53% al 13,54% y al 14,75% hasta julio, desciende a 12,53% en octubre. La conversación con confidentes amigos que iba incrementándose del 37,06% al 42,07% y al 43,63% hasta julio, desciende a 35,86% en octubre. El uso del deporte se incrementó del 13,34% al 14,94% y se mantiene en el 14,75% de los participantes en octubre. El uso del deporte se incrementó del 13,34% al 14,94% y se mantiene en el 14,75% de los participantes en octubre.

Los resultados pueden apreciarse en el siguiente gráfico.



Gráficos 8. Conductas frente al malestar psicológico a 1, 8, 16 y 32 semanas de ASPO.



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



El grupo que no experimenta malestar muestra un descenso sostenido en los cuatro períodos: del 38,5% al 31,58% y del 24,17% al 22% de los participantes en octubre. Dicho de otro modo, **casi el 80% de los participantes experimentan malestar psicológico a las 32 semanas de ASPO (octubre).**

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 de marzo y mayo. Es decir, **los participantes toman más medicación para manejar su estado psicológico a las 8 semanas de ASPO**. Al considerar el período de julio (32 semanas de ASPO), los objetivos “disminuir la ansiedad” y “dormir” descienden incluso por debajo del porcentaje del período de marzo. **Se observa un incremento sostenido desde marzo a julio, en los objetivos “relajarme” y “manejar mis nervios”**. El objetivo “mejorar mi estado de ánimo” desciende con respecto a la muestra de mayo (7,66% versus 10,2%) pero sigue por encima del porcentaje de la primera semana (marzo) (7,66% versus 7,41%). En octubre (32 semanas de ASPO), se observa un descenso del porcentaje de participantes que utilizan medicación para todos los objetivos considerados. Particularmente, continúa descendiendo el uso de la medicación para el manejo de la ansiedad, el insomnio y el ánimo; y por primera vez en los cuatro períodos, desciende el porcentaje de participantes que refieren utilizar la medicación para el manejo de los “nervios”.

Los resultados pueden verse en el siguiente gráfico.

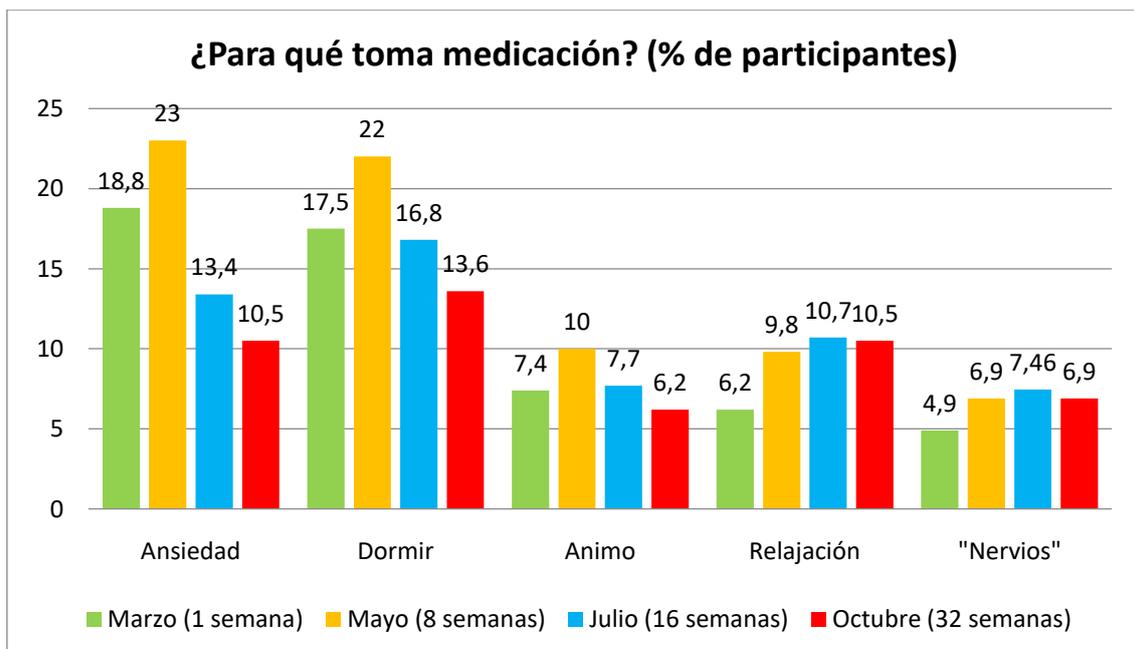


Gráfico 9. Porcentajes de los objetivos de la toma de medicación a 1, 8, 16 y 32 semanas de ASPO.



Sueño

Alrededor del 75 % de los participantes informan presentar alteraciones del sueño en los cuatro períodos de ASPO, como puede verse en el siguiente gráfico.

