

Revista  
Latinoamericana de  
**PSIQUIATRÍA**

Órgano oficial de la Asociación Psiquiátrica de América Latina

Salud mental en América Latina  
durante la pandemia de COVID-19:  
¿Qué hemos aprendido? y cuáles son  
las recomendaciones

**Grupo de trabajo designado por APAL**

*Enrique Bojórquez Giraldo, Gisella Vargas Cajahuanca, Jeff Huarcaya Victoria,  
Freddy Gonzalo Carrión Suárez, J. Nicolás Iván Martínez López,  
Antonio Carlos Toro Obando, Vania Martínez Nahuel, Paulina Diana Zalzman*

**Editorial**

*Rodrigo Nel Córdoba Rojas*

# 1

Volumen 21  
2022

# Revista Latinoamericana de PSIQUIATRÍA

Órgano oficial de la Asociación Psiquiátrica de América Latina

## COMITÉ EJECUTIVO APAL 2020 -2022

### Presidente

*Enrique Bojórquez Giraldo (Perú)*

### Vice - Presidenta

*Marisol Taveras Ulerio (República Dominicana)*

### Secretaria General

*Elizabeth Rivera Chávez (Perú)*

### Secretaria de Finanzas

*Gisella Vargas Cajahuanca (Perú)*

### Directora de Secciones

*Cora Luquercho (Argentina)*

### Secretarios Regionales

Países del Cono Sur

*Alejandra Armijo Brescia (Chile)*

Países Bolivarianos

*Rommel Artieda Maruri (Ecuador)*

México, Centroamérica y el Caribe

*Edilberto Peña de León (México)*

## COMITÉ DE REDACCIÓN

### Coordinador

*Rodrigo Nel Córdoba Rojas*

### Miembros

*Alexie Vallejo*

*Angela Vélez T.*

*Jairo Gonzales*

*Juan F. Cano R.*

## COMITÉ EDITORIAL

### Argentina

*Manuel Vilapriño*

*Maximiliano Cesoni*

### Chile

*Ulises Ríos Díaz*

*Leonor Bustamante Calderón*

### Colombia

*José Manuel Santacruz*

### Cuba

*Myriam de La Ossa*

### Ecuador

*Carlos León Andrade*

### España

*Luis Caballero*

### México

*Jesús Ramírez Bermúdez*

### Perú

*Ricardo Bustamante Quiroz*

### República Dominicana

*Eddy Peralta*

### Uruguay

*Cecilia Idiarte*

## Reglamento de Publicaciones (ver detalle en pág. 64)

La **Revista Latinoamericana de Psiquiatría**, órgano oficial de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), se publica semestralmente en español, con resúmenes en español e inglés.

Los artículos publicados son trabajos originales de investigación, de revisión, casos clínicos, cartas de editor, editoriales, comentarios de libros publicados, así como temas y actividades sobresalientes relacionados con la Psiquiatría.

# 1

Volumen 21  
2022

# Revista Latinoamericana de PSIQUIATRÍA

Órgano oficial de la Asociación Psiquiátrica de América Latina

## PRESIDENTES DE SOCIEDADES INTEGRANTES DE APAL

### Argentina

Asociación de Psiquiatras Argentinos

*Presidente: Manuel Vilapriño*

### Bolivia

Sociedad Boliviana de Psiquiatría

*Presidente: Cesar Oliva Castrillo*

### Brasil

Asociación Brasileña de Psiquiatría

*Presidente: Antonio Geraldo Da Silva*

### Chile

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y  
Neurocirugía

*Presidente: Lientur Taha M.*

*Secretaria General: Alejandra Armijo Brescia*

### Colombia

Asociación Colombiana de Psiquiatría

*Presidente: José Manuel Santacruz*

### Costa Rica

Asociación Costarricense de Psiquiatría

*Presidente: Francisco Golcher Valverde*

### Cuba

Asociación Cubana de Psiquiatría

*Presidenta: Miriam de La Ossa O' Reilly*

### Ecuador

Asociación Ecuatoriana de Psiquiatría

*Presidente: José Ordoñez*

### El Salvador

Asociación Salvadoreña de Psiquiatría

*Presidente: Mario Ernesto Flores*

### Guatemala

Asociación Guatemalteca de Psiquiatría

*Presidenta: Mirna Santos Ruan*

### México

Asociación Psiquiátrica Mexicana

*Presidente: Bernardo Ng*

### Panama

Sociedad Panameña de Psiquiatría

*Presidente: José Tejeira*

### Paraguay

Sociedad Paraguaya de Psiquiatría

*Presidente: Miguel Ángel Cuellar Hoppe*

### Perú

Asociación Psiquiátrica Peruana

*Presidenta: Elizabeth Rivera Chávez*

### Puerto Rico

Asociación Puertorriqueña de Psiquiatría

*Presidente: Esgardo Prieto Agostini*

### República Dominicana

Sociedad Dominicana de Psiquiatría

*Presidenta: Marisol Taveras Ulerio*

### Uruguay

Sociedad de Psiquiatría del Uruguay

*Presidente: Luis Villalba*

### Venezuela

Sociedad Venezolana de Psiquiatría

*Presidenta: Petra Aponte Martínez*

# ÍNDICE

5	<b>Editorial</b> <i>Rodrigo Nel Córdoba Rojas</i>
6	<b>Salud mental en América Latina durante la pandemia de COVID-19: ¿Qué hemos aprendido? y cuáles son las recomendaciones</b> <i>Enrique Bojórquez Giraldo, Gisella Vargas Cajahuanca, Jeff Huarcaya Victoria, Freddy Gonzalo Carrión Suárez, J. Nicolás Iván Martínez López, Antonio Carlos Toro Obando, Vania Martínez Nahuel, Paulina Diana Zalzman</i>
36	<b>Material Suplementario 1</b> <i>Marco jurídico sobre salud mental y COVID-19 en Latinoamérica</i>
41	<b>Material suplementario 2</b> <i>Revisión de los estudios sobre la salud mental derivados de la pandemia de COVID-19</i>
64	<b>Reglamento de Publicaciones</b>

# EDITORIAL

Empezamos un nuevo año, llenos de optimismo y esperanza.

Sin lugar a dudas, hemos atravesado dos años tormentosos, que han permitido afianzar nuestros objetivos con vínculos de colegaje, fraternidad y amistad.

Presentamos el último número de la revista, con el especial de los temas de salud mental en relación a la pandemia por COVID 19, tema que además de vigente, recoge los aprendizajes y las experiencias propias de los diferentes países de la región, trabajados por colegas de altísimo nivel de nuestro continente.

Saludo especialmente el regreso de Panamá a nuestra querida APAL, le damos la bienvenida al Dr. Profesor José Tejeira presidente de la asociación y a través de él a todo los queridos miembros de la sociedad panameña de psiquiatría.

No me resta más que desearles el mejor de los éxitos en este año 2022.

**Rodrigo Nel Córdoba Rojas**

*Director*

# Salud mental en América Latina durante la pandemia de COVID-19: ¿Qué hemos aprendido? y cuáles son las recomendaciones

## Mental Health in Latin America during the COVID-19 Pandemic: What Have We Learned and What Are the Recommendations?

Grupo de trabajo designado por APAL

### Enrique Bojórquez Giraldo (Perú)

Presidente de la Asociación Psiquiátrica de América Latina; doctor en Medicina; profesor principal de Psiquiatría de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú; y expresidente de la Asociación Psiquiátrica Peruana.

### Gisella Vargas Cahahuanca (Perú)

Secretaria de Finanzas de la APAL; psiquiatra de niños y adolescentes; secretaria de la Asociación Psiquiátrica Peruana; jefa de la Oficina de Apoyo a Docencia e Investigación del Hospital Víctor Larco Herrera, Lima, Perú.

### Jeff Huarcaya Victoria (Perú)

**Secretario Técnico del Grupo de Trabajo**  
Médico psiquiatra; docente auxiliar del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú; coordinador de la Unidad de Psiquiatría de Enlace del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, Perú.

### Freddy Gonzalo Carrión Suárez (Ecuador)

Médico especialista en Psiquiatría; master en Medicina Naturista; docente de Pregrado de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE); docente de los postgrados de Emergencias y Desastres, Medicina Interna y Pediatría de la PUCE; investigador del Grupo de Salud y Educación Médica de la PUCE.

### J. Nicolás Iván Martínez López (México)

Psiquiatra forense; investigador en Ciencias Médicas, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (IN-PRFM); investigador nacional SNI I, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT); profesor de asignatura de la Maestría en Salud Mental Pública, Maestría y Doctorado en Bioética, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); director del Departamento de Investigación en Psiquiatría Jurídica y Forense en el Consejo Mexicano de Neurociencias.

### Antonio Carlos Toro Obando (Colombia)

Médico psiquiatra; magíster en Terapia de Conducta; docente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia; miembro de la Asociación Colombiana de Psiquiatría.

### Vania Martínez Nahuel (Chile)

Médica especialista en Psiquiatría Infantil y del Adolescente; doctora en Psicoterapia; profesora titular del Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA), Facultad de Medicina de la Universidad de Chile; miembro activo de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía (SONEPSYN); directora de Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes (Imhay); investigadora asociada del Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP).

### Paulina Diana Zalzman (Argentina)

Médica especialista en Psiquiatría y psicoanalista; profesora regular adjunta del Departamento de Psiquiatría y Salud, Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires; miembro activo de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA); magíster en Psicogeriatría por la Universidad de Valencia.

Los autores no declaran conflicto de intereses

Documento aprobado por el Comité Ejecutivo de la APAL

---

## Presentación

El Comité Ejecutivo de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), en marzo del 2021, debido a los graves problemas que la pandemia por la COVID-19 viene generando en el mundo, y en particular en América Latina, decidió conformar un Grupo de Trabajo que estudie la situación de la salud mental en América Latina durante la pandemia por la COVID-19 y, con la finalidad de recoger información sobre el estado de la pandemia en cada uno de los países miembros de nuestra institución y conocer las consecuencias en la salud mental de su población; de tal manera que podamos realizar un diagnóstico de está y en base a ello elaborar un conjunto de propuestas de políticas y estrategias en salud mental que podamos hacer llegar a nuestros gobiernos.

Durante todos estos meses el Grupo mantuvo un trabajo constante, que se ha visto plasmado en este documento; por lo que quisiera agradecer de modo especial a todos ellos(as), que con vocación y compromiso institucional dieron su valioso tiempo y talento; también, a todas las Sociedades miembros de la APAL que nos hicieron llegar sus respuestas a la Encuesta y posteriormente sus opiniones al primer borrador; y finalmente, a Renato de Oliveira, de la OPS, que nos proporcionó valiosa información al respecto.

En este sentido es un placer y satisfacción presentar este documento, que la APAL lo hace cumpliendo su responsabilidad técnica y científica como institución líder en Psiquiatría y Salud Mental en América Latina; y que estamos seguros contribuirá al debate y sobre todo a la toma de decisiones que permita superar la dramática situación provocada por la pandemia COVID-19.

**Enrique Bojórquez Giraldo**  
*Presidente de la APAL*

**Resumen** *Introducción:* Hoy a casi dos años de iniciada la pandemia por la COVID-19, se han realizado diversos esfuerzos científicos e institucionales para enfrentar las consecuencias en la salud mental en América Latina, sin embargo, esos esfuerzos aislados de cada país y las investigaciones realizadas, no han generado un avance o una táctica homogénea. El objetivo de este trabajo es resumir las acciones realizadas por la salud mental en los países latinoamericanos y alcanzar algunas recomendaciones.

*Material y métodos:* Revisión narrativa diseñada con la finalidad de recolectar la información de las medidas que se adoptaron en los distintos países de Latinoamérica sobre la salud mental durante la pandemia de la COVID-19. Adicionalmente se envió un cuestionario en línea a todos los presidentes de las diferentes sociedades de psiquiatría miembros de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL).

*Resultados:* Contestaron un total de 12 países. Se encontró que, la respuesta sanitaria a la pandemia, fue heterogénea, aunque con elementos comunes como un incremento de camas hospitalarias para atender pacientes con COVID-19, confinamiento estricto, distanciamiento social y medidas de apoyo económico a poblaciones vulnerables. Sin embargo, en lo referente a la Salud Mental, más allá del discurso y el desarrollo de guías y otros documentos no tuvo el énfasis y la prioridad política que requiere. Si es de destacar el uso de los medios virtuales para brindar apoyo emocional y primeros auxilios psicosociales, como también, su aplicación en las áreas asistencial, de capacitación, docencia e investigación, que viene dando lugar a una transformación de la práctica psiquiátrica.

*Conclusión:* Se requiere una respuesta integral de atención en salud y salud mental, que exprese su prioridad política, buscando un equilibrio adecuado entre el control de la pandemia y la disminución de los efectos socioeconómicos negativos, y que garantice el acceso universal a cuidados de salud mental, generando estrategias de prevención y promoción de la salud mental.

**Palabras clave:** Salud mental; COVID-19; pandemia; Latinoamérica.

**Abstract** *Introduction:* Today, almost two years after the start of the COVID-19 pandemic, various scientific and institutional efforts have been made to face the consequences on mental health in Latin America, however, these isolated efforts from each country and the research carried out have not generated an advance or a homogeneous tactic. The objective of this work is to summarize the actions carried out by mental health in Latin American countries and to reach some recommendations.

*Material and methods:* Narrative review designed to collect information on the measures that were adopted in different Latin American countries on mental health during the COVID-19 pandemic. Additionally, an online questionnaire was sent to all the presidents of the different psychiatric societies that are members of the "Asociación Psiquiátrica de América Latina" (APAL).

*Results:* A total of 12 countries responded. It was found that the health response to the pandemic was heterogeneous, although with common elements such as an increase in hospital beds to care for patients with COVID-19, strict confinement, social distancing, and economic support measures for vulnerable populations. However, regarding mental health, beyond the discourse and development of guides and other documents, it did not have the emphasis and political priority it required. The use of virtual media to provide emotional support and psychosocial first aid is noteworthy, as well as its application in the areas of care, training, teaching, and research, which has led to a transformation of psychiatric practice.

*Conclusions:* A comprehensive health and mental health care response is required, which expresses its political priority, seeking an adequate balance between the control of the pandemic and the reduction of negative socioeconomic effects, and which guarantees universal access to health care. mental health, generating strategies for the prevention and promotion of mental health.

**Keywords:** Mental health; COVID-19; pandemic; Latin America.



## 1. Introducción

La pandemia de COVID-19 se inició a fines de diciembre del 2019 en la ciudad de Wuhan, China. En enero del 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la magnitud de contagios como emergencia de salud pública de importancia internacional; y en marzo del 2020 la emergencia es declarada pandemia.

Esta pandemia, al momento de escribir este artículo, ha provocado en el mundo más de 229 millones contagios y 4'713,543 muertes (1); y en América Latina y el Caribe, 44'755,000 contagios y 1'480,000 muertes (2). Es claro que la pandemia ha generado efectos globales, no solo sanitarios, sino también económicos, políticos, que comprometen todos los aspectos de la vida de nuestras naciones. Los impactos en los aspectos individual y familiar son, por lo tanto, enormes; se ha tenido que modificar sustantivamente los hábitos, costumbres y conductas. Así, se ha debido aprender a tolerar el confinamiento y el distanciamiento físico; a restringir las interacciones sociales y expresiones de afecto; a sobrellevar la falta de contacto físico con los seres queridos y amigos; además, se ha tenido que trabajar desde el hogar, enfrentar el desempleo temporal, asumir la educación de los niños en el hogar, cambiar nuestras formas de entretenimiento, reducir los niveles de actividad física; en suma, se han modificado vastamente los estilos y la calidad de vida.

Esta pandemia ha afectado a todos los grupos de edad a lo largo del ciclo evolutivo de diferentes maneras y acentos. En especial hay que resaltar el impacto de la pandemia en ciertos grupos de la población, como aquellos que han estado en la primera línea de atención (personal sanitario, policías, etc.) (3) o aquellos particularmente vulnerables (adultos mayores, pacientes con comorbilidades, personas con trastornos mentales, etc.) (4).

El miedo, la preocupación y el estrés son respuestas normales en momentos en los que nos enfrentamos a la incertidumbre o a lo desconocido, por lo que es esperable y comprensible que la gente experimente estos sentimientos en el contexto de la pandemia COVID-19; pero también estos miedos y comportamientos emergen de la falta de conocimiento, los rumores y la información falsa. A estos factores hay que agregar el impacto de los ostensibles cambios en nuestra vida cotidiana provocados por los esfuerzos para contener y frenar la propagación del virus; y también una serie

de situaciones asociadas al estigma y discriminación social contra las personas infectadas, sus familiares y los trabajadores de la salud (5).

El análisis del impacto de la pandemia en la salud mental debe complementarse tomando en cuenta los determinantes sociales como el contexto económico, las desigualdades sociales, la pobreza, la exclusión, la cultura y la geografía. Ahora, después de más de un año de iniciada la pandemia, y sin una perspectiva clara de su fin, una mirada desde la salud pública señala la necesidad urgente de tener en cuenta el costo de la pandemia sobre la salud mental y el bienestar de las personas. Es difícil conocer la real magnitud de los problemas de salud mental derivados de la pandemia. Sin embargo, se pueden considerar algunos estudios de epidemias pasadas y cada vez surgen más investigaciones con respecto a la actual pandemia, que proporcionan una idea de sus repercusiones en la salud mental de la población.

Examinemos primero algunos estudios en población general. En una encuesta realizada a 56 679 participantes en las 34 regiones a nivel de provincia en China, el 27.9 % de los participantes tenían síntomas de depresión, el 31.6 % tenían síntomas de ansiedad, el 29.2 % tenían síntomas de insomnio y el 24.4 % tenían síntomas de estrés agudo durante el brote (6). Un estudio transversal en adultos (n = 1060) en enero y febrero de 2020, en China, utilizando una medida de autoinforme, encontró que la angustia psicológica clínicamente significativa estaba presente en el 12 %. La angustia fue mayor en aquellos que tenían 50 años o más, se divorciaron o enviudaron y en trabajadores de la salud (7). Los adultos mayores, los pacientes inmunocomprometidos y con enfermedades crónicas también pueden experimentar un aumento de la ansiedad, la depresión y la preocupación (8).

En el Perú, el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM), ha realizado un estudio epidemiológico para conocer el impacto de la pandemia en la salud mental de la población adulta que vive en Lima Metropolitana. La investigación fue llevada a cabo en 1823 personas, contactadas a través de llamadas telefónicas. Resultados preliminares han revelado, comparados con una encuesta del 2012, que la prevalencia de vida de trastornos mentales en la población adulta de Lima subió de 26.1 % a 32.8 % y la prevalencia actual de 7.9 % a 12.5 %. En el caso de la depresión, esta se ha duplicado de 2.8 % a 7.5 %; la ansiedad se ha triplicado

de 1.9 % al 6.7 %; los problemas para dormir subieron de 32 % al 54.6 %; y la prevalencia anual de abuso sistemático a la mujer de parte de su pareja subió de 5 % a 8 %. Los indicadores suicidas (“sería mejor estar muerto o deseaba estar muerto”) aumentaron de 1.3 % a 8.6 %; y la ideación suicida creció de 0.6 % a 1.6 %. También, se halló que el 52.2 % de la población sufre de estrés de moderado a grave. Por otro lado, comparando la población que tuvo COVID-19 frente a la que no tuvo, se encontró en las primeras cifras más altas en problemas de sueño (65 % vs. 50.5 %); prevalencia de trastornos psiquiátricos (42 % vs. 28.5 %); indicadores suicidas (18.4 % vs. 7.8 %) y, también, mayores índices de ansiedad y depresión (9). Un nuevo estudio, realizado en Perú por el Ministerio de Salud y UNICEF, entre octubre y noviembre de 2020, a través de una encuesta virtual, a 12 593 padres, madres o cuidadores de Lima y regiones, que tenían a su cargo al menos a una niña, niño o adolescente, encontró que 3 de cada 10 menores evaluados presentaron algún problema vinculado a la salud mental, en el contexto de la pandemia de COVID-19. Los indicadores son aún más preocupantes cuando sus cuidadores presentan depresión: en este caso, la cifra se eleva a 7 de cada 10 niños y adolescentes. Entre las niñas y niños, de 1 a 18 meses, el 26.6 % presentaron, por lo menos, un tipo de problema conductual o emocional, como llanto excesivo, dificultad para calmarse o irritabilidad, inconvenientes para conciliar el sueño o para mantener horarios, y resistencia a los cambios. Entre las niñas y niños, de 18 meses a 5 años, el 36.5 % presentaron al menos un problema de salud mental de tipo emocional, conductual o atencional. De igual manera, el 33.2 % de niñas, niños y adolescentes de entre 6 y 17 años se encontraron en un riesgo similar (10). En un estudio en Argentina, en una encuesta en línea a 1100 adultos, se encontró que el 29.64 % estaban deprimidos, el 48.55 % y el 4.91 % tenían ansiedad de estado y ansiedad de rasgos altos, respectivamente; y el 42.27 % tenían niveles preocupantes de riesgo suicida (19.36 % de alto riesgo, 22.91 % de riesgo moderado) (11). También en Argentina, otro estudio a través de una encuesta en línea a 1985 adultos, encontró en un 52.8 % ansiedad; y de estos, el 11.7 % y el 3.3 %, respectivamente, mostraron ansiedad moderada y grave; y el 46.5 %, síntomas de depresión; con 18.6 % y 5.8 %, respectivamente, de depresión moderada y grave (12). Otro estudio en línea en Argentina, en una pobla-

ción de 10 053 adultos, que utilizó el PHQ-9, encontró 33.7 % de posible diagnóstico de trastorno depresivo y un 23.2 % de trastorno de ansiedad (13). En Brasil, utilizando un cuestionario en línea, en una población de 45 161 adultos encontraron que el 40.4 % se sentía frecuentemente triste o deprimido; el 52.6 % se sentía ansioso o nervioso con frecuencia; el 43.5 % informó la aparición de problemas de sueño y el 48 % tenía un problema de sueño previo que había empeorado (14). Asimismo, en Brasil, otro estudio en línea, sobre 1996 adultos, halló que el 81.9 % experimentó síntomas de ansiedad; 68 %, síntomas de depresión; 64.5 %, ira; 62.6 %, síntomas somáticos; y 55.3 %, problemas de sueño (15). En Ecuador, en una encuesta en línea a 759 pacientes bajo vigilancia epidemiológica por COVID-19, el 20.3 % presentó síntomas de depresión de moderados a graves y el 22.5 %, síntomas de ansiedad de moderados a graves (16). En México, en una encuesta en línea a 1105 adultos el 50.3 % reportó distrés psicológico moderado o grave; 15.7 %, síntomas depresivos de moderados a graves; y 22.6 %, síntomas de ansiedad de moderados a graves (17). En otro estudio, también en línea a 1508 adultos, en México, se encontró que el 20.8 % presentó síntomas de ansiedad grave y el 27.5 % mostró síntomas de depresión grave; el sexo femenino, estar soltero, no tener hijos, la comorbilidad médica y los antecedentes de atención de salud mental se relacionaron con niveles más altos de ansiedad y depresión (18). Un estudio sobre distrés psicológico y síntomas de estrés postraumático, en una muestra de 3932 adultos mexicanos evaluados en línea, encontró en 22 % pensamientos intrusivos; en 22.3 %, evitación; y en 12.2 %, hiperactivación; además, los síntomas de estrés postraumático clínicamente significativo fueron evidentes en 27.7 % de los participantes (19). En Paraguay, en un estudio online en una muestra de 2206 adultos, se encontró que el 41.97 % experimentó síntomas de ansiedad; el 12.4 % reportó un diagnóstico preexistente de trastorno mental; y el 7.93 % reportó un aumento en los síntomas preexistentes con el inicio de la cuarentena (20). La encuesta en línea “Un Año del COVID-19” de IPSOS para el Foro Económico Mundial, a 21 011 adultos de treinta países del mundo, realizada entre el 19 de febrero y el 5 de marzo de 2021 con el fin de evaluar el estado de la salud mental en cada uno de estos países, entre ellos 6 países de la región, formuló la pregunta: “¿Cómo ha cambiado su salud emocional y mental desde el comienzo de la pan-

demia hace aproximadamente un año?”. Las respuestas señalan que ha empeorado 56 % en Chile; 53 % en Brasil; 50 % en Perú; 46 % en Argentina; 43 % en México; y 40 % en Colombia (21). Los datos de reportes de sentimientos de ansiedad y depresión, que provienen de la *Global COVID-19 Trends and Impact Survey*, un estudio impulsado por la Universidad de Maryland, en colaboración con la plataforma de Facebook, cuando son contrapuestos al reporte pandémico con la prevalencia de los diagnósticos clínicos en cada país antes de la pandemia, hacen resaltar que, a mayor prevalencia de ansiedad o depresión en 2017, más alto es el porcentaje de personas que reportan sentimientos de ansiedad o depresión en 2020 y 2021 respectivamente (22). Veamos ahora algunos estudios en trabajadores de salud. Un estudio (2004), efectuado durante la epidemia de SARS, en un hospital en Toronto Canadá, informó angustia por encima del umbral en casi un tercio de los trabajadores de la salud (23). Otro estudio prospectivo en doce hospitales de Shanghai, con una muestra de 726 médicos residentes, con mediciones pre y post COVID-19, encontró que los puntajes diarios del estado de ánimo disminuyeron estadísticamente de manera significativa entre ambas mediciones. Paralelamente, las puntuaciones de los síntomas de depresión y ansiedad aumentaron significativamente durante este período, como también los de miedo a la violencia y observación de violencia por parte de los pacientes o sus familias (24). Una revisión de 59 estudios de brotes virales como la epidemia de SARS y la pandemia de COVID-19 identificó múltiples factores de riesgo y factores de protección para problemas psiquiátricos en trabajadores de la salud. El factor de riesgo más constante fue el aumento del contacto con los pacientes afectados. Otros predictores consistentes fueron antecedentes de síntomas, trastornos psiquiátricos o enfermedades médicas generales, pasar un tiempo prolongado en cuarentena, percibir la falta de apoyo organizacional y percibir el estigma social dirigido contra los trabajadores de la salud. En lo que corresponde a factores protectores, el más significativo fue el acceso a equipos de protección personal, pero también tener pares de apoyo, acceso a intervenciones psiquiátricas y confianza en las medidas de control de infecciones de la institución, así como recibir una comunicación clara de los supervisores y un tiempo libre en sus horas de trabajo (25). En Latinoamérica tenemos algunos estudios al

respecto; así, en Argentina, en un estudio en el que se encuestó en línea a 1059 trabajadores de la salud, la mayoría informó síntomas de depresión (81 %), ansiedad (76.5 %), mala calidad del sueño (84.7 %) e insomnio (73.7 %) y el 58.9 % sufría pesadillas (26). Otro estudio evaluó a través de una serie de instrumentos a 125 profesionales de la salud que estaban laborando en hospitales y servicios de atención primaria a lo largo de Chile, y encontró en 65 % síntomas de depresión; en 74 %, ansiedad; en 65 %, insomnio; y en 57 %, distrés (27). Por otra parte, en un estudio en 531 médicos generales colombianos se identificaron síntomas de trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en 4 de cada 10 de ellos (28). En México, se realizó un estudio transversal en línea con una muestra no probabilística de 5938 trabajadores de la salud, cuyo objetivo fue evaluar los problemas de salud mental, comparando los de primera línea con otros trabajadores de la salud y determinando los principales factores de riesgo, y se encontró que el insomnio (52.1 %), depresión (37.7 %) y trastorno de estrés postraumático (37.5 %) fueron más frecuentes en los trabajadores de primera línea; a su vez, la falta de tiempo de descanso fue el principal factor de riesgo de insomnio; el duelo, para depresión; y el estado personal de COVID-19, para TEPT (29).

En el grupo de poblaciones especiales tenemos investigaciones en gestantes y en niños y adolescentes. Así, en un estudio en Argentina a 204 mujeres, 102 gestantes y 102 no gestantes, usando una encuesta online durante un período de cuarentena de 50 días, todas las mujeres mostraron un aumento gradual de los indicadores psicopatológicos y una disminución del afecto positivo, pero las mujeres embarazadas mostraron un aumento más pronunciado de la depresión, la ansiedad y el afecto negativo que las mujeres no embarazadas (30). En otro estudio, en Colombia, a 946 gestantes evaluadas a través de una encuesta web, se halló que el 50.4 % de toda la cohorte informó síntomas de ansiedad; el 49.1 %, insomnio; y el 25 %, síntomas depresivos (31). Un reciente sondeo realizado por UNICEF sobre el impacto del COVID-19 en la salud mental de 8444 adolescentes y jóvenes de Latinoamérica y el Caribe de 13 a 29 años en nueve países de la región encontró que el 27 % reportó sentir ansiedad y 15 % depresión en los últimos siete días; el 46 % reporta tener menos motivación para realizar actividades que normalmente disfrutaba; y el 36

% se siente menos motivada para realizar actividades habituales; el 43 % de las mujeres se siente pesimista frente al futuro frente a 31 % de los hombres; el 73 % ha sentido la necesidad de pedir ayuda en relación con su bienestar físico y mental y, pese a lo anterior, el 40 % no pidió ayuda (32).

Finalmente, los estudios en pacientes con enfermedades mentales graves indican que estos son especialmente propensos a sufrir durante la pandemia, ya que corren el riesgo no solo de contraer COVID-19 y peores resultados de salud una vez infectados en función de sus circunstancias sociales, sino también sus dificultades cognitivas y su estatus social hacen que tengan menor capacidad de seguir las prescripciones de salud pública (33). Así, una encuesta en línea de autoinforme de pacientes ambulatorios con trastornos psiquiátricos preexistentes ( $n > 1400$ ), que se realizó en China de febrero a marzo de 2020, encontró que el deterioro de la salud mental relacionado con la pandemia era del 21 %. Los problemas al respecto incluyeron ansiedad, depresión e insomnio, que se atribuyeron al miedo a la infección, las restricciones en el transporte y el aislamiento en el hogar (33). Por otra parte, el Comité Permanente de Ética y Revisión de la *World Psychiatric Association* (WPA) y reportes diversos vienen mostrando evidencia de que las personas con trastornos mentales graves pueden tener un mayor riesgo de contagio y mortalidad por COVID-19, debido a sus desventajas sociales, problemas para comprender la información o practicar medidas preventivas, dificultades para comunicar los síntomas de la enfermedad, el padecimiento de más comorbilidades que la población general y las barreras existentes de acceso a la atención sanitaria. Un reciente reporte encuentra que las personas que padecen esquizofrenia tienen un riesgo tres veces mayor de muerte por COVID-19 (34). Otro estudio, en Brasil, a través de una encuesta *online* a 12 156 adultos, de los cuales 4018 tenían trastornos mentales pre-existentes, encontró que en este grupo el 96.2 % informó de nuevos síntomas (35).

Como apreciamos a través de estos datos, hay suficientes evidencias de que la pandemia ha producido un agravamiento de los problemas de la salud mental en América Latina, y que es necesario prepararse para enfrentar sus consecuencias no solo de hoy, sino las de mediano y largo plazo; y en la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) entendemos que ello es

parte de nuestra responsabilidad; y por lo tanto motiva nuestro interés en investigar al respecto y proponer alternativas de solución adecuadas a nuestra realidad.

## 2. Materiales y métodos

El presente estudio es una revisión narrativa diseñada con la finalidad de recolectar la información de las medidas que se adoptaron en los distintos países de Latinoamérica sobre la salud mental durante la pandemia de la COVID-19. Adicionalmente se envió un cuestionario en línea a todos los presidentes de las diferentes sociedades de psiquiatría miembros de APAL (véase Anexo). Contestaron un total de doce países.

