

Revista Latinoamericana de **PSIQUIATRÍA**

Órgano oficial de la Asociación Psiquiátrica de América Latina

2020 - Volumen 01 - Número 19

EDITORIAL

Antônio Geraldo da Silva

ANOTACIONES EN TORNO AL DUELO DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 EN LATINOAMÉRICA

Bibiana Briceño Patiña, Andrés Hernán León Rodríguez, Nicolás Medina Castro y Jairo M. González-Díaz MD MS

FACTORES DE RIESGO BIOPSIICOSOCIALES DE LA SALUD MENTAL Y TRASTORNOS MENTALES EN EL CONTEXTO COVID-19

*Mónica Janet Tam Burga
Co-autor: William Aguilar Rivera*

RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR COVID-19

Juana Atuesta, Giovanni Argoty y Johanna Diaz

REFLEXIONES SOBRE LA SALUD MENTAL DE LOS MEXICANOS A 100 DÍAS DE LA PANDEMIA

Bernardo Ng

ALGUNOS APRENDIZAJES QUE NOS VA DEJANDO LA PANDEMIA. VISIÓN DESDE LA ASOCIACIÓN DE PSIQUIATRAS ARGENTINOS, APSA

Santiago A. Levín

REFLEXIONES EN TORNO A LA PANDEMIA COVID-19 EN EL PERU

Enrique Bojórquez Giraldo

IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN EL EQUIPO DE SALUD MENTAL

Ricardo Corral y Julieta Ramirez

DECLARACIÓN SOBRE EL COVID-19 Y LAS POBLACIONES VULNERABLES

Roberto Lewis-Fernandez; Hans Rohloff; Pablo Farías; Mario Braakman y Sergio J. Villaseñor-Bayardo

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

COMITÉ EJECUTIVO 2018-2020

PRESIDENTE

Antonio Geraldo Da Silva - *Brasil*

VICE-PRESIDENTE

Enrique Bojórquez Giraldo - *Perú*

SECRETARIO GENERAL

Cláudio Martins - *Brasil*

SECRETARIO DE FINANZAS

Carlos Eduardo Zacharias - *Brasil*

SECRETARIA REGIONAL

MÉXICO, CENTROAMÉRICA Y EL CARIBE

Miriam de La Osa - *Cuba*

SECRETARIO REGIONAL

PAÍSES BOLIVARIANOS

Rodrigo Córdoba - *Colombia*

SECRETARIO REGIONAL

PAÍSES DEL CONO SUR

Graciela B. Onofrio - *Argentina*

COORDINADOR DE SECCIONES

Enrique Chávez León - *México*

Revista
Latinoamericana de
PSIQUIATRÍA

Órgano oficial de la Asociación Psiquiátrica de América Latina

CONSELHO DE REDACIÓN

COORDINADOR:

Rodrigo N Cordoba Rojas

MIEMBROS:

Alexei Vallejo

Angela L Vélez T

Jairo Gonzales

Juan F Cano R

COMITÉ CIENTIFICO

PRESIDENTE

Antonio Geraldo Da Silva - *Brasil*

VICE-PRESIDENTE

Enrique Bojórquez Giraldo - *Perú*

SECRETARIO GENERAL

Cláudio Martins - *Brasil*

SECRETARIO DE FINANZAS

Carlos Eduardo Zacharias - *Brasil*

SECRETARIA REGIONAL

MÉXICO, CENTROAMÉRICA Y EL CARIBE

Miriam de La Osa - *Cuba*

SECRETARIO REGIONAL

PAÍSES BOLIVARIANOS

Rodrigo Córdoba - *Colombia*

SECRETARIO REGIONAL

PAÍSES DEL CONO SUR

Graciela B. Onofrio - *Argentina*

COORDINADOR DE SECCIONES

Enrique Chávez León - *México*

PRESIDENTES DE SOCIEDADES INTEGRANTES DE APAL

Argentina

Asociación de Psiquiatras Argentinos
Presidente: Santiago Levin

Bolivia

Sociedad Boliviana de Psiquiatría
Presidenta: Cesar Oliva Castrillo

Brasil

Asociación Brasileña de Psiquiatría
Presidente: Antonio Geraldo da Silva

Chile

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía
Presidente: Lientur Taha

Colombia

Asociación Colombiana de Psiquiatría
Presidenta: Astrid Arrieta Molinares

Costa Rica

Asociación Costarricense de Psiquiatría
Presidente: Francisco Gólcher Valverde

Cuba

Sociedad Cubana de Psiquiatría
Presidente: Miriam de LaOsa

Ecuador

Asociación Ecuatoriana de Psiquiatría
Presidente: Rommel Artieda

El Salvador

Asociación Salvadoreña de Psiquiatría
Presidenta: Tirza Merino Gomez

Guatemala

Asociación Psiquiátrica de Guatemala
Presidenta: Mirna Roxana

México

Asociación Psiquiátrica Mexicana
Presidente: Bernardo Ng

Paraguay

Sociedad Paraguaya de Psiquiatría
Presidente: Carlos Alberto Arestivo

Perú

Asociación Psiquiátrica Peruana
Presidenta: Elizabeth Rivera Chávez

Puerto Rico

Sociedad Puertorriqueña de Psiquiatría
Presidente: Edgardo Prieto Agostini

República Dominicana

Sociedad Dominicana de Psiquiatría
Presidenta: Marisol Taveras

Uruguay

Sociedad de Psiquiatría del Uruguay
Presidente: Luis Villalba

Venezuela

Sociedad Venezolana de Psiquiatría
Presidenta: Petra Aponte

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| EDITORIAL | 5 |
| <i>Antônio Geraldo da Silva</i> | |
| ANOTACIONES EN TORNO AL DUELO DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 EN LATINOAMÉRICA | 6 |
| <i>Bibiana Briceño Patiña , Andrés Hernán León Rodríguez, Nicolás Medina Castro y Jairo M. González-Díaz MD MS</i> | |
| FACTORES DE RIESGO BIOPSIICOSOCIALES DE LA SALUD MENTAL Y TRASTORNOS MENTALES EN EL CONTEXTO COVID-19 | 13 |
| <i>Mónica Janet Tam Burga</i> <i>Co-autor: William Aguilar Rivera</i> | |
| RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR COVID-19 | 22 |
| <i>Juana Atuesta, Giovanni Argoty y Johanna Diaz</i> | |
| REFLEXIONES SOBRE LA SALUD MENTAL DE LOS MEXICANOS A 100 DÍAS DE LA PANDEMIA | 26 |
| <i>Bernardo Ng</i> | |
| ALGUNOS APRENDIZAJES QUE NOS VA DEJANDO LA PANDEMIA. VISIÓN DESDE LA ASOCIACIÓN DE PSIQUIATRAS ARGENTINOS, APSA | 29 |
| <i>Santiago A. Levín</i> | |
| REFLEXIONES EN TORNO A LA PANDEMIA COVID-19 EN EL PERU | 32 |
| <i>Enrique Bojórquez Giraldo</i> | |
| IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN EL EQUIPO DE SALUD MENTAL | 38 |
| <i>Ricardo Corral y Julieta Ramirez</i> | |
| DECLARACIÓN SOBRE EL COVIV-19 Y LAS POBLACIONES VULNERABLES | 43 |
| <i>Roberto Lewis-Fernandez; Hans Rohlof; Pablo Farías; Mario Braakman y Sergio J. Villaseñor-Bayardo</i> | |
| REGLAMENTO DE PUBLICACIONES | 45 |

EDITORIAL

Em 2018, assumi o compromisso de estar à frente desta Associação que representa os psiquiatras latino-americanos com seriedade e respeito. jornada a quem tenho um grande apreço.

Nestes últimos meses, temos vivenciado tempos difíceis, um momento de grandes mudanças no mundo diante da pandemia da Covid-19 que tem dizimado milhares de vidas na América Latina. Tudo o que vem ocorrendo só serve para aumentar a nossa preocupação com a saúde mental desta população, que tanto sofre diante das diferenças socioeconômicas.

A partir desta chamada “nova realidade”, fomos obrigados a nos adequar. O XXXI Congresso da APAL, que em 2020 aconteceria no Peru, precisou ser adiado. Nos adaptamos para a realização de 02 eventos online, onde incluímos um encontro em comemoração aos 60 anos de nossa ilustre instituição. Fizemos algo inédito na psiquiatria latino-americana, juntamos nossas associações filiadas em busca de uma troca de experiências, união e fortalecimento da especialidade, que reuniu cerca de mil pessoas em cada eventos, de forma totalmente online.

Nesta edição de nossa revista voltamos a nossa atenção às consequências que foram desencadeadas por conta da pandemia que estamos vivenciando. Mostramos que devemos cuidar dos nossos colegas da área da saúde, dos nossos pacientes e seus familiares, infectados ou não pela Covid-19. Precisamos ter toda atenção, principalmente com a aproximação da quarta onda, onda esta que engloba três principais cenários: pessoas que nunca apresentaram nenhum sintoma de doença psiquiátrica podem vir a apresentar; pacientes que ainda estão em tratamento podem ter seus sintomas agravados devido à pandemia; e, ainda, pacientes que já haviam recebido alta médica retornam aos consultórios por causa da recidiva do quadro

Agradeço imensamente ao meu comitê executivo, com o qual pude contar em todos os momentos: Enrique Bojorquez, Cláudio Martins, Carlos Eduardo Zacharias, Miriam de LaOsa, Rodrigo Cordoba, Graciela Onófrío e o nosso coordenador de seções Enrique Chávez León.

Seguiremos com o nosso trabalho incessante pelo fim da Psicofobia - estigma e preconceito contra as pessoas que padecem de transtornos mentais, por políticas públicas de saúde mental e tratamento de qualidade para todos. Essa é nossa missão de vida!



Antônio Geraldo da Silva
Presidente de APAL

ANOTACIONES EN TORNO AL DUELO DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 EN LATINOAMÉRICA

REFLECTIONS ABOUT MOURNING DURING THE COVID-19 PANDEMIC AT LATIN AMERICA

AUTORES:

Bibiana Briceño Patiña^a, Andrés Hernán León Rodríguez^a, Nicolás Medina Castro^a, Jairo M. González-Díaz MD MS^{c,b,c,d}

(a) Grupo de Interés en Psiquiatría – PSYSIG-UR, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.

(b) Centro Rosarista de Salud Mental – CERSAME, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.

(c) Clínica Nuestra Señora de la Paz, Bogotá, Colombia.

(d) Autor de correspondencia. E-mail: jairom.gonzalez@urosario.edu.co

Dirección: Av. Carrera 24 # 63C-69, Bogotá, Colombia.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno que declarar por los autores para este manuscrito

RESUMEN

La pandemia COVID-19 ha representado un verdadero reto psicosocial para las comunidades a nivel mundial. Cuatro meses después de ser declarada pandemia, el foco epidémico es América Latina. Las características sociales, económicas y culturales de esta región sugieren que la elaboración del duelo podrá tornarse difícil. En este artículo de reflexión, abordamos las experiencias psicosociales de catástrofes previas para brindar luces respecto a las reacciones emocionales que surgirán con el transcurso de la pandemia y generar recomendaciones de utilidad clínica y comunitaria.