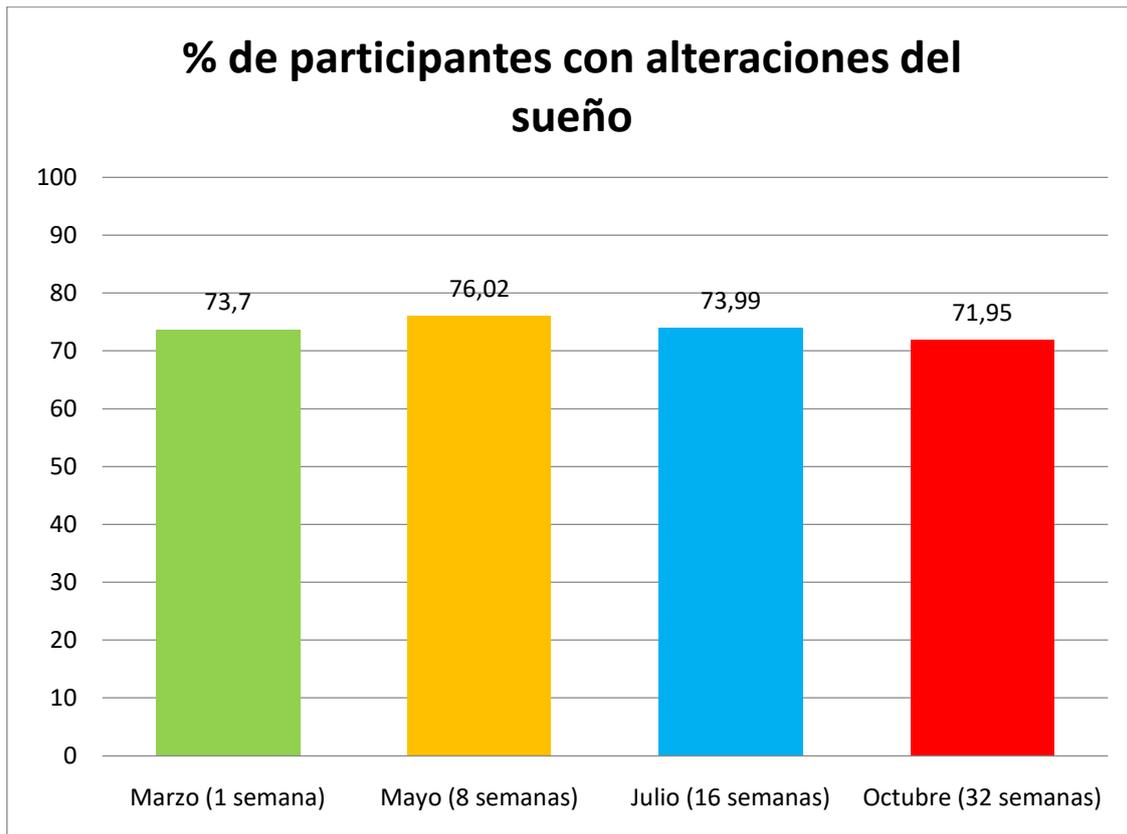


Gráfico 10. Porcentaje de participantes con alteraciones del sueño a 1, 8, 16 y 32 semanas de ASPO.



A lo largo de las 32 semanas (de marzo a octubre), se observó un descenso sostenido del porcentaje de participantes que reportan “dormir más”. En julio y octubre, el insomnio disminuye por debajo del porcentaje de marzo y mayo. Los porcentajes pueden observarse en el siguiente gráfico.

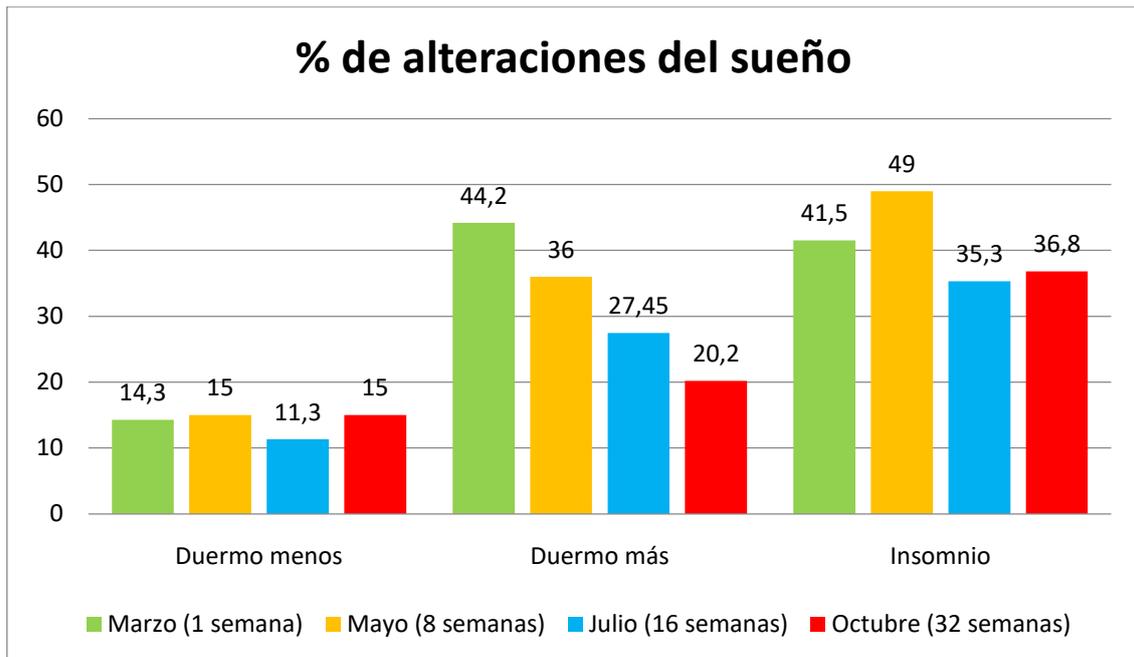


Gráfico 11. Porcentaje de participantes con diferentes tipos de alteraciones del sueño a 1, 8, 16 y 32 semanas de ASPO.



