

THE LANCET

"Climate migrants, unwillingly forced from their homes by the climate emergency, are facing situations in which their health is put at risk, but subsequently find their health threatened by the vagaries of an international system that is struggling to keep pace with the many harmful aspects of the climate crisis."



Traducción (Google) del artículo del LANCET: Lancet 2020; 395: 912–20

The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence

REVISIÓN

EL IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA CUARENTENA Y CÓMO REDUCIRLA: REVISIÓN RÁPIDA DE LA EVIDENCIA

[Samantha KBrooks PhDa](#) [Rebecca KWebster PhDa](#) [Louise ESmith PhDa](#) [Lisa Woodland MSc](#) [Prof Simon Wessely F Med Scia](#) [Prof Neil Greenberg FRC Psych](#) [Gideon James Rubin PhDa](#)

Show more

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8) Obtenga derechos y contenido

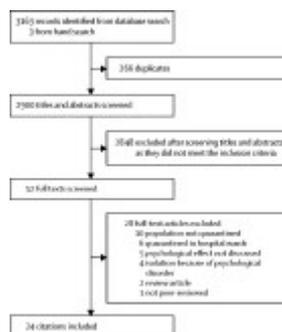
Resumen

El brote de la enfermedad por coronavirus de diciembre de 2019 ha visto a muchos países pedir a las personas que potencialmente han entrado en contacto con la infección que se aíslen en su hogar o en un centro de cuarentena dedicado. Las decisiones sobre cómo aplicar la cuarentena deben basarse en la mejor evidencia disponible. Hicimos una revisión del impacto psicológico de la cuarentena utilizando tres bases de datos electrónicas. De 3166 documentos encontrados, 24 están incluidos en esta revisión. La mayoría de los estudios revisados informaron efectos psicológicos negativos, incluidos síntomas de estrés postraumático, confusión y enojo. Los factores estresantes incluyeron una mayor duración de la cuarentena, temores de infección, frustración, aburrimiento, suministros inadecuados, información inadecuada, pérdidas financieras y estigma. Algunos investigadores han sugerido efectos duraderos. En situaciones donde la cuarentena se considera necesaria, los funcionarios deben poner en cuarentena a las personas por un tiempo no mayor al requerido, proporcionar una justificación clara para la cuarentena e información sobre los protocolos, y garantizar que se proporcionen suministros suficientes. Apelar al altruismo recordando al público sobre los beneficios de la cuarentena para la sociedad en general puede ser favorable.

1. [Resumen](#)
2. [Introducción](#)
3. [¿Por qué es necesaria esta revisión?](#)
4. [El impacto psicológico de la cuarentena](#)
5. [Predictores de impacto psicológico de la](#)
6. [cuarentena durante la cuarentena](#)
7. [Estresores después de la](#)
8. [¿Qué se puede hacer para mitigar las consecuencias de la cuarentena?](#)
9. [Lo que no sabemos](#)
10. [Conclusión](#)
11. [Estrategia de búsqueda y criterios de selección](#)
12. [Material complementario](#)
13. [Referencias](#)

Mostrar esquema completo

Figuras (1)



1.

Tablas (1)

1. [tabla](#)

Extras de(1)

1. [Anexo complementario](#)

[Volumen 395, Número 10227](#), 14-20 de marzo de 2020, páginas 912-920

Introducción

La cuarentena es la separación y restricción del movimiento de personas que potencialmente han estado expuestas a una enfermedad contagiosa para determinar si se encuentran mal, lo que reduce el riesgo de que infecten a otros.¹ Esta definición difiere del aislamiento, que es la

separación de las personas que han sido diagnosticadas con una enfermedad contagiosa de las personas que no están enfermas; sin embargo, los dos términos a menudo se usan indistintamente, especialmente en la comunicación con el público.² La palabra cuarentena se usó por primera vez en Venecia, Italia en 1127 con respecto a la lepra y se usó ampliamente en respuesta a la Peste Negra, aunque no fue sino hasta 300 años después que el Reino Unido comenzó a imponer cuarentena en respuesta a la peste.³ Más recientemente, la cuarentena se ha utilizado en el brote de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). Este brote ha visto a ciudades enteras en China efectivamente puestas en cuarentena masiva, mientras que a miles de extranjeros que regresan a sus hogares desde China se les ha pedido que se autoaislen en sus hogares o en instalaciones estatales.⁴ Existen precedentes para tales medidas. Las cuarentenas en toda la ciudad también se impusieron en áreas de China y Canadá durante el brote de 2003 del síndrome respiratorio agudo severo (SRAS), mientras que aldeas enteras en muchos países de África occidental se pusieron en cuarentena durante el brote de ébola de 2014.

Mensajes clave

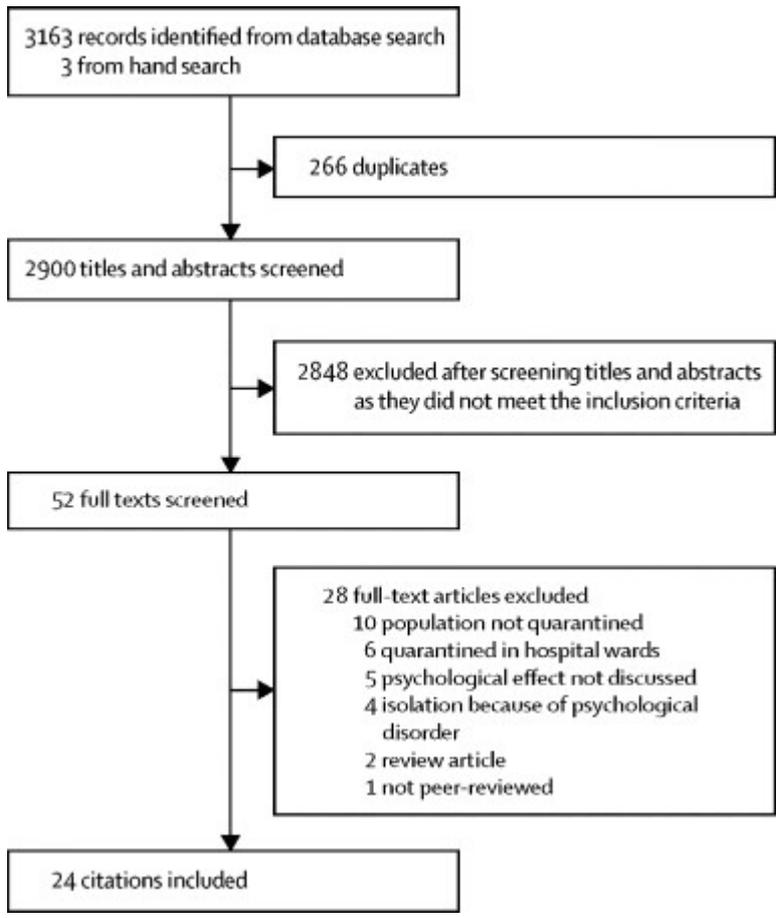
- La información es clave; las personas que están en cuarentena necesitan entender la situación
- comunicación eficaz y rápida es esencial
- Suministros (tanto generales como médicos) deben ser proporcionados
- El período de cuarentena debe ser corto y la duración no debe cambiarse a menos que en circunstancias extremas
- La mayoría de los efectos adversos provienen de la imposición de una restricción de libertad; la cuarentena voluntaria se asocia con menos angustia y menos complicaciones a largo plazo
- Los funcionarios de salud pública deben enfatizar la elección altruista de autoaislamiento

¿Por qué es necesaria esta revisión?

