

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS**

**FACULTAD DE**

**CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE MEDICINA Y CIRUGÍA**



**TÍTULO**

“Análisis de los principales efectos de la pandemia por COVID-19 sobre la salud mental de personas adultas para la identificación de las mejores estrategias de abordaje médico preventivo de enfermedades mentales y el suicidio en estas personas”

**Nombre de los sustentantes:**

**Amanda María Anchía Chavarría**

**Bryan Gerardo Mata Chaves**

**Tutor:**

**Dr. Rolando Ramírez**

**Año 2023**

**Modalidad de tesis para optar por el grado de licenciatura en Medicina y Cirugía**

## **I. Resumen**

### **Introducción**

La pandemia por COVID-19 es una emergencia de salud pública de preocupación internacional, con impactos sin precedentes en el siglo XXI y hoy representa un gran desafío a la salud mental. Estudios en epidemias anteriores han revelado una profunda y amplia gama de consecuencias psicosociales a nivel individual y comunitario durante los brotes. Son múltiples las alteraciones psicológicas asociadas que van con un deterioro marcado de la funcionalidad, tales como estrés, ansiedad, depresión y trastorno por estrés postraumático.

### **Metodología**

Revisión bibliográfica de los principales efectos del COVID-19 en la salud mental de las personas adultas, se realizó una búsqueda en las bases de datos Scielo, PubMed, Medigraphic, Elsevier, los descriptores utilizados fueron: COVID-19 AND salud mental.

### **Conclusión**

La pandemia por COVID-19 ha impactado de forma significativa en la salud mental, tanto durante como después, con respuestas emocionales patológicas mantenidas a largo plazo, trastornos mentales con alta discapacidad, como el TEPT, el TDM y los trastornos de ansiedad. La pandemia del COVID-19 implicará un aumento en la psicopatología de la población adulta, generando una epidemia sobre la salud mental, para lo cual resulta imprescindible el desarrollo de estrategias dirigidas a la preparación, educación y fortalecimiento de la salud mental de la población afectada.

## Summary

### **Introduction**

The COVID-19 pandemic is a public health emergency of international concern, with unprecedented impacts in the 21st century and today represents a great challenge to mental health. Studies in previous epidemics have revealed a deep and wide range of psychosocial consequences at the individual and community level during outbreaks. There are multiple associated psychological alterations that go with a marked deterioration in functionality, such as stress, anxiety, depression and post-traumatic stress disorder.

### **Methodology**

Bibliographic review of the main effects of COVID-19 on the mental health of adults, a search was carried out in the Scielo, PubMed, Medigraphic, Elsevier databases, the descriptors used were: COVID-19 AND mental health.

### **Conclusion**

The COVID-19 pandemic has had a significant impact on mental health, both during and after, with long-term sustained pathological emotional responses and highly disabled mental disorders such as PTSD, MDD, and anxiety disorders. The COVID-19 pandemic will imply an increase in the psychopathology of the adult population, generating an epidemic on mental health, for which it is essential to develop strategies aimed at preparing, educating and strengthening the mental health of the affected population.

## **II. Agradecimientos**

Amanda:

Primeramente, quiero agradecer a mis padres, por acompañarme en este arduo camino de principio a fin, invirtiendo sin miedo en mi formación y creyendo en mí. Gracias por su paciencia, su amor incondicional, su apoyo y su sacrificio para hacer posible mi educación.

A mis hermanos, quienes toda la vida me ha motivado a seguir adelante, les agradezco por estar siempre no sólo aportando cosas buenas, sino también por su gran apoyo y cariño en esta etapa de mi vida.

Agradezco enormemente a mis dos peluditos, Bizcochito y Cloe, porque solo basta verlos a mi lado en cada noche de desvelo para sentirme cálidamente acompañada. Por cada recibimiento lleno de amor suficiente para calmar el día más atareado y por sumar tanto a mi salud mental con solo su existencia.

Y gracias a mi compañero de investigación, por su gran dedicación, por la excelente comunicación para poder culminar este trabajo. Gracias por todo lo aprendido durante todo este proceso.

Bryan:

Agradecer a mis padres por el apoyo brindado durante estos años, por tener la paciencia, la energía, el amor incondicional y el gran sacrificio por poder culminar lo que más me apasiona.

Agradecer a nuestro tutor, el Dr. Rolando, que más que nuestro tutor ha sido un amigo, un excelente guía en nuestra profesión con una excelente experiencia y valiosos aportes.

Agradecer a mi novia, por confiar en mí, por acompañarme en el proceso, por darme motivación siempre para seguir adelante.

También a mis mascotas las cuales han sido parte de este proceso, Bodoque gracias por acompañarme mientras estudio y culminaba esta investigación, y las que se fueron de este plano los extraño y los llevare siempre en mi corazón y mis pensamientos.

A la Universidad Internacional de las Américas y al personal que labora, por darnos las herramientas brindadas y buscar el beneficio del estudiante.

## **IV. Tabla de contenidos**

<b>I. Resumen</b>	<b>II</b>
<b>II. Agradecimientos</b>	<b>IV</b>
<b>IV. Tabla de contenidos</b>	<b>VI</b>
<b>VIII. Lista de abreviaturas</b>	<b>IX</b>
<b>CAPÍTULO I- INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Introducción</b>	<b>2</b>
<b>1.2 Planteamiento del problema</b>	<b>4</b>
<b>1.3 Objetivos</b>	<b>6</b>
<b>1.3.1 Objetivo General</b>	<b>6</b>
<b>1.3.2 Objetivos Específicos</b>	<b>6</b>
<b>1.4 Justificación</b>	<b>7</b>
<b>1.5 Antecedentes</b>	<b>10</b>
<b>1.5.1 Antecedentes Históricos</b>	<b>10</b>
<b>1.5.2 Antecedentes Internacionales</b>	<b>11</b>
<b>1.5.3 Antecedentes Nacionales</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO II- MARCO TEÓRICO</b>	<b>14</b>
<b>2.1 Salud</b>	<b>15</b>
<b>2.2 Salud Mental</b>	<b>15</b>
<b>2.2.1 Desarrollo psicoafectivo en la infancia</b>	<b>16</b>
<b>2.2.2 Factores sociales, psicológicos y biológicos relacionados a la salud mental</b>	<b>17</b>
<b>2.3 COVID-19</b>	<b>20</b>
<b>2.3.1 Fisiopatología</b>	<b>20</b>
<b>2.3.2 Origen</b>	<b>21</b>
<b>2.3.3 Transmisión</b>	<b>22</b>
<b>2.3.4 Período de incubación</b>	<b>22</b>
<b>2.3.5 Clínica</b>	<b>22</b>
<b>2.3.6 Diagnóstico</b>	<b>23</b>
<b>2.3.7 Tratamiento</b>	<b>24</b>
<b>2.4 Confinamiento por COVID-19</b>	<b>26</b>
<b>2.4.1 Medidas tomadas por el Ministerio de Salud para el funcionamiento del país durante la pandemia por COVID-19</b>	<b>27</b>
<b>2.5 Impacto Psicosocial de la COVID-19</b>	<b>30</b>

<b>2.6 Trastornos mentales relacionados a la pandemia de COVID-19</b>	<b>31</b>
2.6.1 Trastorno de Ansiedad	31
2.6.2 Trastorno Depresivo	35
2.6.3 Trastorno de estrés agudo	42
2.6.3.7 Estrés asociado a pandemias	46
2.6.4 Trastorno de estrés postraumático	49
2.6.5 Suicidio	57
<b>2.7 Grupos de población vulnerables al impacto psicológico de la COVID-19</b>	<b>63</b>
2.7.1 Adulto Mayor	64
2.7.2 Mujeres y niños confinados víctimas de violencia doméstica	64
2.7.3 Personas con enfermedad mental previa	65
2.7.4 Trabajadores sanitarios de primera línea	66
2.7.5 Personas en riesgo de exclusión o con dificultades socioeconómicas	67
<b>2.8 Estrategias de afrontamiento durante la pandemia de COVID-19</b>	<b>68</b>
2.8.1 Afrontamiento en estudiantes universitarios	70
2.8.2 Afrontamiento en adultos	71
2.8.3 Otros tipos de afrontamiento uso de alcohol y drogas en el profesional de salud	72
<b>CAPÍTULO III- MARCO METODOLÓGICO</b>	<b>75</b>
3.1 Tipo de investigación	76
3.2 Fuentes de información	76
3.3 Criterios de búsqueda	77
3.4 Criterios de inclusión y exclusión	78
3.5 Análisis de la información	79
3.6 Clasificación de la información según niveles de evidencia	81
<b>CAPÍTULO IV- ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>	<b>82</b>
4.1 Principales afecciones a la salud mental asociadas a la pandemia por COVID-19 en personas adultas	83
4.2 Estrategias de abordaje médico preventivo de enfermedades mentales y suicidio	90
4.3 Recomendaciones que permitan abordaje medico integral de personas adultas con enfermedades mentales y conductas suicidas asociadas al COVID-19 en Costa Rica	98
<b>CAPÍTULO V- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>106</b>
5.1 Conclusiones	107
5.2 Recomendaciones	109

## **V. Lista de tablas**

<b>Tabla 1. Trastorno de Ansiedad DSM-V</b>	32
<b>Tabla 2. Grupos de población vulnerables al impacto psicológico del COVID-19</b>	64
<b>Tabla 3. Criterios de búsqueda utilizados, según objetivo</b>	77
<b>Tabla 4. Criterios de exclusión e inclusión para la selección de artículos</b>	78
<b>Tabla 5. Cantidad de artículos según el nivel de evidencia</b>	81
<b>Tabla 6. Modelo colaborativo entre atención primaria y salud mental</b>	91
<b>Tabla 7. Modelo de carta estructurada</b>	93
<b>Tabla 8. Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg</b>	94
<b>Tabla 9. Modelo de intervención psicológica</b>	102

## **VIII. Lista de abreviaturas**

**SARS-CoV2: Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2**

**COVID-19: Coronavirus 2019**

**ONU: Organización de las Naciones Unidas**

**OMS: Organización Mundial de la Salud**

**CIS: Centro de Investigaciones Sociológicas**

**TEPT: Trastorno de estrés postraumático**

**POMPS: Escala de Tensión del Perfil de Estados de Ánimo**

**CES-D: Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos**

**WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life**

**CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social**

**UNED: Universidad Estatal a Distancia**

**UNA: Universidad Nacional**

**SDRA: Síndrome de distrés respiratorio del adulto**

**ARN: Ácido ribonucleico**

**HCoV-229E: Human Coronavirus 229E**

**HCoV-NL63: Human coronavirus NL63**

**SARS-CoV-1: Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus**

**MERS-CoV: Middle East Respiratory Syndrome**

**RT-PCR: Reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa**

**IgG: Inmunoglobulina G**

**IgM: Inmunoglobulina M**

**FDA: Food and Drug Administration**

**TAC: Tomografía Computarizada**

**AINE: Antiinflamatorios no esteroideos**

**ECMO: Extra Corporeal Membrane Oxygenation**

**HBPM: Heparinas de bajo peso molecular**

**OPS: Organización Panamericana de la Salud**

**TA: Trastorno de Ansiedad**

**DSM-V: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V**

**ICD: International Statistical of Diseases and Related Health problems**

**BZD: Benzodiazepinas**

**ISRS: Inhibidores de la receptación selectiva de serotonina**

**IRSN: Inhibidores de la recapturación de serotonina noradrenalina**

**TCC: Terapia Cognitivo Conductual**

**VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana**

**EU-OSHA: Agencia Europea para la Seguridad y La Salud en el Trabajo**

**CIE-10: Clasificación Internacional de las Enfermedades**

**EVE: Enfermedad por el virus del Ébola**

**UCI: Unidad de Cuidados Intensivos**

**HPA: Hipotalámico Pituitario Adrenal**

**IMAS: Instituto Mixto de Ayuda Social**

**ONG: Organización no Gubernamental**

**UIA: Universidad Internacional de las Américas**

**EADG: Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg**

# **CAPÍTULO I- INTRODUCCIÓN**

## 1.1 Introducción

A finales de diciembre del 2019, se identificó un patógeno llamado SARS-CoV2 como causa de graves casos de neumonía en Wuhan, China (Organización Panamericana de la Salud, 2020). En cuestión de semanas, el virus se propagó por todo el mundo y se volvió altamente contagioso, esto generó que la mayoría de los países afectados tomaran medidas preventivas<sup>1</sup>.

A medida que la pandemia por el coronavirus (COVID-19) se extiende rápidamente, provoca un grado considerable de miedo y preocupación en la población general y particularmente en ciertos grupos, como adultos mayores, proveedores de atención y personas con afecciones de salud subyacentes<sup>2</sup>.

Las vivencias que se relacionan con pandemias han cambiado la vida de muchas personas y en particular, sus costumbres diarias. Ha traído: incertidumbre, rutinas diarias alteradas, presiones económicas, aislamiento social y temor a enfermarse. Esta situación se agrava ante el desconocimiento de cuánto tiempo durará la pandemia, y qué puede traer en un futuro. Dado que no existe una cura definitiva, las medidas más efectivas para disminuir el contagio son aquellas en las que se implica el aislamiento social y precisamente el establecimiento de cuarentenas, siendo aquellos lugares donde se reporta transmisión local los de mayor incidencia<sup>3</sup>.

El exceso de información y los rumores infundados pueden hacer que las personas se sientan sin control y que no tengan claro qué hacer. Por esta causa, los individuos sienten sensación de: estrés, ansiedad, miedo, tristeza, y soledad, por lo que aumenta la posibilidad de que empeoren los trastornos de salud mental previos. Las razones antes expuestas agudizan el interés de profundizar en el conocimiento de cómo se comporta la salud mental, no solo de la población adulta, sino también de ciertos grupos poblacionales que son más susceptibles a desarrollar sintomatología psicológica relacionada con el estrés producido por la COVID-19<sup>2</sup>.

Según un informe de la revista Nature, la mayoría de los artículos relacionados al COVID-19 desde el inicio de la pandemia se centran en las características clínicas y epidemiológicas de la enfermedad, la identificación del genoma viral y la respuesta política de salud pública ante la pandemia. Sin embargo, se ha descuidado la atención a los problemas relacionados a la salud mental. Por lo tanto, el propósito de este trabajo de investigación es analizar los principales efectos de la pandemia por COVID-19 sobre la salud mental, identificar estrategias de abordaje médico preventivo para las afectaciones mentales y formular recomendaciones que permitan un tratamiento integral para el bienestar del paciente<sup>4</sup>.

## 1.2 Planteamiento del problema

La pandemia por COVID-19 es una emergencia mundial con importantes implicaciones en materia de salud pública, incluida la salud mental. Esta situación desafía la práctica clínica habitual de los profesionales de la salud en todos los campos<sup>5</sup>. Esto se debe a que, las variadas manifestaciones clínicas, la falta de algoritmos claros de manejo, la alta mortalidad y la lenta progresión en muchos casos pueden generar sentimientos de incompetencia, incertidumbre y frustración entre los médicos tratantes<sup>6</sup>.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), reconoció que, de no abordar de forma pertinente y oportuna el impacto de esta pandemia sobre la salud mental de la población mundial, se derivará en una crisis de dimensiones incontrolables<sup>7</sup>.

En general, todas las personas, ante una pandemia, experimentan una serie de reacciones como escudo ante situaciones amenazantes o estresantes que no pueden controlar porque son causas externas, esto se observa al ver como se apodera de ellos la angustia, el miedo a perder a los suyos, sus trabajos, negocios y el pánico por la situación inestable que se vive, sobre todo porque todavía no hay una cura definitiva, y esto combinado con el temor que provocan las noticias en las redes sociales, no siendo todo realmente verdadero. Además, la falta de hospitales, médicos y especialistas en salud mental inciden en ver un presente catastrófico<sup>8</sup>.

Las emociones negativas suelen estar muy presentes en la sociedad como resultado de que la vida cambia tal y como la conocemos. Ahora, aunque se sabe que el COVID-19 puede afectar psicológicamente a toda la población, ciertos grupos pueden ser más vulnerables, incluidos los adultos mayores con múltiples comorbilidades, los niños y mujeres que han sufrido violencia doméstica, las personas con problemas de salud mental preexistentes, trabajadores sanitarios que pueden verse afectados por el miedo al contagio y aquellos en riesgo de exclusión o desamparo socioeconómico<sup>5</sup>.

Diversos estudios han demostrado que el aislamiento puede ser un mecanismo efectivo para prevenir la propagación del COVID-19. Pero el confinamiento estricto y prolongado, y las medidas radicales, pueden tener un impacto negativo en la salud mental de un individuo. La cuarentena impuesta por el estado crea una reacción negativa diferente, ya que a menudo es una experiencia desagradable para quienes están expuestos<sup>5</sup>.

De esta forma, cuando la enfermedad reaparece, se implementa la cuarentena como medio para evitar su propagación. En este sentido, monitorear las reacciones psicológicas que provienen de las restricciones forzadas de movimiento (cuarentena) y período de aislamiento social debe constituir una prioridad para los sistemas de salud<sup>3</sup>.

Si bien se están utilizando todos los recursos para combatir la propagación del virus y mitigar su impacto, se necesitan más estrategias globales para abordar los desafíos que plantea esta nueva pandemia en el área de la salud mental<sup>9</sup>. Por lo tanto, dado que las investigaciones sobre el impacto psicológico causado en todo el mundo son escasas, se busca identificar: ¿Cuáles son los principales efectos de la pandemia por COVID-19 sobre la salud mental en las personas adultas y las estrategias de abordaje médico preventivo de enfermedades mentales y el suicidio en estas personas?

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo General**

Analizar los principales efectos de la pandemia por COVID-19 sobre la salud mental de personas adultas para la identificación de las mejores estrategias de abordaje médico preventivo de enfermedades mentales y el suicidio en estas personas.

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Describir las principales afecciones a la salud mental asociadas a la pandemia por COVID-19 en personas adultas.
- Identificar las estrategias de abordaje médico preventivo de enfermedades mentales y suicidio utilizadas actualmente en personas adultas.
- Señalar recomendaciones que permitan el abordaje médico integral de personas adultas con enfermedades mentales y conductas suicidas asociadas - al COVID-19 en Costa Rica.

## 1.4 Justificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció un brote de una nueva enfermedad en enero de 2020 y la denominó enfermedad COVID-19. Desde entonces ha sido declarado emergencia internacional de salud pública y en marzo del mismo año, la OMS identificó el COVID-19 como una pandemia<sup>10</sup>.

Las investigaciones realizadas durante brotes infecciosos anteriores han identificado una serie de consecuencias psicológicas para la población, las personas pueden sentir miedo y preocupación por enfermarse o morir, lo que puede provocar depresión, ansiedad, síntomas somáticos y síntomas de estrés postraumático<sup>11</sup>.

Se ha documentado que la población sufrió estrés psicológico en etapas tempranas como consecuencia de la pandemia de COVID-19. Además, se identificaron respuestas psicológicas negativas, siendo la ansiedad, la depresión y el estrés las condiciones más estudiadas, seguidas del insomnio, la ira y la preocupación por la salud propia y familiar.

Después de que China declarara el estado de emergencia, un estudio en el continente asiático mostró un aumento en un 16,5% de los síntomas depresivos, 28,8% en los síntomas de ansiedad, 8,1% en los síntomas de estrés y un 75,2% de la población mostró preocupación por la posibilidad de contagio<sup>4,12</sup>.

En España, el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) determinó que un 6,4% de la población ha acudido a un profesional de salud mental por síntomas, siendo un 43,7% por ansiedad y un 35,5% de depresión desde el inicio de la pandemia hasta en la actualidad, durante el confinamiento el 30% manifestó haber tenido ataques de pánico y el 55% no podía ser capaz de controlar la preocupación<sup>13</sup>.

Además, la cuarentena por el distanciamiento entre las personas aumentó la posibilidad de problemas psicológicos y mentales, los trastornos depresivos y de ansiedad tienen mayor probabilidad de desarrollarse o empeorar en ausencia de interacción humana,

dado que la cuarentena reduce la calidad de intervenciones psicosociales oportunas y de rutina<sup>4</sup>.

El confinamiento ha provocado cambios en la salud emocional provocando alteraciones a nivel social, las relaciones interpersonales se han visto afectadas, las relaciones se han hecho distantes entre conocidos, amigos, existiendo el temor al contagio.

En un estudio realizado en Canadá, se examinaron los efectos psicológicos de la cuarentena, se evidenció síntomas de Trastorno por estrés posttraumático (TEPT) en un 28,9% y depresión en el 31,2% en las personas. Un estudio también informó de efectos psicológicos negativos, síntomas de TEPT, confusión e ira donde los factores estresantes fueron temores de infección, frustración, suministros inadecuados, información inadecuada y pérdidas económicas<sup>14</sup>.

El impacto global de la pandemia en la economía es impredecible. La inestabilidad del empleo, la disminución de los ingresos de los hogares y el aumento de la deuda son problemáticas en aumento que afecta la salud mental de la población. Se han creado sentimientos graves de angustia, enojo y ansiedad debido a la pérdida económica y se catalogó como un factor de riesgo para síntomas de trastornos psicológicos<sup>14-15</sup>.

Por otro lado, personas en estudios informaron que reciben mala información de las autoridades sanitarias lo cual es un factor estresante. También se documentó que las personas percibían una falta de transparencia por parte de los funcionarios de salud sobre la gravedad de la pandemia lo cual desencadenó angustia y preocupación en la población<sup>14</sup>.

A nivel universitario, la parte académica se vio afectada, se tuvo que implementar la virtualidad, ante esta nueva situación está originando un aumento en la carga de actividades y trabajos asociada al estudio, generando mayores índices de estrés, ansiedad e irritabilidad repercutiendo en el rendimiento académico, y también en la salud mental y física<sup>15</sup>.

En la actualidad en el país existen escasos estudios de investigación sobre el impacto del COVID-19 sobre la salud mental de los adultos, es preocupante que la pandemia ha provocado no solo consecuencias en la salud física, sino que está teniendo importantes consecuencias en el ámbito mental, según la OMS, una de cada cuatro personas en el mundo ha tenido, tiene o tendrá un problema de salud mental a lo largo de su vida, y que los trastornos mentales serán la primera causa de discapacidad a nivel mundial en el año 2030<sup>16</sup>.

La importancia de esta investigación se debe al impacto de la pandemia asociado al estado de salud mental del adulto y su relación con el suicidio, es de suma relevancia analizar cómo ha influido en estas personas y el tipo de afrontamiento que han utilizado ante los cambios presentados ante a la pandemia<sup>17</sup>.

También ayudará a identificar cómo se encuentra la salud mental del adulto, de tal forma que se tomen medidas e iniciar intervenciones de abordaje médico preventivo para preservar y mejorar la salud mental, se incrementará el conocimiento teórico sobre las afecciones mentales para crear recomendaciones integrales en el ámbito de la medicina, y así servirá como sustento para futuras investigaciones.

## **1.5 Antecedentes**

En el presente apartado se mencionan estudios en relación con el tema de investigación, se muestran los efectos emocionales de las personas durante la pandemia de COVID-19.

### **1.5.1 Antecedentes Históricos**

Los efectos en la salud mental en el contexto de la pandemia por SARS-CoV-2, son amplios y se encuentran en estudio actualmente, en diferentes países han realizado estudios a la población general.

Carvacho et al<sup>18</sup>, realizaron un estudio cuantitativo de corte transversal, evaluaron los efectos del confinamiento por COVID-19 en la salud mental de estudiantes de educación superior en Chile. La muestra se compuso por un total de 616 jóvenes, estudiantes de carreras técnicas y profesionales entre 18 y 25 años, pertenecientes a instituciones de educación superior de la región de Valparaíso. Se les aplicó una encuesta de datos sociodemográficos, la Escala de Tensión del Perfil de Estados de Ánimo (POMPS) y la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D) a 315 en el año 2016 y 301 alumnos durante el año 2020. Estas encuestas demostraron medias de depresión para hombres y mujeres que excedieron el límite punto, lo que sugirió la presencia de un trastorno depresivo, las mujeres tenían mayor sintomatología depresiva y ansiosa en ambos años, sin embargo, en el año 2020 se observó un aumento de la depresión. El confinamiento por COVID-19 tuvo un alto impacto en la salud mental de los estudiantes, mujeres y estudiantes de primer año, siendo estos grupos de alto riesgo para desarrollar síntomas depresivos.

### 1.5.2 Antecedentes Internacionales

García et al<sup>19</sup>, en su estudio observacional descriptivo, transversal, cuantitativo, evaluaron la salud mental, seguridad, y calidad de vida del adulto mayor en tiempos de COVID-19. La muestra se compuso por 279 adultos mayores de los diferentes cantones de la provincia El Oro, Ecuador. Como instrumento de investigación se utilizó la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF (modificado), que cuenta con 26 ítems; los dos primeros indagan la percepción del individuo sobre su calidad de vida y salud respectivamente. Los 24 restantes evalúan cuatro dimensiones: física (dolor, energía, sueño, movilidad, actividades de la vida diaria, dependencia de tratamiento, y capacidad de trabajo), psicológica (sentimientos positivos o negativos, memoria, y autoestima), social (relaciones personales, apoyo social y actividad sexual), y ambiental. De los adultos mayores encuestados, 114 personas (42,2 %) refirieron sentimientos negativos. Se encontraron valores de correlación negativos bilaterales al relacionar los sentimientos negativos con todos los ítems, y una relación positiva con la seguridad y la calidad de vida. Se encontró un predominio de sentimientos negativos, depresión, tristeza, incertidumbre en la población de adultos mayores estudiados. Todo esto teniendo en cuenta que las preocupaciones afectan el sentido y disfrute de la vida, generando una disminución de calidad en la misma.

Álvarez et al<sup>20</sup>, realizaron un estudio de tipo descriptivo, transversal, evaluaron el impacto en la salud mental de los niños y adolescentes de Lima Metropolitana en el contexto de la COVID-19. El tamaño de la muestra fue de 2639 niños y adolescentes, se emplearon los siguientes instrumentos: Ficha demográfica y socioeconómica, Cuestionario sobre experiencias, conductas e impacto relacionadas a la Covid-19, Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Niños y Adolescentes, Cuestionario de Violencia Familiar, Cuestionario “Como es tu Familia”, Escala Adolescent Family Process, Inventario de Conductas Parentales y Cuestionario sobre Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en el Perú. Entre los aspectos de la conducta parental percibidos por los adolescentes, se halló que alrededor de la mitad de ellos experimentaban rara vez un conflicto con sus madres o padres. El miedo a que algún ser querido enferme o muera por la Covid-19 fue el más frecuente en los niños(as) de 6 a 11 años y en los adolescentes (63% y 63.6% respectivamente). El 44.4%

de los informantes de los niños de 1.5 a 5 años, refirieron que utilizaban el castigo físico, frente a un 60.3% en niños(as) de 6 a 11 años. Los adolescentes reportaron haberlo sufrido en un 59.3%. El miedo a separarse de una figura de apego se presentó en un 45.7% de niños(as) de 6 a 11 años. Más del 80% de la muestra contaba con algún seguro de salud. La tercera parte de la muestra (n = 870) presentó problemas emocionales y/o de conducta, de los cuales 714 no recibieron atención.

### **1.5.3 Antecedentes Nacionales**

A nivel nacional, las Universidades estatales, la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) y el Ministerio de Salud se han unido para desarrollar investigaciones para comprender el impacto que ha tenido el COVID-19 en la salud mental de las personas, dichas investigaciones actualmente están en desarrollo.

