



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

CRISIS CORONAVIRUS 3

**SALUD MENTAL EN CUARENTENA:
RELEVAMIENTO DEL IMPACTO PSICOLÓGICO
DE LA CUARENTENA EN POBLACIÓN GENERAL**



.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

Coordinador del Estudio

Dr. Martín J. Etchevers



Contenido

Aspectos clave de este estudio	3
Introducción	4
Metodología.....	6
Objetivos	6
<i>Objetivo general</i>	6
<i>Objetivos específicos</i>	6
Esquema de variables e indicadores.....	7
Muestra.....	8
Sintomatología Psicológica Clínica.....	9
Conductas problemáticas.....	9
Conductas saludables.....	9
Otras conductas	9
Resultados.....	10
Sintomatología psicológica clínica	10
Edad.....	11
Sexo	12
Sector socioeconómico	13
Actividades que realizan durante la cuarentena	14
Cómo manejan el malestar psicológico	15
Medicación.....	16
Sueño	17
Vida sexual	18
Consumo de alcohol, tabaco y sustancias	19
Suicidio	20
Discusión	21
Referencias.....	24



Aspectos clave de este estudio

1. El impacto psicológico de la cuarentena es altamente relevante y debe considerarse a la hora de planificar este tipo de medidas.
2. El manejo de la información es clave: las personas en cuarentena necesitan comprender la situación.
3. La comunicación efectiva y rápida es esencial.
4. El período de cuarentena debe ser el mínimo posible y la duración no debe cambiarse a menos que se deba a circunstancias extremas.
5. La mayoría de los efectos adversos se asocian con la imposición de una restricción a la libertad individual; la cuarentena voluntaria se asocia con menos angustia y menos complicaciones a largo plazo.
6. Los funcionarios de salud pública deben enfatizar la elección altruista de autoaislamiento.



Introducción

Las *pandemias* son *epidemias* de gran escala que afectan a personas de múltiples países y a veces, como en la actualidad, pueden propagarse globalmente (WHO, 2010). La *cuarentena* es la separación y restricción del movimiento de personas que potencialmente han estado expuestas a una enfermedad contagiosa para determinar si se han infectado y reducir así el riesgo de propagación de dicha enfermedad (CDCP, 2017). El *aislamiento*, por su parte, es la separación de las personas que han sido diagnosticadas con una enfermedad contagiosa de las personas que no (Manuell, & Cukor, 2011).

Existe una larga historia en el combate de las epidemias y pandemias (Huremovic, 2019). Es pertinente destacar, que ante la falta de adecuados tratamientos biomédicos, muchas veces se han implementado métodos conductuales. Estos métodos consisten en intervenciones para reducir la morbilidad y mortalidad: prácticas de higiene y métodos de distanciamiento social (Taylor, 2019).

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

En nuestro país, la totalidad de las personas que regresan de otros países han sido *aisladas*. Los habitantes de la Ciudad de Buenos Aires, siendo alojados en Hoteles o centros similares, mientras que la población del resto del país, en sus domicilios. Las fronteras se cerraron, suspendiéndose primero vuelos de países con casos confirmados de SARS-CoV-2 y después todos los vuelos (con la excepción de algunos espaciados vuelos de repatriación de argentinos varados en el exterior a partir de la medida). Finalmente, a partir del 20 de marzo, entró en vigencia la cuarentena obligatoria de toda la población. Esta afectó a toda la población 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, 2019/2020).

A pesar de la importancia de los factores psicológicos en el manejo de epidemias y pandemias, los organismos de salud han dedicado escasos recursos a tratar específicamente el impacto psicológico de las pandemias.

Los efectos psicológicos de las cuarentenas se estudiaron en diferentes ocasiones y países (Brook et al., 2020). Las cuarentenas en toda la ciudad se impusieron en áreas de China y Canadá durante el brote de 2003 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS por sus siglas en inglés), mientras que aldeas enteras en muchos países de África se pusieron en cuarentena durante el brote de Ébola de 2014. De los estudios más recientes (Brooks et al., 2020) surge que *la cuarentena de mayor duración fue de 21 días* en el país africano de Liberia en 2015, a partir del mencionado brote de ébola.

La cuarentena suele ser una experiencia desagradable para quienes la sufren: separación de los seres queridos, pérdida de libertad, incertidumbre sobre el estado de la enfermedad y aburrimiento, con considerables pérdidas económicas. Tres estudios mostraron que la



prolongación de la cuarentena se asocia con una peor salud mental siendo los síntomas de estrés postraumático, conductas evitativas e ira los más prevalentes (Brooks et al., 2020). De estos estudios se concluye que cuanto mayor es el tiempo de cuarentena, mayor es el nivel de síntomas psicológicos. En la mayoría de estos estudios se observa una asociación entre población de bajos ingresos, trabajadores independientes y trabajadores sanitarios con los mayores síntomas psicológicos. En todas las dimensiones, se registra que este segundo grupo siente una mayor estigmatización del público en general, mostrándose más evitativos luego de la cuarentena y fueron los que en términos generales se encontraron psicológicamente más afectados. Es decir, el impacto psicológico incluye reacciones emocionales, tales como miedo y angustia, prejuicios y discriminación hacia población afectada o vinculada a la emergencia de los brotes y a personal sanitario (Holmes et al., 2020). Los trabajadores de la salud que se mantuvieron en estado de cuarentena reportaron síntomas más graves de estrés postraumático que la población general, obteniendo puntajes significativamente más altos en todos los síntomas (Brooks et al., 2020).

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

Las *intervenciones psicológicas* para las personas afectadas por la pandemia debida al SARS-CoV-2 deben basarse en una evaluación amplia de los factores de riesgo de mayor impacto psicológico, que incluyen el estado mental previo a la crisis, el duelo, la violencia a sí mismo o miembros de la familia, la presencia de enfermedades médicas preexistentes que incrementen el riesgo de muerte, ansiedad, distanciamiento físico de la familia o problemas económicos (Duan, & Zhu, 2020; Kun, Han, Chen, & Yao, 2009).

La mayoría de los estudios están hechos en otros países (Brooks et al., 2020), con lo que ello conlleva en cuanto a factores como cultura, políticas, situaciones económicas. Dada la relevancia del impacto psicológico de las cuarentenas y las pandemias, este estudio tiene por objetivo conocer cómo afectan psicológicamente a la población de Argentina.

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 el período de cuarentena implementado a partir de la pandemia de la COVID-19.