PALABRAS CLAVE: *Pandemia, COVID-19, duelo, desastre, Latinoamérica.*

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has become a true psychosocial challenge for communities worldwide. Four months after being declared a pandemic, the epidemic focus is Latin America. The social, economic and cultural characteristics of this region suggest that the elaboration of mourning might become difficult. In this reflection article, we address the psychosocial experiences of previous catastrophes to shed light on the emotional reactions that will arise over the course of the pandemic and generate recommendations of clinical and community utility.

KEYWORDS: *Pandemic, COVID-19, mourning, disaster, Latin America.*

INTRODUCCIÓN

Las pandemias catastróficas han ocurrido regularmente a lo largo de la historia arrasando con poblaciones enteras. Paradójicamente, estas situaciones también han despejado el camino para las innovaciones y avances en las ciencias biomédicas y la salud pública (1). En cuanto desastres, las pandemias son emergencias sanitarias que cobran numerosas vidas y generan altas tasas de discapacidad, sobrepasando los recursos locales y amenazando la seguridad y funcionamiento normal de las comunidades (2).

A finales del 2019 un brote de neumonía atípica en China generó los primeros informes acerca de un posible nuevo coronavirus. Hacia enero de 2020, 7734 casos habían sido confirmados en China y otros 90 casos a nivel mundial (3). Tres meses después, la COVID-19 fue declarada como pandemia por la Organización Mundial de Salud, dando lugar a lo que algunos autores han dado en llamar la crisis de salud global que define nuestro tiempo y el mayor desafío que enfrenta la humanidad desde la II Guerra Mundial (4). A julio, esta enfermedad ya ha impactado a casi todos los países, dejando consigo una cifra de más de 540.000 fallecidos a nivel mundial, 70.000 de ellos sólo en las Américas (3).

La elevada transmisibilidad de la COVID-19 ha obligado a los gobiernos a tomar medidas drásticas (5) que mitiguen la propagación, disminuyan la morbimortalidad asociada, eviten un pico epidémico que sobrepase los sistemas de salud, mantengan los efectos en la economía dentro de niveles manejables y permitan una ventana al desarrollo de vacunas y tratamientos específicos y eficaces (5). Se han

implementado cuarentenas voluntarias u obligatorias de hogares, barrios, ciudades o regiones enteras, suspensión de reuniones masivas, cierre de institutos educativos o lugares de trabajo y restricciones de viaje (6).

Estas medidas impactan en múltiples factores de riesgo relacionados con la salud (7,8). Por un lado, la cancelación de eventos públicos, cierre de negocios y el aislamiento, han incrementado el temor general ante una crisis económica. Las empresas han enfrentado adversidades y han despedido a sus empleados y el mercado de valores ha experimentado caídas históricas que ha afectado los fondos de jubilación (6). El estricto aislamiento social, método crucial para romper la cadena de infección, puede desencadenar la aparición de síntomas mentales que incluyen delirios, ansiedad, depresión, pensamientos suicidas, estrés agudo y postraumático y deterioro cognitivo (9). Además, la familia y los amigos de quienes padecen la enfermedad deben mantenerse aislados de las personas hospitalizadas, incluso cuando sus muertes son inminentes (10).

Desde la perspectiva de la salud mental, una pandemia implica perturbación psicosocial que puede exceder la capacidad de manejo de la población afectada, exponiéndola a tensiones que a su vez incrementan la incidencia de problemas y trastornos mentales durante su curso y algún tiempo después (11,12).

Por otra parte, los servicios de emergencia se ven sobresaturados con pacientes COVID-19 y requieren de la aplicación de protocolos con preguntas de detección para este virus en los puntos de entrada. Estas acciones pueden crear barreras no solo en la atención en salud sino en las relaciones interpersonales de los pacientes (10). La asistencia médica a distancia ha resultado útil para resolver este problema al menos de forma parcial, pero las inequidades en el acceso han afectado su implementación a gran escala en la región (13).

En este contexto, se espera que la COVID-19 tenga un gran impacto en la experiencia de la muerte y el duelo. A medida que esta enfermedad se extiende por el mundo, la mayoría de los fallecidos han tenido que morir aislados en asépticas unidades de cuidado crítico. Además, la pandemia está afectando la forma en que se atiende a los pacientes con enfermedades terminales, cuándo y cómo las personas mueren por otras causas, y cómo se manejan los cuerpos y se realizan los rituales de duelo (14,15).

Los afligidos están obligados a llorar sin el apoyo de los rituales sociales y culturales y las habilidades de afrontamiento (16) pueden verse entonces truncadas. Aunque, a menudo nos sentimos alentados por la resiliencia humana en respuesta a la muerte y otras dificultades, será imperativo saber que aumentará, entre otros problemas de salud mental, el duelo prolongado (15).

DUELO NORMAL, DUELO COMPLICADO

El duelo es un periodo en cual la persona asimila, entiende, supera y reconstruye su vida a partir de la muerte de un ser querido, o ante cualquier tipo de pérdida (17). Este se vivencia con una mezcla de tristeza, angustia miedo e ira, manifestándose con llanto, flashbacks, hiporexia, insomnio, problemas de memoria o concentración e inclusive puede llegar a causar dolor emocional y desesperación (11,18).

Dicho esto, el atravesar por este suceso implica, liberarse o dejar atrás la relación con lo perdido, adaptarse al mundo en otras condiciones y hacer el esfuerzo por establecer nuevas relaciones. Flores (17) y Meza (18) proponen un modelo de fases para atravesar el duelo a nivel individual:

1. Primera fase: se caracteriza por un estado de shock que posteriormente genera alteraciones en el afecto, dando paso a lo que se conoce como "sensibilidad anestesiada", afectando incluso funciones neurovegetativas representadas en irregularidades del ritmo cardíaco, náuseas y/o temblor. La primera reacción es el rechazo o incredulidad que puede llegar hasta la negación, manifestada por un comportamiento tranquilo e insensible, o, por el contrario, exaltado. Esta fase es de corta duración y se extiende desde el anuncio de la muerte hasta el término de las honras fúnebres.

2. Segunda fase: Es la parte central del proceso y la de mayor duración, se distingue por un ánimo depresivo. Al principio, la imagen del ausente ocupa por completo la mente del doliente y conforme pasa el tiempo, alternan recuerdos dolorosos con la paulatina reorganización de la vida de quien sufrió la pérdida. En esta fase se recuerda constantemente lo perdido y se añoran los detalles de la vida cotidiana, incluso se puede afirmar que el sufrimiento del duelo es la expresión y consecuencia del trabajo de liberación después de la pérdida, experimentando a la vez un grado de soledad tanto social como emocional.

3. Tercera fase: Se describe como un periodo de restablecimiento. Comienza cuando el sujeto mira hacia el futuro, se interesa por nuevos objetos y es capaz de volver a sentir nuevos deseos y expresarlos. Este periodo de adaptación se manifiesta por el desarrollo de nuevas relaciones sociales, se guardan los objetos más significativos del fallecido y a raíz de esto, el estado depresivo se disipa, el dolor y la pena van disminuyendo y la persona experimenta un alivio. Todo este proceso es apoyado y reforzado por el luto, experiencia mediada por el contexto sociocultural del individuo. En algunos casos, el duelo anticipado puede resultar incluso positivo al generar una adaptación previa a la pérdida que se intuye próxima.

La religiosidad, comprendida como un fenómeno universalmente arraigado en el ser humano, constituye un pilar a través de la relevancia de ritos, normas y formas de expresión del duelo, proviniendo de concepciones específicas de la vida y la muerte presentes en diversas culturas. Así, la asistencia a los servicios religiosos se ha asociado con un efecto positivo sobre la salud de las personas, una mayor autoestima, una fuente de fortaleza, esperanza, y se asocian a una mayor satisfacción con la vida y bienestar espiritual; adicionalmente se tiene la premisa de que estos deben ser oficializados ya que constituyen una parte integral del proceso de recuperación de los sobrevivientes (10).

Como se ha visto a lo largo de la historia, Latinoamérica ha sufrido periódicamente catástrofes tales como terremotos, inundaciones y erupción de volcanes, suponiendo así una predisposición en la comunidad a generar procesos de duelo que no siempre se resuelven de manera satisfactoria (19). El duelo complicado o prolongado es el ejemplo más claro de ello y se caracteriza por la intensificación del proceso común hasta desbordar las emociones, generar conductas desadaptativas y, eventualmente, desembocar en un trastorno depresivo (11).

Los factores que afectan la modulación del duelo son: que el evento sea súbito, que afecte a población en extremos de la vida, la soledad y falta de apoyo durante el proceso, la inexistencia o inadecuada ejecución del luto mediante ritos religiosos. De igual manera se deberían considerar patologías crónicas tanto orgánicas como psiquiátricas ante la dificultad de seguimiento por parte de sus médicos tratantes desencadenando alteraciones de las mismas y

generando conflictos con cuidadores, provocando procesos inadecuados en duelo ante la ausencia de un espacio pacífico para llevarlo (20,21). En contraste, se han encontrado factores protectores resaltando el rápido acceso al acompañamiento profesional, como el apoyo social y religioso; las personas practicantes de un determinado culto recibirán apoyo espiritual y social de la congregación, característica común en países anglosajones y latinoamericanos (20,21).

DEL DUELO INDIVIDUAL AL DUELO COLECTIVO DURANTE UNA PANDEMIA

Las pérdidas derivadas por una pandemia son una constante que aumenta de manera continua. Entonces, las "pérdidas primarias" serán definidas como las directamente relacionadas con la mortalidad del virus, mientras que las "pérdidas secundarias" se observarán en las secuelas o circunstancias derivadas del mismo (como los factores socioeconómicos). Otro término que parece cobrar relevancia es el de las "pérdidas múltiples", entendidas como la combinación de ambos tipos de pérdidas, situación que típicamente se evidencia durante catástrofes de gran magnitud (22).

En el contexto de grandes catástrofes, el duelo adquiere un matiz comunitario: al reformular desde cero un proyecto de vida, se repercute no solo a nivel personal o familiar, sino también en ámbitos sociales, económicos y políticos. En Brasil, por ejemplo, se ha descrito que las prácticas de sepultura se han detenido por el hacinamiento de cuerpos en los cementerios, algo que se evidencia de manera especialmente alarmante en Vila Formosa (São Paulo), el cementerio más grande de Latinoamérica que ha sido dispuesto para albergar al creciente número de víctimas fatales de la COVID-19 (23).

Esta situación ha generado además, protestas dentro de los sectores laborales con alta exposición por falta de elementos de protección, aumentando la tensión ya desmesurada en el pueblo brasileño. Estos factores se intensifican ante la activación económica que a pesar de la falta de regulación en las medidas de control sanitario, han contribuido al aumento de las cifras de contagios y fallecidos en el país, afectando a su vez la salud mental de sus habitantes, evitando el luto y los procesos de duelo pacíficos (23).