Vida sexual

A lo largo de las 32 semanas de ASPO (de marzo a octubre), alrededor del 80% de los participantes que informan un cambio en su vida sexual, consideran que su vida sexual empeoró, como puede verse en el siguiente gráfico.

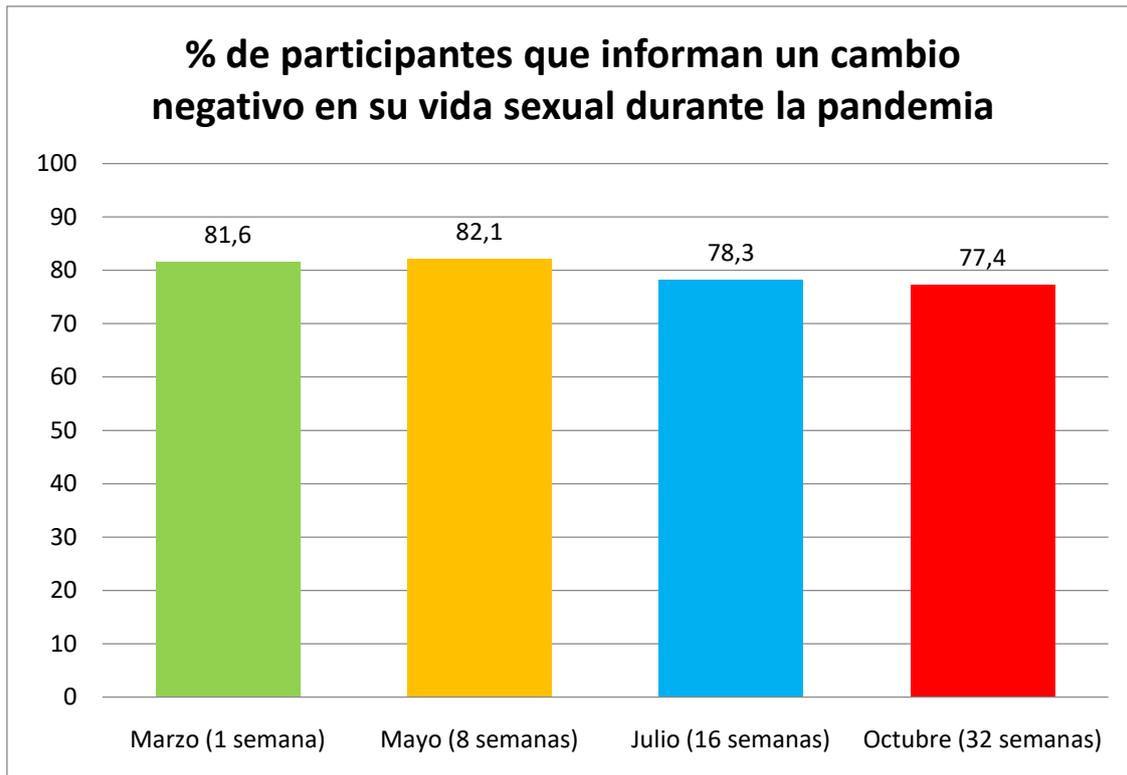


Gráfico 12. Cambios en la vida sexual a 1, 8, 16 y 32 semanas de ASPO.

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 marzo, 41,15% en mayo, 54,20% en julio y 54,8% en octubre reportaron consumir alcohol.**

El consumo de drogas ilegales se mantiene por encima del 10% en los cuatro períodos considerados, habiendo llegado a su pico en julio (12,1%).

La tendencia a la disminución del consumo de tabaco observada hasta julio se modifica en octubre, volviendo a los valores de marzo: 29% reportan consumir tabaco.

Los resultados pueden observarse también en el siguiente gráfico.