La Universidad Estatal a Distancia (UNED) y la Universidad Nacional (UNA), con apoyo del Ministerio de Salud y la CCSS<sup>21</sup>, realizaron un estudio de tipo cuantitativo, salud mental y relaciones con el entorno en tiempos de COVID-19. La muestra consistió en 6786 personas participantes basados en la primera investigación. Se aplicó un cuestionario en línea abierto para la población general, durante un periodo comprendido entre el 9 al 29 de octubre del 2020, en la construcción del cuestionario se incorporaron diferentes pruebas psicológicas y módulos específicos diseñados para relacionar las dimensiones psicológicas con como salud, educación, afectación a la comunidad, individualismo, organización social y, uno de los más importantes fue el módulo correspondiente al cumplimiento de medidas sanitarias. Se determinó que el 32,1 % de la población presenta una afectación crítica en su salud mental y el estado depresivo aumentó en un 50 % desde el inicio de la pandemia en el país. Así mismo, un 61,0 % de la población posee sintomatología depresiva, un 43,7 % sintomatología asociada con ansiedad generalizada severa, un 43,6 % de la población reporta sudoración de manos, palpitaciones en el pecho y dificultades para dormir, y un 51,5 % de la población presenta reacciones emocionales adversas destacadas ante el miedo de contraer el COVID-

19, lo cual se manifiesta, entre otras formas, con la incomodidad de pensar al respecto, miedo a perder la vida, nervios o ansiedad frente a noticias e historias sobre el virus.

## **CAPÍTULO II- MARCO TEÓRICO**

## **2.1 Salud**

Según la OMS, la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, donde representa un derecho fundamental de todo ser humano sin distinción de raza, religión ideología política o condición económica o social. El derecho a la salud está estrechamente relacionado con otros derechos humanos como lo son el derecho a la educación, alimentación, la vivienda, la no discriminación, entre otros<sup>22</sup>.

## **2.2 Salud Mental**

La OMS define salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Añadido a esta definición, se destaca la importancia del entorno social, económico y físico que afectan la experiencia de salud de las personas y para construir los llamados determinantes sociales en salud<sup>23</sup>.

Para poder disfrutar de una buena salud mental es esencial poner en práctica: ser bueno con uno mismo, ser bueno con los demás y enfrentar los problemas cotidianos. Al pensar y actuar positivamente, permite a la persona valorarse y aceptarse tal como es, con todas sus cualidades y defectos; además, sienta las bases de una fuerte autoestima para abrirse a los demás y llevarse bien, lo que significa construir relaciones con los demás basadas en el respeto, la tolerancia y la aceptación de las diferencias para crear una convivencia armónica<sup>23</sup>.

También hay que entender que esto no significa que no vayan a surgir problemas o dificultades en algún momento, por lo que una salud mental óptima es saber afrontar estas situaciones de la forma más adaptativa posible<sup>23</sup>.

### **2.2.1 Desarrollo psicoafectivo en la infancia**

El estudio del desarrollo humano ha llevado a entender la infancia como el momento más fundamental del desarrollo en el ciclo de la vida porque es donde ocurren los procesos madurativos-constitucionales más importantes de los individuos. La salud mental infantil es un tema de interés nacional e internacional ya que la incidencia de los trastornos de salud mental ha aumentado recientemente<sup>23</sup>.

Las condiciones sociales juegan un papel importante en la salud mental de las personas, especialmente durante la infancia, ya que la inmadurez de los niños los hace dependientes de los adultos, las instituciones y la sociedad en general. Se sabe que la salud mental está influenciada no solo por factores humanos internos (como la genética y la resiliencia personal), sino también en una medida muy importante por el medio ambiente<sup>23</sup>.

La inmadurez estructural en la infancia hace que los niños y niñas sean vulnerables a situaciones como la pobreza, el conflicto armado, la violencia, el abuso, la explotación, etc., haciéndolos vulnerables a cualquier forma de rechazo, explotación o abuso, tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; o conflictos armados que provoquen que tales situaciones interrumpan el desarrollo<sup>23</sup>.

Una interferencia en el desarrollo se refiere a cualquier situación o evento externo que no están entre los conflictos esperados del mismo, y tomando también el carácter de un acontecimiento traumático<sup>23</sup>.

Independientemente del trastorno del desarrollo, las consecuencias pueden ser devastadoras si no se tratan, y van desde el aislamiento emocional, la agresión o la depresión hasta cambios permanentes de personalidad y, lo que es más importante en todos los casos, dificultades en la formación de vínculos afectivos y relaciones interpersonales<sup>23</sup>.

En el caso de una interferencia en el desarrollo, es más difícil porque implica predecir el efecto de esta, o sea, los síntomas clínicos del momento y la personalidad posterior. Por lo

tanto, en el caso de las interferencias del desarrollo, es posible lograr un mayor impacto positivo cuando se inicia una intervención psicológica lo más temprano posible<sup>23</sup>.

Los trastornos de salud mental que comenzaron en la infancia o adolescencia, además del sufrimiento que provoca en el menor y su familia, conlleva consecuencias personales que se prolongan hasta la edad adulta y sociales en cuanto al costo económico y productivo para la sociedad<sup>23</sup>.

### **2.2.2 Factores sociales, psicológicos y biológicos relacionados a la salud mental**

Siempre se ha reconocido que el hombre es un ser social, que necesita de los demás para formar y sentirse parte de la sociedad, por lo que es natural que los factores sociales afecten su vida y su salud. En términos generales, los factores sociales incluyen la estructura social, las prácticas e instituciones, la identidad personal y los procesos interpersonales<sup>23</sup>.

En particular, hay ejemplos de presiones socioeconómicas como condiciones de trabajo estresantes, discriminación de género, educación, exclusión social, estilos de vida poco saludables, violencia, mala condición física, condiciones de vida, acceso a la alimentación, violaciones de los derechos humanos<sup>23</sup>.

La evidencia más clara se relaciona con la pobreza y los bajos niveles de educación; además, los cambios sociales repentinos también provocan trastornos mentales, porque una persona tiene que enfrentarse a un nuevo entorno, para el que muchas veces no está preparada y carece de los recursos necesarios<sup>23</sup>.

En Ecuador se han encontrado algunas características epidemiológicas, económicas, sociodemográficas y culturales de la población que desencadenan la enfermedad mental, especialmente en niños, adolescentes, mujeres, adultos mayores y discapacitados, todos ellos consideradas poblaciones vulnerables<sup>23</sup>.

Como se dijo anteriormente, se ha establecido que las condiciones sociales inadecuadas afectan la salud, las personas que no tienen las condiciones para la supervivencia tienden a sufrir más enfermedades que las que pueden permitírsele<sup>23</sup>.

Por eso las sociedades tienen un papel clave, porque si a la población se le brinda un ambiente seguro y adecuado para trabajar en la vida social, económica y cultural, se siente bien. Por el contrario, si el entorno es peligroso y no ofrece oportunidades de trabajo, educación y vivienda, el estrés y la preocupación constantes de los ciudadanos reducen los niveles de salud<sup>23</sup>.

Del mismo modo, el mantenimiento de relaciones saludables y el apoyo social constante son esenciales para la salud porque le da a la persona las herramientas emocionales para ayudarlo a afrontar la vida cotidiana. Además, pertenecer a un grupo con objetivos comunes brinda espacio para la comprensión, la comunicación, el amor, el respeto, el cuidado y tiene un efecto protector de la salud<sup>23</sup>.

En cuanto a los factores psicológicos, cada individuo tiene componentes, características y tendencias que en conjunto crean una personalidad específica y diferente en cada persona, haciendo que unos sean más susceptibles a ciertos trastornos mentales que otros<sup>23</sup>.

Algunos de ellos surgieron o están relacionados con condiciones externas, por ejemplo, la mala nutrición durante el desarrollo físico puede conducir a un debilitamiento del desarrollo cognitivo de un niño y, por lo tanto, afectar la salud mental<sup>23</sup>.

Otro elemento muy importante en el desarrollo psicológico de un individuo, que actúa como mediador del proceso salud enfermedad, es la familia, porque repite los procesos sociales del entorno y los procesos psicológicos de las relaciones familiares, por lo que se considera el primer sistema social que sienta las bases para el desarrollo integral del individuo en todos los ámbitos a lo largo de su vida<sup>23</sup>.

El componente biológico también es un aspecto importante, pues dependiendo del material genético del individuo o del desequilibrio bioquímico en el cerebro, también puede ser un determinante de la salud mental<sup>23</sup>.

Durante el proceso de embarazo, los genes son los encargados de dirigir la formación del cerebro, creando una estructura única y bien organizada; si este proceso es interrumpido por condiciones externas como mala nutrición, enfermedad, drogadicción o radiación materna, el desarrollo normal del feto puede verse alterado, lo que sugiere una interacción de varios factores<sup>23</sup>.

Para entender el factor biológico, es necesario analizar sus diferentes tipos; así: genética, caracterizada por la carga genética que porta un individuo, que puede provocar en el niño ciertos síndromes, los cuales son propios de la naturaleza de sus genes; prenatal, que puede ocurrir antes del nacimiento y está influenciada por las características fisiológicas de la madre o situaciones de riesgo, dificultades o enfermedades durante el proceso de embarazo; las enfermedades perinatales que se producen durante el parto y el niño puede ser víctima de cualquier situación de peligro que se produzca en ese momento, como dificultades para respirar, asfixia durante el parto, infecciones, etc<sup>23</sup>.

Y, por último, factores que aparecen después del nacimiento, aquí los cuidados y atenciones que recibe el niño son claves, pues una mala alimentación o enfermedades no tratadas a tiempo, golpes severos o descuidos también pueden afectar su desarrollo biológico<sup>23</sup>.

Si una persona está expuesta a condiciones de inseguridad, baja autoestima, aislamiento social y descontrol en el trabajo por mucho tiempo, es lógico que más adelante puedan aparecer sus problemas de salud por las dificultades que tiene que soportar; el dolor lumbar y las enfermedades cardiovasculares se asocian a la falta de control del trabajo; pero según la investigación, esto puede suceder independientemente de las características biológicas y psicológicas de una persona<sup>23</sup>.

Ahora, conociendo la raíz y factores implicados en la salud mental de las personas, se continuará con conceptos importantes relacionados al COVID-19.

## **2.3 COVID-19**

La pandemia por COVID-19 constituye una emergencia global, con un elevado impacto en la salud pública, incluida la salud mental. La OMS define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad”<sup>22</sup>.

A pesar de que el COVID-19 es de reciente aparición, en los pasados meses se han publicado estudios, algunos de corte epidemiológico, sobre cómo las personas han reaccionado a nivel emocional y conductual, a esta pandemia. Sin embargo, antes de mencionar su impacto neuropsiquiátrico, es importante hablar de su fisiopatología<sup>24</sup>.

### **2.3.1 Fisiopatología**

La infección y la diseminación viral están asociadas con la afectación de diferentes órganos. Como sugiere su nombre, se sabe que el SARS-CoV-2 afecta a los pulmones de los pacientes, a menudo induciendo un síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA). Sin embargo, médicos e investigadores de todo el mundo han informado de los efectos devastadores de la COVID-19 en otros órganos importantes, incluidos los vasos sanguíneos, el cerebro, el tracto gastrointestinal, los riñones, el corazón y el hígado<sup>5</sup>.

Los coronavirus pertenecen a la familia *Coronaviridae*, estos son virus ARN monocatenarios. Tienen forma redonda u ovalada y a menudo polimórfica, teniendo un diámetro entre 60 y 140 nm, la proteína espiga que se encuentra en la superficie del virus y forma una estructura en forma de barra, es la estructura principal utilizada para la tipificación

y la proteína de la nucleocápside encapsula el genoma viral y puede usarse como antígeno de diagnóstico<sup>25</sup>.

Los coronavirus se clasifican en 4 grupos llamados  $\alpha$ ,  $\beta$ ,  $\gamma$ ,  $\delta$ . Las especies que infectan humanos son al menos siete, dos de la familia  $\alpha$ , conocidas como HCoV-229E y HCoV-NL63 y cinco de la familia  $\beta$ : HCoV-HKU1, HCoV-OC43, SARS (del inglés “Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus”, hoy llamado SARS-CoV-1), MERS (del inglés “Middle East Respiratory Syndrome”, hoy llamado MERS-CoV) y el recientemente descubierto SARS-CoV<sup>26</sup>.

El SARS-CoV-2, nombrado así por la OMS el 11 de febrero de 2020, causante de la enfermedad por COVID-19, es considerada la primera pandemia mundial del siglo XXI. Este virus a pesar de que pertenece a la misma familia que el SARS-CoV y el MERS-CoV, ha causado una morbilidad y mortalidad significativamente más grande<sup>5</sup>.

### **2.3.2 Origen**

Aún se está estudiando sobre el origen zoonótico del virus, pero debido a su similitud con el coronavirus del murciélago, es probable que estos sean el reservorio primario del virus<sup>27</sup>.

Los informes documentaron que muchos de los primeros pacientes identificados tuvieron exposición a los mercados de mariscos y animales como factor común evidenciado, por otro lado, algunos pacientes no establecieron contacto con la ubicación anterior en ningún momento, lo que indica una transmisión limitada de persona a persona después de que se identificaron grupos de casos en los hogares, así también como la transmisión de pacientes a trabajadores de salud<sup>27</sup>.

### **2.3.3 Transmisión**

Los coronavirus suelen replicarse principalmente en las células epiteliales del tracto respiratorio inferior y en menor medida en las células del tracto respiratorio superior; por lo que principalmente la transmisión tiene lugar en pacientes con enfermedades reconocidas y no de pacientes con signos leves e inespecíficos, es decir, se cree que la transmisión ocurre solo después de signos de enfermedad del tracto respiratorio inferior<sup>27</sup>.

### **2.3.4 Período de incubación**

Existen diversas estimaciones del periodo de incubación del SARS-CoV-2, pero las más aceptadas mantienen que oscilan entre 4 a 5.1 días (característica similar al SARS-CoV y el MERS-CoV)<sup>28</sup>.

¿Quién tiene más probabilidades de infectarse? El nuevo coronavirus puede infectar a personas de todas las edades, aunque los ancianos y las personas con problemas de salud preexistentes (como asma, diabetes y enfermedades cardíacas) parecen tener más probabilidades de enfermarse gravemente por el virus, por lo que la tasa de mortalidad es alta para personas mayores de 70 años, en promedio > 8% que la población general. Se informó que la mayoría de los fallecidos tenían una edad promedio de 56 años, y muchos tenían otras afecciones médicas (ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, diabetes, etc.) que podrían haberlos hecho más susceptibles al virus<sup>27</sup>.

### **2.3.5 Clínica**

El diagnóstico de la enfermedad se ha hecho como una neumonía inducida por virus con base en los síntomas clínicos que observaron en los pacientes, similares a los de otros virus respiratorios, a su historia de exposición con otras personas con el virus, y la historia de visitas a zonas afectadas<sup>28</sup>.

Los síntomas más frecuentes son fiebre, tos seca y malestar general, representando el 98%, 76% y 44% de los pacientes respectivamente. También, se informa la presencia de síntomas gastrointestinales como diarrea (3%) y neurológicos como cefalea (28%). El aumento de la prevalencia de reportes de anosmia y ageusia provocó que la Academia Americana de Otorrinolaringología y la Asociación Británica de Otorrinolaringología los considerarán entre la sintomatología primaria a considerar durante el diagnóstico presuntivo de la COVID-19<sup>28</sup>.

### **2.3.6 Diagnóstico**

La reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR, por sus siglas en inglés) por ahora es la prueba considerada como el estándar de oro para la detección de infección por SARS-CoV-2, debido a que una prueba positiva en un paciente enfermo tendrá una razón de verosimilitud muy alta<sup>29</sup>.

En contexto con las pruebas serológicas que identifican la presencia de anticuerpos (por ejemplo: IgG, IgM) de SARS-CoV-2, la FDA estableció que su utilidad era limitada debido a que era necesario una evaluación exhaustiva, ya que un resultado negativo no excluiría la enfermedad y requeriría un seguimiento con pruebas diagnósticas moleculares, incluso una prueba serológica positiva podía resultar de una infección previa o actual por otros coronavirus, sin embargo existen en el mercado americano más de 70 pruebas serológicas<sup>29</sup>.

La tomografía computada (TAC) de tórax es un método de rutina para el diagnóstico de neumonía, ya que se caracteriza por ser sencillo, práctico y fácil de realizar. Los primeros casos describieron en pacientes con COVID-19 imágenes típicas tales como opacidades en vidrio despulido, consolidación multifocal en parches y/o cambios intersticiales con distribución periférica<sup>29</sup>.

Teniendo como referencia RT-PCR, la TAC es una herramienta diagnóstica con alta sensibilidad y baja especificidad, en casos con RT-PCR negativa, 70% tendrán una TAC sospechosa con imágenes típicas caracterizadas por un patrón de vidrio esmerilado<sup>29</sup>.

### **2.3.7 Tratamiento**

En pacientes con infección o sospecha de infección por SARS-CoV-2, hay que hacer tratamiento sintomático, asociado a la intensificación de las medidas de higiene e hidratación. El tratamiento sintomático incluye antipiréticos y analgésicos para la fiebre, mialgias y los dolores de cabeza. Se utiliza el paracetamol, ya que presenta un perfil de seguridad mejor que los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en cuanto a riesgo cardiovascular, hemorrágico y renal, especialmente en personas de edad avanzada o multimorbilidad<sup>30</sup>.

Las agencias reguladoras de medicamentos, así como otros organismos como la OMS, con respecto al uso de ibuprofeno y otros AINE, los datos clínicos o poblacionales sobre el riesgo de los AINE son limitados, no recomiendan que se eviten los AINE cuando estén clínicamente indicados si se emplean de acuerdo con las recomendaciones de la ficha técnica, a las dosis recomendadas y durante periodos breves<sup>30</sup>.

La tos persistente, que interfiere en el sueño o causa malestar, puede tratarse con un antitusígeno de venta libre en farmacias tipo dextrometorfano<sup>30</sup>.

En la COVID-19 se ha descrito un incremento de los marcadores de inflamación, que se han relacionado con un peor pronóstico y algunos pacientes evolucionan con un síndrome de dificultad respiratoria aguda, se propuso que los corticoides pudiesen tener un beneficio en la infección por SARS-CoV-2. Los datos actuales indican que no se debe utilizar la dexametasona ni otros corticoides sistémicos para la prevención o el tratamiento del COVID-19 en pacientes que no requieren oxigenoterapia ni durante los primeros 7 días desde el inicio de la sintomatología<sup>30</sup>.

Para pacientes graves con oxígeno suplementario, ventilación mecánica o ECMO y más de 7 días de evolución clínica, se recomienda considerar el uso de dexametasona, puede tomarse por vía oral o administrarse en forma de inyección o infusión, la dosis recomendada es de 6 mg una vez al día durante un máximo de 10 días<sup>30</sup>.

En el progreso de la infección por COVID-19 se ha observado un aumento en el desarrollo de coagulopatías y de eventos trombóticos en diferentes zonas vasculares, se recomienda realizar profilaxis antitrombótica en los pacientes ingresados con heparinas de bajo peso molecular (HBPM), siempre que no haya contraindicación<sup>30</sup>.

El tratamiento profiláctico se mantendrá hasta el alta hospitalaria, en aquellos pacientes en los que persisten factores de riesgo o se mantengan restricciones de deambulación por motivos físicos o de confinamiento, se recomienda mantener la pauta de profilaxis antitrombótica durante un mínimo de una semana y hasta que se alcance un adecuado grado de movilidad<sup>30</sup>.

En aquellos pacientes con COVID-19 que no requieren de ingreso hospitalario, es muy importante incentivar medidas que favorezcan la circulación venosa. Los pacientes asintomáticos o con sintomatología leve no precisan en general profilaxis antitrombótica con HBPM<sup>30</sup>.

En los pacientes con sintomatología moderada o neumonía, debe considerarse la profilaxis con HBPM en función de la valoración individual del paciente, siguiendo criterios clínicos, factores de riesgo y antecedentes trombóticos personales y familiares. Para pacientes que llevaban tratamiento anticoagulante por otras indicaciones previamente a la infección por SARS-CoV-2, se puede mantener su tratamiento anticoagulante habitual siempre que no existan contraindicaciones o interacciones con el tratamiento agudo<sup>30</sup>.

La pandemia por coronavirus es una emergencia de salud pública que ha provocado preocupación internacional, representa un gran desafío para la salud mental. Los estudios de

epidemias pasadas han demostrado que, durante el brote, las consecuencias sociales y psicológicas a nivel individual y comunitario son amplias y complejas<sup>31</sup>.

## **2.4 Confinamiento por COVID-19**

La pandemia ha tenido un impacto negativo en múltiples aspectos de la vida humana, tanto en lo físico, psicológico, económico, social y cultural. Como consecuencia los gobiernos implementaron medidas de contención, como el cierre de escuelas, el distanciamiento social y el confinamiento obligatorio. Por lo tanto, el aislamiento social ha aumentado los problemas de salud mental en niños, adolescentes, adultos y adultos mayores<sup>31</sup>.

Las personas se ven privadas de la mayor parte de su interacción social, las afecciones de la calidad de vida están asociadas al confinamiento y la libertad de salir, de pasar tiempo con sus amigos o familiares, o de realizar actividades<sup>31</sup>.

La pérdida de ingresos económicos y la afectación importante de la estabilidad laboral, la situación particular de estar encerrados por largos lapsos de tiempo alterando las rutinas habituales, la posibilidad de que al estar encerrados puedan darse discusiones entre miembros de una familia teniendo como consecuencia maltrato físico o violencia de género, son realidades a las cuales hay que analizar de como cambiaron las situaciones durante la pandemia<sup>32</sup>.

A nivel infanto-juvenil la actividad física en espacios abiertos, es insuficiente y limitada, lo que se refleja en sedentarismo y con posible consecuencia a largo plazo de mayores tasas de obesidad infantil, donde también los niños y adolescentes invierten más tiempo gracias a la tecnología moderna<sup>31</sup>.

El rendimiento académico de los niños y jóvenes se ve afectado debido al cambio de rutina producido por el confinamiento, el estudiante puede postergar las actividades y perder

el ritmo de estudio. Para tener acceso al material de trabajo se necesita estar conectado a internet lo que se puede convertir en un recurso distractor, ya que se podrá acceder a otras actividades de entretenimiento<sup>31</sup>.

En cuanto a la población de la tercera edad, se han tenido experiencias complicadas referentes a las personas que se encuentran en hogares de ancianos, en donde se limitaron muchos recursos que eran claves en la atención a estas personas. La limitación de visitas significó un estresor psicosocial extra<sup>32</sup>.

En el ámbito de pacientes con condiciones de salud mental preexistentes, los servicios de salud debieron adaptarse a las normativas de atención primaria, enfocando recursos a la atención de personas con COVID-19. Esto implicó para los servicios de salud mental tener que alterar la modalidad de atención, movilizándose hacia una atención virtual, limitando la cantidad de pacientes hospitalizados, disminuyendo la frecuencia de consultas para atender a una mayor demanda de nuevos pacientes y limitando el acceso a recursos psicoterapéuticos. La cuarentena para este tipo de pacientes implicó en muchos casos la posibilidad de descompensaciones de salud mental<sup>32</sup>.

#### **2.4.1 Medidas tomadas por el Ministerio de Salud para el funcionamiento del país durante la pandemia por COVID-19**

El confinamiento trajo consigo medidas implementadas por el gobierno de cada país, según la situación y necesidad que estuviese pasando la población de cada uno. En Costa Rica, tan solo dos meses después del primer caso de coronavirus, se implementaron lineamientos que se tuvieron que cumplir todos los días durante dos años. Estas medidas fueron establecidas con el fin de una máxima prevención y mitigación del coronavirus<sup>21</sup>.

Las medidas implementadas en el país fueron las siguientes<sup>21</sup>:

Se habilitó entre semana de 5:00 am a 7:00 pm:

- a. Cines y teatros con medidas de separación de asientos de mínimo 2 metros entre cada persona y boletería o reserva electrónica.
- b. Establecimientos para práctica o entrenamiento de deportes sin contacto, con una reducción de su capacidad máxima de ocupación normal al veinticinco por ciento (25%).
- c. Gimnasios con una reducción de su capacidad máxima de ocupación normal al veinticinco por ciento (25%), con programación de citas y horario diferenciado para personas con factores de riesgo.
- d. Escuelas de natación, con una reducción de su capacidad máxima de ocupación normal al veinticinco por ciento (25%).

Se habilitó fines de semana de 5:00 am a 7:00 pm, además de la lista de excepciones ya emitida<sup>21</sup>:

- a. Los salones de belleza y barberías, con un aforo al cincuenta por ciento (50%) según capacidad máxima y únicamente con cita previa.
- b. Venta al por menor de partes, piezas y accesorios para vehículos automotores y motocicletas, con un aforo al cincuenta por ciento (50%) según capacidad máxima de ocupación.
- c. Estacionamientos o parqueos.

Cada cierta cantidad de semanas se evaluaban las estadísticas emitidas por el Ministerio de Salud para ver si se realizaban cambios o no en estos lineamientos, sin embargo, durante el periodo activo de estos, los cambios fueron mínimos<sup>21</sup>.

También se emitió como hacer uso correcto del espacio en general, lo cual indicó lo siguiente<sup>21</sup>:

1. Todos los espacios deben funcionar al 50% de su capacidad para garantizar que se pueda cumplir el distanciamiento de 2 metros entre personas.
2. No se debe compartir espacios de trabajo, ni siquiera en turnos secuenciales.
3. No se deben compartir utensilios u objetos en el lugar de trabajo o de reunión.
4. Mantener la limpieza y desinfección en las instalaciones.

5. Las superficies que se tocan con frecuencia deberán ser limpiadas con solución de alcohol de al menos 70° o desinfectantes comerciales frecuentemente.
6. Aquellos servicios que puedan realizarse por medio de citas deben priorizar esta metodología.
7. Establecer un horario diferenciado de apertura en centros de atención al público para poblaciones vulnerables.
8. Las reuniones o congregaciones de personas deben ser virtuales siempre que sea posible. Si son presenciales, no deben superar 1 hora.
9. Se deben establecer roles/horarios en los comedores o lugares de alimentación de la institución, con la finalidad de mantener el aforo al 50%.
10. Promover la entrega a domicilio o en el vehículo de bienes y servicios para reducir la cantidad de clientes que deben salir al punto de venta.
11. Dividir a las escuadras de personas trabajadoras o equipos de producción, en grupos para asegurar que existan “equipos de respaldo” que puedan asegurar la producción en todos los turnos de trabajo.
12. Reducir o restringir visitas de personal externo a la operación o contratistas, manteniendo solamente aquellas relacionadas a temas críticos.
13. Si un colaborador cumple con la definición de un caso sospechoso no se le permitirá el ingreso al recinto de trabajo, se le debe proveer un cubrebocas y se le debe dar la instrucción que acuda al consultorio institucional, empresarial, o centro de salud más cercano para su valoración.

De estas medidas, toda actividad que se encontrase incumpliendo alguna de las mismas, se les suspendería su permiso sanitario de funcionamiento por un mes calendario y si la infracción se repitiera, la actividad se suspendería indefinidamente<sup>21</sup>.

La situación de la pandemia por la que atravesamos tiene un impacto significativo afectando a toda la población mundial, viéndose comprometidos aspectos como la salud mental de la población en general. Las afecciones más comunes son los trastornos psicológicos asociados, que van desde síntomas aislados hasta trastornos complejos con un

marcado deterioro de la funcionalidad, como insomnio, ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático<sup>31</sup>.

## **2.5 Impacto Psicosocial de la COVID-19**

Se hace énfasis en el impacto psicosocial tanto para quienes han sufrido como para quienes no, así como para los que tienen una infección activa y para quienes ya la superaron. Entre los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes se encontraba el síndrome de estrés postraumático, la depresión, la ansiedad, los trastornos somatoformes, el trastorno de pánico, y el trastorno obsesivo compulsivo, estudios más recientes destacan que la secuela a más significativa que reportan las personas recuperadas con COVID-19, luego del impacto físico, lo es la secuela emocional, caracterizada por sintomatología depresiva, ansiogénica, y de estrés postraumático<sup>33</sup>.

En personas que no han tenido la enfermedad, es importante observar los cambios que viven en consecuencia a la pandemia, como el aislamiento social y la cuarentena, la vulnerabilidad ante cambios económicos, sociales y personales pueden producir mayores grados de ansiedad, depresión, estrés, e insomnio, lo cual también impacta la salud física, y en algunos casos puede llevar al suicidio<sup>33</sup>.

Se espera que en los próximos años aumente significativamente el número de personas con depresión, trastorno de estrés post traumático, ansiedad, insomnio, psicosis y deterioro cognitivo, como consecuencia de la pandemia. Es de importancia prestar atención a estos trastornos en poblaciones sensibles, tales como aquellas con vulnerabilidad psiquiátrica, pero también la de profesionales de la salud que experimentan largas jornadas de trabajo con la amenaza directa del contagio<sup>33</sup>.

