

CAPÍTULO I

Del tiempo en el que se distancia a las personas
y de sus impactos en la salud mental

Lorena Cecilia López Steinmetz
Candela Abigail Leyes
María Agustina Dutto Florio
Juan Carlos Godoy

El COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por un coronavirus descubierto bastante recientemente, el 2019-nCoV (Zhu et al., 2019: 727). El brote de esta enfermedad comenzó en China el 31 de diciembre de 2019, pero se propagó rápidamente por todo el mundo, lo que llevó a la pandemia actual de COVID-19, declarada como tal el 11 de marzo de 2020, por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 11 de marzo de 2020).

Mientras el proceso de vacunación contra el COVID-19 no alcance a la totalidad de la población, las medidas sanitarias de estilo clásico, tales como el aislamiento, la cuarentena y el distanciamiento físico, tienen un papel fundamental para contener las tasas de propagación de la enfermedad. Por este motivo, los principales organismos internacionales de salud pública, como la OMS y los CDC (Centers for Disease Control and Prevention), recomendaron a los países de todo el mundo implementar este tipo de medidas sanitarias. Como resultado, a finales de marzo de 2020, un tercio de la población mundial estaba viviendo en cuarentena (CNN, 30 de marzo de 2020). En América Latina, el Gobierno de Argentina anunció una cuarentena obligatoria, desde el 20 de marzo y por una duración de dos semanas. Sin embargo, fueron necesarias sucesivas extensiones de esta cuarentena, que se dio por denominar *Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio* (ASPO).

Para comprender buena parte de lo que vamos a exponer en este capítulo es necesario que, en primer lugar, fijemos algunas ideas claramente. Es importante notar que mientras que el *aislamiento* consiste en separar de la población general y monitorear a las personas a las que se les ha diagnosticado una enfermedad contagiosa, la *cuarentena* consiste en separar y restringir el movimiento de personas que no están enfermas, pero que pueden haber estado – potencialmente – expuestas a una enfermedad contagiosa, reduciendo así el riesgo de que contraigan la enfermedad (CDC, 2017). De lo dicho, hay al menos dos cosas que saltan a la vista por su evidencia, como si estuvieran resaltadas con luces de neón. La primera, es que el término compuesto – Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio – utilizado en Argentina es inadecuado, ya que el concepto epidemiológico de aislamiento no designa lo que se pretende designar con el ASPO. En lugar de él, sería algo más aproximadamente correcta la denominación *cuarentena preventiva*

y *obligatoria*, porque, como señalamos antes, el concepto de aislamiento aplica a quienes han enfermado, no a la población general en la que se espera prevenir el contagio. Además, aún si se tratase de aislamiento, este sería de tipo físico y no social. Dado que, afortunadamente, en la actualidad existen internet y la telefonía, para aplicar la medida sanitaria de aislamiento ya no es necesario que este sea de tipo social, sino sólo físico. La segunda cosa que salta a la vista es que el concepto de cuarentena nada dice de su duración y que la etimología de una palabra no es su definición ni su aplicación. Entonces, así como cuando decimos, por ejemplo, *alumno*, no se nos ocurre pensar que esto designa o significa “alimentado” (Real Academia Española, 2019), del mismo modo, cuando hablamos de cuarentena en un contexto de pandemia como la actual, a nadie se le debería ocurrir argüir que eso significa cuarenta días (y sus noches) y que, por lo tanto, la medida sanitaria de cuarentena para esta pandemia debiera tener esa duración. Por este motivo es que la duración de la cuarentena y de otras medidas sanitarias depende directamente de las características de las enfermedades (i.e., evolución, tasa de contagio, tasa de letalidad, etc.).

Habiendo aclarado las ideas en torno a los términos aislamiento y cuarentena, confiamos en que se comprenderá ya por qué usamos este último término a lo largo de este capítulo y no el de ASPO. Asimismo, se comprenderá que hay fundamentos para usar la denominación cuarentena, en lugar de otras denominaciones eufemísticas o poéticas, tales como “esfuerzo adaptativo” o “vuelo”, que sugirió una asesora presidencial en temas de salud mental durante la pandemia, a quien, por otra parte, el término “aislamiento preventivo” le parecía mejor que el de cuarentena (Stolkiner, 15 de agosto de 2020). Al respecto, sólo queremos recordar que, a pesar de todos los desacuerdos y diferentes puntos de vista que existen en la psicología sobre variados tópicos, uno en el que existe acuerdo desde prácticamente su surgimiento como disciplina científica, es en el hecho de que denominar a las cosas por su nombre es una indicación y no una contraindicación. Sobre este punto, probablemente existe acuerdo prácticamente total entre todas las orientaciones teóricas de la psicología. Incluso podríamos arriesgar que, más allá de la psicología, en cualquier disciplina del campo de la salud hay acuerdo sobre ese punto.

Ahora bien, al igual que sucede con los efectos colaterales y contraindicaciones que se advierten en los prospectos de todos los medicamentos, las medidas sanitarias de aislamiento y cuarentena, que buscan reducir las tasas de contagio y de muertes por una enfermedad —es decir, que buscan ciertamente lograr un bien mayor o, al menos, prevenir un mal mayor—, pueden tener algunos efectos secundarios, indeseados, en la salud mental de las personas. Por este motivo, la

decisión acerca de la necesidad de implementar cuarentenas y el modo en que estas se implementan deben basarse en la mejor evidencia científica disponible. En este capítulo nos referiremos específicamente a los posibles impactos negativos de una de estas medidas sanitarias –la cuarentena– en la salud mental de la población general.

Con el surgimiento de la actual pandemia, la comunidad científica se preguntó a sí misma acerca de qué conocimientos ya se disponía sobre esos posibles impactos negativos. Prontamente, al inicio de la pandemia, se elaboraron revisiones de toda la bibliografía científica existente que estaba referida a los potenciales efectos deletéreos que podían tener la cuarentena y el aislamiento sobre la salud mental de las personas. La revisión de la evidencia científica surgida con base en experiencias anteriores con otros brotes de enfermedades, epidemias y pandemias que requirieron de la implementación de cuarentenas y aislamientos indicó que estas medidas sanitarias pueden tener impactos negativos en la salud mental de las personas (Brooks et al., 2020; Torales et al., 2020). Particularmente, la mayoría de los estudios revisados informaron efectos psicológicos negativos que incluyeron síntomas de depresión, ansiedad, estrés postraumático e insomnio (Brooks et al., 2020). No obstante, la mayoría de los efectos adversos reportados provenían de situaciones de aislamiento. En comparación con este último, la cuarentena voluntaria pareció asociarse a menos angustia y menos complicaciones a largo plazo. Al parecer, algunos de los efectos negativos podrían ser más graves cuando más larga es la duración de la cuarentena o el aislamiento. Por ejemplo, mayores duraciones del aislamiento se habrían asociado con mayor prevalencia de síntomas de trastorno por estrés postraumático en población general (Hawryluck et al., 2004) y también en personal sanitario (Reynolds et al., 2008), aunque la postulada relación entre la duración de la medida sanitaria y la gravedad de sus efectos negativos no está del todo clara (Brooks et al., 2020). Además, un estudio realizado en personal sanitario sugirió que el aislamiento podría tener efectos negativos a largo plazo (Wu et al., 2008).