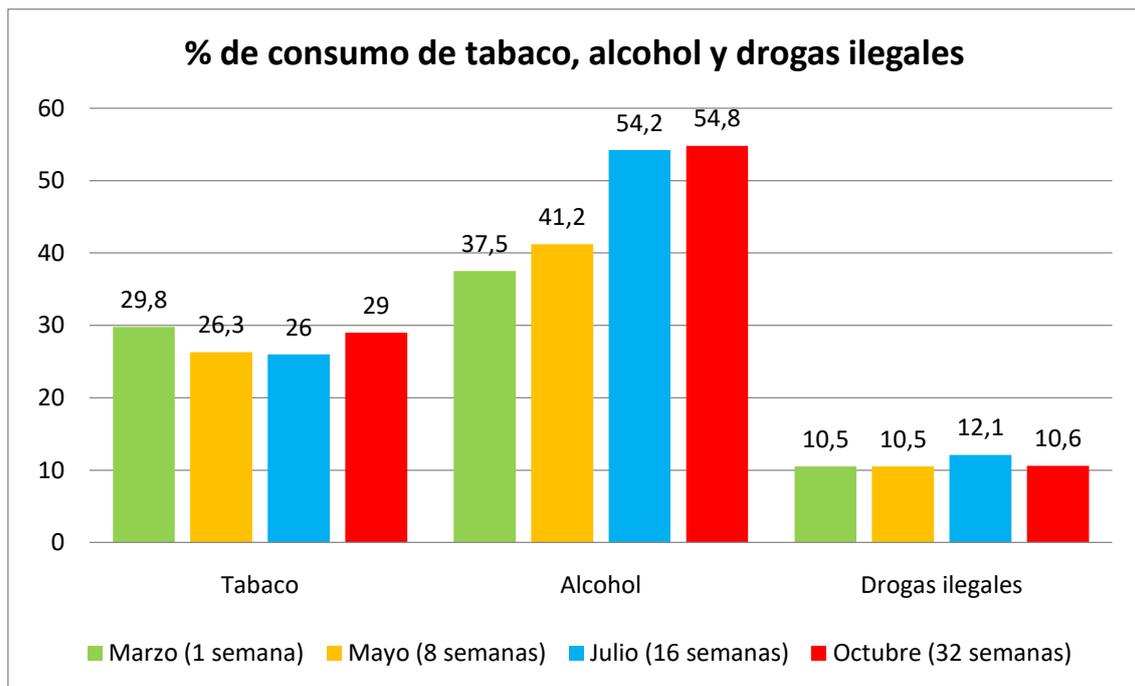


Gráfico 13. Consumo de tabaco, alcohol y drogas a 1, 8, 16 y 32 semanas de ASPO.



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% en marzo, 47,79% en mayo, 54,89% en julio y 58,94 en octubre.**

Del mismo modo, hasta julio se observó que un porcentaje creciente de participantes reportaron un incremento en el consumo de alcohol: 27,43% en marzo, 33,73% en mayo y 35,53% en julio. Sin embargo, en octubre este porcentaje desciende al 31,83% de los participantes.

Con respecto a las drogas ilegales, el aumento que se observó entre marzo y mayo, se mantuvo estable en los siguientes períodos: 27,53% en marzo, 35,78% en mayo, 35,32% en julio, 35,14% en octubre reportaron un incremento en el consumo de drogas ilegales.

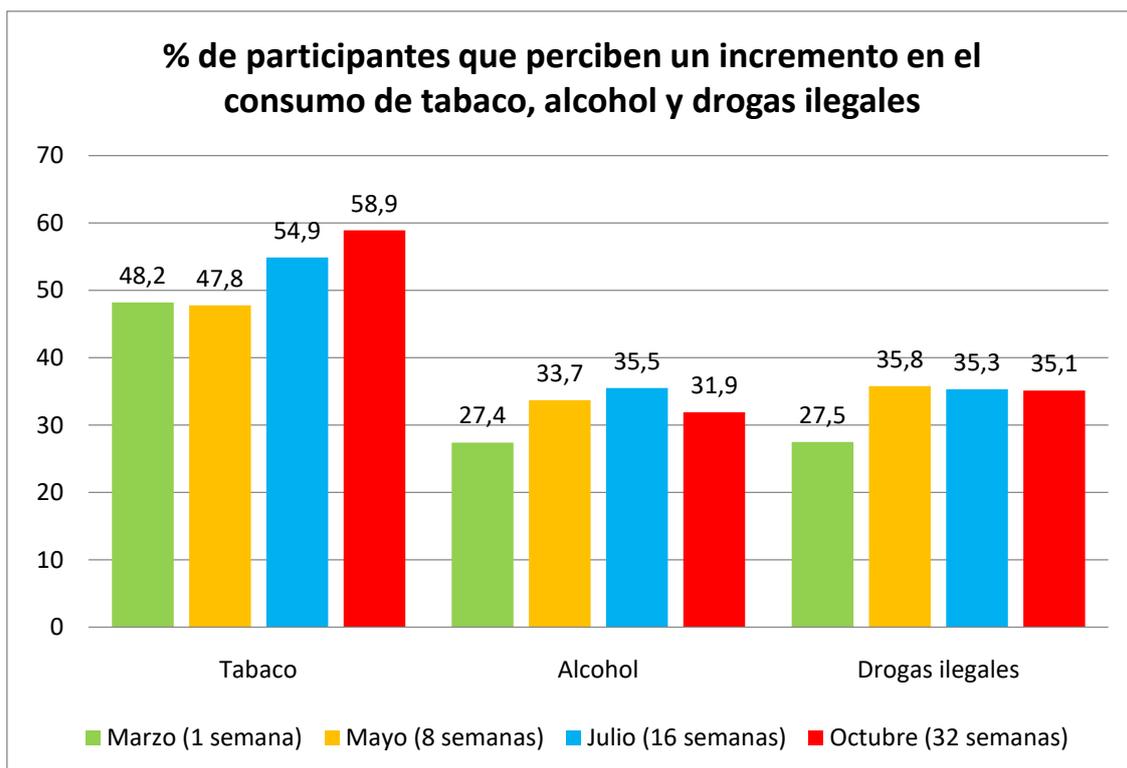


Gráfico 14. Cambios en el consumo de tabaco, alcohol y drogas a 1, 8, 16 y 32 semanas de ASPO.



Suicidio

La media de puntaje de la Escala de Evaluación de Riesgo Suicida (RASS) asciende de 7,09 durante julio (16 semanas) a 9,5 en octubre (32 semanas). Este crecimiento es similar al porcentaje de personas en riesgos de sufrir un trastorno mental.

Los resultados pueden apreciarse en el siguiente gráfico.