Ahora, se detallarán algunas enfermedades y trastornos mentales asociados a la pandemia por COVID-19.

## **2.6 Trastornos mentales relacionados a la pandemia de COVID-19**

### **2.6.1 Trastorno de Ansiedad**

La ansiedad es una reacción emocional normal ante situaciones amenazantes para el individuo, cuando estas reacciones se vuelven cotidianas y perturbadoras, se deben de evaluar para identificar ansiedad patológica. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) junto con la Organización Mundial de la Salud, revela que los trastornos de ansiedad son el segundo trastorno mental más incapacitante en la mayoría de los países de la región de las Américas<sup>34</sup>.

Los Trastornos de Ansiedad (TA) son caracterizados por miedos y preocupaciones excesivas a lo largo de la vida, estas emociones emergen en situación que no representan un peligro real para él o la paciente, normalmente en estos trastornos existe el componente genético y factores estresantes durante acontecimientos de la vida<sup>34</sup>.

#### **2.6.1.1 Epidemiología**

Los Trastornos de Ansiedad (TA), son patologías mentales frecuentes, que comúnmente pueden provocar sufrimiento y discapacidad, contribuyen a una carga significativa en los ámbitos sociales y económicos. Son más comunes en las mujeres (7.7%) que en los hombres (3,6%), según datos revelados por la Organización Mundial de la Salud<sup>34</sup>.

La Universidad Estatal a Distancia (UNED) y la Universidad Nacional (UNA), con apoyo del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social, a través de una investigación realizada con 6.786 personas, sobre salud mental y relaciones con el entorno en tiempos de COVID-19, menciona que el 43,7% de la población, presentó sintomatología asociada con ansiedad generalizada severa y solo un 13,8% de las personas participantes manifestaron síntomas de ansiedad<sup>21</sup>.

La OMS informó que más de 260 millones de personas, padecen un trastorno de ansiedad, a su vez se reportó un aumento de angustia en países como China en un 35%, un 60% en Irán y un 40% en Estados Unidos. En el 2020 a nivel global el 90% de los adolescentes experimentaron ansiedad<sup>34</sup>.

La OPS/OMS, revela que los TA son la segunda patología psiquiátrica más discapacitante de la región de las Américas. Brasil tiene la primera posición (7.5%) de los países sudamericanos, situándose por el encima del promedio (4.7%) del total de países. Sin embargo, Costa Rica muestra una discapacidad por TA de 4.1% estando igual a la de Estados Unidos, estando por debajo del promedio<sup>34</sup>.

Finalmente, los trastornos de ansiedad son prevalentes con estimaciones globales que van del 3,8% al 25% en todos los países, con tasas de prevalencia de hasta el 70% en personas con enfermedades crónicas<sup>34</sup>.

### 2.6.1.2 Clasificación y diagnóstico

Para su diagnóstico, los médicos y psiquiatras se basan en criterios clínicos establecidos por el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) y International Statistical of Diseases and Related Health problems (ICD)<sup>34</sup>.

En la presente investigación se limitará a la clasificación americana DSM-V

**Tabla. 1 Trastornos de Ansiedad DSM V**

Trastornos de Ansiedad (DSM-V)
<ul style="list-style-type: none"><li>• TA por separación</li><li>• Mutismo Selectivo</li><li>• Fobia Específica</li><li>• TA social</li><li>• Trastorno de pánico</li><li>• Agorafobia</li></ul>

- **TA generalizada**
- TA inducido por sustancias/medicamentos
- TA debido a otra afección medica
- TA no especificado

Fuente: Elaboración propia en base a referencia<sup>34</sup>

### **2.6.1.3 Trastorno de Ansiedad Generalizada**

La presencia de ansiedad y preocupación excesiva, se origina durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades como en la actividad laboral o escolar. Al individuo le es difícil controlar la preocupación<sup>35</sup>.

La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses): Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta, fácilmente fatigado, dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio)<sup>35</sup>.

### **2.6.1.4 Tratamiento**

Los profesionales de la salud contamos con recursos farmacológicos y no farmacológicos, para abordar esta problemática con resultados respaldados científicamente, para esto debe de realizarse una evaluación al paciente que permita determinar el tipo de TA<sup>34</sup>.

El abordaje terapéutico en los pacientes con TA debe de ser integral, el médico general debe de abordar; el manejo emocional y la disminución de los niveles de ansiedad<sup>34</sup>.

Los TA son enfermedades que sin un tratamiento óptimo se vuelven crónicas y pueden llevar a la discapacidad, usualmente se brinda tratamiento farmacológico con antidepresivos y benzodiacepinas (BZD)<sup>34</sup>.

Los antidepresivos son el tratamiento farmacológico de primera línea para la mayoría de los TA, el efecto ansiolítico tiene acción en el sistema monoaminérgico, haciendo efecto en el sistema de neurotransmisores, el efecto clínico se manifestará de 2-4 semanas tras su uso. Entre los antidepresivos, los más comúnmente utilizados son los inhibidores de la receptación selectiva de serotonina (ISRS) y los Inhibidores de la recapturación de serotonina noradrenalina (IRSN)<sup>34</sup>.

La mayoría de los antidepresivos tiene su acción en el sistema monoaminérgico, el cual tiene efecto en el sistema de neurotransmisores, principalmente la dopamina, serotonina y la noradrenalina, aumentando la disponibilidad en la hendidura sináptica estableciendo regulación en los receptores post sinápticos, el efecto clínico se manifestará de 2 - 4 semanas tras el inicio de su uso, debido a los cambios adaptativos en los neurotransmisores y su receptor. Todo paciente debe de ser informado del inicio de su tratamiento, así como posible sintomatología ansiosa al inicio del tratamiento, posibles efectos adversos, riesgos por discontinuidad y suspensión brusca del mismo<sup>34</sup>.

Las BZD son psicotrópicos que poseen efectos ansiolíticos, hipnóticos, miorrelajantes, anticonvulsivantes y amnésicos. Las BZD son liposolubles y atraviesan la barrera hematoencefálica fácilmente, por eso es importante saber la vida media para su uso clínico, son eficaces para tratamientos cortos en pacientes con sintomatología aguda, los tratamientos prolongados pueden provocar dependencia en los pacientes por lo cual no se recomienda de primera línea<sup>34</sup>.

Las implicaciones del sobretratamiento de los TA, son diversos e implican riesgos en la salud del paciente. La iatrogenia y la medicación con potencial adictivo es un problema relevante de salud con potencial de genera graves consecuencias a nivel individual, familiar

y social. La adición por fármacos eleva el riesgo de accidentes, lesiones físicas, intoxicaciones y muerte prematura<sup>34</sup>.

Entre las opciones no farmacológicas la terapia cognitivo conductual (TCC) y las terapias psicodinámicas se considera tratamientos de primera línea en los TA. La TCC es una terapia orientada al paciente en el presente, desarrollando patrones cognitivos, comportamientos aptos para su ambiente y relaciones interpersonales, cuyo objetivo es colocar cierto estrés controlado para que el paciente desarrolle sus habilidades y evitando recaídas<sup>34</sup>.

La terapia cognitivo conductual es aplicada por períodos de entre 10 a 20 semanas, son terapias habitualmente utilizadas en trastornos depresivos y ansiosos, la exposición de objetos, situaciones o actividades que generen un efecto negativo en el paciente, pueden aumentar temporalmente la angustia, pero eventualmente conduce a reducción de la ansiedad crónica<sup>34</sup>.

## **2.6.2 Trastorno Depresivo**

La depresión, según la OMS, se define como un trastorno mental afectivo común y tratable, el cual es bastante frecuente en el mundo y es caracterizado por cambios de ánimo con síntomas cognitivos y físicos, estos pueden tener etiología primaria o secundaria al encontrarse enfermedades de base como lo serían el cáncer, la enfermedad cerebro vascular, infartos agudos al miocardio, diabetes, VIH, enfermedad de Parkinson, trastornos alimenticios y abuso de sustancias<sup>36</sup>.

### **2.6.2.1 Síntomas del trastorno depresivo**

Este trastorno se caracteriza por una profunda tristeza y una pérdida del interés en la vida de la persona afectada; además de varios síntomas emocionales, cognitivos, físicos y del

comportamiento. Estos síntomas incluyen el llanto, la irritabilidad, el retraimiento social, la falta de libido, la fatiga y la disminución de la actividad, la pérdida del interés y el disfrute de las actividades en la vida cotidiana, además, de los sentimientos de culpa e inutilidad. Aquí también se presenta baja autoestima, hay pérdida de la confianza en sí mismo, impotencia, y en una gran parte de la población que padece la depresión se presenta una ideación suicida, intentos de autolesión o suicidio<sup>37</sup>.

Los pacientes con depresión pueden mostrar síntomas a cualquier edad, sin embargo, el patrón varía un poco dependiendo de la etapa del desarrollo en el que se encuentra el paciente, lo cual resulta en diferencias en la manera que se manifiesta la depresión durante la vida<sup>36</sup>.

La edad del inicio no parece determinar los diferentes subgrupos depresivos, pero un inicio temprano se asocia con diversos indicadores de mayor carga de la enfermedad en la vida adulta como lo sería nunca casarse, mayor dificultad en la participación social y ocupacional, deficiencia en la calidad de vida, mayor comorbilidad médica y psiquiátrica, mayor cantidad de episodios depresivos durante la vida e intentos suicidas y mayor severidad de la sintomatología. Las probabilidades de futuros episodios en la vida adulta son hasta del 60%<sup>36</sup>.

#### **2.6.2.2 Depresión y su impacto en la salud pública**

El impacto que tiene la depresión sobre el funcionamiento social y ocupacional, la colocan incluso por encima de varias enfermedades crónico-degenerativas incapacitantes como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la artritis reumatoide, también sobre la pérdida de la audición relacionada con el envejecimiento y las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, solamente sobrepasada por lumbalgias y cefaleas<sup>36</sup>.

Según la OMS los trastornos mentales que no se tratan representan el 13% del total de la carga de morbilidad en el mundo. La depresión unipolar es la tercera entre las

principales causas de morbilidad, representando el 4.3% de la carga mundial. Las personas con algún trastorno mental presentan dos veces más ausentismo por incapacidad para llevar a cabo sus actividades diarias en los últimos treinta días, que aquellos sin trastornos mentales<sup>36</sup>.

Los trastornos mentales y los problemas que se derivan de la depresión constituyen las principales causas de incapacidad laboral temporal y permanente en países desarrollados. De acuerdo con un informe hecho por la Agencia Europea para la Seguridad y La Salud en el Trabajo (EU-OSHA), entre el 50% y el 60% de las ausencias al trabajo que se producen al año están ocasionadas por situaciones estresantes<sup>36</sup>.

La depresión es menos prevalente en los adultos no hispanos y asiáticos. El 10.4% de las mujeres padecen depresión casi el doble en comparación con los hombres, y aunque se conoce que la prevalencia de la depresión va disminuyendo a medida que los ingresos del hogar aumentan, se cree que esto se basa más que todo en las diferencias biológicas sexuales y dependen menos en la raza, cultura, dieta, educación y otros numerosos factores económicos y sociales<sup>36</sup>.

### **2.6.2.3 Clasificación y diagnóstico de los síndromes depresivos**

Las múltiples clasificaciones de los síndromes depresivos, las cuales obedecen a perspectivas muy diferentes, se encuentran descritas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), basadas en la clasificación de síntomas donde se busca un consenso en aras de una aplicación práctica y de un lenguaje común que permita el trabajo científico entre investigadores y clínicos<sup>37</sup>.

En el manual DSM-V, la depresión es considerada como un trastorno del estado de ánimo y se subdivide en las siguientes categorías:

Trastorno depresivo mayor

Trastorno distímico

Trastorno depresivo no especificado.

Y otros tipos de episodios depresivos (estados depresivos sin especificación o atípicos), mismos que suelen acompañarse de un cambio en la actividad general asociada con otros síntomas, los cuales mayormente son secundarios<sup>37</sup>.

Los criterios de diagnóstico para la depresión mayor del manual DMS-V, serían:

Presencia de 5 o más de los siguientes síntomas, diariamente durante un período de 2 semanas, de los cuales uno de ellos debe ser el 1 o el 2:

Estado de ánimo depresivo o irritable (tristeza profunda).

Disminución del interés en las actividades placenteras y la capacidad de experimentar placer (anhedonia).

Significativo aumento o pérdida de peso (cambio de > 5% en un mes).

Insomnio o hipersomnias.

Agitación o retardo psicomotor.

Fatiga o pérdida de energía.

Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva.

Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.

Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio<sup>36</sup>.

Para el trastorno depresivo persistente (distimia) se agrupa lo siguiente:

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.

2. Insomnio o hipersomnias.

3. Poca energía o fatiga.

4. Baja autoestima.
  5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
  6. Sentimientos de desesperanza.
- 
- C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.
  - D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.
  - E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
  - F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.
  - G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).
  - H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento<sup>35</sup>.

Para el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento se menciona lo siguiente:

- A. Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):
  1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
  2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.

C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/medicamento. La evidencia de un trastorno depresivo independiente puede incluir lo siguiente:

Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/ medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento<sup>35</sup>.

Existe el trastorno depresivo debido a otra afección médica, el cual menciona lo siguiente:

A. Un período importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, en el que el factor de estrés es una afección médica grave)

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento<sup>35</sup>.

Ahora, es importante prestar la atención adecuada a las condiciones psiquiátricas específicas que pueden ser iniciadas o exacerbadas por el desastre, como lo sería el papel de la depresión en la vida de las personas ante la pandemia del COVID 19.

#### **2.6.2.4 Depresión asociado a COVID-19**

Las alteraciones psicológicas que se han desarrollado en la pandemia son consideradas un problema de salud mental emergente, esta condición de salud influye de manera negativa en el éxito de las estrategias sanitarias establecidas para controlar la pandemia<sup>38</sup>.

En las personas que sufren una muerte repentina de un ser querido por COVID-19, el no poder despedirse puede generar sentimientos de ira, tristeza y resentimiento, lo que podría generar el desarrollo de un duelo patológico. Por lo tanto, el personal médico debe estar capacitado para dar las malas noticias de manera adecuada y evitar un impacto negativo en los familiares<sup>4</sup>.

Estos y otros problemas mentales han hecho que incremente la vulnerabilidad de las personas frente al COVID-19; por un lado, la incertidumbre y el miedo provocando depresión y ansiedad, y por otro lado los pacientes con terapia psicológica que no han sido tratados desarrollan nuevas patologías psiquiátricas o agravan las que ya padecen. Al mismo tiempo, la limitación de actividades al aire libre y de la interacción social, han aumentado los síntomas depresivos en la población general<sup>38</sup>.

Es importante que los médicos comprendan las semejanzas y diferencias entre los síntomas del COVID-19 y un episodio depresivo. Tener en cuenta que los síntomas como fatiga, trastornos del sueño, trastornos del apetito, disminución de la interacción social y pérdida de interés en las actividades habituales se observan tanto en la depresión clínica como en las infecciones virales. Los síntomas psicológicos centrales como desesperanza, inutilidad, pesimismo y culpa serían más típicos de la depresión<sup>38</sup>.

### **2.6.3 Trastorno de estrés agudo**

El estrés es un término utilizado para la activación biológica anti-homeostática que ocurre cuando un organismo es incapaz de adaptarse a las demandas de su entorno inmediato. Esta activación biológica va acompañada de emociones desagradables (ansiedad, tristeza, ira) y cambios fisiológicos en los subsistemas adaptativos (activación autonómica y neuroendocrina e inhibición inmunológica y conductual), que reducen la capacidad de mantener la homeostasis en interacción con el entorno<sup>39</sup>.

El estrés descontrolado es un estado biológico de transición a la enfermedad y puede desencadenar diversos trastornos cardiovasculares, digestivos y musculoesqueléticos, así como trastornos de salud mental como la ansiedad y la depresión<sup>39</sup>.

#### **2.6.3.1 Clasificación de estrés**

El estrés, entendido como una condición psicológica caracterizada por una tensión nerviosa violenta y prolongada acompañada de un importante malestar conductual determinado por variables psicológicas y sociales, se clasifica de la siguiente manera:

Estrés psicológico: producido por estímulos emocionales o preceptuales, pérdida de afecto, seguridad, situaciones amenazantes desde el punto de vista físico y moral.

Estrés social: restricciones culturales, cambios de valores, migraciones.

Estrés económico: restricciones económicas, desempleos.

Estrés fisiológico: producido por agresiones químicas, bacterias, virus.

Estrés psicosocial: determinado por el grado que sea percibido por una persona o la vulnerabilidad de la persona y su capacidad para adaptarse y enfrentar el estímulo estresante<sup>39</sup>.

### **2.6.3.2 Causas y factores que provocan estrés**

El estrés puede ser causado por algo que sucede a nuestro alrededor o algo que sucede dentro de nosotros. Esto puede deberse a un problema en el trabajo, una crisis familiar o un ataque de ansiedad o inseguridad. Puede ser intermitente, transitoria o crónica. El efecto principal del estrés es movilizar el sistema de "lucha, huida o miedo" del cuerpo<sup>39</sup>.

Si el estrés es corto, no suele haber problemas porque el cuerpo tiene tiempo para descansar después. Esto sucede cuando el estrés es parte de un juego, deporte o incluso una relación romántica. En estos casos, la sensación de euforia experimentada es “estrés positivo (eustrés)”, es decir, se da en el marco de actividades estimulantes que se pueden abandonar si se desea. Pero si el estrés es prolongado y fuera del control del sujeto, el cuerpo no puede descansar, las consecuencias de este “estrés negativo (ansiedad)” pueden provocar un desequilibrio en el cuerpo<sup>39</sup>.

### **2.6.3.3 Síntomas de estrés**

Cefalea, dificultad para deglutir (espasmos esofágicos), acidez, náuseas, mareos, dolor torácico, espalda, cuello, micciones frecuentes, disminución de la memoria, espasmos gástricos, sudores fríos, fatiga crónica, crisis de angustia, insomnio, estreñimiento y diarreas<sup>39</sup>.

### **2.6.3.4 Estrés femenino**

En el sistema reproductivo de las mujeres, la exposición al estrés a largo plazo es un doble riesgo y, por otro lado, corren el riesgo de sufrir otros trastornos como la infertilidad, la tensión premenstrual y la ansiedad<sup>39</sup>.

Amenorrea (desaparición de la menstruación), melancolía menopáusica, vaginismo (coito doloroso), frigidez (inhibición de la excitación sexual), tensión premenstrual, dolor de

cabeza, anorgasmia, infertilidad, anorexia, bulimia, neurosis de ansiedad, psicosis depresiva<sup>39</sup>.

Las mujeres presentan algunas formas de estrés que son totalmente propias:

Estrés derivado de su fisiología: desarrollo de los senos, menstruación, embarazos.

Estrés derivado de los cambios de vida: el matrimonio la maternidad, el divorcio, el pasar los cuarenta años en una cultura que venera la juventud y la belleza, la viudez.

Estrés psíquico: que a menudo siente la mujer soltera de vida supuestamente divertida, que fue educada a la antigua, la mujer que trabaja y a la que se presiona para que vuelva a casa a fin de no perder a su familia y la eterna experta en inseguridad.

Estrés de las crisis vitales: que cae sobre sus hombros la atención a los padres enfermos, el cuidado de un hijo disminuido.

Estrés oculto: que perturba, angustia, machismo, el sexismo sutil, el ser anfitriona<sup>39</sup>.

#### **2.6.3.5 Estrés masculino**

En los hombres, los corticosteroides inhiben la sensibilidad testicular y la hormona luteinizante. Básicamente, los resultados consistentes muestran una reducción en la erección, la secreción de testosterona y, en casos extremos, la producción de esperma<sup>39</sup>.

#### **2.6.3.6 Diagnóstico trastorno de estrés agudo**

- A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:
1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
  2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
  3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo.

4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

B. Presencia de nueve (o más) de los siguientes síntomas de alguna de las cinco categorías de intrusión: estado de ánimo negativo, disociación, evitación y alerta, que comienza o empeora después del suceso(s) traumático:

#### Síntomas de intrusión

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s).
3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el individuo siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)
4. Malestar psicológico intenso o prolongado o reacciones fisiológicas importantes en respuesta a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
5. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).
6. Sentido de la realidad alterado del entorno o de uno mismo (p. ej., verse uno mismo desde la perspectiva de otro, estar pasmado, lentitud del tiempo).
7. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
8. Esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
9. Esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

10. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).
  11. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresa típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
  12. Hipervigilancia.
  13. Problemas con la concentración.
  14. Respuesta de sobresalto exagerada.
- C. La duración del trastorno (síntomas del Criterio B) es de tres días a un mes después de la exposición al trauma.
- D. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento o alcohol) u otra afección médica (p. ej., traumatismo cerebral leve) y no se explica mejor por un trastorno psicótico breve<sup>35</sup>.

### **2.6.3.7 Estrés asociado a pandemias**

En China, la implementación de un confinamiento estricto sin precedentes aisló a un gran número de personas y afectó a muchas de sus vidas. Los resultados de varios estudios realizados durante epidemias pasadas sugieren que los efectos psicológicos de la cuarentena son generalizados, significativos y pueden durar mucho tiempo después de la exposición<sup>40</sup>.

Algunos brotes anteriores han causado graves consecuencias físicas y mentales para las personas afectadas (p. ej., sobrevivientes, viudas, huérfanos, trabajadores de la salud), como fue el caso de la enfermedad por el virus del Ébola (EVE), que se originó en la República del Congo y fue declarada una emergencia de salud pública en el 2014-2016<sup>40</sup>.

De igual manera, el aislamiento social, el declive socioeconómico y la muerte de familiares se convirtieron en factores de riesgo de problemas de salud mental que luego se

presentaron en los sobrevivientes, sus familiares y profesionales de la salud. Durante esta epidemia varios estudios demostraron que el 27,5-83,3% de los pacientes con EVE tuvieron síntomas de ansiedad y el 12-75% síntomas depresivos<sup>40</sup>.

Durante el brote del síndrome respiratorio agudo severo (SRAS), los sobrevivientes sufrieron más: la experiencia de presenciar eventos adversos durante la hospitalización, la incertidumbre del pronóstico y la necesidad de tratamiento en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Un estudio de seguimiento en Hong Kong comparó los niveles de estrés informados durante la epidemia de SARS y un año después entre los sobrevivientes mostró que estos niveles se mantuvieron altos en lugar de disminuir con el tiempo<sup>40</sup>.

Un estudio realizado en China sobre las variables más asociadas con el estrés fue ser mujer y la pertenencia a los grupos de edad de 18 a 30 años y mayores de 60 años. Las puntuaciones más altas de los adultos jóvenes se explican por el hecho de que reciben mucha información de las redes sociales, lo que puede desencadenar estrés fácilmente. Por otro lado, dado que la mayor mortalidad por COVID-19 se da entre los adultos mayores, no sorprende que sean más propensos a sufrir efectos psicológicos negativos<sup>40</sup>.

La actual pandemia de COVID-19 tiene algunas características que pueden favorecer una respuesta de estrés mayor que otras pandemias: es un virus nuevo que genera incertidumbre sobre su control y un futuro impredecible. Y dado que la información se reproduce fácilmente en las redes sociales hoy en día, hay más información disponible a través de internet y teléfonos inteligentes, pero este mecanismo también facilita la transmisión de información errónea y mitos. En este contexto, no debe sorprender que los estudios realizados muestren una alta respuesta al estrés<sup>40</sup>.

### **2.6.3.8 Estrés laboral debido a la pandemia COVID-19**

La pandemia actual producida por el COVID-19 ha repercutido en todos los escenarios de interacción de los seres humanos, es por ello, que el impacto en el ámbito

laboral no ha sido ajeno, produciendo nuevos riesgos en el trabajo que afectan la salud y el bienestar laboral de los colaboradores, deteriorando la salud física, social y mental<sup>41</sup>.

El estrés laboral es un fenómeno ligado a algunos factores de riesgo psicosocial que pueden afectar la salud de los compañeros de trabajo, así como una reacción a aquellos factores que ocurren accidentalmente en el lugar de trabajo, el cual se encuentra bajo la presión de un sistema de trabajo inadecuado de organizaciones<sup>41</sup>.

El estrés laboral es una situación que puede afectar a todas las personas independientemente de su raza, género o posición dentro de la organización. Depende de muchos factores y puede manifestarse de muchas maneras diferentes, que pueden ser situaciones rutinarias, insatisfacción con las tareas laborales, exceso de trabajo, presión de los superiores, diferencias salariales, ergonomía laboral, relaciones personales, la acumulación de varias de ellas conduce luego a la baja productividad, riesgo laboral, riesgos a la salud, lo cual todo afecta la producción de la empresa<sup>41</sup>.

Las situaciones laborales en cualquier lugar del mundo, han traído importantes cambios de diferente índole, en principio gran cantidad de empresas han tenido que cerrar porque la situación de pandemia no les favorece para la venta de sus productos, por otro lado, el desempleo, la reducción de presupuesto ha ido creciendo cada vez más, y finalmente los empleos obligatorios están sujetos a los riesgos de salud actuales<sup>41</sup>.

En ese sentido, los cambios inesperados y necesarios que se han presentado por esta pandemia en el sector laboral se perciben en las condiciones de trabajo, con altas demandas de trabajo para unos cuantos, despidos inmediatos, trabajo remoto y/o teletrabajo y la inseguridad contractual, dentro de los aspectos más relevantes, que han generado situaciones de angustia, temor, desconfianza que dañaron la salud mental de los colaboradores, incrementándose los niveles de estrés laboral, que además repercute en estrés social y familiar<sup>41</sup>.

Vivimos una época inestable, caracterizada por ser altamente estresante y demandante. Percibimos distintos acontecimientos traumáticos de forma directa o indirecta (guerras, terrorismo, problemas económicos, robos/secuestros, accidentes de tráfico, violencia familiar o de pareja, feminicidios, e incluso catástrofes sobrenaturales y cambios climáticos, etc.), los cuales provocan secuelas y marcas emocionales que impactan en el desarrollo psicológico de las personas que los sufren. Entre los diversos trastornos que aparecen en la literatura, el más frecuentemente asociado al trauma es el trastorno de estrés postraumático (TEPT)<sup>42</sup>.

#### **2.6.4 Trastorno de estrés postraumático**

Se define como una reacción emocional intensa ante un suceso traumático, presentando alteración del sentido, la conciencia o la conducta, que amenaza el bienestar o la vida del individuo, el paciente revive y reacciona a esta experiencia con miedo e impotencia, debido que no pudo hacer una adaptación satisfactoria del evento, lo cual lleva a tener una disfunción comportamental, psicológica y biológica, estas personas pueden seguir experimentando el evento traumático mediante pesadillas, secuencias retrospectivas o recuerdos que no pueden controlar y como resultado, crean un dolor emocional grave para la persona asociado a problemas en el hogar, el trabajo, la escuela o relaciones interpersonales<sup>43</sup>.

El trastorno tiene lugar después que el individuo se enfrenta con un estrés severo o evento traumático que implica la amenaza de muerte o daño significativo a uno mismo o a un ser querido. Es el único trastorno neuropsiquiátrico que puede ser relacionado directamente con un evento desencadenante al cual los pacientes responden con miedo y angustia intensos<sup>42</sup>.

De la misma forma, el ingreso hospitalario debido a una enfermedad aguda ha sido reconocido como un potencial evento traumático. Al respecto, la literatura ha identificado la aparición de este trastorno en sobrevivientes de la unidad de cuidados intensivos<sup>44</sup>.

Se asocia con altos niveles de discapacidad social, laboral y física y ocasiona considerables costos económicos y alta utilización médica. Los pacientes con TEPT suelen tener peor salud y mayores limitaciones en la vida diaria en comparación con otros cuadros mentales, y existe una mayor presencia de intentos de suicidio y enfermedades físicas<sup>42</sup>.