Si bien toda la evidencia anterior a la pandemia por COVID-19 es sumamente valiosa, hay al menos dos motivos por los que no puede ser esta la única evidencia que nos ilumine el camino en el entendimiento de los potenciales efectos indeseados de la cuarentena actual en la salud mental de la población general. El primer motivo es que, tal como señalamos, la evidencia previa surgió de investigaciones realizadas en otros contextos de cuarentena – por ejemplo, SARS, ébola, entre otras – y lo cierto es que ninguno de ellos es comparable, en cuanto a magnitud, alcance y duración, a la actual pandemia por COVID-19 que

llevó a una situación inédita de cuarentena mundial. Una cuarentena a escala mundial como la actual es probable que conduzca a algunos problemas de salud adicionales y con variaciones o modos de presentación que aún nos son desconocidos. El segundo motivo por el que necesitamos algunas otras luces para iluminar el camino estriba en que la mayoría de los estudios previos basaron sus resultados en análisis efectuados sobre muestras de personal sanitario que trabajó en la primera línea de *combate* contra las enfermedades, o bien, sobre muestras de pacientes, es decir, grupos de personas que fueron hospitalizadas y aisladas por haber contraído una enfermedad contagiosa. Entre nuestros lectores, quienes hayan tenido alguna experiencia de internación – fundamentalmente si esta se debió a problemas de salud de cierta gravedad y no a motivos cosméticos –, sabrán que tal experiencia dista en mucho de la experiencia de, llamémosle así, *auto-cuarentena* en casa. Afortunadamente, la mayoría de las personas nunca en su vida atraviesan un proceso de internación por padecer alguna enfermedad, pero muchas de esas personas han acompañado a alguien que sí ha atravesado esa situación y, entonces, quizás la diferencia entre aislamiento y auto-cuarentena en casa también les resulte clara. También hay otras personas que no corresponden a ninguno de los grupos anteriores, pero que tienen cierta capacidad empática que les permite imaginar que no debe ser igual la experiencia de estar internado, que la de estar en auto-cuarentena en casa. Finalmente, no desconocemos el hecho de que hay algunas otras personas que pueden persistir en la negación rotunda acerca de la diferencia entre ambas situaciones. A estas personas, no podremos convencerlas de lo contrario, pero sí intentar informarlas. Vamos a ello. Muchos de los pacientes ingresados, por ejemplo, en unidades de cuidados intensivos por enfermedades críticas (noten que no nos estamos refiriendo ahora específicamente al COVID-19), sobreviven a la enfermedad. Sin embargo, hay amplias evidencias que señalan que, a menudo, estos sobrevivientes experimentan una morbilidad significativa después de su estadía en la unidad de cuidados intensivos, la cual se conoce con el nombre de síndrome post-cuidados intensivos. Este síndrome describe deficiencias de salud nuevas o bien deficiencias preexistentes, pero que empeoran en el estado de salud física, cognitiva o mental, después de haber sufrido una enfermedad crítica y que persisten más allá de la hospitalización por cuidados agudos (Needham et al., 2012). El síndrome post-cuidados intensivos incluye elevadas tasas de ansiedad (Nikayin et al., 2016), depresión (Rabiee et al., 2016) y trastorno por estrés postraumático (Parker et al., 2015). Entonces, teniendo en cuenta todo esto, es dable asumir que los resultados de las investigaciones sobre efectos negativos en la salud mental con base en experiencias de aislamiento y los que reportan estos efectos, pero con base en experiencias de cuarentena, no son del todo similares, ya que los

efectos en los primeros podrían ser más severos que en los segundos. Por todos los motivos mencionados, conocer los efectos de la cuarentena en la salud mental de la población general requirió de investigaciones específicas y que fueran realizadas en el contexto de la pandemia actual.

A un año ya del inicio del brote de COVID-19 que luego devino pandemia, ya se han publicado cientos de artículos científicos sobre salud mental durante esta pandemia, tanto bajo condiciones de aislamiento como de cuarentenas preventivas masivas a lo largo y ancho de todo el mundo. Sin embargo, la mayoría de la evidencia actual y disponible a la fecha surge de estudios transversales. Este tipo de estudios nos permiten saber qué sucede en determinado momento, pero adolecen de la limitación de que no nos dicen nada acerca de si se producen cambios a lo largo del tiempo – excepto cuando se realizan sobre toda la población, lo cual sólo sucede en el caso de censos –. Concretamente, en el caso que nos ocupa, los estudios transversales nos permiten saber en qué estado se encuentra la salud mental de las personas en determinado momento, pero no nos brindan información sobre si ese estado de salud mental cambió en esas mismas personas, por ejemplo, al comparar su estado al inicio de la cuarentena y después de la cuarentena, o antes de la cuarentena y durante la cuarentena. En cambio, los estudios longitudinales son los que nos brindan ese tipo de información tan importante. Lamentablemente, hay escasos estudios longitudinales ya publicados, pero, felizmente, hay muchos de estos estudios que están en curso actualmente y de los que esperamos conocer sus resultados próximamente. Como muchos de ustedes quizás ya hayan aprendido en el transcurso de esta pandemia, los tiempos de la ciencia no son los tiempos del apuro –aunque la ciencia pueda intentar ser más veloz en el actual contexto–, con lo cual, decir *próximamente* puede significar cosas bastantes diversas según el punto de vista de cada quien. Así, por ejemplo, desde el punto de vista de la ciencia, el hecho de que varias vacunas hayan llegado a fase 3 en menos de un año es algo realmente muy rápido; un hito. En cambio, desde el punto de vista de alguien que está aburrido de la auto-cuarentena en su casa, ese tiempo que está llevando desarrollar alguna vacuna que combine eficacia y seguridad contra el COVID-19 y que le permita retomar sus actividades cotidianas tal como las conocía, le puede parecer una eternidad, una espera infinita. También puede compartir este último punto de vista alguien que vio interrumpida su actividad laboral por la pandemia. Asimismo, puede compartir ese punto de vista alguien que padece, por ejemplo, un trastorno obsesivo compulsivo con predominio de ideas de contaminación y que, por ello, está sufriendo doblemente el temor al contagio. También puede compartir esa percepción del tiempo alguien que busca ser reelecto a la presidencia de algún

país en el que haya elevadas tasas de contagio y de mortalidad por COVID-19. Sólo hemos mencionado algunos casos, a título de ejemplos no exhaustivos. Claro está que los motivos que llevan a percibir al tiempo en cuestión como breve o como extenso, en unos y otros casos, son sumamente disímiles.