En el contexto de la pandemia, la incertidumbre que rodea la enfermedad, el tratamiento y la sensación de desarraigo por la pérdida de los rituales habituales, podría generar angustia o una lucha para aceptar las pérdidas. La suma de los factores de riesgo asociados con el duelo complicado y las respuestas a la pérdida se incrementará inevitablemente. Por ello, se necesita preparación para ayudar a desarrollar y proporcionar la forma más adecuada, un liderazgo sólido y asociaciones entre diferentes organizaciones son esenciales para establecer un apoyo exitoso posterior al duelo (15,20,21).

LA PANDEMIA COMO CATÁSTROFE: LECCIONES APRENDIDAS

Las limitaciones y problemáticas mencionadas anteriormente que enfrentan las personas en la elaboración del duelo por la COVID-19, comparten similitudes con situaciones pasadas al identificar riesgos que aumentan la vulnerabilidad de la población. El brote de cólera en Haití, el impacto del Ébola en oeste de África o el brote de SARS en Singapur (donde se observó un incremento del duelo complicado hasta llegar al 52.1% en los primeros 6 meses) son ejemplos de ello (24). Si bien estas situaciones causaron un sinnúmero de pérdidas para los familiares de las víctimas, es de considerar que además de la muerte de los seres cercanos, los sobrevivientes deben enfrentar la angustia permanente de la “pérdida múltiple” sin una red de apoyo suficiente dando paso al duelo secundario como en el ejemplo mencionado de Brasil.

Desde la perspectiva de este duelo secundario y sus consecuencias; no solo las enfermedades biológicas de gran escala se constituyen en factores determinantes de una alteración de la psique: también se podrían contemplar las catástrofes naturales o los entornos de guerra como detonantes (24,25). Todos estos se desarrollan en un proceso común dado por varias fases (Box 1) (25).

En estos contextos, las estrategias de resiliencia en escenarios de catástrofe cobran mayor relevancia, al observarse deficiencias en medidas preventivas, como la Planificación Avanzada de Atención (PAA) y compensando con estrategias secundarias como la comunicación asertiva enfocadas a la reconstrucción de sentimientos de seguridad y empoderamiento del doliente, promoviendo su reconciliación con el mundo y consigo mismo. Entender que cada proceso es individual y afecta diferentes esferas de lo humano

permite el desarrollo e implementación de estrategias orientadas a garantizar la funcionalidad y adaptabilidad en el proceso (26).

La “alfabetización” de la pérdida (27,28), hace parte de una intervención en el tiempo que permite reconocer su naturalidad en el proceso del duelo prematuramente, evitando la estigmatización del mismo e impactando positivamente en las personas que lo experimentan, sentando así las bases para el duelo anticipado. Otra de las formas de preparación, se centra en la educación de “adaptación de la pérdida” que permite al doliente ajustarse progresivamente a los cambios que se presenten durante la crisis dando espacio para recuperarse. Por el contrario se recomienda evitar el “enfrentamiento de la pérdida” ya que busca una respuesta efectiva en un tiempo corto.

Adicionalmente se debe brindar una capacitación a los proveedores de servicios de salud en comunicación basada en el reconocimiento, respuesta y validación emocional de los dolientes utilizando estrategias como el PAA para identificar los deseos y prioridades en las metas y expectativas terapéuticas (27), incluyendo aspectos como el apoyo espiritual disponible como los presentados en Haití durante la epidemia de cólera donde diferentes instalaciones de salud disponían de un espacio para consejería, tales intervenciones hacen parte de la categoría de intervenciones por niveles de acción.

Cabe recalcar que la reconstrucción de perspectivas centradas en las personas (28), en el sentido de la vida y costumbres se pueden retomar utilizando herramientas tecnológicas como la telecomunicación, permitiendo la socialización. Estas promueven una adaptación funcional de manera más eficiente, aún más si se combinan con estrategias de autocuidado como técnicas que faciliten la relajación (22,26).

Dentro de las nuevas propuestas establecidas se pueden destacar la sensibilización por parte del equipo de atención de salud al poner fotos de sí mismos sobre el traje de protección, adecuado un ambiente relajante en las salas de espera (29), así como espacios que permitan la solidarización y respeto de rituales, guardando las medidas preventivas como los sepelios al aire libre o salas con separadores transparentes (15). Adicionalmente se interviene con estrategias de orientación psicosocial (28) para población especialmente vulnerable basadas principalmente en psicoterapia, evitando la

medicalización de la atención y aplicando herramientas como escribir un diario o un texto de despedida reforzando la autonomía del proceso y apoyando creencias espirituales (14).

CONCLUSIONES

La pandemia de COVID-19 tiene un gran impacto y ocasiona cambios en la forma en que se atiende a los pacientes, cómo mueren, cómo se manejan los cuerpos y cómo se realizan los rituales de duelo, generando el desarrollo de diferentes trastornos psiquiátricos. En este sentido, es necesario poner a disposición de todas

las personas afectadas las diferentes estrategias que han demostrado efectividad al momento de enfrentar un duelo, en especial en situaciones de catástrofes y desastres. Ante la falta de investigaciones y políticas públicas dirigidas a este campo, la sistematización de experiencias y modelos de abordaje de la problemática psicosocial en comunidades afectadas por situaciones de catástrofe aún resulta incipiente, por lo que la estandarización de guías y herramientas para el manejo del duelo complicado, debe ser una prioridad para la salud mental.

BOX 1: FASES EN EL DESARROLLO DEL DUELO EN CONTEXTO DE DESASTRES

- 1. Fase de advertencia:** Los desastres varían en la cantidad de advertencias que recibe la comunidad, cuando no hay aviso previo, los sobrevivientes pueden sentirse vulnerables, inseguros y temerosos, al no poder protegerse o proteger a sus seres queridos. Además, cuando la gente ignora las advertencias y sufre pérdidas, pueden sentirse culpables.
- 2. Fase de rescate:** En esta fase, son prioritarias las consecuencias inmediatas, la supervivencia, el rescate de víctimas y la búsqueda de seguridad.
- 3. Fase de alivio:** Después del desastre, la ayuda gubernamental está disponible y los lazos comunitarios se ponen de manifiesto como resultado de la participación en la experiencia catastrófica. Los sobrevivientes muchas veces experimentan optimismo pensando que la ayuda que recibirán solucionará todo.
- 4. Fase de desilusión:** Caracterizada por el afrontamiento de los afectados ante su realidad luego de que los daños inmediatos son reparados y los equipos de ayuda comienzan a marcharse. Se puede dar un espacio de disconfort al comparar la ayuda recibida versus la necesaria para retomar su normalidad que da pie a disputas entre miembros y pérdida de beneficios en su estilo de vida.
- 5. Fase de recuperación:** La reconstrucción de las propiedades y la recuperación del bienestar mental pueden continuar por años después del desastre. Los sobrevivientes tienen claro que necesitarán resolver los problemas para reconstruir lo perdido. Con el avance del proceso, se inician nuevos retos con la necesidad de reajustarse y reintegrarse en un nuevo entorno cuando aún cursan el duelo por lo perdido. Esto termina con la concientización y el desarrollo de experiencias a pesar de las pérdidas y dolor, que llevan a reconocer las fortalezas de las personas y reexaminar las prioridades de la existencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Victor G St., Ahmed S. The Importance of Culture in Managing Mental Health Response to Pandemics. In: Psychiatry of Pandemics [Internet]. Springer International Publishing; 2019 [cited 2020 Jul 12]. p. 55–64. Available from: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-15346-5_5
- Johnson NPAS, Mueller J. Updating the accounts: global mortality of the 1918-1920 "Spanish" influenza pandemic. Bull Hist Med [Internet]. 2002 Mar [cited 2020 Jul 12];76(1):105–15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11875246/>
- World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 12]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- Larrotta Castillo R, Méndez Ferreira A, Mora Jaimes C, Córdoba Castañeda M, Duque Moreno J. Pérdida, duelo y salud mental en tiempos de pandemia. Salud UIS [Internet]. 2020 Mar 18 [cited 2020 Jul 12];52(2):179–80. Available from: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/10933>
- Hale T, Angrist N, Kira B, Petherick A, Phillips T, Webster S. Variation in government responses to COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 12]. Available from: www.bsg.ox.ac.uk/covidtracker
- Reger MA, Stanley IH, Joiner TE. Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019—A Perfect Storm? JAMA Psychiatry [Internet]. 2020 Apr 10 [cited 2020 Jul 12]; Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2764584>
- Gonzalez-Diaz JM, Gonzalez-Diaz JM, Cano JF, Cano JF, Pereira-Sanchez V. Psychosocial impact of COVID-19-related quarantine: Reflections after the first case of suicide in Colombia [Internet]. Vol. 36, Cadernos de Saude Publica. Fundacao Oswaldo Cruz; 2020 [cited 2020 Jul 12]. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2020000607001&script=sci_arttext
- Gonzalez-Diaz JM, Lozano-Lesmes L, Campo-Arias A. Comment on "Mental health: why it still matters in the midst of a pandemic." Brazilian J Psychiatry [Internet]. 2020 May 20 [cited 2020 May 24]; Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462020005014202&tlng=en
- Pereira-Sanchez V, Adiukwu F, El Hayek S, Bytyçi DG, Gonzalez-Diaz JM, Kundadak GK, et al. COVID-19 effect on mental health: patients and workforce. The Lancet Psychiatry [Internet]. 2020 Jun [cited 2020 May 24];7(6):e29–30. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S221503662030153X>
- Valiente-Barroso C, García-García E. La religiosidad como factor promotor de salud y bienestar para un modelo multidisciplinar de atención psicogeriatrica. Psicogeriatría [Internet]. 2010 [cited 2020 Jul 12];2(3):153–65. Available from: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/140-2013-10-04-documento25550.pdf>
- Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias. Protección de la salud mental y atención psicosocial en situaciones de epidemias [Internet]. Washington; 2016 [cited 2020 Jul 12]. Available from: https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=informes-tecnicos&alias=2539-proteccion-salud-mental-atencion-psicosocial-situaciones-epidemias-2016-539&Itemid=1179&lang=en
- Ransing R, Adiukwu F, Pereira-Sanchez V, Ramalho R, Orsolini L, Schuh Teixeira AL, et al. Mental Health Interventions during the COVID-19 Pandemic: A Conceptual Framework by Early Career Psychiatrists. Asian J Psychiatr. 2020 Apr 1;51:102085.
- Ramalho R, Adiukwu F, Gashi Bytyçi D, El Hayek S, Gonzalez-Diaz JM, Larnaout A, et al. Telepsychiatry and health-care access inequities during the COVID-19 pandemic [Internet]. Vol. 53, Asian Journal of Psychiatry. Elsevier B.V.; 2020 [cited 2020 Jul 12]. p. 102234. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7296313/>
- Garfin DR, Silver RC, Holman EA. The novel coronavirus (COVID-2019) outbreak: Amplification of public health consequences by media exposure. Heal Psychol. 2020;(March).
- Mayland CR, Harding AJE, Preston N, Payne S. Supporting Adults Bereaved Through COVID-19: A Rapid Review of the Impact of Previous Pandemics on Grief and Bereavement. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 12]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7228694/?report=abstract>
- Carlos Bermejo J, Magaña M, Villacieros M, Carabias R, Serrano I. Estrategias de afrontamiento y resiliencia como factores mediadores de duelo complicado. Rev Psicoter. 2012;22(88):85–95.
- Flórez SD. Grief. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2009 Feb 27 [cited 2020 Jul 12]; Available from: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5545/4560Abstract>
- Meza Dávalos EG, García S, Torres Gómez A, Castillo L, Sauri Suárez S, Martínez Silva B. El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. Rev Espec Médico-Quirúrgicas [Internet]. 2008 [cited 2020 Jul 12];13(1):28–31. Available from: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx
- Begue M. Survivors of Nevado de Ruiz volcano reunited [Internet]. CGTN America. 2019 [cited 2020 Jul 12]. Available from: <https://america.cgtn.com/2019/11/15/survivors-of-nevado-de-ruiz-volcano-reunited>
- Barreto P, de la Torre O, Pérez-Marín M. Detección de Duelo Complicado. Psicooncología [Internet]. 2012 Dec 5 [cited 2020 Jul 12];9(2–3):355–68. Available from: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/40902>
- Barreto P, Yi P, Soler C. Predictores de duelo complicado. Psicooncología [Internet]. 2008 [cited 2020 Jul 12];5:2–3. Available from: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808220383A>
- Zhai Y, Du X. Loss and grief amidst COVID-19: A path to adaptation and resilience. Vol. 87, Brain, Behavior, and Immunity. Academic Press Inc.; 2020. p. 80–1.