### 2.1. Método de búsqueda

La búsqueda se realizó en las páginas oficiales de los diferentes estados de Latinoamérica, así como en las guías oficiales dadas por los ministerios de salud hasta el 31 de abril del 2021. Adicionalmente se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos científicos en bases de datos indexadas (PubMed, Scopus y Scielo) hasta el 31 de agosto del 2021 usando una serie de palabras claves: (“Mental health” OR “Mental disorder” OR “Mental illness” OR “Psychopathology” OR “Quality of life” OR “Wellbeing”) AND (argentin\* OR bolivia\* OR chile\* OR colombia\* OR ecuador\* OR “el salvador” OR salvador\* OR guatemala\* OR mexic\* OR paraguay\* OR peru\* OR dominican\* OR uruguay\*) AND (covid\* OR “sars-cov-2” OR “coronavirus”).

## 3. Resultados

### 3.1. Datos sanitarios generales

Los datos presentados en este acápite provienen en gran parte de las respuestas a la encuesta contestada por doce de las sociedades miembros de la APAL, pero en el caso de información sobre contagios, muertes y vacunación hemos usado información de fuentes internacionales confiables disponibles en la web.

- a. **Fecha de detección del primer caso de COVID-19.** En los países incluidos en la muestra la detección del primer caso se dio casi simultáneamente, en un espacio de dos semanas, entre el 29 de febrero y el 13 de marzo del 2020; primero en Ecuador y los últimos en Guatemala y Uruguay.
- b. **Uso de pruebas para detección de COVID-19.** En la mayoría de los países de América Latina, se usaron pruebas moleculares como medio de detec-

ción. Solo en el Perú las pruebas rápidas fueron el principal medio de detección; aunque también se usaron en Colombia y Ecuador. En general, el uso de las pruebas fue insuficiente para la magnitud de la pandemia.

**c. Número de contagios y muertes.** Dado que estos datos están disponibles y actualizados en fuentes internacionales confiables, hemos recurrido a esas fuentes en esta parte del trabajo (Tabla 1).

**Tabla 1.** Número de contagios absolutos y por millón de habitantes, número de muertes absoluto y por 100 mil habitantes (datos hasta el 6 agosto 2021)

País	Número contagios	Contagios x millón/hab.	Número de muertes	Muertes x 100.000/hab.
Argentina	5.215 M	29	112 K	254
Bolivia	493 K	49	18 K	163
Chile	1.642 M	84	37 K	198
Colombia	4.923 M	38	125 K	253
Ecuador	504 K	16	32 K	189
El Salvador	96 K	44	3 K	47
Guatemala	575 K	ND	12 K	80
México	3.465M	60	265 K	210
Paraguay	459 K	7	16 K	230
Perú	2.157 M	34	198 K	621
República Dominicana	352 K	96	4 K	38
Uruguay	386 K	58	6 K	175

ND: No data

**Fuente:** <https://elpais.com/sociedad/2021-02-03/el-mapa-del-coronavirus-en-america-latina-asi-avanzan-los-contagios-y-las-muertes-dia-a-dia.html>

En casi todos los países, de acuerdo a fuentes independientes, hay un subregistro de contagios y de muertes, sobre todo tomando en cuenta el concepto de exceso de muertes comparado con la etapa pre-pandemia; pero claramente, las cifras indican que América Latina es la región más golpeada por el COVID-19 en el mundo.

**d. Número total de médicos positivos y fallecidos por la COVID-19.** De acuerdo con los datos facilitados, México, Argentina y Bolivia presentan la mayor cantidad de médicos contagiados. Respecto a muertes, México, Perú y Argentina reportan mayor cantidad de médicos fallecidos (Tabla 2).

**Tabla 2.** Médicos contagiados y médicos fallecidos (31 de abril del 2021)

País	Médicos contagiados	Médicos fallecidos
Argentina	78912	470
Bolivia	40250	140
Chile	ND	28
Colombia	9800	98
Ecuador	ND	407
El Salvador	ND	ND
Guatemala	ND	112
México	195558	1879
Paraguay	ND	51
Perú	15589	466
República Dominicana	984	29
Uruguay	6667	15

ND: No data

**e. Número total de psiquiatras fallecidos por la COVID-19.** Hasta el 30 de abril 2021 se han reportado 17 psiquiatras fallecidos en los doce países. Es el Perú con 6 fallecimientos el que tiene mayor número de muertos.

**f. Número de población vacunada.** En la Tabla 3 podemos encontrar los resultados de la población vacunada con datos actualizados al 25 de octubre del 2021. En general, se aprecia un avance desigual, con Chile, Uruguay y Argentina con los mayores porcentajes de población vacunada; y Guatemala, Bolivia y Paraguay con la menor población vacunada (ver Tabla 3)

**g. Porcentaje aproximado del personal de salud vacunado hasta el 30 de abril del 2021.** En los países en los cuales hay datos, la mayoría del personal sanitario ha sido vacunado.

### Comentarios alcanzados sobre los datos reportados

Existe discrepancia entre los datos oficiales y los de otras fuentes independientes. Sobre todo, en las pruebas de descarte, las cifras son poco fiables, debido a que estas se pueden realizar sin indicación médica. Las cifras de contagio aumentaron progresivamente durante el primer semestre del 2020, para luego declinar; volvieron a subir nuevamente en el último trimestre del año, para prolongarse todo el primer se-

mestre del 2021. La excepción fueron Paraguay y Uruguay, que pasaron bastante bien la primera ola, pero luego la pandemia los golpeó más en la segunda ola. La disponibilidad de vacunas ha sido variable según cada país, por lo que el avance también es desigual, como comentamos líneas arriba.

**Tabla 3.** Población vacunada. Datos actualizados hasta el 25 octubre 2021

País	Totalmente vacunados (%)	Parcialmente vacunados (%)	Total vacunados (%)
Argentina	56	17	72
Bolivia	29	7.5	37
Chile	76	8.7	85
Colombia	40	17	57
Ecuador	56	9.6	66
El Salvador	57	8.5	66
Guatemala	17	11	28
México	41	13	54
Paraguay	30	11	41
Perú	44	11	55
República Dominicana	48	15	60
Uruguay	75	4.1	79

**Fuente:** <https://github.com/owid/covid-19-data/tree/master/public/data/vaccinations>

## 3.2. Respuesta a la pandemia

### 3.2.1. Medidas hospitalarias

#### a. Camas hospitalarias y camas en UCI para pacientes con COVID-19

Como se puede observar en la *Tabla 4*, todos los países tuvieron que incrementar significativamente sus camas hospitalarias y sus camas en las unidades de cuidados intensivos (UCI) conforme avanzaba la pandemia; lo que demuestra que el confinamiento y otras medidas fueron necesarios con el objeto de preparar mejor el sistema sanitario para enfrentar la pandemia.

#### Comentarios sobre los datos reportados

La mayor parte de los datos presentados proceden de fuentes oficiales; sin embargo, no hay información disponible en algunos casos, como camas hospitalarias para COVID-19 en Argentina, Paraguay, Uruguay y Guatemala.

Al inicio de la pandemia no había camas específicas para pacientes con COVID-19; por lo que tuvieron que ser implementadas progresivamente, al aumentar la demanda; incluso se instalaron carpas en las afueras de los hospitales, se adaptaron centros de convenciones, y otras instalaciones según la necesidad. La mayor dificultad estuvo en las camas UCI, lo que se agravó por la falta de respiradores mecánicos y de profesionales intensivistas. La demanda de camas hospitalarias y las camas en UCI superaron largamente a la oferta, por lo que han estado la mayor parte del tiempo con una ocupación total.

Al inicio de la pandemia, en la ocupación de camas predominaba la población adulta mayor y la población de riesgo. Pero con el inicio de la vacunación que priorizó estas poblaciones, ha derivado en un cambio de la población etaria de la UCI ocupada ahora por pacientes de edades menores que permanecen mayor tiempo en estas unidades.

**Tabla 4.** Camas hospitalarias y en UCI para pacientes con COVID-19 (31 abril 2021)

País	Camas antes	Camas después	UCI antes	UCI después
Argentina	227395	ND	8521	12068
Bolivia	430	500	108	403
Chile	1300	3345	1000	2858
Colombia	ND	ND	5346	12002
Ecuador	30201	29804	1653	1823
El Salvador	100	1000	20	100
Guatemala	ND	1848	200	1161
México	11634	30166	356	1553
Paraguay	ND	ND	380	647
Perú	ND	12147	247	2687
República Dominicana	3566	2358	569	495
Uruguay	ND	ND	775	434

ND: No data

### 3.2.2. Medidas estatales

**a. Principales medidas.** Para controlar la pandemia, las principales medidas tomadas por los Gobiernos de nuestra región fueron las siguientes (*Tabla 5*):

**Tabla 5.** Respuesta a la pandemia. Medidas estatales y fechas de inicio

País	Estado Emergencia		Confinamiento social obligatorio		Toque de queda		Apoyo económico
	Sí	Fecha	Sí	Fecha	Sí	Fecha	
Argentina	Sí	12/03/2020	Sí	19/03/2020	Sí	8/01/2021	Sí
Bolivia	Sí	17/03/2020	Sí	22/03/2020	No		Sí
Chile	Sí	11/03/2020	Sí	18/03/2020	Sí	22/03/2020	Sí
Colombia	Sí	12/03/2020	Sí	25/03/2020	Sí	28/10/2020	Sí
Ecuador	Sí	16/03/2020	Sí	2/04/2020	Sí	2/04/2020	Sí
El Salvador	Sí	14/03/2020	Sí	1/04/2020	No		Sí
Guatemala	Sí	22/03/2020	Sí	22/03/2020	Sí	22/03/2020	Sí
México	No		No		No		No
Paraguay	Sí	1/04/2020	Sí	20/03/2020	Sí	20/03/2020	Sí
Perú	Sí	16/03/2020	Sí	16/03/2020	Sí	16/05/2021	Sí
República Dominicana	Sí	19/03/2020	Sí	20/03/2020	Sí	20/03/2020	Sí
Uruguay	Sí	13/03/2020	No		No		Sí

Como puede verse, todos los países tomaron estas medidas principales, la excepción fue México y, en menor medida, Uruguay. Toque de queda tampoco hubo en Bolivia y el Salvador. También, cabe señalar que estas medidas, por lo general, se iniciaron en marzo de 2020.

#### **b. ¿Qué otras medidas de respuesta a la pandemia implementaron los países?**

Otras medidas de respuesta a la pandemia tomadas por los países latinoamericanos fueron las siguientes:

- **Mesas de trabajo** para desarrollar planes nacionales de respuesta a la COVID-19 integrando las acciones de todas las instituciones públicas y privadas.
- **Medidas de protección social**, como el refuerzo alimentario, mediante el apoyo al sistema de comedores populares o la entrega de tarjetas para compra de alimentos o la entrega directa de alimentos.
- **Medidas laborales:** normas sobre suspensiones de trabajo; reglamentación y facilidades para privilegiar y extender el trabajo remoto en el ámbito público y privado; licencia especial a los mayores de 60 años, gestantes y personas con problemas de salud preexistentes; extensión postnatal por estado de emergencia; pago de bonos para el personal de las fuerzas de seguridad y de defensa; autorización para el retiro de fondos previsionales.

- **Medidas de apoyo económico a la producción y a las empresas:** créditos de bajo interés y sin garantías para la liquidez de empresas y productores.
- **Campañas de prevención** de la COVID-19 en medios de comunicación e información actualizadas sobre cuidados epidemiológicos y medidas sanitarias.
- **Suspensión de las clases** escolares o universitarias de manera presencial; e implementación de planes de educación virtual.
- **Medidas de restricción de movilidad:** controles en aeropuertos, restricción de vuelos, cierre de fronteras terrestres a la circulación de personas, restricción de viajes regionales; pico y cédula; alternancia.
- **Medidas sanitarias:** aumento de camas hospitalarias y de UCI, y de otros instrumentos sanitarios como respiradores y oxígeno; cierre de consultas externas de los establecimientos de salud y atención predominante por telemedicina (teleinterconsultas, telemonitoreos, teleorientación, etc.); residencias sanitarias para personas contagiadas con COVID-19 que no pueden cumplir cuarentena en sus casas; aplicativos móviles para reconocer síntomas de COVID-19 y de posibles contactos; contratación de personal sanitario; sis-

tema de semaforización regional con cuarentenas focalizadas según reportes de incidencia; creación y autorización de guías de diagnóstico y protocolos de manejo de COVID-19 y sus complicaciones en los diferentes grupos de población; distribución de kits de medicamentos, como antibióticos, antiinflamatorios, vitaminas e incluso ivermectina a pesar de no existir evidencia científica que respalde su uso contra el virus.

### Breve evaluación de la eficacia o limitaciones de las medidas adoptadas

La estrategia inicial diseñada por los gobiernos era aparentemente correcta, un confinamiento temprano y estricto, y apoyo económico para los sectores de pobreza y pobreza extrema. Sin embargo, no se tomó en cuenta suficientemente el peso de los determinantes sociales, que a la larga relativizaron estas medidas.

- La población ocupada con un empleo informal en nuestra región es de alrededor del 50 % (OIT), por lo tanto, la gente tenía que salir a trabajar; pues vive de lo que trabaja día a día para comprar sus alimentos básicos.
- Otro hecho significativo es que, de acuerdo al PNUD, millones de hogares en América Latina, viven en condiciones de hacinamiento y sufren de falta de acceso al agua. Esta realidad hacía difícil exigir a esta población distanciamiento social y lavado frecuente de manos, dos medidas fundamentales para evitar el contagio.
- Otro aspecto de la realidad, no suficientemente evaluado, fue la dificultad de los hogares para poder preservar los alimentos que adquieren, pues muchas familias no poseen un refrigerador. Por ejemplo, solo el 21,9 % de hogares pobres de Perú tiene refrigeradora (ENAH0, 2019). Por lo tanto, muchas personas tenían que salir diariamente a renovar sus alimentos.
- A ello se agregó que la entrega de bonos económicos a la población vulnerable generó la formación de largas colas en los bancos, lo que se convirtió en otro foco de contagio. Esta situación se originó en el hecho de que gran parte de la población en América Latina no está bancarizada. Por ejemplo, en el Perú solo el 38,1 % de los adultos posee una cuenta bancaria, (SBS, junio 2019).
- Otro hecho a tomar en cuenta es la cultura de la informalidad que determina que amplios sectores

de la población no respeten las normas. Así, vimos que mucha población tenía una actitud omisa ante las normas, lo cual se tradujo en el relajamiento social de las medidas de protección.

A estos problemas estructurales que han limitado el control de la pandemia habría que añadir los siguientes factores:

- El enfoque sanitario de la estrategia fue principalmente hospitalario, habiéndose utilizado poco los centros y puestos de salud que conocen y están más cerca de la comunidad; ello hubiera permitido contactar a contagiados y su entorno para aislarlos y monitorearlos en la atención primaria de salud.
- Otro error fue el uso limitado de las pruebas moleculares.
- El tardío control de los aeropuertos y fronteras durante las primeras semanas.
- El fallido control de aglomeraciones en los mercados, centros comerciales y el transporte público.

A todo este panorama, ya de por sí difícil, hay que agregar los problemas de inestabilidad política y corrupción que se vive en mucho de nuestros países; que incluso han politizado medidas que debían haber sido eminentemente técnicas.

Estos problemas estructurales explican parte de las razones por las cuales las medidas tomadas por nuestros Gobiernos no han dado el resultado esperado. Probablemente, han reducido su magnitud, pero sobre todo dieron tiempo al sistema sanitario para prepararse mejor. Actualmente, se discute si las medidas de confinamiento estricto y toque de queda sí tuvieron los efectos esperados, ya que el impacto social y económico ha sido muy grande. La actividad económica se paralizó, lo que ocasionó una crisis económica sin precedentes, con la pérdida de empleo de un gran porcentaje de la población; a su vez, esta situación obligó a salir a las calles a buscar trabajo, con poca o ninguna protección, para obtener alguna forma de ganar dinero y cubrir las necesidades básicas.

Se suponía que la cuarentena permitiría ganar tiempo para implementar mejor el sistema de salud y planificar mejor como enfrentar la pandemia; sin embargo, las mejoras fueron relativas según cada país en particular. El virus ganó en la primera fase. No había disponibilidad recursos sanitarios suficientes. **El resultado: América Latina es la región más afectada por la pandemia.**



Las medidas adoptadas por cualquier gobierno nunca serán suficientes, ya que el manejo de la emergencia sanitaria requiere compromiso y responsabilidad de todos los habitantes, de la solidaridad y asunción del problema dentro de lo que nos compete.

### 3.3. Salud mental. Respuesta a la pandemia - Medidas estatales

#### 3.3.1 Documentos técnicos preparados por los Gobierno Centrales de la Región sobre el cuidado de la salud mental de los diversos grupos poblacionales

Durante la pandemia por COVID 19, en la mayoría de países miembros de la APAL, se produjeron documentos técnicos por parte de los gobiernos sobre el cuidado de la salud mental (Tabla 6).

La mayoría de los documentos realizados fueron dirigidos a la población general, pacientes infectados con COVID-19, familiares de pacientes infectados y fallecidos con COVID-19, personal sanitario y otras poblaciones vulnerables diferentes a pacientes con trastornos mentales. Solo cinco países desarrollaron documentos para familiares de personal sanitario, y cuatro países para pacientes con trastornos mentales.

#### 3.3.2. Breve análisis de las guías nacionales para el cuidado de la salud mental durante la pandemia

Los Gobiernos han desarrollado diversos documentos para el manejo de la pandemia dirigidos a diferentes grupos de población, a diferentes áreas y niveles de atención, con diferentes objetivos y contenidos.

En lo referente a la salud mental, existieron esfuerzos conducentes a combatir los problemas que la propia pandemia, el confinamiento y otras restricciones generaban en la población. Las medidas tomadas fueron heterogéneas, lo cual se refleja en los documentos de manejo desarrollados por los organismos de salud de los diferentes países.

Estos documentos fueron desarrollados por equipos de trabajo de los Gobiernos nacionales, en los que se incluyeron psiquiatras y otros profesionales de la salud mental. En algunos casos recibieron ayuda de organizaciones no gubernamentales (entre las que destacan la ONU y la OMS).

Para este estudio, se analizaron 32 documentos oficiales de los Ministerios de Salud de Argentina, Chile, Colombia, Ecuador, Guatemala, México, Perú, Paraguay y República Dominicana, proporcionados por las Socie-

Tabla 6. Documentos técnicos para el cuidado de la salud mental generados desde el Estado

País	Población general	Pacientes infectados con COVID-19	Familiares de pacientes con COVID-19	Familiares de pacientes fallecidos por COVID-19	Personal sanitario	Familiares de personal sanitario	Pacientes con trastornos mentales	Otras poblaciones vulnerables
Argentina	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Bolivia	No	No	No	No	No	No	No	No
Chile	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Colombia	Sí	No	Sí	No	Sí	No	No	No
Ecuador	Sí	Sí	No	No	No	No	No	No
El Salvador	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Guatemala	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí
México	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No
Paraguay	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Perú	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí
República Dominicana	Sí	No	No	No	Sí	Sí	No	No
Uruguay	No	No	No	No	No	No	No	No

dades Psiquiátricas de los mencionados países.

Los contenidos de los documentos fueron organizados según la población a la que se deseaba atender:

- Población general
- Pacientes infectados por COVID-19
- Familiares de pacientes infectados
- Familiares de pacientes fallecidos
- Personal sanitario expuesto
- Familiares del personal sanitario
- Pacientes con trastornos psiquiátricos
- Otras poblaciones vulnerables

Se analizaron, además, como categorías, el tipo de documento (guía, recomendación, procedimiento, etc.), a qué tipo de personas iba dirigida (tomadores de decisiones, personal administrativo, personal médico, pacientes, público en general, etc.), y los principales contenidos de los documentos.

### **Población general**

La protección de la salud mental de la población general ha sido uno de los temas de preocupación de los gobiernos. Por eso, todos los países analizados poseen guías de atención en salud mental a la población general.

Estos documentos recomiendan a los ministerios que articulen políticas de atención oportuna a la población, generalmente a través de teleasistencia, lo que ha llevado organizar líneas de atención directa a los usuarios atendidos por personal de salud mental, quienes realizan un análisis de cada caso y hacen la referencia si es necesario. Para este servicio se crearon protocolos específicos y se realizaron capacitaciones rápidas al personal de atención telefónica.

Estas guías también contienen recomendaciones a los centros de salud, para que brinden espacios de acompañamiento si es que podían mantenerse abiertos. En ellos se realizaba la contención emocional, se indicaban normas de autocuidado y se referían a las personas que necesitaban atención psiquiátrica.

Se redactaron guías dirigidas a la población general, con instrucciones para autoidentificar problemas de salud mental (principalmente depresión, ansiedad e insomnio) y orientaciones de psicoprofilaxis. Algunas de estas guías también iban dirigidas a poblaciones especiales (menores de edad, ancianos, personas privadas de la libertad, etc.) y sus cuidadores.

Este es el caso de Argentina, en la cual, de acuerdo al rol de rectoría, el Ministerio de Salud, desde la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, elaboró,

validó, publicó y difundió catorce protocolos sobre el componente salud mental en el contexto de la pandemia. Así, el documento “Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias y Desastres: Plan de Acción, Diciembre 2020” (36), plantea reducir el impacto en la salud mental de la población en el corto, mediano y largo plazo, considerando la salud mental y el apoyo psicosocial como un componente integral del sistema de salud y del plan de acción de salud mental y apoyo psicosocial en emergencias y desastres. También, se halla el documento “Recomendaciones de ayuda psicosocial para esta etapa de la pandemia” (37).

En el Perú, se produjo el documento “Plan de salud mental Perú, 2020 - 2021 (En el contexto COVID-19), julio 2020” (38), se plantea como objetivo reducir el impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de la población, fortaleciendo sus recursos individuales y comunitarios de afrontamiento, y atendiendo a las personas con problemas mentales en el contexto de la crisis económica y social derivada de ella.

En Colombia, el documento “Recomendaciones para el Cuidado de la Salud Mental y la Promoción de la Convivencia en la Flexibilización de la Medida de Aislamiento Preventivo durante la Pandemia por COVID-19” (39), agosto 2020, basa sus recomendaciones en los primeros auxilios psicológicos, adaptándolos a realidad de la pandemia COVID-19. En República Dominicana, se generan “Documentos Técnicos de Apoyo Psicosocial en Emergencias y Desastres/ 2 salud mental en situaciones de epidemias, 2020” (40). En el caso del Ecuador, la Asociación Ecuatoriana de Psiquiatría, produce el documento “Consideraciones de Salud Mental durante el Brote COVID – 19” (41), tomado de la guía Mental health and psychosocial consideration during COVID-19 outbreak (2020) de la OMS, dirigido a población general, personal sanitario y grupos vulnerables. En Paraguay, se emite el “Protocolo para Recomendaciones Psicosociales y de Salud Mental en el contexto del COVID-19” (37), dirigida a población general, personal sanitario, niños y adolescentes, adultos mayores y personas con adicciones; y el “Protocolo para Lineamientos de Asistencia Telefónica en Apoyo Psicosocial y Salud Mental durante el Brote de COVID-19” (42).

### **Pacientes infectados por COVID-19**

Los documentos muestran esfuerzos para atender el estado mental de los pacientes que contrajeron el virus, cuya convalecencia ocurría en un espacio ambu-

latorio u hospitalario. Los documentos más relevantes provinieron de Colombia, Argentina y Ecuador.

En Colombia, el documento “Lineamientos Técnicos para el Cuidado de la Salud Mental de Personas con COVID-19 y sus Familias (Allegados), abril 2020” (43) se plantea como objetivo ofrecer al personal sanitario estrategias para el cuidado de la salud mental de personas diagnosticadas o con presunción de infección por COVID-19, y sus familias o cuidadores, en los diferentes momentos de la atención en salud.

En Argentina, el documento “Prácticas de salud mental y apoyo psicosocial en emergencias y desastres – Enfoque en COVID-19” (44), del Ministerio de Salud, es un documento informativo dirigido directamente a los pacientes, familiares de paciente y población general, en el que se realiza una rápida explicación del COVID-19, sus efectos sobre la salud mental, pautas de autoayuda y de cuándo buscar asistencia. Se incluyen estadísticas e infografías.

El “Protocolo de operativización estratégica de salud mental en emergencias por COVID-19, abril 2021” (45) escrito por el Ministerio de Salud de Ecuador es un documento técnico dirigido a personal de atención a pacientes. Se enfoca en diagnosticar y direccionar a los pacientes con patología mental, a los diferentes centros de salud (triaje). Además, indica la necesidad de realizar un seguimiento de los casos, y fomenta estrategias de cuidado y autocuidado en los pacientes y personal sanitario. Anexa algoritmos diagnósticos y un test que ayudan a la toma de decisiones. Además, se escribió el “Consenso multidisciplinario informado en la evidencia, noviembre 2020”, que indica los posibles problemas de salud que presentan los pacientes COVID-19, en las diferentes especialidades médicas. Este documento incluye estrategias de manejo de la ansiedad y depresión. En la mayoría de los otros países, las directrices de manejo de pacientes con COVID-19 están contenidas en los protocolos dirigidos a la población general.

### **Familiares de pacientes infectados**

En la mayoría de los países, no hay guías específicas para la asistencia en salud mental de los familiares de pacientes infectados. La atención a esta población se incluye en los protocolos y lineamientos a la población general. Sin embargo, como referimos líneas arriba, en Colombia, el documento “Lineamientos Técnicos para el Cuidado de la Salud Mental de Per-

sonas con COVID-19 y sus Familias (Allegados), abril 2020” (43) plantea estrategias para el cuidado de la salud mental de familias o cuidadores, en los diferentes momentos de la atención a las personas que presentan COVID-19.

### **Familiares de pacientes fallecidos**

Los documentos revisados no ofrecían lineamientos o protocolos específicos para la asistencia a este grupo social; las recomendaciones acerca de este tema, por lo general, están incluidas en los protocolos para la atención general (por ejemplo, las líneas de teleasistencia desarrolladas en la pandemia). Sin embargo, en el caso de Argentina, se puede mencionar el Programa Estar, que brinda consejos e información específica y relevante para ayudar a sobrellevar los momentos difíciles del duelo en aislamiento.

### **Personal sanitario expuesto**

Las guías lanzadas por los gobiernos muestran la considerable preocupación respecto a los problemas de salud mental a los que se encuentra expuesto el personal sanitario. Los ministerios de Salud de Argentina, Colombia, Ecuador, Perú y República Dominicana desarrollaron guías de manejo dirigidas a las instituciones prestadoras de atención médica para que se reduzca el riesgo laboral, se brinde protección física (equipos de protección personal), insumos de higiene, y se ofrezca un espacio de asistencia psicológica al personal solicitante. Además, reitera la importancia de la educación para identificar síntomas de COVID-19 y de estrés laboral, al igual que indica medidas psicoprofilácticas básicas (entre las que destaca ejercicios de respiración, pausas activas, entre otras).

Los documentos más relevantes se describen a continuación:

- En Argentina, “Recomendaciones para Equipos de Salud Mental en el Cuidado de la Salud Mental de los Trabajadores, Profesionales y no Profesionales en Hospitales Generales, abril 2020” (46); y “Prácticas de Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias y Desastres. Enfoque en COVID-19” (44), con pautas para protección de los trabajadores de la salud.
- En Colombia, “¿Cómo cuidar la salud mental del talento humano que está atendiendo la emergencia generada por COVID-19?, abril 2020” (47) y “Lineamientos para abordar problemas y trastornos mentales en trabajadores de la salud en el marco

del afrontamiento del coronavirus COVID-19, marzo 2020” (48), se enfocan en la autoidentificación de los síntomas y ofrece links a guías más detalladas, según la necesidad de los usuarios; y orienta a empleadores y a las Administradoras de Riesgos Laborales para prevenir y mitigar problemas y trastornos mentales en los trabajadores de la salud que atienden pacientes con COVID-19.

- En el Perú, la “Guía técnica para el cuidado de la salud mental del personal de la salud en el contexto del COVID-19, abril 2020” (49) establece los procedimientos para el cuidado y autocuidado de la salud mental del personal de la salud que brinda atención a las personas con sospecha o con diagnóstico de infección por COVID-19.
- El Gobierno ecuatoriano, en su guía de “Protocolo de cuidado y autocuidado del interviniente operativo y administrativo en la pandemia por COVID-19, abril 2021” (50), incluye también la asistencia de salud mental al personal administrativo (no expuesto directamente).
- Los “Documentos técnicos de apoyo psicosocial en emergencias y desastres – Protección de la Salud Mental de los equipos de respuesta, 2020” (51) del Gobierno dominicano incluyen algoritmos de síntomas y de cuándo solicitar ayuda especializada, además de incluir un test de screening para la ansiedad y depresión.

### **Familiares del personal sanitario**

La información con respecto a la ayuda que podría necesitar la familia del personal sanitario no se encuentra en guías específicas; sino que están incluidas en los documentos dirigidos a población general y personal sanitario.

### **Pacientes con trastornos psiquiátricos**

Los documentos de Argentina, Ecuador y Paraguay contienen principalmente protocolos de atención por parte del personal sanitario, a los pacientes con patología psiquiátrica. Dichos protocolos restringen el contacto social del personal sanitario y los pacientes, regulan la actividad de atención (priorizando la atención telemática), limitando aforos y promoviendo las medidas de cuidado generales. Además, indica los lineamientos para la atención en consulta externa, hospitalizaciones y altas; protocolizando las medidas

de aislamiento referencia, contrarreferencia y cercos epidemiológicos de los casos positivos de COVID-19. Las guías argentinas y paraguayas hablan de la atención general de los pacientes psiquiátricos, mientras que la guía ecuatoriana protocoliza exclusivamente la atención de pacientes en los centros especializados para el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD) del Ministerio de Salud Pública.

### **Otras poblaciones vulnerables**

El gobierno ecuatoriano desarrolló guías específicas para la atención a personas adultas mayores, habitantes de la calle y atención a pueblos indígenas. Estas guías van dirigidas a las instituciones de los ministerios de salud, inclusión social y seguridad (Policía y Fuerzas Armadas), para identificar las necesidades específicas de estas poblaciones y ofrecer en sus espacios la atención clínica y de salud mental, mediante geolocalización, visitas domiciliarias, y asistencia con ayudas económicas y de alimentos; además, propone realizar un seguimiento epidemiológico de los pacientes sospechosos o positivos. En el caso de las poblaciones indígenas, la guía incluye el trabajo de los líderes de las comunidades para que, en el ámbito del respeto a los derechos humanos y a sus tradiciones, se pueda brindar atención médica y se manejen los cadáveres bajo medidas de bioseguridad. A pesar de que estas guías tratan principalmente de los problemas de salud clínicos, también abordan problemas de salud mental, pobreza y marginalidad de los pacientes.

En Argentina, también, tenemos las guías “COVID-19 Recomendaciones sobre la salud mental de niños, niñas y adolescentes en contexto de pandemia, abril 2020” (52) y “Situación COVID-2019 Personas Mayores” (53).

### **3.3.3 ¿A raíz de la pandemia hubo cambios en el presupuesto destinado a la salud mental?**

En cuanto al presupuesto destinado a salud mental, en la mayoría de los países no hubo cambios, solo un país reportó un aumento en el presupuesto (Chile). En Uruguay hubo un incremento significativo en el presupuesto dedicado a la salud mental antes del inicio de la pandemia; y, durante su desarrollo, el incremento del presupuesto se destinó a la prevención, y cuidado de los pacientes y el personal de salud.

### 3.4. Rol de las sociedades de psiquiatría miembros de APAL

Las asociaciones psiquiátricas en América Latina congregar a los médicos psiquiatras de los países con objetivos gremiales, científicos, académicos, y también buscan que las competencias de la profesión aporten a la salud mental de las poblaciones y a la mejoría de las personas que sufren patologías mentales. En ese contexto, las asociaciones psiquiátricas tuvieron iniciativas diversas para colaborar con el afrontamiento de esta situación (Tabla 7).

