

Caracterización del impacto en salud mental de la pandemia covid-19

Bruno, Diana^{1,2}; Márquez Rodríguez, Fernando Nicolás^{3,4}; Grinberg, Matías³

¹ Instituto de Investigaciones en Psicología Básica y Aplicada (IIPBA), Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Católica de Cuyo

² Instituto de Neurociencia Cognitiva y Traslacional (INCyT), CONICET, Fundación INECO, Universidad Favaloro

³ Laboratorio de Neurociencias Cognitivas Computacionales, Instituto Humai

⁴ Departamento de Medicina de Rehabilitación, Instituto de Investigaciones Neurológicas Raúl Carrea (FLENI)

Palabras claves

COVID-19

ASPO

PSICÓLOGOS/AS

SALUD PÚBLICA

Información de contacto

dianabruno2@gmail.com

Resumen

Introducción: La pandemia por COVID-19 ha afectado a todo el mundo, demandando a cada nación medidas para reducir los contagios. En Argentina, las medidas de aislamiento y distanciamiento social se instalaron en marzo y con variaciones persisten. Su impacto sobre la salud mental es reportado en múltiples investigaciones. Atender a la salud mental de la población es urgente, pero las intervenciones deben ser respaldadas por estudios que caractericen a los destinatarios. **Objetivos:** Describir el impacto en la salud mental de la pandemia por COVID-19 en una muestra de personas que residen en Argentina. **Metodología:** Estudio descriptivo-exploratorio, correlacional. La edad de los participantes fue entre 16 y 79 años, de los cuales 511 completaron el cuestionario a los 15 días de instaladas las medidas y 189 a los 180 días. Para el subgrupo de participantes (53) que completaron el cuestionario en la primera y segunda administración se estudiaron variables asociadas al empeoramiento. El cuestionario se administró por medio de la plataforma Google Forms, con un reclutamiento de boca en boca por medio de redes sociales, incluyó datos sociodemográficos, Cuestionario de Salud Mental General de Godberg (GHQ-12), Escala de Bienestar Psicológico (EBP), Escala de Intolerancia a la Incertidumbre (IUS), Cuestionario Apoyo Social Percibido (MOS) y Escala de Ansiedad versión estado (STAI-estado). **Resultados:** Se observaron diferencias significativas entre la primera y segunda evaluación en el IUS. Se realizó análisis de conglomerados identificándose cuatro grupos, uno de mejor respuesta, dos intermedios y uno de peor respuesta. **Conclusión:** Se observó una mayor tolerancia a la incertidumbre respecto de las medidas a los 15 y 180 días, asociado al apoyo emocional percibido. El grupo con peores indicadores de salud, fue el más joven, con menor nivel educativo y menor cantidad de ingresos. Las intervenciones deberían nutrir a este subgrupo de estrategias para favorecer el bienestar psicológico.

1. Introducción

La pandemia por COVID-19 azotó a todas las naciones del mundo y nos ha interpelado como sociedad. Las autoridades de cada país debieron generar acciones tendientes a reducir la propagación del virus y, consecuentemente, el impacto en la salud de sus habitantes y el posible colapso de los sistemas sanitarios. Las medidas de aislamiento y distanciamiento social parecen ser a nivel global las más efectivas, por eso en nuestro país fueron adoptadas de manera preventiva, pero no sin costos a distintos niveles.

Desafíos a nivel sanitario, social, comunitario, económico, político y cultural sin precedentes en la historia reciente se nos imponen. Todas las personas nos vemos concernidas, no solo en función de cómo las medidas de aislamiento y distanciamiento social nos afectan, sino también en nuestra salud, economía, valores, rutinas, y seres queridos. Es por ello que parece lógico pensar que las consecuencias en cuanto a la salud mental de las personas serán graves, por lo que cabe esperar diferentes reacciones a las que atender (Larroy et al. 2020).

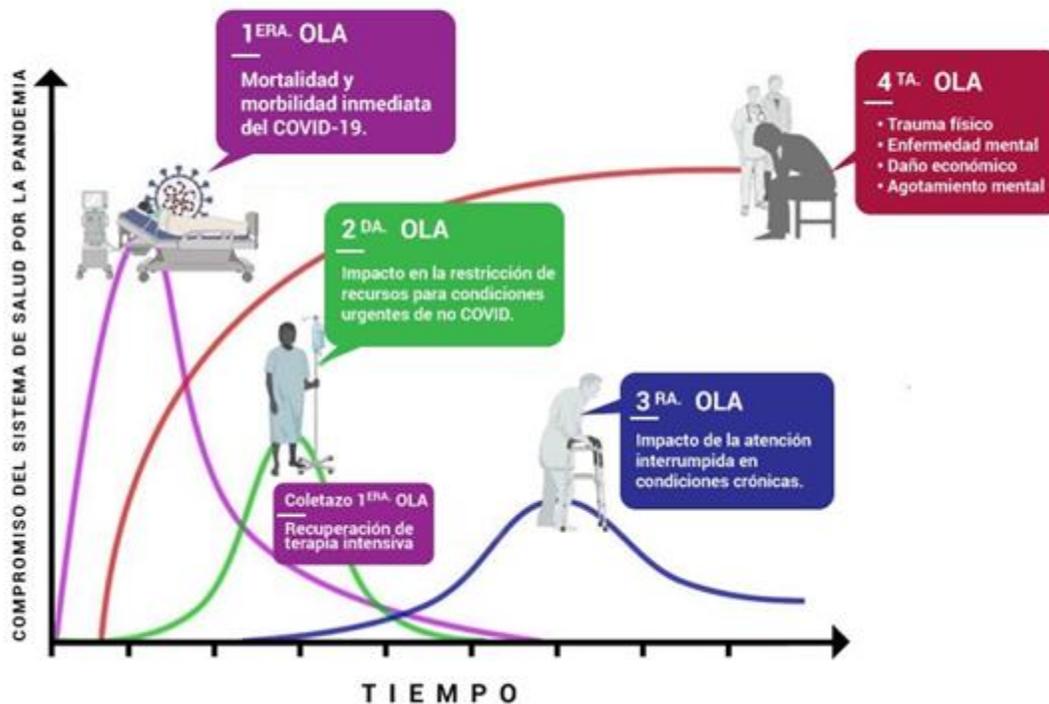
Dadas las circunstancias particulares de incertidumbre y excesiva información al alcance de todos, es esperable que haya personas que estén vivenciando esta situación con ansiedad y aprensión, convirtiéndose en el tema central en la vida de los sujetos (Larroy et al. 2020).

Además de los propios efectos negativos de una situación de cuarentena, no debemos olvidar las características específicas que acompañan este momento, como temor al contagio, el desconocimiento del virus, la frustración y el miedo ante la posibilidad de enfrentarnos, al desabastecimiento de medios sanitarios, así como pérdidas financieras y laborales, entre otros, que contribuyen a aumentar el malestar. Cabe destacar que varios estudios refieren que la presencia de secuelas psicológicas negativas puede aparecer incluso meses después de la situación de alarma, lo que indica una profunda necesidad de actuar y mitigar los efectos psicológicos que pueda llegar a generar la pandemia (Brooks et al., 2020).

Una reciente revisión sistemática sobre el impacto psicológico de la cuarentena, utilizó tres bases de datos electrónicas. En las mismas, se incluyeron 24 documentos de 3166 encontrados. La mayoría de los estudios informaron efectos psicológicos negativos, incluidos síntomas de estrés postraumático, confusión y enojo. Los factores estresantes incluyen una mayor duración de la cuarentena, temores de infección, frustración, aburrimiento, suministros escasos, información inadecuada, pérdidas financieras y estigma. En general, esta revisión sugiere que el impacto psicológico de la cuarentena es amplio, sustancial y puede ser duradero. Esto no implica que la cuarentena no deba usarse, ya que los efectos de permitir que la enfermedad se propague podrían ser peores. Más allá de esto, sus consecuencias a largo plazo afectarán no solo a las personas en aislamiento, sino también al sistema de atención médica que administró la cuarentena, a los políticos y funcionarios de salud pública que la ordenaron (Brooks et al., 2020).

