

IMPACTO DEL AISLAMIENTO SOBRE LOS HÁBITOS SALUDABLES Y EL ESTADO PSICOANÍMICO DE ADULTOS DE DOS CIUDADES DE LA ARGENTINA

REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA

ISSN 2618-4311

Buenos Aires

Picco JM, García-Zamora S, Wolff S y col. Impacto del aislamiento sobre los hábitos saludables y el estado psicoanímico de adultos de dos ciudades de la Argentina. *Rev Arg Med* 2022;10[2]:103-8

ARK CAICYT: <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s26184311/ram.v9i4.645>

Recibido: 13 de diciembre de 2021.

Aceptado: 17 de febrero de 2022.

¹ Instituto de Cardiología y Medicina del Deporte Wolff, Mendoza, Argentina.

² Servicio de Cardiodiagnóstico, Investigaciones Médicas, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

³ Fundación para la Lucha contra Enfermedades Neurológicas, FLENI. Buenos Aires, Argentina.

⁴ Servicio de Cardiología, Instituto Cardiovascular Lezica, Buenos Aires.

⁵ Servicio de Cardiología, Sanatorio de la Trinidad, Ramos Mejía, Buenos Aires.

⁶ Servicio de Cardiología, Instituto Argentino de Riñón y Trasplante, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

IMPACT OF ISOLATION ON HEALTHY HABITS AND PSYCHO-EMOTIONAL STATE OF ADULTS IN TWO CITIES OF ARGENTINA

José M. Picco,¹ Sebastián García-Zamora,² Sebastián Wolff,¹ Emanuel González-Dávila,¹ Juan José Herrera-Paz,³ Pamela Bobadilla-Jacob,⁴ Darío Ben Igoznikof,⁵ Carla Sandoval,² Marcelo Cáncer,⁶ David Wolff¹

RESUMEN

Desde la implementación del aislamiento social obligatorio, muchas modificaciones se han producido en la vida de las personas, con un impacto incierto en los hábitos saludables y los factores de riesgo cardiovascular. El objetivo de este trabajo es observar los cambios producidos en los hábitos saludables y el impacto sobre el estado de ánimo de la cuarentena obligatoria motivada por la infección por SARS-CoV 2. Se realizó una encuesta en línea con muestreo no probabilístico por conveniencia con técnica "en bola de nieve" en dos regiones del país, durante una semana en cada sitio: en Mendoza a los 40 días del inicio de la cuarentena y en Capital Federal y Gran Buenos Aires a los 100 días del inicio de la misma, para objetivar el impacto sobre los hábitos saludables, los cambios en el estado de ánimo y su probable impacto sobre la salud. Contestaron la encuesta un total de 3853 personas; la mayoría pertenecían a los grupos etarios de 40 a 60 años (45,2%) y 20 a 40 años (33,7%), con predominancia de sexo femenino (62%). Se observó aumento del sedentarismo respecto del inicio de la pandemia y, en los que realizaban deporte, una disminución de la cantidad de horas de práctica por semana. Hubo aumento en el consumo de bebidas alcohólicas y cambios en la alimentación saludable. Se duplicó el uso de pantallas respecto de antes de la cuarentena. El 72% de los encuestados refirió haber padecido síntomas compatibles con depresión (tristeza, llanto, labilidad emocional). Nuestros datos sugieren que el confinamiento social produce importantes alteraciones negativas en diferentes esferas físicas y psicosociales, empeorando hábitos saludables, cuyo impacto es difícil de predecir. Consideramos necesario generar estrategias que mitiguen esto, a fin de mejorar la salud de nuestra población.

PALABRAS CLAVE. Infección por coronavirus, aislamiento social, estilo de vida saludable.

ABSTRACT.