Objetivos específicos

1. Relevar la prevalencia de la sintomatología psicológica en todo el país (SCL-27), diferenciando edad, sexo y sector socioeconómico.
2. Relevar las conductas que implementa la población durante la cuarentena obligatoria (cuestionario *ad hoc*).
3. Conocer la relación entre conductas problemáticas (cuestionario *ad hoc*) y riesgo de trastornos psicológicos según el índice de malestar psicológico (SCL-27)
4. Conocer la relación entre conductas saludables (cuestionario *ad hoc*) y riesgo de trastornos psicológicos según el índice de malestar psicológico (SCL-27)
5. Conocer la relación entre otras conductas (cuestionario *ad hoc*) y riesgo de trastornos psicológicos (SCL-27)



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.	De acuerdo a la escala SCL-27, que es una versión abreviada del inventario SCL-90-R. Se adoptó el criterio de considerar como caso en riesgo a los participantes que hubieran respondido a más del 50% de los ítems (14/27) en las categorías <i>Bastante</i> o <i>Mucho</i> .
B. Conductas problemáticas	Se consideraron problemáticas a conductas tales como el abuso de alcohol, drogas ilegales y tabaco.	Cuestionario <i>ad hoc</i>
C. Conductas saludables	Se consideraron saludables a conductas tales como la vida sexual, la realización de actividad física/deportiva o la práctica religiosa.	Cuestionario <i>ad hoc</i>
D. Otras conductas	Se analizó la práctica de otras conductas tales como la consulta psicológica, el consumo de psicofármacos o de terapias alternativas.	Cuestionario <i>ad hoc</i>

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



Muestra

Se administró una encuesta *online*, con muestro incidental, estratificado según regiones geográficas del país. Los protocolos completos y válidos totalizaron 2631 casos. En la tabla 1, puede observarse las características de la muestra.

Edad	N	%
18-20	113	4,3
21-29	472	17,9
30-39	750	28,5
40-49	469	17,8
50-59	450	17,1
60 o más	377	14,3
Género		
Mujeres	1205	45,8
Hombres	1415	53,8
Otros	11	0,4
Nivel educativo		
Primario incompleto	26	1
Primario completo	117	4,4
Secundario incompleto	358	13,6
Secundario completo	698	26,5
Terciario incompleto	306	11,6
Terciario completo	402	15,3
Universitario incompleto	431	16,4
Universitario completo	293	11,1
Sector socioeconómico		
Muy baja	33	1,3
Baja	269	10,2
Media Baja	899	34,2
Media	1281	48,7
Media Alta	137	5,2
Alta	10	0,4
Muy alta	2	0,1
Total	2631	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	293	11,1
Gran Buenos Aires Sur	328	12,5
Gran Buenos Aires Norte	246	9,4
Gran Buenos Aires Oeste	292	11,1
Interior de la Provincia de Buenos Aires	409	15,5
Córdoba	322	12,2
Rosario	269	10,2
Mendoza	246	9,4
Tucumán	226	8,6
TOTAL	2631	100

Tabla 2. Distribución geográfica de la muestra.

Sintomatología Psicológica Clínica

Se administró la escala SCL-27, que es una versión abreviada del inventario SCL-90-R, 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. 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 bastante o mucho.

Conductas problemáticas

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

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*.

Otras conductas

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

Resultados

Sintomatología psicológica clínica

Los encuestados debían responder sobre la presencia de sintomatología psicológica inespecífica en relación con 27 síntomas sufridos durante la última semana, mediante una escala ordinal tipo Likert (escala SCL-27). Se 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 *bastante* o *mucho*.

Al tomar en cuenta las regiones analizadas en conjunto, la prevalencia de riesgo de trastornos psicológicos -según el criterio antes descripto- asciende a 4,86 %. Ello significa que casi 5 de cada 100 personas registran sintomatología clínicamente significativa, por lo que se encuentran en condición de riesgo psicológico. No hay diferencias significativas según lugar de residencia ($p = .086$).

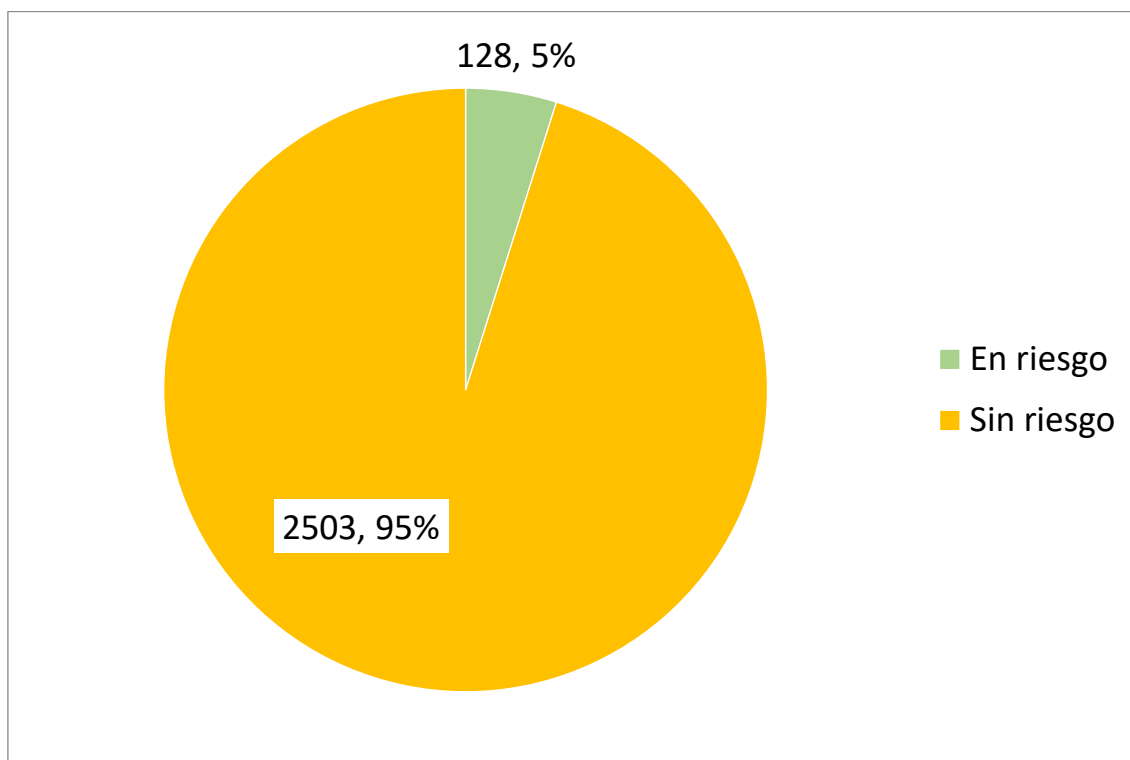


Gráfico 1. Proporción de participantes en riesgo de padecer trastorno mental o psicológico.

Edad

Se observó una diferencia significativa en función de la edad de los participantes ($F_{(5, 2625)} = 31,322, p < .000$). 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*.