En un primer momento nos concentramos en la prevención y en las medidas agudas para aplanar la curva de contagio (lo que se denomina primera ola), pero la pandemia de manera colateral impactará también en las personas con diversas comorbilidades y discapacidad (lo que denominan segunda y tercera ola) y sin lugar a dudas afectará la salud mental de nuestra población (denominado cuarta ola) -ver figura 1-. Se requieren esfuerzos para enfrentar todos estos frentes. La cuarta ola particularmente nos interpela, como profesionales de la salud, a pensar intervenciones que permitan mitigar los efectos negativos que la pandemia podría generar en la población. Pero para que las intervenciones a realizar sean efectivas deben ajustarse a las características de la población blanco. Esto nos enfrenta a la limitada evidencia de eficacia de intervenciones basadas en apoyo empírico, lo cual es evidente a nivel país y mucho más al interior de cada provincia del territorio nacional, destacando la relevancia de recoger información válida y fiable que sustente los procedimientos futuros (Sim & Chua, 2004). La literatura coincide en que las intervenciones en este contexto han de ser focales (hacia problemas específicos) y maximizar la eficiencia (breves y dirigidas), teniendo en cuenta la volatilidad con la que evoluciona la situación. Actualmente nos enfrentamos como sociedad al aislamiento y distanciamiento social, que cobra diferentes matices según la región y al interior de las regiones por zonas, pero luego vendrá el duelo, y después la reconstrucción de una realidad que, probablemente, ya nunca será la misma. La evidencia empírica en modelos de animales, que no puede ser extrapolada a seres humanos sin ciertos recaudos, nos muestra que los periodos de aislamiento conllevan una serie de consecuencias psicológicas de carácter negativo, a destacar la presencia de síntomas de estrés agudo, ansiedad y bajo estado de ánimo, así como agotamiento, desapego, irritabilidad, insomnio, confusión y estados de ira ante la frustración y pérdida de los refuerzos habituales (Cuenya et al., 2011).

Figura N° 1: Compromiso del sistema de salud por la pandemia. Extraído de: <https://mobile.twitter.com/vectorsting>.



Ansiedad y depresión y COVID-19

Un estudio realizado en nuestro país sobre los sentimientos de las personas frente al COVID-19 advierte sobre la alta prevalencia de incertidumbre, miedo y angustia (Johnson, Saletti Cuesta & Tumas, 2020). Esto nos conduce a dos trastornos altamente frecuentes en la población como la ansiedad y la depresión, que cobran una especial relevancia en el contexto actual.

Los trastornos de ansiedad constituyen una importante problemática en el contexto de la pandemia por COVID-19. Brooks y colaboradores (2020) estimaron una prevalencia de miedo, ansiedad y nerviosismo que oscilaban entre el 7 y 20% de la población. Una de las manifestaciones de la ansiedad, es la preocupación (DSM V, 2013). Hay procesos que propician la existencia y el mantenimiento de las preocupaciones. Uno de ellos es la intolerancia hacia la incertidumbre (González Rodríguez y otros, 2006). Dugas y sus colaboradores afirman que la intolerancia a la incertidumbre es una predisposición a reaccionar negativamente en los aspectos emocionales, cognitivos y conductuales a situaciones o acontecimientos inciertos (Dugas, Buhr &

Ladouceur, 2004, citado en Hewitt, 2009), tal como puede ser la situación actual de pandemia por el COVID-19 y las medidas para mitigarla. Las personas con baja tolerancia a la incertidumbre perciben los acontecimientos ambiguos como perturbadores y agotadores (Rodríguez de Behrends y Brenlla, 2015), creen que son nefastos y que deberían ser evitadas a cualquier precio (Buhr & Dugas, 2002). Por ello, es de suma importancia considerarla.

Con respecto a la depresión, la Guía de Práctica Clínica (Larroy et al., 2020) plantea que se presenta como un conjunto de síntomas afectivos (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida), cognitivos, volitivos y somáticos. Por tanto, estamos frente a una afectación global psíquica y física. La frecuencia de aparición de tales síntomas será dispar según en grupo etario y de los recursos psicológicos con los que cuentan las personas. En su revisión Brooks y colaboradores (2020) señalan que, en personas sometidas a cuarentena, cerca de un 18% podrían estar experimentando síntomas depresivos significativos.

Importancia del Apoyo Social Percibido y COVID-19

Como ya se mencionó, las medidas de aislamiento y distanciamiento social fueron adoptadas de manera profiláctica para contener la extensión del COVID-19. Sin embargo, es posible inferir que, a nivel general, el contacto social y los vínculos se han visto afectados (Tala y Vazquez, 2020). Así, teniendo en cuenta el rol fundamental de estas variables en el bienestar de los individuos, su estudio resulta imprescindible. En esta línea, la confianza de las personas de disponer de apoyo social ante distintas necesidades, ha sido conceptualizado como apoyo social percibido (Arredondo et al., 2012; Lodoño et al., 2012). Este se define como un proceso complejo, que implica la interacción entre atributos individuales, estructuras y relaciones sociales (Heller & Swindle, 1983). Se ha evaluado su relevancia en los procesos de salud – enfermedad (Alonso, 2007; Costa & Gil, 2007; Rodríguez, 2007; Yu, 2004), indicando que este favorece los procesos de adaptación personal, familiar, escolar y social (Londoño, et al., 2012). Así, distintos estudios han planteado que el apoyo social tendría efectos positivos sobre la salud y el bienestar, tanto físico y psicológico, (Rodríguez & Enrique, 2007; Lodoño et al., 2012). Estos efectos actuarían de forma directa, a pesar de los niveles de estrés a los que pueda estar expuesto el sujeto, constituyéndose como un factor protector frente a acontecimientos estresantes (Barrón, 1996). Asimismo, otros autores han explicado que la percepción de apoyo social tendría un efecto amortiguador en la respuesta fisiológica del organismo ante este tipo de eventos (Cohen, 1988). La crisis sanitaria, humana y económica que está atravesando el mundo, resulta sin duda un acontecimiento estresante para las sociedades. En esta línea, evaluar la percepción de apoyo social, entendido como moderador de estrés, se torna fundamental para comprender los recursos con los cuales los argentinos están enfrentando esta crisis y permite diseñar propuestas que apunten a promover la percepción de apoyo social, como factor protector para la salud y bienestar, individual y social.



Como ya se mencionó, la situación argentina en cuanto a impacto del COVID-19 es muy variada, cada provincia cuenta con una situación epidemiológica particular, según se encuentre en etapa de contención o de mitigación, esta última con circulación comunitaria declarada, presenta distintos escenarios. Todas estas particularidades hacen necesario un análisis diferenciado: como grupo que comparte características comunes, pero también como subgrupos afectados de manera específica. El objetivo de este trabajo es describir el impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental, identificar factores asociados y diferenciar subgrupos con respuestas similares, en una muestra de personas que residen en el territorio de la República Argentina. Esto brindará algunos elementos para diseñar planes de intervención tendientes a reducir los efectos nocivos que las medidas derivadas del control de la pandemia pueden generar según los destinatarios. Las intervenciones deben tener un respaldo científico en sus fundamentos y en la definición de sus destinatarios, humildemente este trabajo pretende hacer un aporte con respecto a la definición de los destinatarios y los objetivos de intervención.

2. Materiales y Método

2.1. Objetivo general

Describir el impacto en la salud mental de la pandemia por COVID-19 en una muestra de personas que residen en la República Argentina.