La publicación de artículos científicos que reportan resultados sobre indicadores del estado salud mental en población general, obtenidos mediante estudios transversales, ha sido prolífica desde el inicio de la pandemia. Por ejemplo, al 17 de mayo de 2020 se habían publicado 384 de estos artículos y esto, si sólo contamos los que fueron publicados en idiomas inglés o chino (Xiong et al., 2020). De acuerdo con este tipo de investigaciones, durante la actual pandemia la prevalencia de síntomas depresivos en población general afecta a un mínimo de 14.6% hasta un máximo de 48.3% de la población encuestada (Xiong et al., 2020). Al respecto, se ha estimado que la actual prevalencia de síntomas depresivos es mayor que la del año pasado (Huang et al., 2019). No obstante, debemos recordar que, tal como señalamos antes, estos estudios transversales, realizados sobre muestras de la población, las cuales podrán haber sido más o menos grandes (pero que no son la totalidad de la población), no permiten aseverar, con seguridad, que haya habido un aumento en la cantidad de personas afectadas por síntomas depresivos. Otro aspecto sobre el que debemos llamar la atención, a fin de evitar llevarnos una idea equivocada, es que el hecho de que alguien tenga *síntomas* depresivos no significa, necesariamente, que tenga un cuadro de depresión clínica. La mayoría de las investigaciones reportan datos sobre síntomas depresivos y no sobre diagnósticos clínicos de depresión. Esta diferencia es importante; subrayémosla. Los diagnósticos de depresión, así como los diagnósticos de otros trastornos mentales, se hacen a partir de una evaluación clínica, individual, en la que se indagan una serie de síntomas de esta enfermedad. Algunos de estos síntomas son patognomónicos – esto quiere decir que, si están presentes, indican con seguridad que la persona que está siendo evaluada padece un determinado trastorno o enfermedad –, mientras que otros son accesorios y, en cuanto tales, no constituyen, por sí mismos, un diagnóstico de depresión. Así, para concluir un diagnóstico de depresión es necesario que estén presentes una determinada cantidad, de determinados síntomas y durante cierto tiempo. Con esta breve explicación esperamos que ahora podamos comprender que decir, por ejemplo, que el 48.3% de la población encuestada durante la pandemia tiene síntomas de depresión no quiere decir que el 48.3% de la población tiene depresión. Lamentablemente, hemos visto y oído frecuentemente este y otro tipo de inferencias decididamente erróneas en varios medios de comunicación. Si bien la presencia de algunos síntomas no es igual al diagnóstico de determinado

trastorno mental, lo que sí es cierto, en cambio, es que algunas de las herramientas que se usan para medir depresión en algunas investigaciones cuentan con puntajes de corte estandarizados y validados. Estos puntajes de corte funcionan como una especie de umbral, por encima del cual, los síntomas presentes son indicativos de depresión clínica o, al menos, son compatibles con ese diagnóstico. Si bien esto tampoco es un diagnóstico, tiene la ventaja de permitir hacer algunas afirmaciones algo más potentes que la simple mención de síntomas generales.

Desde nuestro grupo de investigación hemos realizado una serie de estudios longitudinales (ver, por ejemplo, López Steinmetz, Fong et al., 2021) y otros transversales, pero con muestreos sucesivos desde el inicio de la cuarentena argentina y a lo largo de sus extensiones, en las que medimos varios indicadores del estado de salud mental. Entre otros indicadores, medimos depresión y riesgo suicida con instrumentos que cuentan con ese tipo de puntajes de corte que mencionamos líneas arriba. Sobre una muestra de 1100 argentinos/as de 18 años o más de edad, encontramos que el 29.64% de la muestra tenía niveles de depresión compatibles con depresión clínicamente relevante, mientras que el 42.27% del total tenía niveles de riesgo suicida de consideración (19.36% riesgo suicida alto, 22.91% riesgo suicida moderado) (López Steinmetz, Dutto Florio et al., 2020). Dado que en esta investigación (y también en otras) hicimos muestreos sucesivos a lo largo de las extensiones de la cuarentena argentina, pudimos desglosar esos porcentajes para observar algunas tendencias grupales. Por ejemplo, durante las cuatro primeras extensiones de la cuarentena encontramos que el 7.64% de quienes respondieron a la encuesta durante la 1era extensión tenían niveles de depresión compatibles con depresión clínicamente relevante, mientras que entre quienes respondieron durante las extensiones 2da y 3era este porcentaje descendió al 6.73%, pero durante la 4ta extensión ascendió al 15.27%. En cuanto al riesgo suicida, encontramos que, entre quienes respondieron a la encuesta durante la 1era extensión de la cuarentena, el 4.36% tenía niveles de riesgo suicida alto y el 7.82% riesgo moderado, durante la 2da y 3era extensión estos porcentajes fueron de 4.91% para riesgo suicida alto y 5.00% para riesgo moderado, mientras que durante la 4ta extensión estos porcentajes fueron de 10.09% y 10.09% respectivamente (López Steinmetz, Dutto Florio et al., 2020). Desde nuestro grupo de investigación además realizamos otro estudio similar, pero en estudiantes universitarios, en el que encontramos que, de 2687 estudiantes universitarios/as que encuestamos desde tres días antes del inicio de la cuarentena argentina y hasta el 29 de abril de 2020, el 35.43% tenía niveles indicativos de depresión clínicamente relevante, el 26.98% tenía riesgo suicida alto y el 29.51% tenía riesgo suicida moderado (López

Steinmetz, Leyes et al., 2021). En una tercera investigación que realizamos desde nuestro grupo analizamos indicadores generales del estado de salud mental durante los primeros 80 días de la cuarentena argentina, en una muestra de 5013 mujeres. Encontramos que los niveles promedio de salud auto-percibida, de funcionamiento social y afrontamiento y de distrés psicológico fueron significativamente peores durante los sub-períodos de cuarentena más largos (de hasta 53, 68 y 80 días de duración) que durante los sub-períodos más cortos (de hasta siete, 13 y 25 días de duración) (López Steinmetz, Fong et al., 2020). En conjunto, nuestros resultados y los que reportaron otros estudios (para una revisión ver Xiong et al., 2020), brindan evidencia que sugiere que las medidas sanitarias de cuarentena tienen impactos negativos en la salud mental de las personas, los cuales parecen agudizarse durante períodos más prolongados de cuarentenas restrictivas.