**Tabla 7.** Rol de la Sociedad de Psiquiatría miembro de APAL en cada país (31 de abril del 2021)

País	Se ha solicitado la participación de la sociedad de psiquiatría por parte del Estado	Se han emitido opiniones o pronunciamientos	Se han desarrollado programas u otras actividades
Argentina	Sí	Sí	Sí
Bolivia	No	Sí	Sí
Chile	Sí	Sí	Sí
Colombia	Sí	Sí	Sí
Ecuador	Sí	Sí	Sí
El Salvador	No	Sí	Sí
Guatemala	Sí	Sí	Sí
México	No	Sí	Sí
Paraguay	Sí	Sí	Sí
Perú	Sí	Sí	Sí
República Dominicana	Sí	Sí	Sí
Uruguay	Sí	Sí	Sí

La tabla destaca el papel de las sociedades psiquiátricas de países miembros de APAL; la mayoría de Estados solicitaron la participación de las sociedades respectivas, pero todas, incluso aquellas que no fueron convocadas, emitieron, por iniciativa propia, opiniones o pronunciamientos y desarrollaron programas o actividades durante la pandemia.

#### Acciones en favor de los profesionales de la salud trabajando en primera línea

La mayoría de las asociaciones puso en marcha sistemas para brindar consultas a profesionales de la salud que se encontraban trabajando en la primera línea:

“Botón rojo” (Argentina), “Salud en un click” (Perú), “Tratamientos online” (Bolivia), “Caja de herramientas para el cuidado de la salud mental en época de COVID-19 para el personal de salud” (Colombia), Programa de apoyo en salud mental para trabajadores de primera línea con una guía adjunta (Guatemala), Voluntariado de atención psiquiátrica (Ecuador), Red de servicios para el apoyo emocional por COVID-19 (México), “Socialización de las primeras guías de manejo y prevención del COVID-19 a los psiquiatras” (Ecuador), y el Comité de Emergencia del Sindicato Médico y el Grupo Asesor en Salud Mental del Ministerio de Salud Pública (Uruguay).

En México, la Asociación Psiquiátrica Mexicana, colaboró durante la pandemia con el programa “Nosotros también nos cuidamos”. Este surgió a partir de la convocatoria del Grupo Técnico de Trabajo para el fortalecimiento de la salud mental en situaciones de desastres o emergencias de la Secretaría de Salud del Gobierno de México. Tuvo como objetivo brindar apoyo emocional y primeros auxilios psicológicos al personal de salud en la primera línea de atención a pacientes COVID-19. El programa tuvo una fase de capacitación y dos fases de implementación.

#### Iniciativas en favor de la población general

En Guatemala, se elaboraron videos informativos para pacientes, familiares de pacientes, población general y personas de la tercera edad; y se realizaron programas de apoyo que incluían consultas gratuitas en línea y la entrega de medicamentos. En República Dominicana, se habilitaron números de asistencia telefónica. La Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) desarrolló una campaña de información, reflexiones y recomendaciones en las redes sociales, dirigidas a la comunidad en general; y también una iniciativa de contención telefónica, en la que reunió un número significativo de voluntarios y voluntarias para la atención telefónica de posibles desbordes emocionales durante el período de aislamiento sanitario obligatorio. La Asociación Salvadoreña de Psiquiatría presentó una serie de videos para orientar a la población en el cuidado de la salud mental. En México, se realizaron “Micro cápsulas”, videos para el público general; además se creó una “Red de Servicios para el Apoyo emocional por COVID-19”. En Ecuador, se crearon infografías sobre psicoprofilaxis (ansiedad, depresión e insomnio) dirigidas al público

general; mientras que en Bolivia se realizaron diversas actividades online de educación, capacitación y tratamiento. En Uruguay, se creó una línea telefónica del Ministerio de Salud Pública destinada a las personas afectadas por COVID-19.

### **Participación en normatividad de gobiernos nacionales**

En República Dominicana, se participó en la discusión sobre la Reforma a la Ley 12-06 de Salud Mental, a propósito del repunte de los trastornos psiquiátricos como consecuencia de la pandemia.

La Asociación Psiquiátrica Peruana participó en la elaboración del Plan de Salud Mental Perú 2020-2021 en el contexto COVID-19; y en reuniones en el Ministerio de Salud para incluir a pacientes con trastornos mentales de forma priorizada en el plan de vacunación.

En el Ecuador, se participó en la Mesa Consultora de Salud del Comité de Operaciones de Emergencia, desde donde se generaron recomendaciones y protocolos de atención.

En Uruguay, se colaboró con el Ministerio de Salud Pública, en el Departamento de Salud Mental y en actividades relacionadas al nuevo Plan de Salud Mental. En el caso de Chile, se participó en la mesa técnica “Saludablemente” convocada por el Gobierno, y que realizó un trabajo riguroso e intersectorial sobre diversas temáticas, entre ellas, el desarrollo de estrategias integrales para abordar la salud mental de la población. También, con el Grupo de Trabajo Perinatal, se elaboró la iniciativa de extensión del reposo postnatal; con el Grupo de Trabajo de Psiquiatría de Enlace, el fortalecimiento y capacitaciones en la atención de pacientes COVID-19 hospitalizados; y con el Grupo de Trabajo de Psiquiatría Social y Políticas Públicas, el ingreso de pacientes con trastornos de salud mental a residencias sanitarias. Además, participaron en el Grupo de Trabajo de Suicidio, Grupo de Trabajo de la Mujer, Grupo de Trabajo Psicogeriatría, y Grupo de Trabajo de Adicciones. Por otro lado, se logró que el Gobierno (MINSAL) en marzo 2021 incluya a pacientes con trastornos mentales graves en el grupo prioritario de vacunación.

Finalmente, cabe resaltar algunos documentos elaborados por las sociedades durante la pandemia:

- Reacciones esperadas durante la crisis por la Pandemia COVID-19 y recomendaciones para su manejo (El Salvador)

- Protocolo para mantener el tratamiento con psicofármacos que son dispensados a través de la receta médica para medicamentos controlados acorde a la Ley 50-88 sobre Sustancias Controladas (República Dominicana)
- Ruta crítica de admisión en las unidades de intervención en crisis de pacientes psiquiátricos durante la pandemia COVID-19 (República Dominicana)
- Protocolo para COVID-19 / Bioseguridad en atención médica ambulatoria (Paraguay)
- Prevención de suicidio y manejo de duelo en época de COVID-19 (Colombia)
- APSG Guía - Salud Mental para personal de Salud COVID-19 (Guatemala).

### **3.5. Cambios en la práctica psiquiátrica durante la pandemia**

En el contexto de pandemia se han producido variadas transformaciones en la práctica psiquiátrica en sus tres facetas: **asistencia, docencia y capacitación y extensión a la comunidad.**

En cuanto a la **faceta asistencial**, si se tiene en cuenta que habitualmente la mayor parte de la atención a pacientes se da de forma presencial, esta modalidad se vio afectada por las medidas de aislamiento promulgadas por los Gobiernos de todos los países. En todas las naciones se sostuvo la presencialidad sobre todo para casos de urgencia y emergencia. Los profesionales refieren haber tenido que realizar ajustes, entre los que se encuentran los siguientes: menor carga horaria, incorporación de medidas de bioseguridad, separación de un tiempo mayor entre los turnos de atención, cambios en la prescripción de medicación para evitar mayor necesidad de consultas frecuentes y la práctica de otras modalidades para aquellos pacientes cuya situación lo permite.

Las teleconsultas progresivamente se han difundido, ya que constituyen una modalidad de atención que permite ampliar la cobertura, sobre todo en áreas con conectividad o acceso a tecnología restringidos; y porque maximizan el aprovechamiento de los recursos humanos tanto en el área pública como privada. Por ello, en la mayoría de los países se establecieron líneas de primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis. La modalidad virtual fue requerida no solo para la consulta, sino para la prescripción de psicofármacos. En el caso de Argentina, el Ministerio de Salud habilitó la posibilidad de emitir recetas de modo remoto, a

través de medios electrónicos. Se trata de un mecanismo de carácter transitorio, que estará vigente mientras dure el período de emergencia sanitaria; se ha mostrado como una medida muy acertada, toda vez que viene a solucionar un serio problema ocasionado por la cuarentena. Si bien en Bolivia no se contaba con legislación al respecto, también se implementó la modalidad virtual y se convirtió en una herramienta positiva, principalmente en la atención a la población alejada del circuito urbano, a la población vulnerable y a la afectada por COVID-19.

En República Dominicana, el Ministerio de Salud dispuso de una plataforma, “Aurora”, en formato virtual que brindaba información valiosa para los fines de atención en salud y sobre todo con respecto a COVID-19.

En todos los países se observa un aumento significativo del uso del dispositivo de videollamadas tanto en servicios públicos como privados. En el Ecuador refieren que, aun con menos restricciones sociales, una gran cantidad de pacientes (con disposición de recursos) prefieren las atenciones por “telemedicina”, porque implican menor riesgo y costo reducido; y todavía se mantiene este servicio para grupos de riesgo como en los demás países.

En todos los países, la **docencia de pregrado** se tuvo que realizar en la modalidad virtual. Al igual que para la asistencia, este cambio significó un desafío para acomodarse a las exigencias y potencialidades del entorno. En algunas cátedras se utilizó el aula virtual, las diferentes herramientas digitales y los blogs intentando que se asemeje a la modalidad presencial. Los estudiantes pudieron plantear sus experiencias en el contexto de pandemia y se pudo trabajar con estudiantes de otros países que estaban en sus hogares. También se utilizaron las redes sociales como recurso complementario como, por ejemplo, poniendo en práctica la opción “grupo secreto” del Facebook®, videollamadas, seminarios, exposiciones y club de revistas en forma virtual.

En cuanto a la **capacitación** realizada por las sociedades de psiquiatría, los programas se dirigieron a la preparación y respuesta ante la emergencia. Además de los programas brindados por las propias sociedades, también hubo otras realizadas por las direcciones nacionales de salud mental y adicciones, las universidades, colegios médicos y expertos internacionales. Las temáticas desarrolladas fueron apoyo psicosocial como estrategia para la preparación, y respuesta ante

emergencias y desastres. También, se incluyeron programas para brindar herramientas a trabajadores del primer y segundo nivel de atención del sistema de salud, para el autocuidado y cuidado de la salud mental de los equipos de salud, y capacitación sobre consulta virtual. En el caso de la asociación mexicana, además, se ha brindado certificación de atención a la salud mental con medidas específicas en la pandemia.

La **formación de los médicos residentes de psiquiatría**, en la mayoría de los países, significó un desafío mayor. Si bien se sostuvo en las dos modalidades, presencial y virtual, adaptándose a las normas epidemiológicas y cuidados de bioseguridad, esto significó una restricción en la experiencia con pacientes y en la supervisión por parte de los tutores. La atención directa de pacientes, en general se trasladó a los servicios de emergencia y de hospitalización. La mayoría de los servicios hospitalarios se debieron abocar a la atención de pacientes con COVID-19, lo que ocasionó, en algunos casos, una alteración en la formación, con una mayor cantidad de carga horaria y guardias.

Desde el inicio de la pandemia, en cuanto a la **extensión a la comunidad**, la respuesta de las sociedades psiquiátricas miembros de la APAL ha implicado un arduo trabajo donde se vio plasmada la creatividad para solucionar problemas totalmente nuevos y su solidaridad hacia toda la población. En el primer caso, esa actitud se concretó a través de la participación en mesas de trabajo con entidades estatales y privadas, de las cuales han surgido documentos, recomendaciones, protocolos de atención y pronunciamientos, cuyos postulados fueron utilizados para reformas de la legislación y planes vigentes, y su adecuación al contexto actual. En el segundo caso, la solidaridad se concretó socializando guías de manejo y prevención de COVID-19 sobre psicoprofilaxis dirigidas al público en general, y participando en voluntariados de atención psiquiátrica.

Este es, por ejemplo, el caso de APSA que ha emitido pronunciamientos sobre asuntos claves: el derecho al trabajo protegido ante la falta de insumos de protección personal en numerosos distritos sanitarios del país; formas alternativas de atención a la presencial; la emisión electrónica de recetas; la discriminación a los profesionales por parte de los consorcios de edificios donde tienen sus consultorios o domicilios particulares; el tratamiento por parte de los medios de comunicación de las medidas de cuidado; y la vacuna-

ción. También se ha pronunciado sobre algunas obras sociales y algunas empresas de medicina prepago que no reconocían el trabajo a distancia en salud mental; y se ha adherido a la necesidad de declarar patrimonio de la humanidad a las vacunas contra el SARS-CoV-2 para liberar las patentes.

### 3.6. Marco jurídico sobre la salud mental y COVID-19

En esta sección analizaremos el marco jurídico de cada uno de los países que han participado representados por los autores de este documento; además se presta especial atención a las reflexiones que competen en materia de salud mental contenidas en ordenamientos estatales específicos, ya sea del orden regional o nacional, o específicos como sustancias, suicidio, entre otros.

Llama nuestra atención que, dentro de América Latina, no se hayan encontrado más que tres ordenamientos emitidos respecto a salud mental durante la contingencia sanitaria de COVID-19; uno de ellos, realizado por el Gobierno de Ecuador, se denomina Lineamientos Operativos para la Intervención de Salud Mental en la Emergencia Sanitaria; otro documento es el denominado Plan de Salud Mental Perú, 2020-2021 (en el contexto de la COVID-19), del Gobierno de Perú; y el documento de Lineamientos de respuesta y de acción en salud mental y adiciones para el apoyo psicosocial durante la pandemia por COVID-19, en México.

Aunque estos tres ordenamientos no pueden tomarse formalmente como leyes, si marcan, cada uno en su país, el conjunto de acciones articuladas de cada Gobierno ante las necesidades tanto del personal de primera línea de atención en la emergencia por COVID-19, como las necesidades de atención para la población en general. Es probable que en los otros países se encuentren documentos como los tres citados, sin embargo, la búsqueda de datos públicos no permitió localizarlos para su análisis en este documento.

Otro punto destacable es que los distintos países exhiben visiones heterogéneas en cuanto a la actuación previa a COVID-19, lo que pudo ser aún más evidente durante la pandemia, ya que al parecer durante este periodo de contingencia existieron proyectos de reformas en diversos países que incluso buscaron modificar la manera de ejercer la Psiquiatría en cada caso. Por ejemplo, en el caso de México se introdujeron reformas

a la Ley General de Salud para realizar por primera vez una clara distinción y operación de primer, segundo y tercer nivel de atención en salud mental; circunstancia que antes de la pandemia no se encontraba estipulado según esos niveles, lo que se traduciría en una saturación de atención del tercer nivel de atención.

Es decir, no solo durante la pandemia por COVID-19 se realizaron planes o directrices en cada país para atender la salud mental de médicos y población general ya fuera presencial o a distancia por telesalud mental; sino que, aunado a ello, se introdujeron reformas o se promulgaron leyes específicas en materia de salud mental en algunos casos, lo cual en medio de la pandemia puede haber o no favorecido la acción en materia de atención y prevención de problemas de salud mental en cada país.

En el Material suplementario 1 enumeramos las principales leyes de salud mental encontradas de forma pública y los planes o estrategias encontradas de igual manera sobre acciones dirigidas a la salud mental durante 2020 e inicio de 2021.

### 3.7. Investigaciones en salud mental durante la pandemia

Existe una cantidad creciente de publicaciones en revistas científicas sobre la temática de salud mental durante la pandemia provenientes de los doce países de América Latina que participaron en este estudio (véase Material suplementario 2). Los países que presentan más publicaciones son Argentina, Chile y México; mientras que los que exhiben menos son Bolivia, El Salvador, Guatemala, República Dominicana y Uruguay. Cerca del 20 % de las publicaciones son colaboraciones con otros países, ya sea de la región de las Américas o de otros continentes. Aproximadamente, el 80 % de las investigaciones son estudios de corte transversal mediante cuestionarios o encuestas en línea. Los tamaños muestrales de dichos estudios varían entre 57 y 57 446. Gran parte de las investigaciones estudian la población general adulta, pero hay también estudios dirigidos a muestras específicas, como padres, trabajadores de la salud, profesores, mujeres embarazadas, adolescentes y estudiantes universitarios entre otros. Hay cerca de un 10 % de estudios con un diseño longitudinal, ya sea durante la pandemia o con datos pre y durante pandemia. Se encontró solo un estudio de evaluación de eficacia de una intervención.



### 3.8. Conclusiones y recomendaciones del Grupo de Trabajo

La salud mental es un componente indesligable de la salud general y del desarrollo humano, por lo que, en el contexto de esta pandemia, las propuestas de políticas, planes, estrategias e intervenciones tienen que tomar en cuenta el contexto global, sanitario, económico, social y político. Desde esta perspectiva, alcanzamos las siguientes conclusiones y recomendaciones:

- La pandemia ha desnudado la **precariedad de la estructura social, económica y política de nuestros países**. Ha hecho dramáticamente evidente nuestras carencias, la terrible desigualdad e inequidad de nuestras sociedades, y cómo los Estados no se han construido al servicio de las mayorías. Por lo tanto, si creemos haber aprendido algo de esta experiencia, gobernantes y ciudadanos **necesitamos construir una sociedad más justa y solidaria, al servicio del bien común**. Por ello, es vital comprender el **efecto socioeconómico de las políticas utilizadas para gestionar la pandemia**, que inevitablemente han afectado la salud mental al aumentar el desempleo, la inseguridad económica y la pobreza. De este modo, es clave **buscar un equilibrio adecuado entre el control de la pandemia y la disminución de los efectos socioeconómicos negativos**.
- **Es en el sistema sanitario donde nuestros problemas estructurales como países se han visto más claramente reflejados**. Décadas de abandono, de desinversión, de desmotivación en la política de recursos humanos han afectado el sector y ahora estamos sufriendo las consecuencias; por lo tanto, **es necesario fortalecer el sector salud, pues no habrá derecho a la salud sin inversión y priorización de la salud pública**.
- **Dado lo global y complejo del problema generado por la pandemia, la estrategia de respuesta debe ser integral**; cada uno de los componentes de las medidas sanitarias, económicas y sociales son relevantes, pero poco eficaces si se aplican de modo parcial o aislado.
- Una de las dificultades que complica la respuesta es que estamos ante un problema que no conocemos o conocemos poco, por lo que en el diseño y ejecución de las medidas de lucha contra la pandemia **debe favorecerse la participación activa de la academia, la sociedad civil y la población**. Hay que escuchar a todos. Los servicios deben atender las prioridades de usuarios y cuidadores. La contribución de las asociaciones que congregan a los psiquiatras de cada uno de los países de la región ha sido muy valiosa, tanto en la atención a los pacientes y a los médicos; así como también en la generación de normativas e iniciativas a favor de la población vulnerable.
- La situación del personal médico y sanitario ha sido y sigue siendo particularmente difícil; implica mayor riesgo de contagiarse y de contagiar a familiares; con frecuencia, los equipos de protección son insuficientes e incómodos; este personal enfrenta situaciones de desbordamiento de la demanda asistencial y es obligado muchas veces a tomar decisiones complejas, en un breve tiempo, lo que le genera dilemas éticos y morales. Frente a esta situación, no ha habido de parte de los Estados una respuesta satisfactoria, más allá de documentos que no se ponen en práctica; por lo que es claro que **tiene que revalorarse el rol y papel del personal sanitario**.
- La salud mental históricamente ha estado excluida de las políticas sanitarias; solo en los últimos tiempos se va logrando una mayor visibilidad y sensibilidad social, lo que se ha traducido en la frase: **“No hay salud sin salud mental”, lo que exige que el Estado priorice la salud mental como política pública**.
- Ahora no hay duda de que el impacto de la pandemia en la salud mental de la población se prolongará al mediano y largo plazo, en lo que se ha denominado la “cuarta ola”; por lo que hay que prepararse para dar respuesta, y en esa perspectiva los **principales desafíos políticos y de gestión en Psiquiatría y salud mental** serían:
  - Garantizar el **acceso universal a cuidados de salud mental** a través del aseguramiento universal.
  - **Aumento significativo de los recursos financieros** necesarios para garantizar una mejora de la salud mental de la población, lo que exigirá a los gestores ser cuidadosos en su manejo y asegurar su sostenibilidad en el tiempo.
  - Reforzar los procesos de **reforma de la salud mental con una base comunitaria**.

■ Construir y reforzar una **red integrada de servicios de salud**: primer nivel de atención, centros de salud mental comunitarios, hospitales regionales y generales, hospitales e institutos especializados, y servicios sociales y de apoyo.

■ La salud mental es claramente una tarea transversal, que no solo involucra al sector salud, sino a otros sectores, por lo que es necesaria la **articulación intersectorial** para asegurar la optimización de los recursos, evitar duplicidad de acciones, enfatizando lo preventivo promocional. Entre los sectores involucrados se encuentran fundamentalmente los siguientes: salud, protección social, educación, trabajo, seguridad ciudadana, vivienda, organización comunitaria, seguridad alimentaria, y agua y saneamiento.

■ Invertir en **formación y capacitación**; esto significa formar profesionales de la salud con un nuevo enfoque en el tratamiento; formar residentes de Psi-quiatria con un mayor componente del enfoque psicosocial y el modelo comunitario; capacitar al personal de todos los niveles de atención, especializado y no especializado. También, hay que avanzar en reducir la brecha que existe entre la oferta y demanda de psiquiatras y otros profesionales de salud mental; y, al mismo tiempo, realizar esfuerzos para mejorar sus condiciones laborales.

■ Invertir en **investigación**: también se recomienda que la investigación debe ser la base para la toma de decisiones, por lo que es necesario aumentar las investigaciones que evalúen la eficacia e implementación de intervenciones; especialmente con uso de tecnologías digitales que pueden favorecer una mayor diseminación, cuyo fin será mejorar la toma de decisiones. Además, se recomienda la realización de investigaciones operativas. Se sugiere fomentar la investigación colaborativa con países de Latinoamérica, involucrando en particular a países con menor producción científica.

■ Conforme se desarrolla la pandemia por COVID-19, un amplio número de personas se ven afectadas de diferentes maneras y tienen necesidad de diferentes tipos de apoyo. En esa perspectiva, coincidimos con la OMS y la OPS (54), que utilizando como marco de referencia la pirámide de intervenciones para los servicios de SMAPS del Comité Permanente entre Organismos (IASC), ha propuesto un **modelo de recomendaciones estratégicas para respon-**

**der a las necesidades de la población, reconociendo que las personas se ven afectadas en diferentes niveles e intensidad y, por tanto, requieren diferentes tipos de apoyo, adaptándolos a cada contexto local.** En la base de la pirámide se centran las intervenciones que se dirigen a la población general durante la pandemia; a medida que se avanza hacia los niveles más altos, se describen apoyos familiares y comunitarios para grupos con algún grado de vulnerabilidad, pasando a apoyos focalizados para individuos con necesidades específicas en salud mental; y, finalmente, en la cúspide, se describen las intervenciones de servicios especializados en salud mental para personas con trastornos que requieren intervenciones de mayor complejidad (Figura 1).



Figura 1. Pirámide de intervenciones para los servicios de SMAPS del Comité Permanente entre Organismos (IASC)

■ Otro aspecto a tomar en cuenta es la necesidad de **priorizar acciones en función de las necesidades detectadas en las comunidades** generadas por el temor al virus, el aislamiento preventivo y otras medidas que han afectado la vida cotidiana de la población; **y en particular las necesidades de los grupos más vulnerables** en función de ciclo vital (adultos mayores, niñez y adolescentes), género, etnia, migración, personas con patologías preexistentes y crónicas, etc. **La adaptación al contexto sociocultural** también es una consideración necesaria ante cualquier propuesta de intervención.

- Uno de los grupos vulnerables, que motiva nuestra particular preocupación, es el de las personas con **trastornos mentales preexistentes**, que ha tenido diversas desventajas durante la pandemia, con mayor riesgo de contagio, muerte y agravamiento de su psicopatología; por lo que **requiere una atención especial que priorice su vacunación, y garantice la continuidad de su tratamiento**.
- En virtud de la particularidad de la pandemia, que dificulta el contacto físico interpersonal, son necesarias **adaptaciones de las intervenciones de salud mental, apoyo psicosocial y psiquiátrica a medios remotos o a distancia, y de los mensajes y formas de comunicación** para los diferentes grupos.
- Frente a la problemática de **salud mental del personal sanitario**, consecuencia de la pandemia, es necesario plantear respuestas institucionales, adoptando diversas **estrategias de prevención y promoción de su salud mental**; con el objeto de garantizar que cuenten con la capacitación requerida para la optimización de su autocuidado y de su labor, así como con el cuidado de su propia salud mental, **y de su asistencia directa si es necesario**.
- La cuarentena y las medidas de distanciamiento social y físico asociadas son en sí mismas factores de riesgo para los problemas de salud mental. **El seguimiento de la soledad y el aislamiento, y la intervención temprana son prioritarias** para promover la pertenencia y **proteger la salud mental**.
- **Evaluación y monitoreo**: resulta necesario asegurar que la preparación y las actividades de respuesta sean constantemente monitoreadas y evaluadas con el fin de mejorar la efectividad.

## Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard | WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard 2021 [cited 2021 13 nov]. Available from: [https://covid19.who.int/?gclid=CjwKCAiAqJn9BRB0EiwAJ1Sstem0DuIa\\_N2Ks2Yp-cEOGgyyvJIiuRLQTimQ0xkrfjROY0sfiF911BoC-1sQQAvD\\_BwE](https://covid19.who.int/?gclid=CjwKCAiAqJn9BRB0EiwAJ1Sstem0DuIa_N2Ks2Yp-cEOGgyyvJIiuRLQTimQ0xkrfjROY0sfiF911BoC-1sQQAvD_BwE).
2. Bhatia G, Kumar P, McClure J. COVID:19 America Latina y Caribe 2021 [cited 2021 24 set]. Available from: <https://graphics.reuters.com/world-coronavirus-tracker-and-maps/es/regions/latin-america-and-the-caribbean/>.
3. De Kock JH, Latham HA, Leslie SJ, Grindle M, Munoz SA, Ellis L, et al. A rapid review of the impact of COVID-19 on the mental health of healthcare workers: implications for supporting psychological well-being. *BMC Public Health*. 2021;21(1):104.
4. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, 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*. 2020;17(5).
5. Villarreal-Zegarra D, Copez-Lonzoy A, Vilela-Estrada AL, Huarcaya-Victoria J. Depression, post-traumatic stress, anxiety, and fear of COVID-19 in the general population and health-care workers: prevalence, relationship, and explicative model in Peru. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):455.
6. Shi L, Lu ZA, Que JY, Huang XL, Liu L, Ran MS, et al. Prevalence of and Risk Factors Associated With Mental Health Symptoms Among the General Population in China During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *JAMA Netw Open*. 2020;3(7):e2014053.
7. Tian F, Li H, Tian S, Yang J, Shao J, Tian C. Psychological symptoms of ordinary Chinese citizens based on SCL-90 during the level I emergency response to COVID-19. *Psychiatry Res*. 2020;288:112992.
8. Armitage R, Nellums LB. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *Lancet Public Health*. 2020;5(5):e256.
9. Ministerio de Salud del Perú. Salud mental: El 52.2% de limeños sufre de estrés debido a la pandemia Lima2021 [cited 2021 24 set]. Available from: <https://www.minsa.gob.pe/newsletter/2021/edicion-72/nota4/index.html>.
10. Ministerio de Salud del Perú. La Salud Mental de Niñas, Niños y Adolescentes en el contexto de la COVID-19. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2021.
11. López Steinmetz LC, Dutto Florio MA, Leyes CA, Fong SB, Rigalli A, Godoy JC. Levels and predictors of depression, anxiety, and suicidal risk during COVID-19 pandemic in Argentina: the impacts of quarantine extensions on mental health state. *Psychol Health Med*. 2020:1-17.
12. Badellino H, Gobbo ME, Torres E, Aschieri ME. Early indicators and risk factors associated with mental health problems during COVID-19 quarantine: Is there a relationship with the number of confirmed cases and deaths? *Int J Soc Psychiatry*. 2021;67(5):567-75.
13. Torrente F, Yoris A, Low DM, Lopez P, Bekinschtein P, Manes F, et al. Sooner than you think: A very early affective reaction to the COVID-19 pandemic and quarantine in Argentina. *J Affect Disord*. 2021;282:495-503.

14. Barros MBA, Lima MG, Malta DC, Szwarcwald CL, Azevedo RCS, Romero D, et al. Report on sadness/depression, nervousness/anxiety and sleep problems in the Brazilian adult population during the COVID-19 pandemic. *Epidemiol Serv Saude*. 2020;29(4):e2020427.
15. Goularte JF, Serafim SD, Colombo R, Hogg B, Caldieraro MA, Rosa AR. COVID-19 and mental health in Brazil: Psychiatric symptoms in the general population. *J Psychiatr Res*. 2021;132:32-7.
16. Paz C, Mascialino G, Adana-Díaz L, Rodríguez-Lorenzana A, Simbaña-Rivera K, Gómez-Barreno L, et al. Behavioral and sociodemographic predictors of anxiety and depression in patients under epidemiological surveillance for COVID-19 in Ecuador. *PLoS one*. 2020;15(9):e0240008-e.
17. Cortés-Álvarez NY, Piñeiro-Lamas R, Vuelvas-Olmos CR. Psychological Effects and Associated Factors of COVID-19 in a Mexican Sample. *Disaster Med Public Health Prep*. 2020;14(3):413-24.
18. Galindo-Vázquez O, Ramírez-Orozco M, Costas-Muñiz R, Mendoza-Contreras LA, Calderillo-Ruiz G, Meneses-García A. Symptoms of anxiety, depression and self-care behaviors during the COVID-19 pandemic in the general population. *Gac Med Mex*. 2020;156(4):298-305.
19. González Ramírez LP, Martínez Arriaga RJ, Hernández-González MA, De la Roca-Chiapas JM. Psychological Distress and Signs of Post-Traumatic Stress in Response to the COVID-19 Health Emergency in a Mexican Sample. *Psychol Res Behav Manag*. 2020;13:589-97.
20. Torales J, Ríos-González C, Barrios I, O'Higgins M, González I, García O, et al. Self-Perceived Stress During the Quarantine of COVID-19 Pandemic in Paraguay: An Exploratory Survey. *Front Psychiatry*. 2020;11:558691.
21. Ipsos. Expectations about when life will return to pre-COVID normal vary widely across the world: Ipsos; 2021 [cited 2021 24 set]. Available from: <https://www.ipsos.com/en/expectations-about-when-life-will-return-pre-covid-normal-vary-widely-across-world>.
22. Galindo J. La salud mental de América Latina se resiente durante la pandemia: EL PAÍS; 2021 [cited 2021 24 set]. Available from: <https://elpais.com/sociedad/2021-08-06/la-salud-mental-de-america-latina-se-resiente-durante-la-pandemia.html>.
23. Nickell LA, Crighton EJ, Tracy CS, Al-Enazy H, Bolaji Y, Hanjrah S, et al. Psychosocial effects of SARS on hospital staff: survey of a large tertiary care institution. *Cmaj*. 2004;170(5):793-8.
24. Li W, Frank E, Zhao Z, Chen L, Wang Z, Burmeister M, et al. Mental Health of Young Physicians in China During the Novel Coronavirus Disease 2019 Outbreak. *JAMA Netw Open*. 2020;3(6):e2010705-e.
25. Margerison-Zilko C, Goldman-Mellor S, Falconi A, Downing J. Health Impacts of the Great Recession: A Critical Review. *Curr Epidemiol Rep*. 2016;3(1):81-91.
26. Giardino DL, Huck-Iriart C, Riddick M, Garay A. The endless quarantine: the impact of the COVID-19 outbreak on healthcare workers after three months of mandatory social isolation in Argentina. *Sleep Med*. 2020;76:16-25.
27. Urzúa A, Samaniego A, Caqueo-Urizar A, Zapata Pizarro A, Irarrázaval Domínguez M. [Mental health problems among health care workers during the COVID-19 pandemic]. *Rev Med Chil*. 2020;148(8):1121-7.
28. Monterrosa-Castro A, Redondo-Mendoza V, Mercado-Lara M. Psychosocial factors associated with symptoms of generalized anxiety disorder in general practitioners during the COVID-19 pandemic. *J Investig Med*. 2020;68(7):1228-34.
29. Robles R, Rodríguez E, Vega-Ramírez H, Álvarez-Icaza D, Madrigal E, Durand S, et al. Mental health problems among healthcare workers involved with the COVID-19 outbreak. *Braz J Psychiatry*. 2020.
30. López-Morales H, Del Valle MV, Canet-Juric L, Andrés ML, Galli JI, Poó F, et al. Mental health of pregnant women during the COVID-19 pandemic: A longitudinal study. *Psychiatry Res*. 2021;295:113567.
31. Parra-Saavedra M, Villa-Villa I, Pérez-Olivo J, Guzman-Polania L, Galvis-Centurion P, Cumplido-Romero Á, et al. Attitudes and collateral psychological effects of COVID-19 in pregnant women in Colombia. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020;151(2):203-8.
32. UNICEF. El impacto del COVID-19 en la salud mental de adolescentes y jóvenes Lima2021 [cited 2021 24 set]. Available from: <https://www.unicef.org/lac/el-impacto-del-covid-19-en-la-salud-mental-de-adolescentes-y-jovenes>.
33. Galea S, Merchant RM, Lurie N. The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing: The Need for Prevention and Early Intervention. *JAMA Internal Medicine*. 2020;180(6):817-8.
34. Nemani K, Li C, Olfson M, Blessing EM, Razavian N, Chen J, et al. Association of Psychiatric Disorders With Mortality Among Patients With COVID-19. *JAMA Psychiatry*. 2021;78(4):380-6.
35. Campos J, Martins BG, Campos LA, Marôco J, Saadiq RA, Ruano R. Early Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic in Brazil: A National Survey. *J Clin Med*. 2020;9(9).
36. Ministerio de Salud Argentina. Salud mental y apoyo psicosocial en emergencias y desastres: Plan de acción. Argentina: Ministerio de Salud Argentina; 2020. 38 p.
37. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Protocolo para Recomendaciones Psicosociales y de Salud Mental en el Contexto del COVID-19. Paraguay: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2020.
38. Ministerio de Salud. Plan de Salud Mental Perú, 2020-2021 (En el Contexto COVID-19). Lima: Ministerio de Salud; 2020.