2.2. Objetivos específicos

- Caracterizar el estado de salud mental de una muestra de personas que residen en Argentina a los 15 días de iniciada las medidas de confinamiento para controlar la pandemia por COVID-19.
- Caracterizar el estado de salud mental de una muestra de personas que residen en Argentina a los 180 días de iniciada las medidas de confinamiento para controlar la pandemia por COVID-19.
- Comparar el estado de salud mental de personas que residen en la Argentina a los 15 y 180 días de iniciada las medidas de confinamiento para controlar la pandemia por COVID-19.
- Determinar los factores asociados al empeoramiento del estado de salud mental de una muestra evaluada a los 15 y a los 180 días de iniciadas las medidas de confinamiento para controlar la pandemia por COVID-19.
- Identificar grupos de riesgo con mayor probabilidad de presentar un empeoramiento en la salud mental.



2.3. Diseño y población

Estudio descriptivo-exploratorio correlacional de habitantes de la República Argentina que respondieron un cuestionario online en los meses abril y agosto de 2020 (a los 15 y 180 días de iniciadas las medias para controlar la pandemia en la República Argentina). El estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad Católica de Cuyo el día 9 de Abril del 2020.

2.4. Descripción de la encuesta

Se utilizó un cuestionario autoadministrable bajo plataforma Google form a personas entre 16 y 79 años que residen en el territorio nacional. La forma de reclutamiento de la muestra de voluntarios fue de boca en boca (no aleatoria), por medio de redes sociales. El consentimiento de participación en el cual se explicaba el objetivo del trabajo, confidencialidad y uso de los datos se incluyó en la primera página del cuestionario, y solo se habilitaba el acceso si el participante afirmaba previamente haber leído y comprendido las condiciones y acceder a participar del estudio. Link al cuestionario: <https://forms.gle/3tvAfkjtH9R5YCAm7>

2.5. Variables y escalas incluidas

1. Sociodemográficas:
 - i. Edad
 - ii. Género
 - iii. Nacionalidad
 - iv. Provincia de residencia
 - v. Estado civil: 'Soltero', 'Separado/a Divorciado/a', 'Casado/a Unido/a', 'Viudo/a'
 1. Estudiada también dicotomizada: 'Casado/a Unido/a', 'No casado/a ni unido/a'
 - vi. Nivel de educación formal alcanzado: 'Universitario completo', 'Universitario incompleto', 'Terciario completo', 'Terciario incompleto', 'Secundario completo', 'Secundario incompleto', 'Primario completo', 'Primario incompleto'.
 - vii. Ingreso familiar promedio mensual: 'Menor de 30.000 pesos mensuales', 'Entre 30.000 y 50.000 pesos mensuales', 'Entre 50.000 y 100.000 pesos mensuales', 'Más de 100.000 pesos mensuales'
 1. Estudiada también dicotomizada: 'Igual o menor de 50.000 pesos mensuales', 'Más de 50.000 pesos mensuales'



- viii. Situación laboral actual: 'Empleado/a' (actividad remunerada independiente del nivel educativo y el sueldo), 'No empleado/a' (incluyó jubilados/as y estudiantes)
 - ix. Estructura edilicia del hogar: 'Ladrillo/Hormigón/Cemento', 'Mixta', 'Madera', 'Adobe'.
 - x. Cantidad de convivientes
 - xi. Cantidad de personas con las que mantiene contacto cara a cara por día (excluyendo convivientes)
 - xii. Cantidad de personas con las que mantiene contacto por redes sociales/teléfono por día
2. Escalas:
- i. Cuestionario de Salud General (GHQ-12) (Villa, Zuluaga Arboleda & Restrepo Roldán, 2013): adaptación al español del General Health Questionnaire (GHQ-12). Valora la salud mental en la población general y en la población clínica. Está formado por doce ítems, siendo seis de ellos sentencias positivas y seis sentencias negativas. Los ítems son contestados a través de una escala tipo Likert de cuatro puntos (0-1-2-3).
 - ii. Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (Díaz et al, 2006; Rodríguez, Sebastianelli & García Quiroga, 2012). Contiene veintinueve reactivos que permiten estimar la evaluación que la persona hace de su vida. Las opciones de respuesta oscilan entre 1= totalmente en desacuerdo, a 5=totalmente de acuerdo.
 - iii. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Leibovich de Figueroa, 1991): diseñado específicamente para medir la ansiedad. Tiene dos escalas de autoevaluación para medir dos conceptos independientes de la ansiedad: estado y rasgo. Consta de 40 ítems con formato de afirmaciones que evalúan el nivel de ansiedad que sufre el sujeto. Cada ítem se evalúa con una escala tipo Likert, desde 1 (Casi nunca/Nunca) hasta 4 (Casi siempre/siempre). En esta investigación sólo se administrarán los 20 ítems referidos a ansiedad de estado, dado que se busca explorar la ansiedad frente a la situación actual -estado- y no como rasgo.
 - iv. Escala de Intolerancia a la Incertidumbre Intolerance of Uncertainty Scale (IUS) (Buhr & Dugas, 2002; Rodríguez Espinola & Enrique, 2007). Se trata de un cuestionario autoadministrable de 12 ítems (la versión abreviada) que reflejan el desagrado ante situaciones inciertas y son evaluados con una escala tipo Likert, en un rango que va desde 1 (Nada característico de mí) hasta 5 (Extremadamente característico de mí). Además del puntaje total, se diferencian dos subescalas: prospectiva e inhibitoria.
 - v. Cuestionario MOS (Sherbourne y Stewart,1991), adaptada y validada al contexto local por Rodríguez y Enrique (2007). Esta escala de 20 ítems mide la percepción de apoyo social, enfocado

en la percepción de ayuda. El ítem número 1 hace referencia al tamaño de la red social y los 19 ítems restantes están referidos a cuatro dimensiones del apoyo social funcional. Las opciones de respuesta están dadas a través de una escala likert de 5 puntos, siendo 1 = Nunca y 5 = Siempre. Así, mayor puntuación total indicará mayor apoyo social percibido. Además del puntaje total, se diferencian cuatro subescalas: apoyo emocional, apoyo material, relaciones sociales y apoyo afectivo.

2.6. Análisis estadístico y tecnología utilizada

Los datos se extrajeron en una planilla de cálculo en excel y para el análisis se utilizaron las librerías NumPy Pandas, SciPy, Matplotlib, Seaborn y Scikit-Learn, entre otras, del lenguaje de programación Python.

El procedimiento de análisis exploratorio contempló:

1. Variables categóricas: Descripción con frecuencias absolutas y porcentuales. Comparación de grupos: test de Chi-Cuadrado.
2. Variables numéricas: Se valoró la distribución mediante el Test de Shapiro-Wilk. Variables con distribución normal: se describieron mediante la media y el desvío estándar. Variables sin distribución normal: se describieron mediante la mediana y cuartiles. Comparación de grupos: test de Hipótesis para dos muestras y Kruskal Wallis para más de dos.

El código de programación con el análisis completo y los resultados es de fuente abierta, permitiendo su reproducibilidad con el objetivo de fomentar el paradigma de ciencia libre y transparente.

Link al código:
https://github.com/fermarquez2019/covid_impacto/blob/main/covid_impacto.ipynb

2.7. Preprocesamiento

Se aplicó la técnica de reducción de dimensionalidad llamada UMAP, que es una extensión no-lineal a técnicas de factores latentes más comunes como análisis de componentes principales. Este proceso permite condensar la información de correlación entre las variables en un subespacio de menor dimensionalidad manteniendo las distancias significativas entre puntos.

2.8. Análisis subgrupos 1: conglomerados

Se realizó el análisis de conglomerados aplicando el algoritmo conocido como K-Means, que procede ubicado k centroides inicio de modo aleatorio, para luego ir acomodandolos de modo iterativo de modo que se minimice la varianza promedio con los puntos que se encuentran más cercanos a cada uno. Para elegir la cantidad de grupos idónea, se probó con un rango abarcativo entre 2 y 20 grupos, corto el proceso en el punto en el que la pendiente de la mejoría deja de incrementar significativamente. Para este análisis se incluyeron todas las escalas y subescalas

aplicadas, sin variables sociodemográficas con el objetivo de segmentar a la población de acuerdo a dichos indicadores de salud ya reportados en la literatura.