A pesar de la evidencia disponible, de la cual aquí sólo hemos mencionado un fragmento muy pequeño, hemos leído y oído a algunos/as profesionales afirmar, palabras más o palabras menos, que no se ha demostrado que los posibles efectos negativos sobre la salud mental sean atribuibles a las medidas de cuarentena. Por ejemplo, la asesora presidencial en temas de salud mental durante la pandemia por COVID-19, Alicia Stolkiner, ha afirmado que algunas investigaciones sobre salud mental durante la cuarentena buscan “psicopatologizar la cuarentena” y que “es imposible saber cuánto del malestar estudiado se relaciona con la cuarentena en sí y cuánto con la situación general de emergencia a nivel mundial y local” (Stolkiner y Ferreyra, 3 de julio de 2020); además, aseguró que “no se puede analizar el impacto psicológico de la cuarentena sin analizar el de la pandemia” y que “se intentó separar las dos cosas con objetivos políticos” (Stolkiner como se citó en Hojman, 8 de julio de 2020). En diálogo con estas afirmaciones podemos decir que, efectivamente, asir el efecto *puro* de la cuarentena en el estado de salud mental requeriría aislarlo en condiciones experimentales. En este contexto, ocurre a veces que en el afán por defender una posición contraria a los resultados que reportan las investigaciones disponibles hasta el momento, se llevan las cosas a cierto extremo que hace suponer que sin experimentos controlados no hay conocimiento posible. Más aún, algunos referentes locales del campo de la salud mental observan que los instrumentos utilizados en las investigaciones actuales se han generado en otros contextos y no se han probado en contextos tan excepcionales como el actual, no son válidos y/o confiables en el actual contexto de pandemia; algo de esto ha sido aludido en algunas publicaciones no científicas y notas periodísticas (ver, por ejemplo, Stolkiner y Ferreyra, 3 de julio de 2020).

Quienes investigamos en salud mental, en neurociencias y, de modo más general, en disciplinas cuyos sujetos de estudio son humanos, sabemos que muchos de los fenómenos que estudiamos – sino la mayoría – no se pueden investigar en condiciones experimentales estrictas y asépticas de toda influencia externa a la variable estudiada – la cual, en el caso que nos ocupa, sería la cuarentena –. Entre los aspectos que lo impiden se encuentran evidentes razones éticas. También sabemos que todas las investigaciones tienen limitaciones, las cuales, lejos de intentar ser ocultadas, son señaladas explícitamente, por ejemplo, en un apartado específico en las publicaciones científicas que producimos. Otra cosa que sabemos es que, si no se realizan investigaciones, aun con las limitaciones que estas puedan tener, no existe conocimiento científico sobre los fenómenos, humanos y no humanos. En el caso de la psicología y, en general, de la salud mental, por ejemplo, no realizar investigaciones sobre el impacto de la cuarentena en la salud mental deja librado el campo para que se viertan opiniones e informaciones erróneas sobre la temática o se sesguen las decisiones de políticas públicas (Halpern, Truog & Miller, 2020). El terreno de la opinión es, ciertamente, subjetivo. Desde luego, no hay nada de malo en lo subjetivo, en sí mismo; sólo indicamos que lo subjetivo es algo diferente que el conocimiento científico. Hay tantas opiniones como personas y, contrario a lo que se cree, lo mismo sucede con el sentido común, el cual es de todo, menos *común*.

Dicho todo esto, habiendo reconocido las limitaciones de las investigaciones y habiendo mencionado algunas de las consecuencias de no investigar, es importante destacar que el experimento natural que constituyó la actual pandemia por COVID-19 y las medidas sanitarias que fueron necesarias para combatirla posibilitaron que los/as científicos/as estudiemos los efectos en la salud mental que son atribuibles a ello. Si bien no podemos diseccionar quirúrgicamente el impacto de la situación de pandemia para separarlo del impacto de la situación de cuarentena – entre otras cosas, porque no existiría la necesidad de implementar medidas sanitarias de cuarentenas masivas y restrictivas si no estuviéramos en una pandemia –, hay algunas cosas que podemos evaluar. Por ejemplo, en las investigaciones realizadas desde nuestro grupo, encontramos que nuestros resultados en población general, en estudiantes universitarios y en mujeres, confluyen en indicar que el hecho de residir en regiones donde las tasas de propagación del COVID-19 eran altas, medias, o bien, bajas, no se asoció a diferencias significativas en el nivel de salud auto-percibida, en el funcionamiento social y el afrontamiento, en los niveles de distrés psicológico, de depresión, de ansiedad ni de riesgo suicida (López Steinmetz, Duto Florio et al., 2020; López Steinmetz, Leyes, et al., 2021). Dicho de otro modo, quienes residían en zonas con alta, mediana o baja tasa de

propagación del COVID-19 tenían niveles similares entre sí en los indicadores del estado de salud mental que evaluamos. Podemos acordar que residir en regiones con las tasas más altas de propagación del COVID-19 puede ser interpretado como estar expuesto a alto riesgo de contagio – desde un punto de vista objetivo –; complementariamente, residir en regiones con las tasas más bajas se interpretaría como lo opuesto. Si esto es así, los resultados que mencionamos como fruto de nuestras investigaciones podrían implicar que los impactos en la salud mental que hallamos durante las fases más estrictas y restrictivas de la cuarentena argentina son atribuibles a aspectos relacionados con esta medida sanitaria, la que implicó distanciamiento físico y alteraciones de la rutina cotidiana entre otros aspectos importantes, más que al riesgo objetivo de contagio atribuible a la pandemia (para ampliar esta discusión ver López Steinmetz, Fong, et al., 2020). Al parecer nuestro grupo de investigación no está solo en esta línea de hallazgos. En efecto, un estudio realizado en China encontró que la ubicación específica de residencia, dentro o fuera del epicentro de la pandemia, no parece estar significativamente asociada a más o a menos problemas de salud mental (Guo, Feng, Wang y van Ijendoorn, 2020). Asimismo, un estudio realizado en Australia encontró que la exposición al COVID-19 tuvo una asociación mínima con los resultados de salud mental. En cambio, las deficiencias en el trabajo y en el funcionamiento social se asociaron fuertemente con síntomas elevados de depresión y ansiedad, así como también con una disminución del bienestar psicológico. La angustia financiera, más que la pérdida del trabajo en sí, fue también un correlato clave de una salud mental más deficiente. Con base en estos hallazgos, ese estudio sugirió que minimizar las interrupciones en el trabajo y el funcionamiento social y aumentar el acceso a los servicios de salud mental en la comunidad, deberían ser metas políticas importantes para minimizar los impactos relacionados con la pandemia en la salud mental y el bienestar (Dawel et al., 2020). Más interesante aún es otro estudio realizado en China durante el brote de la enfermedad que luego dio lugar a la pandemia por COVID-19, que comparó tres grupos: personas en cuarentena en áreas afectadas por el brote de la enfermedad, personas en cuarentena en áreas no afectadas y personas que no estaban bajo cuarentena. Este interesante estudio encontró que la incidencia de depresión y de ansiedad entre las personas en cuarentena fue significativamente mayor que la de personas que no estaban bajo cuarentena (Tang et al., 2020) –claro está que, como es usual hasta ahora, todas estas personas vivían en el mismo mundo, el cual está afectado por la pandemia; de allí el calificativo de *pandemia*, que señala la afectación a escala mundial–. Además, siguiendo con ese interesante estudio, se encontró que la incidencia de depresión y de ansiedad fue dos veces más común entre las personas en cuarentena en áreas no afectadas por