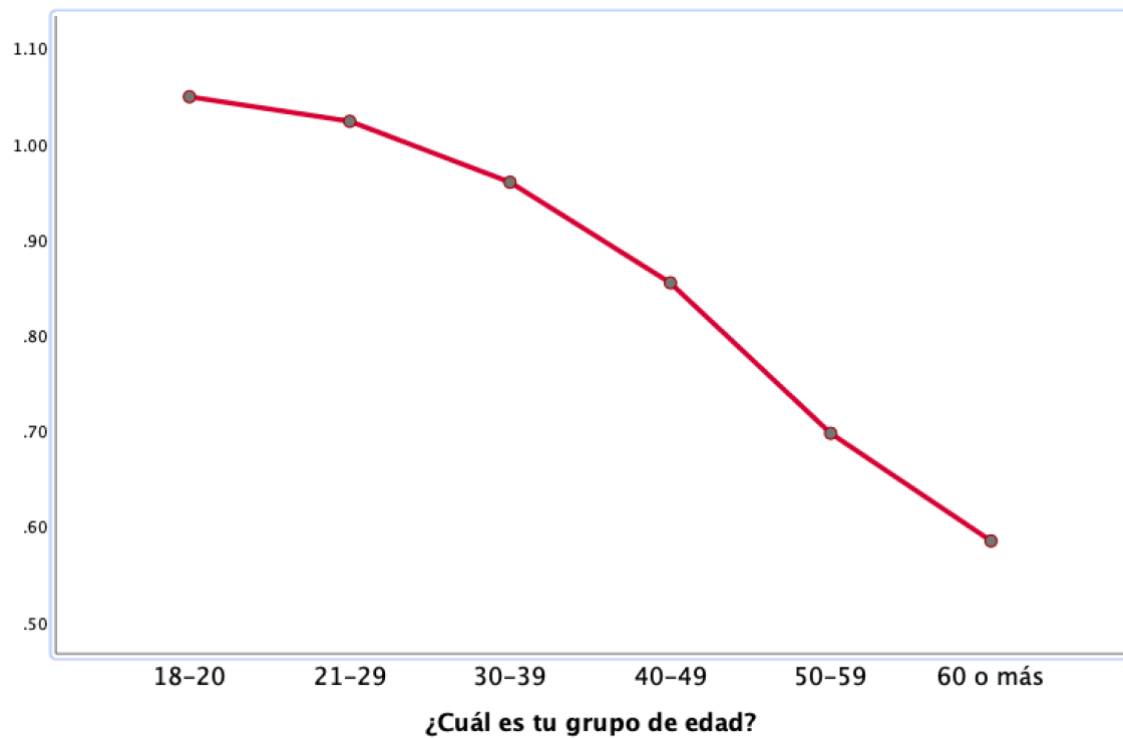


Gráfico 2. Nivel de síntomas psicológicos según edad.

Sexo

Se observa que las mujeres presentan más síntomas psicológicos que los hombres ($t_{(2618, 2321, 24)} = 10,77, p < .000$), como puede verse en el siguiente gráfico.

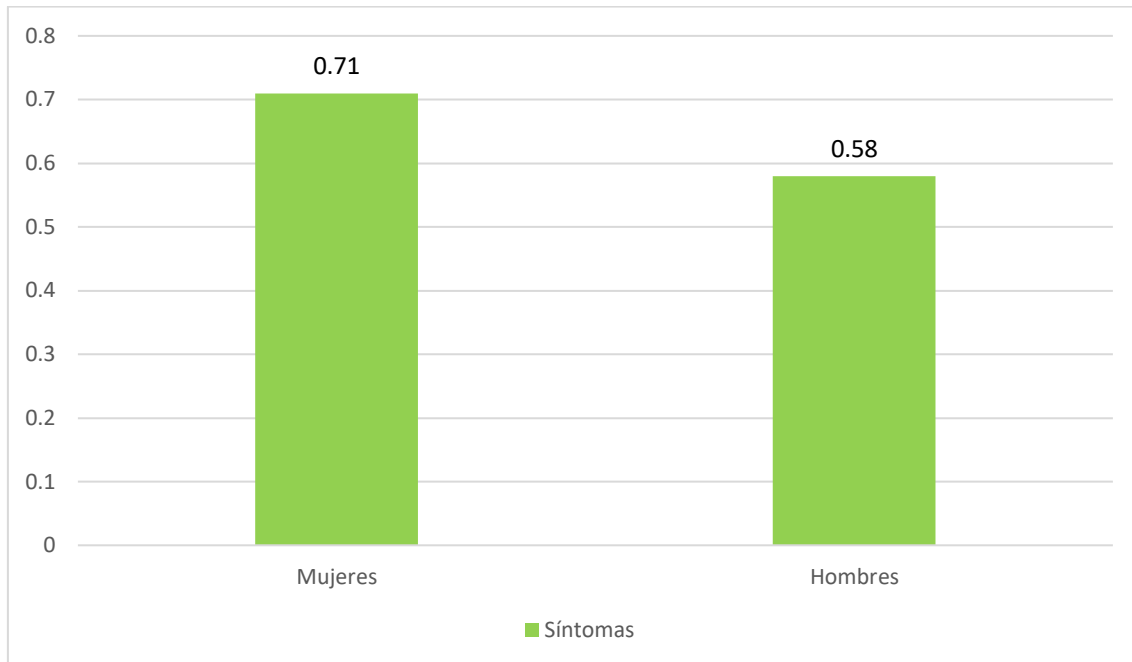


Gráfico 3. Nivel de síntomas psicológicos según sexo.

Sector socioeconómico

Los síntomas psicológicos son mayores si las personas pertenecen a sectores socioeconómicos de menores ingresos, en comparación con los sectores de ingresos medios y altos ($F_{(2, 2349)} = 29,65, p < .000$), como puede verse en el siguiente gráfico.

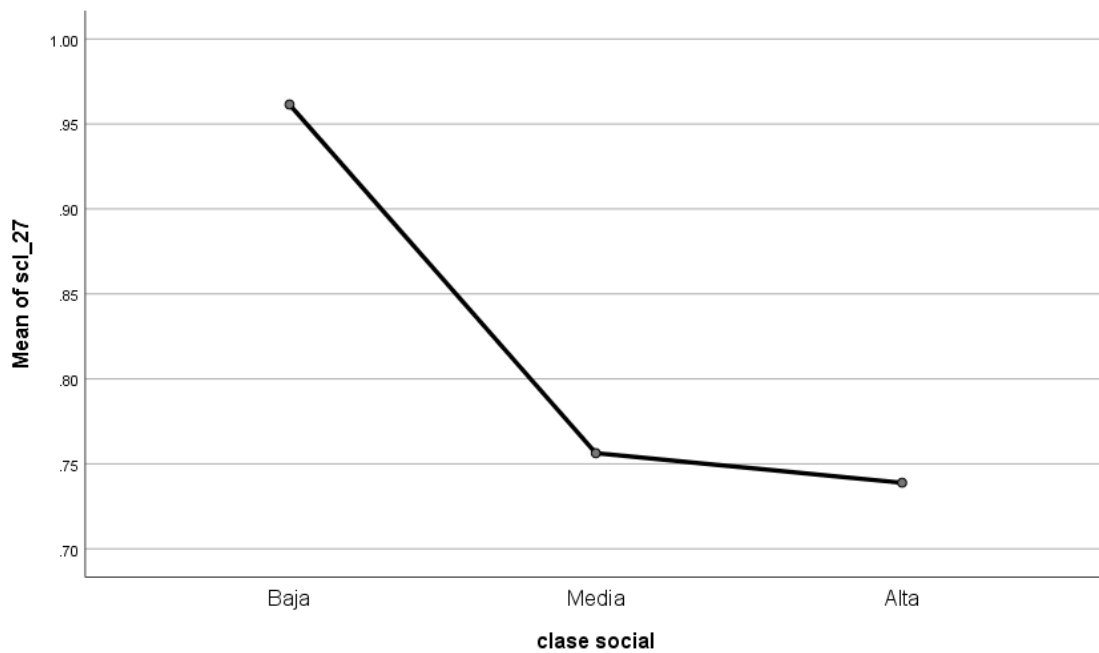


Gráfico 4. Nivel de síntomas psicológicos según sector socioeconómico.