2.9. Análisis de subgrupo 2: seguimiento longitudinal completo

Para comparar grupalmente las puntuaciones en indicadores de la muestra (subgrupo) de sujetos que completaron el cuestionario a los 15 y 180 días de iniciadas las medidas (N=53), se utilizó la prueba no paramétrica de Wilcoxon de rango señalado en los casos en los que las variables presentaban distribución Gaussiana, y en los casos que fue Gaussiana, la prueba T de Student.

2.10. Definición operativa de empeoramiento individual

Se calculó para cada uno de los sujetos el Índice de Desvío Estándar (IDE) en cada una de las escalas y subescalas en los dos puntos de evaluación (de aquí en adelante entiéndase como los 15 y 180 días de iniciadas las medidas):

$$IDE=(M2 - M1)/DE1$$

Donde:

- M2 = media de acuerdo a los baremos reportados en la literatura para cada escala y subescala, o en su defecto puntuación media de la muestra en el momento 2 (180 días).
- M1 = media de acuerdo a los baremos reportados en la literatura para cada escala y subescala, o en su defecto puntuación media de la muestra en el momento 1 (15 días).
- DE1 = desvío estándar de acuerdo a los baremos reportados en la literatura para cada escala y subescala, o en su defecto desvío estándar de la muestra en el momento 1 (15 días).

Se definió operativamente el empeoramiento o la mejoría como estadísticamente significativos y clínicamente relevantes cuando el IDE fue menor a -1 y mayor +1 respectivamente, para las escalas y subescalas GHQ, EBP y MOS. En el caso de las escalas IUS (y subescalas) y STAI, en las que un aumento de la puntuación es un indicador negativo, se consideró mejoría un IDE menor a -1 y un IDE mayor +1 deterioro.

La medida de resultado de Empeoramiento en la Salud Mental (ESM) se definió operativamente como el empeoramiento en alguna de todas las escalas o subescalas.

3. Resultados

3.1. Caracterización de la muestra

La muestra estuvo compuesta por sujetos entre 16 y 79 años de los cuales el 65% residía en la provincia de San Juan, el 10% en Buenos Aires, el 5% en Rio Negro, el 4% en Cordoba, 4% en

Mendoza, 3% CABA, 2% San Luis, 1% Santa Fe y el resto a otras provincias con menos del 1% para cada una.

En la primera quincena de abril (denominada de aquí en adelante Evaluación 1: E1) respondieron 511 participantes y en la segunda quincena de agosto (denominada de aquí en adelante Evaluación 2: E2). Sólo un subgrupo de 53 sujetos completó el cuestionario en ambas oportunidades.

1. Evaluación 1 (E1): La media de edad fue de 34 (12.2), el 76% con 45 años o menos y 24% con más de 45 años. 76% mujeres y 24% hombres. Según el estado civil 32% casados, 9% separados o divorciados, 59% solteros y 10% viudos. Según el nivel de instrucción alcanzado, el 48% tiene universitario completo, 27% universitario incompleto, 10% terciario completo, 2% terciario incompleto, 13% secundario completo y 1% secundario incompleto. Según el promedio de ingreso mensual 14% tenía un ingreso mayor a \$100.000, 34% entre \$50.000 y \$100.000, 37% entre \$30.000 y \$50.000 y 15% menos de \$30.000. Respecto a la situación laboral el 66% tenía empleo y el 34% no. Sobre la estructura edilicia del hogar, 75.1% viven en casa y 24.9% en departamento. La mediana para cantidad de convivientes fue de 2 (C1: 2 - C3:4), la cantidad de personas con la que sostenían contacto cara a cara excluyendo convivientes 2 (C1: 0 - C3:4) y contacto por medios virtuales 10 2 (C1:6 - C3:20). Sobre el medio de contacto, llamada telefónica y mensajería 20.9% y llamada telefónica, mensajería y videollamada 79.1%. Ver tabla 1.

2. Evaluación 2 (E2): La media de edad fue de 36.9 (14.2), el 68% con 45 años o menos y 33% con más de 45 años. 79% mujeres y 22% hombres. Según el estado civil 36% casados, 11% separados o divorciados, 53% solteros y 1% viudos. Según el nivel de instrucción alcanzado, el 52% tiene un nivel universitario completo, 25% universitario incompleto, 6% terciario completo, 3% terciario incompleto, 10% secundario completo y 3.7% secundario incompleto. Según el promedio de ingreso mensual 16.5% tienen un ingreso mayor a \$100.000, 39 % entre \$50.000 y \$100.000, 28.6% entre \$30.000 y \$50.000 y 16% menos de \$30.000. Respecto a la situación laboral el 77% está empleado y el 22.8% no empleado. Sobre la estructura edilicia del hogar, 79% viven en casa y 21.2% en departamento. La mediana para cantidad de convivientes fue de 3.5 (C1:2 - C3:4), la cantidad de personas con la que sostienen contacto cara a cara excluyendo convivientes 4 (C1:1 - C3: 8) y contacto por medios virtuales 10 (C1:6 - C3: 20). Sobre el medio de contacto, llamada telefónica y mensajería 27.8% y llamada telefónica, mensajería y videollamada 71.7%. Ver tabla N° 1.

No se observaron discrepancias significativas en edad, género, estado civil, ingreso familiar promedio, cantidad de convivientes, contacto cara a cara, contacto virtual y medio de contacto. Se observaron diferencias significativas en la condición de empleo.

		E 1 N 511		E 2 N 189		Chi- cuadrado p
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Edad	45 o menos	338	75.9	128	67.7	0.036
	Más de 45	123	24.1	61	32.3	
Género	Femenino	390	76.3	149	78.8	0.668
	Masculino	120	23.5	40	21.2	
Estado civil	Casado/a Unido/a	164	32.1	68	36.0	0.612
	Separado/a Divorciado/a	46	9.0	20	10.6	
	Soltero	299	58.5	100	52.9	
	Viudo/a	2	0.4	1	0.5	
Estudios alcanzados	Universitario completo	243	47.6	97	51.3	0.049
	Universitario incompleto	139	27.2	47	24.9	
	Terciario completo	49	9.6	11	5.8	
	Secundario completo	64	12.5	19	10.1	
	Secundario incompleto	7	1.4	7	3.7	
	Primaria completa	1	0.1	1	0.5	
	Primaria incompleta	1	0.1	1	0.5	
Ingreso familiar	Menos de 30.000	76	15.2	29	15.9	0.214
	Entre 30.000 y 50.000	186	37.1	52	28.6	
	Entre 50.000 y 100.000	168	33.5	71	39.0	
	Más de 100.000	71	14.2	30	16.5	

Tabla N° 1: Frecuencia y porcentaje para variables demográficas en E1 y 2. Prueba Chi Cuadrado.

3.2. Indicadores de Salud Mental a los 15 y 180 días de instaladas las medidas para contener la pandemia de COVID-19 en Argentina

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre E1 y E2 en GHQ ($p=0.66$), EBP ($p=0.96$), STAI-estado ($p=0.56$) y MOS total ($p=0.08$), ayuda material ($p=0.58$), relaciones sociales ($p=0.19$) y apoyo afectivo ($p=0.09$). Se observaron diferencias estadísticamente significativas en

IUS total (<0.01) y subescalas prospectivas (<0.01) e inhibitoria (<0.01) y subescala Apoyo Emocional del MOS (<0.05). Ver tabla N° 2.