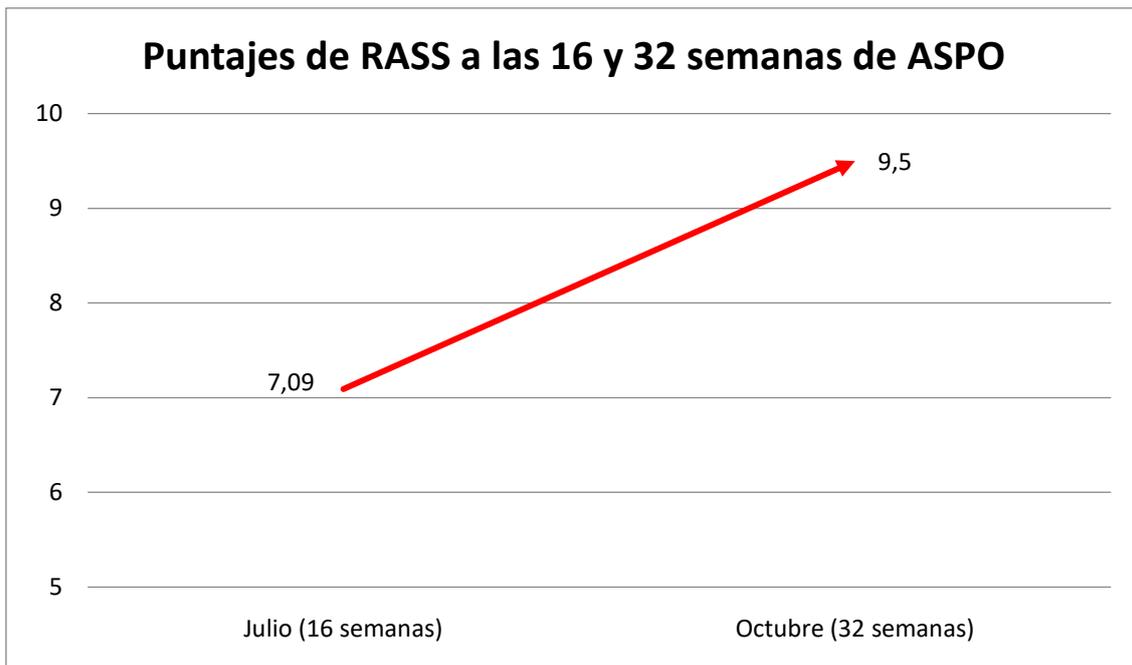


Gráfico 15. Media de la Escala de Evaluación de Riesgo Suicida (RASS) a las 16 y 32 semanas de ASPO.

Los participantes con riesgo de trastorno mental muestran el doble de puntaje en la Escala de Evaluación de Riesgo Suicida (RASS) en comparación con el resto de la muestra ($t(223,52)$; $p=.000$). Los resultados pueden verse en el siguiente gráfico.

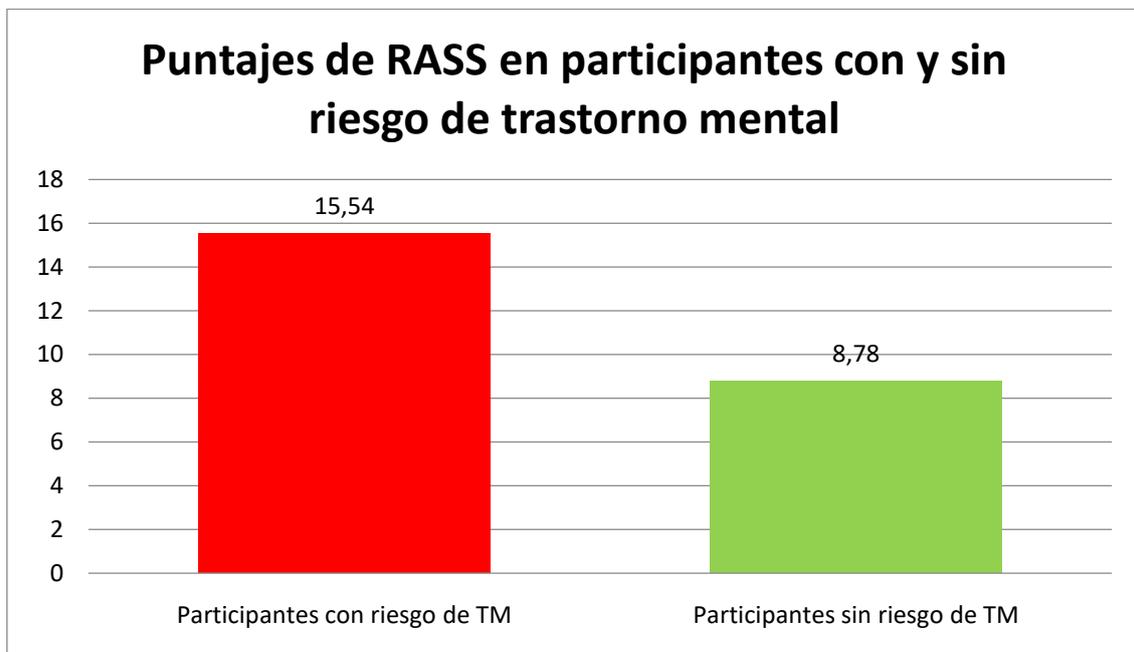


Gráfico 16. Media de la Escala de Evaluación de Riesgo Suicida (RASS) en participantes con y sin riesgo de trastorno mental de acuerdo al índice de la SCL-27 a las 32 semanas de ASPO.

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% respondieron que existe un cambio en julio (16 semanas) y 30,17%, en octubre. 4,3% en julio y 4,69% en octubre (32 semanas) consideraron 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 ni entre AMBA y el resto del país en ambos períodos.



Tratamiento psicológico

En mayo, el **14,05% (n=290)** de los participantes, en julio, el **15,90% (n=388)**, y en octubre, el **10,30% (n=311)** de los participantes reportaron encontrarse en tratamiento psicológico. De estos 311 participantes, 204 realizan tratamiento a través de telepsicoterapia y 107, tratamiento presencial.