La cuarentena suele ser una experiencia desagradable para quienes la padecen. La separación de los seres queridos, la pérdida de libertad, la incertidumbre sobre el estado de la enfermedad y el aburrimiento pueden, en ocasiones, crear efectos dramáticos. El suicidio se ha informado,⁵ cólera sustancial genera y demandas presentadas⁶ tras la imposición de cuarentena en los brotes anteriores. Los beneficios potenciales de la cuarentena masiva obligatoria deben sopesarse cuidadosamente contra los posibles costos psicológicos.⁷ El uso exitoso de la cuarentena como medida de salud pública requiere que reduzcamos, en la medida de lo posible, los efectos negativos asociados con ella.

Dada la situación en desarrollo con el coronavirus, los encargados de formular políticas necesitan urgentemente síntesis de evidencia para producir orientación para el público. En circunstancias como estas, la OMS recomienda revisiones rápidas.⁸ Realizamos una revisión de la evidencia sobre el impacto psicológico de la cuarentena para explorar sus probables efectos sobre la salud mental y el bienestar psicológico, y los factores que contribuyen a estos efectos o los mitigan. De 3166 documentos encontrados, 24 están incluidos en esta revisión ([figura](#)). Las características de los estudios que cumplieron con nuestros criterios de inclusión se presentan en la [tabla](#). Estos estudios se realizaron en diez países e incluyeron personas con SARS (11 estudios), ébola (cinco), la pandemia de influenza H1N1 2009 y 2010 (tres), síndrome

respiratorio del Medio Oriente (dos) e influenza equina (uno). Uno de estos estudios se relacionó con H1N1 y SARS.



1. [Descargar: Descargar imagen de alta resolución \(106 KB\)](#)
2. [Descargar: Descargar imagen a tamaño completo](#)

Figura.perfil de cribado

Tabla de. Características del estudio

país	Diseño del	Participantes	Periodo de cuarentena	Medidas
Bai et al (2004) ⁹ Taiwán	Sección transversal	338 personal hospitalario	9 días debido al contacto con casos sospechosos de SRAS	Encuesta específica del estudio; Encuesta de estrés relacionada con el SARS compuesta por criterios de trastorno de estrés agudo de

					acuerdo con el DSM-IV y los cambios emocionales y de comportamiento o relacionados
Blendon et al (2004) 10	Canadá	transversal	501 residentes canadienses	Longitud incierta; exposición al SARS	Encuesta específica del estudio
Braunack-Mayer et al (2013) 11	Australia	Cualitativa	56 miembros de la comunidad escolar	Longitud incierta; gripe H1N1	Entrevista sobre la
Caleo et al (2018) 12	Sierra Leona	Métodos mixtos	1161 residentes de una aldea rural; 20 de los cuales participaron en un estudio de entrevista	Duración incierta; pueblo entero en movimiento restringido debido a Ebola	Entrevista
Cava et al (2005) 13	Canadá	cualitativa	21 residentes de Toronto	5–10 días debido al contacto con el SARS	Entrevista
Desclaux et al (2017) 14	Senegal	Cualitativa	70 casos de contacto Ebola	21 días debido al contacto Ebola	Entrevista
DiGiovanni et al (2004) 15	Canadá	Métodos mixtos	1509 residentes de Toronto La	duración de la cuarentena fue la diferencia entre el período de incubación del SARS (tomado como 10 días) y el tiempo	Entrevistas, grupos focales y encuestas telefónicas

				transcurrido desde su exposición a un paciente con SARS	
Hawryluck et al (2004) Sección 16	Canadá	transversal	129 residentes de Toronto	Mediana de 10 días debido a la posible exposición al SARS	IES-R para evaluar el estrés postraumático y CES-D para evaluar la depresión
Jeong et al (2016) 17	Corea del Sur	Longitudinal	1656 residentes de cuatro regiones en Corea	2 semanas debido al contacto con pacientes con MERS	GAD-7 para evaluar la ansiedad y STAXI-2 para evaluar la ira
Lee et al (2005) 18	Hong Kong (Administración especial Región, China)	Métodos mixtos	903 residentes de Amoy Gardens (el primer sitio oficialmente reconocido de brote comunitario de SARS en Hong Kong) tomaron encuestas; 856 de los cuales no fueron diagnosticados con SARS; 2 de los cuales fueron entrevistados	Longitud incierta; residentes de un sitio de brote de SARS	Encuesta específica de estudio
Liu et al (2012) 19	China	Sección transversal	549 empleados de hospital; 104 (19%) de los cuales habían sido puestos en cuarentena	Longitud incierta; cuarentena en el hogar o en el trabajo debido a un posible SARS,	CES-D para evaluar los síntomas depresivos e IES-R para evaluar los síntomas de

				comuníquese con	estrés posttraumático
Marjanovic et al (2007) 20	Canadá	Sección transversal	333 enfermeras	Longitud incierta; Exposición al SARS	MBI-GS para evaluar el agotamiento; STAXI-2 para evaluar la ira; seis preguntas específicas del estudio para evaluar el comportamiento de evitación
Maunder et al (2003) 21	Canadá	observacional de	Trabajadores de atención de salud (tamaño de muestra no disponible)	Cuarentena voluntaria de 10 días debido a un posible contacto con el SARS	Observaciones del personal de atención médica
Mihashi et al (2009) 22	China	Retrospectiva transversal	187 de trabajadores de la imprenta, miembros de la facultad de la universidad y sus familias, y estudiantes que no son de medicina	Duración incierta; aislamiento en toda la ciudad debido al SARS	GHQ-30 para evaluar trastornos psicológicos
Pan et al (2005) 23	Taiwán	Observacional	12 estudiantes universitarios	Duración incierta; pidió limitar las interacciones fuera del hogar debido a un posible contacto con el SARS	Observaciones de un grupo de apoyo para estudiantes en cuarentena en el hogar

Pellecchia et al (2015) 24	Liberia	Cualitativa	432 (grupos focales) y 30 (entrevistas) residentes de vecindarios con incidencia de Ébola	21 días porque los vecindarios tenían incidencia epidemiológica de Ébola	entrevistas y grupos focales
Reynolds et al (2008) 25	Canadá	Sección transversal	1057 contactos cercanos de casos potenciales de SARS	Media 8 · 3 días; rango de 2 a 30 días debido al contacto con casos potenciales de SARS	IES-7 para evaluar los síntomas de estrés postraumático
Robertson et al (2004) 26	Canadá	Cualitativo	10 trabajadores de la salud	10 días de cuarentena domiciliaria, o usar continuamente e una máscara en presencia de otros, o requirieron asistir al trabajo pero tuvieron que viajar en su propio vehículo y usar una máscara, debido a la exposición al SARS.	Entrevistas
Sprang y Silman (2013) 27	EE. UU. y Canadá	Sección transversal	398 padres	Longitud incierta; vivía en áreas severamente afectadas por H1N1 o SARS	PTSD-RI Versión para padres y PCL-C
Taylor et al (2008) 28	Australia	transversal	Sección 2760 propietarios de caballos o aquellos involucrados en la industria	Varias semanas debido a la gripe equina	K10 para evaluar la angustia

del caballo

Wang et al (2011) 29	China	Sección transversal	419 estudiantes universitarios	7 días; casos no sospechosos de influenza H1N1	SRQ-20 para evaluar la salud mental general e IES-R para evaluar el estrés postraumático
Wester y Giesecke (2019) 30	Suecia	Cualitativo	12: seis trabajadores de la salud que trabajaron en África occidental durante el brote de Ébola y un contacto cercano para cada uno de ellos	3 semanas por trabajar en África occidental durante la crisis del Ébola	Entrevista
Wilken et al (2017) 31	Liberia	Cualitativa	16 residentes de aldeas que fueron en cuarentena	21 días por vivir en una aldea en la que alguien había muerto por Ébola	Entrevista sobre el
Wu et al (2008, 2009) 32 , 33	China	Sección transversal	549 empleados del hospital	Longitud incierta; ya sea por diagnóstico de SARS, sospecha de SARS o por haber tenido contacto directo con pacientes con SARS	7 preguntas adaptadas del NHSDA para evaluar la dependencia y el abuso del alcohol; IES-R para evaluar los síntomas de estrés postraumático; CES-D para evaluar la depresión