	E 1		E 2		
	N 511		N 189		
	Media	Desvío	Media	desvío	p
GHQ-12	22.2	6.5	21.9	6.8	0.666
EPB	87.7	12.4	87.8	11.7	0.960
STAI estado	29.8	4.9	30.0	5.6	0.563
IUS prospectiva	19.1	5.7	11.2	5.5	<0.001
IUS Inhibitoria	12.4	4.5	6.9	4.1	<0.001
IUS total	31.0	25.0	17.0	11.0	<0.001
MOS global	78.9	15.4	80.1	14.0	0.080
MOS apoyo emocional	32.5	7.5	33.7	6.5	0.033
MOS ayuda material	16.0	4.3	16.2	3.9	0.580
MOS relaciones sociales	16.7	3.4	17.1	3.3	0.192
MOS apoyo afectivo	12.7	2.8	13.1	2.6	0.095

Tabla N° 2: Estadísticos descriptivos para escalas GHQ-12, EPB, STAI estado, IUS total y subescalas, MOS total y subescalas para E 1 y 2. Prueba de diferencia de medias

3.3. Análisis de subgrupos 1: conglomerados

Se aplicó análisis de conglomerados para E1, quedando la muestra de la primera evaluación segmentada en 4 grupos (Ver Figura N° 2). En la Tabla N° 3 se observan las reglas que definen cada grupo.

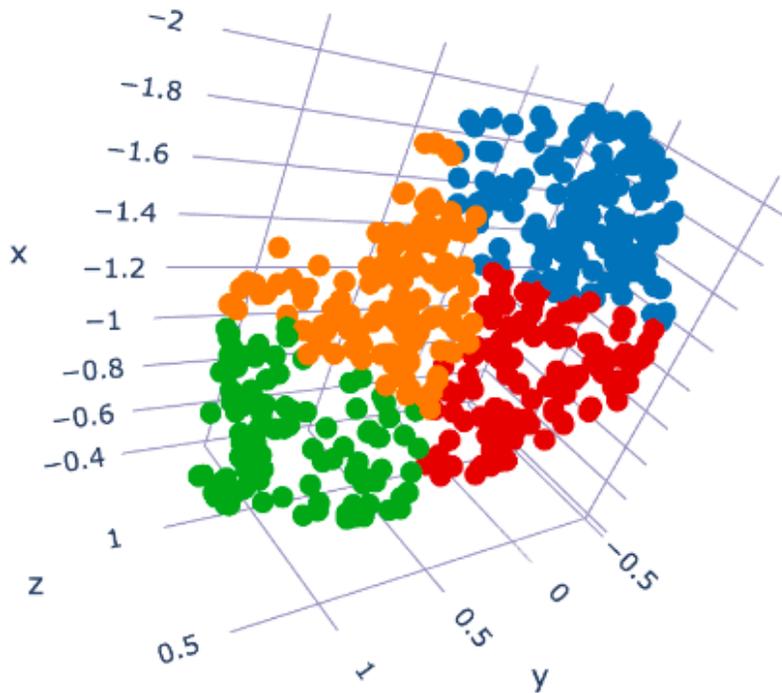


Figura Nº 2: Distribución de la muestra por conglomerados.

Clusters	N	Reglas que definen al Cluster, entre corchetes la proporción explicada
A	207	[0.96] (MOS_lglobal > 66.5) and (IUS_Aprospectiva <= 17.5) and (STAI_5 > 1.5) and (GHQ > 16.5) [1.0] (MOS_lglobal > 66.5) and (IUS_Aprospectiva > 17.5) and (GHQ_TOTAL <= 27.5) and (GHQ_TOTAL > 10.5) and (STAI_15 <= 2.5) and (EBP_5 > 1.5) and (IUS_total <= 33.5) and (STAI_5 > 2.5) [0.75] (MOS_lglobal > 66.5) and (IUS_Aprospectiva > 17.5) and (GHQ_TOTAL <= 27.5) and (GHQ_TOTAL > 10.5) and (STAI_15 > 2.5) [0.87] (MOS_lglobal > 66.5) and (IUS_Aprospectiva > 17.5) and (GHQ_TOTAL > 27.5) and (IUS_total <= 41.5)

		[0.76] (MOS_Iglobal > 66.5) and (IUS_Aprospectiva <= 17.5) and (STAI_5 <= 1.5)
		[1.0] (MOS_Iglobal > 66.5) and (IUS_Aprospectiva <= 17.5) and (STAI_5 > 1.5) and (GHQ_TOTAL <= 16.5)
B	183	[0.78] (MOS_Iglobal > 66.5) and (IUS_Aprospectiva > 17.5) and (GHQ_TOTAL <= 27.5) and (GHQ_TOTAL > 10.5) and (STAI_15 <= 2.5) and (EBP_5 > 1.5) and (IUS_total <= 33.5) and (STAI_5 <= 2.5)
		[0.94] (MOS_Iglobal > 66.5) and (IUS_Aprospectiva > 17.5) and (GHQ_TOTAL <= 27.5) and (GHQ_TOTAL > 10.5) and (STAI_15 <= 2.5) and (EBP_5 > 1.5) and (IUS_total > 33.5)
		[1.0] (MOS_Iglobal > 66.5) and (IUS_Aprospectiva > 17.5) and (GHQ_TOTAL > 27.5) and (IUS_total > 41.5)
C	62	[0.75] (MOS_Iglobal <= 66.5) and (GHQ_TOTAL <= 16.5) and (EBP_TOTAL > 98.0)
		[0.88] (MOS_Iglobal <= 66.5) and (GHQ_TOTAL > 16.5) and (MOS_12 <= 4.5)
D	59	[0.96] (MOS_Iglobal <= 66.5) and (GHQ_TOTAL <= 16.5) and (EBP_TOTAL <= 98.0)
		[0.6] (MOS_Iglobal <= 66.5) and (GHQ_TOTAL > 16.5) and (MOS_12 > 4.5)
		[0.91] (MOS_Iglobal > 66.5) and (IUS_Aprospectiva > 17.5) and (GHQ_TOTAL <= 27.5) and (GHQ_TOTAL <= 10.5)
		[1.0] (MOS_Iglobal > 66.5) and (IUS_Aprospectiva > 17.5) and (GHQ_TOTAL <= 27.5) and (GHQ_TOTAL > 10.5) and (STAI_15 <= 2.5) and (EBP_5 <= 1.5)

Tabla N° 3: Reglas que definen cada grupo

Se describen las principales características socioeconómicas de cada grupo:

1. Grupo A (n=207): compuesto por la mayor cantidad de casados/as (41%, $p < 0.05$), con mayor cantidad de universitarios completos (54% $p < 0.05$) y mayor cantidad ingresos de más de 50.000 pesos (52% $p < 0.05$), que el resto de los grupos.
2. Grupo B (n=183) : mixto desde el punto de vista socioeconómico, sin valores extremos.
3. Grupo C (n=62): característicamente de mayor edad (media 39.7 \pm 15.1 años) y con más mujeres que el resto (39%).
4. Grupo D (n=59): característicamente más joven (media de edad 28.9 \pm 12.6 años), con menor cantidad de casados (sólo el 8%), menor nivel educativo (sólo el 27%), ingresos menor a 50.000 pesos (71%) que el resto de grupos.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas y subescalas al comparar los grupos:

1. Grupo A: mayor percepción de Salud General (media GHQ=26=+/-4), mayor Bienestar Psíquico (media EBP=90=+/-11), mayor apoyo social global (MOS 85+/-9) y en todas las subescalas.
2. Grupo B: mayor ansiedad de estado (STAI estado 31+/-5).
3. Grupo C: menor apoyo social global percibido (MOS 50+/-9) y en todas la subescalas.
4. Grupo D: peor percepción de Salud General (media GHQ=12=+/-6), peor Bienestar Psíquico (media EBP=75=+/-15), con una intolerancia a la incertidumbre que casi duplicaba la del Grupo A (media IUS 41+/-9), sin embargo igual Ansiedad de Estado que el Grupo A.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la cantidad de convivientes (mediana del total=3), la cantidad de personas con las que mantenían contacto (cara a cara o virtual, mediana del total 2 y 10 respectivamente) de cada grupo.