Since the implementation of mandatory social isolation, people's lives have seen major changes, with an uncertain impact on healthy habits and cardiovascular risk factors. The objective of this study was to observe the changes produced in healthy habits and the impact on mood of the mandatory quarantine motivated by the SARS-CoV-2 infection. An online survey was conducted with non-probability sampling for convenience with the "snowball" technique in two regions of the country, for one week at each site: in Mendoza, 40 days after the start of the quarantine and in Buenos Aires city and Greater Buenos Aires, 100 days after its start to observe the objective impact on healthy habits, changes in mood, and its probable impact on health. A total of 3,853 people answered the survey; the majority belonged to the age groups of 40 to 60 years (45.2%) and 20 to 40 years (33.7%), with a predominance of women (62%). An increase in sedentary lifestyle was observed in relation to the start of the pandemic, and in those who practiced sports, the number of weekly hours of practice decreased. There were increased consumption of alcoholic beverages and changes in healthy eating. Screen use doubled that of the time before quarantine. 72% of respondents reported symptoms compatible with

El autor manifiesta no poseer conflictos de intereses.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

José M. Picco. Correo electrónico: piccojose@gmail.com.

depression (sadness, crying, emotional lability). Our data suggest that social confinement produces important negative alterations in different physical and psychosocial spheres, and the worsening of healthy habits, the impact of which is difficult to predict. We consider it necessary to create strategies that mitigate this impact, in order to improve the health of our population.

KEY WORDS. *Coronavirus infection, social isolation, healthy lifestyle.*

Desde que en marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud declaró pandemia a la enfermedad respiratoria SARS-CoV-2 causada por el nuevo coronavirus y se propusiera el aislamiento como estrategia para disminuir la posibilidad de contagio, se comenzó el experimento social más grande del universo conocido. Diferentes ciudades de todo el mundo pasaron por períodos de aislamiento con distinta duración; sin embargo, la cuarentena de nuestro país es hasta el momento la más prolongada. Si bien esta medida demostró ser efectiva en términos de mitigar la tasa de contagios iniciales, sus repercusiones en términos de hábitos saludables y el impacto psicológico no han podido ser analizadas por completo.

Puntos clave: no han existido tantas pandemias en el mundo que justifiquen un aislamiento social tan extendido. En la bibliografía consultada, con aislamientos más cortos que el observado en la Argentina, la gente tiende a sufrir alteraciones de su estado psicoanímico. En esta encuesta, observamos los cambios en los hábitos saludables y cómo impacta el aislamiento sobre la esfera emocional.

La cuarentena es una experiencia desagradable para la mayoría de las personas que la vivencian. La separación de los seres queridos, la pérdida de libertad, la incertidumbre sobre el estado de la enfermedad y sus consecuencias económicas pueden, en ocasiones, crear efectos dramáticos. Se han reportado suicidios (1), ansiedad, depresión e inclusive aumento de las demandas judiciales (2) tras la imposición de cuarentena frente a brotes de otras enfermedades infectocontagiosas.

Así, los beneficios potenciales del aislamiento masivo y prolongado deben sopesarse cuidadosamente contra los posibles costos psicosociales (3). Además, resulta impredecible cómo será el comportamiento de la gente al finalizar estas medidas, y qué grado de estrés postraumático puede infligir el aislamiento social.

Debido a lo expuesto, decidimos realizar una encuesta para observar estos cambios en la población.

Material y métodos

Se realizó una encuesta anónima, con un muestreo no probabilístico por conveniencia mediante una estrategia de “bola de nieve”, buscando evaluar cambios en el estilo de vida saludable, además de síntomas negativos asociados al confinamiento obligatorio. El cuestionario se divulgó de manera digital, utilizando medios electrónicos para invitar a participar voluntariamente a personas mediante correo elec-