39. Ministerio de Salud y Protección Social. Consejo Nacional de Salud Mental. Recomendaciones para el cuidado de la salud mental y la promoción de la convivencia en la flexibilización de la medida de aislamiento preventivo durante la pandemia por COVID-19. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Consejo Nacional de Salud Mental; 2020.
40. Ministerio de Salud Pública. Documentos Técnicos de Apoyo Psicosocial en Emergencias y Desastres / 2 Salud Mental en situaciones de epidemias. Santo Domingo: Ministerio de Salud Pública; 2020.
41. Asociación Ecuatoriana de Psiquiatría. Consideraciones de Salud Mental Durante el Brote COVID-19. Ecuador: Asociación Ecuatoriana de Psiquiatría; 2020.
42. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Protocolo para Lineamientos para Asistencia Telefónica en Apoyo Psicosocial y Salud Mental Durante el Brote COVID-19. Paraguay: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2020.
43. Dirección de Promoción y Prevención. Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental. Grupo Convivencia Social y Ciudadanía. Lineamientos Técnicos para el Cuidado de la Salud Mental para Personas con COVID-19 y sus Familias (Allegados). Bogotá: Ministerio de Salud; 2020.
44. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Prácticas de Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias y Desastres. Enfoque en COVID-19. Argentina: Ministerio de Salud; 2020.
45. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Protocolo de Operativización Estratégica de Salud Mental en Emergencias por COVID-19. Versión 2. Ecuador 2021.
46. Ministerio de Salud. Recomendaciones para equipos de salud mental en el cuidado de la salud mental de trabajadores, profesionales, no profesionales en hospitales generales. Argentina: Ministerio de Salud; 2020.
47. Ministerio de Salud. ¿Cómo cuidar la salud mental del talento humano que esta atendiendo la emergencia generada por COVID-19? Colombia: Ministerio de Salud; 2020.
48. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para abordar problemas y trastornos mentales en trabajadores de la salud en el marco del afrontamiento del coronavirus (COVID-19). Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2020.
49. Ministerio de Salud. Guía Técnica para el cuidado de la salud mental del personal de la salud en el contexto del COVID-19. Lima: Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Mental; 2020.
50. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Protocolo de Cuidado y Autocuidado del Interviniente Operativo y Administrativo en COVID-19. Versión 1.1. Ecuador 2021.
51. Ministerio de Salud Pública. Documentos Técnicos de Apoyo Psicosocial en Emergencias y Desastres. República Dominicana: Ministerio de Salud Pública; 2020.
52. Ministerio de Salud. COVID-19. Recomendaciones sobre la salud mental de niños, niñas y adolescentes en contexto de pandemia. Argentina: Ministerio de Salud; 2020.
53. Ministerio de Salud. Situación COVID-2019 (SE 32) Personas Mayores. Argentina: Ministerio de Salud; 2020.
54. Organización Panamericana de la Salud. Intervenciones recomendadas en salud mental y apoyo psicosocial durante la pandemia de COVID-19. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. 17 p.
55. Badellino H, Gobbo ME, Torres E, Aschieri ME. Early indicators and risk factors associated with mental health problems during COVID-19 quarantine: Is there a relationship with the number of confirmed cases and deaths? *Int J Soc Psychiatry*. 2021;67(5):567-75.
56. Ballivian J, Alcaide ML, Cecchini D, Jones DL, Abbamonte JM, Cassetti I. Impact of COVID-19-Related Stress and Lockdown on Mental Health Among People Living With HIV in Argentina. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*. 2020;85(4):475-82.
57. Canet-Juric L, Andrés ML, Del Valle M, López-Morales H, Poó F, Galli JI, et al. A Longitudinal Study on the Emotional Impact Cause by the COVID-19 Pandemic Quarantine on General Population. *Frontiers in psychology*. 2020;11:565688.
58. Elisondo RC. Creative activities, emotions, and resilience during the COVID-19 pandemic: a longitudinal study from Argentina. *Public Health*. 2021;195:118-22.
59. Fasano MV, Padula M, Azrak M, Avico AJ, Sala M, Andreoli MF. Consequences of Lockdown During COVID-19 Pandemic in Lifestyle and Emotional State of Children in Argentina. *Frontiers in pediatrics*. 2021;9:660033.
60. Fernández RS, Crivelli L, Guimet NM, Allegri RF, Pedreira ME. Psychological distress associated with COVID-19 quarantine: Latent profile analysis, outcome prediction and mediation analysis. *Journal of affective disorders*. 2020;277:75-84.
61. Giardino DL, Huck-Iriart C, Riddick M, Garay A. The endless quarantine: the impact of the COVID-19 outbreak on healthcare workers after three months of mandatory social isolation in Argentina. *Sleep medicine*. 2020;76:16-25.
62. Guercovich A, Piazzioni G, Waisberg F, Mandó P, Angel M. Burnout syndrome in medical oncologists during the COVID-19 pandemic: Argentinian national survey. *Ecancermedicalscience*. 2021;15:1213.
63. Hernández Rodríguez J. Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*. 2020;24(3):578-94.

64. Johnson MC, Saletti-Cuesta L, Tumas N. [Emotions, concerns and reflections regarding the COVID-19 pandemic in Argentina]. *Ciencia & saude coletiva*. 2020;25(suppl 1):2447-56.
65. López-Morales H, Del Valle MV, Canet-Juric L, Andrés ML, Galli JI, Poó F, et al. Mental health of pregnant women during the COVID-19 pandemic: A longitudinal study. *Psychiatry research*. 2021;295:113567.
66. López Steinmetz LC, Dutto Florio MA, Leyes CA, Fong SB, Rigalli A, Godoy JC. Levels and predictors of depression, anxiety, and suicidal risk during COVID-19 pandemic in Argentina: the impacts of quarantine extensions on mental health state. *Psychology, health & medicine*. 2020;1-17.
67. López Steinmetz LC, Fong SB, Godoy JC. Longitudinal evidence on mental health changes of college students with and without mental disorder background during the Argentina's lengthy mandatory quarantine. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*. 2021;110:110308.
68. Pereira ADL, Pazos Espín M, Tögel M. Efectos del confinamiento social, preventivo y obligatorio sobre la salud física y psíquica de los comodorenses. *Podium Revista de Ciencia y Tecnología en la Cultura Física*. 2021;16(1):100-13.
69. Picco JM, González E, Wolff S, Gómez V, Wolff D. Aspectos psicosociales de la pandemia COVID-19 en la población de Mendoza. *Revista Argentina de Cardiología*. 2020;88(3):207-10.
70. Marcelo C, Gilda Mariel J, María Gabriela B. La ansiedad en la población argentina en el contexto de pandemia por el COVID-19. *Revista de Psicología*. 2021(0).
71. Schnaiderman D, Bailac M, Borak L, Comar H, Eisner A, Ferrari A, et al. Psychological impact of COVID-19 lockdown in children and adolescents from San Carlos de Bariloche, Argentina: Parents' perspective. *Arch Argent Pediatr*. 2021;119(3):170-6.
72. Torrente F, Yoris A, Low DM, Lopez P, Bekinschtein P, Manes F, et al. Sooner than you think: A very early affective reaction to the COVID-19 pandemic and quarantine in Argentina. *Journal of affective disorders*. 2021;282:495-503.
73. Borda Riveros N, Eyzaguirre Rojas LA, Ponce Valdivia FA. AUTOCONTROL, PREOCUPACION, DESESPERANZA Y NIVEL SOCIOECONOMICO EN UN CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID19. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSA*. 2021;19(1):59-89.
74. de Urioste Nardín R. COVID 19, Bolivia: Estado Emocional, Percepción, Acatamiento, Expectativas y Propuestas. *Revista de Investigacion Psicologica*. 2020:15-27.
75. Cabieses B, Darrigrandi F, Blukacz A, Obach A, Silva C. Feeling prepared to face COVID-19 pandemic among Venezuelans in Chile: findings from an opinion poll. *Medwave*. 2021;21(1):e8103.
76. Carvacho R, Morán-Kneer J, Miranda-Castillo C, Fernández-Fernández V, Mora B, Moya Y, et al. [Effects of the COVID-19 confinement on mental health among higher education students in Chile]. *Rev Med Chil*. 2021;149(3):339-47.
77. Dagnino P, Anguita V, Escobar K, Cifuentes S. Psychological Effects of Social Isolation Due to Quarantine in Chile: An Exploratory Study. *Frontiers in psychiatry*. 2020;11:591142.
78. Duclos-Bastías D, Vallejo-Reyes F, Giakoni-Ramírez F, Parra-Camacho D. Impact of COVID-19 on Sustainable University Sports: Analysis of Physical Activity and Positive and Negative Affects in Athletes. *Sustainability*. 2021;13(11):6095.
79. Estrada-Muñoz C, Vega-Muñoz A, Castillo D, Müller-Pérez S, Boada-Grau J. Technostress of Chilean Teachers in the Context of the COVID-19 Pandemic and Teleworking. *International journal of environmental research and public health*. 2021;18(10).
80. González-Tovar M, Hernández-Rodríguez S. COVID-19 and Emotional Variables in a Sample of Chileans. *Frontiers in psychology*. 2021;12:615268.
81. Guzmán-Muñoz E, Concha-Cisternas Y, Oñate-Barahona A, Lira-Cea C, Cigarroa-Cuevas I, Méndez-Rebolledo G, et al. [Factors associated with low quality of life in Chilean adults during the COVID-19 quarantine]. *Rev Med Chil*. 2020;148(12):1759-66.
82. Herrera MS, Elgueta R, Fernández MB, Giacoman C, Leal D, Marshall P, et al. A longitudinal study monitoring the quality of life in a national cohort of older adults in Chile before and during the COVID-19 outbreak. *BMC geriatrics*. 2021;21(1):143.
83. Ricardo Jorquera G, Fernando Herrera G. Salud mental en funcionarios de una universidad chilena: desafíos en el contexto de la COVID-19. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*. 2020;14(2).
84. Lizana PA, Vega-Fernandez G. Teacher Teleworking during the COVID-19 Pandemic: Association between Work Hours, Work-Family Balance and Quality of Life. *International journal of environmental research and public health*. 2021;18(14).
85. Lizana PA, Vega-Fernandez G, Gomez-Bruton A, Leyton B, Lera L. Impact of the COVID-19 Pandemic on Teacher Quality of Life: A Longitudinal Study from before and during the Health Crisis. *International journal of environmental research and public health*. 2021;18(7).
86. Nuñez A, Le Roy C, Coelho-Medeiros ME, López-Espejo M. Factors affecting the behavior of children with ASD during the first outbreak of the COVID-19 pandemic. *Neurological sciences : official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*. 2021;42(5):1675-8.

87. Palma-Vasquez C, Carrasco D, Hernando-Rodriguez JC. Mental Health of Teachers Who Have Teleworked Due to COVID-19. *Eur J Investig Health Psychol Educ.* 2021;11(2):515-28.
88. Ramirez S, Aldunate MP, Arriagada C, Bueno M, Cuevas F, González X, et al. Brief Research Report: The Association Between Educational Experiences and Covid-19 Pandemic-Related Variables, and Mental Health Among Children and Adolescents. *Frontiers in psychiatry.* 2021;12:647456.
89. Riera-Negre L, Paz-Lourido B, Negre F, Rosselló MR, Verger S. Self-Perception of Quality of Life and Emotional Well-Being among Students Attending Hospital Classrooms during COVID-19 Pandemic. *Healthcare (Basel, Switzerland).* 2021;9(8).
90. Sáez-Delgado F, Olea-González C, Mella-Noram-buena J, López-Angulo Y, García-Vásquez H, Cobo-Rendón R, et al. Caracterización Psicosocial y Salud Mental en Familias de Escolares Chilenos durante el Aislamiento Físico por la Covid-19. *Revista Internacional de Educación para la Justicia Social.* 2020;9(3):281-300.
91. Salazar-Fernández C, Palet D, Haeger PA, Román Mella F. COVID-19 Perceived Impact and Psychological Variables as Predictors of Unhealthy Food and Alcohol Consumption Trajectories: The Role of Gender and Living with Children as Moderators. *International journal of environmental research and public health.* 2021;18(9).
92. Urzúa A, Samaniego A, Caqueo-Urizar A, Zapata Pizarro A, Irrarázaval Domínguez M. [Mental health problems among health care workers during the COVID-19 pandemic]. *Rev Med Chil.* 2020;148(8):1121-7.
93. Caballero-Domínguez CC, De Luque-Salcedo JG, Campo-Arias A. Social capital and psychological distress during Colombian coronavirus disease lockdown. *Journal of community psychology.* 2021;49(2):691-702.
94. Caballero-Domínguez CC, Pedrozo-Pupo JC, Campo-Arias A. Risk of a Major Depressive Episode in Asthma and COPD Patients Amidst Colombian SAR-CoV-2 Confinement. *Psiquiatria Danubina.* 2021;33(1):101-6.
95. Garcés-Prettel M, Navarro-Díaz LR, Jaramillo-Echeverri LG, Santoya-Montes Y. Social representations of media reception during the COVID-19 lockdown in Colombia: from messages to meanings. *Cadernos de saude publica.* 2021;37(2):e00203520.
96. Mesurado B, Resett S, Tezón M, Vanney CE. Do Positive Emotions Make You More Prosocial? Direct and Indirect Effects of an Intervention Program on Prosociality in Colombian Adolescents During Social Isolation Due to COVID-19. *Frontiers in psychology.* 2021;12:710037.
97. Monterrosa-Castro A, Redondo-Mendoza V, Mercado-Lara M. Psychosocial factors associated with symptoms of generalized anxiety disorder in general practitioners during the COVID-19 pandemic. *Journal of investigative medicine : the official publication of the American Federation for Clinical Research.* 2020;68(7):1228-34.
98. Moya A, Serneels P, Desrosiers A, Reyes V, Torres MJ, Lieberman A. The COVID-19 pandemic and maternal mental health in a fragile and conflict-affected setting in Tumaco, Colombia: a cohort study. *The Lancet Global health.* 2021;9(8):e1068-e76.
99. Parra-Saavedra M, Villa-Villa I, Pérez-Olivo J, Guzman-Polania L, Galvis-Centurion P, Cumplido-Romero Á, et al. Attitudes and collateral psychological effects of COVID-19 in pregnant women in Colombia. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics.* 2020;151(2):203-8.
100. Asanov I, Flores F, McKenzie D, Mensmann M, Schulte M. Remote-learning, time-use, and mental health of Ecuadorian high-school students during the COVID-19 quarantine. *World development.* 2021;138:105225.
101. Chen X, Zhang SX, Jahanshahi AA, Alvarez-Risco A, Dai H, Li J, et al. Belief in a COVID-19 Conspiracy Theory as a Predictor of Mental Health and Well-Being of Health Care Workers in Ecuador: Cross-Sectional Survey Study. *JMIR public health and surveillance.* 2020;6(3):e20737.
102. Cuartero-Castañer ME, Hidalgo-Andrade P, Cañas-Lerma AJ. Professional Quality of Life, Engagement, and Self-Care in Healthcare Professionals in Ecuador during the COVID-19 Pandemic. *Healthcare (Basel, Switzerland).* 2021;9(5).
103. Hidalgo-Andrade P, Hermosa-Bosano C, Paz C. Teachers' Mental Health and Self-Reported Coping Strategies During the COVID-19 Pandemic in Ecuador: A Mixed-Methods Study. *Psychology research and behavior management.* 2021;14:933-44.
104. Mautong H, Gallardo-Rumbea JA, Alvarado-Villa GE, Fernández-Cadena JC, Andrade-Molina D, Orellana-Román CE, et al. Assessment of depression, anxiety and stress levels in the Ecuadorian general population during social isolation due to the COVID-19 outbreak: a cross-sectional study. *BMC psychiatry.* 2021;21(1):212.
105. Miniguano-Trujillo A, Salazar F, Torres R, Arias P, Sotomayor K. An integer programming model to assign patients based on mental health impact for tele-psychotherapy intervention during the Covid-19 emergency. *Health care management science.* 2021;24(2):286-304.
106. Paz C, Mascialino G, Adana-Díaz L, Rodríguez-Lorenzana A, Simbaña-Rivera K, Gómez-Barreno L, et al. Behavioral and sociodemographic predictors of anxiety and depression in patients under epidemiological surveillance for COVID-19 in Ecuador. *PLoS one.* 2020;15(9):e0240008.

107. Rodas JA, Jara-Rizzo M, Oleas D. Emotion regulation, psychological distress and demographic characteristics from an Ecuadorian sample: Data from the lockdown due to COVID-19. *Data in brief*. 2021;37:107182.
108. Rodríguez-Hidalgo AJ, Pantaleón Y, Dios I, Falla D. Fear of COVID-19, Stress, and Anxiety in University Undergraduate Students: A Predictive Model for Depression. *Frontiers in psychology*. 2020;11:591797.
109. Orellana CI, Orellana LM. Predictores de síntomas emocionales durante la cuarentena domiciliar por pandemia de COVID-19 en El Salvador. *Actualidades en Psicología*. 2020;34(128):103-20.
110. Alonzo D, Popescu M. Utilizing social media platforms to promote mental health awareness and help seeking in underserved communities during the COVID-19 pandemic. *Journal of education and health promotion*. 2021;10:156.
111. Cortés-Álvarez NY, Piñeiro-Lamas R, Vuelvas-Olmos CR. Psychological Effects and Associated Factors of COVID-19 in a Mexican Sample. *Disaster medicine and public health preparedness*. 2020;14(3):413-24.
112. Gaeta ML, Gaeta L, Rodríguez MDS. The Impact of COVID-19 Home Confinement on Mexican University Students: Emotions, Coping Strategies, and Self-Regulated Learning. *Frontiers in psychology*. 2021;12:642823.
113. Galindo-Vázquez O, Ramírez-Orozco M, Costas-Muñiz R, Mendoza-Contreras LA, Calderillo-Ruiz G, Meneses-García A. Symptoms of anxiety, depression and self-care behaviors during the COVID-19 pandemic in the general population. *Gac Med Mex*. 2020;156(4):298-305.
114. González-González A, Toledo-Fernández A, Romo-Parra H, Reyes-Zamorano E, Betancourt-Ocampo D. Psychological impact of sociodemographic factors and medical conditions in older adults during the COVID-19 pandemic in Mexico. *Salud mental*. 2020;43(6):293-301.
115. González Ramírez LP, Martínez Arriaga RJ, Hernández-González MA, De la Roca-Chiapas JM. Psychological Distress and Signs of Post-Traumatic Stress in Response to the COVID-19 Health Emergency in a Mexican Sample. *Psychology research and behavior management*. 2020;13:589-97.
116. Gutiérrez-García RA, Amador Licona N, Sánchez Ruiz A, Fernández Reyes PL. Malestar psicológico, medidas sanitarias y estado de salud en estudiantes universitarios. *Nova scientia*. 2021;13:0-.
117. Gutiérrez-García RA, Licona NA, Fernández PL. Online self-help programs to reduce psychological distress in mexican college students. *Gaceta Medica de Caracas*. 2021;129:S36-S43.
118. Guzmán-González JI, Sánchez-García FG, Ramírez-de los Santos S, Gutiérrez-Rodríguez F, Palomino-Esparza D, Telles-Martínez AL. Worry and perceived risk of contagion during the COVID-19 quarantine in the Jalisco population: Preliminary Study. *Salud mental*. 2020;43(6):253-61.
119. Hermosillo-de-la-Torre AE, Arteaga-de-Luna SM, Acevedo-Rojas DL, Juárez-Loya A, Jiménez-Tapia JA, Pedroza-Cabrera FJ, et al. Psychosocial Correlates of Suicidal Behavior among Adolescents under Confinement Due to the COVID-19 Pandemic in Aguascalientes, Mexico: A Cross-Sectional Population Survey. *International journal of environmental research and public health*. 2021;18(9).
120. Mayen Huerta C, Utomo A. Evaluating the association between urban green spaces and subjective well-being in Mexico city during the COVID-19 pandemic. *Health & place*. 2021;70:102606.
121. Martínez Arriaga RJ, González Ramírez LP, de la Roca-Chiapas JM, Hernández-González M. Psychological distress of COVID-19 pandemic and associated psychosocial factors among Mexican students: An exploratory study. *Psychology in the schools*. 2021;58(9):1844-57.
122. Martínez Arriaga RJ, González Ramírez LP, Navarro Ruiz NE, de la Roca Chiapas JM, Reynoso González OU. Resiliencia asociada a factores de salud mental y sociodemográficos en enfermeros mexicanos durante COVID-19. *Enfermería Global*. 2021;20(63):1-32.
123. Real-Ramírez J, García-Bello LA, Robles-García R, Martínez M, Adame-Rivas K, Balderas-Pliego M, et al. Well-being status and post-traumatic stress symptoms in health workers attending mindfulness sessions during the early stage of the COVID-19 epidemic in Mexico. *Salud mental*. 2020;43(6):303-10.
124. Reséndiz-Aparicio JC. How the COVID-19 contingency affects children. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*. 2021;78(3):216-24.
125. Rivera Rivera NY, McGuinn L, Osorio-Valencia E, Martínez-Medina S, Schnaas L, Wright RJ, et al. Changes in Depressive Symptoms, Stress and Social Support in Mexican Women during the COVID-19 Pandemic. *International journal of environmental research and public health*. 2021;18(16):8775.
126. Robles R, Rodríguez E, Vega-Ramírez H, Álvarez-Icaza D, Madrigal E, Durand S, et al. Mental health problems among healthcare workers involved with the COVID-19 outbreak. *Braz J Psychiatry*. 2020.
127. Suárez-Rico BV, Estrada-Gutierrez G, Sánchez-Martínez M, Perichart-Perera O, Rodríguez-Hernández C, González-Leyva C, et al. Prevalence of Depression, Anxiety, and Perceived Stress in Postpartum Mexican Women during the COVID-19 Lockdown. *International journal of environmental research and public health*. 2021;18(9).
128. Terán-Pérez G, Portillo-Vásquez A, Arana-Lechuga Y, Sánchez-Escandón O, Mercadillo-Caballero R, González-Robles RO, et al. Sleep and Mental Health Disturbances Due to Social Isolation during the CO-



- VID-19 Pandemic in Mexico. *International journal of environmental research and public health*. 2021;18(6).
129. Teruel Belismelis G, Pérez Hernández VH. Estudiando el bienestar durante la pandemia de Covid-19: la Encovid-19. *Revista mexicana de sociología*. 2021;83:125-67.
  130. Toledo-Fernández A, Betancourt-Ocampo D, González-González A. Distress, Depression, Anxiety, and Concerns and Behaviors Related to COVID-19 during the First Two Months of the Pandemic: A Longitudinal Study in Adult MEXICANS. *Behav Sci (Basel)*. 2021;11(5).
  131. Yusvisaret Palmer L, Palmer Morales S, Medina Ramirez MCR, López Palmer DA. Prevalencia de depresión durante la COVID-19 en estudiantes de medicina de una universidad privada mexicana. *ME-DISAN*. 2021;25(3):637-46.
  132. Zamarripa J, Delgado-Herrada M, Morquecho-Sánchez R, Baños R, Cruz-Ortega Mdl, Duarte-Félix H. Adaptability to social distancing due to COVID-19 and its moderating effect on stress by gender. *Salud mental*. 2020;43(6):273-8.
  133. Esquivel MB, Estigarribia RE, Moreira JRF, Almada JAV. Factores sociodemográficos asociados a la desesperanza y ansiedad en el periodo de cuarentena por el Covid 19, en personas que residen en Paraguay. *Revista Científica de la UCSA*. 2021;8(1):3-13.
  134. Chávez L, Marcet G, Ramírez E, Acosta L, Samudio M. Salud mental del personal médico y enfermería del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente durante la cuarentena por la pandemia COVID-19, Paraguay 2020. *Revista de salud publica del Paraguay*. 2021;11(1):74-9.
  135. Ferreira Gould MS, Coronel Diaz G, Rivarola Vargas MA. Impacto sobre la salud mental durante la pandemia COVID 19 en Paraguay. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*. 2021;8(1):61-8.
  136. Torales J, Ríos-González C, Barrios I, O'Higgins M, González I, García O, et al. Self-Perceived Stress During the Quarantine of COVID-19 Pandemic in Paraguay: An Exploratory Survey. *Frontiers in psychiatry*. 2020;11:558691.
  137. Torales J, Barrios I, Ayala N, O Higgins M, Palacios JM, Ríos-González C, et al. Ansiedad y depresión en relación a noticias sobre COVID-19: un estudio en población general paraguaya. *Revista de salud publica del Paraguay*. 2021;11(1):67-73.
  138. Ambrosio F, Torres-Santos G, Infante L, Rodríguez-Alarcón JF, Mejía C. Factores socio-laborales asociados a padecer ansiedad, depresión y estrés en profesionales de la salud de la serranía peruana durante la pandemia de la COVID-19. *Boletín de Malariología y Salud Ambienta*. 2021;61(2):97-105.
  139. Ames-Guerrero RJ, Barreda-Parra VA, Huamani-Cahua JC, Banaszak-Holl J. Self-reported psychological problems and coping strategies: a web-based study in Peruvian population during COVID-19 pandemic. *BMC psychiatry*. 2021;21(1):351.
  140. Antiporta DA, Cutipé YL, Mendoza M, Celentano DD, Stuart EA, Bruni A. Depressive symptoms among Peruvian adult residents amidst a National Lockdown during the COVID-19 pandemic. *BMC psychiatry*. 2021;21(1):111.
  141. Apaza-Panca CM, Maquera-Luque PJ, Huanca-Frías JO, Supo-Quispe LA, Távara-Ramos AP, Dextre-Martínez WR, et al. Factores psicosociales en estudiantes universitarios de Loreto, Ancash, Moquegua y Puno durante el confinamiento por el Covid-19, Perú. *Cuestiones Políticas*. 2021;39(68):51-69.
  142. Boluarte-Carbajal A, Navarro-Flores A, Villarreal-Zegarra D. Explanatory Model of Perceived Stress in the General Population: A Cross-Sectional Study in Peru During the COVID-19 Context. *Frontiers in psychology*. 2021;12:673945.
  143. Cayo-Rojas CF, Castro-Mena MJ, Agramonte-Rosell RC, Aliaga-Mariñas AS, Ladera-Castañeda MI, Cervantes-Ganoza LA, et al. Impact of COVID-19 Mandatory Social Isolation on the Development of Anxiety in Peruvian Dentistry Students: A Logistic Regression Analysis. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*. 2021;11(2):222-9.
  144. Mejía CR, Reyes-Tejada AL, Gonzales-Huaman KS, Leon-Nina EC, Murga-Cabrera AX, Carrasco-Altamirano JA, et al. Riesgo de estrés post traumático según ocupación y otros factores durante la pandemia por COVID-19 en el Perú. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*. 2020;29(4):265-73.
  145. Ramos Vera CA. Las características dinámicas de la salud mental en adultos peruanos durante la cuarentena por COVID-19. *MediSur*. 2021;19(2):318-22.
  146. Carlessi HHS, Chocas LAY, Alva LJ, Nuñez LLacuchaqui ER, Iparraguirre CA, Calvet MLM, et al. Indicadores de ansiedad, depresión, somatización y evitación experiencial en estudiantes universitarios del Perú en cuarentena por Covid-19. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*. 2021;21(2):346-53.
  147. Saravia-Bartra MM, Cazorla-Saravia P, Cedillo-Ramirez L. Nivel de ansiedad de estudiantes de medicina de primer año de una universidad privada del Perú en tiempos de Covid-19. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*. 2020;20(4):568-73.
  148. Veramendi N, Portocarrero E, Espinoza F. Estilos de vida y calidad de vida en estudiantes universitarios en tiempo de Covid-19. *Revista Universidad y Sociedad*. 2022;12(6).
  149. Yan J, Kim S, Zhang SX, Foo M-D, Alvarez-Risco A, Del-Aguila-Arcenales S, et al. Hospitality workers' COVID-19 risk perception and depression: A contingent model based on transactional theory of stress model. *International Journal of Hospitality Management*. 2021;95:102935.