Actividades que realizan durante la cuarentena

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

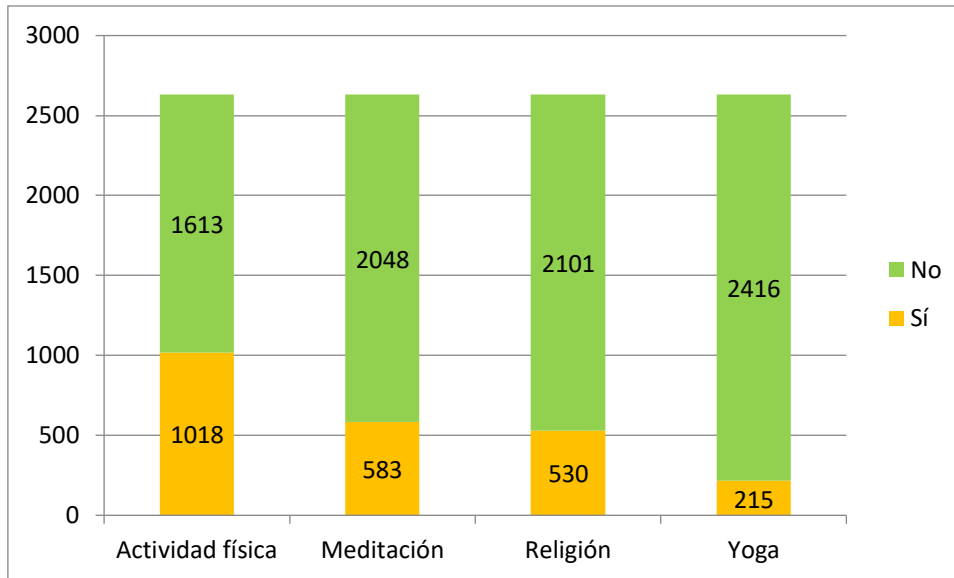
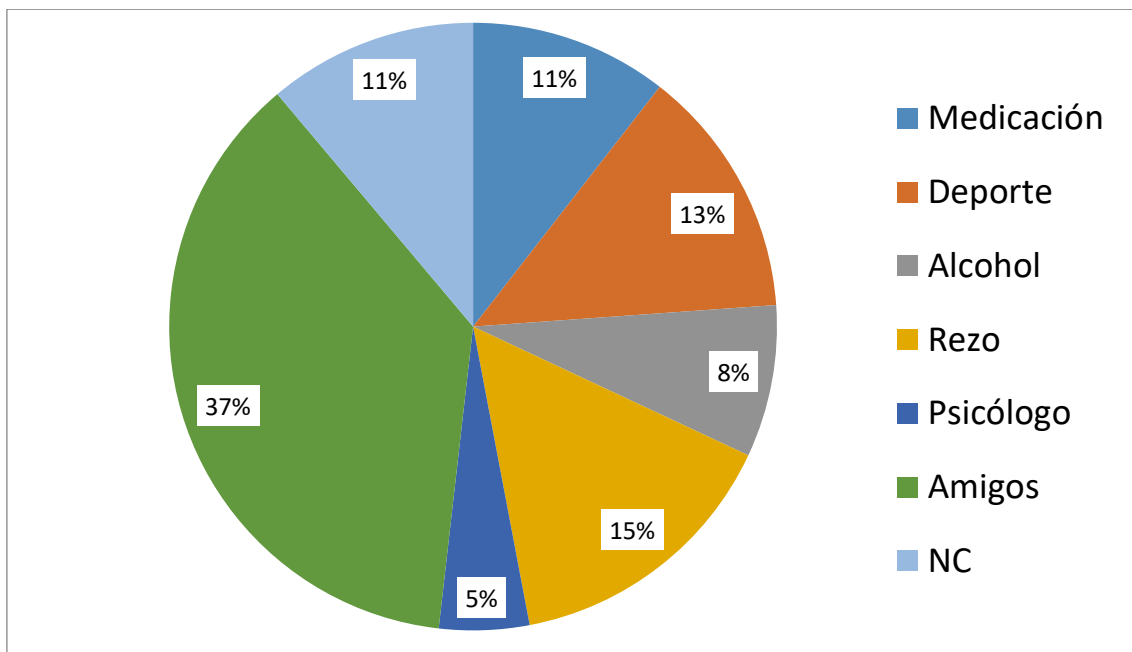
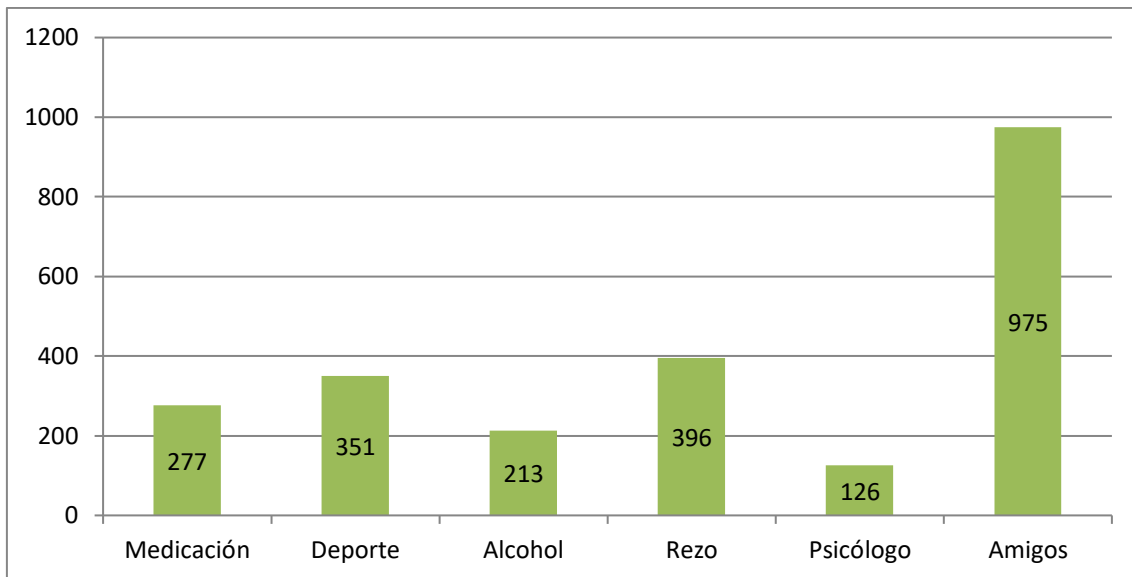


Gráfico 5. Actividades durante la cuarentena

Cómo manejan el malestar psicológico

Cuándo se les preguntó a los participantes “¿Qué hacés cuando experimentás malestar psicológico o tenés problemas emocionales?”, las respuestas fueron: el 37,06 % dialoga con amigos (a través de medios virtuales), el 15,05% practica el rezo, el 13,34% practica deporte, el 10,53% toma medicación, sin especificar cuál, el 8,09% consume alcohol y el 4,79% recurren a su profesional psicólogo/a.