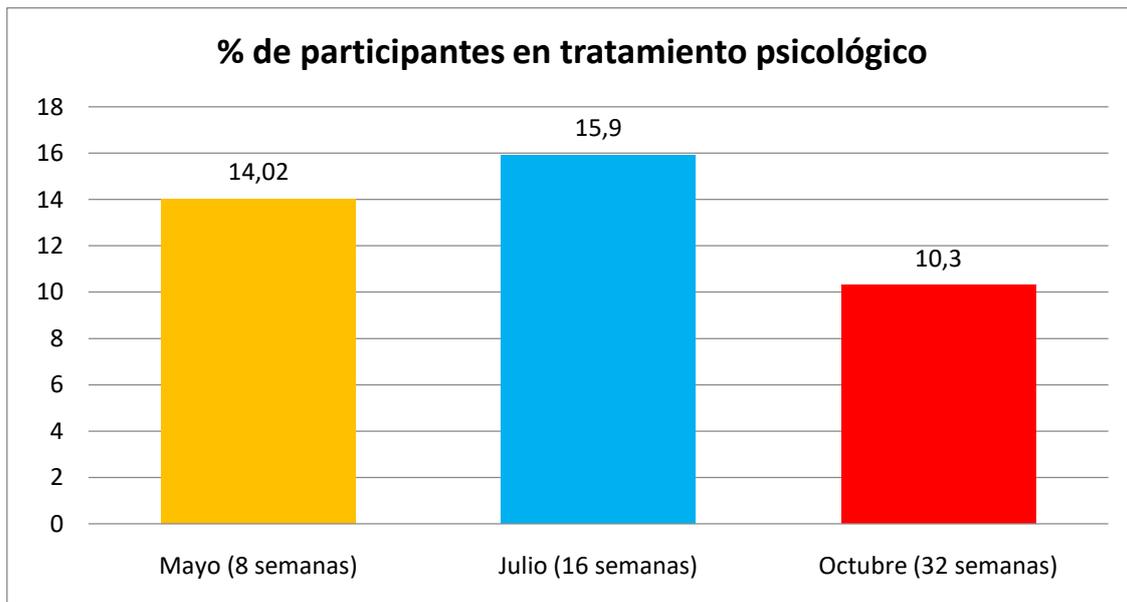


Gráfico 17. Porcentaje de pacientes a las 8, 16 y 32 semanas de ASPO.



El porcentaje de personas que consideran necesitar tratamiento psicológico, siendo que no lo reciben, aumentó de marzo a octubre de modo sostenido, llegando al 43,75%.

Los resultados pueden apreciarse en el siguiente gráfico.

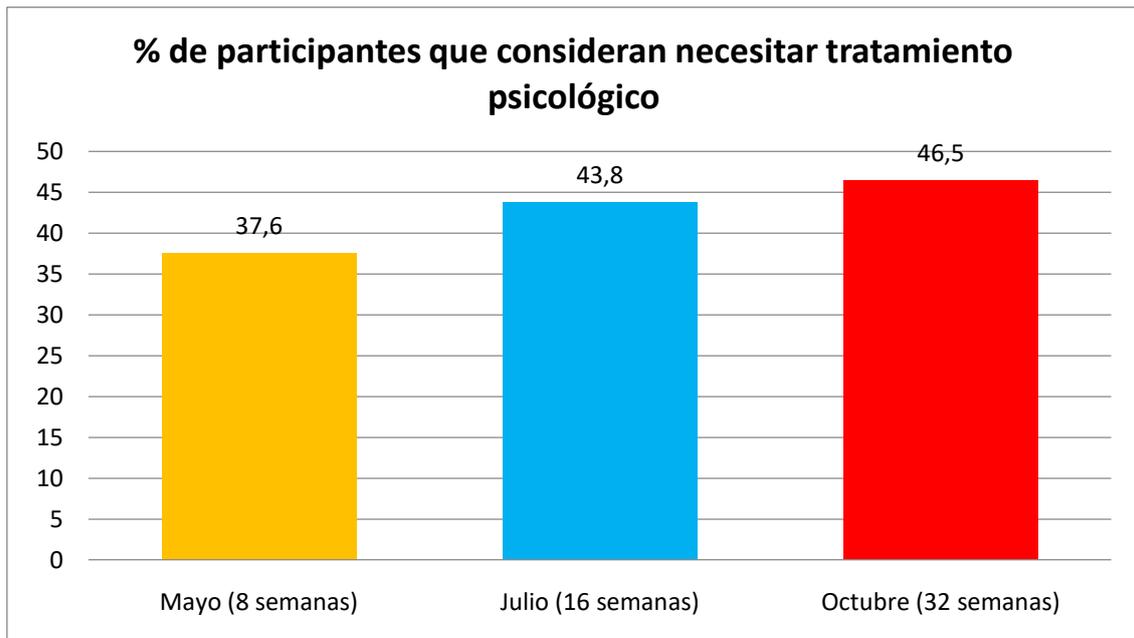


Gráfico 18. Porcentaje de participantes que consideran que necesitan realizar tratamiento psicológico a las 8, 16 y 32 semanas de ASPO.

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 podían dar más de una respuesta).