150. Peralta EA, Taveras M. Effectiveness of teleconsultation use in access to mental health services during the coronavirus disease 2019 pandemic in the Dominican Republic. *Indian journal of psychiatry*. 2020;62(Suppl 3):S492-s4.
151. Santos LM, Grisales D, Suero Rico J. Percepción y Accesibilidad Tecnológica de Universitarios en el Suroeste de República Dominicana durante el Covid-19. *Revista Internacional de Educación para la Justicia Social*. 2021;10(1):145-65.
152. Ares G, Bove I, Vidal L, Brunet G, Fuletti D, Arroyo Á, et al. The experience of social distancing for families with children and adolescents during the coronavirus (COVID-19) pandemic in Uruguay: Difficulties and opportunities. *Children and youth services review*. 2021;121:105906.
153. Azevedo L, Calandri IL, Slachevsky A, Graviotto HG, Vieira MCS, Andrade CB, et al. Impact of Social Isolation on People with Dementia and Their Family Caregivers. *Journal of Alzheimer's disease : JAD*. 2021;81(2):607-17.
154. Bermejo-Martins E, Luis EO, Sarrionandia A, Martínez M, Garcés MS, Oliveros EY, et al. Different Responses to Stress, Health Practices, and Self-Care during COVID-19 Lockdown: A Stratified Analysis. *International journal of environmental research and public health*. 2021;18(5).
155. Enriquez-Martinez OG, Martins MCT, Pereira TSS, Pacheco SOS, Pacheco FJ, Lopez KV, et al. Diet and Lifestyle Changes During the COVID-19 Pandemic in Ibero-American Countries: Argentina, Brazil, Mexico, Peru, and Spain. *Frontiers in nutrition*. 2021;8:671004.
156. Fernandes B, Biswas UN, Tan-Mansukhani R, Vallejo A, Essau CA. The impact of COVID-19 lockdown on internet use and escapism in adolescents. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 2020;7(3):59-65.
157. Fumagalli E, Dolmatzian MB, Shrum LJ. Centennials, FOMO, and Loneliness: An Investigation of the Impact of Social Networking and Messaging/VoIP Apps Usage During the Initial Stage of the Coronavirus Pandemic. *Frontiers in psychology*. 2021;12:620739.
158. Gato J, Barrientos J, Tasker F, Miscioscia M, Cerqueira-Santos E, Malmquist A, et al. Psychosocial Effects of the COVID-19 Pandemic and Mental Health among LGBTQ+ Young Adults: A Cross-Cultural Comparison across Six Nations. *Journal of homosexuality*. 2021;68(4):612-30.
159. Gómez-Gómez M, Gómez-Mir P, Valenzuela B. Adolescencia y edad adulta emergente frente al COVID-19 en España y República Dominicana. [Adolescence and emerging adulthood facing COVID-19 in Spain and the Dominican Republic.]. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 2020;7(3):34-41.
160. Guiroy A, Gagliardi M, Coombes N, Landriel F, Zanardi C, Willhuber GC, et al. COVID-19 Impact Among Spine Surgeons in Latin America. *Global spine journal*. 2021;11(6):859-65.
161. Gutiérrez-Pérez IA, Delgado-Floody P, Jerez-Mayorga D, Soto-García D, Caamaño-Navarrete F, Parra-Rojas I, et al. Lifestyle and Sociodemographic Parameters Associated with Mental and Physical Health during COVID-19 Confinement in Three Ibero-American Countries. A Cross-Sectional Pilot Study. *International journal of environmental research and public health*. 2021;18(10).
162. Jojoa M, Lazaro E, Garcia-Zapirain B, Gonzalez MJ, Urizar E. The Impact of COVID 19 on University Staff and Students from Iberoamerica: Online Learning and Teaching Experience. *International journal of environmental research and public health*. 2021;18(11).
163. Jony SSR, Haque U, Webb NJ, Spence E, Rahman MS, Aghamohammadi N, et al. Analyzing Predictors of Control Measures and Psychosocial Problems Associated with COVID-19 Pandemic: Evidence from Eight Countries. *Behav Sci (Basel)*. 2021;11(8).
164. Landa-Blanco M, Mejía CJ, Landa-Blanco AL, Martínez-Martínez CA, Vásquez D, Vásquez G, et al. Coronavirus awareness, confinement stress, and mental health: Evidence from Honduras, Chile, Costa Rica, Mexico and Spain. *Social science & medicine (1982)*. 2021;277:113933.
165. Lazarus JV, Palayew A, Rabin K, Wyka K, Hajo S, Ratzan S, et al. A cross-sectional study of the association of age, gender, education and economic status with individual perceptions of governmental response to COVID-19. *BMJ open*. 2021;11(3):e047310.
166. Lee JH, Lee H, Kim JE, Moon SJ, Nam EW. Analysis of personal and national factors that influence depression in individuals during the COVID-19 pandemic: a web-based cross-sectional survey. *Globalization and health*. 2021;17(1):3.
167. Mækela MJ, Reggev N, Dutra N, Tamayo RM, Silva-Sobrinho RA, Klevjer K, et al. Perceived efficacy of COVID-19 restrictions, reactions and their impact on mental health during the early phase of the outbreak in six countries. *Royal Society open science*. 2020;7(8):200644.
168. Mækela MJ, Reggev N, Defelipe RP, Dutra N, Tamayo RM, Klevjer K, et al. Identifying Resilience Factors of Distress and Paranoia During the COVID-19 Outbreak in Five Countries. *Frontiers in psychology*. 2021;12:661149.
169. Martínez-Rodríguez TY, Bernal-Gómez SJ, Mora A, Hun N, Reyes-Castillo Z, Valdés-Miramontes EH, et al. Actividad física como conducta auto-reguladora de ansiedad percibida y patrones disfuncionales de la ingesta en época de aislamiento por COVID-19 en latinoamericanos. *Revista chilena de nutrición*. 2021;48(3):347-54.

170. Martínez-Rodríguez TY, Bernal-Gómez SJ, Mora A, Hun N, Reyes-Castillo Z, Valdés-Miramontes EH, et al. Dysfunctional Patterns of Food Intake by Anxiety during Isolation by COVID-19 in Chile, Colombia and Mexico. *International journal of psychological research*. 2021;14(1):48-54.
171. O'Donnell A, Schulte B, Manthey J, Schmidt CS, Piazza M, Chavez IB, et al. Primary care-based screening and management of depression amongst heavy drinking patients: Interim secondary outcomes of a three-country quasi-experimental study in Latin America. *PloS one*. 2021;16(8):e0255594.
172. Passavanti M, Argentieri A, Barbieri DM, Lou B, Wijayaratna K, Foroutan Mirhosseini AS, et al. The psychological impact of COVID-19 and restrictive measures in the world. *Journal of affective disorders*. 2021;283:36-51.
173. Porter C, Favara M, Hittmeyer A, Scott D, Sánchez Jiménez A, Ellanki R, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on anxiety and depression symptoms of young people in the global south: evidence from a four-country cohort study. *BMJ open*. 2021;11(4):e049653.
174. Rodríguez-De Avila UE, Rodrigues-De França F, Jesus Simões MdF. Impacto psicológico y calidad del sueño en la pandemia de COVID-19 en Brasil, Colombia y Portugal. *Duazary*. 2021;18(2):120 - 30.
175. Rosencrans M, Arango P, Sabat C, Buck A, Brown C, Tenorio M, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the health, wellbeing, and access to services of people with intellectual and developmental disabilities. *Research in developmental disabilities*. 2021;114:10398.

## Material Suplementario 1.

### Marco jurídico sobre salud mental y COVID-19 en Latinoamérica

ARGENTINA		
LEGISLACIÓN	INSTITUCIÓN	FECHA DE PUBLICACIÓN
Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657	Ministerio de Salud	3 diciembre 2010
Decreto Reglamentario 603/2013	Poder Ejecutivo Nacional	29 mayo 2013
COVID-19. Recomendaciones sobre la Salud Mental de Niños, Niñas y Adolescentes en Contexto de Pandemia	Ministerio de Salud	1 abril 2020
COVID-19. Recomendaciones para el Cuidado de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental, en Establecimientos Públicos y Privados, por Caso Sospechoso o Confirmado	Ministerio de Salud	8 abril 2020
COVID-19. Recomendaciones para Equipos de Salud en relación a Situaciones de Suicidio y Autolesiones en Adolescentes y Jóvenes durante el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio	Ministerio de Salud	11 mayo 2020
Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias y Desastres: Plan de Acción	Ministerio de Salud	Diciembre 2020
Lineamientos para la Atención de Adolescentes y Jóvenes durante el Curso de la Pandemia COVID-19. Documento para equipos de salud	Ministerio de Salud Dirección de Adolescencias y Juventudes	Diciembre 2020
BOLIVIA		
LEGISLACIÓN	INSTITUCIÓN	FECHA DE PUBLICACIÓN
Reglamento de Salud Mental	Ministerio de Previsión Social y Salud Pública	15 marzo 1982
CHILE		
LEGISLACIÓN	INSTITUCIÓN	FECHA DE PUBLICACIÓN
Consideraciones de Salud Mental y Apoyo Psicosocial durante COVID-19 Versión 1.0	Mesa Técnica de Salud Mental en la Gestión del Riesgo de Desastres Ministerio de Salud	16 marzo 2020
Consideraciones de Salud Mental y Apoyo Psicosocial durante COVID-19: Recomendaciones para la acción Versión 1.0	Mesa Técnica Intersectorial SMAP en la Gestión del Riesgo de Desastres	23 marzo 2020
Consideraciones de Salud Mental y Apoyo Psicosocial durante COVID-19 Versión 2.0	Mesa Técnica de Salud Mental en la Gestión del Riesgo de Desastres Ministerio de Salud	Abril 2020
Salud Mental en Situación de Pandemia. Documento para Mesa Social COVID-19	Gobierno de Chile	Abril 2020
Guía Práctica de Bienestar Emocional. Cuarentena en tiempos de COVID-19	Ministerio de Salud	12 abril 2020
Ley 21.331 del Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas en la Atención de Salud Mental	Ministerio de Salud	11 mayo 2021
COLOMBIA		
LEGISLACIÓN	INSTITUCIÓN	FECHA DE PUBLICACIÓN
Ley No. 1616. "Se expide Ley de Salud Mental y dictan Otras disposiciones"	Congreso de Colombia	21 enero 2013
Lineamientos para abordar Problemas y Trastornos Mentales en Trabajadores de la salud en el Marco del Afrontamiento del Brote del Coronavirus (COVID-19)	Ministerio de Salud y Protección Social	Marzo 2020
Protocolo para Atención Teleasistida de Salud Mental en COVID-19. MTT-PRT-005 Versión 1.0	Ministerio de Salud Pública	18 marzo 2020

Promoción de la Salud Mental en Personas Adultas Mayores en Aislamiento Preventivo frente al Coronavirus (COVID-19)	Ministerio de Salud y Protección Social	Abril 2020
Protocolo Operativización Estratégica de la Salud Mental en Emergencias COVID-19. MTT2-PRTT-018 Versión 1.0	Ministerio de Salud Pública	5 abril 2020
Lineamientos Técnicos para el Cuidado de la Salud Mental de Personas con COVID-19 y sus Familias (Allegados)	Dirección de Promoción y Prevención	27 abril 2020
ECUADOR		
LEGISLACIÓN	INSTITUCIÓN	FECHA DE PUBLICACIÓN
Modelo y Plan Estratégico de Salud Mental (Acuerdo Ministerial 00004927)	Ministerio de Salud Pública	25 julio 2014
Lineamientos Operativos para los Psicólogos y Psiquiatras en los Tres Niveles de Atención	Ministerio de Salud Pública	2015
Protocolo de Atención en Intoxicación Aguda por Opioides y Síndrome de Abstinencia (Acuerdo Ministerial 00005282)	Ministerio de Salud Pública	Julio 2015
Lineamientos Operativos para la Atención Integral a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas y Trastornos Mentales Graves	Ministerio de Salud Pública	2015
Lineamientos Operativos para la Atención Integral a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas en Modalidad Ambulatoria Intensiva en Contextos de Privación de Libertad	Ministerio de Salud Pública	2015
Protocolo de Atención Integral del Consumo Nocivo de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas (Acuerdo Ministerial 00000030)	Ministerio de Salud Pública	2015
Modelo de Atención Integral Residencial para el Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas, en Establecimientos de Salud de Tercer Nivel del Ministerio de Salud Pública	Ministerio de Salud Pública	Octubre 2015
Reglamento para brindar Atención Integral en Salud a Víctimas de Desaparición, sus Familiares y Personas en Condición de No Referir su Identidad. (Acuerdo ministerial 00005307)	Ministerio de Salud Pública	22 Octubre 2015
Acuerdo Ministerial No. 00000080 Normativa Sanitaria para el Control y Vigilancia de los Establecimientos de Salud que prestan Servicios de Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas (ESTAD)	Ministerio de Salud Pública	8 Agosto 2016
Lineamientos Operativos para la Intervención a Personas con Trastornos de la Ingestión de Alimentos: Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, en los Establecimientos del Ministerio de Salud Pública	Ministerio de Salud Pública	2016
Lineamientos Operativos para la Atención de las Unidades de Salud Mental Hospitalarias	Ministerio de Salud Pública	2016
Guía de Salud Mental Comunitaria (Primera Edición)	Ministerio de Salud Pública	2016
Proyecto de Ley de Salud Mental	Asamblea Nacional de la República del Ecuador	7 Noviembre 2019
Proyecto de Ley Orgánica de Salud Mental en el Ecuador	Asamblea Nacional de la República del Ecuador	20 Noviembre 2020
Lineamientos Operativos para la Intervención de Salud Mental en la Emergencia Sanitaria	Ministerio de Salud Pública	Marzo 2020
Guía de Primeros Auxilios Psicológicos y Apoyo Psicosocial para primeros respondientes - SARS-CoV-2/COVID-19	Ministerio de Salud Pública Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud Dirección Nacional de Atención Pre-hospitalaria y Unidades Móviles	Marzo 2020

## EL SALVADOR

LEGISLACIÓN	INSTITUCIÓN	FECHA DE PUBLICACIÓN
Decreto N°716 Ley de Salud Mental	Asamblea Legislativa de la República de El Salvador	29 Junio 2017
Política Nacional de Salud Mental	Ministerio de Salud de El Salvador	8 Octubre 2018
Decreto N°29 Reglamento de la Ley de Salud Mental	Asamblea Legislativa de la República de El Salvador	23 Mayo 2019
Lineamientos Técnicos para la Atención en Salud Mental por Servicio en Línea (Telesalud) en el Marco de la Emergencia por COVID-19	Ministerio de Salud	Abril 2020

## GUATEMALA

LEGISLACIÓN	INSTITUCIÓN	FECHA DE PUBLICACIÓN
Ley de atención a las personas con discapacidad. Decreto N°135-96	Congreso de la República de Guatemala	9 Septiembre 1997
Lineamientos para el Cuidado de la Salud Mental Dirigido a Proveedores de Salud. PANDEMIA COVID-19	Ministerio de Salud	Abril 2020

## MÉXICO

LEGISLACIÓN	INSTITUCIÓN	FECHA DE PUBLICACIÓN
Ley General de Salud	Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión	7 febrero 1984
Ley para la Protección de las Personas con Deficiencia Mental	H. Congreso del Estado de Durango	25 noviembre 1993
Ley de Salud para el Estado de Baja California Sur	H. Congreso del Estado de Baja California Sur	31 Diciembre 2004
Ley de Salud Mental del Distrito Federal	Asamblea Legislativa del Distrito Federal	23 Febrero 2011
Ley de Salud Mental del Estado de Morelos	H. Congreso del Estado de Morelos	12 Octubre 2011
Ley Número 1212 de Salud del Estado de Guerrero	H. Congreso del Estado de Guerrero	4 Diciembre 2012
Ley de Salud Mental del Estado de Sonora	H. Congreso del Estado de Sonora	16 Diciembre 2013
Ley de Salud Mental para el Estado de Jalisco	H. Congreso del Estado de Jalisco	4 Enero 2014
Ley de Salud Mental del Estado de Michoacán de Ocampo	H. Congreso del Estado de Michoacán	12 Septiembre 2014
NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica	Secretaría de Salud	28 Julio 2015
Ley de Salud Mental del Estado de Querétaro	H. Congreso del Estado de Querétaro	22 Septiembre 2017
Ley de Salud Mental del Estado de Sinaloa	H. Congreso del Estado de Sinaloa	27 Diciembre 2017
Ley de Salud Mental del Estado de Baja California	H. Congreso del Estado de Baja California	23 Febrero 2018
Ley de Salud Mental para el Estado de Nuevo León	H. Congreso del Estado de Nuevo León	9 Mayo 2018
Ley de Salud Mental del Estado de Chihuahua	H. Congreso del Estado de Chihuahua	13 Junio 2018
Ley de Salud Mental del Estado de Zacatecas	H. Congreso del Estado de Zacatecas	7 Julio de 2018
Ley de Salud Mental del Estado de Yucatán	H. Congreso del Estado de Yucatán	27 Agosto 2018
Ley de Salud Mental del Estado de San Luis Potosí	H. Congreso del Estado de San Luis Potosí	30 Agosto 2018
Ley de Salud Mental para el Estado de Campeche	H. Congreso del Estado de Campeche	16 Octubre 2018
Ley de Salud Mental y Bienestar de las personas con Trastornos Mentales para el Estado de Coahuila de Zaragoza	H. Congreso del Estado de Coahuila	18 Diciembre 2020

Ley de Salud Mental del Estado de Quintana Roo	H. Congreso del Estado de Quintana Roo	21 Diciembre 2020
Programa Anual de Trabajo 2021	Secretaría de Salud	2021
Recomendaciones para padres, madres y cuidadores de niñas, niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista (TEA) Durante la contingencia COVID-19	Secretaría de Salud	Abril 2020
Recomendaciones y estrategias generales para la protección y la atención a la salud mental del personal sanitario que opera en los centros COVID y otras instalaciones que prestan atención a los casos sospechosos o confirmados	Secretaría de Salud	Mayo 2020
Lineamientos de respuesta y de acción en salud mental y adicciones para el apoyo psicosocial durante la pandemia por COVID-10 en México	Secretaría de Salud	Mayo 2020
Documentos de apoyo para personas que conviven con pacientes del TEA (Trastorno del Espectro Autista)	Secretaría de Salud	Mayo 2020
Cuestionario para la detección de riesgos a la salud mental. COVID-19	Secretaría de Salud	2021
PARAGUAY		
LEGISLACIÓN	INSTITUCIÓN	FECHA DE PUBLICACIÓN
Proyecto de Ley de Salud Mental	Ministerio de Salud	S.D.
Lineamientos para asistencia telefónica en apoyo psicosocial y salud mental durante el brote de COVID-19	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social	S.D.
Recomendaciones psicosociales y de salud mental en el contexto del COVID-19	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social	S.D.
PERÚ		
LEGISLACIÓN	INSTITUCIÓN	FECHA DE PUBLICACIÓN
Reglamento de la Ley N°29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas mentales. (Decreto Supremo N°033-2015-SA)	Ministerio de Salud	24 junio 2012 Derogada el 23 mayo 2015
Ley N° 30947. Ley de Salud Mental	Congreso de la República	23 Mayo 2019
Ley que Modifica la Ley N°30947, Ley de la Salud Mental	Congreso de la República	23 Mayo 2021
Guía técnica para el cuidado de la salud mental de la población afectada, familias y comunidad, en el contexto del COVID-19. Guía Técnica	Ministerio de Salud	Abril 2020
Guía técnica para el cuidado de la salud mental del personal de la salud en el contexto del COVID-19	Ministerio de Salud	Abril 2020
Plan de Salud Mental Perú, 2020-2021. (En el contexto COVID-19)	Ministerio de Salud	Julio 2020
Guía técnica para el cuidado de la salud mental de la población afectada, familias y comunidad, en el contexto del COVID-19. Especificaciones para la atención de la salud mental de niñas, niños y adolescentes	Ministerio de Salud	Agosto 2020
REPÚBLICA DOMINICANA		
LEGISLACIÓN	INSTITUCIÓN	FECHA DE PUBLICACIÓN
Ley sobre Salud Mental N°12-06	Congreso Nacional	3 Febrero 2006
Documentos Técnicos de Apoyo Psicosocial en Emergencias y Desastres. 1. Primera ayuda psicológica en situación de emergencias y desastres	Ministerio de Salud Pública	2020
Documentos Técnicos de Apoyo Psicosocial en Emergencias y Desastres. 2. Salud mental en situaciones de epidemias	Ministerio de Salud Pública	2020

Documentos Técnicos de Apoyo Psicosocial en Emergencias y Desastres. <b>3. Protección de la salud mental de los equipos de respuesta</b>	Ministerio de Salud Pública	2020
Documentos técnicos de apoyo psicosocial en emergencias y desastres. <b>4. Lineamientos para la atención de personas que requieran hospitalización en salud mental en el marco de la pandemia por SARS COV-20 COVID-19</b>	Ministerio de Salud Pública	Mayo 2020
<b>URUGUAY</b>		
<b>LEGISLACIÓN</b>	<b>INSTITUCIÓN</b>	<b>FECHA DE PUBLICACIÓN</b>
Ley N° 19.529. Ley de Salud Mental	Cámara de Representantes de la República Oriental de Uruguay	8 Agosto 2017



## Material suplementario 2.

### Revisión de los estudios sobre la salud mental derivados de la pandemia de COVID-19

Estudio	País	Método (tamaño de la muestra)	Principales resultados
<b>Badellino H et al. (2020)</b> Early indicators and risk factors associated with mental health problems during COVID-19 quarantine: Is there a relationship with the number of confirmed cases and deaths? (55)	Argentina	Encuesta por Internet (1.985 adultos)	El 62,4% de la población encuestada manifestó signos de malestar psicológico. Ser mujer, tener entre 18 y 27 años, vivir con miembros de la familia o con la pareja, fumar y tener una mala calidad de sueño fueron los factores de riesgo más importantes.
<b>Ballivian J et al. (2020)</b> Impact of COVID-19-related stress and lockdown on mental health among people living with HIV in Argentina (56)	Argentina	Encuesta en línea (1.336 personas adultas viviendo con VIH)	El impacto de los trastornos económicos en la salud mental $\Delta F(1,1321) = 8,86, P = 0,003$ y la soledad $\Delta F(1,1326) = 5,77, P = 0,016$ fue amortiguado por la resiliencia. Una interacción de tres vías entre la amortiguación de la resiliencia, el estrés y el sexo fue significativa $\Delta F(1,1325) = 4,76, P = 0,029$ . Los participantes informaron de una adherencia a la medicación inferior a la excelente (33%), de la interrupción de los servicios de salud mental (11%) y de la interrupción del tratamiento por abuso de sustancias (1,3%) durante el encierro.
<b>Canet-Juric L et al. (2020)</b> A Longitudinal Study on the Emotional Impact Cause by the COVID-19 Pandemic Quarantine on General Population (57)	Argentina	Estudio longitudinal (6.057 adultos)	Tras dos semanas de cuarentena, se observó un pequeño aumento de los síntomas depresivos. Por otro lado, se observó una disminución de la ansiedad y del afecto negativo y positivo, también con un tamaño del efecto pequeño.
<b>Elisondo RC (2021)</b> Creative activities, emotions, and resilience during the COVID-19 pandemic: a longitudinal study from Argentina (58)	Argentina	Estudio longitudinal, cuestionario en línea y entrevistas semiestructuradas (305 participantes)	En abril de 2020, las emociones positivas se asociaron al desarrollo de actividades creativas. En septiembre de 2020, se observó un predominio de las emociones negativas que estaban relacionadas con las dificultades económicas, familiares y personales. Sin embargo, también se encontraron algunas emociones positivas que están relacionadas con el desarrollo de nuevos emprendimientos y la consolidación de hábitos saludables y sostenibles.
<b>Fasano MV et al. (2021)</b> Consequences of lockdown during COVID-19 pandemic in lifestyle and emotional state of children in Argentina (59)	Argentina	Encuesta en línea (814 padres con hijos entre 4 y 11 años)	Según los padres, el 69,5% de los niños mostró cambios en su estado emocional, el 55,3% alteró su rutina y el 62,6% mostró trastornos del sueño. Las familias con menor nivel socioeconómico estaban más preocupadas por la salud, la escasez de alimentos y los ingresos del hogar ( $p < 0,01$ ). La preocupación de los padres y de los hijos por los alimentos/artículos esenciales estaba muy asociada [OR (IC 95%) 13,0 (6,81, 26,5), $p < 0,01$ ]. El estado emocional adverso de los niños se asoció con el sentimiento de soledad de los padres ( $r = 0,35$ ) y se asoció inversamente con el mantenimiento de una rutina ( $r = -0,11$ ). Los cambios en el sueño se asociaron inversamente con mantener una rutina y tener un balcón/jardín ( $r = -0,53$ y $-0,16$ ).

Estudio	País	Método (tamaño de la muestra)	Principales resultados
<b>Fernández RS et al. (2020)</b> Psychological distress associated with COVID-19 quarantine: Latent profile analysis, outcome prediction and mediation analysis (60)	Argentina	Encuesta en línea (4.408 participantes)	Se identificaron tres clases latentes definidas por el nivel de gravedad de los síntomas. La mayoría de los individuos se clasificaron en las clases leve (40,9%) y grave (41,0%). Los participantes informaron de síntomas elevados de ansiedad fóbica (41,3%), ansiedad (31,8%), depresión (27,5%), angustia general (27,1%), obsesión-compulsión (25,1%) y hostilidad (13,7%). Los análisis de regresión logística revelaron principalmente que las mujeres, los individuos jóvenes, los que tenían un diagnóstico psiquiátrico previo o un trauma, los que tenían niveles elevados de neurosis de rasgo y el miedo relacionado con el COVID, eran los que tenían un mayor riesgo de padecer malestar psicológico. Por el contrario, los adultos, los casados, los que hacían ejercicio, los que tenían ingresos de clase alta, los que tenían altos niveles de rasgo-resiliencia y los que tenían habilidades de afrontamiento, eran los más protegidos. El análisis de mediación mostró que las medidas de estado mediaban la asociación entre las medidas de rasgo y la pertenencia a una clase.
<b>Giardino DL et al (2020)</b> The endless quarantine: the impact of the COVID-19 outbreak on healthcare workers after three months of mandatory social isolation in Argentina (61)	Argentina	Encuesta en línea (1.059 trabajadores sanitarios)	La mayoría informó de síntomas de depresión (810%), ansiedad (765%), mala calidad del sueño (847%) e insomnio (737%), y el 589% sufría pesadillas.
<b>Guercovich A et al. (2021)</b> Burnout syndrome in medical oncologists during the COVID-19 pandemic: Argentinian national survey (62)	Argentina	Cuestionario (188 médicos oncólogos)	El 25% (43) de los sujetos informó de niveles elevados de despersonalización (DP), el 39,9% (75) de niveles elevados de agotamiento emocional (AE) y el 53,7% (101) de niveles bajos de logro personal (LP). El 14,9% (28) cumplía los criterios de burnout (BO) Maslach. Comparamos este resultado con otras herramientas de evaluación del burnout. Utilizando la herramienta de Gil-Monte y Neira, los dominios asociados al BO estaban alterados en el 77,1%, 42% y 42% para los dominios de AE, DP y LP, respectivamente. Concomitantemente, bajo la evaluación de Neira se apreciaba una alteración de los dominios en el 77,1%, 76% y 54% respectivamente. El 30,3% (57) cumplía los criterios de BO según Gil-Monte y el 47,9% (90) según Neira.
<b>Herrera-Paz JJ et al. (2020)</b> Impacto psicosocial de la pandemia por COVID-19 en adultos de Buenos Aires (63)	Argentina	Encuesta en línea (2.912 personas, excepto personal médico)	El 43,53% percibieron modificaciones en sus hábitos de vida, como el aumento en las horas frente a dispositivos electrónicos, que se duplicó en la cuarentena. Esto se acompañó de mayor sedentarismo: el 83,5% hacía ejercicio antes de la pandemia, pero solo el 6,4% mantuvo la cantidad de horas semanales de ejercicio que hacía antes del aislamiento. El 43,52% presentó alteración en sus hábitos alimenticios y el 41% refirió síntomas compatibles con depresión, ansiedad, tristeza, falta de voluntad o desesperanza.
<b>Johnson MC et al. (2020)</b> Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina (64)	Argentina	Cuestionario en línea (992 adultos en la primera ola y 418 en la segunda)	Como resultados se advierte que la población encuestada siente incertidumbre, miedo y angustia, pero también emerge un sentimiento de responsabilidad y cuidado frente al COVID-19. Así mismo se destacan sentimientos positivos para la sociedad como una valoración de la interdependencia social. Los resultados arribados señalan que el impacto en la salud mental es desigual según el género, el nivel educativo alcanzado y el confort percibido en el hogar. El estudio permite concluir que las dimensiones emocionales y vinculares de las personas resultan aspectos centrales ante la pandemia del COVID-19 en Argentina.

Estudio	País	Método (tamaño de la muestra)	Principales resultados
<b>Lopez-Morales H et al (2020)</b> Mental health of pregnant women during the COVID-19 pandemic: A longitudinal study (65)	Argentina	Estudio longitudinal (204 mujeres - 102 embarazadas, 102 no embarazadas)	Durante un periodo de 50 días de cuarentena, todas las mujeres mostraron un aumento gradual de los indicadores psicopatológicos y una disminución del afecto positivo. Las mujeres embarazadas mostraron un aumento más pronunciado de la depresión, la ansiedad y el afecto negativo que las no embarazadas.
<b>Lopez Steinmetz LC et al. (2020)</b> Levels and predictors of depression, anxiety, and suicidal risk during COVID-19 pandemic in Argentina: the impacts of quarantine extensions on mental health state (66)	Argentina	Encuestas en línea (1.100 adultos)	El 29,64% estaba deprimido, el 48,55% y el 47,91% tenía una ansiedad de estado y una ansiedad de rasgo elevadas, respectivamente, y el 42,27% tenía niveles preocupantes de riesgo de suicidio (19,36% riesgo elevado, 22,91% riesgo moderado).
<b>Lopez Steinmetz LC et al. (2021)</b> Longitudinal evidence on mental health changes of college students with and without mental disorder background during the Argentina's lengthy mandatory quarantine (67)	Argentina	Estudio longitudinal (N = 1.615 estudiantes universitarios, 26% con antecedentes de trastornos mentales).	El sexo (mujer) y la edad (más joven) fueron predictores significativos de una peor salud mental sólo en los estudiantes universitarios sin antecedentes de trastornos mentales. Tener algún antecedente de conducta suicida predijo significativamente una peor salud mental en los estudiantes universitarios con y sin antecedentes de trastornos mentales. La soledad y la región de residencia no fueron estadísticamente significativas. En las comparaciones entre grupos, los estudiantes universitarios con antecedentes de trastornos mentales tenían peor salud mental que los que no tenían dichos antecedentes. Sin embargo, en las comparaciones entre sujetos, no se produjeron cambios estadísticamente significativos a lo largo del tiempo en la salud mental de los estudiantes universitarios con antecedentes de trastornos mentales. Por el contrario, se produjeron cambios significativos en los que no tenían dichos antecedentes, pero sólo cuando se consideró la interacción entre el tiempo y la duración de la cuarentena. El empeoramiento de la salud mental se produjo durante las fases de cuarentena más restrictivas, mientras que algunas de las remisiones se produjeron durante las más largas, pero menos restrictivas.
<b>Pereira ADL et al. (2021)</b> Efectos del confinamiento social, preventivo y obligatorio sobre la salud física y psíquica de los comodorenses (68)	Argentina	Cuestionario en línea (1.093 adultos)	El confinamiento social, preventivo y obligatorio afectó la salud física y psíquica de los comodorenses, aumentando la inactividad física, los factores de riesgo asociado, modificando los hábitos alimentarios, afectando la calidad del sueño y provocando situaciones de inestabilidad emocional y repercusión económica.
<b>Picco J et al. (2020)</b> Aspectos psicosociales de la pandemia COVID-19 en la población de la ciudad de Mendoza (69)	Argentina	Encuesta en línea (915 personas)	El 80,7% de la población encuestada realizó ejercicio durante el tiempo de confinamiento, pero solo el 3,8% mantuvo la cantidad de horas previas de ejercicio semanal. El 44% de las personas aumentó el tiempo que pasaba frente a una pantalla y el 61% alteró sus hábitos alimentarios saludables. Al menos el 60% de la población encuestada refirió síntomas compatibles con depresión, ansiedad, tristeza, falta de voluntad o desesperanza.
<b>Rodríguez Ceberio M et al. (2021)</b> COVID-19: ansiedad de rasgo y estado en una población seleccionada de Argentina en un contexto de cuarentena extendida (70)	Argentina	Cuestionarios en línea (712 personas de 3 grupos: profesionales de la salud, personas con otras profesiones de riesgo y personas que desarrollan actividades sin riesgo específico vinculado)	Se observaron niveles bajos de ansiedad en general, pero las mujeres mostraron valores de ansiedad más altos que los hombres. Se detectaron diferencias significativas del 5% en el caso de las mujeres, resultando los valores medios de ansiedad de estado superiores a los valores medios de ansiedad de rasgo para todos los subgrupos analizados.