3.4. Análisis de subgrupos 2: seguimiento longitudinal completo

Del total de los participantes, solo 53 completaron el cuestionario en la E 1 y E 2, de los cuales el 72% residía en la provincia de San Juan, el 13% a Buenos Aires y el resto a otras provincias, en ningún caso siendo más del 2%. En la tabla N° 4 se observan las diferencias en las escalas entre ambas tomas, observándose diferencias estadísticamente significativas únicamente en mejoría de IUS (E1 mediana=32 C1:24-C3:37 versus E2 mediana 16 C1:11-C3:27, $p < 0.05$) y subescalas prospectiva (E1 mediana=19 C1:14-C3:22 versus E2 mediana=10 C1:7-C3:16, $p < 0.05$) e inhibitoria (E1 mediana=12 C1:10-C3:15 versus E2 mediana=7 C1:4-C3:10, $p < 0.05$); y en la mejoría del apoyo emocional percibido (E1 mediana=37 C1:30-C3:40 versus E2 mediana=38 C1:31-C3:40, $p < 0.05$).

	E 1		E 2		
	N 53		N 53		
	Media	Desvío	Media	desvío	p
GHQ-12	22.5	6.0	22.0	6.1	0.713
EPB	91.3	8.2	89.1	10.4	
STAI estado	31.0	27.0	30.0	27.0	0.362
IUS prospectiva	19.0	14.0	10.0	7.0	<0.001
IUS Inhibitoria	120.0	10.0	7.0	4.0	<0.001
IUS total	32.0	24.0	16.0	11.0	<0.001
MOS global	82.8	14.6	84.3	11.6	0.549
MOS apoyo emocional	34.3	7.1	35.2	6.2	0.521
MOS ayuda material	17.6	3.5	18.1	2.2	0.427
MOS relaciones sociales	17.5	3.2	17.8	3.1	0.691
MOS apoyo afectivo	13.3	3.0	13.3	2.6	0.972

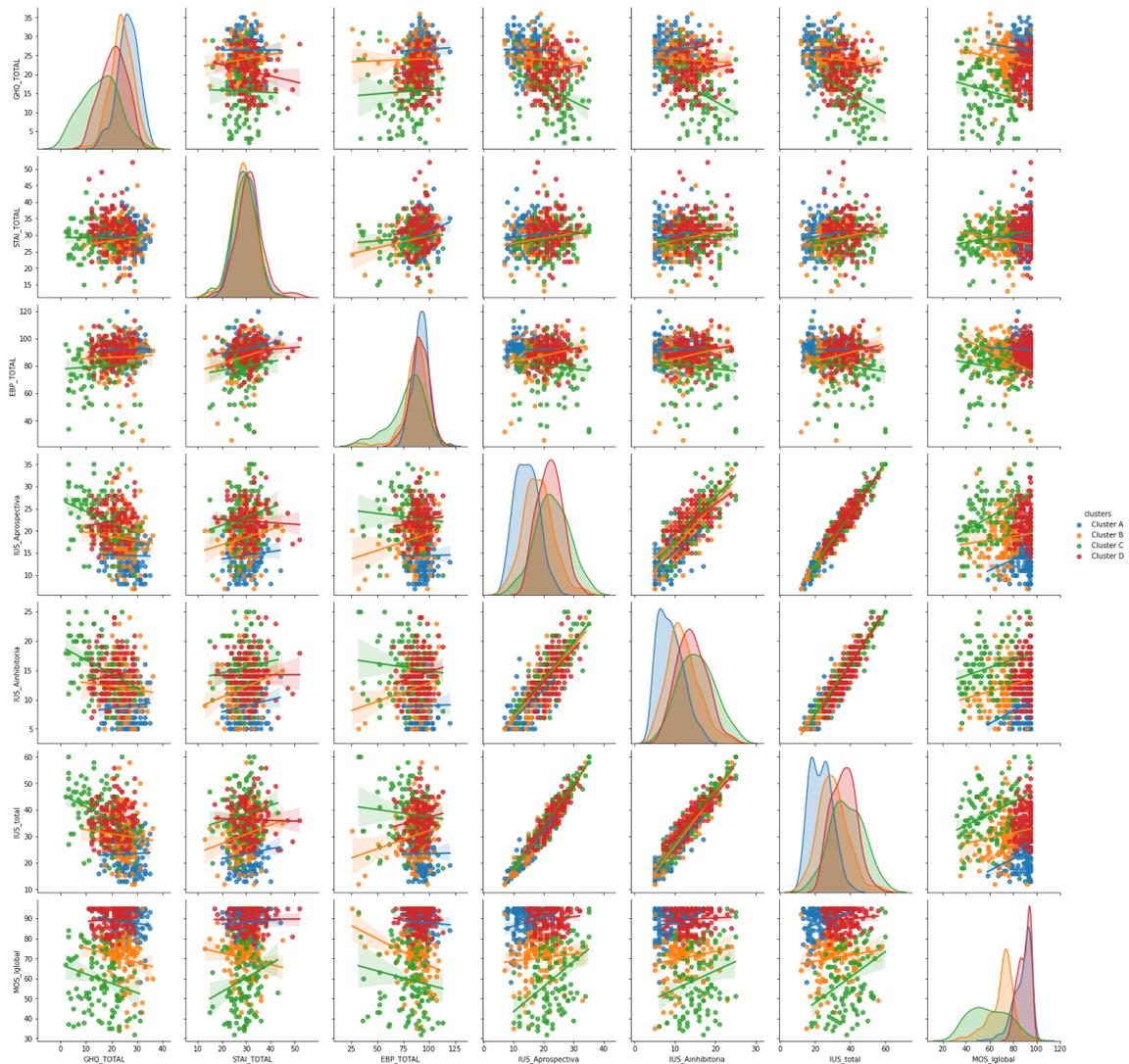
Tabla Nº 4: Estadísticos descriptivos para escalas GHQ-12, EPB, STAI estado, IUS total y subescalas, MOS total y subescalas para E 1 y 2 en el grupo con seguimiento. Prueba de diferencia de medias.

Luego de calcular el empeoramiento en los puntajes de las escalas administradas utilizando el Índice de Desvío Estándar (Standard Deviation Index) de los 53 sujetos; se observó que el 38% presentó empeoramiento en alguna de las escalas o subescalas y el 68% no presentó cambios, o incluso leves mejoras en al menos una de las escalas y subescalas administradas. Cuando se analizó la asociación de empeoramiento con variables sociodemográficas, únicamente se encontró relación con la situación laboral “No empleado” (Odds Ratio=0.44; <0.05). No se encontró asociación con la pertenencia a algún Grupo de los definidos en el análisis de conglomerados,

previamente realizado. La mejoría en el IUS se asoció al número de convivientes (Odds Ratio=1.43; <0.01) y el empeoramiento en el STAI se asoció a la edad (Odds Ratio=0.941; <0.01).

Figura N° 2: Correlaciones entre escalas desagregadas por grupos.

Referencias: GHQ_TOTA': puntuación total en el Cuestionario de Salud General; STAI_TOTAL: puntuación total en Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo; EBP_TOTAL: puntuación total en Escala de Bienestar Psicológico; 'IUS_Aprospectiva' puntuación es subescala Prospectiva de la Escala de



Tolerancia a la Incertidumbre; 'IUS_Ainhibitoria', puntuación es subescala Inhibitoria de la Escala de Tolerancia a la Incertidumbre; 'IUS_total', puntuación total de la Escala Tolerancia a la Incertidumbre; 'MOS_Iglobal', puntaje total en el Cuestionario MOS.

4. Discusión

El objetivo de este trabajo fue describir el impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental, identificar factores asociados y diferenciar subgrupos con respuestas similares, en una muestra de personas que residen en el territorio de la República Argentina. Estudios previos a nivel mundial reportaban la presencia de síntomas de estrés, ansiedad y depresión, asociados a la duración de la cuarentena, temor a la infección, frustración, aburrimiento, información inadecuada y pérdidas financieras, entre otros (Brooks et al, 2020). En la misma línea un estudio local reportaba la presencia de incertidumbre, miedo y angustia (Johnson, Saletti Cuesta y Tuma, 2020).