Gráficos 6 y 7. Conductas frente al malestar psicológico

Medicación

Al preguntar específicamente por la medicación, 33,33% de los participantes refirieron tomar medicación para diferentes fines. Los fines relacionados con el estado emocional o psicológico (ansiedad, "nervios", ánimo, relajación, dormir) fueron elegidos por 477 participantes. Los fines relacionados con enfermedades o condiciones médicas (hipertensión, diabetes, alteraciones tiroideas, etc.) fueron elegidas por 648 participantes. A continuación pueden verse los datos.

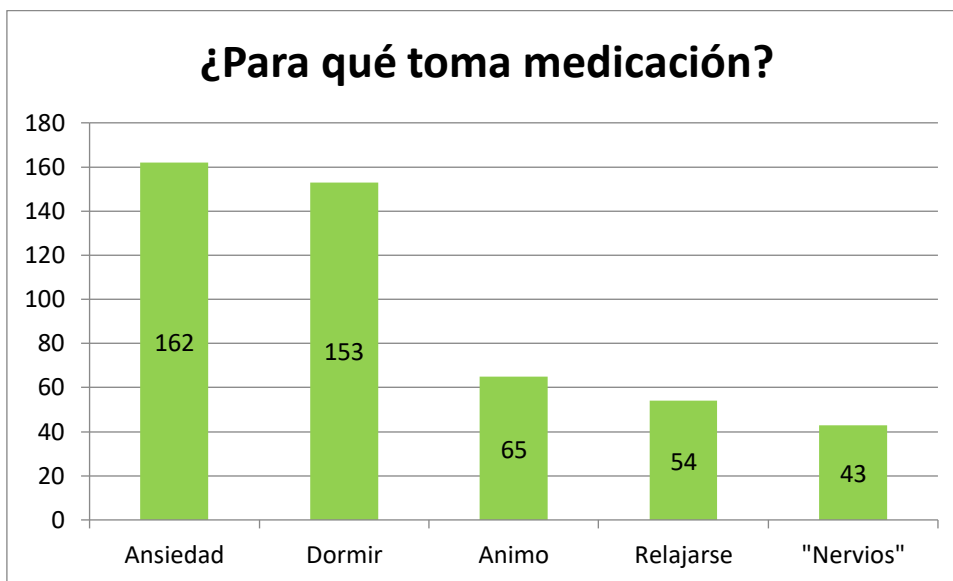


Gráfico 8. ¿Para qué toma medicación?

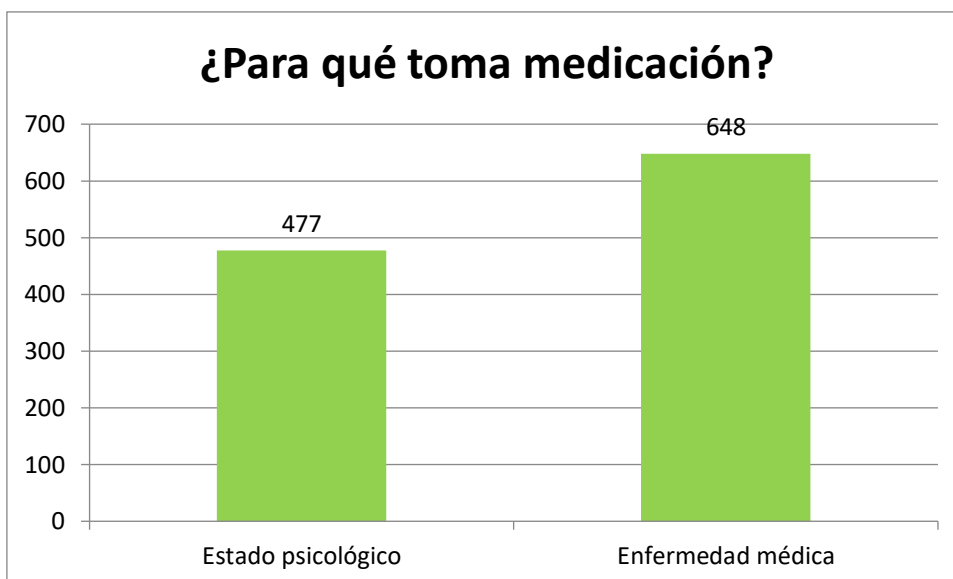


Gráfico 9. Toma de medicación con fines psicológicos o médicos.

Sueño

A continuación que el 74% de los participantes, presenta alteraciones en el sueño de diferente tipo (gráfico a continuación).

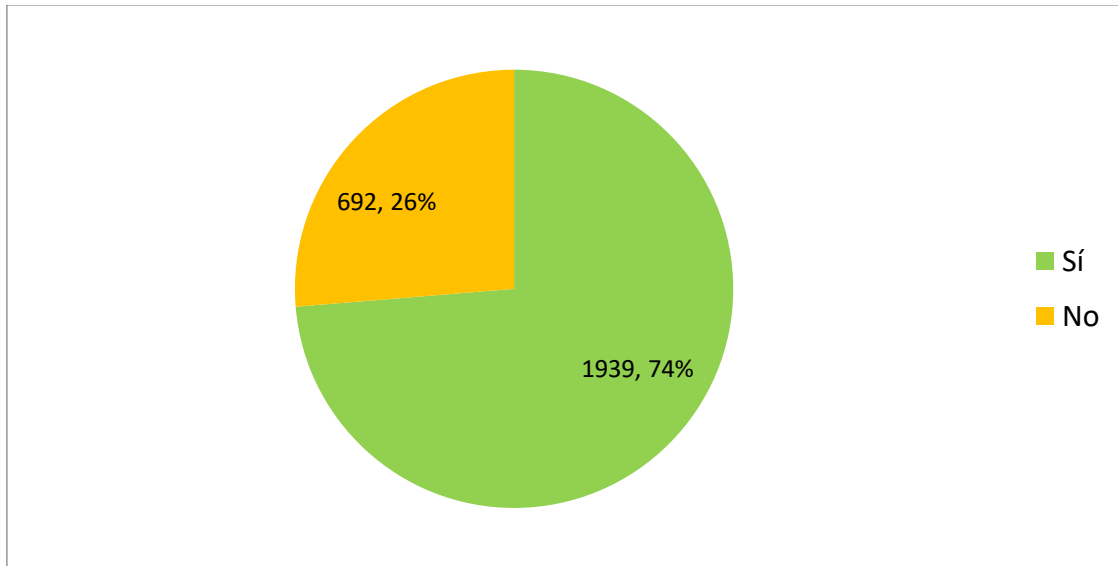


Gráfico 10. Alteraciones del sueño

Entre las alteraciones más frecuentes, se observa un aumento (44%) o disminución (14%) en el tiempo de sueño y el insomnio (42%), según reportan los participantes (gráfico a continuación).