Estudio	País	Método (tamaño de la muestra)	Principales resultados
<b>Schnaiderman D et al. (2021)</b> Psychological impact of COVID-19 lockdown in children and adolescents from San Carlos de Bariloche, Argentina: Parents' perspective (71)	Argentina	Cuestionario (267 padres)	El 96,3% notó cambios emocionales y de comportamiento. Los más comunes fueron que sus hijos estaban más aburridos (76,8%), más irritables (59,2%), más reacios (56,9%) y más enfadados (54,7%). Se observó que se levantaban y se acostaban más tarde, y que dormían 30 minutos más. Además, el uso de la pantalla en el tiempo libre aumentó en 3 horas entre semana. El tiempo dedicado a las actividades físicas no cambió, pero sí el tipo de actividades: la natación y los deportes de equipo fueron sustituidos por el ciclismo, el senderismo y el esquí.
<b>Torrente F et al. (2020)</b> Sooner than you think: A very early affective reaction to the COVID-19 pandemic and quarantine in Argentina (72)	Argentina	Encuesta en línea (10.053 adultos)	El 33,7% de la muestra obtuvo una puntuación superior al punto de corte del PHQ-9 para el posible diagnóstico de un trastorno depresivo y el 23,2% para un trastorno de ansiedad. El 28,6% de los participantes experimentó niveles moderados y graves de síntomas depresivos y el 23,2% mostró niveles moderados y graves de ansiedad.
<b>Borda Riveros N et al. (2021)</b> Autocontrol, preocupación, desesperanza y nivel socio-económico en un contexto de pandemia por COVID19 (73)	Bolivia	Cuestionarios en línea (427 adultos)	Preocupación y desesperanza tiene una relación positiva. El autocontrol se relaciona negativamente con preocupación y desesperanza. Los niveles de preocupación son mayores en mujeres, en personas más jóvenes, con menor nivel educacional, en las que no tienen trabajo o que su trabajo no es estable o seguro y en las que no tienen ingresos o dependen de alguien.
<b>de Urioste Nardín R (2020)</b> COVID 19, Bolivia: Estado Emocional, Percepción, Acatamiento, Expectativas y Propuestas (74)	Bolivia	Cuestionario en línea (95 adultos)	El estado emocional general de los participantes en el estudio es positivo. Sin embargo, pese a este resultado general, se observa que hay aspectos que sí han afectado el estado emocional negativamente, como son la reducción de los ingresos, los problemas de salud, la expectativa de ingresos futuros y la gestión del gobierno y de los partidos políticos.
<b>Cabieses B et al. (2021)</b> Feeling prepared to face COVID-19 pandemic among Venezuelans in Chile: findings from an opinion poll (75)	Chile	Encuesta autoaplicada en línea (1.008 venezolanos)	65% de los participantes venezolanos informaron no sentirse preparados para la pandemia. En comparación con los migrantes venezolanos que se sienten preparados para enfrentar la pandemia de COVID-19, los migrantes venezolanos que reportaron no sentirse preparados eran en mayor proporción mujeres, con nivel de educación secundaria, habían llegado a Chile en el último año, no tienen trabajo, pero quieren trabajar, y pertenecer a la prestación sanitaria pública.
<b>Carvacho R et al. (2021)</b> Efectos del confinamiento por COVID-19 en la salud mental de estudiantes de educación superior en Chile (76)	Chile	Cuestionarios en línea (315 estudiantes universitarios durante 2016 y 301 durante 2020)	Se observó un aumento de la depresión en 2020 con respecto al 2016. Las mujeres y los estudiantes de primer año parecen ser grupos de alto riesgo para desarrollar síntomas depresivos.
<b>Dagnino P et al. (2020)</b> Psychological Effects of Social Isolation Due to Quarantine in Chile: An Exploratory Study (77)	Chile	Cuestionario en línea (3.919 adultos)	Los principales impactos psicológicos percibidos fueron la preocupación (67%) y la ansiedad (60%). Las preocupaciones futuras fueron: salud general (55,3%), empleo (53,1%) y finanzas (49,8%). Los participantes más jóvenes tuvieron un mayor impacto psicológico percibido ( $p < 0,01$ ) y preocupaciones por el empleo, las finanzas, la salud mental, el estigma y la salud general ( $p < 0,001$ ). Las mujeres informaron de un mayor impacto psicológico percibido que los hombres ( $p < 0,05$ ). Los hombres informaron principalmente de aburrimiento ( $\chi^2 = 11,82$ , $gl = 1$ , $p < 0,001$ ). Casi la mitad de los participantes (43,8%) consideraba que iba a necesitar apoyo emocional después de esta pandemia, y estos son los que también mostraron mayor impacto psicológico percibido ( $p < 0,001$ ).

Estudio	País	Método (tamaño de la muestra)	Principales resultados
<b>Duclos-Bastías D et al. (2021)</b> Impact of COVID-19 on sustainable university sports: Analysis of physical activity and positive and negative affects in athletes (78)	Chile	Cuestionario en línea (254 atletas estudiantes universitarios)	El mantenimiento de la frecuencia del entrenamiento físico durante la pandemia se asoció con una preservación de los niveles de Afecto Positivo y Afecto Negativo en comparación con el periodo no pandémico. El entrenamiento de actividad física fue protector del bienestar emocional y, por lo tanto, de la salud mental.
<b>Estrada-Muñoz C et al. (2021)</b> Technostress of Chilean Teachers in the Context of the COVID-19 Pandemic and Teleworking (79)	Chile	Cuestionario en línea (3.006 profesores)	El 11% de los profesores revelan ansiedad tecnológica y el 7,2%, fatiga tecnológica. Combinando ambas manifestaciones, encontramos que el 6,8% de los profesores están tecnostresados. Por último, los factores de fatiga y ansiedad son más elevados en el caso de las profesoras.
<b>González-Tovar M &amp; Hernández-Rodríguez S (2021)</b> COVID-19 and Emotional Variables in a Sample of Chileans (80)	Chile	Cuestionario en línea (297 adultos)	Los resultados revelaron diferencias de edad en la expresividad emocional y el tipo de afectos experimentados. La expresión de emociones se vio más afectada por los afectos negativos, la edad y el género de las personas. Mientras que la evitación de esta expresión emocional, por la edad y los afectos tanto positivos como negativos. La edad fue un predictor significativo de la expresividad emocional.
<b>Guzmán-Muñoz E et al. (2020)</b> Factores asociados a una baja calidad de vida en adultos chilenos durante la cuarentena por COVID-19 (81)	Chile	Cuestionario en línea (1.082 adultos)	Los factores que aumentaron la probabilidad de tener una menor percepción de salud general fueron ser mujer (Odds ratio (OR) = 1,29; p = 0,05), ser físicamente inactivo (OR = 2,76 p < 0,01), dormir pocas horas (OR = 1,58; p < 0,01), fumar (OR = 1,59; p < 0,01) y comer comida basura (OR = 2,26; p < 0,01). Para las demás dimensiones de la calidad de vida, los factores que más se repitieron fueron ser mujer, el consumo de comida basura y ser físicamente inactivo y sedentario.
<b>Herrera MS et al. (2021)</b> A longitudinal study monitoring the quality of life in a national cohort of older adults in Chile before and during the COVID-19 outbreak (82)	Chile	Estudio longitudinal (720 personas adultas mayores)	En el panel, no hubo variación en la salud autocalificada. Los síntomas de salud que empeoraron fueron los problemas de memoria, estómago y estado de ánimo. Los síntomas depresivos y la ansiedad aumentaron; asimismo, aumentaron los usuarios de smartphones, los contactos sociales, la coresidencia intergeneracional y la resiliencia. La muestra de seguimiento telefónico tenía un nivel educativo más alto y un mayor uso de smartphones que los no incluidos en la submuestra.
<b>Jorquera Gutiérrez R &amp; Herrera Gallardo F (2020)</b> Salud mental en funcionarios de una universidad chilena: desafíos en el contexto de la COVID-19 (83)	Chile	Cuestionarios en línea (192 funcionarios académicos y no académicos de una universidad)	Los resultados muestran la presencia de estrés en un 55,7% de los funcionarios, depresión en un 26% de ellos y ansiedad en un 29,2%. Los mayores índices de estrés se observa en mujeres, académicos, menores de 40 años, y en trabajadores a contrata. Se verificó empíricamente el ajuste de un modelo predictivo que permitió evidenciar que la sobrecarga laboral percibida permite explicar el agotamiento laboral, y, a su vez, esta variable predice el estrés evidenciado por los funcionarios de la Universidad.

Estudio	País	Método (tamaño de la muestra)	Principales resultados
<b>Lizana PA &amp; Vega-Fernandez G (2021)</b> Teacher Teleworking during the COVID-19 Pandemic: Association between Work Hours, Work-Family Balance and Quality of Life (84)	Chile	Cuestionario en línea (336 profesores)	Los profesores tenían una puntuación de Calidad de Vida baja, asociada a la edad ( $p < 0,05$ ). Los profesores que tenían $\leq 44$ años mostraron menores riesgos de deterioro en el Resumen del Componente Físico (OR: 0,54) que el grupo de edad $\geq 45$ años; simultáneamente, el grupo más joven ( $\leq 44$ años) tenía un mayor riesgo (OR: 2,46) de deterioro en el Resumen del Componente Mental que los profesores mayores de 45 años. Un 78,7% de los profesores informó haber aumentado sus horas de trabajo durante la pandemia de COVID-19 debido al teletrabajo y el 86% indicó efectos negativos en su equilibrio trabajo-familia. Las horas de trabajo durante la pandemia y el equilibrio trabajo-familia negativo aumentan el riesgo de reducir el Resumen del Componente Mental (OR: 1,902; OR: 3,996, respectivamente).
<b>Lizana PA et al. (2021)</b> Impact of the COVID-19 Pandemic on Teacher Quality of Life: A Longitudinal Study from before and during the Health Crisis (85)	Chile	Estudio longitudinal (63 profesores)	Las variables sociodemográficas no presentaron variaciones significativas en las comparaciones entre la prepandemia y la pandemia. La calidad de vida, sin embargo, mostró una disminución significativa durante la pandemia en comparación con la medición prepandémica ( $p < 0,01$ ). En cada género, hubo diferencias significativas entre los periodos prepandémico y pandémico, con un mayor impacto entre las mujeres en las variables de resumen del componente mental y físico y en siete de las ocho escalas de Calidad de Vida ( $p < 0,01$ ). Entre las categorías de edad, los menores de 45 años presentaron diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) entre los marcos temporales prepandémico y pandémico en todas las dimensiones y mediciones de resumen.
<b>Núñez A et al. (2021)</b> Factors affecting the behavior of children with ASD during the first outbreak of the COVID-19 pandemic (86)	Chile	Encuesta en línea (118 padres con hijos con trastorno del espectro autista)	El 45% de los padres declaró que las dificultades de comportamiento de sus hijos aumentaron en intensidad o frecuencia. Los predictores ajustados fueron tener un miembro de la familia hospitalizado con COVID-19 (OR = 4,11; IC 95% = 1,53-11,1) y los trastornos mentales de los padres durante la pandemia (OR = 2,43; IC 95% = 1,01-5,83).
<b>Palma-Vasquez C et al. (2021)</b> Mental Health of Teachers Who Have Teleworked Due to COVID-19 (87)	Chile	Cuestionario (278 profesores)	Se identificó una alta tasa de mala salud mental en los profesores (58%). Las variables asociadas a una mala salud mental fueron trabajar en un centro educativo privado-subsidiado (aOR = 2,89; IC 95%: 1,16-7,22), trabajar dos o más horas extras no remuneradas (aOR = 2,25; IC 95%: 1,11-4,59) y estar ausente por enfermedad (aOR = 3,82; IC 95%: 1,53-9,58).
<b>Ramirez S et al. (2021)</b> Brief Research Report: The Association Between Educational Experiences and Covid-19 Pandemic-Related Variables, and Mental Health Among Children and Adolescents (88)	Chile	Encuesta en línea (979 estudiantes)	Las experiencias educativas positivas, principalmente el auto-concepto académico, redujeron la probabilidad de problemas de salud mental y aumentaron el bienestar. Entre las variables relacionadas con Covid-19, practicar la meditación o rezar redujo los problemas emocionales, mientras que tener problemas familiares o de salud aumentó los problemas emocionales entre los adolescentes. No se encontró una asociación clara entre las variables de experiencias relacionadas con Covid-19 entre los niños.
<b>Riera-Negre L et al. (2021)</b> Self-Perception of Quality of Life and Emotional Well-Being among Students Attending Hospital Classrooms during COVID-19 Pandemic (89)	Chile	Cuestionario en línea (248 alumnos de aulas hospitalarias)	Los resultados muestran puntuaciones similares en los niños con enfermedades mentales y en los que tienen otras condiciones de salud. En comparación con un año antes, los estudiantes califican su salud general como igual o algo mejor ahora, además de manifestar una visión optimista del futuro en relación con la pandemia.

Estudio	País	Método (tamaño de la muestra)	Principales resultados
<b>Sáez-Delgado F et al. (2020)</b> Caracterización psicosocial y salud mental en familias de escolares chilenos durante el aislamiento físico por la Covid-19 (90)	Chile	Encuesta en línea (8.102 familias y en segunda etapa 59)	Los escolares han sentido ansiedad, miedos nocturnos, mal humor o agresividad, varios no han realizado tareas escolares y reportaron dificultades motivacionales, la mayoría no ha dedicado suficiente tiempo al estudio y se han dedicado a ver series. En la segunda etapa, el 57,6% de los padres y madres presentó ansiedad severa, el 50,8% estrés y un 83% depresión.
<b>Salazar-Fernández C et al. (2021)</b> COVID-19 Perceived Impact and Psychological Variables as Predictors of Unhealthy Food and Alcohol Consumption Trajectories: The Role of Gender and Living with Children as Moderators (91)	Chile	Estudio longitudinal (1.038 participantes de dos universidades, personal y estudiantes).	Un mayor impacto percibido en la salud e interpersonal COVID-19, una edad más joven y menores síntomas de depresión se asociaron con aumentos más rápidos en el tiempo en el consumo de alimentos poco saludables. Por otro lado, el mayor impacto económico percibido de COVID-19 y la edad más avanzada se asociaron con disminuciones diacrónicas más rápidas en el consumo de alcohol. El género y el hecho de vivir con o sin hijos, sólo en el caso de las mujeres, fueron moderadores de estas trayectorias. Este estudio longitudinal proporciona pruebas sólidas que identifican las múltiples repercusiones de la COVID-19 y los factores de salud mental en el consumo de alimentos y alcohol no saludables. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de realizar intervenciones dirigidas a minimizar el impacto de la pandemia sobre el consumo de alimentos poco saludables y de alcohol a lo largo del tiempo.
<b>Urzúa A et al. (2020)</b> Salud mental en trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 en Chile (92)	Chile	Encuestas en línea (125 trabajadores de la salud)	El 65% informó de síntomas de depresión, el 74% de ansiedad, el 65% de insomnio y el 57% de angustia. Los médicos tenían puntuaciones medias más bajas en todas las escalas que las enfermeras y otros profesionales sanitarios. Los profesionales que atendían a pacientes con infecciones respiratorias o con COVID-19 tenían puntuaciones medias más altas en las escalas que sus homólogos.
<b>Caballero-Domínguez CC et al. (2021a)</b> Social capital and psychological distress during Colombian coronavirus disease lockdown (93)	Colombia	Encuesta en línea (700 adultos)	Bajo capital social se asoció con el riesgo de depresión (odds ratio [OR] = 2,00; intervalo de confianza [IC] del 95% = 1,34-2,97), elevado riesgo de suicidio (OR = 2,62; IC del 95% = 1,40-4,91), elevado estrés percibido relacionado con la enfermedad por coronavirus (OR = 2,08; IC del 95%, 1,15-3,76) y riesgo de insomnio (OR = 2,42; IC del 95% = 1,69-3,47).
<b>Caballero-Domínguez CC et al. (2021b)</b> Risk of a Major Depressive Episode in Asthma and COPD Patients Amidst Colombian SAR-CoV-2 Confinement (94)	Colombia	Cuestionario en línea (277 pacientes con asma)	El 30,7% de los pacientes durante el último mes informó de un riesgo de depresión mayor, y se asoció con una historia de trastorno depresivo mayor (OR=4,39; IC del 95%: 1,53-12,67) y comorbilidad médica (OR=1,69; IC del 95%: 1,00-2,86).
<b>Garcés-Prettel M et al. (2021)</b> Social representations of media reception during the COVID-19 lockdown in Colombia: from messages to meanings (95)	Colombia	Estudio mixto (80 entrevistas y 1.068 encuestas online)	En la fase cualitativa se encontró que los programas o mensajes recibidos fueron representados positivamente, cuando provienen de la recepción de entretenimiento audiovisual y contribuye a la unidad familiar y a reducir el estrés en la cuarentena. De modo contrario, la recepción mediática fue representada negativamente, cuando los mensajes o noticias recibidas provienen del periodismo o las redes sociales y aumenta la desinformación, la angustia y el miedo al contagio. En la fase cuantitativa se encontró que la recepción mediática disminuyó a medida que transcurría la cuarentena, debido a la sobresaturación informativa y a la proliferación de noticias que enfatizan los riesgos de la COVID-19.

Estudio	País	Método (tamaño de la muestra)	Principales resultados
<b>Mesurado B et al. (2021)</b> Do Positive Emotions Make You More Prosocial? Direct and Indirect Effects of an Intervention Program on Prosociality in Colombian Adolescents During Social Isolation Due to COVID-19 (96)	Colombia	Estudio aleatorizado por cluster (100 adolescentes en grupo de intervención y 11 en grupo control)	Los resultados indicaron que el programa aumentó la alegría, la gratitud, la serenidad y la satisfacción personal, pero no la simpatía de quienes participaron en la intervención. La promoción de estas emociones positivas predispuso a los adolescentes colombianos a actuar prosocialmente. Además, el programa también fue eficaz para promover directamente conductas prosociales en los adolescentes durante el aislamiento social, como se observó a través de una diferencia estadísticamente significativa en las evaluaciones previas y posteriores a la intervención entre los grupos de control y de intervención. La estructura de la intervención acercó a los adolescentes a situaciones sociales a las que el aislamiento les había limitado el acceso, promoviendo la importancia de la cercanía y la solidaridad con los demás dentro de las complejidades del contexto de confinamiento social.
<b>Monterrosa-Castro A et al. (2020)</b> Psychosocial factors associated with symptoms of generalized anxiety disorder in general practitioners during the COVID-19 pandemic (97)	Colombia	Encuesta en línea (531 médicos de cabecera)	Se identificaron síntomas de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) en 4 de cada 10 médicos generales colombianos.
<b>Moya A et al. (2021)</b> The COVID-19 pandemic and maternal mental health in a fragile and conflict-affected setting in Tumaco, Colombia: a cohort study (98)	Colombia	Estudio de cohorte, se utilizaron datos longitudinales de un programa de apoyo psicosocial en el que se asignaron aleatoriamente 1.376 cuidadores en cuatro cohortes secuenciales	Los resultados mostraron que la probabilidad de notificar síntomas por encima del umbral de riesgo aumentaba en 14 puntos porcentuales en el caso de la ansiedad (IC 95%: 10-17), en 5 puntos porcentuales en el caso de la depresión (0-5-9) y en 10 puntos porcentuales en el caso del estrés parental (5-15). El deterioro de la salud mental fue más acusado en el caso de los desplazados internos, los participantes con menor nivel educativo o con problemas de salud mental preexistentes, y los que declararon un mayor número de factores de estrés, como la inseguridad alimentaria y la pérdida de empleo.
<b>Parra-Saavedra M et al. (2020)</b> Attitudes and collateral psychological effects of COVID-19 in pregnant women in Colombia (99)	Colombia	Encuesta web (946 mujeres embarazadas)	El 50,4% de toda la cohorte informó de síntomas de ansiedad, el 49,1% de insomnio y el 25% de síntomas depresivos.
<b>Asanov I et al. (2021)</b> Remote-learning, time-use, and mental health of Ecuadorian high-school students during the COVID-19 quarantine (100)	Ecuador	Encuesta telefónica (estudiantes secundarios de 14 a 18 años)	El 16% de los estudiantes tienen puntuaciones de salud mental que indican una depresión importante, mientras que el 68% son felices. Se observan mayores niveles de depresión en las mujeres y en los estudiantes indígenas. Los estudiantes de hogares más ricos, con acceso a Internet y con madres más educadas tienen más probabilidades de ser felices.
<b>Chen X et al. (2020)</b> Belief in a COVID-19 Conspiracy Theory as a Predictor of Mental Health and Well-Being of Health Care Workers in Ecuador: Cross-Sectional Survey Study (101)	Ecuador	Encuesta (252 trabajadores de la salud)	61 (24,2%) creían que el virus se había desarrollado intencionadamente en un laboratorio; 82 (32,5%) experimentaban malestar psicológico, y 71 (28,2%) tenían un trastorno de ansiedad. En comparación con los trabajadores sanitarios que no estaban seguros de la procedencia del virus, los que creían que el virus se había desarrollado intencionadamente en un laboratorio eran más propensos a manifestar malestar psicológico y trastorno de ansiedad y a tener niveles más bajos de satisfacción laboral y vital.



Estudio	País	Método (tamaño de la muestra)	Principales resultados
<b>Cuartero-Castañer ME et al. (2021)</b> Professional Quality of Life, Engagement, and Self-Care in Healthcare Professionals in Ecuador during the COVID-19 Pandemic (102)	Ecuador	Encuesta en línea (117 participantes)	Los resultados muestran que los trabajadores sanitarios tienen una calidad de vida media con altos niveles de satisfacción por compasión y niveles medios de fatiga por compasión y burnout. Los datos también indican que la muestra realizaba con frecuencia prácticas de autocuidado y tenía altos niveles de compromiso laboral. Los análisis de regresión revelan que el género, el número de pacientes a la semana, la percepción de equidad salarial, entre otras variables, son posibles predictores de la calidad de vida profesional, la frecuencia de las prácticas de autocuidado y el engagement.
<b>Hidalgo-Andrade P et al. (2021)</b> Teachers' Mental Health and Self-Reported Coping Strategies During the COVID-19 Pandemic in Ecuador: A Mixed-Methods Study (103)	Ecuador	Estudio transversal basado en la web (394 profesores)	Más de la mitad de los participantes declararon que cuidaban de niños menores de 11 años y/o de adultos mayores de 65 años. En el momento del estudio, la mayoría de los participantes impartían clases en centros de enseñanza superior. La edad estaba significativamente correlacionada con todas las variables psicológicas, las mujeres presentaban mayores niveles de estrés percibido, y los profesores con responsabilidades de cuidado del hogar presentaban mayor malestar psicológico, así como estrés percibido. Los profesores que tenían formación y experiencia previa en la enseñanza en línea presentaban menores niveles de malestar y estrés percibido, así como mayores niveles de satisfacción vital. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron la búsqueda de apoyo social, el ejercicio físico y la realización de actividades de ocio.
<b>Mautong H et al. (2021)</b> Assessment of depression, anxiety and stress levels in the Ecuadorian general population during social isolation due to the COVID-19 outbreak: a cross-sectional study (104)	Ecuador	Estudio basado en la web (626 participantes)	Aproximadamente el 17,7% de los encuestados tenía niveles de depresión de moderados a muy graves, el 30,7% tenía niveles similares de ansiedad y el 14,2% experimentaba estrés. El sexo femenino, la menor edad, la condición de estudiante y el hecho de tener un familiar diagnosticado con COVID-19 se asociaron con niveles significativamente más altos de depresión, ansiedad y estrés. Los modelos de regresión ordinal mostraron que ser estudiante era un factor de riesgo para tener niveles más graves de depresión (OR = 3,67; IC 95% = 2,56-5,26, p: 0,0001), ansiedad (OR= 1,86; IC 95%= 1,35-2,55, p: 0,0001) y estrés (OR = 2,17; IC 95%= 1,47-3,19, p: 0,0001). También se encontró que tener un familiar con COVID-19 era un factor de riesgo sólo para la depresión (OR= 1,70; 95% CI= 1,03-2,80, p: 0,036) y la ansiedad (OR = 2,17; 95% CI= 1,35-3,47, p: 0,001). Además, el sexo masculino, la edad avanzada y el hecho de tener más hijos resultaron ser factores de protección para las tres condiciones.
<b>Miniguano-Trujillo A et al. (2021)</b> An integer programming model to assign patients based on mental health impact for telepsychotherapy intervention during the Covid-19 emergency (105)	Ecuador	Análisis estadísticos y técnicas de optimización discreta para resolver el problema de la asignación de pacientes a terapeutas para la intervención en crisis con una única sesión de telepsicoterapia	Los análisis estadísticos mostraron que los profesionales y el personal sanitario en contacto con pacientes de Covid-19 o con diagnóstico confirmado tenían una relación significativa con el riesgo de suicidio, la tristeza, la evitación experiencial y la percepción de gravedad. Además, algunas variables relacionadas con el Covid-19 resultaron ser predictores de la tristeza y el riesgo de suicidio, tal y como se desveló a través del análisis de trayectorias. Esto permitió categorizar a los pacientes según su selección y agrupar a los terapeutas según su cualificación.

Estudio	País	Método (tamaño de la muestra)	Principales resultados
<b>Paz C et al. (2020)</b> Behavioral and sociodemographic predictors of anxiety and depression in patients under epidemiological surveillance for COVID-19 in Ecuador (106)	Ecuador	Encuesta en línea (759 pacientes bajo vigilancia epidemiológica para COVID-19)	El 20,3% presentaba síntomas de depresión de moderados a graves y el 22,5% síntomas de ansiedad de moderados a graves.
<b>Rodas JA et al. (2021)</b> Emotion regulation, psychological distress and demographic characteristics from an Ecuadorian sample: Data from the lockdown due to COVID-19 (107)	Ecuador	Encuesta en línea (618 adultos)	El conjunto de datos proporcionado podría ser útil para otros investigadores interesados en investigar las posibles fuentes de angustia psicológica o los grupos vulnerables durante una situación de confinamiento.
<b>Rodríguez-Hidalgo AJ</b> Fear of COVID-19, Stress, and Anxiety in University Undergraduate Students: A Predictive Model for Depression (108)	Ecuador	Encuesta (640 estudiantes universitarios)	Los niveles medios resultantes encontrados para el estrés, la ansiedad y la depresión estaban por encima de los niveles considerados no patológicos. Las mujeres mostraron mayores niveles de miedo a la COVID-19 que los hombres. La predicción estadística para la depresión mostró un buen ajuste. Esta depresión podría estar relacionada: directa y positivamente por el miedo al COVID-19 y el estrés, e indirectamente, como resultado de estos dos factores, positivamente mediada por la ansiedad.
<b>Orellana CI &amp; Orellana LM (2020)</b> Predictores de síntomas emocionales durante la cuarentena domiciliar por pandemia de COVID-19 en El Salvador (109)	El Salvador	Cuestionario en línea (339 adultos)	Alrededor del 75% de la muestra experimentó síntomas emocionales leves y comparados con los hombres y con quienes trabajan, las mujeres y quienes se dedican a otras actividades reportaron más síntomas emocionales. El temor al contagio, tener menos edad y la alteración de rutinas cotidianas constituyen predictores centrales de los síntomas emocionales.
<b>Alonzo D &amp; Popescu M (2021)</b> Utilizing social media platforms to promote mental health awareness and help seeking in underserved communities during the COVID-19 pandemic (110)	Guatemala	Campaña educativa a través de redes sociales	El análisis preliminar de la campaña 5 × 5 demostró su viabilidad y su importante impacto, con más de 84.000 personas alcanzadas por las campañas a través de los mensajes iniciales y las acciones.
<b>Cortés-Álvarez NY et al. (2020)</b> Psychological Effects and Associated Factors of COVID-19 in a Mexican Sample (111)	México	Encuesta en línea (1.105)	Del total de encuestados, el 50,3% informó de un malestar psicológico moderado o grave. El 15,7% informó de síntomas depresivos de moderados a graves, el 22,6% de los encuestados informó de síntomas de ansiedad de moderados a graves y el 198% informó de niveles de estrés de moderados a graves.
<b>Gaeta ML et al. (2021)</b> The Impact of COVID-19 Home Confinement on Mexican University Students: Emotions, Coping Strategies, and Self-Regulated Learning (112)	México	Encuesta en línea (1.290 estudiantes universitarios)	Los resultados indican que, aunque la ansiedad, el aburrimiento y la frustración estuvieron presentes entre los participantes durante el encierro, las principales emociones fueron la gratitud, la alegría y la esperanza. En segundo lugar, las principales estrategias de afrontamiento utilizadas por los estudiantes participantes se centraron en el afrontamiento y la reevaluación de la situación. Además, la tranquilidad, la esperanza, la gratitud y la alegría se relacionaron positivamente con el aprendizaje autorregulado, aunque, la soledad y el desinterés se relacionaron negativamente. Por último, se comprobó que el enfoque de las estrategias de afrontamiento medió en la relación entre las emociones y el aprendizaje autorregulado.

Estudio	País	Método (tamaño de la muestra)	Principales resultados
<b>Galindo-Vázquez O et al. (2020)</b> Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en la población general (113)	México	Encuesta en línea (1.508 adultos)	El 20,8% presentó síntomas de ansiedad grave y el 27,5%, de depresión grave. El sexo femenino, ser soltero, no tener hijos, la comorbilidad médica y los antecedentes de atención a la salud mental se relacionaron con mayores niveles de ansiedad y depresión.
<b>González-González A et al. (2020)</b> Psychological impact of sociodemographic factors and medical conditions in older adults during the COVID-19 pandemic in Mexico (114)	México	Cuestionarios en línea (2.992 personas mayores)	Las mujeres presentaron puntuaciones más altas en síntomas depresivos y ansiedad, así como mayor estrés asociado a evento.
<b>González-Ramírez LP et al. (2020)</b> Psychological Distress and Signs of Post-Traumatic Stress in Response to the COVID-19 Health Emergency in a Mexican Sample (115)	México	Encuesta en línea (3.932)	La prevalencia del malestar psicológico moderado o grave en la muestra fue la siguiente: 943 (22%) pensamientos intrusivos, 933 (22,3%) evitación y 515 (12,2%) hiperactividad. Además, los síntomas de estrés postraumático clínicamente significativo eran evidentes en 1160 (27,7%) de los participantes.
<b>Gutiérrez-García RA et al. (2021a)</b> Malestar psicológico, medidas sanitarias y estado de salud en estudiantes universitarios (116)	México	Encuesta en línea (641 estudiantes universitarios)	El 92,6% vive el confinamiento con familia, y el restante solo o con amigos. El 96,2% indicó no tener síntomas de COVID. El 44,7% no lleva una rutina diaria, 27,4% sale diariamente en el confinamiento y 48,3% presentaron niveles de malestar psicológico de moderado a alto y muy alto. Se identificó mayor riesgo de presentar malestar psicológico en mujeres, estudiantes de posgrado, el pertenecer a las áreas de salud y humanidades, presentar obesidad y preocupación al ser contagiado, no seguir las medidas sanitarias y presentar cualquier malestar físico.
<b>Gutiérrez-García RA et al. (2021b)</b> Online self-help programs to reduce psychological distress in Mexican college students (117)	México	Estudio de cohorte longitudinal (estudiantes de pre y postgrado universitarios 641 en primera ola y 304 en segunda ola)	Los estudiantes de mayor edad y de postgrado tuvieron un mayor riesgo de persistencia del malestar psicológico en comparación con todos sus compañeros (RRs que oscilaban entre 1,89 y 2,19). En cambio, los estudiantes que recibieron una estrategia de autoayuda y/o un profesional sanitario mostraron un menor riesgo de persistencia del malestar psicológico (RR 0,31-0,87).
<b>Guzmán-González JI (2021)</b> Worry and perceived risk of contagion during the COVID-19 quarantine in the Jalisco population: Preliminary Study (118)	México	Cuestionario en línea (255 adultos)	El 40,12% de la población alcanzó puntajes altos de preocupación, que los vuelven vulnerables a los padecimientos de salud mental. Se expresaron datos favorables en pro de la prevención de un contagio independientemente de si se estaba en situación de aislamiento o no. Por otro lado, la única variable que tuvo un efecto diferencial fue la del sexo ( $p < .05$ ), mientras que la escolaridad, la exigencia ocupacional y el aislamiento no mostraron diferencias entre grupos.
<b>Hermosillo-de-la-Torre AE et al. (2021)</b> Psychosocial correlates of suicidal behavior among adolescents under confinement due to the COVID-19 pandemic in Aguascalientes, Mexico: a cross-sectional population survey (119)	México	Encuesta en línea (8.033 estudiantes)	Aproximadamente el 21% de todos los estudiantes informaron de un comportamiento suicida (11% con un intento de suicidio de baja letalidad, 6% con autolesiones y 4% con un intento de suicidio de alta letalidad). Las variables asociadas con mayores probabilidades de comportamiento suicida incluyeron: sexo femenino, depresión, desesperanza, ansiedad, uso de alcohol y tabaco, trauma infantil y tener que auto-realizarse como problemas que afectan al apego, y baja autoestima. El apego seguro se asoció con menores probabilidades de comportamiento suicida.