23. Calmon M. Considerations of coronavirus (COVID-19) impact and the management of the dead in Brazil. *Forensic Sci Int Reports*. 2020 May 28;100110.
24. Gesi C, Carmassi C, Cerveri G, Carpita B, Cremone IM, Dell'Osso L. Complicated Grief: What to Expect After the Coronavirus Pandemic [Internet]. Vol. 11, *Frontiers in Psychiatry*. Frontiers Media S.A.; 2020 [cited 2020 Jul 12]. Available from: [/pmc/articles/PMC7264152/?report=abstract](https://pmc/articles/PMC7264152/?report=abstract)
25. DeWolfe DJ, Posada Villa JA (Trad). *Guía de Atención en Salud Mental en Emergencias y Desastres* [Internet]. Bogotá; 2011 [cited 2020 Jul 12]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/GT/12.guia-salud-mental-emergencias.pdf>
26. Wallace CL, Wladkowski SP, Gibson A, White P. Grief During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 12];60(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32298748/>
27. Breen LJ. Grief loss and the COVID-19 pandemic. *Aust J Gen Pract* [Internet]. 2020 May 15 [cited 2020 Jul 12];49. Available from: <https://www1.racgp.org.au/ajgp/coronavirus/grief-loss-and-the-covid-19-pandemic>
28. Minoletti A, Alvarado R, Vitriol V, Sierralta P, Bass C, Calvo J. Efecto de acciones de equipos de Atención Primaria de Salud para proteger la salud mental después de desastres naturales. *Cad Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 Sep 21 [cited 2020 Jul 12];26(3):336–42. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2018000300336&lng=en&nrm=iso&tlng=es
29. Mesa social: Salud mental y bienestar psicosocial. Recomendaciones y guías de acompañamiento frente a duelos por COVID-19 [Internet]. Santiago de Chile; 2020 May [cited 2020 Jul 12]. Available from: <http://bibliodigital.salud-publica.uchile.cl:8080/dspace/handle/123456789/681>

FACTORES DE RIESGO BIOPSIICOSOCIALES DE LA SALUD MENTAL Y TRASTORNOS MENTALES EN EL CONTEXTO COVID-19

BIOPSYCHOSOCIAL RISK FACTORS OF MENTAL HEALTH AND MENTAL DISORDERS IN THE COVID-19 CONTEXT

AUTOR:

Mónica Janet Tam Burga: Médica residente de tercer año de psiquiatría en Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, Residente de Psiquiatría de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM)

Dirección postal: Dirección postal: Lima 31

Correo electrónico: monicab163@hotmail.com

CO-AUTOR:

William Aguilar Rivera: Médico psiquiatra en Hospital Nacional "Hipólito Unanue" – Lima – Perú. Docente del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM). Dirección postal: Lima 10

Correo electrónico: waraguilar@hotmail.com

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno que declarar por los autores para este manuscrito

RESUMEN

El COVID-19 es una pandemia que ha impactado a los sistemas de salud y afectado a todas las actividades de la sociedad, afectando a muchas naciones, y generando cambios en la vida diaria que implica la pandemia, y que se asocian a consecuencias adversas para la salud mental y los trastornos mentales. Teniendo esto presente, se ha realizado una revisión de la literatura existente sobre el COVID-19 relacionado a los factores de riesgo de la salud mental y los trastornos mentales, mediante búsqueda bibliográfica de la base de datos PubMed y SciELO. Los artículos publicados se clasificaron en temas factores biológicos, psicológicos y sociales. Por tanto, se hace una revisión exhaustiva de los factores de riesgo involucrados en el proceso de formación, excarceración, remisión o potenciación de los trastornos mentales en el contexto de una pandemia COVID-19. En conclusión, los problemas de salud mental, la aparición de síntomas y trastornos mentales durante la pandemia son reales, frecuentes y tiene un origen multifactorial, donde se involucran factores biológicos, psicológico y sociales. Existe la necesidad de una investigación más representativa de los países afectados, particularmente en poblaciones vulnerables.

PALABRAS CLAVE: COVID-19, factores de riesgo, salud mental, trastornos mentales.

ABSTRACT

COVID-19 is a pandemic that has impacted health systems and affected all activities of society, affecting many nations, and generating changes in daily life that the pandemic implies, and that are associated with adverse consequences for mental health and mental disorders. With this in mind, a review of the existing literature on COVID-19 related to risk factors for mental health and mental disorders was carried out, using a bibliographic search of the PubMed and SciELO database. The published articles were classified into biological, psychological and social factors. Therefore, an exhaustive review of the risk factors involved in the process of formation, release, remission or potentiation of mental disorders in the context of a COVID-19 pandemic is made. In conclusion, mental health problems, the appearance of symptoms and mental disorders during the pandemic are real, frequent and have a multifactorial origin, where biological, psychological and social factors are involved. There is a need for more representative research from affected countries, particularly in vulnerable populations.

KEYWORDS: COVID-19, risk factors, mental health, mental disorders.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de COVID-19, producido por el agente viral SARS-COV2, fueron reportados los primeros casos a la oficina de la Organización mundial de salud (OMS) en China el 31 de diciembre de 2019(1), y para el 11 de marzo ya se había extendido a 114 países en los distintos continentes, declarándolo la OMS como una pandemia e incidiendo en las medidas para prevenir la propagación del contagio (2,3).

Actualmente, diversos estudios reportan la presencia de manifestaciones neuropsiquiátricas en los pacientes con COVID-19, se habla del potencial neurotrópico del SARS-COV2 (4). Sin embargo, medidas como el confinamiento, distanciamiento social, el miedo a la enfermedad, entre otros; han aumentado en la sociedad la prevalencia y aparición de manifestaciones psiquiátricas como trastornos, incluso llamándola la segunda pandemia (5), siendo los más observados la depresión, ansiedad y trastornos relacionados al estrés y trauma (6,7).

No es de extrañar que el bien conocido modelo biopsicosocial de Engels (1977), como origen de los diversos trastornos psiquiátricos, esté omnipresente en este contexto de pandemia como originador de diversos problemas mentales, por lo que su estudio hará más efectiva la prevención y abordaje de la persona (8), con un enfoque integral, multidisciplinario y multisectorial.

FACTORES BIOLÓGICOS

Entre las primeras investigaciones sobre sintomatología del COVID-19, se reportaba cefalea en 8% de los casos, como único síntoma en referencia a lo neurológico (9). Más adelante, un estudio enfocándose solo en síntomas neurológicos encontraron que estos alcanzan hasta el 36.4%, siendo los más frecuentes mareos, cefaleas, del sistema nervioso periférico y conciencia alterada, como también en menor medida eventos cerebrovasculares agudos. La presencia de sintomatología neurológica era más frecuente en los casos más severos de la enfermedad (10).

En menor medida se han reportado complicaciones neuropsiquiátricas agudas y crónicas. Una revisión sistemática reveló que durante la enfermedad aguda de pacientes ingresados en el hospital por SARS o MERS, incluyeron confusión (27.9%), ánimo deprimido, ansiedad, deterioro de la memoria, insomnio; en etapa

posterior de la enfermedad, prevalecía trastorno de estrés post traumático (TEPT), depresión y ansiedad. Al evaluar los datos de COVID-19 en etapa aguda, predominaba delirium, agitación y al alta un síndrome disejecutivo (11).

Entre los mecanismos se postula el potencial neurotrópico de SARS-COV2, basado en anteriores estudios con SARS-COV1 y MERS-COV, los cuales se demostraron en experimentos con ratones transgénicos y clínicos en humanos (a través de la detección de SARS-COV en LCR y en muestras anatomopatológica del cerebro post mortem) su presencia en el sistema nervioso central (SNC) (4,12,13,14). Debido que SARS-COV2 tiene una secuencia genómica de hasta 50% similar a MERS, y hasta 79% a SARS-COV1, además con este último utilizan el mismo receptor humano, la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2), para ingresar a la célula(15), no es difícil suponer que SARS-COV2 tiene potencial neuroinvasivo. ACE2 es ubicuo, especialmente se encuentra en el pulmón, riñón, corazón, intestino, células endoteliales, miocitos de la vasculatura, y en menor cuantía en la neuronas y glía como astrocitos, permitiendo el ingreso del virus. La propagación del tracto respiratorio al SNC podría ocurrir a través del transporte axonal retrógrado desde los nervios periféricos, como el nervio olfatorio desde la cavidad nasofaríngeo o través del nervio vago desde el pulmón. También se postulan otras rutas como la vía hematogena (disruptiendo la barrera hematoencefálica a través del ingreso del virus a las células endoteliales), linfática o desde el tracto digestivo (eje intestino – cerebro) (15,16,17,18).

Una vez invadido el SNC por el virus ocasionaría daño neuronal, tanto SARS-CoV1 y 2 al ingresar al cerebro induciría neurodegeneración, astrogliosis y neuroinflamación (19). Como evidencia de la neuroinvasión, casos de encefalitis/meningitis tanto en Japón y China, identificaron ARN SARS-COV2 en líquido cefalorraquídeo (LCR) (20,21).

Además del daño directo por el virus, la neurona y los astrocitos infectados estimularían la secreción de citoquinas proinflamatoria como TNF-alfa, IL-1-beta, IL-6, etc. en el cerebro e incluso sin contar la infiltración del SNC, la inflamación general en respuesta al virus deterioraría la barrera hematoencefálica (BHE), conduciendo a la transmigración periférica de monocitos, linfocitos y granulocitos infectados por

SARCOV-2 y componentes de renina-angiotensina al SNC liberando más citocinas inflamatorias, promoviendo la activación microglial, produciendo neurodegeneración y daño a la mielina con la interrupción de la neurotransmisión. La mielina dañada, inmunogénica potencial, mantendría la inflamación y puede dar lugar a respuestas inmunes aberrantes por mimetismo molecular, es decir los anticuerpos y linfocitos del huésped son reactivos tanto al antígeno viral como con el autoantígeno, lo cual podría originar secuelas neuropsiquiátricas. (19,22)

A todo ello, las infecciones virales en el cerebro evaden la vigilancia inmune, solo contratadas por células T citotóxicas, por lo que muchos virus quedan latentes, como el virus varicela-zoster (16). En un estudio en ratones, demostraron que HCoV-OC43 producía encefalitis crónicas, con la persistencia del ARN viral en las neuronas y alteraciones neurológicas (23). Avivando la sospecha de reactivación de SARS-COV2 en adelante y más alteraciones neuronales.