trónico, WhatsApp y redes sociales. Los datos se cargan automáticamente a una plantilla para su análisis posterior. Se evaluaron cuatro dominios con un total de 36 preguntas: datos sociodemográficos, historia de actividad física y hábitos de vida saludables, cambios en los hábitos ocasionados por la cuarentena (modificaciones en la alimentación, ejercicio, factores de riesgo cardiovasculares, consumo de alcohol y uso de pantallas, entre los principales), y repercusión de la cuarentena en la esfera psicoanímica (temores a la infección, frustración, pérdidas financieras, miedo, ansiedad, entre los principales). El estudio fue realizado en dos cortes transversales, cada una durante siete días; inicialmente se relevó a habitantes de la ciudad de Mendoza a los 40 días de iniciado el confinamiento (4); la segunda cohorte se formó alrededor del día 100 de cuarentena en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en el Gran Buenos Aires (área metropolitana de Buenos Aires). Se invitó a participar a personas con una edad igual o superior a 18 años y cuya actividad laboral no estuviera vinculada a la salud.

Análisis estadístico: Las variables continuas se expresaron como media y desvío estándar o mediana y rango intercuar-tilicos, según su distribución. La normalidad de la distribución de las variables se evaluó a través de múltiples métodos, entre ellos herramientas gráficas (histogramas, *normal probability plot*), sesgo, curtosis y la prueba de Wilk-Shapiro. Las variables categóricas se expresaron mediante números y porcentajes.

Para las comparaciones entre grupos de las variables continuas que se distribuyeron normalmente se utilizó la prueba de Student. Cuando la distribución resultó no normal se aplicó la prueba de suma de rangos de Wilcoxon. Las comparaciones entre proporciones se efectuaron mediante la prueba de χ^2 o el test exacto de Fisher, según la frecuencia de los valores observados. Posteriormente se construyó un modelo de regresión logística múltiple de tipo explicativo, de forma manual, con el objetivo de explorar posibles factores asociados de forma independiente con el autorreporte de ansiedad o incertidumbre de los participantes. Para el manejo de las variables cualitativas con más de dos categorías se construyeron variables ficticias (*dummy*) indicando en la tabla final qué categoría se tomó como referencia. Una vez que se obtuvo el modelo final se evaluó su capacidad predictiva mediante la construcción de curvas de rendimiento diagnóstico (ROC). En todos los casos se asumió un error α del 5% para establecer la significación estadística. Los análisis fueron realizados con STATA versión 13.0.

Resultados

Respondieron la encuesta 3853 personas, de las cuales el 61,6% eran mujeres; la mayoría de los participantes pertenecían a los grupos etarios de 40 a 60 años (45,2%) y 20 a 40 años (33,7%). Como nivel de estudio predominaron el grado universitario (45,4%), seguido del terciario (21,2%) y el posgrado (19,8%). Respecto de la actividad laboral, la mayoría de los encuestados se encontraba en relación de dependencia (47,6%), seguida de trabajadores independientes (31,5%); el 11,3% de las personas comunicaron ser jubiladas y el 9,6%, desocupadas. Casi la mitad de los participantes residían en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (45,2%). Entre los factores de riesgo expresados con más frecuencia estaban la hipertensión arterial (13%), el tabaquismo (9,2%) y la dislipemia (8,5%). Globalmente, el 31% de los participantes tuvieron algún factor de riesgo o enfermedad crónica. El resto de las características de los participantes están detalladas en la tabla 1.

El 58,5% de las personas convivían con familiares sin riesgo incrementado de infección por coronavirus, mientras que el 25,7% refirió convivir con personas de riesgo. A pesar de esto, el 63,9% de los encuestados manifestó haber tenido contacto con personas fuera de su grupo familiar. El 83% de los incluidos hacía deporte antes de la cuarentena, el 44% de ellos, entre 3 y 6 horas por semana; el 22%, más de 6 horas semanales y el 22%, menos de 3 horas semanales. Sólo el 70% de la población continuó haciendo ejercicio durante el aislamiento, modificando las horas semanales: el 12% siguió haciendo más de 6 horas por semana; el 26%, de 3 a 6 horas semanales y el 39%, menos de 3 horas por lapsos de siete días.