el brote de la enfermedad que entre las personas en áreas afectadas (Tang et al., 2020). Estos son sólo algunos ejemplos de evidencia científica; no estamos siendo exhaustivos. Aunque revisamos sólo algunos ejemplos, ya tenemos la sensación de que estamos en condiciones de transformar una cita que incluimos algunos párrafos más arriba, la cual consistía en una aseveración que transmitía un fuerte grado de presunta seguridad, en una pregunta: entonces, ¿es cierto que es imposible saber cuánto del malestar estudiado se relaciona con la cuarentena en sí y cuánto con la situación general de emergencia a nivel mundial y local? No seremos tajantes en la respuesta –para no cometer los mismos errores que intentamos señalar–, pero sí diremos que está claro que, en conjunto, los estudios citados incluyen análisis que permiten discriminar, en cierta medida, si los efectos sobre la salud mental que observamos actualmente en la población general (no en quienes han resultado enfermos por el COVID-19) son predominantemente atribuibles a la pandemia en sí misma –no parece ser el caso– o si más bien son predominantemente atribuibles a las medidas restrictivas que fueron necesarias para combatir la pandemia, tales como la cuarentena y su consecuente reducción del funcionamiento social e interrupción de las rutinas cotidianas, entre otros aspectos relevantes. Entonces, si bien tal como dijimos, no se puede diseccionar pandemia y cuarentena para ver asépticamente sus efectos, sí hay formas de obtener conocimientos acerca de los efectos de una y de otra.

Hasta aquí hemos repasado parte de la evidencia científica proveniente de estudios transversales, la cual indica que las medidas sanitarias de cuarentena tienen impactos negativos en la salud mental de las personas. Sin embargo, como sucede en todos los órdenes de la vida, especialmente de la vida humana, de nada se puede afirmar que acontezca siempre, con el mismo resultado y en todas las personas, excepto la muerte. Del mismo modo, los impactos de la cuarentena en la salud mental pueden presentar algunas diferencias según grupos. Por ejemplo, en las investigaciones que realizamos desde nuestro grupo encontramos que las mujeres presentan mayores niveles de depresión y de ansiedad que los hombres, que las personas más jóvenes presentan más síntomas compatibles con trastornos mentales que las adultas, y que las personas que, previo a la pandemia, alguna vez fueron diagnosticadas con un trastorno mental y también las que alguna vez intentaron suicidarse tienen mayores niveles de depresión, de ansiedad y/o de riesgo suicida que quienes no tienen tales antecedentes (López Steinmetz, Duto Florio et al., 2020; López Steinmetz, Leyes, et al., 2021; López Steinmetz, Fong, et al., 2020). Nuevamente, no estuvimos solos en este tipo de hallazgos. En ciencia, la construcción de consensos es un importante capítulo de la validación

del conocimiento. Usualmente, cuando varias investigaciones que estudian la misma temática confluyen en similares hallazgos, esto es un indicador de que esos hallazgos pueden estar brindando información cierta sobre el fenómeno en estudio. Entonces, que no estemos solos con estos hallazgos es una buena señal. Por ejemplo, un estudio sobre población general italiana, realizado cuando las medidas restrictivas en ese país llevaban de tres a cuatro semanas desde su implementación, también encontró que ser mujer y ser más joven se asoció con mayor ansiedad y depresión, además de mayores síntomas de estrés postraumático e insomnio (Rossi et al., 2020). Otro ejemplo indica que, durante la cuarentena en Paraguay, también se encontró que quienes tenían los niveles más altos de estrés eran personas de sexo femenino o que tenían un trastorno mental preexistente (Torales, Rios González, et al., 2020). Además, hay otros estudios que señalan que factores adicionales, tales como tener enfermedades físicas previas, problemas económicos, disminución de la actividad física y frecuente exposición a redes sociales y a noticias relacionadas con el COVID-19, también se asociaron con peores resultados en el estado de salud mental de las personas bajo situaciones de cuarentena por la pandemia de COVID-19 (Guo et al., 2020; Meyer et al., 2020; Xiong et al., 2020).

¿Por qué son importantes todas esas diferencias?; lo son porque ponen de relieve que, mientras el contagio del COVID-19 en situaciones de exposición directa al virus sigue un criterio bastante democrático y equitativo, las vulnerabilidades pre-pandémicas que son relevantes para los impactos en términos de salud mental, en cambio, no siguen ese tipo de distribución. Entonces, cuando finalmente llegue el momento en el que se generen políticas sanitarias destinadas a mitigar los efectos secundarios, no deseados, de la cuarentena en la salud mental y, en términos más generales, los efectos de la pandemia en la salud mental, estas políticas deberán tener algunos focos específicamente orientados a los grupos más vulnerables, por ejemplo, las mujeres, las personas más jóvenes y las personas que tienen historia de padecimientos mentales.

Tal como mencionamos casi al inicio, en el momento que estamos escribiendo este capítulo, aún hay pocos estudios longitudinales publicados sobre salud mental durante la pandemia y, especialmente, durante las medidas de cuarentenas preventivas masivas. Hasta ahora, hay algunos estudios que compararon el estado de salud mental de las personas antes de la pandemia y durante la pandemia por COVID-19. Estos estudios encontraron que hubo un aumento significativo de los síntomas relacionados con trastornos mentales en población general del Reino Unido durante las medidas restrictivas implementadas en ese país para combatir la pandemia (Pierce et al., 2020). También encontraron que hubo un aumento del

estrés y de la ira en personas jóvenes de Suiza, durante la pandemia por COVID-19 (Shanahan et al., 2020).