Yoon et al (2016) 34	Corea del Sur	Evaluación psicológica por profesionales	6231 residentes coreanos	Longitud incierta; colocado en cuarentena debido a MERS	Preguntas como 'durante las últimas 2 semanas o después de estar en cuarentena, ¿se siente deprimido o desesperado? ¿Sientes pérdida de interés en alguna parte de tu vida?
--------------------------------------	---------------	--	--------------------------	---	---

SARS = síndrome respiratorio agudo severo. DSM-IV = Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-IV. IES-R = Impacto de la escala de eventos revisada. CES-D = Centro de Estudios Epidemiológicos Escala de depresión. MERS = coronavirus relacionado con el síndrome respiratorio de Oriente Medio. GAD-7 = Trastorno de ansiedad generalizada-7. STAXI-2 = Inventario de expresión de ira de rasgo de estado. MBI-GS = Maslach Burnout Inventory-General Survey. GHQ-30 = Cuestionario general de salud-30. IES-7 = Norma Internacional de Educación-7. PTSD-RI = Índice de reacción al trastorno de estrés postraumático. PCL-C = Lista de verificación de TEPT-Versión civil. K10 = Kessler 10 Escala de angustia psicológica. SRQ-20 = Cuestionario de autoinforme-20. NHSDA = Encuesta nacional de hogares sobre abuso de drogas.

El impacto psicológico de la cuarentena

Cinco estudios compararon los resultados psicológicos de las personas en cuarentena con las que no estaban en cuarentena.[9](#), [19](#), [27](#), [28](#), [33](#) Un estudio[9](#) del personal del hospital que podría haber entrado en contacto con el SARS encontró que inmediatamente después de que finalizó el período de cuarentena (9 días), haber sido puesto en cuarentena fue el factor más predictivo de síntomas de trastorno de estrés agudo . En el mismo estudio, el personal en cuarentena fue significativamente más propenso a reportar agotamiento, desapego de los demás, ansiedad al tratar con pacientes febriles, irritabilidad, insomnio, poca concentración e indecisión, deterioro del desempeño laboral y renuencia al trabajo o consideración de renuncia. En otro estudio,[33](#) el efecto de estar en cuarentena fue un predictor de síntomas de estrés postraumático en empleados del hospital incluso 3 años después. Aproximadamente el 34% (938 de 2760) de los propietarios de caballos permanecieron en cuarentena durante varias semanas debido a un brote de influenza equina que reportó un alto nivel de angustia psicológica durante el brote, en comparación con alrededor del 12% en la población general australiana.[28](#) Un estudio[27](#) que comparó los síntomas de estrés postraumático en padres y niños en cuarentena con los que no estaban en cuarentena encontró que las puntuaciones medias de estrés postraumático fueron cuatro veces más altas en los niños que habían sido puestos en cuarentena que en los que no estaban en cuarentena. El 28% (27 de 98) de los padres en cuarentena en este estudio informaron síntomas suficientes para garantizar el diagnóstico de un trastorno de salud mental relacionado con el trauma, en comparación con el 6% (17 de 299) de los padres que no estaban en cuarentena. Otro estudio[19](#) del personal del hospital examinó los síntomas de depresión 3 años después de la cuarentena y encontró que el 9% (48 de 549) de toda la muestra informaron síntomas depresivos altos. En el grupo

con síntomas depresivos altos, casi el 60% (29 de 48) habían sido puestos en cuarentena, pero solo el 15% (63 de 424) del grupo con síntomas depresivos bajos habían sido puestos en cuarentena.

Todos los demás estudios cuantitativos solo encuestaron a aquellos que habían sido puestos en cuarentena y generalmente informaron una alta prevalencia de síntomas de angustia y trastorno psicológico. Los estudios informaron sobre síntomas psicológicos generales,[22](#) trastornos emocionales,[34](#) depresión,[16](#) estrés,[15](#) estados de ánimo bajos,[18](#) irritabilidad,[18](#) insomnio,[18](#) síntomas de estrés postraumático[25](#) (calificado en la Escala de impacto de eventos de Weiss y Marmar, revisado[35](#)), ira,[20](#) y agotamiento emocional.[21](#) El bajo estado de ánimo (660 [73%] de 903) y la irritabilidad (512 [57%] de 903) se destacan por tener una alta prevalencia.[18](#) Las personas en cuarentena por estar en contacto cercano con aquellas que potencialmente tienen SARS[25](#) informaron varias respuestas negativas durante el período de cuarentena: más del 20% (230 de 1057) informaron temor, 18% (187) informaron nerviosismo, 18% (186) informaron tristeza, y el 10% (101) informaron culpabilidad. Pocos informaron sentimientos positivos: 5% (48) informaron sentimientos de felicidad y 4% (43) informaron sentimientos de alivio. Los estudios cualitativos también identificaron una variedad de otras respuestas psicológicas a la cuarentena, como confusión,[11](#), [12](#), [13](#), [23](#) miedo,[12](#), [13](#), [14](#), [15](#), [23](#), [24](#) ira,[12](#), [13](#) pena,[29](#) entumecimiento,[23](#) y ansiedad -insomnio inducido.[14](#), [15](#)

Un estudio comparó estudiantes universitarios que habían sido puestos en cuarentena con aquellos que no estaban en cuarentena inmediatamente después del período de cuarentena y no encontraron diferencias significativas entre los grupos en términos de síntomas de estrés postraumático o problemas generales de salud mental.[29](#) Sin embargo, toda la población de estudio eran estudiantes de pregrado (que generalmente son jóvenes y tal vez tienen menos responsabilidades que los adultos que trabajan a tiempo completo) y, por lo tanto, es posible que estas conclusiones no puedan generalizarse a la población en general.

Solo un estudio [17](#) comparó los resultados psicológicos durante la cuarentena con los resultados posteriores y descubrió que durante la cuarentena, el 7% (126 de 1656) mostró síntomas de ansiedad y el 17% (275) mostró sentimientos de ira, mientras que 4 a 6 meses después de la cuarentena estos síntomas habían disminuido a 3% (ansiedad) y 6% (ira).

Dos estudios informaron sobre los efectos a largo plazo de la cuarentena. 3 años después del brote de SARS, el abuso de alcohol o los síntomas de dependencia se asociaron positivamente con la cuarentena en trabajadores de la salud.[32](#) En un análisis multivariado,[32](#) después de controlar los factores demográficos, haber sido puestos en cuarentena y haber trabajado en una ubicación de alto riesgo fueron los dos tipos de exposición significativamente asociados con estos resultados (para cuarentena: relación media no ajustada 0.45; IC del 95% 1.02–2.65).

Después de la cuarentena, muchos participantes continuaron participando en conductas de evitación. Para los trabajadores de la salud,[20](#) estar en cuarentena se asoció de manera significativa y positiva con conductas de evitación, como minimizar el contacto directo con los pacientes y no presentarse al trabajo. Un estudio de[25](#) personas en cuarentena debido a un posible contacto con el SRAS señaló que el 54% (524 de 1057) de las personas que habían sido puestas en cuarentena evitaban las personas que tosían o estornudaban, el 26% (255) evitaban los lugares cerrados y abarrotados, y el 21% (204) evitó todos los espacios públicos en las semanas posteriores al período de cuarentena. Un estudio cualitativo[13](#) informó que varios participantes describieron cambios de comportamiento a largo plazo después del período de

cuarentena, como el lavado de manos vigilante y evitar las multitudes y, para algunos, el regreso a la normalidad se retrasó muchos meses.