Antes del aislamiento el 44% de las personas pasaba menos de 5 horas por semana frente a una pantalla, el 37%, de 5 a 10 horas y el 22%, más de 10 horas. Durante el aislamiento se duplicó el tiempo que los encuestados pasaban frente a una pantalla; el 49% estaba más de 10 horas por semana frente a una pantalla; el 35%, entre 5 y 10 horas y sólo el 16%, menos de 5 horas. El 63% de la muestra considera haber modificado sus hábitos alimenticios saludables durante la pandemia y el 29% asegura haber aumentado el consumo de bebidas alcohólicas. Un 22% de los incluidos tuvo dificultad para contactar a su médico de cabecera, pero sólo un 6% tuvo problemas para acceder a su medicación habitual. El 33% refirió tener miedo a contagiarse de coronavirus, pero el 73% manifestó tener miedo a que se contagie la enfermedad un familiar.

El 63% de la muestra considera que hacer actividad física al aire libre debería estar exceptuado del aislamiento, ya que esto mejoraría su ánimo y estado de salud mental (36,5%), o su salud general (33%).

Al evaluar los aspectos psicoanímicos de la población, tomamos las respuestas “sí” y “tal vez” como afirmativas; de esta forma, el 71,9% de los participantes refirió experimentar tristeza (ganas de llorar, aflicción o congoja); asimismo,

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS POBLACIONALES Y DEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES ENCUESTADOS

Característica	Frecuencia
Edad:	
- menor de 20 años	2,5%
- de 20 a 40 años	33,7%
- de 40 a 60 años	45,2%
- mayor de 60 años	18,6%
Nivel educativo:	
- primaria	1%
- secundaria	12,6%
- terciario	21,2%
- universitario	45,4%
- posgrado	19,8%
Trabajo:	
- en relación de dependencia	47,6%
- independiente	31,5%
- desocupado	9,6%
- jubilado	11,3%
Lugar de residencia:	
- Ciudad Autónoma de Buenos Aires	45,2%
- provincia de Buenos Aires	27,9%
- Mendoza capital	24,2%
- no declarado	2,7%
Convivientes en su domicilio:	
- personas sin riesgo*	58,5%
- personas con riesgo*	25,7%
- vive solo	15,8%
Factores de riesgo o enfermedades preexistentes:	
- hipertensión arterial	13,0%
- diabetes mellitus	1,8%
- hipercolesterolemia	8,5%
- enfermedad vascular**	3,9%
- otras enfermedades cardíacas***	4,8%
- tabaquismo	9,2%
- otras enfermedades crónicas+	0,6%

* Riesgo, entendido como familiares con probabilidades incrementadas de infecciones con covid-19, o de desenlaces adversos con la misma.

** Se clasificaron como enfermedad vascular: antecedentes de cardiopatía isquémica, infarto agudo de miocardio, revascularización por cualquier método (angioplastia o cirugía), accidente cerebrovascular o accidente isquémico transitorio, y enfermedad vascular periférica de cualquier territorio.

*** Otras enfermedades cardíacas: insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, valvulopatías moderadas o superior, cirugía de reemplazo valvular, cardiopatías congénitas.

+ Otras enfermedades crónicas: patologías no cardiovasculares declaradas por los participantes.

el 60,3% expresó sentirse deprimido (desgano, falta de voluntad y desesperanza). El 70,4% de los participantes reconoció sentir ansiedad (inquietud, aprensión, incertidumbre o sensación de catástrofe). Globalmente, el 85,1% de los encuestados expresó haber experimentado al menos uno de estos estados de ánimo; además el 29,2% de los encuestados respondió que sentía tristeza, ansiedad y depresión. Por otra parte, un 15,6% percibió violencia física o verbal durante el confinamiento. El 70,3% de los

encuestados manifestó sentir preocupación por su situación financiera (Fig. 1).

El 95,2% de la muestra consideró que hacer ejercicio al aire libre mejoraría su estado de ánimo durante el encierro.