#### **2.6.4.1 Síntomas del trastorno por estrés postraumático**

El TEPT se caracteriza por la reexperimentación del trauma, comportamiento de evitación, alteraciones cognitivas y del estado del ánimo, se manifiesta con irritación, hipervigilancia, sobresalto, alteraciones del sueño y pobre concentración. Los pacientes muestran, además, sentimientos de ansiedad intensos y pueden revivir el evento traumático a través de los recuerdos intrusivos, flashbacks y pesadillas, por lo que evitan cualquier aspecto que les recuerda el trauma<sup>42</sup>.

El trastorno posee una relación directa con el estatus metabólico, dado que suele presentar una alteración del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) después del evento traumático<sup>42</sup>.

#### **2.6.4.2 Estrés postraumático y su impacto en la salud pública**

El TEPT presenta una incidencia a lo largo de la vida del 9% al 15% y según un estudio reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estima una prevalencia en un 3.9% en la población general y un 5.6% entre aquellos expuestos al trauma<sup>43</sup>.

El TEPT es un problema de salud pública, y se eleva considerablemente en poblaciones en riesgo, la Organización Mundial de la Salud desarrolló un estudio con la participación de más de 24 países, en el cual determinó que el 70.4% de los evaluados sufrían experiencias traumáticas a lo largo de su vida, con un riesgo y persistencia de TEPT de 77.7 años por persona de cada 100 sujetos<sup>42</sup>.

Aproximadamente hasta un 75% de las personas con TEPT asocian otro trastorno psiquiátrico entre los que destacan los trastornos obsesivos compulsivos, fobia social, trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastornos relacionados a sustancias, agorafobia y trastornos de somatización. A diferencia de los trastornos de ansiedad, son frecuentes los problemas de conducta antisocial y de control de impulsos. Las personas con TEPT presentan un riesgo incrementado de ideación suicida, conducta violenta y de autolesionarse<sup>43</sup>.

### **2.6.4.3 Diagnostico trastorno de estrés postraumático**

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivo del suceso(s) traumático(s).
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).
3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
  5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:
1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
  2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
- D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
  2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”).
  3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
  4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
  5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
  6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
  7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

- E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
  2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
  3. Hipervigilancia.
  4. Respuesta de sobresalto exagerada.
  5. Problemas de concentración.
  6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).
- F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.
- G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica<sup>35</sup>.

#### **2.6.4.4 Evolución y pronóstico de estrés postraumático**

Los síntomas del TEPT pueden disminuir con el tiempo o intensificarse dependiendo del nivel de estrés del individuo. Aproximadamente 30% de pacientes con TEPT, si no reciben tratamiento, se recuperan completamente, el 60% presentará síntomas leves o moderados y el 10% síntomas que no cambian o que se pueden agravar. Tras un año, aproximadamente la mitad de los pacientes se recuperan<sup>43</sup>.

El pronóstico del paciente va a depender de los factores relacionados al trauma tales como la intensidad, gravedad o duración del trauma, el grado de control que sintió sobre lo sucedido, la intensidad de la reacción al trauma, si resultó herido o falleció alguien importante en su vida, entre otros<sup>43</sup>.

Dentro la etiología del estrés post traumático está el factor estresante, es la causa

primordial en la aparición del TEPT, su exposición no tiene que ser reciente, incluso se puede haber presentado en años o décadas anteriores. Este factor por sí solo no basta para causar este trastorno debido a que se deben considerar las características psicosociales y biológicas del paciente, además del tipo de trauma que presentó y su situación previa y posterior al mismo<sup>43</sup>.

Dentro los factores predisponentes de vulnerabilidad al trastorno de estrés postraumático son: presencia de trauma en la infancia, rasgos de personalidad límite, paranoide, dependiente o antisocial, inadecuación del sistema de apoyo familiar o social, sexo femenino, enfermedades cardiovasculares, vulnerabilidad genética a las enfermedades psiquiátricas, cambios vitales recientes estresantes percepción de un lugar externo de control en lugar de uno interno y reciente ingestión excesiva de alcohol<sup>43</sup>.

Estudios hablan de traumas preexistentes, los cuales se podrían volver a activar debido al nuevo acontecimiento traumático, entre ellos el maltrato o abuso infantil se ha demostrado en repetidas ocasiones como predictor de trastorno de estrés postraumático en adultos expuestos a eventos traumáticos previos<sup>43</sup>.

Con respecto a los factores cognitivos conductuales se postulan individuos que no presentan una adecuada regulación emocional por lo que no pueden procesar el trauma que precipita el trastorno. Experimentan estrés constantemente y aplican técnicas de evitación, de bloqueo o presentan disfunción atencional y ejecutiva que dificultan el procesamiento de la información y la toma de decisiones. La rumiación se puede presentar como un proceso mal adaptativo al inmovilizar al individuo y exacerbar los síntomas negativos, erosiona el apoyo social, disminuye la resolución de problemas e interfiere con el comportamiento instrumental<sup>43</sup>.

Para hablar sobre los factores biológicos del trastorno por estrés post traumático, estudios clínicos sugieren una hiperactividad de los sistemas noradrenérgicos dado por la hiperactivación tónica del sistema nervioso simpático a nivel periférico y central, dando como resultado la hiperactividad noradrenérgica y dopaminérgica crónica en el sistema

nervioso central. En algunos pacientes se presenta una desregulación del sistema opioide con hipoactividad tónica e hipersecreción ante estresores lo cual produce analgesia transitoria, disfunción cognitiva y embotamiento afectivo. Además, se ha propuesto una alteración del eje hipotálamo, hipófisis, adrenal (HHA) al mostrar una menor secreción de cortisol, mayor secreción de catecolaminas e hipersensibilidad de los receptores de glucocorticoides en el hipocampo, lo que aumenta la retroalimentación negativa y presenta una hipersensibilidad progresiva de HHA e intolerancia a nuevos estresores<sup>43</sup>.

#### **2.6.4.5 Tratamiento del estrés postraumático**

Existen dos tipos principales de tratamiento para dicha afección, la psicoterapia (tratamiento no farmacológico) y el tratamiento farmacológico propiamente.

La psicoterapia es un amplio campo se puede utilizar en niños y adultos como tratamiento.

Terapia de exposición prolongada, implica la exposición al evento traumático mediante técnicas de imagen o exposición en vivo. La exposición al evento traumático no finaliza hasta que las emociones negativas desciendan significativamente, lo cual se logra al fomentar la actividad de la corteza parietal superior, asociado con procesos atencionales<sup>43</sup>.

Terapia cognitivo conductual, tiene como objetivo cambiar la forma en la que el paciente piensa y actúa ante el recuerdo del evento traumático. Considera las emociones y comportamientos que se dan como resultado de las experiencias vividas y busca modelar los procesos adaptativos defectuosos<sup>43</sup>.

Desensibilización y reprocesamiento de movimientos oculares (EMDR, por sus siglas en inglés): Técnica psicoterapéutica relativamente nueva la cual consiste en que el paciente realice repetidos movimientos oculares, llamado estimulación bilateral, mientras mantiene una imagen mental de la experiencia traumática. La aplicación de esta técnica se debe a que

la información del evento traumático permanece sin haber sido procesada correctamente, manteniendo bloqueadas las cogniciones<sup>43</sup>.

Terapia de relajación, entrena al paciente a controlar su propia tensión corporal y ansiedad con secuencias de ejercicios en donde se intercalan ejercicios de tensión y relajación muscular en las principales áreas asociadas al estrés<sup>43</sup>.

Tratamiento farmacológico, como primera línea lo conforman los inhibidores selectivos de recaptura de la serotonina (ISRS): fluoxetina, sertralina y paroxetina, debido a su tolerabilidad, eficacia y perfil de seguridad. Con estos fármacos se reducen los síntomas de todas las agrupaciones sintomáticas del TEPT, además son efectivos en los síntomas exclusivos de TEPT, como los pensamientos intrusivos y los flashbacks, la irritabilidad, problemas de concentración, hipervigilancia<sup>43</sup>.

La eficacia de dos antidepresivos tricíclicos, la imipramina y la amitriptilina, está avalada por diversos estudios clínicos bien controlados. Se emplean especialmente frente a comorbilidad depresiva y si no han sido efectivos los ISRS<sup>43</sup>.

Los benzodiacepinas no son eficaces en el tratamiento del TEPT debido a que sus posibles beneficios son sobrepasados por sus riesgos: agravamiento del TEPT existente, agresión, depresión, uso de sustancias y empeoramiento de los resultados de psicoterapia<sup>43</sup>.

#### **2.6.4.6 Estrés postraumático asociado a COVID-19**

Durante la pandemia, las deficiencias en la salud mental de aquellos que vivenciaron el proceso clínico, terapéutico y de rehabilitación de la COVID-19 pueden desencadenar el inicio de la sintomatología de TEPT<sup>44</sup>.

La hospitalización incrementa la percepción de la situación crítica y el peligro que representa el proceso de la COVID-19, además el haber percibido las consecuencias sanitarias de las olas, conduce a una respuesta de estrés alta y constante<sup>44</sup>.

Las intervenciones médicas integrales e invasivas para mantener o restaurar las funciones vitales, aumentan la probabilidad del desarrollo de síntomas de TEPT, las secuelas por COVID uso de oxígeno como parte de rehabilitación, secuelas neurológicas y dificultad respiratoria también mostraron relación en los síntomas de TEPT, debido a que pueden generarse recuerdos intrusivos al seguir presentando sintomatología compatible con el COVID-19 y una expectativa incierta de cuándo desaparecerán, estas alteraciones pueden tener repercusión en el desarrollo del trastorno<sup>44</sup>.

Otro factor asociado al TEPT fue tener un familiar enfermo por COVID-19. Las preocupaciones sobre los problemas de salud de los miembros de la familia infectados y la culpa de ser una fuente de infección, conducen al deterioro del estado de ánimo, que pueden degradarse y desaparecer a medida que los seres queridos se recuperan, o deteriorarse y persistir de ser de mayor gravedad el COVID-19 en sus familiares<sup>44</sup>.

Diversos estudios sobre la pandemia del COVID-19 sugieren una prevalencia de síntomas de estrés postraumático entre el 71,5% y el 73% en el personal sanitario. Para tener una perspectiva más amplia, es importante resaltar que en otras pandemias (SARS, MERS, Ébola) la prevalencia de síntomas de estrés postraumático se sitúa entre el 11% y el 73,4%<sup>4</sup>.

## **2.6.5 Suicidio**

La palabra suicidio proviene del latín *sui*, que significa “a sí mismo”, y de *caedere*, que significa “matar”; es decir, matarse a sí mismo. El suicidio en la literatura científica vendría siendo el final intencional y voluntario de la propia vida<sup>45</sup>.

### **2.6.5.1 Epidemiología el suicidio**

De acuerdo con el enfoque epidemiológico tradicional, el suicidio consumado incluye etapas previas, como pensamientos suicidas e intentos de suicidio. La ideación se refiere al

deseo de morir y la creación de un plan más o menos preciso. Por su parte, el intento constituye la acción intencional de atentar contra la propia vida<sup>45</sup>.

La caracterización epidemiológica global de los suicidios muestra que los hombres superan en número a las mujeres en casi todos los países. La tendencia es que mientras las mujeres son quienes realizan un mayor número de intentos, los hombres tienen una tasa de mortalidad más alta<sup>45</sup>.

### **2.6.5.2 Suicidio y su impacto en la salud pública**

Según la OMS, aproximadamente 800.000 personas se suicidan cada año; en otras palabras, cada 40 segundos muere una persona en el mundo por esta causa. La tasa global de suicidios es de 10,6 por cada 100.000 habitantes (13,5 para hombres y 7,7 para mujeres); sin embargo, existen diferencias importantes según los ingresos económicos de los países, ya que a pesar de que el 79% de los suicidios ocurren en países de ingresos bajos y medios, las tasas de suicidio son más altas en países de ingresos altos<sup>46</sup>.

Según el género, la variable económica también incide en la prevalencia. Mientras que en los países desarrollados los hombres se suicidan casi tres veces más que las mujeres, en los países en desarrollo 1,5 hombres mueren por esta causa por cada mujer. Estos datos muestran el hecho de que los hombres se suicidan más que las mujeres en el mundo. Sin embargo, hay algunas excepciones, como China, donde la tasa de suicidio por cada 100.000 habitantes es de 10,3 en mujeres y 9,1 en hombres<sup>46</sup>.

En general, en casi todos los países del mundo, las personas menores de 15 años se suicidan menos y las personas entre 15 y 49 años más. Los adultos de 70 años o más también están representados en este grupo. A partir de 2015, el suicidio ocupa el segundo lugar como causa de defunción después de los accidentes de tránsito en la población de 15 a 29 años alrededor del mundo. Entre los jóvenes de 15 a 19 años, es la segunda causa de muerte de mujeres (después de las afecciones maternas) y la tercera causa de muerte de hombres (después de la violencia interpersonal y los accidentes de tránsito)<sup>46</sup>.

### **2.6.5.3 Factores de riesgo en el suicidio**

El interés por identificar las causas del suicidio ha llevado a varios estudios a concluir que su origen es multifactorial y en combinación con elementos cognitivos y neurobiológicos ligados a situaciones vitales estresantes y/o traumáticas<sup>46</sup>.

Factores como experiencias traumáticas en la niñez y/o juventud, disfunción familiar, comunicación familiar rota, violencia doméstica (experimentada o presenciada), violencia mental, violencia física o sexual, bullying, falta de proyectos de vida, desesperanza, disminución del sentido de vida, vacío existencial y la falta de red de apoyo social son considerados como factores de riesgo en la conducta suicida<sup>46</sup>.

En los campos de la genética y la neurobiología, la investigación se ha centrado en la expresión de genes y proteínas relacionadas con la conducta suicida y el metabolismo de la serotonina; sobre la posible identificación de genes específicos asociados con el comportamiento suicida y regiones del cerebro involucradas en el procesamiento emocional, percepción de dolor real o imaginario, pensamientos suicidas e intento de suicidio<sup>46</sup>.

Los principales trastornos de salud mental que subyacen a las conductas suicidas son los trastornos depresivos (especialmente el trastorno depresivo mayor), el trastorno de estrés postraumático, los trastornos de ansiedad (incluidos el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia social y el trastorno de pánico), trastornos de personalidad y sustancias<sup>46</sup>.

Estos trastornos se asocian con la conducta suicida no solo por los síntomas de cada trastorno o, incluso, por la comorbilidad de dos o más trastornos de salud mental y/o de personalidad, sino también porque el trastorno es difícil de tratar, la frustración o las situaciones adversas, así como para aplicar habilidades sociales y estrategias de resolución de problemas<sup>46</sup>.

En particular, los trastornos de ansiedad se han asociado con un mayor riesgo de suicidio cuando existe un trastorno depresivo mayor, ya que parecen formar un puente entre

la ideación suicida y el suicidio, el consumo de sustancias, incluido el alcohol, desde la adolescencia, está íntimamente relacionado con los suicidios en todos los grupos de edad, por lo que la prevención del suicidio debe incluir programas de prevención de adicciones y rehabilitación integral<sup>46</sup>.

Aunque el impacto de los trastornos de salud mental es innegable en el comportamiento suicida, se enfatiza que no todas las personas que tienen pensamientos o intentos suicidas o que incluso mueren por autolesiones, tienen un trastorno de salud mental y/o de personalidad. Estudios recientes muestran que el suicidio es más que un problema de salud mental, pues los motivos para cometerlo también están relacionados con factores sociales y crisis derivadas de una disminución en la adaptación social, afectaciones en las relaciones interpersonales o de pareja, el desempleo y el estrés laboral o financiero<sup>46</sup>.

#### **2.6.5.4 Suicidio en asociación al COVID-19**

La propagación del COVID-19 ha traído consigo muchos nuevos desafíos más que la enfermedad misma. La pandemia ha tenido consecuencias importantes como la muerte de casi 15 millones de personas en el mundo, el sufrimiento por la pérdida de un ser querido, complicaciones del proceso de duelo, crisis económica y desempleo, las enfermedades mentales que han surgido y que se han exacerbado con el confinamiento en todos los grupos etarios, esto por la disponibilidad de medios para causarse la muerte, que aún no está limitada a pesar de las recomendaciones de la OMS, e incluso, por la polarización de las expresiones afectivas de los trabajadores de la salud<sup>46</sup>.

El impacto inmediato de los factores relacionados con el COVID-19 con el suicidio ha despertado una alarma entre expertos de todo el mundo, que advierten de un probable aumento de las conductas suicidas durante la crisis sanitaria e incluso después de que se haya controlado, dado que pese a los vaticinios de que podría haber una "ola" de trastornos mentales debido a trastornos congénitos y suicidios, se sabe poco sobre su impacto real en la vida de las personas<sup>46</sup>.

Se han reportado suicidios relacionados con la pandemia de Covid-19, especialmente con el confinamiento y sus factores relacionados<sup>46</sup>.

Las solicitudes de apoyo psicológico, pedidas directamente por la persona que lo necesitase o bien, un familiar cercano o amigo, son por sentimientos de soledad y aislamiento, cambios de humor, irritabilidad, tristeza, estrés, miedo, ansiedad, depresión, trastornos del sueño, adicciones, episodios, violencia doméstica, rupturas amorosas, daño en las relaciones, pensamientos suicidas e intento de suicidio<sup>46</sup>.

Se puede confirmar que el COVID-19 tiene un impacto significativo en la salud mental y particularmente en la muerte autoinfligida; pero vale la pena profundizar en todos los factores que pueden estar involucrados en esta relación<sup>46</sup>.

Una de las más importantes es la crisis económica y laboral en todo el mundo, la cual está estimada por una pérdida de casi 25 millones de empleos según la Organización Internacional del Trabajo. Esta crisis sin duda provoca cambios en la autopercepción y autoestima, aumento del estrés, inestabilidad emocional y sentimientos de vergüenza; culpa, frustración y pérdida asociadas con pensamientos de muerte y gestos suicidas. En las crisis económicas más fuertes del mundo, los representantes de ambos sexos registraron más suicidios, pero, la mayoría fueron hombres<sup>46</sup>.

El confinamiento, por otro lado, se vive de manera diferente según las variables involucradas; por ejemplo, estabilidad laboral y financiera, tipo de alojamiento, número de familiares con los que vive, relaciones y salud física y mental<sup>46</sup>.

El confinamiento aumenta el riesgo de problemas interpersonales, cambios de humor, mayor uso de alcohol y sustancias ilegales, experimentar o presenciar violencia doméstica y abuso sexual, especialmente para mujeres y niños. El aumento de la tensión supera los mecanismos de defensa y estilos de afrontamiento habituales, empeorando los síntomas de las personas con problemas de salud mental o incluso provocando depresión, ansiedad, trastorno de estrés agudo y trastorno de estrés postraumático, que, junto a sentimientos de

desesperanza y dificultad para proyectarse en el futuro, da lugar a pensamientos o intentos suicidas<sup>46</sup>.

El duelo es un factor que ha cambiado durante la crisis sanitaria. Lidar con la pérdida de un ser querido en circunstancias normales es bastante doloroso y difícil, pero durante una pandemia es aún más doloroso. La muerte de un ser querido durante el COVID-19 impidió la realización de rituales de duelo que permitan aceptar la pérdida. No poder realizar un velatorio local o llevar a los niños con la edad suficiente a un funeral, o no mostrar simpatía personal y física, fue un desafío que se convirtió en duelo patológico varias veces<sup>46</sup>.

La situación se tornó aún más incomprensible cuando una persona cercana fallecía de COVID-19, porque en la mayoría de ocasiones no fue posible despedirse físicamente (en el mejor de los casos, se pudo despedir por teléfono o video llamada); la enfermedad y la muerte ocurrieron demasiado rápido, al punto de que no se pudieron procesar emocionalmente; esto generó la sensación de que el paciente quedó en una condición estable y no tan mala como para ser fatal, y se experimenta la sensación de que se pudo haber hecho más. Esto generalmente conduce a sentimientos de culpa, depresión y ansiedad<sup>46</sup>.

El suicidio nunca dejará de ser un problema mundial, pues la posición del individuo en la sociedad es indiscutible; quien acabó con su vida, rompe el tejido de la sociedad y deja una huella imborrable. Se puede suponer que el sufrimiento de quienes se suicidan es grande, y ciertamente tienen problemas emocionales y crisis de vida que cuestionan el propósito de su existencia. Es importante reconocer a estos dolientes como seres humanos con una dignidad inherente e inalienable, pero también lo es la preocupación por su salud física y mental<sup>46</sup>.

La enfermedad y la muerte nos recuerdan la fragilidad propia como seres humanos, pero en muchos casos también por vulnerabilidad que enfrenta un segmento significativo de la población debido a su pobreza o servicios de salud limitados. Esto se aplica a las personas que sufren de una enfermedad y que no dispongan de medios económicos suficientes para acudir a una consulta privada de psiquiatría o psicología, que no tengan acceso a centros

públicos de tratamiento especializado o que tengan que abandonar su tratamiento por falta de dinero para pagarlo<sup>46</sup>.

Una persona con pensamientos suicidas vive en soledad y aislamiento el proceso emocional por el que está pasando. Al encontrarse afectivamente en un estado de embotamiento y con pocas oportunidades de encontrar solución a sus problemas, considera que la única opción que tiene es morir. Es justo cuando esta persona necesita una red de apoyo social; un grupo de personas que comprendan su sufrimiento a través de la solidaridad; que por sociabilidad promuevan su bienestar y, basados en el principio de subsidiariedad, reconozcan que es una persona que necesita atención psicológica, pero que es poco probable que pueda buscarla por sí mismo<sup>46</sup>.

## **2.7 Grupos de población vulnerables al impacto psicológico de la COVID-19**

Toda población podría verse afectada por los impactos psicológicos del COVID-19, pero algunos grupos pueden ser más vulnerables, los cuales se encuentran ancianos con multi comorbilidades, los niños y las mujeres confinados en casa que sufren violencia doméstica, las personas con problemas mentales preexistentes, trabajadores sanitarios en primera línea que pueden verse afectados por el miedo a la infección y grupos de población en riesgo de exclusión o con dificultades socioeconómicas<sup>5</sup>.

**Tabla 2. Grupos de población vulnerables al impacto psicológico del COVID-19**

Grupos de población vulnerables al impacto psicológico de la COVID-19
<ul style="list-style-type: none"><li>• Adultos Mayores pluripatológicos</li><li>• Mujeres y niños confinados en casa víctimas de violencia doméstica</li><li>• Personas con enfermedad mental previa</li><li>• Trabajadores sanitarios en primera línea</li></ul>

- Personas en riesgo de exclusión o con dificultades socioeconómicas

Fuente: Elaboración propia en base a referencia<sup>5</sup>.

### **2.7.1 Adulto Mayor**

El adulto mayor es un grupo especialmente vulnerable, debido al aislamiento social, se sabe que en esta etapa de la vida se reducen las redes de apoyo y se disminuye la participación en actividades sociales, la soledad en momentos de crisis es un factor que afecta a la población. Las preocupaciones, inseguridad y otros sentimientos negativos influyen directamente en la calidad del sueño, en la energía para realizar sus actividades diarias, en la satisfacción con su salud y disfrute de la vida, y por tanto en la calidad de vida de los adultos mayores<sup>19</sup>.

Se ha visto afectada su movilidad física, las relaciones interpersonales, las actividades recreativas, el diagnóstico, evolución y tratamiento de dolencias y enfermedades, la situación económica y familiar, y ha empeorado la depresión, ansiedad, soledad, desmotivación y apatía, y otras alteraciones psicológicas<sup>19</sup>.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha señalado que el impacto sobre la salud mental de un individuo en una situación de emergencia sanitaria, como ocurre en una epidemia, generalmente es más fuerte, entre quienes viven en situación de exclusión social o las personas mayores, ya que se ve afectada la seguridad y el funcionamiento de la comunidad<sup>19</sup>.

### **2.7.2 Mujeres y niños confinados víctimas de violencia doméstica**

Durante el contexto de la pandemia por COVID-19, distintos medios de comunicación han declarado un aumento de riesgo por el incremento de manifestaciones de

violencia doméstica debido al confinamiento, esto constituye un problema de salud pública importante, frena el desarrollo socioeconómico y es una barrera a los derechos humanos de las víctimas que lo sufren<sup>47</sup>.

El cambio en la rutina ha provocado un aumento en el estrés físico y psicológico en las personas, lo cual puede aumentar el riesgo de que se presente violencia doméstica, condición en que las mujeres, los niños y niñas son la población más vulnerable ante la crisis, principalmente, porque son una población que ya se encontraba en relaciones abusivas o violentas previo al inicio del confinamiento<sup>47</sup>.

Las medidas promovidas para prevenir y controlar la transmisión del COVID-19, entre ellas la cuarentena y el aislamiento en el hogar, no han tomado en cuenta aspectos de género y dejan de lado el riesgo que implica el aumento de la vulnerabilidad a la violencia y el malestar psicosocial en niños y niñas. Hay mayor riesgo de violencia en los miembros de la familia convivientes en el hogar y más probabilidades de sufrir maltrato, descuido, violencia, explotación y estrés psicosocial infantil, el incremento de conductas violentas va de la mano con un consumo excesivo de alcohol<sup>47</sup>.

Las mujeres que viven en situaciones de violencia doméstica suelen tener una muy baja autoestima, la cual afecta directamente su comportamiento, productividad en el trabajo, capacidad para protegerse, buscar ayuda y denunciar su caso<sup>47</sup>.

### **2.7.3 Personas con enfermedad mental previa**

En la pandemia de COVID-19 la atención global se ha centrado en los pacientes infectados y en el personal de salud de primera línea, sin embargo, algunas poblaciones marginadas por la sociedad han sido pasadas por alto, no sorprende que la ansiedad esté en niveles altos durante la pandemia, y se presenten síntomas de estrés postraumático, o se incrementen los delirios y las alucinaciones<sup>2,4</sup>.

Resulta preocupante el efecto de la pandemia en las personas con trastornos psiquiátricos. La ignorancia del impacto diferencial de la pandemia en estos pacientes no solo obstaculiza cualquier objetivo de prevenir una mayor propagación de la enfermedad, sino que también aumenta las desigualdades de salud ya existentes<sup>2</sup>.

Las enfermedades mentales podrían incrementar el riesgo de infecciones debido a un deterioro cognitivo, poca conciencia del riesgo y pocos esfuerzos de protección personal de los pacientes, las formas de comunicación a distancia pueden aumentar la paranoia en ciertos pacientes, y las personas con déficit cognitivo pueden no entender la gravedad de la situación<sup>2,4</sup>.

La pandemia de COVID-19 ocasiona síntomas reactivos como estrés, depresión y ansiedad, todo lo cual puede agravar el estado de salud mental de las personas con un diagnóstico psiquiátrico previo, además pondrá en evidencia a las personas con trastornos psiquiátricos que previamente no habían sido diagnosticados<sup>2,4</sup>.

#### **2.7.4 Trabajadores sanitarios de primera línea**

En la lucha contra el COVID-19, los profesionales de la salud se enfrentaron a una enorme presión debido a un alto riesgo de infección y la falta de protección adecuada ante una posible contaminación, aislamiento, incremento de la demanda de trabajo, frustración, cansancio por las largas jornadas laborales, falta de contacto con sus familiares y trato con pacientes que expresan emociones negativas<sup>2</sup>.

Algunos trabajadores de la salud pueden evitar a su familia o comunidad por estigma o miedo a contraer el padecimiento, lo que puede hacer que una situación ya de por sí desafiante, sea mucho más difícil de enfrentar, las investigaciones realizadas durante otras epidemias o pandemias demostraron que entre el 20% y el 49% de los profesionales de la salud experimentaron estigma social relacionado con su trabajo y el temor de la comunidad

y familiares de ser contagiados por ellos, el estigma influye en la salud mental, ya sea de forma directa o indirecta teniendo como mediador al estrés<sup>2,4</sup>.

Las medidas estrictas de bioseguridad, aunque necesarias para la mejor protección del personal de la salud, tienen algunas consecuencias como: el incremento del cansancio físico por el uso de equipos de protección personal, a lo que se suma el constante estado de alerta y vigilancia con los procedimientos estrictos que estos conllevan, y el aislamiento físico que dificulta dar confort y apoyo a quienes están afectados<sup>4</sup>.

Se puede mencionar que los profesionales, enfermeras y quienes trabajan de forma directa con casos sospechosos y confirmados de COVID-19 tienen un mayor riesgo de padecer problemas de salud mental.