Predictores de impacto psicológico previos a la cuarentena

Hubo pruebas encontradas de si las características y la demografía de los participantes eran predictores del impacto psicológico de la cuarentena. Un estudio²⁸ de propietarios de caballos en cuarentena debido a la gripe equina identificó varias características asociadas con impactos psicológicos negativos: edad más joven (16-24 años), niveles más bajos de calificaciones educativas formales, género femenino y tener un hijo en lugar de no tener hijos (aunque tener tres o más hijos parecía algo protector). Sin embargo, otro estudio¹⁶ sugirió que factores demográficos como el estado civil, la edad, la educación, vivir con otros adultos y tener hijos no estaban asociados con los resultados psicológicos.

Tener antecedentes de enfermedad psiquiátrica se asoció con experimentar ansiedad y enojo 4–6 meses después de la liberación de la cuarentena.¹⁷ Los trabajadores de la salud²⁵ que habían sido puestos en cuarentena tenían síntomas más severos de estrés postraumático que los miembros del público en general que habían sido puestos en cuarentena, obteniendo puntajes significativamente más altos en todas las dimensiones. Los trabajadores de la salud también sintieron una mayor estigmatización que el público en general, exhibieron más conductas de evitación después de la cuarentena, informaron una mayor pérdida de ingresos y fueron sistemáticamente más afectados psicológicamente: informaron sustancialmente más enojo, molestia, miedo, frustración, culpa, impotencia, aislamiento, soledad, nerviosismo, tristeza, preocupación, y fueron menos felices. Los trabajadores de la salud también tenían muchas más probabilidades de pensar que tenían SARS y de preocuparse por infectar a otros. Por el contrario, un estudio¹⁶ sugirió que el estado del trabajador de la salud no estaba asociado con los resultados psicológicos.

Estresores durante la cuarentena

Duración de la cuarentena

Tres estudios mostraron que las duraciones más largas de la cuarentena se asociaron específicamente con una peor salud mental, síntomas de estrés postraumático,^{16, 25} conductas de evitación y enojo.²⁰ Aunque la duración de la cuarentena no siempre fue clara, un estudio¹⁶ mostró que aquellos en cuarentena por más de 10 días mostraron síntomas de estrés postraumático significativamente más altos que aquellos en cuarentena por menos de 10 días.

Miedo a la infección

Los participantes en ocho estudios informaron temor a su propia salud o miedo a infectar a otros^{9, 13, 14, 16, 17, 21, 25, 26} y tenían más probabilidades de temer infectar a los miembros de la familia que los que no estaban en cuarentena.⁹ También se preocuparon especialmente si experimentaban síntomas físicos potencialmente relacionados con la infección¹⁴ y temían que los síntomas pudieran reflejar que la infección continuara estando relacionada con los resultados psicológicos varios meses después.¹⁷ Por el contrario, un estudio¹¹ encontró que, aunque muy pocos participantes estaban extremadamente preocupados por infectarse o transmitir el virus a otros, los que estaban preocupados solían ser mujeres embarazadas y aquellos con niños pequeños.

Frustración y aburrimiento

Con frecuencia se demostró que el confinamiento, la pérdida de la rutina habitual y el contacto social y físico reducido con los demás causaban aburrimiento, frustración y una sensación de aislamiento del resto del mundo, lo que era angustiante para los participantes.[10](#), [11](#), [13](#), [14](#), [15](#), [16](#), [25](#), [26](#), [31](#) Esta frustración se exacerbó al no poder participar en las actividades cotidianas habituales, como comprar las necesidades básicas[16](#) o participar en las redes sociales actividades a través del teléfono o internet.[17](#)

Suministros

suministros inadecuados Tener básicos inadecuados (por ejemplo, comida, agua, ropa o alojamiento) durante la cuarentena fue una fuente de frustración[10](#), [31](#) y continuó estando asociado con ansiedad y enojo 4–6 meses después de la liberación.[17](#) Ser incapaz de obtener atención médica y recetas médicas regulares también parecía ser un problema para algunos participantes.[10](#)

Cuatro estudios encontraron que los suministros de las autoridades de salud pública eran insuficientes. Los participantes informaron haber recibido sus máscaras y termómetros tarde o nada;[13](#) alimentos, agua y otros artículos solo se distribuyeron de manera intermitente;[24](#) y los suministros de alimentos tardaron mucho en llegar.[12](#) Aunque los que estuvieron en cuarentena durante el brote del SARS de Toronto elogiaron a las autoridades de salud pública por entregar kits de suministros médicos al comienzo del período de cuarentena, no recibieron víveres u otros suministros de rutina necesarios para la vida diaria.[15](#)

Información inadecuada

Muchos participantes citaron información deficiente de las autoridades de salud pública como un factor estresante, informando que no hay pautas claras suficientes sobre las acciones a tomar y confusión sobre el propósito de la cuarentena.[11](#), [12](#), [13](#), [15](#), [24](#), [26](#) Después de la epidemia del SARS de Toronto, los participantes percibieron que la confusión surgió de las diferencias en el estilo, el enfoque y el contenido de varios mensajes de salud pública debido a la falta de coordinación entre las múltiples jurisdicciones y niveles de gobierno involucrados . [15](#) La falta de claridad sobre los diferentes niveles de riesgo, en particular, llevó a los participantes a temer lo peor.[14](#) Los participantes también informaron una falta percibida de transparencia por parte de los funcionarios de salud y del gobierno sobre la gravedad de la pandemia.[11](#) Quizás relacionado con la falta de pautas claras o razones, la dificultad percibida para cumplir con los protocolos de cuarentena fue un predictor significativo de síntomas de estrés postraumático en un estudio.[25](#)

Factores estresantes después de la cuarentena

Finanzas

La pérdida financiera puede ser un problema durante la cuarentena, ya que las personas no pueden trabajar y tienen que interrumpir sus actividades profesionales sin una planificación avanzada; Los efectos parecen ser duraderos. En los estudios revisados, la pérdida financiera como resultado de la cuarentena creó una grave angustia socioeconómica[24](#) y se descubrió que era un factor de riesgo de síntomas de trastornos psicológicos[22](#) y enojo y ansiedad varios meses después de la cuarentena.[17](#) Un estudio[28](#) encontró que los encuestados que fueron puestos en cuarentena debido a la gripe equina, cuya principal fuente de ingresos provenía de una industria relacionada con los caballos, tenían más del doble de probabilidades de tener una gran angustia que aquellos cuyos ingresos no provenían de la industria. Este hallazgo probablemente esté relacionado con los efectos económicos, pero también podría estar

relacionado con la interrupción de las redes sociales y la pérdida de actividades de ocio. Cabe destacar que este estudio es excepcional ya que la ocupación y la exposición se confunden.

Un estudio¹⁴ de personas en cuarentena debido a un posible contacto con el ébola encontró que, aunque los participantes recibieron asistencia financiera, algunos consideraron que la cantidad era insuficiente y que llegó demasiado tarde; muchos se sintieron perjudicados ya que la asistencia que recibieron no cubrió sus gastos profesionales en curso. Muchos se volvieron dependientes de sus familias para mantenerlos financieramente durante la cuarentena, que a menudo era difícil de aceptar y podía causar conflictos. En un estudio,¹³ ninguno de los que estuvieron en cuarentena en Toronto durante el SARS reportó muchas dificultades financieras porque los empleadores o el gobierno los compensaron, pero cuando ese reembolso tardó en llegar, causó dificultades para aquellos con menos recursos financieros.