Mientras escribimos este capítulo, aún estamos atravesando la pandemia. No sólo eso, sino que lamentablemente, además, en Argentina estamos atravesando uno de los momentos –hasta ahora– de más alta tasa de transmisión y de muertes por COVID-19. Entonces, se comprenderá que, por razones obvias, todavía no hay estudios longitudinales publicados en ninguna parte del mundo que hayan comparado el estado de salud mental de las personas durante y después de la pandemia por COVID-19. En cambio, lo que sí hay, son algunos otros estudios longitudinales que compararon el estado de salud mental de las personas, pero que lo hicieron durante diferentes momentos de la pandemia por COVID-19. Llamativamente, un estudio realizado en China encontró una reducción significativa del impacto psicológico negativo desde su primera medición, durante el brote inicial del COVID-19, a su segunda medición, cuatro semanas después del brote (Wang et al., 2020). Esos resultados son alentadores. Hay también un estudio realizado en Argentina, que midió algunos indicadores del estado de salud mental dos días después del inicio de la cuarentena obligatoria y que volvió a medir esos indicadores, en las mismas personas, pero dos semanas más tarde. Este estudio encontró un pequeño aumento de los síntomas de depresión a la vez que una pequeña disminución de los síntomas de ansiedad desde la primera a la segunda medición (Canet Juric et al., 2020). Cuando se empezaron a comunicar algunos de estos resultados, estos/as investigadores interpretaron que la disminución observada en los síntomas de ansiedad se debía a un acostumbramiento a la situación de cuarentena. En este sentido, comentaron que, “si bien la ansiedad se había incrementado en un comienzo, luego, al acostumbrarse a las condiciones de encierro la población se adecúa” (Urquijo 2020, como se citó en Esteban, 13 de abril de 2020). Al respecto, queremos ofrecer una mirada alternativa a este tipo de interpretaciones que sugieren un efecto de acostumbramiento, en un sentido adaptativo, a la situación que, por entonces, era la de una cuarentena restrictiva (léase, fase 1). Las personas somos seres sociales, por definición. La situación de cuarentena restrictiva que se vivió por entonces no era, desde luego, una situación natural. Entonces, interpretar que las personas nos acostumbramos al distanciamiento físico y a las medidas fuertemente restrictivas que fueron necesarias para preparar el sistema sanitario argentino y para combatir la pandemia, nos parece que es ir demasiado lejos. Claramente, estos/as investigadores hallaron una pequeña disminución de los síntomas de ansiedad – la que interpretaron como debida a un cierto acostumbramiento a la cuarentena –, pero también hallaron un pequeño aumento de los síntomas de

depresión. Entonces, en esa misma línea de interpretación, esto último, ¿a qué se debió?, ¿a un efecto colateral del acostumbramiento? Es poco probable. En lugar de la interpretación centrada en el acostumbramiento, nos parece oportuno proponer una hipótesis alternativa para interpretar estos resultados, la cual se basa en la lectura de los resultados reportados por esos investigadores/as, en el análisis de algunos resultados de nuestras investigaciones (López Steinmetz, Leyes, et al., 2021) y, también, en algunos otros antecedentes. Desde nuestro punto de vista, la disminución hallada en los síntomas de ansiedad no implica que el aislamiento o la cuarentena puedan devenir naturales para los seres humanos o, en otras palabras, que las personas se acostumbren a esa situación. Durante la cuarentena, al igual que en otras situaciones (por ejemplo, violencia conyugal), las personas pueden tender a *aceptar* o *naturalizar* situaciones, comportamientos o reacciones que no son naturales ni saludables, pero es el papel de los/as trabajadores/as de la salud y de los/as científicos/as alertar sobre estos procesos, en lugar de legitimarlos. Por ello, proponemos que tal disminución en los niveles autoinformados de ansiedad y el aumento en los niveles de depresión que hallaron estos/as investigadores es probable que se deban a un estado de indefensión aprendida, más que a un acostumbramiento adaptativo y positivo.

El paradigma de la indefensión aprendida se utiliza desde hace mucho tiempo como un modelo para estudiar depresión, el cual ha sido probado primero en animales (Overmier y Seligman, 1967) y luego también se ha demostrado que es reproducible en personas (Telner y Singhal, 1984). Para estudiarlo de manera experimental, por ejemplo, se suele exponer al animal a un estímulo estresante, en un contexto en el cual no puede escapar de ese estímulo, de modo tal que, todo cuanto hace o intenta, no cambia las condiciones de su entorno. En los modelos animales de indefensión aprendida se describió una trayectoria típica, la cual consiste en los siguientes momentos: 1) el organismo (por ejemplo, el animal) exhibe comportamientos crecientes de tipo ansioso, buscando formas de escapar o controlar un entorno que se ha vuelto amenazante; 2) el organismo generaliza el aprendizaje de que él/ella no tiene control sobre su entorno y los comportamientos de tipo ansioso disminuyen; 3) el organismo generaliza aún más que el entorno es inherentemente amenazante y se desarrollan, o bien, aumentan, los indicadores o comportamientos de tipo depresivo; y por último, en casos extremos, todo esto lleva a que, finalmente, 4) el organismo se dé por vencido (Heller, 2019). La trayectoria descripta aquí es llamativamente similar a los resultados que venimos discutiendo sobre salud mental durante la cuarentena. De hecho, algunos de los resultados de nuestras investigaciones (López Steinmetz, Leyes, et al., 2021) y, hasta cierto punto,

los resultados informados por los/as investigadores/as antes citados (Esteban, 13 de abril de 2020), pueden corresponder, punto por punto, con esta trayectoria. Esto es, un primer predominio de síntomas ansiosos que van dejando paso a un progresivo predominio de síntomas depresivos a medida que vamos comprendiendo que afuera hay una pandemia, que debemos seguir en cuarentena y que no importa qué hagamos para intentar cambiar esa situación ahora mismo, que no importa si nos vamos a dormir más temprano para apresurar el cambio de día, porque al día siguiente, cuando despertemos, no estaremos mágica y repentinamente de nuevo con nuestros compañeros/as de cursado, con nuestros/as amigos/as en el club o donde sea y con quienes sea que queramos estar; no importa cuánto nos quejemos, cuánto gitemos ni cuánto lloremos, porque cuando dejemos de hacerlo, la situación persistirá ahí afuera, inmutable.