#### **2.7.5 Personas en riesgo de exclusión o con dificultades socioeconómicas**

Aunque todos los niveles de la sociedad se han visto afectados, la intensidad de la repercusión varía muchísimo entre los grupos sociales, la pandemia empobrece aún más a los pobres y exacerba la desigualdad, los trabajadores del sector informal se ven gravemente afectados por las medidas de confinamiento, los trabajadores poco calificados no pueden trabajar desde casa, los pobres y vulnerables son los más afectados porque sus condiciones de vida y oportunidades futuras se ven amenazadas por las perturbaciones económicas y otros efectos negativos de la pandemia<sup>48</sup>.

Las personas de bajos recursos en las zonas urbanas, viven en situaciones de gran complejidad, sus métodos de subsistencia, el capital humano y sus condiciones de vida en hogares hacinados, sin agua ni saneamiento, sin acceso a internet, suelen haber condiciones disfuncionales en familia durante el confinamiento puede llegar hasta la violencia doméstica mencionada anteriormente y maltrato infantil, para este tipo de personas es muy difícil y es susceptible a trastornos de índole psiquiátrico<sup>48</sup>.

La población indígena es un grupo vulnerable, América Latina tiene casi 50 millones de habitantes que pertenecen a comunidades indígenas (de más de 500 etnias diferentes). Estas comunidades representan el 8% de la población total de la región, el 14% de los pobres y el 17% de las personas que viven en la pobreza extrema. Las comunidades indígenas no disponen a centros médicos de salud, su saneamiento básico es deficiente en comparación con las poblaciones no indígenas con características similares<sup>48</sup>.

Los migrantes especialmente indocumentados sufren de marginación y discriminación, este grupo no tiene derecho al beneficio de las transferencias en efectivo ni de otros programas, además que los migrantes indocumentados no tienen acceso a sistemas de salud lo cual agrava su situación. La población “olvidada” y excluida también incluye otros grupos, como las personas sin hogar, la población reclusa, las personas que realizan trabajo sexual y las personas transexuales<sup>48</sup>.

## **2.8 Estrategias de afrontamiento durante la pandemia de COVID-19**

El afrontamiento es el conjunto de pensamientos y acciones utilizados para hacer frente a situaciones estresantes que conducen a esfuerzos cognitivos y conductuales. Es importante recalcar que las estrategias de afrontamiento son respuestas individuales y no pueden generalizarse a todas las personas ni a todas las situaciones o problemas; así también, su actuación será de mediación entre el estrés de una persona y la situación<sup>49-50</sup>.

El afrontamiento activo se caracteriza por resolver el problema mientras que el afrontamiento pasivo se manifiesta con negación y evitación de él. En epidemias, la morbilidad psicológica se asocia con una estrategia de afrontamiento pasiva. En escenarios de desastres naturales, la percepción del riesgo está asociada con el afrontamiento activo<sup>49</sup>.

Las estrategias de afrontamiento se han asociado con la reducción de la ansiedad y la depresión, se consideran factores protectores para considerar en situaciones humanas complejas, es decir, cuando se enfrenta a una gran cantidad de problemas. Un estudio

encontró que la mayoría de las estrategias de afrontamiento activas se correlacionaron positivamente con la resiliencia y la mayoría de las estrategias de afrontamiento de evitación se correlacionaron negativamente con la resiliencia, al igual que los síntomas futuros de TEPT<sup>51</sup>.

Entre las formas de afrontamiento se encuentran las denominadas estrategias primarias, las cuales se mencionarán a continuación.

Resolución de problemas (estrategias cognitivas y conductuales): dirigidas a eliminar la fuente de malestar.

Reestructuración cognitiva (estrategias cognitivas): cambian el significado de una situación estresante y la hacen menos molesta.

Expresión de emociones: consiste en liberar sentimientos.

Búsqueda de apoyo social: que puede ser de otras personas, familiares o amigos.

Evitación de problemas: incluida la negación, evitar pensar o actuar en una situación estresante.

Pensamientos ansiosos (estrategia cognitiva): que indican una negativa a cambiar la situación.

Autocrítica: autoinculpación por la situación.

Aislamiento social: que incluye alejarse de amigos y familiares sobre la expresión de emociones ante una experiencia estresante<sup>51</sup>.

A su vez, las estrategias primarias se clasifican en dos subcategorías que son: centradas en la emoción y centradas en el problema, a éstas se les denomina estrategias secundarias, y estas se dividen<sup>51</sup>.

Estrategias dirigidas a la acción centradas en el problema: aquí se incluyen las estrategias primarias, resolución de problemas y reestructuración cognitiva.

Estrategias dirigidas a la acción centradas en la emoción: incluye apoyo social que se enfocan en la expresión de sentimientos.

Estrategias no dirigidas a la acción centradas en el problema: consiste en estrategias de evitación de problemas y pensamientos ansiosos o deseosos; indicando rechazo comprensión diferente de una situación estresante.

Estrategias no dirigidas a la acción centradas en la emoción: implica estrategias de retraimiento social y autocrítica que impiden la expresión de sentimientos hacia los demás.

Las estrategias de afrontamiento orientadas al problema, las orientadas a emociones y las de apoyo social se relacionan positivamente con las dimensiones de bienestar subjetivo de la satisfacción con la vida y el afecto positivo. De igual forma, las estrategias de afrontamiento evitativo se relacionan positivamente con el bienestar subjetivo del afecto negativo y negativamente con las estrategias de apoyo social<sup>52</sup>.

### **2.8.1 Afrontamiento en estudiantes universitarios**

Los estudiantes que usan estrategias de afrontamiento positivas, especialmente aquellos que encuentran beneficio ante una situación de crisis, generalmente presentan menos miedo, ansiedad y estrés. De manera similar, un estudio con estudiantes filipinos encontró una correlación positiva entre las estrategias de afrontamiento de acercamiento (positiva) y bienestar en tres dimensiones (bienestar académico, social y emocional); sin embargo, encontró una correlación negativa entre las estrategias de afrontamiento evitativas (negativas) y el bienestar académico<sup>52</sup>.

Si bien los efectos positivos de algunas estrategias de afrontamiento sobre el bienestar durante la pandemia han sido estudiados en países post industriales, al momento de esta publicación existe poca evidencia de su investigación en América Latina y el Caribe<sup>52</sup>.

Un estudio mexicano mostró que los participantes tenían consumo emocional de alimentos como un posible mecanismo de afrontamiento durante la pandemia, especialmente

cuando tenían altos niveles de estrés, tenían conductas negativas, mucha ansiedad y vivían con una persona diagnosticada con COVID-19 y ser del género femenino<sup>52</sup>.

En cuanto a las estrategias negativas, el consumo de alcohol o drogas afecta negativamente el bienestar psicológico, especialmente la autoaceptación, las relaciones positivas y el propósito de vida. El uso de alcohol o drogas tiene un efecto más fuerte en las relaciones positivas. Esto sugiere que cuanto mayor es el consumo, menos cercanas y confiables son las relaciones personales, la persona tiende a aislarse, se siente frustrada y no quiere hacer concesiones. Debido a las distancias físicas involucradas, el uso de esta estrategia de tratamiento es un factor de riesgo significativo para el bienestar, no sólo de quienes utilizan la estrategia, sino también a las personas que están alrededor<sup>52</sup>.

### **2.8.2 Afrontamiento en adultos**

Un estudio realizado en Perú quiso analizar el impacto psicológico y las estrategias de afrontamiento en los adultos del país durante la pandemia del COVID-19<sup>53</sup>.

Autocuidado y cumplimiento de medidas de salud: al haber tomado acción para seguir las medidas sanitarias dictadas por el gobierno, evitar contagios y evitar la exposición a la información<sup>53</sup>.

Comunicación con familiares y amigos: como forma de aliviar el malestar fue iniciar y mantener contacto con familiares y amigos por teléfono o virtualmente<sup>53</sup>.

Gestión de pensamientos: Se encontró que algunos participantes aplicaban técnicas para desmitificar pensamientos abrumadores e identificar, evaluar y cambiar pensamientos inapropiados sobre la enfermedad y la situación<sup>53</sup>.

Fe religiosa: Un recurso que utilizaron algunos participantes fue buscar apoyo y protección en sus creencias religiosas<sup>53</sup>.

Relajación, distensión y entretenimiento: Ejercicios de respiración, estiramientos y masajes musculares, hacer quehaceres, compartir momentos en familia o utilizar dispositivos digitales para ver series y escuchar música fueron herramientas para gestionar la situación<sup>53</sup>.

Desarrollar una actividad laboral: Para algunos participantes, el trabajo, el apoyo financiero o los ingresos para cubrir las necesidades básicas es un medio de supervivencia<sup>53</sup>.

Empatía y solidaridad con los otros: Entender y ponerse en el lugar de quienes pueden estar pasando por situaciones críticas y ofrecer el apoyo adecuado constituye un recurso para aliviar el malestar<sup>53</sup>.

Revaloración de la situación: Otra forma de responder a una situación desfavorable fue darle un sentido alternativo valorando las oportunidades del momento, principalmente compartiendo en familia y viviendo el presente<sup>53</sup>.

### **2.8.3 Otros tipos de afrontamiento uso de alcohol y drogas en el profesional de salud**

Hay diferentes variables involucradas con un mayor riesgo de abuso de alcohol y drogas en trabajadores de la salud: rasgos de personalidad como la alexitimia, estilos de afrontamiento, factores personales y profesionales e impacto del “síndrome de burnout”. El abuso de drogas y alcohol también se ha considerado a menudo una estrategia de automedicación disfuncional en los trastornos del estado de ánimo y ansiedad en la población general. Lo mismo se puede decir sobre el uso de alcohol como medio para aliviar los síntomas del TEPT<sup>54</sup>.

La pandemia de COVID-19 ha creado un conjunto de condiciones ambientales, sociales e intrapsíquicas que pueden haber fomentado el uso inapropiado de alcohol y otras

drogas para manejar el malestar psicológico. Un editorial de The Lancet señaló que los marcadores directos e indirectos del consumo de alcohol aumentaron durante la pandemia en la población general, tanto en personas sin antecedentes de consumo de riesgo como en personas con trastornos por consumo de alcohol<sup>54</sup>.

La evidencia reciente indica una asociación significativa entre la angustia psicológica específica de COVID-19 y el comportamiento alcohólico, y la relación está mediada por el género y las consecuencias socioeconómicas de la pandemia<sup>54</sup>.

Los que han aumentado el consumo fueron médicos y residentes que han trabajado más en las primeras líneas de atención con los pacientes COVID-19 y viven en mayor porcentaje solos o son independientes, además tienen peores hábitos alimenticios y reportan más estrés, también se han recetado con más frecuencia a sí mismos psicotrópicos para el control de la ansiedad y el insomnio<sup>54</sup>.

Estudios previos han mostrado un aumento significativo en el consumo de alcohol entre médicos confinados, así como trabajadores de la salud, sin importar si trabajaban de forma presencial o desde sus hogares. En este último estudio, el 8% de la muestra eran usuarios que consumían cannabis desde antes de la pandemia, lo que también sugiere un aumento en el uso de esta sustancia durante la pandemia por COVID-19<sup>54</sup>.

Se sugiere que el uso de alcohol y drogas fue una estrategia fallida para enfrentar el estrés y la ansiedad de una situación como lo es la pandemia para las personas que tienen menos experiencia y pueden ser más vulnerables a ella<sup>54</sup>.

De todo lo anterior, se puede concluir que las estrategias de afrontamiento son mecanismos útiles para afrontar situaciones de estrés y ansiedad, como la actual crisis sanitaria provocada por el COVID-19. Es importante recalcar que este tipo de estrategias son individuales y pueden variar de acuerdo con el significado que una persona le atribuye a cada cambio de situación; asimismo, se puede determinar su efectividad evaluando efectos a corto

y largo plazo, especialmente si la persona fue capaz de cambiar o modificar la situación estresante o si fue capaz de regular sus reacciones emocionales en esta situación<sup>54</sup>.

## **CAPÍTULO III- MARCO METODOLÓGICO**

En este apartado se desarrollará el tipo de metodología que se va a emplear en esta investigación, con sus características y descripciones para dicho estudio.

### **3.1 Tipo de investigación**

El tipo de investigación es una revisión bibliográfica, dado que permite una amplia investigación en varios textos y libros. Todo proyecto de investigación corresponde a la descripción detallada de cierto tema o tecnología<sup>55</sup>.

Tiene un alcance de tipo descriptivo, estos miden o recolectan datos sobre diversos conceptos (variables), aspectos, dimensiones o componentes del contexto investigado<sup>56</sup>. También llamados estudios observacionales.

### **3.2 Fuentes de información**

La presente investigación se apega a las normativas actuales de la Universidad Internacional de las Américas (UIA) tanto en citación, estilo, formato, basado en la guía de investigación para ciencias de la salud del año 2022.

Para sustentar los resultados de esta investigación se utilizarán fuentes de información primarias, estas se producen como primera consecuencia de un estudio, investigación o trabajo. En este rubro se consideran los artículos científicos, publicaciones periódicas, preprints, monografías, libros digitales, entre otros<sup>57</sup>.

Se empleó la Clasificación Sakkett, la cual se utiliza para clasificar el nivel de evidencia, permite una sistematización que jerarquiza la evidencia en niveles que van del 1 al 5; siendo el nivel 1 la “mejor evidencia” y el nivel 5 la “menos buena”<sup>58</sup>.

Con la finalidad de dar orden y estructurar la búsqueda de información científica se utilizaron los operadores booleanos, los cuales se utilizaron “AND” para unir conceptos, “OR” para ordenar según las preferencias de búsqueda, “NOT” para eliminar un término<sup>59</sup>.

### 3.3 Criterios de búsqueda

**Tabla 3. Criterios de búsqueda utilizados, según objetivo**

Objetivo	Descriptor	Motores de búsqueda	Período de estudio	Idioma
Describir las principales afecciones a la salud mental asociadas a la pandemia por COVID-19 en personas adultas	Salud Mental	Google	2019-2022	Español/Inglés
	Pandemia por COVID-19	Académico		
		SciELO Elsevier Medigraphic		
Identificar las estrategias de abordaje médico preventivo de enfermedades mentales y suicidio utilizadas actualmente en personas adultas.	Abordaje médico preventivo	PubMed	2017-2022	Español/Inglés
	Enfermedades mentales	SciELO		
	Suicidio	Elsevier Medigraphic		

Señalar recomendación en que permitan el abordaje medico integral de personas adultas con enfermedades mentales y conductas suicidas asociadas al COVID-19 en Costa Rica.	Abordaje médico integral	PubMed Scielo Elsevier Medigraphic	2017-2022	Español/Ingles
	Enfermedades mentales			
	Suicidio			

Fuente: Elaboración propia, 2023.

### 3.4 Criterios de inclusión y exclusión

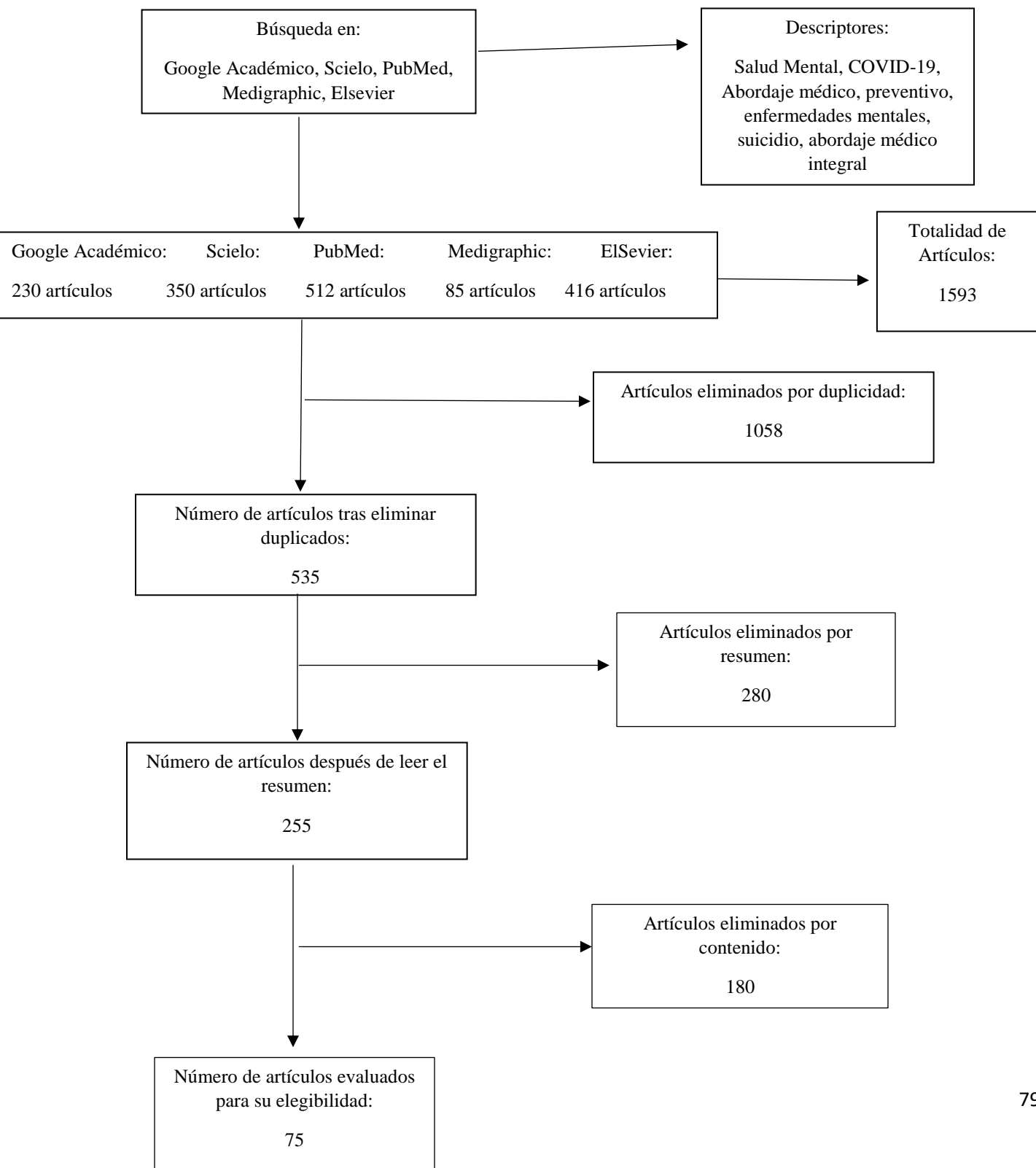
A continuación, se muestran los criterios de inclusión y exclusión para la selección de artículos para dicha investigación.

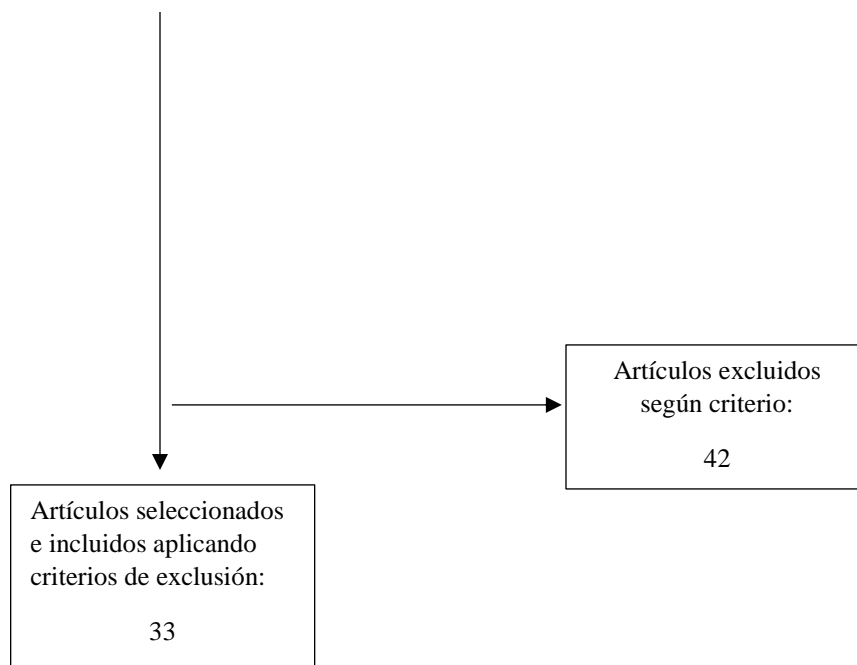
**Tabla 4. Criterios de exclusión e inclusión para la selección de artículos**

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Artículos sobre salud mental en adultos	Artículos sobre salud mental en niños
Artículos sobre salud mental en pandemia	Artículos sobre salud mental en adultos mayores
Artículos sobre el abordaje médico preventivo de enfermedades mentales	Artículos sobre salud mental en embarazo
Artículos sobre trastornos mentales en adultos	Artículos sobre salud mental en personas con discapacidades físicas
Artículos sobre suicidio en adultos	Artículos sobre salud mental en prisión

Fuente: Elaboración propia, 2023.

### 3.5 Análisis de la información





En la búsqueda de información, se obtuvieron 1593 artículos, entre el año 2017 y el 2022, en los idiomas inglés y español. Sin embargo, al aplicar los criterios de inclusión y exclusión mediante revisión del título y abstracto, se redujo el número de artículos a 535. Se excluyeron aquellos que no cumplían con el objetivo del tema al ser artículos que abordaban otro tipo de población, patologías que no se relacionan con las afectaciones de la salud mental por la pandemia de COVID-19, artículos que no mencionaban evaluaciones e intervenciones de la crisis psicosocial causada por la pandemia, logrando así reducir el número a un total de 31. Estos se utilizaron por ser artículos con mayor nivel de evidencia y recientes; además, fueron seleccionados de acuerdo con su contenido y el objetivo de la investigación, ya que abordan los principales efectos de la pandemia por COVID-19 sobre la salud mental de la población adulta, identificando las mejores estrategias de abordaje tanto médico preventivo e integral para las enfermedades mentales y suicidio.

### 3.6 Clasificación de la información según niveles de evidencia

**Tabla 5. Cantidad de artículos según el nivel de evidencia**

Nivel de evidencia	Tipo de estudio	Cantidad según tipo de estudio	Cantidad según el nivel de evidencia	%
1	Metaanálisis	3	3	10%
2	Revisión sistemática de estudio de cohortes	2	2	6%
3	Revisión sistemática de estudios observacionales	0	0	0%
4	Estudios transversales	11	11	33%
5	Revisión bibliográfica	16	17	51%
	Opinión de experto	1		
Total		33	33	100%

Fuente: Elaboración propia, 2023

## **CAPÍTULO IV- ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

En este apartado se describirán los resultados de los artículos que fueron revisados y utilizados en este escrito en donde se consideraron todos los puntos a tratar que están en relación con la pandemia de COVID-19, en donde se analiza los efectos en la salud mental del adulto, las estrategias preventivas para enfermedades mentales y la importancia de las recomendaciones para un adecuado abordaje médico integral para personas adultas con enfermedades mentales y conductas suicidas asociadas a la pandemia de COVID-19.

#### **4.1 Principales afecciones a la salud mental asociadas a la pandemia por COVID-19 en personas adultas**

Este objetivo brinda información sobre los efectos en la salud mental por la pandemia de COVID-19 mediante el uso de estudios que detallan por medio de porcentajes las afecciones en la salud mental de mayor frecuencia en personas adultas.

Broche et al<sup>3</sup>, mencionan en su estudio que dentro de las manifestaciones reportadas con mayor frecuencia se encontraron los trastornos emocionales, depresión, estrés, apatía, irritabilidad, insomnio, trastorno de estrés postraumático, ira y agotamiento emocional. Se plantea que el incremento del tiempo de cuarentena conlleva a un mayor riesgo de estrés postraumático y a una reducción de los comportamientos que implican proximidad física.

Como variables predictoras de las reacciones psicológicas negativas se reportaron las siguientes: presentar una edad comprendida entre los 16-24 años, bajos niveles de educación, pertenecer al sexo femenino, tener un solo hijo (en comparación con no tener o tener 2 o más), vivir solo y la existencia de antecedentes de enfermedades mentales<sup>3</sup>.

En dicho estudio también se hace relevancia al miedo a la infección como el origen de elevados niveles de ansiedad y estrés. Como principales estresores posteriores al periodo de cuarentena señalaron las finanzas y el estigma social, las dificultades económicas son

reportadas como la causa principal de alteraciones psicológicas en el periodo posterior a la cuarentena, desencadenando estrés, ansiedad y depresión<sup>3</sup>.

El rechazo también fue percibido como un estresor importante, evitación del contacto directo, separación súbita de los miembros de un grupo cuando ellos se aproximaban, disminución de las visitas, entre otras manifestaciones. Estos comportamientos incrementaron considerablemente las experiencias de ira, frustración, depresión y ansiedad<sup>3</sup>.

Rodríguez et al<sup>5</sup> mencionaron en su estudio que la mayoría de las encuestas realizadas en la población general muestran un aumento de los síntomas de depresión, ansiedad y estrés relacionados con la COVID-19 como resultado de factores estresantes psicosociales (cambios en el estilo de vida, miedo a la enfermedad o miedo a los efectos económicos negativos).

La revisión demostró una prevalencia del 96,2% de los síntomas de TEPT, 34,72% para ansiedad, 28,47% para depresión en pacientes con COVID-19 durante la fase aguda, basado en una población de supervivientes de COVID-19 hubo tasas del 28% de TEPT, 31% síntomas depresivos, 42% síntomas de ansiedad<sup>5</sup>.

Rodríguez et<sup>7</sup> al en su estudio transversal encontraron a lo largo de la vida, 58.8 % de la población había recibido algún tipo de atención en el área de la salud mental, ya fuera por psicología o psiquiatría; las patologías más prevalentes fueron depresión (36.3 %) y ansiedad (37.7 %). Con el fin de conocer el impacto emocional de la pandemia de COVID-19 en los mexicanos, la escala DASS 21 se encontró media de 9.7 para estrés, 7.10 para ansiedad y 6.73 para la depresión, que califican dentro del rango de la normalidad, solo en la subescala de ansiedad se encontraron puntuaciones máximas, mientras que la máxima puntuación en depresión y estrés se encontró en el rango de afectación moderada.

Como lo menciona dicho estudio la intensidad de la sintomatología fue menor a la esperada en comparación a otros estudios probablemente por una alta resiliencia de la

población mexicana, tienen la capacidad de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas<sup>7</sup>.

Huamani Alvites<sup>8</sup> en su revisión bibliográfica muestra un estudio en España realizado en Madrid, adultos jóvenes entre 18 y 24 años en la cual tuvieron altos porcentajes de ansiedad (34,86%) y un nivel elevado de depresión (42.9%), a su vez se encontró un nivel elevado de síntomas de depresión según el grado de ansiedad causada por el COVID-19 en un 41.2% de la población.

Parrado et al<sup>11</sup> en su estudio transversal mostraron que el 24,7% de los participantes presentó un impacto psicológico moderado o severo y el 48,8% mostró deterioro de la salud mental. Las mujeres, los estudiantes y la población con menor nivel de ingresos económicos, además de menos espacio disponible por persona en la vivienda, presentaron mayor impacto psicológico y peor salud mental.

Wang et al<sup>12</sup> en su estudio el 53,8% de las personas encuestadas en China calificó el impacto psicológico del brote como moderado o grave; 16,5% reportó síntomas depresivos moderados a severos; 28,8% reportó síntomas de ansiedad moderados a severos; y el 8,1% reportó niveles de estrés moderados a severos. El sexo femenino, la condición de estudiante, los síntomas físicos específicos (p. ej., mialgia, mareos, coriza) y el mal estado de salud auto percibido se asociaron significativamente con un mayor impacto psicológico del brote y niveles más altos de estrés, ansiedad y depresión.

La Universidad Estatal a Distancia<sup>21</sup> en su estudio mostró un 61,0% de la muestra posee sintomatología depresiva, y al hacer una comparación de la anterior medición con el estudio presente se constata un aumento absoluto del 51% (pasando de un 10% en marzo a un 61% en octubre). Un 43,7% de la población presenta sintomatología asociada con ansiedad generalizada severa, estos datos contrastan con los resultados al estudio realizado en marzo de 2020 en el que únicamente un 13,8% de las personas participantes manifestaron síntomas de ansiedad.