Por otro lado, COVID-19 con complicaciones sépticas, inducirían hiperinflamación, desequilibrio del sistema renina-angiotensina-aldosterona, vasculopatía, microangiopatía trombótica y coagulopatía intravascular. La inmunotrombosis favorecería el desarrollo de múltiples trombos primarios, que desencadenarían el colapso pulmonar, con edema, hipoxia, hiperinflamación progresiva y microangiopatía sistémica provocando daño multiorgánico, incluyendo lesiones neurológicas. Específicamente, el agotamiento de ACE2 por el SARS-CoV2 puede favorecer el aumento de angiotensina II, proinflamatorio y vasoconstrictor, provocando lesión tisular (24), incluido el accidente cerebrovascular isquémico (24,25). El rol vasoconstrictor, podría también aumentar la presión intracerebral y riesgo de hemorragia cerebrales, como el caso de una mujer con COVID-19 (26).

Por otro lado, considerable es la probabilidad de que la infección por SARS-COV2 afecte el desarrollo intrauterino del feto, es bien conocida la asociación entre infecciones virales y el desarrollo de esquizofrenia (27). En un estudio se encontró mayor seroprevalencia contra NL63 y HKU1 en pacientes con psicosis aguda, comparado con controles no psiquiátricos (28). No olvidemos el papel de los fármacos utilizados contra SARS-COV2 y la posibilidad que tienen de

desarrollar manifestaciones psiquiátricas. Dosis altas de corticoides, utilizados para COVID-19 grave, se asocia a síntomas psiquiátricos como psicosis, manía, depresión, delirium, insomnio, etc. (29). Por su parte, la azitromicina por su parentesco con claritromicina, por riesgo de producir manías, psicosis, acatisia, etc. (30). Y la hidroxicloroquina/ cloroquina, para el cual diversos reportes de casos refieren su asociación con agitación, confusión, paranoia, alucinaciones, manía, suicidios, que, aunque no significativos podrían suceder (31,32), por lo que habría de tener en cuenta.

FACTORES PSICOLÓGICOS

Actualmente existen estudios quienes reportan que el contexto de COVID-19 y sus medidas de prevención adoptadas (distanciamiento social, cuarentena y medidas protectoras) se asocian a un aumento de sintomatología psiquiátrica, especialmente ansiedad (20-32%) (33), depresión (27%) (34), trastornos relacionados al estrés (6), y TEPT (7%) (7,35,36). Una revisión sistemática de múltiples epidemias y pandemias pasadas, observa que, al comparar los resultados psicológicos de las personas en cuarentena versus no cuarentena, los primeros son más propensos a mostrar angustia psicológica, ira, confusión; y entre los estresores estarían el miedo a la infección, frustración y aburrimiento, suministros inadecuados, información inadecuada, finanzas y estigma (37). Además, se ha visto que mientras más prolongado sea el aislamiento y restricciones, mayor es la frecuencia y gravedad de los síntomas psiquiátricos (37,38).

Estudios como el de Wang et al, quien mide el impacto psicológico de COVID-19 en China continental, encuentra que el 53.8% de los encuestados calificó como moderado o severo impacto; 16.5% informaron síntomas depresivos moderados a severos; el 28.8% reportaron síntomas de ansiedad moderada a severa; y 8.1% niveles de estrés moderados a severos (6).

Mientras que el estudio italiano de Mazza et al., demuestra los factores que podrían estar asociados a mayor riesgo de depresión, ansiedad y estrés, encontrando el ser mujer, tener un familiar o conocido cercano con COVID-19, los que tuvieron situaciones estresantes y problemas médicos previos. Además, los jóvenes tenían más probabilidades de sufrir ansiedad, estrés, (39) y depresión, por su mayor accesibilidad a temas de la pandemia en los medios, y porque tienen la responsabilidad principal de la productividad en su familia (34).

Se habla de grupos vulnerables a problemas mentales de novo o exacerbaciones, poniendo énfasis en los pacientes psiquiátricos, los cuales, por las actuales medidas restrictivas, se ha visto su control y terapéutica limitado haciéndolos vulnerables a recaídas y exacerbaciones (40,41).

Los trabajadores de salud en primera línea contra COVID-19 es otro grupo vulnerable, estudios encuentran mayor prevalencia de ansiedad y depresión (42). Siendo el estrés ambiental el principal factor desencadenante (sobrecarga laboral, riesgo de infección, riesgo de contagio a seres queridos, falta de equipo de protección suficiente, muerte de pacientes, presión moral, etc.) pudiendo desencadenar síntomas de TEPT tanto directo como indirecto (43,44,45), que no sería de extrañar si estudios observan que hasta el 96.2% de los sobrevivientes de COVID-19, al término de su estancia hospitalaria presentan síntomas de TEPT (46). Como lo demuestra una encuesta virtual realizada a personal médico, que encuentra prevalencias alarmantes de TEPT (73.4%), depresión (50.7%), ansiedad (44.7%) e insomnio (36.1%) (47).

Otro grupo vulnerable son los adultos mayores, para quienes los medios digitalizados no serían de uso cómodo (48) y el confinamiento exacerbaría sentimientos de soledad con el riesgo de consecuencias tanto físicas (inmunitaria, etc.) como mentales (depresión, suicidio, deterioro cognitivo, etc.) (49,50). Además, los medios de comunicación, enfatizan en la mortalidad de los adultos mayores, aumentando su ansiedad, ya que se autoidentifican como "en riesgo", "los vulnerables" (51).

En los niños, especialmente los que tienen trastornos del neurodesarrollo, los cambios de rutina producto del confinamiento causan gran estrés (trastornos del espectro autista o discapacidad intelectual) (52).

Respecto al confinamiento especialmente en solitario, se ha relacionado con mayor ansiedad, depresión incluso alucinaciones (por hiperexcitabilidad neuronal como respuesta compensatoria a la aferencia social). La incertidumbre de no saber que pasa allá fuera, y solo depender de las noticias, saturadas de contenido ansiogénico, aumentaría la ansiedad; que aunado al aburrimiento, impotencia y exclusión podría precipitar síntomas depresivos (53).

Por otro lado, la intolerancia a la incertidumbre es un rasgo individual de las personas, e indica la tendencia a tolerar menos (y cómo evalúa y enfrenta) una situación incierta o ambigua, aumentando el riesgo de ansiedad. El miedo y pensar constantemente en el COVID-19, dada la información poco clara o contradictoria (medios de comunicación), incrementaría esta intolerancia y precipitaría síntomas de estrés, ansiedad y depresión (54,55,56).

Según los rasgos de personalidad, utilizando el modelo de 5 factores de personalidad, se ha encontrado que el tipo neuroticismo conduce a mayor afecto negativo y reactividad al estrés en situaciones de amenaza e incertidumbre, por lo que atienden y se preocupan más por información relacionada con COVID-19 (57) con una visión más pesimista, a diferencia de las personalidades de tipo extravertido, consciente y amable que tienen visiones más optimistas de los sucesos (58), siendo un mayor factor predictivo de riesgo emocional que los factores sociodemográficos. Respecto a quien sigue con más rigor las normas de prevención, son la personalidad tipo consciente, mientras que los de personalidad extravertida tuvieron dificultades en mantener el distanciamiento social o aislamiento (59). En un estudio italiano, tener estilos desadaptativos como desapego y afecto negativo (de los 5 rasgos patológicos de la personalidad), se asociaron significativamente con niveles más altos de depresión, ansiedad y estrés, por su tendencia a experimentar sentimientos desagradables (39).

A su vez, se ha visto que personas con sensibilidad a la ansiedad y sensibilidad y/o propensión al asco (sistema de inmunidad conductual), son más propensas a presentar síntomas de ansiedad, miedo a contraer COVID, especialmente miedo a los síntomas respiratorios y miedo a la contaminación (superficies, objetos, contacto con enfermos, etc.), respectivamente (60).

FACTORES SOCIALES

Los determinantes sociales de la salud se han visto afectadas, entre ellos:

***Corrupción:** países de bajos y medianos ingresos sufren de debilidades sistémicas crónicas que aumentarían el riesgo de que los fondos sanitarios estén desubicadas, como las compras de bienes y servicios sobrevalorados, donaciones desviadas, contratación de personal no calificado, informes erróneos de salarios,

documentos falsificados, pequeña corrupción a nivel de prestación de servicios (trabajadores de la salud envueltos en pagos informales, prescripción excesiva, favoritismo y nepotismo). Generando desconfianza y búsqueda de salud deficiente, siendo los más afectados los grupos vulnerables, además de prolongar la crisis. Ello, trasciende a otros sectores, como los sobornos a autoridades para evadir cuarentena o bloqueos de carreteras (61,62).

***Reuniones sociales:** se han prohibido aglomeraciones, fomentando el distanciamiento social y el confinamiento para prevenir el contagio; iglesias, colegios, actividades culturales, deportiva, etc.; han sido suspendidas (3). Sin embargo, el ser humano es un ser sociable, pudiendo conducir a soledad crónica y aburrimiento, que si son lo suficientemente largos pueden tener efectos perjudiciales sobre el bienestar físico y mental, ansiedad y depresión entre ellos (63,64,65).

***Escolaridad:** el cierre temporal de las instituciones educativas en un intento por contener la propagación de la pandemia, ha afectado alrededor del 70% de la población estudiantil del mundo. Muchos niños verán interrumpido su aprendizaje debido a la accesibilidad desigual a las plataformas digitales y padres no preparados para su acompañamiento. Además, tras el cierre prolongado, el riesgo de deserción escolar aumenta, además muchos de estos colegios, proporcionaba alimentos para su alumnado (66,67).

Un estudio chino evaluaba si el cierre escolar, había aumentado prevalencias de síntomas depresivos y ansiosos entre los estudiantes de nivel primaria, encontrando 22.6% y 18.9% afectados respectivamente; la reducción de las actividades al aire libre y la interacción social serían los factores determinantes (68).

***Pobreza:** el impacto económico de la pandemia es de largo alcance y duración, afectando a los más pobres (69). Un estudio brasilero, encuentra que los participantes que están experimentando pérdidas económicas en el contexto actual tiene 1,4 veces más probabilidades de presentar riesgo de trastornos mentales menores que personas que no han tenido tales pérdidas (70). Por otro lado, el confinamiento no es factible para personas que viven en hacinamiento, que no cuentan con los medios para higiene adecuada y viven de trabajos informales. La pérdida de empleo y medios de vida repercute en la vida de los pobladores,

mermando el dinero hasta para la alimentación, más aún para fármacos, máscaras faciales y otros suministros básicos, generando mayor riesgo de infección y mayor riesgo de trastornos mentales (69,71,72).