Estudio	País	Método (tamaño de la muestra)	Principales resultados
<b>Huerta CM &amp; Utomo A (2021)</b> Evaluating the association between urban green spaces and subjective well-being in Mexico city during the COVID-19 pandemic (120)	México	Encuesta en línea (1.954 participantes)	Los encuestados que utilizaron los espacios verdes urbanos una o más veces por semana durante la pandemia informaron de puntuaciones más altas de bienestar subjetivo (8,7%) que aquellos con cero visitas.
<b>Martínez Arriaga RJ et al. (2021a)</b> Psychological distress of COVID-19 pandemic and associated psychosocial factors among Mexican students: An exploratory study (121)	México	Cuestionario en línea (848 estudiantes secundarios y de pre y post grado)	El 36% (n = 309) tenía un nivel elevado de estrés, el 31,4% (n = 266) de ansiedad y el 18,2% (n = 154) de tristeza a menudo o todo el tiempo. Las que se identificaron como mujeres y declararon una reducción de sus ingresos también informaron de un mayor nivel de estrés. El estrés se correlacionó positivamente con la ansiedad, la rabia, la tristeza, los días de aislamiento y las horas de ver la televisión a diario; y se correlacionó negativamente con la relajación y la felicidad. La variable más fuertemente correlacionada con el estrés fue una alta percepción del riesgo de infección.
<b>Martínez Arriaga RJ et al. (2021b)</b> Resiliencia asociada a factores de salud mental y sociodemográficos en enfermeros mexicanos durante COVID-19 (122)	México	Cuestionarios en línea (556 enfermeros)	Se encontraron niveles bajos de resiliencia en los enfermeros más jóvenes ( $p < 0.001$ , $\eta^2 = 0.05$ ), solteros ( $p < 0.001$ , $\eta^2 = 0.02$ ) y con menor nivel educativo ( $p = 0.001$ , $\eta^2 = 0.02$ ). Los predictores de resiliencia fueron la búsqueda de información sobre salud mental ( $\beta = -0.152$ , $p < 0.001$ ), nivel educativo más alto ( $\beta = 0.142$ , $p < 0.001$ ), niveles bajos de depresión ( $\beta = -0.307$ , $p < 0.001$ ) y bajos niveles de disfunción social ( $\beta = -0.261$ , $p < 0.001$ ).
<b>Real-Ramírez J et al. (2021)</b> Well-being status and post-traumatic stress symptoms in health workers attending mindfulness sessions during the early stage of the COVID-19 epidemic in Mexico (123)	México	Cuestionario en línea (507 trabajadores de la salud)	70,02% presentaron riesgo de desgaste según el Índice de Bienestar Extendido, y 57.31, 7.91 y 2.77% de riesgo leve, moderado y grave en el TOP-8, respectivamente. Las mujeres, los habitantes de la zona metropolitana o del centro del país, aquellos con diagnóstico de COVID-19 y los expuestos a personas con dicho diagnóstico fueron los más afectados.
<b>Reséndiz-Aparicio JC (2021)</b> How the COVID-19 contingency affects children (124)	México	Encuesta en línea (4.000 padres)	La dificultad más frecuente a la que se enfrentan los niños en la pandemia son las clases en línea en casa (30,4%), seguida de problemas para dormir (20,3%). Se identificó un incremento en el uso de pantallas del 30-80% en más del 65% de los niños. Se detectaron berrinches en el 34% y cambios de humor en el 30% de los niños. La mayoría de los padres (77,8%) consideraron que la educación a distancia no garantiza la educación de los niños, y que el nivel de aprendizaje de las clases en línea no es igual que el de las clases presenciales (83,5%). Por otro lado, el 70.6% de los padres opinaron que no es momento para abrir los colegios, el 78,8% indicaron que existe evidencia para mantenerlos cerrados y el 45% consideraron que es mejor no regresar este año al plantel. En cuanto a actividades para mejorar la salud mental en la contingencia, el 51,3% han creado juegos en casa y el 23,6% realizan actividad física. Sin embargo, el 74,4% no tienen tranquilidad para reiniciar su vida cotidiana. Dentro de las cosas positivas de la contingencia, se reportó adaptabilidad (35%) y unión familiar (33,5%).

Estudio	País	Método (tamaño de la muestra)	Principales resultados
<b>Rivera Rivera NY et al. (2021)</b> Changes in Depressive Symptoms, Stress and Social Support in Mexican Women during the COVID-19 Pandemic (125)	México	Seguimiento a mujeres inscritas en el estudio Programming Research in Obesity, Growth, Environment and Social Stressors (PROGRESS) (466 mujeres)	Un mayor estrés (>mediana) durante la pandemia se asoció con un aumento de la puntuación de la Escala de depresión de Edimburgo ( $\beta$ : 2,13; IC 95% (1,06, 3,19), $p < 0,001$ ), y mayores probabilidades de depresión (OR: 3,75; IC 95% (2,17, 6,50), $p < 0,001$ ), mientras que el apoyo social se asoció con menores probabilidades de depresión (OR: 0,56; IC 95% (0,32, 0,97), $p = 0,037$ ).
<b>Robles R et al. (2020)</b> Mental health problems among healthcare workers involved with the COVID-19 outbreak (126)	México	Cuestionario en línea (5.938 trabajadores sanitarios)	Los problemas de salud mental identificados fueron el insomnio, la depresión y el trastorno de estrés postraumático (TEPT), todos ellos más frecuentes en los trabajadores sanitarios de primera línea (52,1, 37,7 y 37,5%, respectivamente) y en las mujeres (47,1, 33,0 y 16,3%, respectivamente).
<b>Suárez-Rico BV et al. (2021)</b> Prevalence of Depression, Anxiety, and Perceived Stress in Postpartum Mexican Women during the COVID-19 Lockdown (127)	México	Cuestionario (293 mujeres adultas en etapa de postparto)	La prevalencia (IC del 95%) de los síntomas de depresión posparto fue del 39,2% (34-45%), los síntomas de ansiedad de rasgo se encontraron entre el 46,1% (32-43%) de las participantes, y el estrés percibido moderado y alto estaba en el 58% (52-64) y el 10,9% (7,8-15) de las participantes, respectivamente. La prevalencia de los síntomas depresivos, la ansiedad generalizada y el estrés percibido fue mayor entre las mujeres mexicanas en el posparto durante el brote de COVID-19 que antes del confinamiento.
<b>Terán-Pérez G et al. (2021)</b> Sleep and Mental Health Disturbances Due to Social Isolation during the COVID-19 Pandemic in Mexico (128)	México	Cuestionarios en línea (1230 participantes completaron el cuestionario sobre sueño, 812 el cuestionario sobre ansiedad y 814 el cuestionario sobre depresión)	Tanto los hombres como las mujeres informaron de una mala calidad del sueño, pero las mujeres mostraron una proporción mayor (79%) que los hombres (60%); las mujeres jóvenes eran más propensas a verse afectadas por el aislamiento social. En cuanto a la ansiedad y la depresión, ambos sexos informaron de síntomas muy similares.
<b>Teruel Belismelis G &amp; Pérez Hernández VH (2021)</b> Estudiando el bienestar durante la pandemia de Covid-19: la Encovid-19 (129)	México	Encuesta telefónica (833 abril, 1.688 mayo, 1.674 junio, 1.584 julio y agosto 1.538)	La Encovid-19 proporciona información para contar con un diagnóstico sobre los cambios en la situación del empleo, la salud mental y la seguridad alimentaria en los hogares mexicanos derivados de la crisis por la pandemia de Covid-19. Existe una asociación importante entre la ansiedad y las experiencias de reducción de ingreso y pérdida de empleo en el hogar.
<b>Toledo-Fernández A et al. (2021)</b> Distress, Depression, Anxiety, and Concerns and Behaviors Related to COVID-19 during the First Two Months of the Pandemic: A Longitudinal Study in Adult MEXICANS (130)	México	Encuesta longitudinal en línea (670 adultos)	Sólo se observó una leve diferencia en la angustia entre las dos oleadas y correlaciones leves de esta variable con el contagio en uno mismo y en un familiar. Tener una condición médica de alto riesgo demostró tener un efecto considerable sobre la angustia en ambas olas. La percepción de la utilidad de las medidas preventivas, la preocupación por el contagio en un familiar y la situación económica y de seguridad tuvieron una puntuación alta en nuestro cuestionario, pero no cambiaron en el seguimiento.
<b>Yusvisaret Palmer L et al. (2021)</b> Prevalencia de depresión durante la COVID-19 en estudiantes de medicina de una universidad privada mexicana (131)	México	Cuestionarios (278 estudiantes universitarios)	Se encontró una prevalencia de depresión de 17,0% (depresión ligera), principalmente en los estudiantes del cuarto semestre. Por su parte, 31,6% de los alumnos presentaron COVID-19; en tanto, 85,2% tuvo algún familiar contagiado y 25,5% de ellos, familiares fallecidos.
<b>Zamarripa J et al. (2021)</b> Adaptability to social distancing due to COVID-19 and its moderating effect on stress by gender (132)	México	Cuestionarios en línea (1.173 personas de 12-77 años)	Los resultados indicaron que el nivel de estrés percibido es más alto cuanto mayor es la cantidad de semanas en distanciamiento. Asimismo, cuanto mejor se adaptan las personas al distanciamiento social, menos estrés se presenta. Por otra parte, las mujeres fueron las que presentaron niveles más altos de estrés en comparación con los varones.

Estudio	País	Método (tamaño de la muestra)	Principales resultados
<b>Esquivel MB et al. (2021)</b> Factores sociodemográficos asociados a la desesperanza y ansiedad en el periodo de cuarentena por el Covid 19, en personas que residen en Paraguay (133)	Paraguay	Cuestionarios en línea (1.340 adultos)	Se encontró que la prevalencia de la ansiedad estado es del 23% y el riesgo alto de cometer suicidio es del 25%. Se concluye que existe asociación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas (rango de edad, grado académico, estado civil, nivel de ingreso, estado laboral, seguro médico) con la desesperanza. Además de encontró asociación entre las variables sociodemográficas (sexo, rango de edad, grado académico, nivel de ingreso, estado laboral, seguro médico) con la ansiedad. La ansiedad y la desesperanza presentan una relación positiva moderada con un nivel de significancia del 1%.
<b>Chávez L et al. (2021)</b> Salud mental del personal médico y enfermería del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente durante la cuarentena por la pandemia COVID-19, Paraguay 2020 (134)	Paraguay	Encuesta en línea (87 médico/as y 50 enfermeros/as)	La prevalencia de ansiedad fue de 42,3%, de depresión 32,8% y del síndrome de Burnout 24,1%. La carga horaria de 12 horas o más se asoció con el riesgo de desarrollar ansiedad, depresión y el síndrome de Burnout. El sexo masculino presentó significativamente mayor riesgo de desarrollar ansiedad (54,2%) comparado al femenino (36%), en forma similar el personal de terapia intensiva y área quirúrgica presentaron significativamente mayor riesgo de desarrollar ansiedad y depresión.
<b>Ferreira Gould MS et al. (2021)</b> Impacto sobre la salud mental durante la pandemia COVID 19 en Paraguay (135)	Paraguay	Cuestionarios en línea (511 adultos)	21,3% presentó ansiedad y depresión moderada, mientras que 15,9% tenía síntomas de ansiedad y depresión severa. Además, 62,5% presentaba algún grado de insomnio.
<b>Torales J et al. (2020)</b> Self-Perceived Stress During the Quarantine of COVID-19 Pandemic in Paraguay: An Exploratory Survey (136)	Paraguay	Encuesta en línea (2.206 adultos)	De la muestra, el 124% (276 sujetos) informó de un diagnóstico preexistente de trastorno mental, y 175 (793%) informaron de un aumento de los síntomas preexistentes con el inicio de la cuarentena. El 4197% experimentó síntomas de ansiedad.
<b>Torales J et al. (2021)</b> Ansiedad y depresión en relación a noticias sobre COVID-19: un estudio en población general paraguaya (137)	Paraguay	Encuesta en línea (1.108 adultos)	En cuanto a ansiedad, el 67,9 % de la muestra obtuvo al menos 1 punto en el cuestionario Coronavirus Anxiety Scale (CAS) y el puntaje medio de la escala fue de $2,89 \pm 3,4$ . Según los puntos de corte del PHQ-2, el 26,1 % de la muestra obtuvo puntajes indicativos de depresión.
<b>Ambrosio F et al. (2021)</b> Factores socio-laborales asociados a padecer ansiedad, depresión y estrés en profesionales de la salud de la serranía peruana durante la pandemia de la COVID-19 (138)	Perú	Encuesta en línea (353 profesionales de la salud)	Tuvieron más depresión severa a mayor edad y si algún familiar se había enfermado en casa, pero menos depresión severa los que tuvieron hijos, los que tuvieron más años de ejercicio profesional y al tener seguro social. Tuvieron menos ansiedad los que tuvieron hijos; menos ansiedad severa y los que tuvieron a un familiar fuera de casa que se enfermó; por el contrario, tuvieron mayor ansiedad moderada los que trabajaban más horas al día, severa si es que el encuestado se había enfermado y de ambos tipos si es que algún familiar había fallecido. Tuvieron más estrés los que trabajaban más horas al día y los que tenían un familiar fallecido. Las características más relevantes del personal de salud con problemas de su salud mental fueron tener mayor edad, antecedente familiar de COVID-19, antecedente de muerte de un familiar por COVID-19 y el tener más horas de trabajo.

Estudio	País	Método (tamaño de la muestra)	Principales resultados
<p><b>Ames-Guerrero RJ et al. (2021)</b> Self-reported psychological problems and coping strategies: a web-based study in Peruvian population during COVID-19 pandemic (139)</p>	Perú	Encuesta en línea (434 adultos)	El 40,8% informó de malestar psicológico, expresando temor a la infección por coronavirus (71,43%). El análisis de regresión muestra que los hombres tenían menos síntomas relacionados con la somática ( $\beta = -1,87$ , 95%, IC: - 2,75 a -,99) y síntomas de ansiedad/insomnio ( $\beta = -1,91$ , 95% IC: - 2,98 a 0,84) en comparación con las mujeres. El riesgo de depresión y disfunción social es menos probable con el aumento de la edad. El nivel educativo fue protector contra el desarrollo de afecciones psicológicas ( $p < 0,05$ ). Mientras que las respuestas activas (aceptación y apoyo social) apenas son utilizadas por los individuos con malestar psicológico, las estrategias pasivas (como la negación, la autodistracción, la autculpabilización, la desconexión y el desahogo) son más frecuentes.
<p><b>Antiporta DA et al. (2021)</b> Depressive symptoms among Peruvian adult residents amidst a National Lockdown during the COVID-19 pandemic (140)</p>	Perú	Cuestionario en línea (57.446 adultos)	Un tercio de los participantes ( $n = 23.526$ , sin ponderar) mostraron síntomas depresivos en las 2 semanas anteriores al estudio. Los participantes que informaron de un diagnóstico previo de salud mental duplicaron la prevalencia de la muestra de síntomas depresivos (59, IC95% 56,7, 61,4%) de los que no tenían un diagnóstico previo. Las reacciones psicosociales y de funcionamiento fueron en gran medida más prevalentes entre las mujeres y los adultos jóvenes. Se encontró una relación dosis-respuesta entre los ingresos del hogar y los síntomas depresivos en todos los estratos de diagnóstico previo de salud mental, siendo hasta un 32% menor en el grupo más rico que en el más empobrecido (PR: 0,68, IC95% 0,58,0,79). Otros factores críticos asociados a una mayor carga de síntomas depresivos fueron un menor nivel educativo, ser soltero, estar desempleado y la comorbilidad crónica.
<p><b>Apaza-Panca CM et al. (2021)</b> Factores psicosociales en estudiantes universitarios de Loreto, Ancash, Moquegua y Puno durante el confinamiento por el Covid-19, Perú (141)</p>	Perú	Encuesta en línea (665 estudiantes de pregrado)	El estudio da cuenta de la vulnerabilidad al estrés en 50,8%, 46,3%, 36,4% y 37,5% en Loreto, Ancash, Moquegua y Puno. La prevalencia de depresión fue del 100,0%, 97,6%, 96,9% y 95,2% entre leve, moderada y grave; además, el 100,0% presentó síntomas de ansiedad.
<p><b>Boluarte-Carbajal A et al. (2021)</b> Explanatory Model of Perceived Stress in the General Population: A Cross-Sectional Study in Peru During the COVID-19 Context (142)</p>	Perú	Cuestionario en línea (210 jóvenes y adultos)	La autoeficacia percibida y el afecto positivo (AP) estaban correlacionados, al igual que la indefensión percibida con los síntomas de ansiedad y el afecto negativo (AN). El análisis de regresión mostró que el sexo, los síntomas de ansiedad y el afecto negativo explicaban la indefensión percibida, mientras que el afecto positivo y el afecto negativo explicaban la autoeficacia. El análisis del modelo de regresión estructural identificó que el miedo al COVID-19 (compuesto por el miedo a infectar a otros y el miedo al contagio), precedía las condiciones de salud mental (es decir, los síntomas depresivos o de ansiedad); también, las condiciones de salud mental eran predichas por el AF y el NA. La indefensión percibida y la autoeficacia percibida estaban interrelacionadas y representaban la variable de estrés percibido.

Estudio	País	Método (tamaño de la muestra)	Principales resultados
<b>Cayo-Rojas CF et al. (2021)</b> Impact of COVID-19 mandatory social isolation on the development of anxiety in Peruvian dentistry students: A logistic regression analysis (143)	Perú	Estudio analítico, observacional y transversal (403 estudiantes de odontología)	La prevalencia de ansiedad fue del 56,8% (intervalo de confianza [IC] del 95%: 51,9-61,7). Según el análisis de regresión logística multivariante, el tipo de universidad fue la única variable que demostró tener una influencia significativa en el desarrollo de la ansiedad con una odds ratio (OR = 1,98; IC: 1,29-3,02); mientras que las demás variables, como el grupo de edad (OR = 0,77; IC: 0,49-1,20), el sexo (OR = 1,15; IC: 0,72-1,84) y el estado civil (OR = 0,75; IC: 0,35-1,60), no se consideraron factores que influyeran en el desarrollo de la ansiedad.
<b>Mejia CR et al. (2021)</b> Riesgo de estrés post traumático según ocupación y otros factores durante la pandemia por COVID-19 en el Perú (144)	Perú	Cuestionarios en línea (953 adultos)	Hubo un menor riesgo de estrés post traumático (EPT) grave entre los de alimentación, los de transporte y los que trabajaban para el estado; todos los hombres (ambos valores $p < 0,04$ ; para el EPT y el EPT grave), los que tenían a algún familiar que enfermó por COVID-19 y los que tenían mayor puntaje de ansiedad tuvieron menor riesgo, en cambio, a mayores puntajes de estrés, de depresión y los que habían tenido a un familiar que falleció por COVID-19 tuvieron mayor riesgo de EPT grave.
<b>Ramos Vera CA (2021)</b> Las características dinámicas de la salud mental en adultos peruanos durante la cuarentena por COVID-19 (145)	Perú	Cuestionario en línea (763 adultos)	Se observaron mayores medidas de centralidad de red en los reactivos vinculados a síntomas negativos en la salud mental, como el reactivo 9 (sentimiento de infelicidad y depresión) y el 10 (pérdida de confianza); así como la mayor conexión positiva entre los reactivos 3 (toma de decisiones y confianza) y 4 (sentido de vida); y la mayor relación negativa entre los componentes 1 (concentración) y 5 (tensión y angustia).
<b>Sánchez Carlessi HH et al. (2021)</b> Indicadores de ansiedad, depresión, somatización y evitación experiencial en estudiantes universitarios del Perú en cuarentena por Covid-19 (146)	Perú	Cuestionarios en línea (1.264 estudiantes universitarios)	Más de la mitad de los estudiantes universitarios del Perú, presenta entre 3 y 6 de los 6 indicadores de ansiedad, y este mismo número de indicadores de depresión lo presenta el 45% de la muestra. El 30% de la muestra presenta entre 3 y 6 indicadores de somatización y el 40,3% de la muestra se ubica de la mitad hacia arriba en la escala de evitación experiencial. Las mujeres tienden a somatizar y mostrar mayor evitación experiencial que los varones, mientras que no se hallaron diferencias significativas respecto a la depresión. Los estudiantes de menor edad tienen mayores niveles de depresión, ansiedad y evitación experiencial, estudiantes del área de humanidades presentan niveles más altos en las cuatro áreas evaluadas que aquellos del área de ciencias de la salud, así mismo aquellos estudiantes de primeros ciclos presentan mayores niveles de depresión, finalmente aquellos estudiantes que tienen o tuvieron algún familiar o amigo con COVID-19 presentaron niveles más altos en todas las áreas evaluadas.
<b>Saravia-Bartra MM et al. (2020)</b> Nivel de ansiedad de estudiantes de medicina de primer año de una universidad privada del Perú en tiempos de COVID-19 (147)	Perú	Cuestionario en línea (57 estudiantes de medicina)	El 75,4% de los estudiantes de medicina manifestaron algún grado de ansiedad. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el sexo femenino y ansiedad ( $p = 0,045$ ). Así mismo, no hubo asociación entre las variables edad y ansiedad ( $p = 0,058$ ).
<b>Veramendi Villavicencios NG et al. (2020)</b> Estilos de vida y calidad de vida en estudiantes universitarios en tiempo de Covid-19 (148)	Perú	Estudio transversal, observacional de tipo correlacional en una población (163 estudiantes universitarios)	Los hallazgos principales indican que los estudiantes tuvieron un estilo de vida saludable (Media=81,9) y una calidad de vida percibida buena (Media=152,5). Por otro lado, existe relación significativa entre los estilos de vida y la calidad de vida ( $r_s = 0,67$ ; $p \leq 0,000$ ).



Estudio	País	Método (tamaño de la muestra)	Principales resultados
<b>Yan J et al. (2021)</b> Hospitality workers' COVID-19 risk perception and depression: A contingent model based on transactional theory of stress model (149)	Perú	Cuestionario en línea (211 trabajadores de 76 hoteles)	Los resultados indican que la satisfacción en el trabajo debilita la relación entre la percepción del riesgo de COVID-19 de los trabajadores de la hostelería y su probabilidad de padecer síntomas depresivos, mientras que el número de hijos exagera esta relación.
<b>Peralta EA &amp; Taveras M (2020)</b> Effectiveness of teleconsultation use in access to mental health services during the coronavirus disease 2019 pandemic in the Dominican Republic (150)	República Dominicana	Datos recogidos a través de formulario online (6.800 intervenciones gratuitas de 598 psicólogos y 70 psiquiatras a través de llamadas, videollamadas o mensajes de texto)	Casi el 67,3% de las intervenciones fueron solicitadas por mujeres. Cerca del 77,8% eran adultos de entre 18 y 59 años. El 27,1% de las intervenciones fueron solicitadas por personas que trabajaban como personal sanitario. El 46% de las intervenciones fueron solicitadas por personas que viven en la provincia de Santo Domingo y el 4,8% por personas que viven fuera del país. De las intervenciones, el 43% informó de ansiedad, el 26% de problemas de sueño, el 15% de depresión y el 2% de conductas relacionadas con el suicidio. De todas las intervenciones, el 5,3% requirió la derivación a una unidad de intervención en crisis para un seguimiento presencial.
<b>Santos LM et al. (2021)</b> Percepción y Accesibilidad Tecnológica de Universitarios en el Suroeste de República Dominicana durante el Covid-19 (151)	República Dominicana	Encuesta en línea (101 estudiantes universitarios)	Según los estudiantes existen más aspectos negativos que positivos en la educación virtual, ya que faltan equipos tecnológicos y accesibilidad a internet, lo que genera frustración e incomodidad, así como dificultades de aprendizaje. También la sobrecarga de asignaturas y actividades, ya que más de 60 tareas fueron asignadas para desarrollar en un mes, lo que para ellos demuestra insensibilidad de los docentes frente a la situación. El distanciamiento social generó ansiedad debido al aislamiento y falta de concentración para el aprendizaje. Entre los aspectos positivos está el uso de la tecnología, que facilita el aprendizaje y permite la continuidad de los estudios.
<b>Ares G et al. (2021)</b> The experience of social distancing for families with children and adolescents during the coronavirus (COVID-19) pandemic in Uruguay: Difficulties and opportunities (152)	Uruguay	Encuesta en línea (1.725 padres con hijos menores de 18 años)	La pandemia de coronavirus provocó sentimientos negativos en la mayoría de los participantes, principalmente relacionados con la preocupación, el miedo, la ansiedad y la incertidumbre. Las medidas de distanciamiento social provocaron una importante alteración de los hábitos cotidianos, que se atribuyó sobre todo a los cambios en las actividades relacionadas con el trabajo y al cierre de los centros educativos. La mayoría de los participantes percibieron cambios en el estado de ánimo y el comportamiento de los niños, que se refirieron principalmente al aburrimiento, la agitación y la inquietud. Aunque algunos participantes informaron de las dificultades para hacer frente al comportamiento de los niños durante el distanciamiento social, otros valoraron la oportunidad de pasar más tiempo con sus hijos. En cuanto a los patrones de alimentación de los niños, se observaron cambios relacionados tanto con un aumento como con una disminución del consumo de alimentos saludables.

Estudio	País	Método (tamaño de la muestra)	Principales resultados
<b>Azevedo LVDS et al. (2021)</b> Impact of Social Isolation on People with Dementia and Their Family Caregivers (153)	Argentina, Brasil y Chile	Cuestionarios telefónicos (321 cuidadores familiares de personas con demencia)	Se ha reportado una disminución significativa en la función de la memoria entre el 53,0% de las personas con demencia. Además, el 31,2% de los individuos con demencia se sentían más tristes y el 37,4% tenían mayores síntomas de ansiedad. Estos síntomas de ansiedad eran mayores en los individuos con demencia leve a moderada, mientras que los síntomas de agitación eran mayores en los individuos con demencia grave. Además, el comportamiento compulsivo-obsesivo, las alucinaciones, el aumento de los olvidos, la alteración del apetito y el aumento de la dificultad en las actividades de la vida diaria fueron reportados con mayor frecuencia entre los individuos con demencia moderada a severa. Los cuidadores informaron de que se sentían más cansados y abrumados durante este periodo y estos síntomas también estaban influidos por la gravedad de la demencia.
<b>Bermejo-Martins E et al. (2021)</b> Different Responses to Stress, Health Practices, and Self-Care during COVID-19 Lockdown: A Stratified Analysis (154)	Chile, Colombia, Ecuador y España	Cuestionario en línea (1.082 adultos)	Independientemente del país, y controlando el nivel de ingresos, los jóvenes, especialmente las mujeres, sufrían un mayor nivel de estrés, percibían la situación como más grave, mostraban una menor adherencia a las directrices sanitarias y declaraban un menor nivel de conciencia sanitaria, en comparación con sus compañeros masculinos y los grupos de mayor edad.
<b>Enriquez-Martinez OG et al. (2021)</b> Diet and Lifestyle Changes During the COVID-19 Pandemic in Ibero-American Countries: Argentina, Brazil, Mexico, Peru, and Spain (155)	Argentina, Brasil, México, Perú y España	Cuestionario en línea (6.325 adultos)	Individuos con diagnóstico confirmado de COVID-19 y los que declararon sentirse ansiosos fueron más propensos a realizar cambios hacia un patrón alimentario menos saludable (OR: 1,72; IC 95%: 1,2-2,3 y OR: 1,21; IC 95%: 1,1-1,4, respectivamente).
<b>Fernandes B et al. (2020)</b> The impact of COVID-19 lockdown on internet use and escapism in adolescents (156)	India, Indonesia, Malasia, México, Filipinas y Reino Unido	Cuestionario en línea (192 jóvenes)	En general, los adolescentes han aumentado su uso de los sitios de medios sociales y servicios de streaming. Además, los que obtuvieron una puntuación alta en adicción a los juegos, uso compulsivo de Internet y uso de los medios sociales también informaron de puntuaciones altas de depresión, soledad, escapismo, mala calidad del sueño y ansiedad relacionada con la pandemia.
<b>Fumagalli E et al. (2021)</b> Centennials, FOMO, and Loneliness: An Investigation of the Impact of Social Networking and Messaging/VoIP Apps Usage During the Initial Stage of the Coronavirus Pandemic (157)	Argentina, Italia y Reino Unido	Cuestionario (334 adultos jóvenes de cohorte Centennial, nacida después de 1995)	Sólo el uso de las redes sociales aumentó en la fase inicial del encierro en función del inicio del mismo. Además, el uso de aplicaciones de redes sociales se asoció con un mayor sentimiento de soledad, y esta relación estuvo mediada por el miedo a perderse algo (fear of missing out, FOMO). Por el contrario, el uso de aplicaciones de mensajería se asoció con una disminución de la sensación de soledad y no se relacionó con FOMO.
<b>Gato J et al. (2021)</b> Psychosocial effects of the COVID-19 pandemic and mental health among LGBTQ+ young adults: a cross-cultural comparison across six nations (158)	Portugal, Reino Unido, Italia, Brasil, Chile y Suecia	Encuesta en línea (1.934 jóvenes adultos LGBTQ+)	Los participantes sudamericanos experimentaron más efectos psicosociales negativos de la pandemia. La depresión y la ansiedad fueron mayores entre los participantes más jóvenes, que no trabajaban, que vivían en Europa y que declararon sentirse más afectados emocionalmente por la pandemia, incómodos en casa o aislados de los amigos no LGBTQ+. El hecho de no cursar estudios superiores predijo la depresión, mientras que no estar totalmente recluso en casa, residir habitualmente con los padres y temer más una futura infección predijeron la ansiedad.

Estudio	País	Método (tamaño de la muestra)	Principales resultados
<b>Gómez-Gómez M et al. (2020)</b> Adolescencia y edad adulta emergente frente al COVID-19 en España y República Dominicana (159)	España y República Dominicana	Cuestionario en línea (399 adolescentes y adultos emergentes)	Los resultados muestran diferencias según el grupo de edad, sexo y residencia. Los adultos presentaron más miedo al COVID-19 ( $p < .05$ ) y estrés agudo que los adolescentes ( $p < .01$ ), las mujeres más miedo y estrés que los hombres ( $p < .01$ ) y los residentes de República Dominicana más miedo a la enfermedad que los de España ( $p < .01$ ). El análisis de regresión lineal mostró que el miedo a la enfermedad fue un buen predictor del estrés agudo.
<b>Guiroy A et al. (2020)</b> COVID-19 impact among spine surgeons in Latin America (160)	Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Uruguay y Venezuela	Cuestionario en línea (204 cirujanos)	La preocupación media por la situación económica debida a la pandemia fue de 7,53 en una escala de 1 a 10 (siendo 10 el peor escenario). El 22% ( $n = 45$ ) de los cirujanos tenía una puntuación superior a 10 en el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9; las puntuaciones superiores a 10 requieren una derivación para confirmar el diagnóstico de depresión). La edad joven y la neurocirugía como especialidad se asociaron con puntuaciones más altas en el PHQ-9.
<b>Gutiérrez-Pérez IA et al. (2021)</b> Lifestyle and Sociodemographic Parameters Associated with Mental and Physical Health during COVID-19 Confinement in Three Ibero-American Countries. A Cross-Sectional Pilot Study (161)	México, Chile y España	Cuestionario en línea (742 participantes)	El sexo femenino en los tres países reportó asociación negativa con la Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS) (México: $\beta -4,45$ , $p = 0,004$ ; Chile: $\beta -8,48$ , $p < 0,001$ ; España: $\beta -6,22$ , $p = 0,009$ ). Del mismo modo, los malos hábitos alimentarios se asociaron negativamente con la CVRS (México: $\beta -6,64$ , $p < 0,001$ ; Chile: $\beta -6,66$ , $p = 0,005$ ; España: $\beta -5,8$ , $p = 0,032$ ). En México, las limitaciones de Actividad Física (AF) presentaron una asociación negativa con la CVRS ( $\beta -4,71$ , $p = 0,011$ ). En Chile, un estilo de vida sedentario (h/día) se relacionó negativamente con la CVRS ( $\beta -0,64$ , $p = 0,005$ ). En España, las mayores asociaciones con la CVRS fueron la presencia de comorbilidad ( $\beta -11,03$ , $p < 0,001$ ) y el tabaquismo ( $\beta -6,72$ , $p = 0,02$ ). Además, la limitación de la AF en México ( $\beta -5,67$ , $p = 0,023$ ) y Chile ( $\beta -9,26$ , $p = 0,035$ ) se relacionó negativamente con la salud mental.
<b>Jojoa M et al. (2021)</b> The Impact of COVID 19 on University Staff and Students from Iberoamerica: Online Learning and Teaching Experience (162)	España, Colombia, Chile y Nicaragua	Cuestionario en línea (1084 estudiantes universitarios y 554 personal universitario)	El nivel de estrés y los sentimientos de ansiedad y depresión de los estudiantes y el personal aumentaron o se mantuvieron a lo largo de las semanas. Una mejor experiencia de aprendizaje en línea para los estudiantes universitarios se asoció con la edad, la percepción de la experiencia como beneficiosa y el apoyo de la universidad.
<b>Jony SSR et al. (2021)</b> Analyzing Predictors of Control Measures and Psychosocial Problems Associated with COVID-19 Pandemic: Evidence from Eight Countries (163)	Bangladesh, China, Japón, Malasia, México, Pakistán, Estados Unidos y Zambia	Cuestionario en línea (3.031 participantes)	Los grupos de edad resultaron ser el principal determinante de las puntuaciones de comportamiento, conocimiento, opinión, salud psicológica y susceptibilidad. El género fue el segundo determinante más influyente para todas las métricas, excepto la información sobre la accesibilidad de COVID-19, para la que la educación fue el segundo determinante más importante. La profesión del encuestado fue la tercera métrica más importante para todas las puntuaciones.