Un 43,6% de la población presenta reacciones adversas físicas significativas (sudoración de manos, palpitaciones en el pecho, dificultades para dormir), y un 51,5% presentan reacciones emocionales adversas destacadas ante el miedo a la COVID-19 (incomodidad al pensar, miedo a perder la vida, nervios o ansiedad frente a noticias o historias sobre el virus)<sup>21</sup>.

En este estudio más de la mitad de la población ha obtenido puntuaciones bajas en resiliencia, resultado que indica que sus estrategias de afrontamiento no están permitiendo reducir el impacto y no se están adaptando suficientemente a la situación de emergencia<sup>21</sup>.

Taboas Martínez<sup>24</sup> en su revisión sistemática menciona un estudio en China en el cual encontraron niveles altos de depresión y ansiedad, un 48.3% reportaron síntomas de depresión, un 22.6% síntomas de ansiedad, y un 19.4% una mezcla de ansiedad y depresión, los participantes que pasaban muchas horas en plataformas sociales leyendo del COVID-19 presentaban síntomas más severos.

En otro estudio en Turquía, un 45.1% reporto síntomas consistentes con ansiedad; un 23.6% con síntomas marcados de depresión, se encontró que ser mujer, vivir en áreas rurales y tener un historial psiquiátrico previo, fueron factores de riesgo<sup>24</sup>.

Oré et al<sup>40</sup> en su revisión narrativa mencionan que la familia de desórdenes relacionados con el estrés debe ser de especial consideración: desde el trastorno por estrés agudo hasta el trastorno por estrés postraumático (TEPT), que puede presentarse hasta en el 30-40 % de las personas afectadas, como ha ocurrido en el contexto de otros desastres. Se encontró una prevalencia de TEPT de 7% en zonas de China más afectadas por el COVID-19, un valor que es mayor a lo reportado en otras epidemias, esto sugiere que el COVID-19 tuvo un impacto estresante más alto en la población general.

Por otro lado, Medina et al<sup>41</sup> en su estudio transversal se observó que el 71.3% de colaboradores presentan nivel medio (activo) de estrés laboral, el 25.9% nivel alto de estrés laboral y el 2.8% nivel bajo de estrés laboral; así también, para el 65.0% el nivel de exigencias

en el trabajo es alto, medio para el 24.5% y bajo en un 10.5%; y según la dimensión de apoyo social el 74.8% recibe nivel medio de apoyo, 18.9% nivel alto de apoyo y 6.3% nivel bajo de apoyo, sobre todo por parte de los compañeros.

Se muestra que el nivel de estrés laboral de gobiernos locales durante el COVID-19 es de nivel medio, presentando altas demandas y poco control sobre el trabajo, esto probablemente por las condiciones laborales, además el riesgo y el miedo a contagiarse con el virus, aumenta los efectos de los estados emocionales, demostrando que las situaciones adversas por las que se atraviesan en la actualidad generan altos niveles de estrés.

Castañeda et al<sup>44</sup> en su estudio transversal mencionan que el trastorno por estrés postraumático presenta asociaciones moderadas con los factores hospitalarios y con los factores no hospitalarios. Entre los factores hospitalarios están tiempo de hospitalización, tipo clínico de COVID-19 y soporte ventilatorio invasivo, esto debido a que durante la hospitalización se incrementa la percepción de la situación crítica y el peligro que representa el proceso de la COVID-19, además el haber percibido las consecuencias sanitarias de la primera ola, conduce a una respuesta de estrés alta y constante.

Esto tiene relación a un estudio de 714 pacientes con COVID-19 que estaban hospitalizados, el 96.2% informó síntomas de estrés postraumático. Esto implica que tener COVID-19 es una experiencia muy traumática y amenazante, probablemente por temer a perder la vida<sup>24</sup>.

Mencionando los factores no hospitalarios, están: oxigenoterapia en rehabilitación, secuelas neurológicas, dificultad respiratoria, percepción de discriminación social, dificultad para reincorporarse a las actividades diarias y familiares infectados por COVID-19, estas secuelas pueden generar un menor desempeño en los pacientes dados de alta, generarse recuerdos intrusivos al seguir presentando sintomatología compatible con la COVID-19 y expectativa incierta de cuándo desaparecerán<sup>44</sup>.

En otro estudio, de tipo transversal Ramos et al<sup>60</sup> se observaron mayores medidas de centralidad de red en los reactivos vinculados a síntomas negativos en la salud mental, sentimiento de infelicidad y depresión y pérdida de confianza; y la mayor relación negativa concentración tensión y angustia. Los sujetos participantes en el estudio manifestaron fundamentalmente sentimientos de infelicidad, depresión y pérdida de confianza, entre otros síntomas negativos.

A su vez, en otro estudio transversal Bosano et al<sup>61</sup> mencionan que la mayor parte de los participantes (77.4%) indicaron no haber tenido problemas de salud mental en el pasado y el 87.6% no tener estos problemas durante la pandemia, sin embargo, el 41% reconoció tener mayor malestar psicológico. Esta percepción puede ser el resultado de los cambios que las personas vivieron al estar en confinamiento por varios meses, los cuales incluyeron la pérdida de actividades positivas, cambios en las rutinas del día a día, la reducción del contacto social e incluso la pérdida de seres queridos.

Los participantes presentaron niveles bajos de síntomas (depresión, ansiedad y estrés), estos resultados concuerdan con lo encontrado por Wang et al<sup>12</sup> en la etapa inicial de la pandemia en China usando el mismo cuestionario DASS-21.

Rossi et al<sup>62</sup> en su estudio transversal muestra la prevalencia mensual de trastorno de ansiedad generalizada (GAD) que se mantuvo alta y estable, entre 30.7% y 32.6% considerando la última medición disponible de cualquier trastorno de ansiedad indicando una prevalencia del 14.3% en México, esto sugiere que los estresores que activan el GAD son una compleja combinación de factores sanitarios, económicos y sociales, y que su prevalencia podrá mantenerse elevada mientras las crisis y sus efectos continúen. Los resultados también evidenciaron que el GAD afecta desproporcionadamente ciertos grupos, entre los cuales están las mujeres, reportan mayor ansiedad posiblemente por la desigual distribución de las labores domésticas y de cuidados, en particular en un periodo de cierre de escuelas.

Como ha ocurrido en pandemias previas, se ha previsto un aumento en las tasas de suicidio, Jerónimo et al<sup>63</sup> en un estudio de cohortes determinó un incremento del 43,20% en la incidencia mensual de ideas e intentos de suicidio durante la pandemia, en comparación con el periodo 2018-2019. De manera global, los datos muestran una disminución de ideas de suicidio e intentos de suicidio detectados durante el periodo de confinamiento domiciliario y un progresivo aumento en el periodo posterior al confinamiento domiciliario, esto se debe a que mantener el distanciamiento social y evitar contacto con personas infectadas hizo que se disminuyeran las consultas en los servicios de urgencias y bajó su detección, dado que se ha descrito que durante el confinamiento se ha producido un aumento de la irritabilidad, de la ansiedad y de las ideas de suicidio.

Se han relacionado los cambios en el estilo de vida y el consumo de alcohol durante la pandemia con un mayor riesgo de síntomas de salud mental como bajo estado de ánimo, ansiedad, insomnio y comportamiento suicida<sup>63</sup>.

Por otro lado, Tardeh et al<sup>64</sup> en su metaanálisis indicó que la prevalencia de ideación e intento de suicidio entre todos los estudios fue igual al 13%, en base a los resultados la ideación es posible durante la pandemia de COVID-19, mencionan que el aumento de las consecuencias psicológicas probablemente esté relacionado con el efecto de los cambios del estilo de vida que se asocia con la propagación de la enfermedad, teniendo relación con lo mencionado del estudio anterior.

En un estudio de cohortes, Bover et al<sup>65</sup> mencionan que la tasa mensual de eventos de comportamiento suicida se redujo en gran medida durante los dos meses de confinamiento nacional, y la tendencia general aumentó notablemente después, lo cual tiene relación con lo mencionado en estudios anteriores, la tasa de conductas suicidas por cada 100.000 habitantes por mes osciló entre 3,06% y 6,17% antes del inicio de la pandemia (2017-2019, ambos incluidos) y entre 7,43% y 9,42% en los últimos seis meses del período de observación (enero-junio de 2022). El aumento de la incidencia fue más generalizado entre las mujeres.

Iftene et al<sup>66</sup> en su estudio transversal observaron que el 69,3% de los encuestados informó un aumento de la ansiedad durante el encierro. La tasa de pensamientos suicidas aumentó en un 19,5 % de los participantes durante el confinamiento. La depresión fue reportada por el 22% de los que respondieron, mientras que la angustia estuvo presente en el 18,4%. Encontramos una mayor prevalencia de depresión, pero no de angustia, en individuos con antecedentes de algún trastorno mental.

#### **4.2 Estrategias de abordaje médico preventivo de enfermedades mentales y suicidio**

En este objetivo se identificarán las mejores estrategias de abordaje médico preventivo para las enfermedades mentales más comunes debido al COVID-19 y el suicidio.

Bellón et al<sup>67</sup> en su revisión bibliográfica describen que la atención primaria es un sitio ideal donde llevar a cabo estrategias de prevención primaria de muchas enfermedades, incluidas las mentales comunes. Muchas personas con riesgo de enfermedades mentales comunes van a ver a su médico de familia, y los centros de salud tienen asignada una determinada población que facilita las actividades comunitarias y la base poblacional de la prevención. Los profesionales de atención primaria tienen además la posibilidad de trabajar coordinados con el conjunto de los recursos comunitarios de su zona básica de salud y fomentar su uso (prescripción social).

En las últimas dos décadas se han publicado cientos de ensayos clínicos para evaluar la efectividad de la prevención primaria de la depresión y la ansiedad, así como decenas de revisiones sistemáticas y metaanálisis. A partir de toda esta información se puede concluir que las intervenciones psicológicas, psicoeducativas y posiblemente las de ejercicio físico son efectivas para la prevención primaria de la depresión y la ansiedad, aunque el tamaño del efecto es pequeño o moderado<sup>67</sup>.

En la actualidad hay más de 80 ensayos clínicos que han evaluado modelos colaborativos entre la atención primaria y el nivel especializado para la atención de las

enfermedades mentales comunes, de los modelos colaborativos se puede decir que tiene mayor efectividad que los cuidados habituales tanto en la depresión como en la ansiedad<sup>67</sup>.

**Tabla 6. Modelo colaborativo entre atención primaria y salud mental**

Componentes	Comentarios
Orientado a la población	<p>Identificar y manejar listados de pacientes con un trastorno mental específico.</p> <p>Resulta difícil si no hay registros y sin la figura del gestor de casos.</p>
Basado en mediciones	<p>Uso de escalas de síntomas para apoyar los diagnósticos y la valoración de la remisión y la recuperación.</p> <p>Tener un protocolo de monitorización de la adherencia, del resultado y de la evolución del tratamiento.</p>
Orientado a los resultados	<p>Enfoque del tratamiento en un nivel de resultado (remisión y recuperación, calidad de vida y funcionamiento social y laboral) más que en un tipo específico o una dosis de psicofármaco o una psicoterapia.</p> <p>Ajustar o cambiar el tratamiento, o consultar con el especialista de salud mental, si el paciente no mejora.</p>
Gestor de casos	<p>Habitualmente un enfermero de atención primaria que triángule los cuidados entre paciente, médico de familia y especialista en salud mental, que maneje el listado específico de pacientes, su monitorización, y pueda realizar psicoeducación a pacientes y familiares.</p>
Colaboración con el equipo de salud mental comunitario	<p>Reuniones periódicas del especialista de salud mental con en el gestor de casos para revisar los pacientes que no mejoran.</p> <p>Facilitar la derivación a salud mental de los pacientes más complejos.</p> <p>Ocasionalmente sesiones consultivas con determinados pacientes.</p>

Intervenciones psicológicas breves	Cara a cara (individual o grupal), telefónica, por video llamada o con otros soportes tecnológicos (ordenador o App) Administradas por personal entrenado del centro de salud o del equipo de salud mental.  Número limitado de sesiones (4-8) con tratamientos más sencillos.
------------------------------------	--

Fuente: Elaboración propia en base a referencia<sup>67</sup>.

Huarcaya Victoria<sup>4</sup> menciona en su estudio que durante pandemias anteriores los servicios de internet y el uso de teléfonos inteligentes no eran masivos, por ello los servicios de salud mental eran escasos. Sin embargo, en los últimos años ocurrió una masificación del acceso a internet y del uso de teléfonos inteligentes, lo que permite a los profesionales de la salud a proveer mejores servicios durante esta pandemia.

En dicho estudio, en China la intervención psicoterapéutica en línea es durante las 24 horas, todos los días de la semana. En estos programas se incluyen intervenciones como la terapia cognitivo-conductual para tratar la depresión, ansiedad e insomnio. También se han desarrollado programas de inteligencia artificial que pueden ser de utilidad<sup>4</sup>.

La intervención de terapia de cartas estructuradas es una buena opción, la cual puede realizar la función de consulta, diagnóstico y tratamiento. Se envía un formulario con preguntas estructuradas en las que se incluye una página para el paciente y una página de intervención y continuación<sup>4</sup>.

**Tabla 7. Modelo de carta estructurada**

<p><b>Página del paciente</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Preséntese brevemente. Escriba su género, edad, nivel educativo y oficio.</li><li>2) ¿Tiene alguna enfermedad subyacente que cree que es necesario informarle a su terapeuta o psiquiatra?</li><li>3) ¿Cuál es tu pregunta? Resuma el contenido de la pregunta en una oración.</li><li>4) Elija su emoción más prominente entre las siguientes: depresión, ansiedad, preocupación y susto, desesperación e indefensión. Si no puede encontrar la emoción correspondiente, escriba su emoción prominente por separado.</li><li>5) ¿Tiene alguna otra pregunta?</li></ol> <p><b>Página de intervención</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Posibles razones de sus emociones actuales, cómo puede aliviarlas o cómo aprender a vivir con ellas.</li><li>2) Su desempeño actual puede ser parte de ____ (se considera un cierto problema psicológico o diagnóstico de trastorno mental) y, si es posible, complete la escala de autoevaluación que se le proporcionó.</li><li>3) ¿Tiene alguna otra pregunta?</li></ol>
--

Fuente: Elaboración propia en base a referencia<sup>4</sup>.

## **Prevención de Depresión y Ansiedad**

Ramírez et<sup>68</sup> al en su revisión bibliográfica hacen mención de que la historia clínica, sin duda, es el mejor método diagnóstico y terapéutico para la detección de los trastornos psicopatológicos. La integración de cuestionarios en el seno de la entrevista puede facilitar y mejorar la detección de psicopatología, como por ejemplo la utilización de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG). En esta escala solo se deben puntuar los síntomas que duren más de 2 semanas.

**Tabla 8. Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg**

<p>Escala A (ansiedad)</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?</li><li>2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?</li><li>3. ¿Se ha sentido muy irritable?</li><li>4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Continuar si 2 o más respuestas positivas)</li><li>5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?</li><li>6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?</li><li>7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?</li><li>8. ¿Ha estado preocupado por su salud?</li><li>9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?</li></ol> <p>Escala D (depresión)</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. ¿Se ha sentido con poca energía?</li><li>2. ¿Ha perdido su interés por las cosas?</li><li>3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?</li><li>4. ¿Se ha sentido desesperado, sin esperanza? (Continuar si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores)</li><li>5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?</li><li>6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)</li><li>7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?</li><li>8. ¿Se ha sentido enlentecido?</li><li>9. ¿Cree que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas"</li></ol>
---

Fuente: Elaboración propia en base a referencia<sup>68</sup>.

Por otro lado, Torales et al<sup>69</sup> en su estudio hace mención al ejercicio físico, es una herramienta importante para el manejo de personas con enfermedades psiquiátricas, puesto que un notable número de estudios longitudinales y transversales ha demostrado que el mismo se constituye en una estrategia preventiva y en un enfoque adyuvante del tratamiento de los trastornos mentales.

El ejercicio físico aumenta el volumen cerebral del hipocampo (involucrado en el aprendizaje y la memoria), aumenta los niveles sanguíneos de algunas citocinas y afecta la neurotransmisión en pacientes con diagnóstico de depresión, muchas investigaciones han demostrado una relación positiva entre el ejercicio físico y una mejoría en la depresión clínica y, actualmente, el mismo es considerado como un tratamiento de primera línea, incluso en monoterapia, para pacientes con depresión leve a moderada<sup>69</sup>.

Los ejercicios físicos tienen efectos beneficiosos en pacientes con trastornos de ansiedad, la mejoría es observada debido a un incremento en la liberación de endorfinas, cambios en la temperatura corporal y en el flujo sanguíneo cerebral, a un impacto positivo en el eje hipotálamo-hipofiso-adrenal y en la fisiología de respuesta al estrés, los resultados tanto para ansiedad como depresión serán obvios a partir de 10-14 semanas de tratamiento<sup>69</sup>.

### **Prevención Estrés Agudo y Trastorno por Estrés Postraumático**

Miao et al<sup>70</sup> en su estudio menciona que los enfoques actuales para la prevención del PTSD abarcan una variedad de categorías psicológicas y farmacológicas, que se pueden dividir en tres subgrupos: prevención primaria (antes del evento traumático, incluida la prevención del evento en sí), prevención secundaria (entre el evento traumático y el desarrollo del PTSD) y prevención terciaria (después de que se manifiestan los primeros síntomas del PTSD). La prevención secundaria y terciaria del TEPT tiene abundantes métodos, que incluyen diferentes formas de informes, tratamientos para el trastorno de estrés agudo (TEA) o el TEPT agudo y estrategias de intervención específicas. Mientras tanto, el proceso de prevención primaria aún está en pañales y enfrenta varios desafíos.

Lo dicho anteriormente tiene estrecha relación con el estudio de Bisson et al<sup>71</sup>, en el cual menciona que los resultados de dicha revisión muestran un panorama desalentador con respecto a la prevención del TEPT, con la evidencia actual, es difícil argumentar que cualquier intervención deba administrarse de manera rutinaria para prevenir el desarrollo de PTSD.

Sin embargo, Bisson et al<sup>71</sup> en su estudio destacó que el medicamento hidrocortisona fue el único agente farmacológico que proporcionó pruebas emergentes de eficacia en la prevención del TEPT, teniendo aciertos con lo dicho en el metaanálisis de Wright et al, en el cual menciona que la hidrocortisona sigue siendo una intervención potencialmente prometedora para el PTSD y se adapta particularmente bien a los traumatismos que requieren una pronta presentación en un entorno hospitalario, como una lesión grave.

Wright et al<sup>72</sup> menciona que la posible necesidad de administrarlo dentro de un período de tiempo de seis horas dificultaría su uso después de muchos eventos traumáticos y solo es probable que tenga un uso pragmático si investigaciones futuras confirman que es efectivo más allá de las "horas doradas". La dosificación varía desde 20 mg BID VO hasta 100 mg IV en bolo seguido de infusión continua.

Con respecto al ejercicio, Torales et al<sup>69</sup> habla sobre investigaciones recientes que han demostrado efectos clínicamente significativos al añadir un programa individualizado y estructurado de ejercicios físicos, que combine caminatas con ejercicios de resistencia. Además, el yoga ha reportado efectos positivos significativos en este grupo de pacientes.

### **Prevención del Suicidio**

Brito et al<sup>73</sup> en su estudio menciona que 45% de los individuos que se suicidan consultan en atención primaria de salud un mes antes de cometer el suicidio, esto convierte el panorama en un problema de salud pública multifactorial que solo se puede reducir, no eliminar. Para hablar de prevención en suicidio la OMS califica las intervenciones preventivas como universales, selectivas e individuales.

Las intervenciones universales están dirigidas a la población general, grupos de mayor riesgo e individuos respectivamente, a lo largo de la historia destacan las siguientes intervenciones; sustitución del carbón por gas natural en 1960 en Reino Unido, regulación de armas de fuego en 1990 en Australia,

políticas restrictivas de comercialización de pesticidas altamente peligrosos en numerosos países, reducción del número de comprimidos por paquete de analgésicos, instalación de barreras en puntos críticos de salto y estrategias para reducir el consumo de alcohol, cada una de estas medidas universales, de bajo costo y sin inconvenientes, dio como resultado una reducción en la tasa de suicidio<sup>73</sup>.

Las estrategias selectivas de la prevención del suicidio se basan en grupos de riesgo como: personas con diagnóstico de depresión, personas con antecedentes de hospitalización psiquiátrica y personas que hayan sufrido violencia interpersonal<sup>73</sup>.

Por último, la prevención individual es un gran desafío puesto que el grado de complejidad de la biología, la psicología y el entorno social de una persona hacen que el suicidio sea impredecible, incluso si se pudieran conocer todos los factores iniciales de riesgo y protección<sup>73</sup>.

Brito et al<sup>73</sup> menciona en su estudio que actualmente existen programas preventivos que se están aplicando en diversas regiones del mundo, los cuales se basan en un modelo de intervención comunitaria de cuatro niveles orientados en la depresión y la conducta suicida.

En el primer nivel se busca educar tanto a los médicos como a los pacientes sobre la depresión y el suicidio. Se realizan capacitaciones a los médicos generales y se entrega material informativo a los pacientes<sup>73</sup>.

El segundo nivel, consta de campañas publicitarias que buscan evidenciar cómo la depresión es un problema de salud prevalente y global<sup>73</sup>.

El tercer nivel tiene como objetivo capacitar a personas para que se conviertan en “facilitadores y guardianes de la comunidad” los cuales puedan reconocer a los jóvenes en riesgo, brindar apoyo y facilitar la vinculación con los servicios de salud mental<sup>73</sup>.

El cuarto nivel se basa en la formación de grupos de autoayuda que involucran a pacientes y a familiares. Estos modelos se han reconocido como ejemplos de buenas prácticas para la prevención del suicidio y la optimización de la atención a las personas que presentan depresión<sup>73</sup>.

#### **4.3 Recomendaciones que permitan abordaje medico integral de personas adultas con enfermedades mentales y conductas suicidas asociadas al COVID-19 en Costa Rica**

En este objetivo se darán a conocer las recomendaciones para un adecuado abordaje medico integral, debido a la complejidad en la atención sanitaria de esta enfermedad, se ha mostrado que se requiere de la interacción de diferentes profesionales de las ciencias sociales y de la salud para el abordaje integral de las personas que son diagnosticadas.

La atención integral se centra en la persona, la familia y la comunidad, así como su contexto cultural y social, bajo los principios de la seguridad social de equidad, igualdad, solidaridad y universalidad, requiriéndose una priorización de acciones que garanticen la articulación de estrategias de promoción, prevención, curación y rehabilitación, siendo necesario la disponibilidad de profesionales que puedan responder a las diferentes necesidades de salud según el ciclo de vida de cada persona.

Romo Urquiza<sup>74</sup> en su revisión bibliográfica menciona que a nivel psicológico debido a la pandemia se han creado nuevos tipos de intervenciones, con la necesidad de brindar una atención adecuada, ágil y oportuna, la telemedicina, incluso antes de la pandemia la OMS reconocía el potencial de la telemedicina, la cual en atención primaria creció en un 38% y la telepsiquiatría en un 56%.

La tecnología utilizada en atención primaria en telemedicina varía desde llamadas telefónicas, mensajes de texto, correo electrónico, videollamada, registros de salud electrónicos, portales cibernéticos para pacientes, las intervenciones de telemedicina en atención primaria son viables y muy aceptadas por los pacientes y personal de salud, además

la adherencia a tratamientos es similar a cuando la atención se da de manera presencial y se documentó una disminución en la re consulta de los pacientes<sup>74</sup>.

Con respecto a enfermedades mentales como la depresión, la tele psiquiatría ha mostrado eficaz y combinar la atención virtual con la presencial se asocia con menos rechazo de la medicación a pesar de los posibles efectos secundarios, lo que mejora la adherencia al tratamiento, previene recaídas<sup>74</sup>.

El tratamiento combinado de tele psiquiatría y terapias presenciales en pacientes con trastorno por estrés posttraumático se ve una mejoría en 3 meses, y seguimientos de 6 meses los síntomas disminuyeron considerablemente<sup>74</sup>.

La aplicación de la tele psiquiatría sobre la ansiedad disminuye la exposición del paciente a situaciones que aumenten su ansiedad y mejora la adherencia al tratamiento. Se ha demostrado que la eficacia es similar a la de la atención presencial y no afecta a la relación médico paciente<sup>74</sup>.

Jara et al<sup>75</sup> menciona en su estudio que la tele psicología es útil en el abordaje de diferentes diagnósticos de salud mental. Sin embargo, se sugiere ser cautelosos dado que ciertos trastornos (conducta suicida, trastornos psicóticos) no se beneficiarían lo suficiente de esta modalidad exclusiva, proponiendo que la combinación telemático-presencial ayudaría a mejorar la efectividad de las acciones psicológicas en este tipo de situaciones.

Reyes et al<sup>76</sup> en su estudio transversal menciona la importancia de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es un tratamiento psicológico que aborda la enfermedad con una mirada transdisciplinaria, abarcando lo social, familiar, ambiental y biológico; se centra en reactivar a la persona en sus actividades de la vida diaria, permitiendo una visión distinta de sus actividades cotidianas.

En el trastorno por estrés post trauma la TCC es eficaz debido a que tiene como objetivo cambiar la forma en la que el paciente piensa y actúa ante el recuerdo del evento

traumático. Considera las emociones y comportamientos que se dan como resultado de las experiencias vividas y busca modelar los procesos adaptativos defectuosos<sup>76</sup>.

Urzúa et al<sup>77</sup> en su estudio mencionan la validez que tienen las intervenciones de la psicología en la pandemia de COVID-19 en la salud pública:

**Conductas de prevención:** Psicoeducación para la adopción de conductas preventivas como el lavado de manos, distanciamiento social, desarrollo de material educativo con medidas preventivas, entrenamiento en búsqueda racional de información, desarrollo de estrategias de afrontamiento.

**Manejo de ansiedad y síntomas psicológicos:** Control de la ansiedad, gestión de riesgo, control de preocupación por cercanos, manejo de la culpa.

**Búsqueda de ayuda:** Interpretación/percepción de síntomas (hiper o hipo), percepción de riesgo, promover conductas de búsqueda de ayuda apropiadas.

**Cuidado psicológico de pacientes y familiares de pacientes:** Promover el cuidado psicológico de pacientes internados o ambulatorios, desarrollo de intervenciones terapéuticas no presenciales como, por ejemplo, la intervención telefónica que ha sido un elemento fundamental de la atención psicológica en este contexto debido a las medidas de aislamiento y protección existentes, también como el manejo de las complicaciones psicológicas depresión, estrés, ansiedad, TEPT, apoyo terapéutico post alta.

**Apoyo en proceso de duelo a familiares:** El duelo es un proceso normal y necesario ante la pérdida de un ser querido. Sin embargo, en determinados casos el duelo puede complicarse dando lugar a alteración del funcionamiento y a psicopatología, la pandemia por COVID-19 implica una serie de circunstancias que favorecen el surgimiento de duelos patológicos o complicados.

Se debe fomentar la construcción de un vínculo terapéutico, la expresión emocional, la elaboración de un relato acerca del fallecimiento con el objetivo de ir pudiendo elaborar experiencias traumáticas y la prevención de conductas susceptibles de cronificar el duelo como son el aislamiento social, la evitación patológica o la ausencia de una comunicación abierta y adaptativa dentro de la familia.

Resulta fundamental detectar y hacer un seguimiento adecuado de aquellos casos que presenten mayor número de factores de riesgo para duelo complicado, como por ejemplo personas con duelos múltiples, personas de edad avanzada, así como aquellos con falta de red de apoyo, incidencias respecto a la gestión del cadáver, o problemáticas psicosociales añadidas.

**Entrega de prestaciones psicológicas:** Uso efectivo de servicios online (tele psicología/tele psiquiatría) por medios no presenciales.