En un estudio Chino encontraron, que quienes estaban desempleados durante la pandemia COVID-19, reportaron peores condiciones de salud física y mental, como angustia, en relación a los que seguían trabajando (73). Mientras que un estudio en Pakistán, se encontró mayores tasas de suicidio debido a la recesión económica y desempleo, producto de la pandemia (74).

***Medios de Información:** la información debe ser actualizada, clara y no saturadora. La desinformación y el estar mucho tiempo bombardeado con noticias de tono sensacionalista, enfatizando en las amenazas, aumentan el estrés y ansiedad en la audiencia, incluso el filtrar imágenes de pacientes puede ser impactante y violenta para los observadores, incluso provocar síntomas de TEPT (75,76,35). Por otro lado, existe mucha información falsa en las redes sociales (rumores, teorías conspiranoicas, etc.), debido a falta de control de las publicaciones (75). La OMS refiere, que la "infedemia" está obstaculizando las medidas de contención del brote y puede afectar en gran medida a la salud mental (77).

***Violencia:** hay series de estudios que revela un aumento de violencia doméstica en tiempos de desastres, tanto hacia mujeres como niños, factores como la coexistencia forzada (incluso bajo hacinamiento), el estrés económico y los temores sobre el coronavirus, aumentarían esa probabilidad. Si bien una manera DE prevenir el contagio es quedarse en casa, no es seguro si lo hacen con sus agresores, quienes aprovechan la situación de confinamiento para monitorearlos, someterlos a manipulación psicológica, y restringir aún más las limitaciones actuales de las redes de apoyo (familia, iglesias, refugios, hospitales, etc.) (52,78,79,80,81). La escuela para los niños, por ejemplo, quizás el único refugio que encontraban ante la violencia vivida. Siendo los niños de estratos económicos bajos los más afectados (67,78).

***Estigma:** los infectados de COVID-19, como los trabajadores de salud, que están en mayor riesgo a contraer la enfermedad, sufren estigma, exclusión, rechazo por parte del resto de la población por miedo a ser contagiada, incluso de sus propios familiares, pudiendo aumentar el riesgo de estrés generalizado

y sensación de inutilidad social, etc. Generando que muchos sintomáticos no busquen ayuda por miedo al estigma (37,82,83). Al otro extremo están, los que rompen las reglas de prevención y cuarentena, son tildados de “super propagadores” y “asesinos intencionales”, incluso llegando a arrestarlos, en lugar de empoderarlos sobre la pandemia (84,85).

Por otro lado, las comunidades asiáticas sufren la discriminación e ira de incluso países y gobiernos, quienes acusan de ser los chinos los originadores del virus, llamándolo “virus chino”, dicha xenofobia y discriminación se extiende incluso a otros grupos como migrantes, pobres (84).

***Acceso a los servicios de salud:** debido a la pandemia muchos de los servicios psiquiátricos, útiles, pero no esenciales, se han visto cancelados, entre ellos cada vez una mayor reducción de camas para pacientes psiquiátricos y otras enfermedades orgánicas, para priorizar a los pacientes con COVID-19. Por otro lado, los servicios en línea para atención remota, son de limitado acceso para poblaciones vulnerables, especialmente pobres, rurales (63,5,86).

Como conclusión, en el contexto actual de pandemia Covid-19, los problemas de salud mental y trastornos mentales son reales y frecuentes, teniendo un origen multifactorial, donde interactúan los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales (modelo biopsicosocial de la enfermedad) tanto individuales como colectivos, y que requieren un abordaje multisectorial e interdisciplinario tanto en su prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales. Así como, el planteamiento de políticas públicas para el abordaje de la salud mental en forma integral. Por tal motivo existe la necesidad de una investigación más profunda en los países afectados, y particularmente en poblaciones vulnerables.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. WHO. Emergencies preparedness, response. Pneumonia of unknown cause – China. Disease outbreak news. 2020 (5 de enero, consultado el 5 de junio de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unknown-cause-china/en/>)
2. World Health Organization (2020). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. Retrieved 14 June 2020 from: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
3. World Health Organization (2020). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 9 March 2020. Retrieved 14 June 2020 from: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---9-march-2020>
4. Wu Y, Xu X, Chen Z, Duan J, Hashimoto K, Yang L. Nervous System Involvement After Infection With COVID-19 and Other Coronaviruses. *Brain Behav Immun*. 2020; S0889-1591(20)30357-3. doi: 10.1016/j.bbi.2020.03.031.
5. Choi KR, Heilemann MV, Fauer A, Mead M. A Second Pandemic: Mental Health Spillover From the Novel Coronavirus (COVID-19). *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2020;1078390320919803. doi: 10.1177/1078390320919803.
6. 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): 1729 <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
7. Liu N, Zhang F, Wei C, Jia Y, Shang Z, Sun L. Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry Res*. 2020; 287: 112921. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112921
8. Papadimitriou G. The “Biopsychosocial Model”: 40 Years of Application in Psychiatry. *Psychiatriki*. 2017;28(2):107-110. doi: 10.22365/jpsych.2017.282.107.
9. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical Features of Patients Infected With 2019 Novel Coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020; 395(10223): 497-506. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30183-5.
10. Mao L, Jin H, Wang M, Hu Y, Chen S, He Q, et al. Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurol*. 2020;e201127. doi: 10.1001/jamaneurol.2020.1127.
11. Rogers JP, Chesney E, Oliver D, Pollak TA, McGuire P, Fular P, et al. Psychiatric and Neuropsychiatric Presentations Associated With Severe Coronavirus Infections: A Systematic Review and Meta-Analysis With Comparison to the COVID-19 Pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020;S2215-0366(20)30203-0. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30203-0.

12. Natoli S, Oliveira V, Calabresi P, Maia LF, Pisani A. Does SARS-Cov-2 Invade the Brain? Translational Lessons From Animal Models. *Eur J Neurol*. 2020. doi: 10.1111/ene.14277.
13. Netland, J, Meyerholz, DK, Moore S, Cassell M, Perlman S. Severe acute respiratory syndrome coronavirus infection causes neuronal death in the absence of encephalitis in mice transgenic for human ACE2. *J Virol*. 2008 Aug;82(15):7264-75. doi: 10.1128/JVI.00737-08.
14. Xu J, Zhong S, Liu J, Li L, Li Y, Wu X, et al. Detection of severe acute respiratory syndrome coronavirus in the brain: potential role of the chemokine mig in pathogenesis. *Clin Infect Dis*. 2005;41(8):1089–1096. doi: 10.1086/444461.
15. Lu R, Zhao X, Li J, Niu P, Yang B, Wu H, et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *Lancet* 395(10224):565–574. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30251-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30251-8)
16. Li Z, Taotao Liu T, Yang N, Han D, Mi X, Li Y, et al. Neurological manifestations of patients with COVID-19: potential routes of SARS-CoV-2 neuroinvasion from the periphery to the brain. *Front Med*. 2020; 1-9. doi: 10.1007/s11684-020-0786-5.
17. Zhou Z, Kang H, Li S, Zhao X. Understanding the Neurotropic Characteristics of SARS-CoV-2: From Neurological Manifestations of COVID-19 to Potential Neurotropic Mechanisms. *J Neurol*. 2020; 1-6. doi: 10.1007/s00415-020-09929-7.
18. Baig AM, Khaleeq A, Ali U, Syeda H. Evidence of the COVID-19 Virus Targeting the CNS: Tissue Distribution, Host–Virus Interaction, and Proposed Neurotropic Mechanisms. *ACS Chem Neurosci*. 2020; 11(7): 995–998. <https://doi.org/10.1021/acscemneuro.0c00122>
19. Kotfis K, Roberson SW, Wilson JE, Dabrowski W, Pun BT, Eli W. COVID-19: ICU delirium management during SARS-CoV-2 pandemic. *Crit Care*. 2020; 24(1):176. doi: 10.1186/s13054-020-02882-x.
20. Moriguchi T, Harii N, Goto J, Harada D, Sugawara H, Takamino J, et al. A first case of meningitis/encephalitis associated with SARS-Coronavirus-2. *Int J Infect Dis*. 2020; 94: 55-58. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.03.062>
21. Zhou L, Zhang M, Gao J, Wang J. Sars-Cov-2: underestimated damage to nervous system. *Travel. Med. Infect. Dis*. 2020:101642. doi: 10.1016/j.tmaid.2020.101642.
22. Troyer EA, Kohn JN, Hong S. Are we facing a crashing wave of neuropsychiatric sequelae of COVID-19? Neuropsychiatric symptoms and potential immunologic mechanisms. *Brain Behav Immun*. 2020; S0889-1591(20)30489-X. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.027
23. Jacomy H, Fragoso G, Almazan G, Mushynski WE, Talbot PJ. Human Coronavirus OC43 Infection Induces Chronic Encephalitis Leading to Disabilities in BALB/C Mice. *Virology*. 2006; 349(2):335-46. doi: 10.1016/j.virol.2006.01.049.
24. Henry BM, Vikseb J, Benoit S, Favaloro EJ, Lippi G. Hyperinflammation and derangement of renin-angiotensin-aldosterone system in COVID-19: A novel hypothesis for clinically suspected hypercoagulopathy and microvascular immunothrombosis. *Clin Chim Acta*. 2020; 507:167-173. doi: 10.1016/j.cca.2020.04.027.
25. Hess DC, Eldahshan W, Rutkowski E. COVID-19-Related Stroke. *Transl Stroke Res*. 2020;11(3):322-325. doi: 10.1007/s12975-020-00818-9.
26. Poyiadji N, Shahin G, Noujaim D, Stone M, Patel S, Griffith B. COVID-19–associated acute hemorrhagic necrotizing encephalopathy: CT and MRI features. *Radiology* 2020. <https://doi.org/10.1148/radiol.2020201187>
27. Girgis RR, Ciarleglio A, Choo T, Haynes G, Bathon JM, Cremers S, et al. A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Clinical Trial of Tocilizumab, An Interleukin-6 Receptor Antibody, For Residual Symptoms in Schizophrenia Residual Symptoms in Schizophrenia. *Neuropsychopharmacology* 2018; 43(6):1317-1323. doi: 10.1038/npp.2017.258..
28. Severance EG, Dickerson FB, Viscidi RP, Bossis I, Stallings CR, Origoni AE, et al. Coronavirus immunoreactivity in individuals with a recent onset of psychotic symptoms. *Schizophr. Bull*. 2011; 37(1): 101–107. doi: 10.1093/schbul/sbp052
29. Ciriaco M, Ventrice P, Russo G, Scicchitano M, Mazzitello G, Scicchitano F, et al. Corticosteroid-related central nervous system side effects. *J Pharmacol Pharmacother*. 2013; 4(Suppl 1): S94-8. doi: 10.4103/0976-500X.120975.
30. Zareifopoulos N, Panayiotakopoulos G. Neuropsychiatric Effects of Antimicrobial Agents. *Clin Drug Investig*. 2017; 37(5): 423-437. doi: 10.1007/s40261-017-0498-z.
31. Bogaczewicz A, Sobów T. Psychiatric adverse effects of chloroquine. *Psychiatr Psychol Klin*. 2017; 17(2):111-114. doi: 10.15557/PIPK.2017.0012
32. Sato K, Mano T, Iwata A, Toda T. Neuropsychiatric adverse events of chloroquine: a real-world pharmacovigilance study using the FDA Adverse Event Reporting System (FAERS) database. *Biosci Trends*. 2020;14(2):139-143. doi: 10.5582/bst.2020.03082.
33. Qian M, Wu Q, Wu P, Hou Z, Liang Y, Cowling BJ, Yu H. Psychological responses, behavioral changes and public perceptions during the early phase of the COVID-19 outbreak in China: a population based cross-sectional survey. Preprints from medRxiv and bioRxiv. 2020. DOI preprints: <https://doi.org/10.1101/2020.02.18.20024448>
34. Liu X, Luo WT, Li Y, Li CN, Hong ZS, Chen HL, et al. Psychological Status and Behavior Changes of the Public During the COVID-19 Epidemic in China. *Infect Dis Poverty*. 2020;9(1):58. doi: 10.1186/s40249-020-00678-3.
35. Duthel F, Mondillon L, Navel V. PTSD as the second tsunami of the SARS-Cov-2 pandemic. *Psychol Med*. 2020: 1–2. doi: 10.1017/S0033291720001336