En la muestra estudiada, se observaron discrepancias entre E1 y E2 respecto de la intolerancia a la incertidumbre. A diferencia de lo reportado en la bibliografía, respecto que la duración de la cuarentena podría aumentar los niveles de ansiedad e intolerancia a la incertidumbre (Brooks, et al 2020), en la muestra estudiada la intolerancia a la incertidumbre descendió. Podemos inferir entonces que el temor a lo desconocido como miedo fundamental descendió en la población de este estudio con el transcurso de la pandemia. Creemos que esto podría estar relacionado con que la muestra estaba principalmente compuesta por residentes de la provincia de San Juan donde las medidas de aislamiento y distanciamiento social no fueron tan restrictivas en los momentos en los cuales se realizó la encuesta: E1=Fase 1 y E2=Fase 3, con una fase 1 más corta que en Buenos Aires y CABA. Asimismo, la percepción de las futuras amenazas, y secundariamente niveles de angustia y ansiedad percibidos en nuestra población, puede no haber estado tan presente entre los participantes por el sesgo de selección anteriormente mencionado. Eventualmente las conductas desadaptativas como la búsqueda excesiva de información, la evitación o la toma de decisiones impulsivas que caracterizan en cierta forma la intolerancia a la incertidumbre pueden haber mejorado como resultado de un impacto aparentemente menor, al menos en valores absolutos de contagiados y fallecidos, entre los habitantes de la población de estudio, caracterizada por estar fuera de Buenos Aires y CABA, donde el impacto de la pandemia ha sido mayor. La mejoría en este indicador se asoció al número de convivientes con los que los participantes atraviesan la pandemia, lo cual si había sido reportado como un factor determinante en el bienestar psicológico y la salud (Tala y Vasquez, 2020).

Respecto al apoyo social, su importancia en el bienestar psicológico y la salud mental es incuestionable. Pero durante la pandemia, debido a las diferentes medidas adoptadas, se redujo el contacto cara a cara, por lo cual algunos reportes informan una reducción en la percepción del apoyo social (Tala y Vasquez, 2020). En la muestra estudiada el contacto con terceros (cara a cara y virtual), no se modificó en los dos momentos de evaluación, y el apoyo social total tampoco cambió, pero sí se evidenció una mejoría en el apoyo emocional percibido. Considerando la importancia del apoyo emocional, nos preguntamos si el impacto positivo de la cantidad de convivientes en nuestra población no podría interpretarse como un factor vinculado a mejoría en el Apoyo Emocional percibido y, secundariamente, la mejor tolerancia a la incertidumbre. Lo

cual es corroborado en el grupo con seguimiento longitudinal, en el cual la mejora en la tolerancia a la incertidumbre se asoció al número de convivientes.

Por otro lado, a nivel global el empeoramiento se asoció a la condición de “No Empleado”, la cual incluía no solo a los desempleados, sino también a los docentes y jubilados. El empeoramiento en la escala de ansiedad se asoció a una mayor edad, lo cual podría relacionarse con que la población estudiada está en gran parte compuesta por adultos jóvenes (media 30 años +/- 10), a diferencia de la mayoría de los estudios reportados en la literatura.

Creemos que en el contexto de una población caracterizada por medidas de aislamiento y distanciamiento social menos restrictivas, en la cual no observamos cambios en la cantidad de personas con las cuales los participantes mantenían contacto (cara a cara o virtual), es lógico que el impacto psicológico de la pandemia no haya sido igual que en otras cohortes.

Por otro lado, el análisis de conglomerados permitió diferenciar cuatro grupos, de los cuales uno (A) tiene indicadores de salud más altos (GHQ y EBP), mayor apoyo social percibido (MOS) junto a un mayor nivel educativo e ingresos, y con una mayor prevalencia del estado civil casado. Y un grupo (D) con menores indicadores de salud (puntajes menores en GHQ y EBP, y mayores en el IUS), junto a menor edad, menor nivel educativo y menores ingresos, y con una mayor prevalencia de estado civil soltero. Estos grupos opuestos, no se diferenciaron en la cantidad de convivientes y en la cantidad de personas con las que mantenían contacto, pero sí en el nivel educativo e ingreso, lo cual nos hace hipotetizar sobre la diferencia de recursos de afrontamiento y su repercusión a nivel de salud mental. Las intervenciones deberían focalizarse en el desarrollo de estrategias de afrontamiento y formas de potenciar el bienestar psicológico, y dirigirse a personas que comparten características demográficas con el grupo D.

5. Limitaciones

Es importante resaltar algunas limitaciones de este trabajo, que deben considerarse al momento de generalizar los resultados, lo cual debe hacerse con cautela. En primer lugar, respecto del sesgo de selección hay que tener en cuenta que la invitación a participar de la encuesta se realizó de forma pública, no controlada, mediante la difusión en redes sociales, y por otro lado, mediante la distribución personalizada a los contactos de investigadores, también de forma no controlada. En consecuencia no podemos saber del total de personas a las que le llegó la invitación, cuántas efectivamente ingresaron al link, cuántas leyeron las preguntas, y por ende cuántas decidieron no participar en cada uno de los puntos anteriormente mencionados. La metodología utilizada, podría explicar que el grupo seleccionado sea predominantemente de clase media-alta, con acceso a internet y redes sociales, y de nivel educativo medio-alto. De acuerdo a las características anteriormente mencionadas, podría inferirse que la población de estudio representa un subgrupo de la población de Argentina que posee más herramientas intelectuales y socioeconómicas para enfrentar la pandemia, y que no observamos, como en otros trabajos, un gran impacto en la salud

mental, sino más bien una mejoría de la tolerancia a la incertidumbre. La cual a priori podría pensarse como secundaria a una mayor cantidad de recursos cognitivos y conductuales de una población joven, instruida y socioeconómicamente acomodada, pero no se corresponde con los análisis estadísticos (las variables socioeconómicas no se asociación a mejoras en la escala de tolerancia a la incertidumbre ni a las escalas de bienestar psicológico).

En segundo lugar, se observó una gran heterogeneidad en la población estudiada según zona geográfica de residencia, con una mayor representación de San Juan (72%) respecto al resto del país, probablemente asociada al sesgo de selección antes mencionado. Esto, sumado a que las condiciones en las diferentes regiones y provincias fue y es dispar, también limita la generalización de los resultados y la necesidad de tomarlos con cautela. Sin embargo, la descripción del impacto de la pandemia en una muestra en la cual 3 de cada 4 integrantes estuvieron expuestos a medidas de aislamiento y distanciamiento social estrictas (Fase 1) solo durante aproximadamente 45 días nos permite analizar la discrepancia con los resultados reportados en poblaciones en las cuales las medidas restrictivas tuvieron una mayor extensión. Futuros estudios deberían explorar en mayor profundidad el impacto de medidas de diferentes características y si existe una relación causal entre la duración de las fases y el impacto en la salud mental.

Asimismo, el tamaño del subgrupo con seguimiento longitudinal completo fue muy reducido, lo cual impidió por un lado la asociación a los grupos establecidos por análisis de conglomerado y por otro, como ya se mencionó, limita nuevamente el alcance de los resultados obtenidos.

En tercer lugar, otra de las limitaciones podría estar relacionada a la utilización del Índice de Desvío Estándar para normalizar las puntuaciones en las escalas y subescalas del subgrupo con seguimiento longitudinal, y definir sus respectivos empeoramientos. Consideramos que hubiese sido ideal que la normalización se realice utilizando el Índice de Cambio Confiable, teniendo en cuenta especialmente, que la mayoría de las variables estudiadas no presentaban una distribución normal. El Índice de Cambio Confiable representa la diferencia real entre la puntuación observada entre dos mediciones, e incorpora el error estándar de medición de esa diferencia. No fue posible contar con todos los coeficientes de confiabilidad test-retest, para realizar dicha estimación. Sin embargo, los resultados en el empeoramiento/mejoría en las escalas y subescalas del subgrupo con seguimiento longitudinal son coherentes con los observados en la muestra general.