Potencialmente relacionado con la pérdida financiera, los participantes con un ingreso familiar combinado anual de menos de CAN \$ 40 000 mostraron cantidades significativamente más altas de estrés postraumático y síntomas depresivos.¹⁶ Es probable que estos síntomas se deban a que aquellos con ingresos más bajos tenían más probabilidades de verse afectados por la pérdida temporal de ingresos que aquellos con ingresos más altos.

Las personas que están en cuarentena y tienen ingresos familiares más bajos pueden requerir niveles adicionales de apoyo, junto con aquellos que pierden ganancias mientras están en cuarentena (es decir, personas que trabajan por cuenta propia que no pueden trabajar o personal asalariado que no pueden tomar vacaciones pagadas). Los reembolsos financieros deben proporcionarse siempre que sea posible y los programas desarrollados para proporcionar apoyo financiero durante todo el período de cuarentena. Cuando sea apropiado, los empleadores también pueden considerar enfoques proactivos que permitan a los empleados trabajar desde casa si así lo desean, tanto para evitar pérdidas financieras como para evitar el aburrimiento, teniendo en cuenta que el personal en estas situaciones podría no ser más productivo y productivo. podría beneficiarse más del apoyo social remoto de sus colegas.²

Estigma

El estigma de otros fue un tema principal en toda la literatura, a menudo continuó durante algún tiempo después de la cuarentena, incluso después de la contención del brote. En una comparación de los trabajadores de la salud en cuarentena frente a los que no estaban en cuarentena,⁹ participantes en cuarentena tenían una probabilidad significativamente mayor de informar la estigmatización y el rechazo de las personas en sus vecindarios locales, lo que sugiere que existe un estigma que rodea específicamente a las personas que habían sido puestas en cuarentena. Los participantes en varios estudios informaron que otros los trataban de manera diferente: evitándolos, retirando invitaciones sociales, tratándolos con miedo y sospecha, y haciendo comentarios críticos.^{13, 14, 15, 16, 18, 21, 23, 24, 25, 26, 30, 31}

Varios trabajadores de la salud involucrados en el brote de ébola en Senegal informaron que la cuarentena había llevado a sus familias a considerar que sus trabajos eran demasiado riesgosos. , creando tensión dentro del hogar.¹⁴ En el mismo estudio, tres participantes informaron que no pudieron reanudar sus trabajos después de que finalizó la vigilancia porque sus empleadores expresaron temor al contagio.

Las personas en cuarentena durante la epidemia de Ébola en Liberia informaron que el estigma podría conducir a la privación de derechos de los grupos minoritarios en la comunidad, ya que a menudo se decía que las familias en cuarentena pertenecían a diferentes grupos étnicos, tribus o religiones y se percibían como peligrosas porque eran diferentes.²⁴ Quizás debido a este estigma, estar en cuarentena llevó a los participantes en este estudio a mantener en secreto las enfermedades que no son ébola, fácilmente tratables, y evitaron buscar ayuda.

La educación general sobre la enfermedad y la justificación de la información sobre cuarentena y salud pública proporcionada al público en general puede ser beneficiosa para reducir la estigmatización, mientras que una información más detallada dirigida a escuelas y lugares de trabajo también podría ser útil. También podría ser que los informes de los medios contribuyen a estigmatizar las actitudes del público en general; los medios de comunicación ejercen una poderosa influencia en las actitudes del público y los titulares dramáticos, y se ha demostrado que el abuso de miedo contribuye a estigmatizar actitudes en el pasado (por ejemplo, durante el brote de SRAS).³⁶ Este tema resalta la necesidad de que los funcionarios de salud pública proporcionen mensajes rápidos y claros que se entreguen efectivamente a toda la población afectada para promover una comprensión precisa de la situación.

¿Qué se puede hacer para mitigar las consecuencias de la cuarentena?

Durante los brotes de enfermedades infecciosas importantes, la cuarentena puede ser una medida preventiva necesaria. Sin embargo, esta revisión sugiere que la cuarentena a menudo se asocia con un efecto psicológico negativo. Durante el período de cuarentena, este efecto psicológico negativo no es sorprendente, sin embargo, la evidencia de que un efecto psicológico de la cuarentena todavía se puede detectar meses o años más tarde, aunque de un pequeño número de estudios^{17, 19}, es más preocupante y sugiere la necesidad de garantizar que se implementen medidas efectivas de mitigación como parte del proceso de planificación de cuarentena.

En este sentido, nuestros resultados no proporcionan pruebas sólidas de que ningún factor demográfico particular sea un factor de riesgo de malos resultados psicológicos después de la cuarentena y, por lo tanto, requiere atención específica. Sin embargo, el historial de enfermedad mental solo fue examinado como un factor de riesgo por un estudio. La literatura previa sugiere que la historia psiquiátrica se asocia con angustia psicológica después de experimentar cualquier trauma relacionado con el desastre^{37, 38} y es probable que las personas con mala salud mental preexistente necesiten apoyo adicional durante la cuarentena. También parecía haber una alta prevalencia de angustia psicológica en los trabajadores de la salud en cuarentena, aunque había pruebas encontradas de si este grupo tenía un mayor riesgo de angustia que los trabajadores no sanitarios que estaban en cuarentena. Para los trabajadores de la salud, el apoyo de los gerentes es esencial para facilitar su regreso al trabajo³⁹ y los gerentes deben ser conscientes de los riesgos potenciales para su personal que fueron puestos en cuarentena para que puedan prepararse para una intervención temprana.

Manténgalo lo más corto posible

La cuarentena más prolongada se asocia con resultados psicológicos más pobres, tal vez como era de esperar, ya que es lógico que los factores estresantes informados por los participantes puedan tener un efecto mayor cuanto más tiempo se experimente. Restringir la duración de la cuarentena a lo que es científicamente razonable dada la duración conocida de los períodos de incubación, y no adoptar un enfoque excesivamente precautorio para esto, minimizaría el

efecto en las personas. La evidencia de otros lugares también enfatiza la importancia de que las autoridades se adhieran a la duración recomendada de la cuarentena y no la extiendan. Para las personas que ya están en cuarentena, una extensión, por pequeña que sea, puede exacerbar cualquier sensación de frustración o desmoralización.[40](#) Imponer un cordón indefinidamente en ciudades enteras sin un límite de tiempo claro (como se ha visto en Wuhan, China) podría ser más perjudicial que los procedimientos de cuarentena estrictamente aplicados limitados al período de incubación.

Brinde a las personas tanta información como sea posible

Las personas en cuarentena a menudo temían ser infectadas o infectar a otros. También suelen tener evaluaciones catastróficas de cualquier síntoma físico experimentado durante el período de cuarentena. Este temor es una ocurrencia común para las personas expuestas a una enfermedad infecciosa preocupante,[41](#) y podría verse exacerbado por la información a menudo inadecuada que los participantes informaron haber recibido de los funcionarios de salud pública, dejándolos poco claros de la naturaleza de los riesgos que enfrentaban y por qué estaban en cuarentena. todos. Debería ser una prioridad garantizar que quienes están en cuarentena comprendan bien la enfermedad en cuestión y los motivos de la cuarentena.