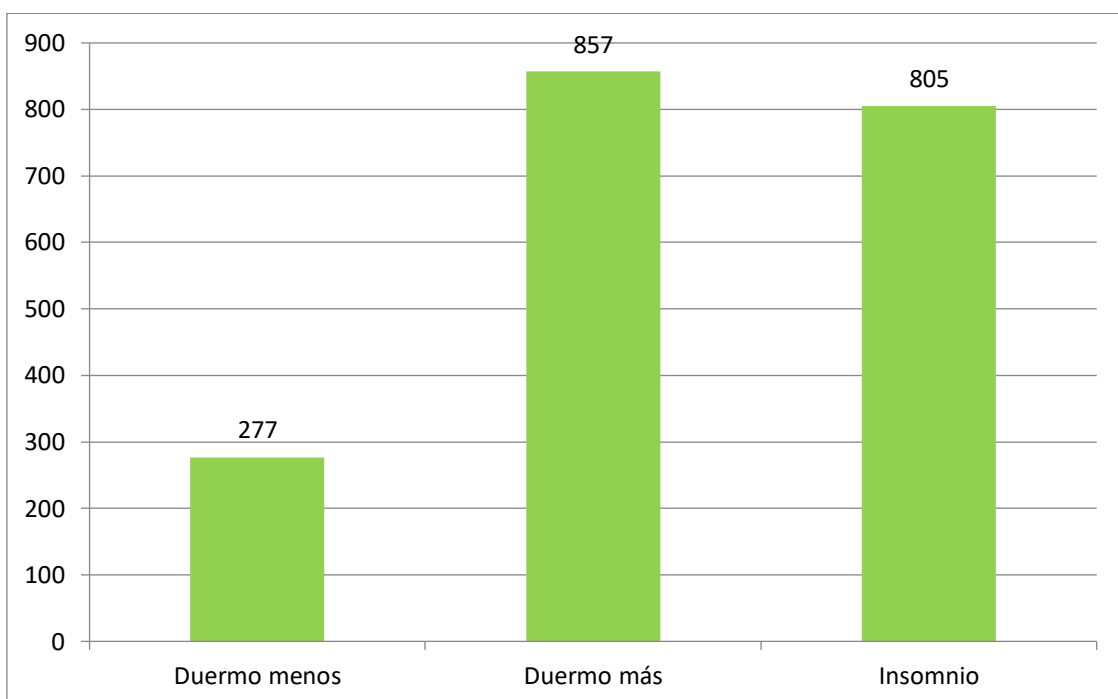


Gráfico 11. Tipo de alteraciones del sueño

Vida sexual

La vida sexual en la cuarentena, un 44% dice que es poca o nada satisfactoria, un 32% moderadamente satisfactoria y un 24% muy satisfactoria.

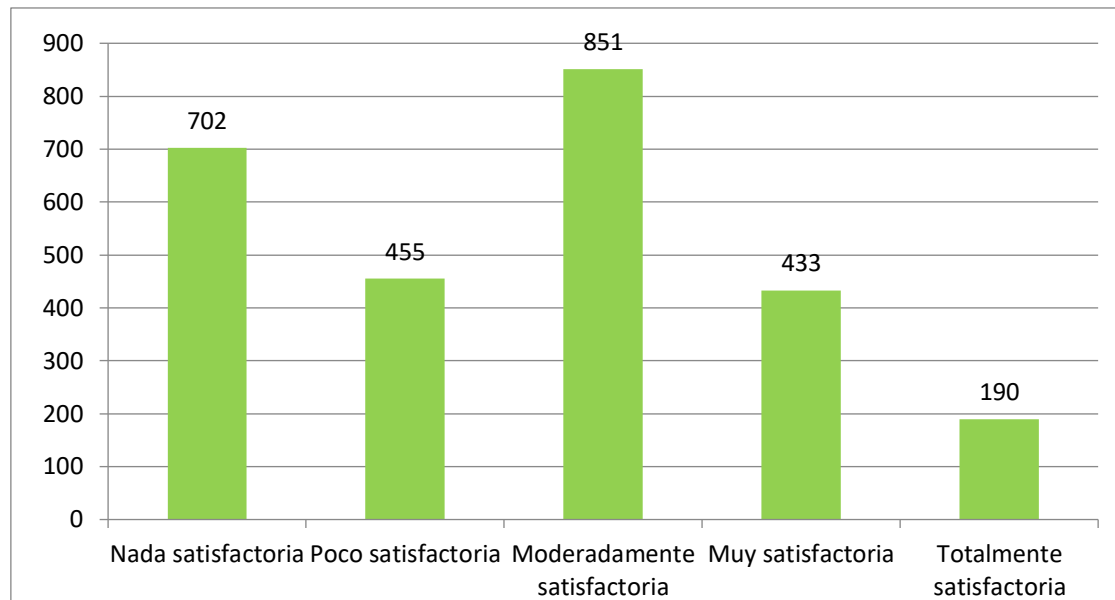


Gráfico 12. Satisfacción sexual durante la cuarentena.

En comparación al año anterior, solo un 35% consideraba que tenía una insatisfacción sexual. Por lo que aumentó un 10% la insatisfacción en esta cuarentena.