**Efecto del aislamiento y distanciamiento social:** Mitigación de efectos del aislamiento, manejo del tiempo, promover la actividad física, manejo de estrés en relaciones, adaptación de estrategias para grupos etarios específicos.

**Trabajo:** Aspectos psicológicos del trabajo efectivo en casa, organización de actividades, impacto psicológico por inseguridad laboral, impacto psicológico del desempleo.

**Conductas prosociales:** Apoyo en la evitación de situación de pánico y descontrol generada por medios de comunicación social, estigmas y estereotipos, discriminación, promoción de redes de apoyo social.

**Apoyo al personal de salud:** Desarrollo de actividades para promocionar bienestar psicológico y salud mental, desarrollo de intervenciones para promover el autocuidado individual y grupos de apoyo espacios grupales han sido encuentros breves (entre 30 y 45 minutos), abiertos y semiestructurados donde cualquier trabajador podía acudir (auxiliares,

celadores, personal de limpieza, enfermería, médicos, para promover la ventilación emocional, la normalización de las reacciones emocionales, la búsqueda de recursos de afrontamiento psicológicos propios y detección de aquellas personas que requieran una atención individualizada en trastornos psicológicos como depresión, ansiedad, TEPT.

Gómez et al<sup>78</sup> en su revisión bibliográfica menciona la creación de un programa multinivel y multicomponente para el cuidado de la salud mental, donde brinda apoyo específico en los servicios de salud.

**Tabla 9. Modelo de intervención psicológica**

Nivel 5	Atención psiquiátrica, equipo experto.
Nivel 4	Apoyo psicológico, equipo de rescate psicológico.
Nivel 3	Grupos experienciales, de contención y psicoeducativos, equipo asistencia psicológica.
Nivel 2	Espacios de bienestar, acompañamiento, ayuda psicológica, presencial, telefónico.
Nivel 1	Desarrollo de material educativo con medidas preventivas, afiches, videos, página web con información racionalizada.

Fuente: Elaboración propia en base a referencia<sup>78</sup>.

Por otro lado, Terry et al<sup>79</sup> en su revisión bibliográfica hacen mención de acciones para prevenir los efectos psicosociales del COVID-19, se debe asegurar la satisfacción de sus necesidades básicas en estas condiciones, que incluyen no sólo la alimentación, los

aseguramientos higiénicos, los suministros médicos a los que los necesiten y el seguimiento médico preventivo, sino que incluye además medidas de soporte psicológico.

Entre las recomendaciones para la prevención, control y solución del impacto psicosocial de la COVID19 son necesarias las siguientes acciones<sup>79</sup>.

Educar a población sobre la enfermedad y cómo prevenirla para evitar el estrés emocional.

Restringir la duración de la cuarentena, lo que es necesario para evitar el estrés postraumático.

Sensibilizar a todos de los riesgos que tiene la enfermedad, de manera de poder transmitir los mismos a su entorno familiar.

Ofrecer a las personas la información necesaria y fiable que les permita comprender el entorno, lo que acontece y saber cómo actuar.

Orientar cómo organizar la vida diaria y las tareas.

Orientar con anticipación sobre cambios de actividades previstas y ofrecer propuestas para aislarse sin detenerse.

Asegurar el apoyo social y la interacción personal con familias y amigos a través de redes sociales.

Mantener rutinas en la medida de lo posible y establecer iniciativas ciudadanas, estimular que el individuo se mantenga activo mentalmente (con trabajo, lectura, música, etc.) y físicamente (mediante ejercicio físico o baile).

Facilitar espacios de apoyo mutuo y construcción de iniciativas colectivas.

Pérez et al<sup>3</sup> en su estudio mencionan de formas de como mitigar los efectos psicológicos adversos que pueden aparecer en la pandemia de COVID-19:

Reducir el tiempo de duración de la medida tanto como sea posible: el tiempo de duración de las cuarentenas, de acuerdo con los resultados, es el mayor predictor de alteraciones psicológicas a mediano y largo plazo. En la medida que se extiende el tiempo de cuarentena podría observarse mayor desobediencia civil, la depresión se desplaza por la ansiedad y la ira y las manifestaciones de violencia se incrementan exponencialmente.

Ofrecer la mayor cantidad de información posible y mantener canales de retroalimentación abiertos: en las personas en cuarentena, mal informadas, se incrementan los pensamientos catastróficos y se disparan los pseudo síntomas asociados a la enfermedad. Insistir en todo momento sobre la necesidad de la cuarentena y cómo su implementación está dando resultado es una excelente estrategia para disminuir la ansiedad e incrementar la responsabilidad.

Facilitar el acceso a suministros: el miedo a quedarse sin alimentos y medicinas y la incertidumbre de cómo podrían ser adquiridos es un factor que conlleva a la desobediencia civil, pues incrementa la frustración, y maximiza la autopreservación. Crear sistemas sistemáticos de abastecimientos indispensables es un factor que reduce la ansiedad e incrementa los sentimientos de colaboración y disciplina social.

Incrementar las estrategias de afrontamiento al estrés y generar contactos sociales positivos: además de ofrecer información sobre la enfermedad, urge formar habilidades para un afrontamiento activo al estrés, tanto en población general como en personal de salud.

Establecer líneas de consejería telefónica, elaborar y distribuir materiales de autoayuda elaborada por profesionales y sobre la base de la evidencia, son algunas estrategias que pueden implementarse. Adicionalmente, puede resultar muy útil que las personas que realizan pesquisas médicas tengan un enfoque comunicativo positivo, transmitan aliento y faciliten estrategias de afrontamiento al estrés.

En Costa Rica, el Ministerio de Salud en respuesta a la emergencia nacional, publica los lineamientos para el abordaje integral del paciente en el marco de la alerta sanitaria por COVID-19, incluyendo las medidas para la vigilancia de la infección, para el diagnóstico, para asegurar la salud mental y apoyo psicosocial, medidas para la prevención de la transmisión como el distanciamiento social, cancelación de eventos masivos, regulación de la oferta de servicios, la restricción vehicular.

La CCSS<sup>80</sup> dentro del “Lineamiento para la intervención social a las personas con COVID-19 y sus familias, y la continuidad de la prestación de Servicios de Trabajo Social”, se establece que estos profesionales deben dar seguimiento a todas las personas con COVID-19 y a sus familias, estando ambulatorias, siendo atendidas en emergencias y estando hospitalizadas, indistintamente de si habían sido referidos o no al servicio, manteniendo las medidas de distanciamiento físico mediante la tele consulta (casos en que condición de salud del paciente lo permite), realizando una valoración e intervención social, brindando educación. Además, se estipula que deben implementar medidas de autocuidado de los otros profesionales en salud del área.

En el Lineamiento Técnico “Plan de contingencia para el abordaje psicológico de emergencia para los tres niveles de atención de la CCSS, ante la situación epidemiológica COVID-19”, se establecían las distintas funciones que debían desempeñar los profesionales en psicología, entre las cuales estaban brindar apoyo, contención y seguimiento ante la distintas patologías psicológicas crónicas o agudas, este abordaje debe ser mediado por una interconsulta o referencia del profesional que brinda seguimiento al paciente<sup>80</sup>.

## **CAPÍTULO V- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## 5.1 Conclusiones

La pandemia por COVID-19 ha generado un impacto significativo en la Salud Mental de la población adulta, sobre todo por las consecuencias generadas a partir del confinamiento y aislamiento social, con el fin de reducir los contagios causados por el coronavirus. Todo esto generó un cambio rutinario en la población adulta convirtiendo algunas situaciones en estresores, que, a medida que pasaba el tiempo, fueron aumentando e incidiendo en la aparición de nuevos problemas y trastornos psicológicos en las personas sanas.

En cualquier emergencia sanitaria los problemas de salud mental son comunes y pueden ser barreras para las intervenciones médicas, de acuerdo con la evidencia revisada, se ha demostrado que durante la pandemia de COVID-19 fue común la presencia de ansiedad, depresión y reacción al estrés en la población adulta.

Los cambios en la atención médica psiquiátrica desde la pandemia han sido muy importantes. Se deben plantear estrategias de mejora continua para implementar de mejor manera el uso de tecnologías, sacando el mayor provecho de estas en busca del beneficio de nuestros pacientes.

Para tener un mejor control en pandemia, se requiere de un manejo adecuado e integral de atención en salud mental. La experiencia de otros países nos señala que adherirse a las recomendaciones mencionadas en esta revisión ayudaría a mejorar la salud mental en la población adulta.

Reflexionar en la población adulta, pensamientos positivos, motivar la resiliencia, ya que es un mecanismo para afrontar situaciones adversas de la vida, ya que la población costarricense presenta bajos niveles de resiliencia, también reconocer la crisis como una oportunidad de crecimiento y desarrollo familiar. Una de las áreas que se debe trabajar en el área familiar es la autoestima de cada miembro del hogar, permitiendo conocer las fortalezas y debilidades, aceptarlas y asumirlas para afrontar las situaciones adversas y acontecimientos

futuros como lo fue la pandemia de COVID-19 que vino alterar los estilos de vida y de salud de la población adulta.

Existen factores de protección que debemos potenciar en la población adulta, entre ellas están la estabilidad socioeconómica, la educación, tener un adecuado apoyo social y tener sentimientos de espiritualidad y religiosidad, ya que son factores necesarios para gozar de buena salud a nivel mental.

## 5.2 Recomendaciones

Las intervenciones psicológicas en tiempos de crisis disminuyen las secuelas mentales, y dan apoyo durante la prevención y el control de la epidemia, para evitar que surjan problemas posteriores como el estrés postraumático. Dentro de los funcionarios que realizaron intervenciones psicológicas están no solo los psicólogos, sino también trabajo social, medicina familiar, médicos generales y enfermería. Cualquier personal de salud que pudiera brindar contención en esta crisis.

El afrontamiento es importante para aprender y desarrollar estrategias que permitan mantenerse conectados con otras personas y físicamente activos, estos recursos también podrían extenderse con sugerencias para mantener una rutina saludable de sueño y alimentación, limitar la exposición excesiva a medios de comunicación y practicar técnicas de manejo del estrés como el ejercicio físico.

Para aquellas personas con síntomas significativos de afectación en su salud mental, se recomienda buscar apoyo profesional cuando sea necesario, especialmente ahora que se han implementado redes de tele consulta, que puedan facilitar este tipo de atención.

Dentro de las medidas que se pueden implementar a largo plazo, están el uso de terapias centradas en el trauma. La terapia cognitivo conductual tiene como objetivo disminuir o desestructurar pensamientos automáticos negativos, catastróficos y pesimistas sobre el futuro. Tener un enfoque de apoyo con intervenciones psicoterapéuticas centradas en la recuperación del sentido de autonomía y un particular énfasis en favorecer la aceptación de la pérdida.

Como profesionales de salud debemos promover información que sea útil, es importante que las personas entiendan los datos correctamente para reducir el exceso de estrés provocado por una percepción inapropiada.

Es necesario que las entidades de salud mental desarrollen estrategias que permitan reaccionar con destreza y que logren un soporte al personal de salud y a la población afectada, en aras de reducir el desarrollo del impacto psicológico y de los síntomas psiquiátricos.

Cada institución debe contar con psicólogos que puedan dar cobertura a la población que labore en dicha institución, y el personal debe capacitar a personas con perfiles idóneos para que puedan brindar una atención en crisis.

## CAPÍTULO VI- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Eidman L. El continuo de salud mental durante la pandemia por COVID-19 en población general de adultos argentinos. Rev. costarric. Psicol [Internet]. 2021 [citado el 8 de febrero del 2023]; 40 (2): 93-105. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.22544/rcps.v40i02.02>
2. Hernández-Rodríguez J. Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. Medicent Electrón [Internet]. 2020 [citado el 28 de enero del 2023]; 24 (3): 578-594. Disponible en: URL: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432020000300578](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300578)
3. Broche Y, Fernández E, Reyes D. Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. Rev Cub Salud Publica [Internet]. 2020 [citado el 8 de febrero del 2023]; 46 (1): 1-14. Disponible en: URL: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662020000500007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662020000500007)
4. Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2020 [citado el 28 de enero del 2023]; 37 (2):327-334. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
5. Rodríguez A, Buiza C, Álvarez de Mon M, Quintero J. COVID-19 y salud mental. Medicine [Internet]. 2020 [citado el 8 de febrero del 2023]; 3 (23): 1285-96. Disponible en: URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541220303097>
6. Muñoz S, Molina D, Ochoa R, Sánchez O, Esquivel J. Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. Acta Pediatr Mex [Internet]. 2020 [citado el 8 de febrero del 2023]; 41 (1): 127-136. Disponible en: URL: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2020/apms201q.pdf>
7. Rodríguez C, Medrano O, Hernández A. Salud mental de los mexicanos durante la pandemia de COVID-19. Gac Med Mex [Internet]. 2021 [citado el 28 de enero del 2023]; 157 (1): 228-233. Disponible en: DOI: 10.24875/GMM.20000612

8. Alvites-Huamaní C. COVID-19 Pandemia que impacta en los estados de ánimo. *CienciAmérica* [Internet]. 2020 [citado el 28 de enero del 2023]; 9 (2): 1-10. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.33210/ca.v9i2.327>
9. Valero N, Vélez M, Durán A, Portillo M. Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión. *Enferm Inv* [Internet]. 2020 [citado el 28 de enero del 2023]; 5(3): 63-70. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.31243/ei.uta.v5i3.913.20201>
10. World Health Organization. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak [Internet]. Geneva: WHO; 2020 Mar. 18 [citado el 3 de febrero 2023]. Disponible en URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331490/WHO-2019-nCoV-MentalHealth-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Parrado A, León J. COVID-19: Factores asociados al malestar emocional y morbilidad psíquica en población española. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2020 [citado el 06 de febrero del 2023]; 94 (8): 1-16. Disponible en: URL: [https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/VOL94/ORIGINALES/RS94C\\_202006058.pdf](https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/ORIGINALES/RS94C_202006058.pdf)
12. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho C, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int. J. Environ. Res. Public Health* [Internet]. 2020 [citado el 07 de febrero del 2023]; 17 (1729): 1-25. Disponible en: DOI: 10.3390/ijerph17051729
13. Confederación Salud Mental España. *Salud mental y COVID-19 un año de pandemia*. 1a ed. Madrid: Consaludmental; 2021.
14. Marquina R, Jaramillo L. El COVID-19: Cuarentena y su impacto psicológico en la población. *Scielo* [Internet]. 2020 [citado el 07 de febrero del 2023];1-13. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.452>

15. Nicolini H. Depresión y ansiedad en los tiempos de la pandemia de COVID-19. Cir Cir [Internet]. 2020 [citado el 07 de febrero del 2023];88 (5):542-547. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.24875/ciru.m20000067>
16. Vallejo L, Arévalo M, Uribe J. Niveles de estrés e irritabilidad en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín durante la época de confinamiento por COVID-19. Poliantea [Internet]. 2021 [citado el 07 de febrero del 2023];15(27):70-77. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.15765/poliantea.v15i27.1701>
17. Cerdá March J. Salud mental en tiempos de pandemia para tiempos sin pandemia. AEESME [Internet]. 2021 [citado el 07 de febrero del 2023]; 14 (1): 1-4. Disponible en: DOI: <http://doi.org/1035761/reesme.2021.14.01>
18. Carvacho R, Kneer J, Castillo C, Fernández V, Mora B, Moya Y et al. Efectos del confinamiento por COVID-19 en la salud mental de estudiantes de educación superior en Chile. Rev Med Chile [Internet]. 2021 [citado el 07 de febrero del 2023]; 149(3):339-347. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021000300339>
19. Barrios A, Mir V, Sosa G, Luna J, García G, Simbaña R. Salud mental, seguridad y calidad de vida del adulto mayor en tiempos de COVID-19. Rev Cubana Med [Internet]. 2021 [citado el 07 de febrero del 2023]; 37(1): 1-14. Disponible en: URL: <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/2056>
20. Álvarez M, Arias J, Morón G, Ramírez R, Cayo J, Pomalima R. Impacto en la salud mental de los niños y adolescentes de Lima Metropolitana en el contexto de la COVID-19. Rev Psicol Hered [Internet]. 2022 [citado el 07 de febrero del 2023]; 15 (1): 21-34. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.20453/rph.v15i1.4301>
21. Universidad Estatal a Distancia. Salud mental y relaciones con el entorno en tiempos de COVID-19 [Internet]. Costa Rica: Acontecer; 2021 [citado el 08 de febrero del 2023]. Disponible en: URL:<https://investiga.uned.ac.cr/wp-content/uploads/2021/01/INFORME-Salud-mental-en-tiempos-de-COVID-19.pdf>

22. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Nueva York: OMS; 2023 [consultado el 17 de febrero del 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
23. Inger R, Párraga M, García M. Factores biológicos, psicológicos y sociales que afectan la salud mental. Rev Caribeña Cienc Sociales [Internet]. 2018 [citado el 25 de febrero del 2023]; 5 (1): 1-7. Disponible en: URL: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/03/factores-salud-mental.html>
24. Martínez-Taboas A. Pandemias, COVID-19 y Salud Mental: ¿Qué sabemos actualmente? Rev Cari Psicol [Internet]. 2020 [citado el 27 de febrero del 2023]; 4 (2): 143-152. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.37226/rcp.v4i2.4907>
25. Abreu M, Tejeda J, Guach R. Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. Rev habanera cienc med [Internet]. 2020 [citado el 17 de febrero del 2023]; 19 (2): 1-15. Disponible en: URL: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3254/2505>
26. Manta B, Sarkisian A, Fontana B, Prado V. Fisiopatología de la enfermedad COVID-19. Odontoestomatología [Internet]. 2022 [citado el 17 de febrero del 2023]; 24 (1): 1-19. Disponible en: DOI: [10.22592/ode2022n39e312](https://doi.org/10.22592/ode2022n39e312)
27. Cruz M, Santos E, Cervantes M, Juárez M. COVID-19, una emergencia de salud pública mundial. Rev Clin Esp [Internet]. 2021 [citado el 17 de febrero del 2023]; 221 (1): 55-61. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.03.001>
28. Valverde S, Javier A, Temoche M, Elena C, Caicedo C, Rafaela C et al. Covid-19: fisiopatología, historia natural y diagnóstico. Rev Eug Esp [Internet]. 2021 [citado el 17 de febrero del 2023]; 15 (2): 98-114. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.37135/ee.04.11.13>
29. Avila Parra I. COVID-19: Manifestaciones clínicas y diagnóstico. Rev Mex Traspl [Internet]. 2020 [consultado el 15 de abril del 2023]; 9 (2): 160-166. Disponible en: DOI: <https://dx.doi.org/10.35366/94505>
30. Marrero E, Delpín G, Mercado A, Arroyo R, Montijo J. Manifestaciones Cognitivas Persistentes Asociadas al COVID-19. PSIC [Internet]. 2021 [consultado el 15 de abril del 2023]; 5 (1): 1-24. Disponible en: URL: <https://revistas.upr.edu/index.php/psicologias/article/view/18973>

31. Llover M, Jiménez Montse. Estado actual de los tratamientos para la COVID-19. FMC [Internet]. 2021 [citado el 15 de abril del 2023]; 28 (1): 40-56. Disponible en: DOI: [10.1016/j.fmc.2020.10.005](https://doi.org/10.1016/j.fmc.2020.10.005)
32. Ballena L, Cabrejos L, Davila Y, Gonzales C, Mejía E, Ramos V et al. Impacto del confinamiento por COVID-19 en la calidad de vida y salud mental. Rev. Cuerpo Med. HNAAA [Internet]. 2021 [citado el 15 de abril del 2023]; 14 (1): 87-89. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.141.904>
33. O'Higgins M, García O, Torales J. EFECTO DE LA CUARENTENA POR LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA SALUD MENTAL. AcademicDisclosure [Internet]. 2020 [consultado el 15 de abril del 2023]; 2 (2): 15-21. Disponible en: URL: <https://revistascientificas.una.py/index.php/rfenob/article/view/122>
34. Delgado E, De la Cera D, Lara M, Arias R. Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. Rev Cúpula [Internet]. 2021 [citado el 24 de marzo del 2023]; 35 (1): 23-26. Disponible en: URL: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
35. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Guía de consulta. Arlington: American Psychiatric Association, Psiquiatría; 2014.
36. Corea Del Cid Tulio M. La depresión y su impacto en la salud pública. Rev Med Hondur [Internet]. 2021 [citado el 3 de abril del 2023]; 89 (1): 46-52. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047>
37. Padilla E, Ramírez V, García N, Cortés J, Burgos H. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. Rev Biomed [Internet] 2017 [citado el 10 de abril del 2023]; 28 (2): 89-115. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>
38. Tarazona León C. La depresión en tiempos de covid-19: análisis del impacto de la pandemia en grupos vulnerables. Educa UMHC [Internet]. 2021 [citado el 10 de abril del 2023]; 18 (1): 93-105. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.35756/educaumhc.202118.178>

39. Aguilar Bairero M. El estrés y su influencia en la calidad de vida. *Multimed* [Internet]. 2017 [citado el 10 de abril del 2023]; 21 (6): 971-982. Disponible en: URL: <https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/688>
40. Oré C, Huarcaya J. Trastornos por estrés debido a la cuarentena durante la pandemia de COVID-19. *Horiz Med* [Internet]. 2020 [citado el 18 de abril del 2023]; 20 (4): 1-6. Disponible en: DOI: <https://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2020.v20n4.10>
41. Medina R, Castellanos M, Gonzales J, Xespe K, Palao B. Efectos de la Covid-19 en el estrés laboral. *UCT* [Internet]. 2021 [citado el 18 de abril del 2023]; 25 (109): 124-130. Disponible en: DOI: 10.47460/uct.v25i109.458
42. Valdivia J, Vilca B. Neurobiología del trastorno de estrés postraumático. *Rev Mex Neuroc* [Internet]. 2019 [citado el 24 de abril del 2023]; 20 (1): 21-28. Disponible en: DOI: 10.24875/RMN.M19000023
43. Durán L, Martínez M, Álvarez G. Trastorno por estrés postrauma. *Rev med sinerg* [Internet]. 2020 [citado el 24 de abril del 2023]; 5 (9): 1-11. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.31434/rms.v5i9.568>
44. Castañeda M, Espinoza H. Factores relacionados con el estrés postraumático en pacientes con alta médica por la COVID-19. *Rev Cub Med Mil* [Internet]. 2022 [citado el 24 de abril del 2023]; 51 (3): 1-14. Disponible en: URL: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2128>
45. Martínez Barroso A. Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* [Internet]. 2019 [citado el 28 de abril del 2023]; 39 (135): 51-66. Disponible en: DOI: 10.4321/S0211-57352019000100004
46. Camacho Benítez É. Suicidio: el impacto del covid-19 en la salud mental. *Medicina Y Ética* [Internet]. 2019 [citado el 28 de abril del 2023]; 32 (1): 15-39. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2021v32n1.01>
47. Gutiérrez A, Cruz E. Análisis exploratorio de prensa escrita de cuatro países latinoamericanos sobre violencia doméstica en contexto de confinamiento por COVID-19

desde un enfoque de género. Rev. Estud. de Psicología [Internet]. 2021 [citado el 24 de abril del 2023]; 16 (2): 35-65. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.15517/wl.v16i2.47703>

48. Lustig N, Tommasi M. El COVID-19 y la protección social de los grupos pobres y vulnerables en América Latina: un marco conceptual. CEPAL [Internet]. 2020 [citado el 28 de abril del 2023]; 132 (1): 283-295. Disponible en: URL: <https://hdl.handle.net/11362/46836>

49. Ponce V, Garrido M, Peralta C, Astudillo D, Malca J, Manrique E et al. Factores asociados al afrontamiento psicológico frente a la COVID-19 durante el periodo de cuarentena. Rev Cuba Med Mil [Internet]. 2020 [citado el 7 de mayo del 2023]; 49 (4): 1-17. Disponible en: URL: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/870>

50. Díaz S, Apolo G, Pesántez K. Estrategias de afrontamiento en confinamiento por la Covid-19. Pol con [Internet]. 2021 [citado el 7 de mayo del 2023]; 6 (7): 491-507. Disponible en: DOI: 10.23857/pc.v6i7.2866

51. Morambuena J, Angulo Y, Delgado Y, Del Valle M. Estrategias de afrontamiento en apoderados durante el confinamiento por la COVID-19. CienciAmérica [Internet]. 2020 [citado el 7 de mayo del 2023]; 9 (2): 1-12. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.33210/ca.v9i2.324>

52. Castillo B, Camilo A, Elías P, Vincitore L. Estrategias de afrontamiento: efectos en el bienestar psicológico de universitarios durante la pandemia del COVID-19. Ciencia y Sociedad [Internet]. 2021 [citado el 12 de mayo del 2023]; 46 (4): 31-48. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.22206/cys.2021.v46i4.pp31-48>

53. Romero D, Tello J, Palomino M, Montoya J, Pacheco L. Impacto psicológico y estrategias de afrontamiento en adultos peruanos durante la pandemia de Covid-19. Index Enferm [Internet]. 2022 [citado el 12 de mayo del 2023]; 31 (2): 61-65. Disponible en: URL: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962022000200003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962022000200003)

54. Gúrpide A, Sanmartín M, Ibáñez A, Mangado E. Incremento de la ingesta de alcohol y drogas como estrategia de afrontamiento en trabajadores hospitalarios durante el brote de

- COVID-19: Estudio transversal. Adicciones [Internet]. 2021 [citado el 15 de mayo del 2023]; 35 (2): 143-150. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.1643>
55. Parreño Urquiza A. Metodología de investigación en salud. Ecuador: ESPOCH; 2016.
56. Hernández R, Méndez S, Mendoza C, Cuevas A. Fundamentos de Investigación. 1a ed. México: Mc Graw Hill; 2017.
57. Luna E, Navas D, Mayor G, Buitrago L. Metodología para la revisión bibliográfica y la gestión de información de temas científicos, a través de su estructuración y sistematización. DYNA [Internet]. 2014 [citado el 11 de febrero del 2023]; 81 (184): 158-163. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/dyna.v81n184.37066>
58. Manterola C, Asenjo C, Otzen T. Jerarquización de la evidencia. Niveles de evidencia y grados de recomendación actual. Rev Chilena Infectol. 2014; 31(6): 705-718
59. Cortés Carranza J. Aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación para la búsqueda de información científica en el posgrado de especialidades médicas. Rev. Mex. de Anestesiol [Internet]. 2018 [citado el 11 de febrero del 2023]; 30 (1): 18-25. Disponible en: URL: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2448-87712018000100018](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-87712018000100018)
60. Vera Ramos C. Las características dinámicas de la salud mental en adultos peruanos durante la cuarentena por COVID-19. Medisur [Internet]. 2021 [Citado el 11 de febrero del 2023]; 19(2):318322. Disponible en: URL: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4864>
61. Bosano C, Paz C, Andrade P, Manglano J, Chalezquer C, Madrigal C et al. Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en la población general ecuatoriana durante la pandemia por COVID-19. Rev. Ecuat. Neurol [Internet]. 2021 [citado el 18 de junio del 2023]; 30 (2): 40-47. Disponible en: DOI: 10.46997/revecuatneurol30200040
62. Rossi P, Hernández V, Compte M, Belismelis G. Prevalencia mensual de trastorno de ansiedad generalizada durante la pandemia por Covid-19 en México. Salud Publica Mex

[Internet]. 2021 [citado el 22 de junio del 2023]; 63 (4): 478-485. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.21149/12257>

63. Jerónimo M, Piñar S, Samos P, González A, Bellsolá M, Sabaté A et al. Intentos e ideas de suicidio durante la pandemia por COVID-19 en comparación con los años previos. Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]. 2021 [citado el 22 de junio del 2023]; 7 (3): 1-7. Disponible en: DOI: [10.1016/j.rpsm.2021.11.004](https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.11.004)

64. Tardeh S, Adibi A, Mozafari A. Prevalence of Suicide Ideation and Attempt during COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. Int J Prev Med [Internet]. 2023 [citado el 2 de julio del 2023]; 14 (9): 1-7. Disponible en: DOI: [10.4103/ijpvm.ijpvm\\_507\\_21](https://doi.org/10.4103/ijpvm.ijpvm_507_21)