Más allá de esta explicación alternativa, volvamos a concentrarnos en los resultados de las investigaciones longitudinales sobre salud mental durante la cuarentena. En nuestro grupo de investigación también realizamos un estudio longitudinal sobre salud mental durante la larga cuarentena argentina, pero nos enfocamos en estudiantes universitarios/as. El diseño de nuestro estudio fue algo más complejo que los que comentamos hasta ahora. La primera medición del estado de salud mental de los/as estudiantes la hicimos con muestreos sucesivos, desde tres días antes del inicio de la cuarentena obligatoria y durante sub-períodos de la cuarentena, delimitados por los anuncios de extensiones realizados por el Gobierno argentino, hasta la sexta extensión inclusive, la que correspondió a una cuarentena de hasta 106 días de duración. La segunda medición, fue un mes después de cada sub-período. Los resultados son algo complejos de explicar, pero podemos simplificarlos diciendo que, todo parece indicar que, bajo condiciones de cuarentena restrictiva de hasta al menos 53 días de duración, los niveles de depresión y de ansiedad en estudiantes universitarios/as se mantuvieron en niveles constantemente altos. En cambio, bajo condiciones de cuarentena menos restrictiva, tales como las que se produjeron con las progresivas flexibilizaciones que implicaron los avances hacia las fases 4 y 5, los niveles de depresión y de ansiedad mostraron una pequeña disminución desde la primera a la segunda medición un mes después (López Steinmetz et al., en revisión a). En las ciencias de la salud, se llama remisión a la disminución parcial o bien a la desaparición total de los signos y síntomas de una enfermedad, lo cual puede suceder de manera espontánea (por ejemplo, como pasa a veces cuando tenemos una gripe), o bien, como consecuencia de un tratamiento. Nuestros resultados sugieren que es posible que se produzcan remisiones espontáneas, aunque parciales, de los síntomas de

depresión y de ansiedad en los/as estudiantes universitarios/as, a medida que haya mayor margen para la movilidad, se produzcan más reaperturas y, de a poco, las actividades cotidianas, tales como las de asistir a la universidad, empiecen a ser cada vez más parecidas al antes de la pandemia. Esto parece ser un panorama algo alentador. Sin embargo, recordemos que habíamos señalado esa especie de ley de *no pasa para todos lo mismo, igual ni siempre, excepto la muerte*. Las diferencias en el estado de salud mental que antes habíamos señalado entre distintos grupos aquí se vuelven importantes nuevamente, ya que es posible que, en los grupos más afectados, esa presunta remisión parcial y espontánea de los síntomas no se produzca de igual forma, o bien, no se produzca en absoluto y, en ese caso, será necesario que se destinen medidas sanitarias para asistir a esos grupos.

Finalmente, queremos señalar que serán necesarias más investigaciones, sobre todo las de tipo longitudinal, para poder responder a la pregunta acerca de si los efectos negativos de la cuarentena en la salud mental serán entonces temporarios, o bien, duraderos. Hemos aprendido que, seguramente, la respuesta a esta pregunta tendrá matices, los que se deberán reconocer, a fin de poder brindar asistencia oportuna y adecuada a todas las personas que así lo requieran y, avanzar así, en el efectivo diseño de políticas de salud pública. Esperamos que, cuando estén leyendo todo esto, todos/as ya hayamos recuperado las pequeñas y grandes cosas, intrascendentes para otros, pero trascendentales para cada uno, que hacen a *nuestra normalidad*.

Referencias

- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., y Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8.
- Canet-Juric, L., Andrés, M. L., del Valle, M., López-Morales, H., Poó, F., Galli, J. I., Yerro, M., y Urquijo, S. (2020). A Longitudinal Study on the Emotional Impact Cause by the COVID-19 Pandemic Quarantine on General Population. *Froniers in Psychology*, 11, 565688. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.565688.
- Centers for Disease Control and Prevention (2017). *Quarantine and isolation*, recuperado de <https://www.cdc.gov/quarantine/index.html>

- CNN (2020, 30 de marzo). 90 días de coronavirus: más de 770.000 casos y más de 36.000 muertes, y un tercio de la población mundial en cuarentena por una crisis que aún no se ve su fin. CNN. Recuperado de <https://cnnespanol.cnn.com/2020/03/30/cronologia-coronavirus-90-dias-700000-casos-34-000-muertes-cnn/#0>
- Dawel, A., Shou, Y., Smithson, M., Cherbuin, N., Banfield, M., Caelear, A. L., Farrer, L. M., Gray, D., Gulliver, A., Housen, T., McCallum, S. M., Morse, A. R., Murray, K., Newman, E., Rodney H., Rachael M., y Batterham, P. J. (2020). The effect of COVID-19 on mental health and wellbeing in a representative sample of Australian adults. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 579985. DOI: 10.3389/fpsyt.2020.579985.
- Esteban, P. (13 de abril de 2020). Coronavirus: ¿De qué manera el aislamiento afecta las emociones?. *Página12*. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/259262-coronavirus-de-que-manera-el-aislamiento-afecta-las-emocione>
- Guo, Y., Cheng, C., Zeng, Y., Li, Y., Zhu, M., Yang, W., Xu, H., Li, X., Leng, J., Monroe Wise, A., y Wu, S. (2020). Mental health disorders and associated risk factors in quarantined adults during the COVID-19 outbreak in China: Cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(8), e20328. DOI: 10.2196/20328.
- Guo, J., Feng, X., Lin, W., Xiao, H., y van Ijzendoorn, M. H. (2020). Coping with COVID-19: exposure to COVID-19 and negative impact on livelihood predict elevated mental health problems in chinese adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 3857. DOI: 10.3390/ijerph17113857.
- Halpern, S. D., Truog, R. D., y Miller, F. G. (2020). Cognitive bias and public health policy during the COVID-19 pandemic. *JAMA*, 324(4), 337-338. DOI:10.1001/jama.2020.11623.
- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., y Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*, 10(7), 1206-1212. DOI: 10.3201/eid1007.030703.
- Heller, A. S. (2019). From conditioning to emotion: Translating animal models of learning to human psychopathology. *Neuroscientist*, 26(1), 43-56. DOI: 10.1177/2F1073858419866820.
- Hojman, I. F. (8 de julio de 2020). Alicia Stolkiner: Tener incertidumbre hoy es un acto de normalidad. *Télam*. Recuperado de <https://www.telam.com.ar/notas/202007/487119-stolkiner-salud-mental-cuarentena.html>
- Huang, Y., Wang, Y., Wang, H., Liu, Z., Yu, X., Yan, J., Yu, Y., Changgui, K. et al. (2019). Prevalence of mental disorders in China: A cross-sectional epidemiological study. *The Lancet Psychiatry*, 6(3), 211-224. DOI: 10.1016/S2215-0366(18)30511-X.
- López Steinmetz, L. C., Dutto Florio, M. A., Leyes, C. A., Fong, S. B., Rigalli, A., y Godoy, J. C. (2020). Levels and predictors of depression, anxiety, and suicidal risk during COVID-19 pandemic in Argentina: the impacts of quarantine extensions on mental