Se construyó un modelo de regresión logística con el objetivo de identificar posibles factores asociados de forma independiente con el autorreporte de ansiedad o incertidumbre de los participantes. Las variables que se asociaron de forma independiente a este estado de ánimo fueron: género femenino (razón de posibilidades [OR]: 1,27; $p = 0,001$), menores de 20 años (OR: 3,78; $p < 0,0001$), edades de 20 a 40 años (OR: 2,54; $p < 0,0001$) y de 40 a 60 años (OR: 1,39; $p = 0,012$), vivir solo (OR: 1,28; $p = 0,028$) o vivir con personas sin riesgo (OR: 1,19; $p = 0,043$), ser trabajador independiente (OR: 1,4; $p < 0,0001$) o desocupado (OR: 1,53; $p = 0,002$), y tener miedo al contagio propio (OR: 2,26; $p < 0,0001$) o de los seres queridos (OR: 1,39; $p = 0,004$) (tabla 2). Al evaluar el mismo con una curva ROC encontramos que su capacidad predictiva era moderada, con un área bajo la curva de 0,69 (Fig. 2).

Discusión

Los efectos de la pandemia por covid-19 y la cuarentena sobre la salud mental en la población general no han sido evaluados sistemáticamente. Nuestro estudio dirigido a examinar los cambios en los hábitos saludables y los síntomas compatibles con ansiedad y depresión en la población adulta de Buenos Aires y Mendoza, realizado a los 40 y 100 días del comienzo de la epidemia, muestra efectos nocivos del aislamiento tanto en los hábitos saludables como especialmente en el estado psicoanímico de las personas.

Las reacciones psicológicas comunes relacionadas con la cuarentena masiva que se impuso para atenuar la pro-

pagación de la covid-19 son: miedo generalizado y ansiedad, que generalmente se asocian con la escalada de nuevos casos, junto con información inadecuada que en ocasiones se divulga.

El aislamiento afecta hábitos saludables como el ejercicio; así, de nuestros participantes sólo un porcentaje menor fue capaz de sostener la cantidad de horas semanales de entrenamiento. Tiempo que probablemente se reemplazó por horas frente a una pantalla, ya sea por lo emergente del trabajo en la casa o por un aumento del consumo de soportes en *streaming*. Estos cambios sobre los hábitos saludables posiblemente influyen en el desarrollo de factores de riesgo cardiovascular, o empeoren el control de los ya existentes, como la hipertensión arterial, valores altos de glucemia o de lípidos en sangre, resultados que observaremos al finalizar el aislamiento obligatorio.

La utilización de pantallas más de 4 horas diarias se ha asociado a mayor riesgo cardiovascular (5). Si bien es posible que este riesgo sea mediado por el sedentarismo, no desestimamos que las horas frente a una pantalla y el contenido que uno observa también puede aumentar el estrés en las personas.

Otros estudios realizados con encuestas a personas que habían sido puestas en cuarentena informaron una alta prevalencia de síntomas psicológicos como: trastornos emocionales (6), depresión (7), estrés (8), bajo estado de ánimo (9), irritabilidad, insomnio, estrés postraumático (10), ira (11), agotamiento emocional (12). Se destaca una alta prevalencia de estado de ánimo bajo e irritabilidad (10).

Estos síntomas estuvieron presentes en más del 70% de las personas encuestadas, e incluso fueron prácticamente igual de prevalentes a los 40 días como a los 100 días.

También debemos considerar los estresores externos que podrían empeorar los síntomas de estrés postraumático y el estado anímico de la población. Dentro de los estresores