Proporcionar suministros adecuados

Los funcionarios también deben asegurarse de que los hogares en cuarentena tengan suficientes suministros para sus necesidades básicas y, lo que es más importante, estos deben proporcionarse lo más rápido posible. Idealmente, la coordinación para el suministro de suministros debe realizarse de antemano, con planes de conservación y reasignación establecidos para garantizar que los recursos no se agoten, lo que lamentablemente se ha informado.[2](#)

Reduzca el aburrimiento y mejore la comunicación El

aburrimiento y el aislamiento causarán angustia; Se debe informar a las personas que están en cuarentena sobre lo que pueden hacer para evitar el aburrimiento y se les debe proporcionar consejos prácticos sobre técnicas de manejo del estrés y manejo del estrés. Tener un teléfono móvil que funcione ahora es una necesidad, no un lujo, y quienes bajan de un largo vuelo para entrar en cuarentena probablemente recibirán un cargador o adaptador más que cualquier otra cosa.[17](#) La activación de su red social, aunque de manera remota, no es solo una prioridad clave, sino que la incapacidad para hacerlo no solo se asocia con ansiedad inmediata, sino con angustia a más largo plazo.[2](#), [42](#) Un estudio²¹ sugirió que tener una línea de asistencia telefónica, atendida por enfermeras psiquiátricas, específicamente para aquellos en cuarentena podría ser eficaz en términos de proporcionarles una red social. La capacidad de comunicarse con la familia y los amigos también es esencial. En particular, las redes sociales podrían desempeñar un papel importante en la comunicación con las personas lejanas, permitiendo que las personas en cuarentena actualicen a sus seres queridos sobre su situación y les aseguren que están bien. Por lo tanto, proporcionar a las personas en cuarentena teléfonos móviles, cables y enchufes para cargar dispositivos y redes WiFi robustas con acceso a Internet para permitirles comunicarse directamente con sus seres queridos podría reducir la sensación de aislamiento, estrés y pánico.[2](#) Aunque esto es posible de lograr en la cuarentena forzada, podría ser más difícil de hacer en el caso de la cuarentena generalizada en el hogar; Los países que imponen censores en las redes sociales y las aplicaciones de mensajería también podrían presentar dificultades para garantizar las líneas de comunicación entre los que están en cuarentena y sus seres queridos.

También es importante que los funcionarios de salud pública mantengan líneas claras de comunicación con las personas en cuarentena sobre qué hacer si experimentan algún síntoma. Una línea telefónica o un servicio en línea específicamente establecido para las personas en cuarentena y atendido por trabajadores de la salud que pueden proporcionar instrucciones sobre qué hacer en caso de desarrollar síntomas de enfermedad, ayudaría a asegurar a las personas que recibirán atención si se enferman. Este servicio mostrará a quienes están en cuarentena que no han sido olvidados y que sus necesidades de salud son tan importantes como las del público en general. No se han estudiado los beneficios de dicho recurso, pero es probable que la tranquilidad pueda disminuir posteriormente los sentimientos como el miedo, la preocupación y la ira.

Hay evidencia que sugiere que los grupos de apoyo específicamente para personas que fueron puestas en cuarentena en el hogar durante brotes de enfermedades pueden ser útiles. Un estudio²³ encontró que tener un grupo así y sentirse conectado con otros que habían pasado por la misma situación podría ser una experiencia de validación y empoderamiento y puede proporcionar a las personas el apoyo que podrían encontrar que no están recibiendo de otras personas.

Los trabajadores de la salud merecen una atención especial

Los mismos trabajadores de la salud a menudo están en cuarentena y esta revisión sugiere que, como el público en general, se ven afectados negativamente por las actitudes estigmatizantes de los demás. Ninguno de los estudios incluidos en esta revisión se centró en las percepciones de sus colegas, pero este sería un aspecto interesante para explorar. También es posible que los trabajadores de la salud que estén en cuarentena estén preocupados por hacer que sus lugares de trabajo no tengan suficiente personal y causar un trabajo extra para sus colegas²¹ y que las percepciones de sus colegas puedan ser particularmente importantes. Estar separado de un equipo con el que están acostumbrados a trabajar en contacto cercano podría aumentar la sensación de aislamiento de los trabajadores de la salud que están en cuarentena. Por lo tanto, es esencial que se sientan respaldados por sus colegas inmediatos. Durante los brotes de enfermedades infecciosas, se ha encontrado que el apoyo organizacional es protector de la salud mental para el personal de atención médica en general³⁹ y los gerentes deben tomar medidas para garantizar que los miembros de su personal apoyen a sus colegas en cuarentena.

El altruismo es mejor que la compulsión

Quizás debido a las dificultades de diseñar un estudio apropiado, no se encontró ninguna investigación que probara si la cuarentena obligatoria versus la voluntaria tiene un efecto diferencial en el bienestar. Sin embargo, en otros contextos, sentir que otros se beneficiarán de la situación de uno puede hacer que las situaciones estresantes sean más fáciles de soportar y parece probable que esto también sea cierto para la cuarentena en el hogar. Reforzar esa cuarentena está ayudando a mantener a otros seguros, incluidos aquellos particularmente vulnerables (como aquellos que son muy jóvenes, viejos o con afecciones médicas graves preexistentes), y que las autoridades sanitarias les están realmente agradecidas, solo pueden ayudar a reducir el efecto sobre la salud mental y la adherencia en los que están en cuarentena.^{19, 33} En particular, el altruismo tiene sus límites si se les pide a las personas que se pongan en cuarentena sin información adecuada sobre cómo mantener a salvo a las personas con las que viven. Es inaceptable pedirles a las personas que se auto-pongán en cuarentena para el beneficio de la salud de la comunidad, cuando al hacerlo podrían poner en riesgo a sus seres queridos.

Lo que no sabemos

La cuarentena es una de varias medidas de salud pública para prevenir la propagación de una enfermedad infecciosa y, como se muestra en esta revisión, tiene un impacto psicológico considerable para los afectados. Como tal, hay una pregunta sobre si otras medidas de salud pública que evitan la necesidad de imponer cuarentena (como el distanciamiento social, la cancelación de reuniones masivas y el cierre de escuelas) podrían ser más favorables. Se necesita investigación futura para establecer la efectividad de tales medidas.

Se deben considerar las fortalezas y limitaciones de esta Revisión. Debido a las limitaciones de tiempo de esta revisión dado el brote de coronavirus en curso, la literatura revisada no se sometió a una evaluación formal de la calidad. Además, la Revisión se limitó a publicaciones revisadas por pares y no exploramos literatura gris potencialmente relevante. Las recomendaciones que hemos hecho se aplican principalmente a pequeños grupos de personas en instalaciones dedicadas y, en cierta medida, en autoaislamiento. Aunque anticipamos que muchos de los factores de riesgo de malos resultados psicosociales serían los mismos para procesos de contención más grandes (como pueblos o ciudades enteras), es probable que haya diferencias claras en tales situaciones que significan que la información presentada en esta Revisión debería solo se aplicará a tales situaciones con cautela. Además, se deben considerar las posibles diferencias culturales. Aunque esta revisión no puede predecir exactamente qué sucederá ni proporcionar recomendaciones que funcionen para cada población futura que se encuentre en cuarentena, hemos proporcionado una visión general de los problemas clave y cómo podrían rectificarse en el futuro.

También hay varias limitaciones de la literatura revisada, que deben señalarse: solo un estudio realizó un seguimiento de los participantes a lo largo del tiempo, los tamaños de las muestras fueron generalmente pequeños, pocos estudios compararon directamente a los participantes en cuarentena con los que no estaban en cuarentena, conclusiones basadas en ciertas poblaciones de estudio (p. Ej. , estudiantes) podrían no ser generalizables para el público en general, y la heterogeneidad de las medidas de resultado entre los estudios dificulta la realización de comparaciones directas entre los estudios. También vale la pena señalar que una minoría de estudios evaluó los síntomas del estrés postraumático utilizando medidas diseñadas para medir el trastorno de estrés postraumático, a pesar de que la cuarentena no se califica como un trauma en el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático en el Diagnóstico y Manual estadístico de los trastornos mentales 5.[43 Las](#)

fortalezas de esta revisión incluyen la búsqueda manual de listas de referencias para identificar los documentos que no se encontraron en la búsqueda inicial, contactar a los autores que enviaron textos completos de los documentos que no estaban disponibles en línea, y tener múltiples investigadores llevan a cabo la evaluación para mejorar el rigor de la Revisión.