- health state. *Psychology, Health & Medicine*. DOI: 10.1080/13548506.2020.1867318.
- López Steinmetz, L. C., Fong, S. B., y Godoy, J. C. (2021). Longitudinal evidence on mental health changes of college students with and without mental disorder background during the Argentina's lengthy mandatory quarantine. *Progress in Neuro-psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 110308. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2021.110308.
- López Steinmetz, L. C., Fong, S. B., Leyes, C. A., Dutto Florio, M. A., y Godoy, J. C. (2020). General mental health state indicators in Argentinean women during quarantine of up to 80-day duration for COVID-19 pandemic. *Frontiers in Global Women's Health*, 1, 580652. DOI: 10.3389/fgwh.2020.580652.
- López Steinmetz, L. C., Godoy, J. C., Fong, S. B., Leyes, C. A., Dutto Florio, M. A., y Lupo, A. P., "A longitudinal study on depression and anxiety in college students during the first 106-days of the lengthy Argentinean quarantine for COVID-19 pandemic", en revisión a.
- López Steinmetz, L. C., Leyes, C. A., Dutto Florio, M. A., Fong, S. B., López Steinmetz, R. L., y Godoy, J. C. (2021). Mental health impacts in Argentinean college students during COVID-19 quarantine. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 557880. DOI: 10.3389/fpsyt.2021.557880.
- Meyer, J., McDowell, C., Lansing, J., Brower, C., Smith, L., Tully, M., y Herring, M. (2020). Changes in physical activity and sedentary behavior in response to COVID-19 and their associations with mental health in 3052 US adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6469. DOI: 10.3390/ijerph17186469.
- Needham, D. M., Davidson, J., Cohen, H., Hopkins, R., Weinert, C., Wunsch, H., Zawistowski, C., Bemis Dougherty, A. et al. (2012). Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from a stakeholders conference. *Critical Care Medicine*, 40(2), 502-509. DOI: 10.1097/CCM.0b013e318232da75.
- Nikayin, S., Rabiee, A., Hashem, M. D., Huang, M., Bienvenu, O. J., Turnbull, A. E., y Needham Dale M. (2016). Anxiety symptoms in survivors of critical illness: A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 43, 23-29. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2016.08.005.
- Overmier, J. B., & Seligman, M. E. P. (1967). Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance responding. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 63, 28-33. DOI: 10.1037/h0024166.
- Parker, A. M., Sricharoenchai, T., Raparla, S., Schneck, K. W., Bienvenu, O. J., & Needham, D. M. (2015). Posttraumatic stress disorder in critical illness survivors: A metaanalysis. *Critical Care Medicine*, 43(5), 1121-1129. DOI: 10.1097/ccm.0000000000000882.
- Pierce, M., Hope, H., Ford, T., Hatch, S., Hotopf, M., John, A., Kontopantelis, E., Webb, R., Wessely, S., McManus, S., & Abel, K. M. (2020). Mental health before and during the

COVID-19 pandemic: A longitudinal probability sample survey of the UK population. *The Lancet Psychiatry*, 7(10), 883-892. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30308-4.

Rabiee, A., Nikayin, S., Hashem, M. D., Huang, M., Dinglas, V. D., Bienvenu, O. J., Turnbull, A. E., y Needham, D. M. (2016). Depressive symptoms after critical illness: A systematic review and meta-analysis. *Critical Care Medicine*, 44(9), 1744-1753. DOI: 10.1097/ccm.0000000000001811.

Real Academia Española (2019)., *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 11 de octubre de 2020, de <https://dle.rae.es/alumno>

Reynolds, D. L., Garay, J. R., Deamond, S. L., Moran, M. K., Gold, W., y Styra, R. (2008). Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiology and Infection*, 136(7), 997-1007. DOI: 10.1017/S0950268807009156.

Rossi, R., Socci, V., Talevi, D., Mensi, S., Niolu, C., Pacitti, F., Di Marco, A., Rossi, A., Siracusano, A., y Di Lorenzo, G. (2020). COVID-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 790. DOI: 10.3389/fpsyt.2020.00790.

Shanahan, L., Steinhoff, A., Bechtiger, L., Murray, A. L., Nivette, A., Hepp, U., Ribeaud, D., y Eisner, M. (2020). Emotional distress in young adults during the COVID-19 pandemic: evidence of risk and resilience from a longitudinal cohort study. *Psychological Medicine*. DOI: 10.1017%2FS003329172000241X.

Stolkiner, A. (15 de agosto de 2020). "No hay una pandemia de enfermedades mentales tras la cuarentena". *El Intransigente*. Recuperado el 12 de octubre de 2020, de <https://elintransigente.com/2020/08/no-habra-una-pandemia-de-enfermedades-mentales-tras-la-cuarentena/>

Stolkiner, A. y Ferreyra, J. (3 de julio de 2020). "Psicopatologizar la cuarentena". *Lobo Suelto! Anarquía Coronada*. Recuperado el 11 de octubre de 2020, de http://lobosuelto.com/psicopatologizar-la-cuarentena-alicia-stolkiner-y-julian-ferreyra/?fbclid=IwAR3dVgCQ9aq5pjoVSNgnqmLcuBR-lJso_X8zvmIilPxTZrh2NNNpHFsOzaE

Tang, F., Liang, J., Zhang, H., Kelifa, M. M., He, Q., y Wang, P. (2020). COVID-19 related depression and anxiety among quarantined respondents. *Psychology & Health*. DOI: 10.1080/08870446.2020.1782410.

Telner, J. I., y Singhal, R. L. (1984). Psychiatric progress: The learned helplessness model of depression. *Journal of Psychiatric Research*, 18(3), 207-215. DOI: 10.1016/0022-3956(84)90011-6.

Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli Maia, J. M., y Ventriglio, A. (2020). The outbreak of

COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(4), 317-320. DOI: 10.1177%2F0020764020915212.

- Torales, J., Rios González, C., Barrios, I., O'Higgins, M., González, I., García, O., Castaldelli Maia, J. M., y Ventriglio, A. (2020). Self-perceived stress during the quarantine of COVID-19 pandemic in Paraguay: An exploratory survey. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 558691. DOI: 10.3389/fpsy.2020.558691.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., McIntyre, R. S., Choo, F. N., Tran, B., Ho, R., Sharma, V. K., y Ho, C. (2020). A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 40-48. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.04.028.
- World Health Organization (11 de marzo de 2020). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020*. Recuperado el 1 de octubre de 2020, de <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Wu, P., Liu, X., Fang, Y., Fan, B., Fuller, C. J., Guan, Z., Yao, Z., Kong, J., Lu, J., y Litvak, I. J. (2008). Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak. *Alcohol and Alcoholism*, 43(6), 706-712. DOI: 10.1093/alcalc/agn073.
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. N. W., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., y McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55-64. DOI: 10.1016/j.jad.2020.08.001.
- Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., Song, J., Zhao, X., Huang, B., et al. (2020). A novel coronavirus from patients with Pneumonia in China, 2019. *The New England Journal of Medicine*, 382(8), 727-733. DOI: 10.1056/NEJMoa2001017.