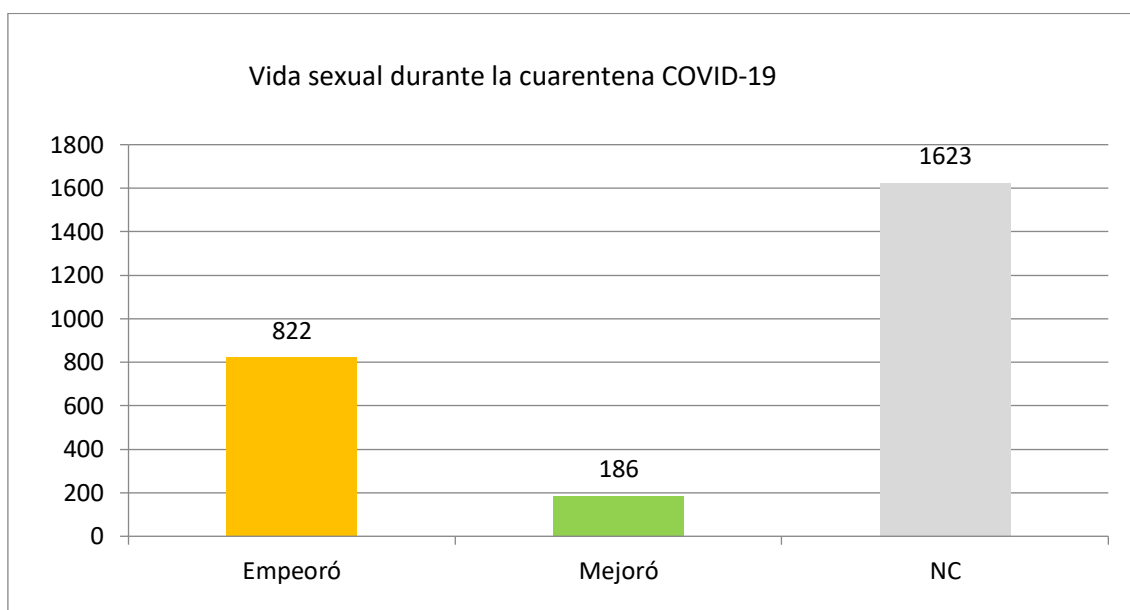


Gráfico 13. Cambios en la vida sexual durante la cuarentena

Consumo de alcohol, tabaco y sustancias

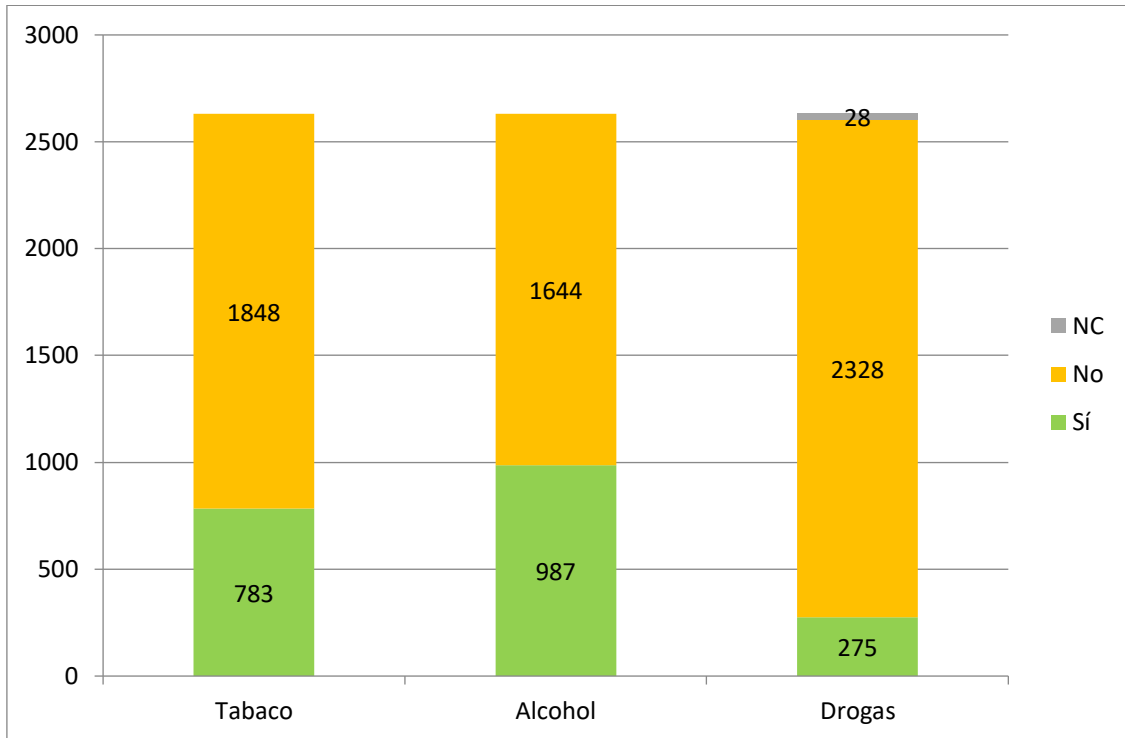


Gráfico 14. Consumo de tabaco, alcohol y drogas

Se les preguntó a las personas si debido a la cuarentena había aumentado el consumo de alcohol, tabaco o drogas. Los resultados son los siguientes:

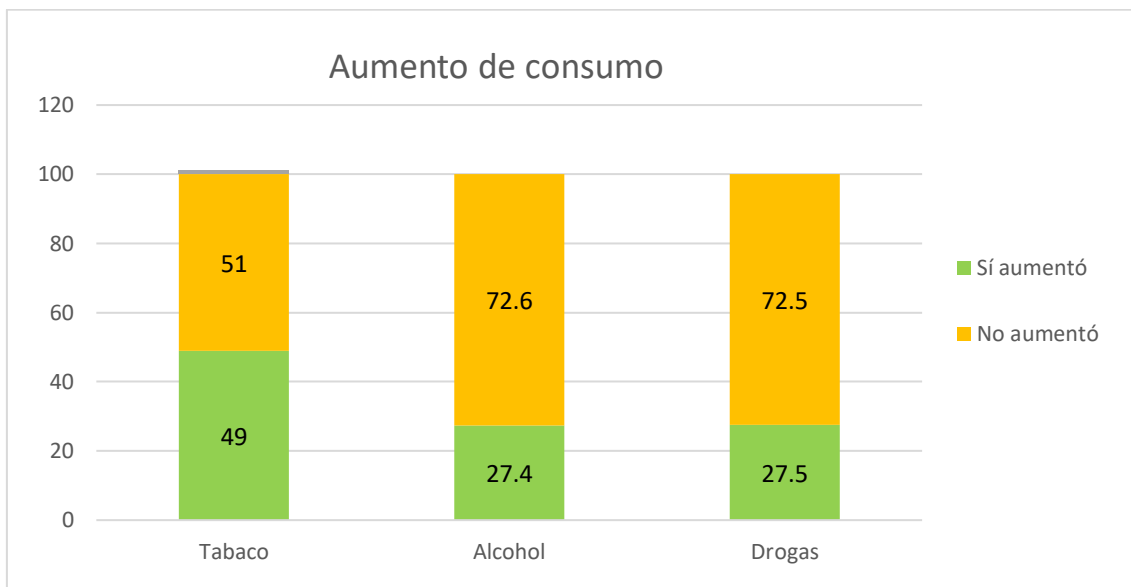


Gráfico 15. Cambios en el consumo de tabaco, alcohol y drogas durante la cuarentena.

Suicidio

Un 4,21% de los participantes reportó haber tenido ideas de muerte y/o suicidio durante la cuarentena.

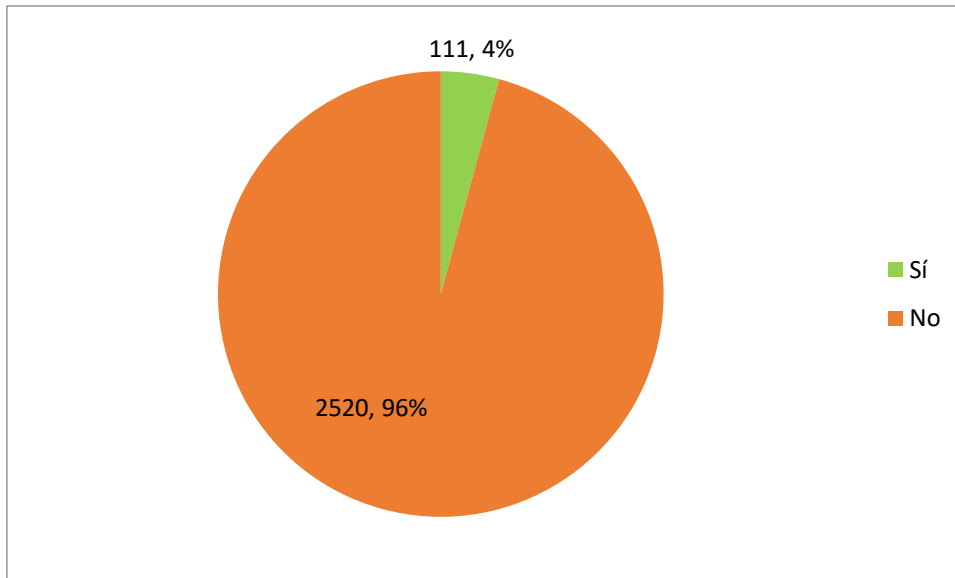


Gráfico 16. Ideas de muerte/suicidio.