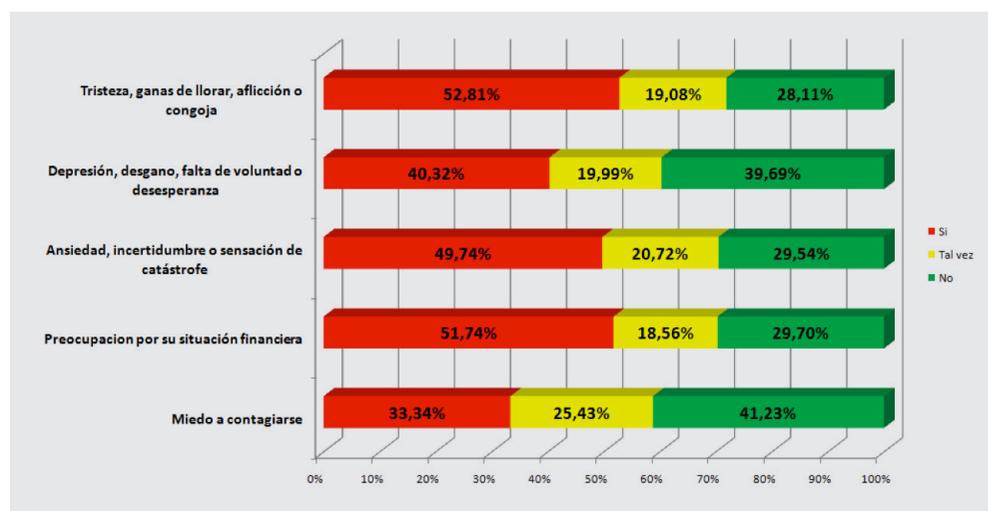


Figura 1.

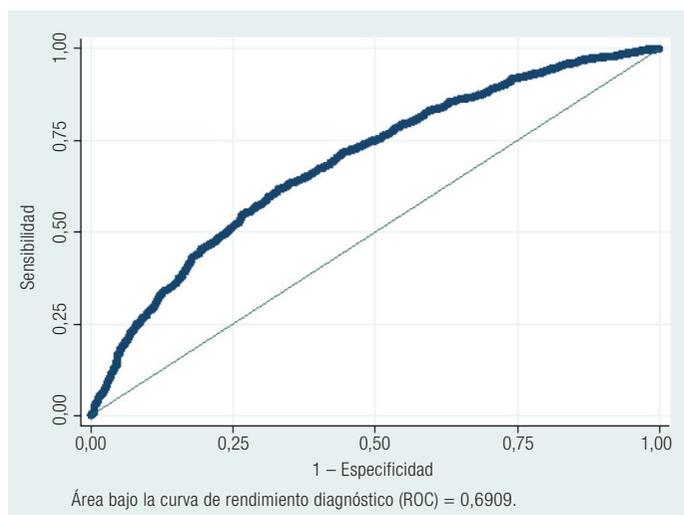


Figura 2. Valoración del poder de discriminación del modelo desarrollado.

TABLA 2. VARIABLES INCLUIDAS EN EL MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA PARA EVALUAR VARIABLES ASOCIADAS DE FORMA INDEPENDIENTE CON EL AUTORREPORTE DE ANSIEDAD O INCERTIDUMBRE

Variable	OR	Intervalo de confianza del 95%	p
Género femenino	1,27	1,09 a 1,46	0,001
Edad (mayores de 60 años como valor de referencia):			
Menores de 20 años	3,78	2,15 a 6,65	<0,0001
20 a 40 años	2,54	1,94 a 3,34	<0,0001
40 a 60 años	1,39	1,07 a 1,79	0,012
Nivel educativo (primario como referencia):			
Secundario	0,83	0,41 a 1,66	0,59
Terciario	0,67	0,34 a 1,35	0,26
Universitario	0,89	0,45 a 1,77	0,75
Posgrado	0,88	0,44 a 1,76	0,73
Convivientes (vivir con personas de riesgo como referencia)			
Vivir solo	1,28	1,03 a 1,61	0,028
Vivir con personas sin riesgo	1,19	1,001 a 1,42	0,043
Condición laboral (en relación de dependencia como referencia)			
Independiente/autónomo	1,4	1,19 a 1,64	<0,0001
Desocupados	1,53	1,17 a 1,99	0,002
Jubilados	0,91	0,67 a 1,25	0,57
Ciudad de residencia (CABA como referencia)			
Provincia de Buenos Aires	1,04	0,89 a 1,23	0,61
Ciudad de Mendoza	0,89	0,75 a 1,06	0,2
Ver personas fuera de su familia	1,15	0,99 a 1,33	0,06
Miedo a contagiarse ("no" como referencia)			
Sí	2,26	1,89 a 2,70	<0,0001
Tal vez	0,84	0,70 a 1,00	0,05
Miedo al contagio de familiares ("no" como referencia)			
Sí	1,39	1,12 a 1,75	0,004
Tal vez	0,80	0,60 a 1,05	0,1