Por último, la selección inicial de los instrumentos no incluyó aspectos relevantes como temor al contagio, el aburrimiento y aspectos cuantitativos y cualitativos de los hábitos de consumo de información, entre otros, que hubiesen sido relevantes para el análisis.

6. Conclusiones

El presente estudio permitió, por un lado, describir el estado de salud mental de una muestra de argentinos a los 15 días de iniciada las medidas de confinamiento por la pandemia COVID-19 y a los 180 días de instaladas las mismas. A nivel global, se observó una diferencia entre la evaluación

1 y 2 en la medida de tolerancia a la incertidumbre, a favor de la segunda toma, asociado al apoyo social percibido principalmente. Si bien, este hallazgo está sesgado en torno a las características sociodemográficas de la muestra, no debe ser subestimado a la hora de identificar objetivos de intervenciones que posibiliten una óptima salud mental en la población, sobre todo si, como consideran algunos autores nos estamos aproximando a la cuarta ola.

Dada la evolución de la pandemia, el seguimiento de indicadores de salud mental debe continuar, como así también el reporte de los resultados para nutrir las intervenciones que puedan ser diseñadas. Esto permitirá que las mismas se ajusten a la población blanco, sean focales con respecto de los problemas sobre los cuales intervenir y tengan mayor nivel de eficiencia.

Referencias

- Alonso, A., Montes A., Menendez, V. y Graça, M. (2007). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa Questionário Medical OutcomesStudy Social SupportSurvey (MOS-SSS). *Acta Médica Portuguesa*, 20, 525-533.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Arredondo, N. H. L., Rogers, H. L., Tang, J. F. C., Gómez, S. L. P., Arizal, N. L. O., Pérez, M. Á. J., ... & Aguirre-Acevedo, D. C. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid, España: Siglo Veintiuno, España Editores, S.A
- Brooks Samantha, K., Webster R., Smith R., Woodly, L., Wessely, S., Greenberg, N., Rubin G. J. (2020). The psychological impact of quarantine y how to reduce it: rapid review of the evidence. *LANCET: Lancet* 2020; 395: 912–20.
- Buhr, K., & Dugas, M. . (2002). The intolerance of uncertainty scale: psychometric properties of the English version. *Behaviour Research y Therapy*, 40(8), 931–945. doi:10.1016/s0005-7967(01)00092-4
- Cardeña, E., Koopman, C., Classen, C. et al. (2000). Psychometric Properties of the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ): A Valid y Reliable Measure of Acute Stress. *J Trauma Stress* 13, 719–734. <https://doi.org/10.1023/A:1007822603186>
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical diseases. *Health Psychology*, 7, 269-297.

- Costa, S. M. y Gil, F. (2007). Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer. *MedicinaClínica (Barcelona)*, 128,687-691.
- Cuenya, L.; Fosachea, S.; Mustaca, A.; Kamenetzky, G. (2011). Efectos del aislamiento en la adultez sobre el dolor y la frustración. *Psicológica*, vol. 32, núm. 1, pp. 49-63
- Del Río Olvera, F. J., Cabello Santamaría, F., Cabello García, M. A., & Aragón Vela, J. (2018). Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI): análisis psicométrico y funcionamiento en una muestra de drogodependientes y controles. *Universitas Psychologica*, 17(1), 1-10. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-1.caer>
- Díaz D, Rodríguez-Carvajal R, Blanco A, Moreno-Jiménez B, Gallardo I, Valle C y van Dierendonck D(2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*. 18 (3), 572-577.
- González Rodríguez M, Cubas León R, Rovella A y Herrera MD (2006). Adaptación española de la Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre: procesos cognitivos, ansiedad y depresión. Spanish adaptation of the Intolerance of Uncertainty Scale: Cognitive processes, anxiety, and depression. *Psicología y Salud*, Vol. 16, Núm. 2: 219-233.
- Guhn, M., Forer, B., & Zumbo, B. D. (2014). Reliable Change Index. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*, 5459–5462. doi:10.1007/978-94-007-0753-5_2465
- Heller, K. y Swindle, R. W. (1983). Social networks, perceived social support, and coping with stress. En: R. D. Felner, L. A. Jason, F. N. Moritsugu y S. S. Farber, *Preventive psychology: Theory, research and practice* (pp. 87–103). New York, EE.UU.:Pergamon.
- Hewitt, S., Egan, S. & Rees, C. (2009). Preliminary investigation of intolerance of uncertainty treatment for anxiety disorders. *Clinical Psychologist*, 13(2), 52-58. <http://dx.doi.org/10.1080/1328400802702056>
- Johnson MC, Saletti Cuesta L & Tumas N, (2020). Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(Supl.1):2447-2456.
- Larroy C, Estupiñá F, Fernyez-Arias I, et al. (2020). Guía para el abordaje no presencial de las consecuencias psicológicas del brote epidémico de covid-19 en la población general. Versión 1.0. Elaborada a petición del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid por los equipos de la Clínica Universitaria de Psicología UCM, PsiCall UCM, y profesores del Departamento de Psicología Clínica de la Universidad Complutense de Madrid. <http://www.cop.es/uploads/PDF/GUIA-ABORDAJE-CONSECUENCIAS-PSICOLOGICAS-COVID19.pdf>

- Leibovich de Figueroa, N.B. (1991). Ansiedad: Algunas concepciones teóricas y su evaluación [Anxiety: Some theoretical concepts and their evaluation]. En M.M. Casullo, N.B. Leibovich de Figueroa & M. Aszkenazi (Eds.), *Teoría y técnicas de evaluación psicológica* (pp. 123- 155). Buenos Aires: Psicoteca.
- Londoño Arredondo, Nora Helena; Rogers, Heather L.; Castilla Tang, José Filadelfo; Posada Gómez, Sara L.; Ochoa Arizal, Nohora Luz; Jaramillo Pérez, Miguel Ángel; Oliveros Torres, Martha; Palacio Sañudo, Jorge Enrique; Aguirre-Acevedo, Daniel Camilo (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, vol. 5, núm. 1.
- Rodríguez de Behrends, Marisa; Brenlla, María Elena (2015). Adaptación para Buenos Aires de la Escala de intolerancia a la incertidumbre. *Interdisciplinaria*, 32 (2), 261-274.
- Rodriguez, Mariana, Sebastianelli, Maria Sol y Garcia Quiroga, Eleonora (2012). Propiedades psicometricas de la Escala de Bienestar Psicologico de Ryff en docentes argentinos. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Rodríguez, S. y Enrique, H. C. (2007). Validación Argentina del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido. *Psicodebate* 7, 155-168.
- Royuela Rico A, Macías Fernyez JA (1997). Calidad de sueño en pacientes ansiosos y depresivos. *Psiquiatría Biológica* 1997;4.225-30
- Sherbourne, C.D.y Stewart, A.L. (1991).The MOS Social Support Survey.*Social Science y Medicine*, 32 (6),705-14.
- Sim K, Chua HC. (2004). The psychological impact of SARS: a matter of heart y mind. *CMAJ*. 170(5):811-812. doi:10.1503/cmaj.1032003
- Tala, Álvaro, & Vásquez, Eduardo. (2020). Connection in times of COVID-19. *Revista médica de Chile*, 148(4), 557-558. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872020000400557>
- Villa G., I. C., Zuluaga Arboleda, C. & Restrepo Roldán, L. F. (2013). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-12 en una institución hospitalaria de la ciudad de Medellín. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31 (3), 532-545.
- Yu, D., Lee, D. y Woo, J. (2004). Psychometric testing of Chinese version of the medical outcomes study social support survey (MOS-SSS-C).*Research in Nursing Health*, 2,135-43.