Discusión

Como hemos mencionado en la Introducción, la medida de la cuarentena en Argentina es obligatoria y su final es incierto, dado que aproximadamente cada 14 días se va posponiendo. Es decir, las fechas de finalización de la cuarentena obligatoria no se comunicaron desde un inicio. En este contexto, una característica principal de este estudio es que los datos fueron relevados entre los días 7 y 10 de iniciada la cuarentena obligatoria (20 de marzo). La semana anterior (16 de marzo) se concretó la suspensión de clases y una fuerte recomendación no obligatoria de ingreso en cuarentena.

En la totalidad de la muestra del presente estudio, de acuerdo a un criterio restrictivo, cerca de un 5% de los participantes presenta **riesgo de trastorno psicológico**. Asimismo, durante la cuarentena, un porcentaje similar reportó **ideas de muerte o suicidas**. Esta población se muestra como la más vulnerable y la literatura destaca que su abordaje requiere contemplar la presencia de trastornos psicológicos previos en una evaluación abarcativa (Duan, & Zhu, 2020).

Según nuestros hallazgos, **los jóvenes reportan mayor sintomatología**. Una línea de explicación es que las personas de menor edad afrontan estresores mayores característicos del ciclo vital, incertidumbre en cuanto a la vivienda, inserción profesional, laboral, parejas menos consolidadas, embarazos, hijos pequeños. La cual se incrementa por la crisis económica preexistente que se agrava con las significativas pérdidas económicas que implican las cuarentena en toda la población. Los jóvenes, el sector etario menos consolidado desde el punto de vista económico y laboral, reciben con mayor fuerza el impacto financiero de la cuarentena así como las restricciones que acarrea. Podría pensarse sobre este punto que *los jóvenes perciben más la sintomatología*. Esta es otra explicación parcialmente consistente con la anterior se explicaría por una desensibilización o habituación de los adultos a sus propios síntomas psicológicos. Este hallazgo no significa necesariamente que los mayores tengan menos problemas. Puede deberse a la habituación de las personas a sus problemas, incorporando así su síntomas a sus vidas cotidianas, es decir que se incorporan a una parte de su identidad (por Ej., “yo soy así”).

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

En cuanto a los **adultos de mediana edad**, puede considerarse la mayor estabilidad laboral y el acceso a tecnología que permita el trabajo a distancia como un factor protector que explique su menor sintomatología frente a los adultos jóvenes. Sin embargo, un estresor escasamente explorado es el impacto de la suspensión de clases de los niños en edad escolar en los adultos de edad media.



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

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

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

Más de la mitad de la población no realiza ninguna de las actividades que se consideran saludables: actividad física, meditación, práctica religiosa o yoga. Tengamos presente que la cuarentena obligatoria sólo permite a las personas salir de sus hogares para proveerse de alimentos y medicamentos (o para pasear mascotas). Además, el cierre de establecimientos deportivos y áreas de esparcimiento obligan a la población a buscar alternativas más restrictivas tales como tutoriales, clases a distancia y ejercitación en el reducido espacio de la mayoría de los hogares. Este hallazgo resulta relevante para el impacto de la cuarentena de acuerdo a su duración. Es decir, las conductas saludables permiten tolerar la cuarentena, amortiguando su impacto en el malestar psicológico. De no practicar tales conductas, podría predecirse que si la cuarentena se extiende en el tiempo, su impacto psicológico podría ser mayor. Es parte de nuestro proyecto, evaluar el impacto de la medida de cuarentena en las semanas subsiguientes dado que se trata de una medida sin precedentes. Recordemos que la cuarentena de mayor duración estudiada duró 21 días (Brooks et al., 2020).

Frente al malestar específicamente emocional o psicológico, **menos del 5% recurre al psicólogo/a**. Esto sumado a que una proporción considerable de los participantes reporta utilizar el recurso de la medicación y el uso del alcohol, resulta preocupante. El uso de medicación con el fin de manejar diferentes aspectos del malestar psicológico (ansiedad, ánimo, insomnio) resulta destacable dado que **cerca de un quinto de los participantes utiliza la misma con ese fin** frente a un cuarto que lo hace con fines médicos (hipertensión, diabetes, alteraciones tiroideas, entre otras).



La **actividad social** es una opción elegida por cerca del 40% 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.

Las **alteraciones del sueño** son uno de los síntomas más frecuentes tanto en la ansiedad como en la depresión. La disminución de la actividad física y la menor exposición a la luz solar en las grandes urbes alteran los ciclos del sueño. El dormir más de lo habitual es considerado un síntoma depresivo atípico que suele acompañarse de falta de interés por el mundo externo y baja autoestima. La “huída” al mundo del sueño parece ser un recurso frente a la frustración de la vida en cuarentena. El insomnio puede estar asociado a preocupaciones acerca del curso de los eventos, la repercusión financiera, el desorden en los horarios, la dieta, siestas, e innumerables factores alterados por este cambio en los hábitos y rutinas de las personas.

Con respecto a la **vida sexual** la mayoría de la población ha reportado un **empeoramiento** de la misma. La sexualidad es considerada una de las conductas saludables junto al deporte y la vida social. El empeoramiento de la misma se asocia con los índices de malestar y la extendida restricción social. La cuarentena obligatoria para las personas solteras o divorciadas/separadas impide los encuentros sexuales. Es de prever que finalizada la cuenta estas dificultades vinculares persistan por el temor al contagio. Aún en parejas consolidadas la sexualidad humana puede explicarse en la tensión entre la presencia ausencia que incrementa la fantasía y el deseo. Por último este ítem debe ser tomado con cautela porque la mayoría de los encuestados prefirió no contestar.

Respecto del consumo de **tabaco**, casi la mitad de los fumadores reportó incrementar esta conducta. Mientras que el aumento de alcohol y drogas ilegales fué menor. El consumo de todas estas sustancias es una de las conductas que se implementan, erróneamente, para manejar o disminuir el malestar. Si bien proporcionan un alivio porque impactan en la neurotransmisión produciendo placer o sedación, pasado su efecto deterioran la salud global.

Es importante recordar que la encuesta se llevó adelante a los 7-10 días de cuarentena obligatoria. Resulta necesario estudiar la proporción de personas afectadas por esto a los 30 o más días de la medida.



Referencias

- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Centers for Disease Control and Prevention. (2017). Quarantine and isolation. <https://www.cdc.gov/quarantine/index.html> (accessed Jan 30, 2020).
- Decreto Necesidad y Urgencia DNUC 2097/2020. Ciudad de Buenos Aires, Argentina.
- Duan, L., & Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), 300-302.
- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*, 10(7), 1206.
- Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., ... & Ford, T. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
- 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.
- Taylor, S. (2019). *The Psychology of Pandemics: Preparing for the Next Global Outbreak of Infectious Disease*. Cambridge Scholars Publishing.
- World Health Organization. (2010). What is a pandemic? http://www.who.int/csr/disease/swine_flu/frequently_asked_questions/pandemic/en/