externos, está la duración de la cuarentena. Se ha observado en algunos estudios que cuanto mayor fue la duración, más seguido se observaron síntomas de estrés postraumático, conductas de evitación y angustia (11,13,14). Si bien la duración de la cuarentena no está aclarada en los estudios, uno de ellos observó que cuando la misma se prolongaba más de diez días, aumentaban considerablemente los síntomas de estrés postraumático (11). Esto podría explicar la similitud de los resultados entre las encuestas hechas a los 40 y a los 100 días.

El miedo a la infección propia o a que se infecten familiares es otro de los factores externos por tener en cuenta, y algunas personas se preocupan particularmente si presentan algún síntoma compatible con la enfermedad a pesar de que no la padezcan (11,13-16).

El confinamiento desestructura la rutina y reduce el contacto social, y tiende a producir aburrimiento, frustración y sensación de aislamiento del resto del mundo, lo que genera mayor estrés en las personas (11,13,17).

Las pérdidas económicas, el miedo a perder el trabajo, la empresa, los ahorros y la imposibilidad de realizar planes a futuro parecen estar entre los estresores de mayor importancia, observados durante y después de la cuarentena. Algunos trabajos han concluido que las pérdidas financieras como resultado de la cuarentena crean un distrés psicosocial importante (18), y son uno de los factores más frecuentes para presentar ansiedad y angustia, incluso meses después de la finalización de la cuarentena (6,16). En nuestro modelo de regresión logística, los factores que además se asociaron de manera independiente al estado de ansiedad fueron: género femenino, menores de 20 años, edades de 20 a 40 años y de 40 a 60 años, vivir solo o con personas sin riesgo, ser trabajador independiente o desocupado, y tener miedo al contagio propio o de los seres queridos.

En este mundo globalizado, donde todos los individuos pueden viajar y comunicarse, rara vez nos hemos visto obligados al aislamiento social y la restricción a movernos; esto se vincula a sentimientos de frustración e incertidumbre. Esta situación sin precedentes relacionada con el brote de covid-19 está demostrando que las personas en gran medida no están preparadas emocionalmente para los efectos perjudiciales de desastres biológicos, demostrando cómo todos pueden ser frágiles e indefensos.

Es necesario implementar estrategias comunitarias para identificar y apoyar a los individuos psicológicamente vulnerables durante este período de aislamiento (19). Combatir el miedo y la ansiedad inducidos por la rápida propagación de la pandemia debe ser reconocido como una prioridad de salud a fin de que las autoridades formulen políticas y estrategias para reducir la carga de enfermedad y las dramáticas consecuencias para la salud mental de este brote.

Nuestro estudio posee algunas limitaciones que merecen ser señaladas: en primer lugar, la población entrevistada posee algunas particularidades que limitan la generalización de nuestros resultados. Así, los participantes de la encuesta fueron

personas predominantemente de mediana edad, con alto nivel educativo y con trabajo en relación de dependencia. En segundo lugar, el autorreporte de los participantes podría subestimar o sobreestimar algunas de las variables relevadas; sin embargo, representa la percepción de los sujetos respecto de sus vivencias, especialmente en lo que a aspectos psicosociales concierne. Finalmente, se debe ser cauto a la hora de interpretar el modelo de regresión presentado, ya que la construcción del mismo no fue uno de los objetivos iniciales del estudio.

Sin embargo, el tamaño muestral importante, y la participación de individuos de diferentes áreas geográficas de nuestro país son fortalezas que subsanan al menos parcialmente los puntos señalados.