Conclusión

En general, esta revisión sugiere que el impacto psicológico de la cuarentena es amplio, sustancial y puede ser duradero. Esto no sugiere que la cuarentena no deba usarse; Los efectos psicológicos de no usar cuarentena y permitir que la enfermedad se propague podrían ser peores.[44](#) Sin embargo, privar a las personas de su libertad para el bien público en general es a menudo polémico y debe manejarse con cuidado. Si la cuarentena es esencial, nuestros resultados sugieren que los funcionarios deben tomar todas las medidas para garantizar que esta experiencia sea lo más tolerable posible para las personas. Esto se puede lograr: diciéndole a las personas lo que está sucediendo y por qué, explicando cuánto tiempo

continuará, proporcionando actividades significativas para que realicen mientras están en cuarentena, proporcionando una comunicación clara, asegurando suministros básicos (como alimentos, agua y suministros médicos) están disponibles y refuerzan la sensación de altruismo que las personas deberían, con razón, sentir. Los funcionarios de salud encargados de implementar la cuarentena, que por definición están empleados y generalmente tienen una seguridad laboral razonable, también deben recordar que no todos están en la misma situación. Si la experiencia de la cuarentena es negativa, los resultados de esta Revisión sugieren que puede haber consecuencias a largo plazo que afecten no solo a las personas en cuarentena, sino también al sistema de atención médica que administró la cuarentena y a los políticos y funcionarios de salud pública que lo ordenaron.

Estrategia de búsqueda y criterios de selección

Nuestra estrategia de búsqueda fue diseñada para informar esta revisión y una segunda revisión que se publicará en otro lugar en relación con el cumplimiento de la cuarentena. Se realizaron búsquedas en Medline, PsycINFO y Web of Science. La lista completa de términos de búsqueda se puede encontrar en el [apéndice](#). En resumen, utilizamos una combinación de términos relacionados con la cuarentena (por ejemplo, "cuarentena" y "aislamiento del paciente") y los resultados psicológicos (por ejemplo, "psicología" y "estigma"). Para que los estudios se incluyan en esta revisión, tuvieron que informar sobre la investigación primaria, publicarse en revistas revisadas por pares, estar escritos en inglés o italiano (ya que estos son los idiomas hablados por los autores actuales), incluir a los participantes a los que se les solicitó ingresar poner en cuarentena fuera del entorno de un hospital durante al menos 24 horas e incluir datos sobre la prevalencia de enfermedades mentales o bienestar psicológico, o sobre factores asociados con enfermedades mentales o bienestar psicológico (es decir, cualquier predictor de bienestar psicológico durante o después de la cuarentena). La búsqueda inicial arrojó 3166 artículos, de los cuales 24 incluyeron datos relevantes y se incluyeron en esta Revisión. El proceso de selección se ilustra en la [figura](#).

Contributors

GJR designed the search strategy with input from SKB, RKW, and LES. SKB, RKW, LES, and LW carried out the literature searches and screening, and any discrepancies were discussed with GJR and SW. SKB carried out the data extraction. SKB wrote the first draft of the review with input from RKW, LES, LW, SW, NG, and GJR.

Declaration of interests

We declare no competing interests.

Acknowledgments

The research was funded by the National Institute for Health Research (NIHR) Health Protection Research Unit in Emergency Preparedness and Response at King's College London, in partnership with Public Health England, and in collaboration with the University of East Anglia and Newcastle University. The views expressed are those of the author(s) and not necessarily those of the National Health Service, NIHR, Department of Health and Social Care, or Public Health England.

Editorial note: the *Lancet* Group takes a neutral position with respect to territorial claims in the published [table](#).

Supplementary Material

[Download : Download Acrobat PDF file \(80KB\)](#)

Supplementary appendix.

References

1

Centers for Disease Control and Prevention **Quarantine and isolation**

<https://www.cdc.gov/quarantine/index.html> (2017)

(accessed Jan 30, 2020).

[Google Scholar](#)

2

M-E Manuel, J Cukor **Mother Nature versus human nature: public compliance with evacuation and quarantine**

Disasters, 35 (2011), pp. 417-442

[CrossRefView Record in ScopusGoogle Scholar](#)

3

K Newman **Shutt up: bubonic plague and quarantine in early modern England**

J Sol Hist, 45 (2012), pp. 809-834

[CrossRefView Record in ScopusGoogle Scholar](#)

4

Public Health England **Novel coronavirus (2019-nCoV) – what you need to know**

<https://publichealthmatters.blog.gov.uk/2020/01/23/wuhan-novel-coronavirus-what-you-need-to-know/> (2020)

(accessed Jan 31, 2020).

[Google Scholar](#)

5

D Barbisch, KL Koenig, FY Shih **Is there a case for quarantine? Perspectives from SARS to Ebola**

Disaster Med Public Health Prep, 9 (2015), pp. 547-553

[CrossRefView Record in ScopusGoogle Scholar](#)

6

SH Miles **Kaci Hickox: public health and the politics of fear**

<http://www.bioethics.net/2014/11/kaci-hickox-public-health-and-the-politics-of-fear/> (2014)

(accessed Jan 31, 2020).

[Google Scholar](#)

7

GJ Rubin, S Wessely **The psychological effects of quarantining a city**

BMJ, 368 (2020), p. m313

[CrossRef](#)[Google Scholar](#)

8

WHO **Rapid reviews to strengthen health policy and systems: a practical guide**

<https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/publications/rapid-review-guide/en/> (2017)

(accessed Jan 31, 2020).

[Google Scholar](#)

9

Y Bai, C-C Lin, C-Y Lin, J-Y Chen, C-M Chue, P Chou **Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak**

Psychiatr Serv, 55 (2004), pp. 1055-1057

[View Record in Scopus](#)[Google Scholar](#)

10

RJ Blendon, JM Benson, CM DesRoches, E Raleigh, K Taylor-Clark **The public's response to severe acute respiratory syndrome in Toronto and the United States**

Clin Infect Dis, 38 (2004), pp. 925-931

[View Record in Scopus](#)[Google Scholar](#)

11

A Braunack-Mayer, R Tooher, JE Collins, JM Street, H Marshall **Understanding the school community's response to school closures during the H1N1 2009 influenza pandemic**

BMC Public Health, 13 (2013), p. 344

[Google Scholar](#)

12

G Caleo, J Duncombe, F Jephcott, *et al.* **The factors affecting household transmission dynamics and community compliance with Ebola control measures: a mixed-methods study in a rural village in Sierra Leone**

BMC Public Health, 18 (2018), p. 248

[Google Scholar](#)

13

MA Cava, KE Fay, HJ Beanlands, EA McCay, R Wignall **The experience of quarantine for individuals affected by SARS in Toronto**

Public Health Nurs, 22 (2005), pp. 398-406

[CrossRefView Record in ScopusGoogle Scholar](#)

[14](#)

A Desclaux, D Badji, AG Ndione, K Sow **Accepted monitoring or endured quarantine? Ebola contacts' perceptions in Senegal**

Soc Sci Med, 178 (2017), pp. 38-45

[ArticleDownload PDFView Record in ScopusGoogle Scholar](#)

[15](#)

C DiGiovanni, J Conley, D Chiu, J Zaborski **Factors influencing compliance with quarantine in Toronto during the 2003 SARS outbreak**