65. Bover D, Fradera M, Sans G, Parra I, Jiménez J, Pontes C Et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on the Incidence of Suicidal Behaviors: A Retrospective Analysis of Integrated Electronic Health Records in a Population of 7.5 Million. Int. J. Environ. Res. Public Health [Internet]. 2022 [citado el 3 de julio del 2023]; 19 (1): 1-12. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph192114364>

66. Iftene F, Milev R, Farcas A, Squires S, Smirnova D, Fountoulakis K. COVID-19 Pandemic: The Impact of COVID-19 on Mental Health and Life Habits in the Canadian Population. Front Psychiatry [Internet]. 2022 [citado el 5 de julio del 2023]; 13 (87): 1-10. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.871119>

67. Bellón J, Cerón S, Bayón A, Rodríguez M, Mendive J, Peral P. Enfermedades mentales comunes en atención primaria: dificultades diagnósticas y terapéuticas, y nuevos retos en predicción y prevención. Gac Sanit [Internet]. 2020 [citado el 8 de julio del 2023]; 34 (1): 20-26. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.013>

68. Ramírez F, Misol R, Bentata L, Fernández M, Campayo J, Franco C et al. Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Aten Primaria [Internet]. 2018 [citado el 8 de julio del 2023]; 50 (1): 83-108. Disponible en: DOI: [10.1016/S0212-6567\(18\)30364-0](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(18)30364-0)

69. Torales J, Almirón M, González I, Gómez N, Ortiz R, Ibarra V. Ejercicio físico como tratamiento adyuvante de los trastornos mentales. *An Fac Cienc Méd* [Internet]. 2018 [citado el 8 de julio del 2023]; 51 (3): 27-32. Disponible en: DOI: [http://dx.doi.org/10.18004/anales/2018.051\(03\)27-032](http://dx.doi.org/10.18004/anales/2018.051(03)27-032)
70. Miao X, Chen Q, Wei K, Tao K, Lu Z. Posttraumatic stress disorder: from diagnosis to prevention. *Military Medical Research* [Internet]. 2018 [citado el 8 de julio del 2023]; 5 (32): 1-7. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1186/s40779-018-0179-0>
71. Bisson J, Wright L, Jones K, Lewis C, Phelps A, Sijbrandij M et al. Preventing the onset of post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review* [Internet]. 2021 [citado el 8 de julio del 2023]; 86 (1): 1-17. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102004>
72. Wright L, Sinbrandij M, Sinnerton R, Lewis C, Roberts N, Bisson J. Pharmacological prevention and early treatment of post-traumatic stress disorder and acute stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Translational Psychiatry* [Internet]. 2019 [citado el 8 de julio del 2023]; 9 (33): 1-10. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0673-5>
73. Brito F, Darlic V. Revisión bibliográfica sobre la prevención del suicidio, identificación de los principales factores de riesgo y estrategias preventivas. *Revista Confluencia* [Internet]. 2020 [citado el 8 de julio del 2023]
74. Romo Urquizo D. COVID-19 y telepsiquiatría: un reto para el tratamiento de la salud mental. *Rev Colomb Psiquiat* [Internet]. 2022 [citado el 2 de junio del 2023]; 569 (1): 1-7. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.08.005>
75. Jara C, Carrasco R, Rodríguez T, Vega C, Marabolí M, Gómez T et al. Telepsicología para psicoterapeutas: lecciones aprendidas en tiempos del Covid-19. *Interamerican Journal of Psychology* [Internet]. 2022 [citado el 2 de junio del 2023]; 56 (2): 1-33. Disponible en: DOI: [10.30849/ripj.v56i2.1733](https://doi.org/10.30849/ripj.v56i2.1733)
76. Reyes R, Rodríguez M, López A, Betancourt J, Cortes J. Efecto de un programa de psicoterapia breve cognitiva-conductual a distancia para pacientes con sintomatología

depresiva. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar [Internet]. 2022 [citado el 2 de junio del 2023]; 6 (4): 602-617. Disponible en: DOI:

[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i4.2606](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i4.2606)

77. Urzúa A, Villaroel P, Urizar A, Carrasco R. La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. Terapia Psicológica [Internet]. 2020 [citado el 7 de junio del 2023]; 38 (1): 103-118. Disponible en: DOI:

<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082020000100103>

78. Gómez V, Martinic M, López C, Prieto R, Flores C, Ibáñez C et al. Cuidando a los que cuidan: diseño e implementación de un programa multinivel y multicomponente para el apoyo psicosocial y atención en salud mental de los trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19. Rev. Psiqu. Clín. [Internet]. 2020 [citado el 7 de junio del 2023]; 58 (1): 43-55. Disponible en: URL:

<https://revistapsiquiatriaclinica.uchile.cl/index.php/RPSC/article/view/67589>

79. Terry J, Hernández N, Armas K, Carás I. Aspectos psicosociales asociados a la pandemia por COVID-19. Rev inf cient [Internet]. 2020 [citado el 10 de julio del 2023]; 99 (6):585-595. Disponible en: URL: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-99332020000600585&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332020000600585&lng=es).

80. Caja Costarricense de Seguro Social. Lineamiento para la intervención social a las personas con COVID-19 y sus familias, y la continuidad de la prestación de Servicios de Trabajo Social. CCSS. Costa Rica; 2020.

## CAPÍTULO VII- ANEXOS

## **Anexo 1. Clasificación de artículos consultados según nivel de evidencia**

<b>Autor<sup>1</sup>/Revista<sup>2</sup>/ Año<sup>3</sup></b>	<b>Re<sup>3</sup></b>	<b>Título del artículo</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Nivel de evidencia</b>	<b>Población</b>	<b>Metodología</b>	<b>Resultados y conclusiones</b>
Broche Y, Fernández E, Reyes D/Rev Cub/2020.	3	Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19	Revisión Bibliográfica	5	N/A	Revisión bibliográfica, palabras clave: cuarentena, aislamiento social, impacto psicológico, reacción psicológica.	Acciones tales como mantener a la población informada, facilitar canales de retroalimentación, garantizar los suministros básicos y facilitar estrategias de afrontamiento al estrés permiten minimizar los efectos negativos de un periodo de cuarentena.
Huarcaya-Victoria J/Rev Peru/2020	4	Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19	Revisión Bibliográfica	5	N/A	Se realizó una revisión narrativa, a partir de una búsqueda en Pubmed de todos los artículos publicados desde el 1 de diciembre de	Se ha demostrado que durante la fase inicial de la pandemia de COVID-19 fue común la presencia de ansiedad, depresión y reacción al

						2019 hasta el 24 de marzo de 2020.	estrés en la población general.
Rodríguez A, Buiza C, Álvarez de Mon M, Quintero J/Medicine/2020	5	COVID-19 y salud mental	Revisión Bibliográfica	5	N/A	Revisión narrativa, una búsqueda 39 de artículos publicados.	Esta crisis sanitaria ha tenido una importante repercusión sobre la salud mental de las personas que han padecido la propia enfermedad, de las que han estado expuestas a un confinamiento restrictivo.
Rodríguez C, Medrano O, Hernández A/Gac Med Mex/2021	7	Salud mental de los mexicanos durante la pandemia de COVID-19	Estudio Transversal	4	1667 individuos	Con una encuesta se recabaron datos sociodemográficos y se aplicaron la Depression Anxiety and Stress Scale 21 (DASS 21), la Escala Atenas de Insomnio y la Escala de Resiliencia 14 Ítems (RS-14).	La intensidad de la sintomatología fue menor a la esperada en comparación con la registrada en otras poblaciones, probablemente por la alta resiliencia de la población mexicana.

Alvites-Huamaní C/CienciAmérica /2020.	8	COVID-19 Pandemia que impacta en los estados de ánimo.	Revisión Bibliográfica	5	N/A	Revisión narrativa, a partir de búsqueda de 20 artículos seleccionados.	Se puede afirmar que hay una afectación en los estados del ánimo, en cuanto a la ansiedad y depresión, la COVID-19 está teniendo una alta incidencia en estos dos aspectos convirtiéndolos en trastornos psicológicos.
Parrado A, León J/Rev Esp Salud Pública/2020	11	COVID-19: Factores asociados al malestar emocional y morbilidad psíquica en población española.	Estudio transversal	4	1596 personas residentes en España	El impacto psicológico se evaluó mediante la Escala de Impacto de Evento-Revisada (IES-R), y el estado de salud mental con el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12). Mediante diferentes modelos de	El 24,7% de los participantes presentó un impacto psicológico moderado o severo y el 48,8% mostró deterioro de la salud mental. Las mujeres, los estudiantes y la población con menor nivel de ingresos económicos, además de con menos espacio

						regresión lineal simple.	disponible por persona en la vivienda, presentaron mayor impacto psicológico y peor salud mental.
Wang C et al/Environ Res Public Health/2020	12	Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China	Estudio transversal	4	1210 personas	Del 31 de enero al 2 de febrero de 2020, se realizó una encuesta en línea utilizando técnicas de muestreo de bola de nieve. La encuesta en línea recopiló información sobre datos demográficos, síntomas físicos en los últimos 14 días, historial de contacto con COVID-19, conocimiento e inquietudes sobre COVID-19, medidas de precaución	Durante la fase inicial del brote de COVID-19 en China, más de la mitad de los encuestados calificaron el impacto psicológico como de moderado a severo y alrededor de un tercio informó ansiedad de moderada a severa. Nuestros hallazgos identifican factores asociados con un menor nivel de impacto psicológico y un mejor

						contra COVID-19 e información adicional requerida con respecto a COVID-19	estado de salud mental que pueden utilizarse para formular intervenciones psicológicas para mejorar la salud mental de los grupos vulnerables durante la epidemia de COVID-19.
Universidad Estatal a Distancia/Acontecer/2021	21	Salud mental y relaciones con el entorno en tiempos de COVID-19	Estudio Transversal	4	6786 personas	Este es un estudio, que recoge la información obtenida a través de un cuestionario autoadministrado por medio de internet, que se solicitó completar a través de una invitación masiva y abierta.	Es indudable el impacto que la COVID-19 ha generado en la salud mental. La segmentación construida a partir de los resultados de esta investigación permite apreciar que una importante proporción de la población plausiblemente se encuentra afectada o muy afectada en su salud

							mental, ubicándose un 32,1% en lo que puede considerarse como un segmento con posible afectación crítica.
Martínez-Taboas A/Rev Cari Psicol/2020	23	Pandemias, COVID-19 y Salud Mental: ¿Qué sabemos actualmente ?	Revisión Bibliográfica	5	N/A	Revisión narrativa, búsqueda de artículos, 39 artículos seleccionados.	Las pandemias suelen traer consigo la necesidad imperiosa de lidar con sus manifestacion es y secuelas. No es de sorprendernos que, ante este escenario, la salud mental de una parte sustancial de la población sea impactada de manera negativa.
Oré C, Huarcaya J/ Horiz Med/2020	39	Trastornos por estrés debido a la cuarentena durante la pandemia de COVID-19	Revisión Bibliográfica	5	N/A	Revisión narrativa, de las consecuencias estresantes en la salud mental producidas	En el proceso de la contención de esta pandemia debemos tener especial consideración en la

						por la cuarentena durante las epidemias y pandemias pasadas y lo que ocurre actualmente en la pandemia por la COVID-19.	resiliencia de la población general y de nuestro personal de salud, por lo que es prioridad desarrollar estrategias y modelos de intervención en salud mental que ayuden a disminuir el impacto psicosocial en el futuro.
Medina R, Castellanos M, Gonzales J, Xespe K, Palao B/UCT/2021	40	Efectos de la Covid-19 en el estrés laboral.	Estudio transversal	4	286 empleados	Se utilizó un instrumento de recolección de información con 29 ítems que permitieron medir el estrés laboral.	Los resultados muestran que existe un nivel medio de estrés en el trabajo, considerando que se trata de un trabajador activo y que en su trayecto al trabajo y durante las jornadas laborales, está expuesto a situaciones de riesgo. El

							estudio permitió concluir que las situaciones de salud actual son un condicionante del estrés en los servidores públicos.
Castañeda M, Espinoza H/Rev Cub Med Militar/2022	43	Factores relacionados con el estrés postraumático en pacientes con alta médica por la COVID-19.	Estudio Transversal	4	126 participantes con COVID-19	Evaluados mediante un cuestionario autoadministrado y la Escala de Trauma de Davidson. Para el procesamiento de datos se aplicó la prueba ji cuadrado y la V de Cramer como medida de magnitud de efecto.	El trastorno por estrés postraumático presenta asociaciones moderadas con los factores hospitalarios: tiempo de hospitalización, tipo clínico, y soporte ventilatorio invasivo, Existen factores, tanto intra como extrahospitalarios, que se relacionan con el trastorno por estrés postraumático luego del alta médica por la COVID-19.

Vera Ramos C/Medisur/2021.	60	Características dinámicas de la salud mental en adultos peruanos durante la cuarentena por COVID-19	Estudio Transversal	4	763 adultos peruanos	Se empleó el cuestionario de Salud General de 12 ítems, así como una escala tipo Likert de cuatro opciones.	Se observaron mayores medidas de centralidad de red en los reactivos vinculados a síntomas negativos en la salud mental, como el (sentimiento de infelicidad y depresión) y el (pérdida de confianza)
Bosano C et al/Rev Ecuat Neurol/2021	61	Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en la población general ecuatoriana durante la pandemia por COVID-19	Estudio Transversal	4	766 adultos	Para participar, las personas debían ser mayores de edad y completar de forma anónima una encuesta en línea a través de la plataforma Google Forms. Ésta fue distribuida por redes sociales personales e	La mayor parte de los participantes (77.4%) indicaron no haber tenido problemas de salud mental en el pasado y el 87.6% no tener estos problemas durante la pandemia. Sin embargo, el 41% reconoció tener mayor malestar

						institucionales de los miembros del grupo de investigación Cerebro, Emoción y Conducta, y de la Escuela de Psicología de la Universidad de Las Américas entre marzo y agosto del 2020.	psicológico. Los participantes presentaron niveles bajos de síntomas (depresión, ansiedad y estrés). Las mujeres y los adultos jóvenes fueron los grupos más afectados por los síntomas evaluados.
Rossi P, Hernández V, Compte M, Belismelis G/Salud Pública Mex/2021	62	Prevalencia mensual de trastorno de ansiedad generalizada durante la pandemia por Covid-19 en México	Estudio Transversal	4	833 personas	Serie de encuestas telefónicas mensuales con muestras representativas de México. El cuestionario incluye la escala GAD-2 y en julio se añadió la GAD-7; se examinó su validez interna con análisis factorial confirmatorio y su validez concurrente	La prevalencia mensual se mantuvo alta y estable, entre 30.7 y 32.6%. El GAD se concentró en mujeres, personas desocupadas y de bajo nivel socioeconómico.

						con variables sociodemográficas.	
Jerónimo M et al/Rev Psiquiatr Salud Ment/2021	63	Intentos e ideas de suicidio durante la pandemia por COVID-19 en comparación con los años previos	Estudio Cohortes	2	3388 consultas por ideas o intentos de suicidio	Se han incluido todos los individuos registrados en el CRS que pertenecen a la ciudad de Barcelona desde el 1 de enero de 2018 hasta el 30 de junio de 2021. El registro del CRS recoge la información de todas las ideas de suicidio e intentos de suicidio que consultan en los servicios de urgencias de psiquiatría.	Se ha producido un incremento del 43,20% en la incidencia mensual de ideas e intentos de suicidio durante la pandemia, en comparación con el periodo 2018-2019, alcanzando un incremento máximo del 573,8% en menores de edad en el mes de mayo de 2021.
Tardeh S, Adibi A, Mozafari A/ Int J Prev Med/2023	64	Prevalence of Suicide Ideation and Attempt during COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and	Metaanálisis	1	N/A	Se obtuvieron mediante la búsqueda en diferentes bases de datos, incluidas Scopus, Web of Science, PubMed, ISC,	La prevalencia de ideación e intento de suicidio entre todos los estudios fue igual al 13%. Con base en los resultados, la prevalencia

		Meta-Analysis				Google Scholar, SID y Magiran. Se revisaron todos los artículos publicados desde principios de enero de 2020 hasta finales de mayo de 2021.	del intento de suicidio y la ideación es posible durante la pandemia de COVID-19
Bover D et al/ Int. J. Environ. Res. Public Health/2022	65	Impact of the COVID-19 Pandemic on the Incidence of Suicidal Behaviors: A Retrospective Analysis of Integrated Electronic Health Records in a Population of 7.5 Million	Estudio Cohortes	2	21920 individuos	Conductas suicidas atendidas en los centros de salud de Cataluña entre enero de 2017 y junio de 2022. Se recuperó datos de este período, incluida una evaluación del riesgo de suicidio y las características socioeconómicas y clínicas de los individuos. Los datos se resumieron anualmente y para los	Las conductas suicidas han aumentado durante la pandemia de COVID-19, con más episodios de ideación suicida sin intento además de perfiles más jóvenes y de menor riesgo. y aumentó progresivamente a más de 600 episodios mensuales. En el período pospandemia, la ideación suicida aumentó a

						periodos anteriores y posteriores al inicio de la pandemia de COVID-19 en España en marzo de 2020.	expensas de los intentos suicidas. Los casos mostraron un menor riesgo de suicidio; aumentó el porcentaje de mujeres y jóvenes, mientras que disminuyó la prevalencia de factores de riesgo clásicos, como vivir solo, carecer de red familiar y antecedentes de diagnóstico psiquiátrico.
Iftene F et al/ Front Psychiatry/2022	66	COVID-19 Pandemic: The Impact of COVID- 19 on Mental Health and Life Habits in the Canadian Population	Estudio Transversal	4	508 personas adultas	Estudio multicéntrico internacional, con sede principal en la Universidad Aristóteles de Tesalónica, en Grecia (Estudio COMET-G). Presentamos aspectos de la investigación que involucra	La tasa de depresión mayor, angustia e ideación suicida fue mayor en los canadienses que en la población mundial (según COMET-G), pero el riesgo relativo de

						el sitio, canadienses que respondieron a la encuesta en línea (QAIRE).	desarrollar depresión en presencia de antecedentes de trastornos mentales fue menor.
Bellón et al/Gac Sanit/2020	67	Enfermedades mentales comunes en atención primaria: dificultades diagnósticas y terapéuticas, y nuevos retos en predicción y prevención.	Revisión Bibliográfica	5	N/A	Revisión Bibliográfica, en base de búsqueda de 40 artículos seleccionados.	Existen evidencias de que las intervenciones psicológicas, psicoeducativas y de ejercicio físico son efectivas en prevención primaria, incluso en atención primaria, aunque su efecto es pequeño o moderado. Estas intervenciones tienen un gran potencial para ser escalables en las escuelas, el ámbito laboral y la atención primaria; además, cuando se administran

							mediante tecnologías de la información y la comunicación (p. ej., App), en programas autoguiados o mínimamente guiados, han demostrado su efectividad para el tratamiento y la prevención de las enfermedades mentales comunes. También son muy accesibles y de bajo coste, y contribuyen a la implementación masiva de estas intervenciones en diferentes contextos
Ramírez et al/Aten Primaria/2018	68	Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria	Revisión Bibliográfica	5	N/A	Revisión narrativa de artículos	El Grupo de Trabajo del PAPPS para la Promoción de la Salud 0

							ental y la Prevención de sus Trastornos considera, desde su constitución, que los profesionales de la APS, no solo los médicos, también los enfermeros y los trabajadores sociales, pueden jugar un papel relevante tanto en la prevención de los trastornos mentales y en la promoción de la salud mental como en el tratamiento y seguimiento de estos pacientes en los ámbitos familiar y comunitario, facilitando la continuidad de los cuidados y
--	--	--	--	--	--	--	---

							evitando la perpetuación futura de trastornos psicosociales graves, y a veces irreparables.
Torales et al/An Fac Cien Méd/2018	69	Ejercicio físico como tratamiento adyuvante de los trastornos mentales	Revisión Bibliográfica	5	N/A	Esta es una revisión narrativa, no sistemática, centrada en literatura primaria seleccionada de una búsqueda en PubMed, SciELO y LILACS. Los términos clave que se utilizaron fueron los siguientes: “ejercicio físico y salud mental”, “fisioterapia y salud mental”, “ejercicio físico y trastornos mentales” y “ejercicio	Aunque existen excelentes estudios y revisiones que analizan detalladamente el papel del ejercicio físico en el tratamiento específico de algunos trastornos mentales, se consideró que se necesitaba una revisión más general para brindar orientación a médicos psiquiatras y a fisioterapeutas en este campo de integración de la salud física y mental

						físico y psiquiatría”.	
Miao et al/Military Medical Research/2018	70	Posttraumatic stress disorder: from diagnosis to prevention	Revisión Bibliográfica	5	N/A	Revisión narrativa, en base de búsqueda de 28 artículos seleccionados.	Se necesitan investigaciones futuras para determinar qué guía o método de inspección es el mejor para el diagnóstico temprano y qué estrategias podrían prevenir el desarrollo de PTSD. criterios de diagnóstico y diseños de estudio. Se necesitan investigaciones futuras para determinar qué guía o método de inspección es el mejor para el diagnóstico temprano y qué estrategias podrían prevenir el desarrollo de PTSD.

							<p>criterios de diagnóstico y diseños de estudio. Se necesitan investigaciones futuras para determinar qué guía o método de inspección es el mejor para el diagnóstico temprano y qué estrategias podrían prevenir el desarrollo de PTSD.</p>
Bisson et al/ Clinical Psychology Review/2021	71	Preventing the onset of post- traumatic stress disorder.	Metaanálisis	1	N/A	<p>Se realizaron búsquedas en las bases de datos Cochrane, Embase, Medline, PsycINFO, PI-LOTS y Pubmed para identificar ECA de preparación previa al incidente e intervenciones posteriores al incidente hasta mayo de</p>	<p>La calidad general de la evidencia fue baja. Surgieron pruebas de que algunas intervenciones pueden ser útiles, pero no hubo pruebas de ninguna intervención que pueda recomendarse firmemente para la prevención universal,</p>

						2019. Se identificaron seis ensayos previos al incidente y 69 posteriores al incidente que podrían incluirse en metanálisis.	seleccionada o indicada antes o dentro de los primeros tres meses de un evento traumático. Se requiere más investigación para configurar de manera óptima las intervenciones existentes con alguna evidencia de efecto y para desarrollar intervenciones novedosas para abordar este importante problema de salud pública.
Wright et al/ Translational Psychiatry/2019	72	Pharmacological prevention and early treatment of post-traumatic stress disorder and acute stress disorder: a systematic	Metaanálisis	1	N/A	Se realizó una búsqueda sistemática para identificar ECA, que usó farmacoterapia temprana (dentro de los tres meses posteriores a un evento	Se necesita más investigación con ECA más grandes y de alta calidad para establecer el uso más eficaz de la hidrocortisona en diferentes

		review and meta-analysis				traumático) para prevenir y tratar el TEPT y el trastorno de estrés agudo (TEA) en niños y adultos. Mediante la metodología de la Colaboración Cochrane, se identificaron los ECA y se calificó el riesgo de sesgo.	poblaciones y la dosificación, la ventana de dosificación y la vía óptimas. Actualmente hay una falta de evidencia que sugiera que es probable que otros agentes farmacológicos sean efectivos.
Brito et al/Revista confluencia/2020	73	Revisión bibliográfica sobre la prevención del suicidio, identificación de los principales factores de riesgo y estrategias preventivas	Revisión Bibliográfica	5	N/A	Búsqueda bibliográfica en base de datos Pubmed y publicaciones gubernamentales publicadas entre los años 2010 y 2020. Se utilizaron los términos MeSH "Prevention and control", "Suicide", "Adolescent" y "Young Adults".	La conducta suicida ocurre en el contexto de los trastornos psiquiátricos, siendo la depresión uno de los más importantes. Otros factores de riesgo incluyen intentos suicidas previos, pertenecer a minorías sexuales,

							padecer enfermedades crónicas, historia de violencia infantil, víctimas de bullying, abuso sexual y el uso no supervisado de internet
Romo Urquizo/Rev Colomb Psiquiat/2022	74	COVID-19 y tele psiquiatría: un reto para el tratamiento de la salud mental.	Revisión Bibliográfica	5	N/A	Se realiza una búsqueda crítica en plataformas como PubMed, Cochrane, Lilacs y Google académico, además de una exhaustiva evaluación de todos los estudios primarios que dan respuesta a nuestras preguntas.	La telepsiquiatría puede ayudar a solventar la necesidad de atenciones psiquiátricas de manera más integral; tiene ventajas como la disminución de costos, permite brindar atención a zonas rurales, su eficacia es comparable a la atención presencial y resulta adecuada en múltiples áreas de la salud mental,

							permite la reducción del estigma y realizar procesos de formación continua del personal médico.
Jara et al/Interamerican Journal of Psychology/2022	75	Telepsicología para psicoterapeutas: lecciones aprendidas en tiempos del Covid-19.	Revisión Bibliográfica	5	N/A	Para ello se realizó una revisión sistemática de la evidencia científica disponible en las bases de datos de Scopus, PubMed y Web of Science.	Entre sus resultados se destaca la accesibilidad, la disminución del estigma y la flexibilidad en su aplicación. También se refieren limitaciones como la inseguridad en la privacidad de los datos, las barreras de acceso y la baja formación clínica en competencias necesarias para este formato
Reyes et al/Rev Cientif Multi/2022	76	Efecto de un programa de psicoterapia breve	Estudio Transversal	4	96 pacientes	Se trabajó con 96 pacientes con depresión, se les	Los resultados sugieren la importancia de aplicar la

		cognitiva-conductual a distancia para pacientes con sintomatología depresiva.				aplicó el programa de psicoterapia cognitivo conductual breve, mostrando diferencias significativas en la disminución de la sintomatología depresiva antes y después del tratamiento.	psicoterapia cognitivo conductual en pacientes con depresión, por la eficacia que ha mostrado el tratamiento.
Urzúa et al/Terapia Psicológica/2020	77	La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial.	Revisión Bibliográfica	5	N/A	El presente artículo sistematiza información disponible inicial sobre psicología y COVID-19.	La psicología cuenta con evidencia científica disponible que explica todos estos fenómenos, evidencia que debe ser puesta en relieve por los mismos actores de las disciplinas a disposición de otras áreas del conocimiento y sobre todo para los

							tomadores de decisión
Gómez et al/Rev Psiq Clín/2020	78	Cuidando a los que cuidan: diseño e implementación de un programa multinivel y multicomponente para el apoyo psicosocial y atención en salud mental de los trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19.	Revisión Bibliográfica	5	N/A	Se presenta y discute una estrategia de intervención desarrollada en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, el Programa de Apoyo a la Salud Emocional, formulado a partir de la revisión de literatura actualizada y experiencias de otras instituciones.	Hay evidencia que respalda la necesidad de cuidado de grupos específicos en esta pandemia, entre ellos los trabajadores de la salud.
Terry et al/Rev inf cient/2020	79	Aspectos psicosociales asociados a la pandemia por COVID-19	Revisión Bibliográfica	5	N/A	Entre marzo y septiembre de 2020, en el Policlínico Universitario “Omar Ranedo Pubillones” de Guantánamo se realizó una revisión	La pandemia de COVID-19 genera trastornos psicosociales en los enfermos confirmados o sospechosos de ello, en los integrantes del

						<p>bibliográfica narrativa. Se analizaron artículos originales y revisiones sistemáticas. La búsqueda se efectuó en las bases de datos Pubmed, Infomed y SciELO.</p>	<p>equipo de salud que los atiende y en la población general, y aunque hay muchos aspectos por dilucidar respecto a la repercusión sobre la salud mental.</p>
<p>Caja Costarricense del Seguro Social/2020</p>	80	<p>Lineamiento para la intervención social a las personas con COVID-19 y sus familias, y la continuidad de la prestación de Servicios de Trabajo Social.</p>	<p>Opinión de Experto</p>	5	N/A	<p>Normativa nacional e institucional vinculada a la emergencia sanitaria por la enfermedad COVID-19</p>	<p>Fue creado con la finalidad de que se otorgue intervención social a las personas con COVID 19 y sus familias, en la fase de respuesta; así como la continuidad de la prestación de servicios en las fases de rehabilitación y recuperación de la emergencia.</p>