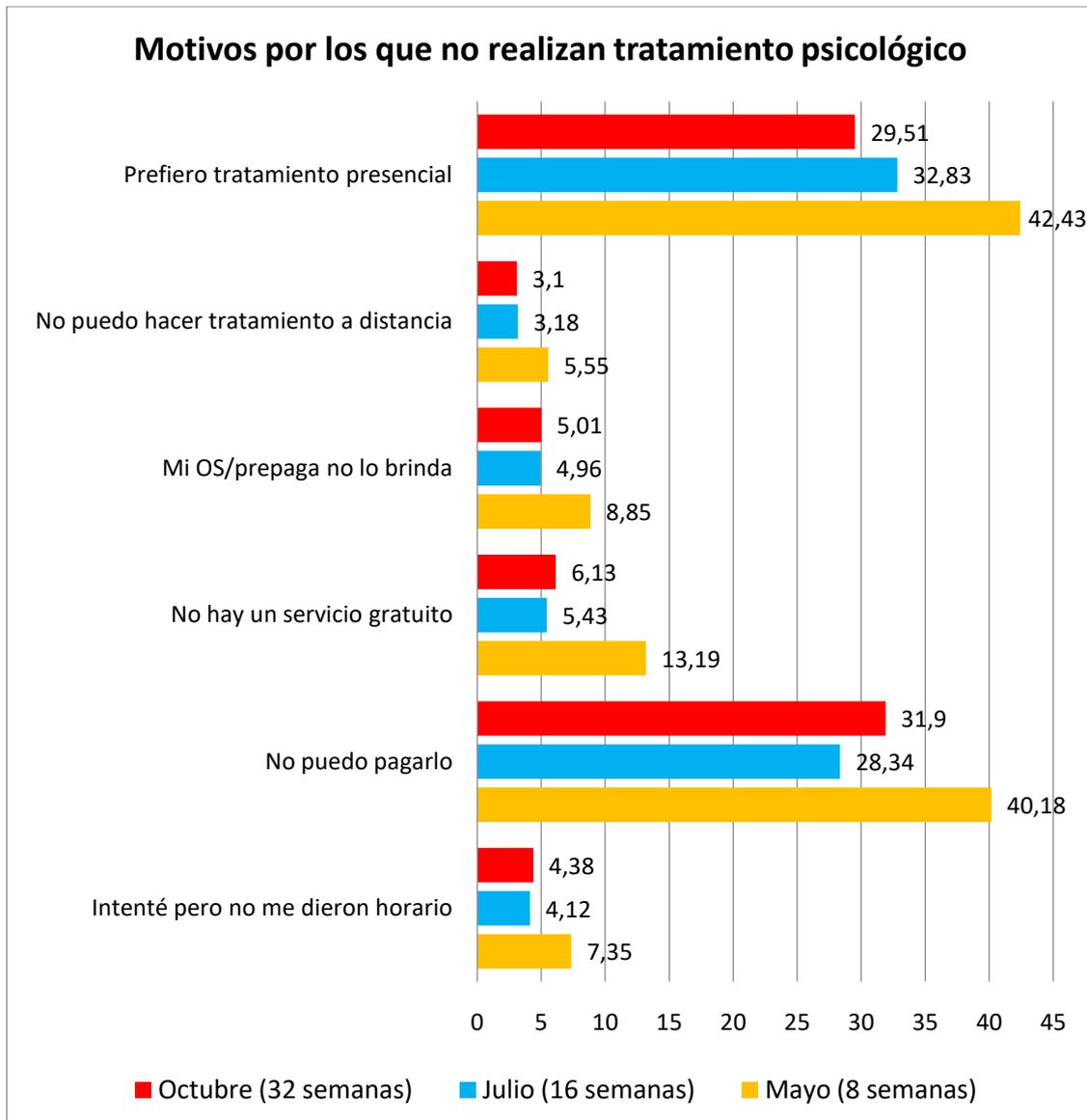


Gráfico 19. Motivos por los cuales los participantes no pueden realizar tratamiento psicológico a las 8, 16 y 32 semanas de ASPO.



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 cuatro períodos 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). En este sentido, un consenso de especialistas alerta sobre un deterioro global de la salud mental (Simon, et al., 2020). Este incremento sostenido hasta julio, se estabiliza en el período de octubre en el AMBA, mientras que en el resto del país llega al 10% de la población con riesgo de trastorno mental. Esto puede atribuirse a que la región con mayor número de casos confirmados ha dejado de ser el AMBA para pasar a provincias como Córdoba y Santa Fe, siendo asimismo sus sistemas de salud más frágiles.

Por su parte, **los indicadores de síntomas psicológicos clínicos a nivel global (GSI) se incrementaron significativamente de marzo a mayo y luego descienden en julio para volver a incrementarse en octubre, incluso más allá de lo registrado en su punto más alto**. La reducción de julio podría asociarse con las flexibilizaciones de la medida de ASPO 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 para referirse a este procedimiento 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 período, 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 motivante 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). Sin embargo, el incremento registrado en octubre podría asociarse a varios factores. Por un lado, es posible que la población no perciba un resultado concreto del esfuerzo social realizado para afrontar la pandemia. Si bien hay un consenso en el sector sanitario respecto de que fue un tiempo aprovechado para reforzar el sistema de salud, esto no se percibió claramente. Aunque es importante destacar que solamente en raras ocasiones el sistema de salud se vio colapsado, hasta el momento. La política comunicacional oficial alentó expectativas elevadas en cuanto a los resultados del ASPO que no se cumplieron al alcanzar un número de contagios tan elevados en el país.