Biosecur Bioterror, 2 (2004), pp. 265-272

[CrossRefView Record in ScopusGoogle Scholar](#)

[16](#)

L Hawryluck, WL Gold, S Robinson, S Pogorski, S Galea, R Styra **SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada**

Emerg Infect Dis, 10 (2004), pp. 1206-1212

[CrossRefView Record in ScopusGoogle Scholar](#)

[17](#)

H Jeong, HW Yim, Y-J Song, *et al.* **Mental health status of people isolated due to Middle East respiratory syndrome**

Epidemiol Health, 38 (2016), p. e2016048

[CrossRefView Record in ScopusGoogle Scholar](#)

[18](#)

S Lee, LY Chan, AM Chau, KP Kwok, A Kleinman **The experience of SARS-related stigma at Amoy Gardens**

Soc Sci Med, 61 (2005), pp. 2038-2046

[ArticleDownload PDFView Record in ScopusGoogle Scholar](#)

[19](#)

X Liu, M Kakade, CJ Fuller, *et al.* **Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic**

Compr Psychiatry, 53 (2012), pp. 15-23

[ArticleDownload PDFView Record in ScopusGoogle Scholar](#)

[20](#)

Z Marjanovic, ER Greenglass, S Coffey **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, 44 (2007), pp. 991-998

[ArticleDownload PDFView Record in ScopusGoogle Scholar](#)

21

R Maunder, J Hunter, L Vincent, *et al.* **The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital**

CMAJ, 168 (2003), pp. 1245-1251

[View Record in ScopusGoogle Scholar](#)

22

M Mihashi, Y Otsubo, X Yinjuan, K Nagatomi, M Hoshiko, T Ishitake **Predictive factors of psychological disorder development during recovery following SARS outbreak**

Health Psychol, 28 (2009), pp. 91-100

[CrossRefView Record in ScopusGoogle Scholar](#)

23

PJD Pan, S-H Chang, Y-Y Yu **A support group for home-quarantined college students exposed to SARS: learning from practice**

J Spec Group Work, 30 (2005), pp. 363-374

[CrossRefView Record in ScopusGoogle Scholar](#)

24

U Pellecchia, R Crestani, T Decroo, R Van den Bergh, Y Al-Kourdi **Social consequences of Ebola containment measures in Liberia**

PLoS One, 10 (2015), p. e0143036

[CrossRefGoogle Scholar](#)

25

DL Reynolds, JR Garay, SL Deamond, MK Moran, W Gold, R Styra **Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience**

Epidemiol Infect, 136 (2008), pp. 997-1007

[CrossRefView Record in ScopusGoogle Scholar](#)

26

E Robertson, K Hershenfield, SL Grace, DE Stewart **The psychosocial effects of being quarantined following exposure to SARS: a qualitative study of Toronto health care workers**

Can J Psychiatry, 49 (2004), pp. 403-407

[CrossRefView Record in ScopusGoogle Scholar](#)

[27](#)

G Sprang, M Silman **Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters**

Disaster Med Public Health Prep, 7 (2013), pp. 105-110

[CrossRefView Record in ScopusGoogle Scholar](#)

[28](#)

MR Taylor, KE Agho, GJ Stevens, B Raphael **Factors influencing psychological distress during a disease epidemic: data from Australia's first outbreak of equine influenza**

BMC Public Health, 8 (2008), p. 347

[CrossRefView Record in ScopusGoogle Scholar](#)

[29](#)

Y Wang, B Xu, G Zhao, R Cao, X He, S Fuls **quarantine related to immediate negative psychological consequences during the 2009 H1N1 epidemic?**

Gen Hosp Psychiatry, 33 (2011), pp. 75-77

[ArticleDownload PDFCrossRefView Record in ScopusGoogle Scholar](#)

[30](#)

M Wester, J Giesecke **Ebola and healthcare worker stigma**

Scand J Public Health, 47 (2019), pp. 99-104

[CrossRefView Record in ScopusGoogle Scholar](#)

[31](#)

JA Wilken, P Pordell, B Goode, *et al.* **Knowledge, attitudes, and practices among members of households actively monitored or quarantined to prevent transmission of Ebola virus disease—Margibi County, Liberia: February–March 2015**

Prehosp Disaster Med, 32 (2017), pp. 673-678

[View Record in ScopusGoogle Scholar](#)

[32](#)

P Wu, X Liu, Y Fang, *et al.* **Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak**

Alcohol Alcohol, 43 (2008), pp. 706-712

[CrossRefView Record in ScopusGoogle Scholar](#)

[33](#)

P Wu, Y Fang, Z Guan, *et al.* **The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk**

Can J Psychiatry, 54 (2009), pp. 302-311

[CrossRefView Record in ScopusGoogle Scholar](#)

[34](#)

MK Yoon, SY Kim, HS Ko, MS Lee **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, 10 (2016), p. 51

[CrossRefView Record in ScopusGoogle Scholar](#)

[35](#)

DS Weiss, CR Marmar **The impact of event scale – revised**

JP Wilson, TM Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD*, Guildford Press, New York (1997), pp. 399-411

[View Record in ScopusGoogle Scholar](#)

[36](#)

B Person, F Sy, K Holton, *et al.* **Fear and stigma: the epidemic within the SARS outbreak**

Emerg Infect Dis, 10 (2004), pp. 358-363

[CrossRefView Record in ScopusGoogle Scholar](#)

[37](#)

J Alvarez, M Hunt **Risk and resilience in canine search and rescue handlers after 9/11**

J Trauma Stress, 18 (2005), pp. 497-505

[CrossRefView Record in ScopusGoogle Scholar](#)

[38](#)

J Cukor, K Wyka, N Jayasinghe, *et al.* **Prevalence and predictors of posttraumatic stress symptoms in utility workers deployed to the World Trade Center following the attacks of September 11, 2001**

Depress Anxiety, 28 (2011), pp. 210-217

[CrossRefView Record in ScopusGoogle Scholar](#)

[39](#)

SK Brooks, R Dunn, R Amlôt, GJ Rubin, N Greenberg **A systematic, thematic review of social and occupational factors associated with psychological outcomes in healthcare employees during an infectious disease outbreak**

J Occup Environ Med, 60 (2018), pp. 248-257

[CrossRefView Record in ScopusGoogle Scholar](#)

[40](#)

RJ Rona, NT Fear, L Hull, *et al.* **Mental health consequences of overstretch in the UK armed forces: first phase of a cohort study**

BMJ, 335 (2007), p. 603

[CrossRefView Record in ScopusGoogle Scholar](#)

[41](#)

GJ Rubin, S Harper, PD Williams, *et al.* **How to support staff deploying on overseas humanitarian work: a qualitative analysis of responder views about the 2014/15 West African Ebola outbreak**

Eur J Psychotraumatol, 7 (2016), p. 30933

[CrossRefGoogle Scholar](#)

[42](#)

GJ Rubin, CR Brewin, N Greenberg, J Simpson, S Wessely **Psychological and behavioural reactions to the bombings in London on 7 July 2005: cross sectional survey of a representative sample of Londoners**

BMJ, 331 (2005), p. 606

[CrossRefView Record in ScopusGoogle Scholar](#)

[43](#)

American Psychiatric Association

Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5, American Psychiatric Association, Arlington, VA (2013)

[Google Scholar](#)

[44](#)

HF Hull **SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada**

Emerging Infectious Diseases, 11 (2005), pp. 354-355

[CrossRefView Record in ScopusGoogle Scholar](#)

© 2020 Elsevier Ltd. All rights reserved.

Recommended articles

No articles found.

Citing articles (0)

Article Metrics