Estudio	País	Método (tamaño de la muestra)	Principales resultados
<p><b>Landa-Blanco M et al. (2021)</b> Coronavirus awareness, confinement stress, and mental health: Evidence from Honduras, Chile, Costa Rica, Mexico and Spain (164)</p>	Honduras, Chile, Costa Rica, México y España	Encuesta en línea (1.559) participantes	Los dominios de estrés más comunes corresponden a la familia (22,97%), las finanzas (22,53%), los estudios (16,47%), las limitaciones de tiempo libre (14,23%), la salud (12,48%), el grupo de iguales (7,63%) y las preocupaciones religiosas (3,69%). Estos dominios están significativamente asociados con el país del encuestado, el sexo, la situación laboral y el hecho de ser o no trabajador sanitario. Los encuestados que informaron de estrés por confinamiento también informaron de puntuaciones más altas en ansiedad, depresión y somatización. El Índice de Gravedad Global se predijo significativamente por el estrés de confinamiento, el estrés relacionado con la salud, los estudios y el tiempo libre, el sexo, la edad, el hecho de ser trabajador sanitario, la Preocupación Personal COVID-19 y la Gravedad Percibida. Los predictores no significativos fueron la situación laboral, el número de personas en el hogar, la presencia de adultos mayores y niños en el hogar, las preocupaciones financieras, del grupo de pares, familiares y religiosas; el modelo de regresión tuvo un R2 de 0,26. Se realizaron análisis similares para las subescalas de somatización, depresión y ansiedad.
<p><b>Lazarus JV et al. (2021)</b> A cross-sectional study of the association of age, gender, education and economic status with individual perceptions of governmental response to COVID-19 (165)</p>	Alemania, Canadá, China, Ecuador, Corea del Sur, España, Estados Unidos, Francia, India, Italia, México, Nigeria, Polonia, Reino Unido, Rusia, Singapur y Sudáfrica	Estudio transversal (13.426 participantes)	Más del 60% de los encuestados consideraron que su gobierno se había comunicado adecuadamente durante la pandemia. Las variaciones nacionales oscilaron entre el 83,4% de China y el 37,2% de Brasil, pero, en general, los hombres y las personas con mayores ingresos eran más propensos a valorar positivamente las comunicaciones del gobierno. Casi la mitad (48,8%) de los encuestados consideraron que su gobierno había garantizado un acceso adecuado a los servicios de salud física (entre el 89,3% de Singapur y el 27,2% de Polonia), y los encuestados más jóvenes y con mayores ingresos dieron puntuaciones más altas. La valoración del apoyo a la salud mental fue más baja en general (32,9%, desde el 74,8% en China hasta alrededor del 15% en Brasil y Suecia), pero fue más alta entre los encuestados más jóvenes. El apoyo a las necesidades básicas de alimentación y vivienda fue calificado como el más alto en China (79%) y el más bajo en Ecuador (14,6%), con calificaciones más altas entre los encuestados más jóvenes, con mayores ingresos y con mayor educación en todos los países. Los mismos tres grupos demográficos tienden a calificar el apoyo de su país a los grupos vulnerables de forma más alta que los demás encuestados, con puntuaciones nacionales que oscilan entre el 75% (Singapur y China) y el 19,5% (Suecia). Los resultados de los subgrupos son, en su mayoría, independientes de las variaciones entre países, y el 15% de la variación se debe a diferencias entre países.

Estudio	País	Método (tamaño de la muestra)	Principales resultados
<p><b>Lee JH et al. (2021)</b> Analysis of personal and national factors that influence depression in individuals during the COVID-19 pandemic: a web-based cross-sectional survey (166)</p>	<p>Corea del Sur, China, Japón, Filipinas, Indonesia, Perú, Paraguay, República Democrática del Congo y Etiopía</p>	<p>Cuestionario en línea (2.683 participantes)</p>	<p>La mediana de la puntuación del Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9) para todos los participantes fue de 6. La mediana fue superior a la mediana general en Filipinas, Indonesia y Paraguay, lo que sugiere un mayor nivel de depresión. En cuanto a las variables personales, la depresión era mayor en las mujeres que en los hombres, y mayor en los participantes que habían sufrido discriminación por COVID-19 que en los que no. Por el contrario, la depresión fue menor en los participantes de mayor edad, en los que tenían una buena salud subjetiva y en los que practicaban la higiene personal por prevención. En cuanto a las variables nacionales, la depresión era mayor cuando la puntuación del Índice de Rigidez de la Respuesta del Gobierno era mayor, cuando la esperanza de vida era mayor y cuando el capital social era mayor. En cambio, la depresión era menor cuando los índices de alfabetización eran más altos.</p>
<p><b>Mækelæ MJ et al. (2020)</b> Perceived efficacy of COVID-19 restrictions, reactions and their impact on mental health during the early phase of the outbreak in six countries (167)</p>	<p>Brasil, Colombia, Alemania, Israel, Noruega y Estados Unidos</p>	<p>Encuesta (más de 2.000 participantes)</p>	<p>El cierre de escuelas se percibió como la restricción que más afectaba a la vida cotidiana. Los participantes que creían que su país reaccionaba con demasiada suavidad percibían que el riesgo de contraer el SARS-CoV-2 era mayor, estaban más preocupados y expresaban una menor creencia en la capacidad de controlar el brote. En relación con esto, la insatisfacción con las reacciones gubernamentales se correspondía con un aumento de los niveles de angustia. La satisfacción con las reacciones gubernamentales y la valoración del miedo desempeñan un papel importante en la evaluación de la eficacia de las restricciones durante la pandemia y sus resultados psicológicos relacionados.</p>
<p><b>Mækelæ MJ et al. (2021)</b> Identifying resilience factors of distress and paranoia during the COVID-19 outbreak in five countries (168)</p>	<p>Brasil, Colombia, Alemania, Israel y Noruega</p>	<p>Estudio longitudinal (2.500 participantes, más de 800 completan seguimiento)</p>	<p>Prosperar, mantener un horario regular, hacer ejercicio físico y procrastinar menos servían como factores de protección contra la angustia y la paranoia. Los factores de riesgo eran las preocupaciones financieras y una mentalidad negativa, por ejemplo, la sensación de falta de control. Longitudinalmente, no encontramos un aumento de la angustia o la paranoia a pesar de un aumento de las expectativas sobre la duración del brote y de las restricciones, lo que sugiere que los encuestados se dedicaron a afrontar la situación de forma saludable y a adaptar sus vidas a las nuevas circunstancias. En conjunto, nuestros datos sugieren que los seres humanos se adaptan incluso a eventos estresantes prolongados.</p>
<p><b>Martínez-Rodríguez TY et al. (2021a)</b> Actividad física como conducta auto-reguladora de ansiedad percibida y patrones disfuncionales de la ingesta en época de aislamiento por COVID-19 en latinoamericanos (169)</p>	<p>Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Panamá, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela</p>	<p>Cuestionario en línea (1.035 adultos)</p>	<p>Aquellas personas que realizaban actividad física presentaron una probabilidad 50% menor de percibir ansiedad. Adicionalmente, los sujetos que realizaban actividad física presentaron mayor restricción cognitiva y los que no realizaban actividad física, registraron mayor nivel de desinhibición e ingesta emocional. Se concluye que la actividad física es una conducta reguladora de la ansiedad en esta época de aislamiento o cuarentena y tiene influencia positiva en los individuos, ya que reduce la desinhibición y la ingesta emocional, por lo que podría prevenir el incremento de peso y el posible desarrollo de patologías alimentarias.</p>

Estudio	País	Método (tamaño de la muestra)	Principales resultados
<b>Martínez-Rodríguez TY et al. (2021b)</b> Dysfunctional Patterns of Food Intake by Anxiety during Isolation by COVID-19 in Chile, Colombia and Mexico (170)	Chile, Colombia y México	Cuestionario en línea (958 adultos)	Los patrones disfuncionales de la ingesta presentaron puntajes altos en personas que percibieron ansiedad y en participantes de Chile. Adicionalmente, se encontró que las mujeres presentan mayor restricción cognitiva e ingesta emocional y los estudiantes universitarios mostraron mayor desinhibición.
<b>O'Donnell A et al. (2021)</b> Primary care-based screening and management of depression amongst heavy drinking patients: Interim secondary outcomes of a three-country quasi-experimental study in Latin America (171)	Colombia, México y Perú	Estudio cuasi-experimental (606 proveedores de salud)	550/615 consumidores excesivos de alcohol identificados fueron sometidos a pruebas de detección de la depresión (89,4%). 147/230 pacientes con resultados positivos en el cribado de la depresión recibieron el apoyo adecuado (64%). Entre los consumidores excesivos de alcohol identificados, ajustando por país, sexo, edad y profesión del proveedor, la prestación de apoyo comunitario y la formación no tuvieron impacto en las tasas de actividad de la depresión. La intensidad del paquete clínico tampoco afectó a las tasas de prestación, con un rendimiento comparable para las versiones breves y estándar. Sin embargo, entre todos los pacientes que acudieron a la consulta, los proveedores que recibieron formación obtuvieron tasas significativamente más altas de medición del alcohol y, a su vez, tasas más altas de detección de la depresión; 2,7 veces más altas en comparación con los que no recibieron formación.
<b>Passavanti M et al. (2021)</b> The psychological impact of COVID-19 and restrictive measures in the world (172)	Australia, China, Ecuador, Irán, Italia, Noruega y Estados Unidos	Cuestionario (1.612 participantes)	Los niveles de estrés, depresión y ansiedad, así como los riesgos de TEPT, son superiores a la media en más de la mitad de la muestra considerada. La gravedad de estos trastornos depende significativamente del sexo, del tipo de actividades al aire libre, de las características de sus hogares, de la eventual presencia de conocidos infectados, del tiempo dedicado a la búsqueda de información relacionada (en las noticias y en las redes sociales), del tipo de fuente de información y, en parte, del nivel de educación y de ingresos.
<b>Porter C et al. (2021)</b> Impact of the COVID-19 pandemic on anxiety and depression symptoms of young people in the global south: evidence from a four-country cohort study (173)	Etiopía, India, Perú y Vietnam	Encuesta telefónica a participantes de estudio de cohorte longitudinal (8.988 participantes)	Las tasas de síntomas de al menos ansiedad leve (depresión) fueron más altas en Perú, con un 41% (32%) (IC 95%: 38,63% a 43,12%; (29,49-33,74)), y más bajas en Vietnam, con un 9% (9%) (IC 95%: 8,16% a 10,58%; (8,33-10,77)), lo que refleja las tasas de mortalidad de la COVID-19. Las mujeres fueron las más afectadas en todos los países excepto en Etiopía. Los factores de estrés relacionados con la pandemia, como los riesgos/gastos de salud, la adversidad económica, la inseguridad alimentaria y la interrupción de la educación o el empleo, fueron factores de riesgo para la ansiedad y la depresión, aunque mostraron diferentes niveles de importancia entre los países. Las relaciones previas con los padres/compañeros fueron factores de protección, mientras que los problemas de salud o emocionales a largo plazo fueron factores de riesgo.

Estudio	País	Método (tamaño de la muestra)	Principales resultados
<p><b>Rodríguez-De Avila UE et al. (2021)</b> Impacto psicológico y calidad del sueño en la pandemia de COVID-19 en Brasil, Colombia y Portugal (174)</p>	Colombia, Brasil y Portugal	Cuestionario en línea (988 participantes)	El 2,1% de los sujetos presentó ansiedad leve, el 85,5% niveles moderados, el 12% osciló entre moderado y severo y el 0,3% presentó un nivel de ansiedad extremo. El pensamiento suicida se encontró al nivel del 57%; 31,1% moderada, 9,7% marcada severa y 2,2% extrema. En cuanto al sueño, el 14% tenía buena calidad de sueño, el 53,5% mala calidad y el 32,5% posibles trastornos del sueño. La diferencia entre los valores de ansiedad e ideación suicida entre países no fue significativa. Sin embargo, existe una diferencia significativa entre la distribución de los valores de calidad del sueño entre países. Las diferencias se dan principalmente entre adolescentes (<22 años) y otras edades. Colombia se diferencia de Brasil y Portugal en términos de calidad del sueño.
<p><b>Rosencras M et al. (2021)</b> The impact of the COVID-19 pandemic on the health, well-being, and access to services of people with intellectual and developmental disabilities (175)</p>	Estados Unidos y Chile	Cuestionario en línea (adultos con discapacidad intelectuales y/o del desarrollo y sus cuidadores, 404 de Estados Unidos y 64 de Chile)	Tanto en Chile como en Estados Unidos, pocas personas refirieron un aumento de los problemas de salud. La mitad de la muestra en Chile y el 41% de la muestra en los Estados Unidos refirieron un aumento de los problemas de salud mental. Aproximadamente el 15 % de la muestra en los Estados Unidos informó de que ya no recibía servicios estatales para la discapacidad del desarrollo.

# REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

*apalrevista@gmail.com*

---

## CUESTIONES GENERALES

La Revista Latinoamericana de Psiquiatría, órgano oficial de la Asociación Psiquiátrica de América latina, es una revista en español que publica trabajos sobre Psiquiatría, Neurociencias y disciplinas conexas. Está dirigida especialmente a profesionales del campo de la Salud Mental.

Las condiciones de presentación y publicación de manuscritos que se detallan más abajo se ajustan a las normas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y se pueden consultar en: <http://www.medicinalegal.com.ar/vanco97.htm>, en su versión en español, o en <http://content.nejm.org/cgi/content/full/336/4/309>, en su versión original en idioma inglés.

El envío de un manuscrito a la Revista Latinoamericana de Psiquiatría constituye en sí mismo una constancia de aceptación de este Reglamento de publicaciones, y por lo tanto de las responsabilidades en cuanto a autoría, originalidad y confidencialidad que en él se enuncian.

### *Originalidad*

Los manuscritos enviados a la Revista Latinoamericana de Psiquiatría serán aceptados en el entendimiento de que son materiales originales, no publicados previamente, ni enviados simultáneamente para ser publicados en otra revista y que han sido aprobados por cada uno de sus autores.

La reproducción de figuras o tablas previamente publicadas, ya sea por los autores del manuscrito, o por otros autores, deberá contar con la autorización por escrito de la fuente (revista, libro, material electrónico u otro) originales.

### *Autoría*

Todas las personas que firman el trabajo deben reunir los requisitos para ser autores de un trabajo científico. De acuerdo con el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas se considera que un autor es una persona que ha realizado una contribución intelectual sustancial a un estudio, entendiendo esta como el cumplimiento de los tres requisitos que se enumeran a continuación: 1) haber contribuido a la concepción, diseño, adquisición de datos, análisis o interpretación de los mismos; 2) escribir el borrador del artículo o revisarlo críticamente en sus aspectos sobresalientes; 3) proporcionar la aprobación final de la versión enviada para su publicación. A la inversa, cualquier persona que cumpla con los requisitos mencionados debe figurar como autor. Cuando un grupo lleva a cabo un ensayo multicéntrico, los autores son aquellos que detentan la responsabilidad directa del manuscrito. Son éstos quienes deben reunir los criterios de autoría que acabamos de mencionar. Los demás colaboradores deberán ser enlistados en el apartado de

### *Agradecimientos*

Para la Revista Latinoamericana de Psiquiatría, en consonancia con las normas vigentes en las publicaciones médicas, la provisión de fondos, la supervisión general del grupo de investigadores o un rol jerárquico en la institución en que se realizó el trabajo no justifican la autoría.

Todas las personas designadas como autores deben calificar como tales, y todos aquellos que reúnen las condiciones para serlo deben ser mencionados.

Cada uno de ellos debe haber participado en forma suficiente en el trabajo como para poder responsabilizarse del mismo públicamente.

En el apartado de “Agradecimientos” pueden mencionarse a todos aquellos que hayan contribuido económica o técnicamente al trabajo de manera tal que no justifique su autoría. También puede agradecerse a quienes facilitaron la realización del trabajo o la preparación del manuscrito.



### **Transferencia de derechos y envío del manuscrito**

El envío de un artículo a la Revista Latinoamericana de Psiquiatría supone que todos los autores aprueben el manuscrito que es enviado para su consideración, como así también que todos ceden a la revista el derecho de publicación y reproducción posterior.

Si en el trabajo se realizan citas extensas (de más de 500 palabras) o figuras de otros textos, los autores deben contar con autorización de los editores del material citado.

### **Aclaración de conflictos de intereses**

Toda forma de apoyo (subsidios, financiación de laboratorios farmacéuticos, etc.) debe ser mencionada en el apartado “Agradecimientos”.

Además, los autores deben especificar, en un apartado especial a continuación del apartado de Agradecimientos, y bajo el título “Declaración de conflictos de intereses”, los compromisos comerciales o financieros que pudieran representar un aparente conflicto de intereses en relación con el artículo enviado, incluyendo pagos de asesorías, de sueldos, u otras retribuciones. La lista de empresas o entidades privadas o de otro tipo que hubieran pagado al o los autores honorarios en concepto de los rubros antes mencionados debe ser explícitamente aclarada.

Si no hubiera conflicto de intereses, en este apartado se consignará “El /los autor/es no declara/n conflictos de intereses”.

Esta información no deberá necesariamente limitar la aceptación del material, y podrá o no, a criterio del Comité Editorial, ser puesta a disposición de los evaluadores del manuscrito.

### **Preservación del anonimato de los pacientes**

El material clínico enviado para su publicación debe cuidar especialmente la protección del anonimato de los pacientes involucrados.

### **Consentimiento informado**

Los trabajos de investigación clínica deben incluir, en el apartado “Materiales y Métodos” una cláusula que señale que todos los pacientes participantes han sido informados de las características y objetivos del estudio y han otorgado el consentimiento para su inclusión en el mismo.

### **Proceso de revisión de manuscritos**

El proceso de evaluación por pares constituye la piedra angular de la comunicación científica. La revista cuenta con un Consejo Editorial y un numeroso grupo de asesores científicos. Todos los trabajos enviados para su publicación son sometidos a la evaluación de al menos dos de los miembros de dichas instancias. Los evaluadores reciben una copia del trabajo en la que se omiten los nombres de los autores, de manera tal de evitar sesgos en el proceso de evaluación. Si fuera necesario, se podrá solicitar además una evaluación de los procedimientos estadísticos empleados, o la opinión de algún evaluador externo a la revista.

Si las opiniones de ambos revisores fueran divergentes, el Editor o el Comité Científico pueden solicitar una tercera opinión, o decidir como cuerpo colegiado acerca de la publicación o no del trabajo. Si los revisores consultados lo solicitan, el Editor podrá requerir al o los autores, modificaciones para adecuar el manuscrito a las sugerencias realizadas. El o los autores recibirán, junto con la decisión del Editor, los comentarios de los revisores a fin de conocer los fundamentos de la decisión final adoptada.

### **Envío de trabajos**

La revista acepta los siguientes tipos de artículos: Investigación original, Revisiones, Casos clínicos y Artículos científicos de controversia o de opinión.

Todos los trabajos deberán enviarse, vía correo electrónico, a la dirección: [apalrevista@gmail.com](mailto:apalrevista@gmail.com). Los textos deben presentarse en el programa Word. Es importante que no incluyan macros ni ningún tipo de plantillas. Antes de enviar el trabajo verifique haber cumplido con las normas utilizando el apartado titulado ANTES DE ENVIAR EL TRABAJO que se incluye al final de este Reglamento.

## Tipos de trabajos

**a) Investigación original:** describe nuevos resultados en la forma de un trabajo que contiene toda la información relevante para que el lector que así lo desee pueda repetir los experimentos realizados por los autores o evaluar sus resultados y conclusiones. Las investigaciones originales no deben exceder los 19.500 caracteres incluyendo un resumen de no más de 200 palabras, texto, referencias y datos contenidos en tablas y figuras. Se recomienda especialmente la utilización del menor número de figuras posible. El Comité de Redacción valora especialmente la capacidad de síntesis, siempre que esta no comprometa la claridad y exhaustividad del trabajo.

**b) Revisión:** estos textos compilan el conocimiento disponible acerca de un tema específico, contrastan opiniones de distintos autores e incluyen una bibliografía amplia. La longitud de estos trabajos no debe exceder los 19.500 caracteres incluyendo un resumen de no más de 200 palabras, el texto propiamente dicho y las referencias bibliográficas. Como se mencionó más arriba el uso de figuras o tablas publicadas previamente por el autor o por otros autores debe haber sido expresamente autorizado por el editor original, y debe ser citado apropiadamente al pie de la figura y en el apartado “Referencias”)

**c) Casos clínicos:** son textos breves en los que se presenta uno o varios ejemplos de casos clínicos de una determinada patología. El artículo debe incluir un resumen en español y en inglés con sus correspondientes Palabras clave y Keywords, respectivamente; luego comentar las generalidades de la patología en cuestión, su semiología habitual, epidemiología, criterios diagnósticos, eventual etiología y tratamiento y, por fin ejemplificar con uno o varios casos originales diagnosticados por el autor. El trabajo debe incluir una breve bibliografía.

**d) Artículo científicos de controversia o de opinión:** son trabajos en los que se presentan o discuten temas científicos particularmente polémicos. Pueden publicarse dos o más de estos artículos, sobre un mismo tema en el mismo número o en números sucesivos de la revista. Su longitud no debe exceder los 8000 caracteres incluyendo las referencias bibliográficas.

## ORGANIZACIÓN INTERNA DE CADA TIPO DE MANUSCRITO

### Instrucciones generales

Todos los materiales enviados a la Revista Latinoamericana de Psiquiatría para su publicación serán escritos a doble espacio, en letra de cuerpo de 12 puntos.

Primera página (común a todos los tipos de trabajos, salvo Cartas de lectores)

El texto del trabajo será precedido por una página (página de título) con los siguientes datos: título, nombre y apellido de los autores, dirección profesional y de correo electrónico del autor principal, título profesional, lugar de trabajo y lugar en el que el trabajo fue realizado.

El título debe ser informativo y lo más breve posible (ver más abajo las restricciones al uso de abreviaturas).

Segunda página (sólo para Investigaciones originales, revisiones y artículos de opinión)

La segunda página contendrá los resúmenes en español y en inglés y bajo el subtítulo “Palabras clave” y “Keywords” se especificarán 5 (cinco) palabras o frases cortas en inglés y español respectivamente. Se proporcionará un título en inglés.

El resumen de 200 palabras deberá proporcionar los antecedentes del trabajo, los propósitos del mismo, los medios de que se valió para lograrlo, los resultados obtenidos y las conclusiones que de los mismos se desprenden.

Cuando se trate de revisiones debe aclararse cuáles son los puntos esenciales que se exploraron y la conclusión principal a la que se llegó.

El resumen es la única parte del trabajo que resulta visible para la totalidad de los lectores, ya que está indexada en bases de datos internacionales. Por lo tanto, se recomienda especialmente a los autores que cuiden su redacción, haciéndola lo más informativa y completa posible. Debe también cuidarse que su contenido refleje con precisión el del artículo.

## Agradecimientos

En un texto breve los autores podrán agradecer a quienes hayan contribuido a la realización del trabajo (por ejemplo colaboradores técnicos). Las fuentes de financiación deberán ser explícitamente mencionadas.

## Referencias bibliográficas

Las referencias bibliográficas se incluirán en una página aparte de la del texto.

Las referencias serán citadas con números correlativos, entre paréntesis, a medida que aparezcan en el texto y con ese número serán luego enlistadas en la sección "Referencias bibliográficas"- No usar supraíndices para las citas bibliográficas.

### Ejemplo:

"Algunos autores observaron que la administración de un placebo, acompañada de un seguimiento clínico que no incluía ni siquiera una psicoterapia formal, proporcionaba alivio sintomático duradero a alrededor de un 50% de los pacientes con depresión leve (1,2).

Referencias bibliográficas

1.- *Shea MT, Elkin I, Imber SD, Sotsky SM, Watkins JT, Collins JF, Pilkonis PA, Beckham E, Glass DR, Dolan RT. Course of depressive symptoms over follow-up: findings from the NIMH treatment of depression collaborative research. Arch Gen Psychiatry 1992, 49: 782-787.*

2.- *Rabkin JG, McGrath P, Stewart JW, Harrison W, Markowitz JS, Quitkin F. Follow-up of patients who improved during placebo washout. J Clin Psychopharmacol 1986, 6: 274-278.*

La forma de cita se ajusta a las normas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas y pueden ser consultados en

<http://www.hospitalarias.org/publiynoti/libros/art%C3%ADculos/163/art1.htm>

## Se ilustran a continuación los principales casos:

### Artículos de revistas

#### 1. Artículo estándar

Incluir los seis primeros autores y a continuación escribir et al.

*Molto J, Inchauspe JA. Libertad de prescripción en España. VERTEX 2005; XVI (59): 130-132.*

#### 2. Autor corporativo

*The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996; 164:282-4.*

#### 3. Suplemento de un volumen

*Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. Environ Health Perspect 1994; 102 Supl 1:275-82.*

### Libros y otras fuentes de información impresa

#### 4. Autores individuales

*Bagnati P, Allegri RF, Kremer J, Taragano FE. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Manual para los familiares y el equipo de salud. Buenos Aires, Editorial Polemos, 2003.*

#### 5. Editor(es) como autores

*Norman IJ, Redfern SJ, editores. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.*

#### 6. Capítulo de libro

*Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Laragh JH, Brenner BM, editors.*

*Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2.ª ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.*

## 7. Actas de conferencias

Kimura J, Shibasaki H, editors. *Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.*

## 8. Ponencia presentada en un Congreso

Bengtsson S, Solheim BG. *Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienholz O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sept 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5. Material No publicado*

## 9. En prensa

Leshner AI. *Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engl J Med. En prensa 1996.*

## Material Informático

10. Artículo de revista en formato electrónico

Morse SS. *Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [citado 5 Jun 1996]; 1(1): [24 pantallas]. Disponible en <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>*

## Comunicación personal

Se deberá limitar al máximo este tipo de citas, se deberá contar con la autorización escrita de la fuente.

## Figuras

Las figuras deberán ser en blanco y negro, lo que incluye el tramado de superficies para diferenciar distintos grupos experimentales. No se aceptan medios tonos, grises ni colores.

Las figuras serán identificadas con números arábigos, en orden correlativo según aparecen en el texto. Debe enviarse el número mínimo de figuras que facilite la comprensión de los resultados obtenidos. No se aceptarán figuras que utilicen tres dimensiones (3D), a menos que en éstas se cuantifiquen y relacionen entre sí tres parámetros distintos. En la realización de las figuras los autores deben tener en cuenta que el tamaño de las letras y de los números debe ser tal que, aún reducidos para su inclusión en la revista, éstos sean legibles.

Las figuras serán enviadas en página aparte (documento aparte en el CD), formato Word. Se desaconseja explícitamente el uso de figuras para mostrar resultados que pueden ser fácilmente enunciados en forma de texto o tabla (por ejemplo la distribución por sexos o edades en una población, la proporción de pacientes que responden a una de tres o cuatro características en una muestra, etc.). Como se menciona más arriba, si se reproducen figuras previamente publicadas, los autores deberán contar con una autorización por escrito para su reproducción. En la leyenda correspondiente se citará la fuente original con la aclaración "Reproducido con autorización de ... (cita de la fuente original)".

## Leyendas de las figuras

En página aparte, a continuación del cuerpo principal del manuscrito, deberán consignarse todos los pies de figura correctamente identificados con el número arábigo correspondiente. Las leyendas serán lo suficientemente explicativas como para que los lectores puedan comprender la figura sin recurrir al texto.

## Tablas

Se presentarán en hojas aparte y deberán ser identificadas con números arábigos en orden correlativo según sean citadas en el texto. Estarán provistas de su correspondiente encabezamiento, lo suficientemente claro como para que, al igual que las figuras, puedan ser interpretadas sin volver al texto del artículo. La información contenida en las mismas no debe ser incluida en el cuerpo del trabajo.

### Abreviaturas

Las únicas abreviaturas aceptadas son aquellas consagradas por el uso, como ADN (por ácido desoxirribonucleico), ATP (por adenosintrifosfato), etc. Cuando un término es excesivamente largo o es una frase de más de tres palabras (ejemplo: trastorno obsesivo compulsivo) y aparece más de seis veces en el cuerpo principal del manuscrito los autores podrán optar por abreviarlo. La abreviatura deberá ser presentada entre paréntesis a continuación de la primera vez que se utiliza el término o frase, y a partir de ese punto podrá reemplazarlos. Ejemplo: El trastorno obsesivo compulsivo (TOC)...

No se aceptan abreviaturas en el título ni en el resumen. Deben evitarse oraciones con más de una abreviatura, ya que su lectura se hace muy difícil.

No deben utilizarse abreviaturas de frases o palabras escritas en un idioma distinto al español.

### ANTES DE ENVIAR EL MANUSCRITO

Antes de enviar el manuscrito controle haber cumplido con los siguientes requisitos:

#### Hoja de título

- Título.
- Autor o autores.
- Títulos académicos.
- Lugar de trabajo y/o institución de pertenencia.
- Dirección postal.
- Dirección de correo electrónico.

#### Resumen

- Controle que no tenga más de 200 palabras.
- No utilizar abreviaturas.

#### Resumen en inglés

- Título en inglés.
- Controle que el número de palabras sea igual o menor a 200.
- No utilizar abreviaturas.

#### Cita correcta de la bibliografía

- ¿Cada una de las citas indicadas en el texto tiene su correspondiente referencia en el apartado de Bibliografía?
- ¿Las referencias están citadas de acuerdo al reglamento de publicaciones?

#### Figuras

- ¿Están numeradas?
- ¿Cada una está correctamente citada en el texto?
- ¿Se acompañaron los pies o leyendas indicando a qué figura corresponde cada uno?
- ¿La tipografía utilizada es legible una vez reducida la figura al tamaño de una o a lo sumo dos columnas de la revista?

#### Tablas

- ¿Están numeradas?
- ¿Cada una está correctamente citada en el texto?
- ¿Cada tabla está encabezada por un título suficientemente explicativo?

#### Declaración de posibles conflictos de intereses

- ¿Están debidamente aclarados?

2022 número 1  
*Edición especial* volumen 21