Conclusiones

En esta encuesta diseñada para observar cómo se modifican los hábitos saludables en la población y cómo afecta el aislamiento social el estado psicoanímico de esta, observamos una amplia prevalencia de síntomas compatibles con ansiedad, tristeza y bajo estado de ánimo. Los cambios en el estilo de vida saludable observados probablemente repercutan sobre el estado de salud durante el tiempo de aislamiento o en el inmediato posterior. Es necesario generar medidas y estrategias para mitigar las consecuencias de esta pandemia nunca antes vivida y acompañar a la población durante este momento. [RAM](#)

Referencias bibliográficas

1. Barbisch D, Koenig KL, Shih FY. Is there a case for quarantine? Perspectives from SARS to Ebola. *Disaster Med Public Health Prep* 2015;9:547-53
2. Miles SH. Kaci Hickox: public health and the politics of fear. 2014. <http://www.bioethics.net/2014/11/kaci-hickox-public-health-and-the-politics-of-fear/>
3. Rubin GJ, Wessely S. The psychological effects of quarantining a city. *BMJ* 2020;368:m313
4. Picco J, González Dávila E, Wolff S y col. Aspectos psicosociales de la pandemia de COVID-19 en la población de la ciudad de Mendoza. *Rev Argent Cardiol* 2020;88
5. García J, Duran A, Schwartz J, et al. Types of sedentary behavior and risk of cardiovascular events and mortality in blacks: the Jackson Heart Study. *Journal of the American Heart Association*. 2019;8(13)
6. Mihashi M, Otsubo Y, Yinjuan X, et al. Predictive factors of psychological disorder development during recovery following SARS outbreak. *Health Psychol* 2009;28:91-100
7. Yoon MK, Kim SY, Ko HS, Lee MS. System effectiveness of detection, brief intervention and refer to treatment for the people with post-traumatic emotional distress by MERS: a case report of community-based proactive intervention in South Korea. *Int J Ment Health Syst* 2016;10:51
8. Person B, Holton K, Govert B, Liang A. Fear and stigma: the epidemic within the SARS outbreak. *Emerg Infect Dis* 2004;10:358-63
9. DiGiovanni C, Conley J, Chiu D, Zaborski J. Factors influencing compliance with quarantine in Toronto during the 2003 SARS outbreak. *Biosecure Bioterror* 2004;2:265-72.
10. Lee S, Chan LY, Chau AM, et al. The experience of SARS-related stigma at Amoy Gardens. *Soc Sci Med* 2005;61:2038-46
11. Reynolds DL, Garay JR, Deamond SL, et al. Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiol Infect* 2008;136:997-1007
12. Maunder R, Hunter J, Vincent L, et al. The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ* 2003;168:1245-51
13. Hawryluck L, Gold WL, Robinson S, et al. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerg Infect Dis* 2004;10:1206-12
14. Marjanovic Z, Greenglass ER, Coffey S. The relevance of psychosocial variables and working conditions in predicting nurses' coping strategies during the SARS crisis: an online questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2007;44:991-8
15. Bai Y, Lin C-C, Lin C-Y, et al. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatr Serv* 2004;55:1055-7
16. Jeong H, Yim HW, Song Y-J, et al. Mental health status of people isolated due to Middle East respiratory syndrome. *Epidemiol Health* 2016;38:e2016048
17. Robertson E, Hershenfield K, Grace SL, Stewart DE. The psychosocial effects of being quarantined following exposure to SARS: a qualitative study of Toronto health care workers. *Can J Psychiatry* 2004;49:403-7
18. Pellicchia U, Crestani R, Decroo T, et al. Social consequences of Ebola containment measures in Liberia. *PLoS One* 2015;10:e0143036
19. De Berardis D, Vellante F, Fornaro M, et al. Alexithymia, suicide ideation, affective temperaments and homocysteine levels in drug naive patients with post-traumatic stress disorder: an exploratory study in the everyday 'realworld' clinical practice. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2020;24:83-7