A lo largo de las diferentes etapas de estudio, **los adultos jóvenes reportan mayor sintomatología que los adultos mayores**. Las personas de menor edad afrontan estresores mayores característicos del ciclo vital, incertidumbre en cuanto a la vivienda, inserción profesional, laboral, parejas menos consolidadas, embarazos, hijos pequeños. En nuestro país, **los niveles de pobreza son más altos en los adultos jóvenes**, por lo tanto son más vulnerables, presentan mayor inestabilidad laboral y menores recursos en general. Podría pensarse sobre este punto que *los jóvenes perciben más la sintomatología*. Esta otra explicación parcialmente consistente con la anterior se explicaría por una desensibilización o habituación de los adultos mayores a sus propios síntomas psicológicos. Ahora bien, **¿Cómo puede explicarse que los adultos mayores tienen menos sintomatología frente a un estresor que los amenaza en mayor medida?** Podría pensarse que la población de mayor edad *percibe* al ASPO como una protección frente al riesgo al cual se encuentran expuestos y reciben estas restricciones de manera positiva. Asimismo, en esta población la restricción propia de la cuarentena obligatoria tiene un menor impacto en su vida cotidiana, en la medida en que muchos de ellos se encuentran retirados o jubilados. Aunque esto debe matizarse dado que el acceso de esta población a medios digitales es menor y deben, por ejemplo, acercarse físicamente a sucursales bancarias.



Tal como se ha reportado en países del hemisferio norte, en nuestro país la población de adultos jóvenes es la que mayor estrés reporta y mayores dificultades tienen para el cumplimiento del aislamiento y distanciamiento social. El esfuerzo que se le pide a este franja etaria dejaría un saldo negativo entre lo perdido y postergado ya que no se corresponde con el riesgo real en comparación con las poblaciones de adultos mayores y personas de riesgo. Es decir, es posible que los jóvenes perciban menos beneficio y mayor costo durante el ASPO.

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

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

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

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



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

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 de la actividad física y una disminución también sostenida en los cuatro períodos de la práctica religiosa. En este último punto, debe considerarse que entre mayo y julio se habilitaron parcialmente los templos religiosos para actividades no grupales. Actualmente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la práctica de deportes individuales está autorizada. 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 global, las conductas saludables permiten tolerar el estrés de la pandemia, amortiguando su impacto en el malestar psicológico. Que una minoría de la población pueda recurrir a estos factores protectores predice un mayor impacto psicológico negativo de la medida.** Por otra parte, esto 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). Una política de salud que promueva la realización de conductas saludables podría prevenir el inicio y la instalación de problemas de salud mental y salud global en toda la población.

Casi el 80% de los participantes experimentan malestar psicológico a las 32 semanas de ASPO. Frente a esta situación, **el 9% de los participantes recurre a la consulta psicológica.** Esto resulta desalentador, dado que en los anteriores períodos más personas reportaron utilizar este recurso. Sin embargo, **una proporción creciente de los participantes reportó utilizar el alcohol para manejar el malestar.** De hecho, **el consumo de alcohol se incrementó con la duración de la cuarentena llegando a más de la mitad de los participantes a las 16 y 32 semanas de ASPO.** No se observa lo mismo con respecto al tabaco y las drogas ilegales. El consumo de todas estas sustancias es una de las conductas problemáticas que se implementan para manejar el malestar psicológico. Si bien proporcionan un alivio porque impactan en la neurotransmisión produciendo placer o sedación, pasado su efecto deterioran la salud global.



Resulta importante incluir el riesgo de alcoholismo, en todas sus formas, en las 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 que fue una opción creciente a través en los tres períodos anteriores se ha atenuado a las 32 semanas (octubre) siendo elegida por el 35% de los participantes para manejar su malestar psicológico. La vida social resulta un recurso importante para lidiar con el malestar emocional. A lo largo de los meses de ASPO pareciera que esta necesidad es más fuerte en los adultos jóvenes.

Las **alteraciones del sueño afectan alrededor del 75% de los participantes a lo largo de las diferentes etapas de este estudio.** 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 cuatro 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. 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. Los factores de riesgo se organizan como primarios: la presencia de condiciones psiquiátricas y médicas, enfermedad somática grave, intentos de suicidio previos. Secundarios: Situaciones adversas de



la vida y factores de riesgo psicosocial y terciarios: factores demográficos como el sexo masculino y la vejez y variables culturales.

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

En la misma dirección que los estudios mencionados en la Introducción, **nuestros hallazgos enfatizan la necesidad de mejorar el seguimiento del impacto psicológico de la cuarentena y la pandemia así como evaluar las intervenciones psicosociales o abordajes en crisis, presenciales y a distancia, para encontrar modelos óptimos para 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 se



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



mencionó anteriormente 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
- 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.
- Haesebaert, F., Haesebaert, J., Zante, E., & Franck, N. (2020). Who maintains a good mental health in a locked-down country? A French nationwide online survey of 11,391 participants. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.03.20089755v1>
- 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>
- Ministerio de Salud, Argentina. Sala de Situación Coronavirus online. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/sala-situacion>
- 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.



- Pandey, D., Bansal, S., Goyal, S., Garg, A., Sethi, N., Pothiyill, D. I., ... & Sethi, R. (2020). Psychological impact of mass quarantine on population during pandemics—The COVID-19 Lock-Down (COLD) study. *Plos one*, *15*(10), e0240501.
- 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.
- Simon, N. M., Saxe, G. N., & Marmar, C. R. (2020). Mental health disorders related to COVID-19—related deaths. *Jama*. doi:10.1001/jama.2020.19632
- 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/
- World Health Organization. (2012). Prevención del suicidio (SUPRE) 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>



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



World Health Organization. (2018). Suicide data.
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