36. Wang H, Xia Q, Xiong Z, Li Z, Xiang W, Yuan Y, et al. The Psychological Distress and Coping Styles in the Early Stages of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic in the General Mainland Chinese Population: A Web-Based Survey. *PLoS One*. 2020 May 14;15(5):e0233410. doi: 10.1371/journal.pone.0233410. eCollection 2020.
37. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet* 2020; 395(10227): 912–920. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
38. Huremović D. Chapter 9: Mental Health of Quarantine and Isolation. En: Huremović D, Editor. *Psychiatry of Pandemics. A Mental Health Response to Infection Outbreak*. Manhasset, NY: Springer Nature Switzerland AG; 2019. p:95-118.
39. Mazza C, Ricci E, Biondi S, Colasanti M, Ferracuti S, Napoli C, et al. A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(9):E3165. doi: 10.3390/ijerph17093165.
40. Fernandez-Santos C. Letters to the editors: "Reflections about the impact of the SARS-COV-2/COVID-19 pandemic on mental health". *Braz J Psiquiatria*. 2020; 42 (3): 329. Doi: 10.1590 / 1516-4446-2020-0981
41. Choi KR, Heilemann MV, Fauer A, Mead M. A Second Pandemic: Mental Health Spillover From the Novel Coronavirus (COVID-19). *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2020;1078390320919803. doi: 10.1177/1078390320919803.
42. Zhu J, Sun L, Zhang L, Wang H, Fan A, Yang B. Prevalence and Influencing Factors of Anxiety and Depression Symptoms in the First-Line Medical Staff Fighting Against COVID-19 in Gansu. *Front Psychiatry*. 2020; 11: 386. doi: 10.3389/fpsy.2020.00386
43. Ornell F, Chwartzmann-Halpern S, Paim-Kessler FH, Corrêa J. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *Cad. Saúde Pública* 2020; 36(4): 1678-4464. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00063520>
44. Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N. The Effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Med Sci Monit*. 2020; 26: e923549-1–e923549-8. doi: 10.12659/MSM.923549
45. Li Z, Ge J, Yang M, Feng J, Qiao M, Jiang R. Vicarious Traumatization in the General Public, Members, and Non-Members of Medical Teams Aiding in COVID-19 Control. *Brain Behav Immun*. 10; S0889-1591(20)30309-3. doi: 10.1016/j.bbi.2020.03.007.
46. Bo HX, Li W, Yang Y, Wang Y, Zhang Q, Cheung T. Post-traumatic Stress Symptoms and Attitude Toward Crisis Mental Health Services Among Clinically Stable Patients With COVID-19 in China. *Psychol Med*. 2020; 1-2. doi: 10.1017/S0033291720000999.
47. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang Y, Liu Z, Hu S, Zhang B. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*. 2020; 7(4), e17–e18. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30077-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8)
48. Jawaid A. Protecting Older Adults During Social Distancing. *Science*. 2020 Apr 10;368(6487):145. doi: 10.1126/science.abb7885.
49. Cacioppo S, Grippo A, London S, Goossens L, Cacioppo JT. Loneliness: Clinical Import and Interventions. *Perspect Psychol Sci*. 2015 Mar;10(2):238-49. doi: 10.1177/1745691615570616.
50. Beam CR, Kim AJ. Psychological Sequelae of Social Isolation and Loneliness Might Be a Larger Problem in Young Adults Than Older Adults. *Psychol Trauma*. 2020. doi: 10.1037/tra0000774.
51. Webb L. Covid-19 Lockdown: A Perfect Storm for Older People's Mental Health. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2020. doi: 10.1111/jpm.12644
52. Vieta E, Pérez V, Arango C. Psychiatry in the Aftermath of COVID-19. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2020 Apr 23;S1888-9891(20)30029-X. doi: 10.1016/j.rpsm.2020.04.004.
53. Mengin A, Allé MC, Rolling J, Ligier F, Schroder C, Lalanne L, et al. [Psychopathological consequences of confinement]. *Encephale*. 2020; S0013-7006(20)30075-0. doi: 10.1016/j.encep.2020.04.007.
54. Taha S, Matheson K, Cronin T, Anisman H. Intolerance of uncertainty, appraisals, coping, and anxiety: The case of the 2009 H1N1 pandemic. *Br J Health Psychol*. 2014 Sep;19(3):592-605. doi: 10.1111/bjhp.12058
55. Bakioğlu F, Korkmaz O, Ercan H. Fear of COVID-19 and Positivity: Mediating Role of Intolerance of Uncertainty, Depression, Anxiety, and Stress. *Int J Ment Health Addict*. 2020; 1–14. doi: 10.1007/s11469-020-00331-y
56. Satici B, Saricali M, Satici SA, Griffiths MD. Intolerance of Uncertainty and Mental Wellbeing: Serial Mediation by Rumination and Fear of COVID-19. *Int J Ment Health Addict*. 2020; 1–12. DOI:10.1007/s11469-020-00305-0
57. Kroencke L, Geukes K, Utesch T, Kuper N, Back M. Neuroticism and Emotional Risk During the Covid-19 Pandemic. *PsyArXiv*. 2020. Preprint DOI: 10.31234/osf.io/8c6nh
58. Sharpe P, Martin NR, Roth KA. Optimism and the Big Five factors of personality: Beyond Neuroticism and Extraversion. *Personality and Individual Differences*. 2011; 51(8): 946-951. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.07.033>
59. Carvalho LF, Pianowski G, Gonçalves AP. Personality Differences and COVID-19: Are Extroversion and Conscientiousness Personality Traits Associated With Engagement With

- Containment Measures? *Trends Psychiatry Psychother.* 2020; S2237-60892020005005201. doi: 10.1590/2237-6089-2020-0029.
61. McKay D, Yang H, Elhai J, Asmundson GJG. Anxiety Regarding Contracting COVID-19 Related to Interoceptive Anxiety Sensations: The Moderating Role of Disgust Propensity and Sensitivity. *J Anxiety Disord.* 2020;73:102233. doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102233.
62. Jenkins M, Khaghaghordyan A, Rahman K, Duri J. The costs of corruption during humanitarian crises, and mitigation strategies for development agencies. U4 Helpdesk Answer 2020:1. <https://www.u4.no/publications/the-costs-of-corruption-during-humanitarian-crises-and-mitigation-strategies-for-development-agencies.pdf>
63. Steingrüber S, Kirya M, Jackson D, Mullard S. Corruption in the time of COVID-19: A double-threat for low income countries. U4 Brief 2020:6. <https://www.u4.no/publications/corruption-in-the-time-of-covid-19-a-double-threat-for-low-income-countries.pdf>
64. Venkatesh A, Edirappuli S. Social Distancing in covid-19: What Are the Mental Health Implications? *Comment BMJ.* 2020;369:m1379. doi: 10.1136/bmj.m1379.
65. Banerjee D, Rai M. Social Isolation in Covid-19: The Impact of Loneliness. *Int J Soc Psychiatry.* 2020;20764020922269. doi: 10.1177/0020764020922269.
66. Matias Carvalho Aguiar-Melo MC, Sousa-Soares D. Impact of Social Distancing on Mental Health During the COVID-19 Pandemic: An Urgent Discussion. *Int J Soc Psychiatry.* 2020;20764020927047. doi: 10.1177/0020764020927047.
67. UNESCO (2020) COVID-19 Educational Disruption and Response <https://en.unesco.org/covid19/education-response> . Consultado el 02 de junio de 2020
68. Clemens V, Deschamps P, Fegert JM, Anagnostopoulos D, Bailey S, Doyle M, et al. Potential Effects of "Social" Distancing Measures and School Lockdown on Child and Adolescent Mental Health. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2020 May 23;1-4. doi: 10.1007/s00787-020-01549-w
69. Xie X, Xue Q, Zhou Y, Zhu K, Liu Q, Zhang J, et al. Mental Health Status Among Children in Home Confinement During the Coronavirus Disease 2019 Outbreak in Hubei Province, China. *JAMA Pediatr.* 2020;e201619. doi: 10.1001/jamapediatrics.2020.1619.
70. Ribeiro F, Leist A. Who Is Going to Pay the Price of Covid-19? Reflections About an Unequal Brazil. *Int J Equity Health.* 2020;19(1):91. doi: 10.1186/s12939-020-01207-2.
71. Quadros-Duarte M, Silva-Santo MA, Palmeiro-Lima C, Portella-Giordani J, Marceli-Trentini C. COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul. *SciELO Preprints* 2020. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.507
72. Thomas G. Death in the Time of Coronavirus. *Indian J Med Ethics.* 2020;5(2):1-3. doi: 10.20529/IJME.2020.036.
73. Braun J, Zamagni S, Sánchez-Sorondo M. The Moment to See the Poor. *Science.* 2020;368(6488):214. doi: 10.1126/science.abc2255.
74. Zhang S, Wang Y, Rauch A, Wei F. Unprecedented disruption of lives and work: Health, distress and life satisfaction of working adults in China one month into the COVID-19 outbreak. *Psychiatry Res.* 2020; 288:112958. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112958.
75. Mamun MA, Ullah I. COVID-19 suicides in Pakistan, dying off not COVID-19 fear but poverty? – The forthcoming economic challenges for a developing country. *Brain Behav Immun.* 2020. doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.028 .
76. Webb L. Covid-19 Lockdown: A Perfect Storm for Older People's Mental Health. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2020 Apr 30. doi: 10.1111/jpm.12644.
77. Banerjee D. The COVID-19 outbreak: Crucial role the psychiatrists can play. *Asian J Psych* 2020; 50:1-6.
78. OPS/OMS (2020). Entender la infodemia y la desinformación en la lucha contra la COVID-19. <https://www.paho.org/es/documentos/entender-infodemia-desinformacion-lucha-contra-covid-19>. Consultado el 01 de mayo de 2020.
79. Fegert JM, Berthold O, Clemens V, Kölch M. COVID-19-Pandemie: Kinderschutz ist systemrelevant. *Dtsch Arztebl* 2020; 117(14): A-703 / B-596
80. Anurudran A, Yared L, Comrie C, Harrison K, Burke T. Domestic Violence Amid COVID-19. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020. doi: 10.1002/ijgo.13247.
81. Rocha-Vieira P, Posenato-Garcia L, Noia-Maciel EL. The Increase in Domestic Violence During the Social Isolation: What Does It Reveals?. *Rev Bras Epidemiol.* 2020;23:e200033. doi: 10.1590/1980-549720200033.
82. Roesch E, Amin A, Gupta J, García-Moreno C. Violence Against Women During covid-19 Pandemic Restrictions. *BMJ.* 2020; 369:m1712. doi: 10.1136/bmj.m1712.
83. Bruns DP, Kraguljac NV, Bruns TR. COVID-19: Facts, Cultural Considerations, and Risk of Stigmatization. *J Transcult Nurs.* 2020;31(4):326-332. doi: 10.1177/1043659620917724.
84. Badrfam R, Zandifar A. Stigma Over COVID-19; New Conception Beyond Individual Sense. *Arch Med Res.* 2020 ;S0188-4409(20)30754-2. doi: 10.1016/j.arcmed.2020.05.006.
85. Logi CH. Lessons learned from HIV can inform our approach to COVID-19 stigma. *J Int SIDA Soc .* 2020; 23 (5): e25504. Doi: 10.1002 / jia2.25504
86. Logie CH, Turan JM. How Do We Balance Tensions Between COVID-19 Public Health Responses and Stigma Mitigation? Learning from HIV Research. *AIDS Behav.* 2020: 1–4. doi: 10.1007/s10461-020-02856-8.
87. Crawford A, Serhal E. Digital Health Equity and COVID-19: The Innovation Curve Cannot Reinforce the Social Gradient of Health. *J Med Internet Res.* 2020; 22 (6): e19361. doi: 10.2196 / 19361.

RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR COVID-19

DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP IN TIMES OF PANDEMIC BY COVID-19

AUTORES:

Juana Atuesta:

Médico psiquiatra. Jefe del servicio de psiquiatría del Hospital de San José. Docente de psiquiatría Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

Correo electrónico: juanis765@gmail.com

Giovanny Argoty:

Residente de segundo año de psiquiatría. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

Johanna Diaz:

Residente de primer año de psiquiatría. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

RESUMEN

En la práctica clínica el eje fundamental tanto para la evaluación del paciente, como para el establecimiento de un oportuno manejo terapéutico guiado por los principios bioéticos, sigue siendo la relación médico-paciente. Es indudable afirmar que esta interacción inicialmente dicotómica, ha sido afectada por las circunstancias actuales de pandemia secundaria al COVID-19 y dada su vital importancia en el ejercicio asistencial diario, en el presente artículo se pretende reconocer las particularidades del actual quehacer médico y abordar las posibles intervenciones a realizar para fortalecer esta relación existente.

PALABRAS CLAVE: *Relación médico-paciente; Infecciones por Coronavirus; Telemedicina.*

ABSTRACT

In clinical practice, the fundamental axis both for the evaluation of the patient and for the establishment of a timely therapeutic management guided by bioethical principles, remains the doctor-patient relationship. There is no doubt that this interaction is dichotomous, it has been affected by the current circumstances of a pandemic secondary to COVID-19 and given its vital importance in daily healthcare, this article is supposed to recognize the particularities of the current doctor and address possible difficulties. to be done to strengthen this existing relationship.

KEYWORDS: *Physician-Patient Relations; Coronavirus infections; Telemedicine*

*El ser humano es un ser sociable, por naturaleza
Aristóteles 384-322, a. de C*

INTRODUCCIÓN

Tomando la afirmación de Aristóteles, se hace referencia a que “el ser humano es un ser sociable por naturaleza”, es decir, durante su ciclo vital va estableciendo diferentes relaciones sociales, algunas de ellas superficiales y otras de mayor importancia. El actuar clínico no se desprende de esta connotación y en su *lex artis* debe establecer la relación médico-paciente, la cual sigue siendo la piedra angular del acto médico. Esta se considera una relación multidimensional en la que interactúan aspectos como la empatía, el respeto, el conocimiento y la confianza, componentes que le conceden al profesional en salud la capacidad de realizar un acompañamiento centrado en el abordaje integral del paciente, respetando los diferentes principios bioéticos para la toma conjunta de decisiones clínicas, en particular el de justicia en la que todas las personas, tienen la misma dignidad, independientemente de cualquier condición, y por tanto, son dignas de respeto y consideración (1). El resultado se relacionará con la satisfacción de la atención médica y un plan terapéutico adecuado.

A lo largo de la historia, la relación médico-paciente, se ha extendido y modificado según las características socioculturales, donde es evidente que varios factores externos se ven involucrados en la interacción de esta diada. Por ello, considerando las características de la situación actual de la pandemia secundaria a la infección por coronavirus 2019, es importante reflexionar y analizar los diferentes aspectos, desafíos y consecuencias que se pueden presentar en esta relación.

FUNDAMENTOS DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

La relación médico paciente, se puede definir como una relación interpersonal que nace en la práctica clínica y se reconoce como el eje vertebral de la profesión médica. Depende de factores como la personalidad y el rol que desempeña cada uno de los individuos, la comunicación verbal y no verbal que se origina de interacciones afectivas como la transferencia, contratransferencia y empatía que están presentes en cada contexto (2). Las connotaciones éticas y sociológicas que moviliza esta interacción provocan un fenómeno elaborado y dinámico en el tiempo (3, 4).

En el transcurso de la historia, este concepto ha variado de acuerdo con los cambios de creencias, comportamientos y costumbres de la sociedad, existiendo modelos de relación clínica como el paternalista, autonomista, interpretativo y deliberativo. Cada una de estas perspectivas, se establece de la relación interpersonal como acto médico, que se presenta cuando la persona enferma o en riesgo de estarlo busca la ayuda de alguien con el saber y los métodos para hacer frente a la enfermedad o intervenir sobre los riesgos en salud, de este primer sujeto (3, 4). En este evento, prima la empatía, entendida como la capacidad de comprender al otro como similar, habilidad que permite “ponerse en el lugar de los demás” (5).

El médico es quien deberá adquirir el conocimiento y la capacidad para saber expresar información importante y sensible; saber escuchar y comprender lo que significa la enfermedad para el paciente y los elementos culturales, económicos, sociales, emocionales y afectivos que están involucrados; en definitiva, tendrá la destreza para ofrecer tranquilidad y confianza en la toma de decisiones terapéuticas y favorecer el proceso de recuperación del enfermo que en muchos casos involucra la participación de la familia, sobre todo cuando el paciente ha dejado de ser autónomo (2, 6).

Existen otros factores que modifican la atención médica, entre ellos la tendencia a la ultra especialización y la introducción de leyes de mercado, que pueden conducir a una pérdida de la integralidad y de la complejidad del ser humano, donde infortunadamente se cambia la perspectiva del paciente a un sujeto de lucro (4). También, se presentan circunstancias estresantes que influyen en el desempeño profesional

al enfrentarse a un sistema de salud sobrecargado, un tiempo limitado de consulta y la escasez de insumos médicos (2). La ruptura de la relación médico paciente puede implicar el daño de la integridad psíquica o física del individuo con repercusiones negativas en el curso de la enfermedad (6).

Con el advenimiento de la pandemia por la infección de COVID 19, es importante considerar los elementos que modifican el quehacer médico.

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN TIEMPOS DE PANDEMIA

La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID - 19), decretada como pandemia mundial por la OMS (Organización Mundial de la Salud) en marzo 2020 (7), ha desencadenado cambios drásticos y repentinos en las relaciones humanas, en especial cuando el distanciamiento social es una de las medidas para contener la propagación de esta enfermedad (8). Situación que además ha revelado las limitaciones en la relación médico paciente no sólo para abordar problemas de salud física y mental sino por la evidente falta de capacitación para informar sobre enfermedades graves y complicaciones asociadas al COVID-19 tanto al paciente como a los familiares (8, 9).

También se ha descrito, cómo los equipos de protección personal, a saber el uso de gorro, tapabocas, monogafas o máscara facial, que son medidas tomadas en pro de evitar el contagio de los trabajadores de salud y enfocadas en la contención del virus a las áreas que se han destinado para la atención de pacientes afectados (10), pueden constituir una barrera para el diálogo, limitando la expresión del lenguaje no verbal, lo cual influye de forma negativa con el proceso empático (11). Por ello, es necesario que el médico, a partir de pequeñas acciones, pueda transmitir y expresar el acompañamiento que requiere el paciente, de forma que se pueda hacer alusión a la popular frase “las acciones hablan más que las palabras”; es decir a partir de gestos como mirar a los ojos de los pacientes durante la valoración, presentarse y explicar el objetivo de la visita, optimizar el tiempo para escuchar y resolver inquietudes, para procurar disminuir la ansiedad que existe en el enfermo y de esta forma el enfermo pueda reconocer que detrás del protector facial, la mascarilla y la bata existe un ser humano con legítimo interés de ayudar (11).

Otros escenarios para considerar, es que los hospitales se convirtieron en centros de atención para la enfermedad por COVID-19 y ello originó una serie de restricciones que incluyen limitar las visitas de miembros de la familia, lo que podría incrementar la incertidumbre entre los seres queridos y dificultar el papel activo de las redes de apoyo durante la hospitalización, a tal punto que incluso se hace necesario el uso de medios virtuales, los cuales no siempre estaban disponibles (8, 9, 12). De modo que los esfuerzos que realiza el personal asistencial por mantener el contacto entre el paciente y su familia, pueden fortalecer la relación médico-paciente (11).

Otras estrategias por implementar para reducir las brechas de comunicación, es mejorar la capacidad de dar malas noticias, ya que estas son las conversaciones de mayor dificultad, dado que involucran temas sensibles como el pronóstico, el riesgo de muerte, la falta de opciones de atención o tratamiento e informar a alguien sobre el fallecimiento de un ser querido (13). Siendo estos los tópicos de alto impacto en el aprendizaje de habilidades comunicativas, que involucran empatía y compasión a través de tres principios básicos: Primero reconocer las diferentes emociones que genera la información que se va a brindar, segundo entregar información clara y breve, para que tanto el paciente como los familiares puedan comprenderla y tercero escuchar y resolver los interrogantes del paciente o la familia con respecto a los planes de tratamiento (9).

La adecuada comunicación interpersonal, ha demostrado que disminuye el sufrimiento del paciente, dado que logra reconocer la incertidumbre y temor que entraña la enfermedad y la muerte (9, 11). Además, en estos momentos de distanciamiento físico, la comunicación idónea consigue establecer una oportuna conexión social, que da continuidad a la atención médica durante la pandemia; bajo estas condiciones será necesario integrar los medios de comunicación digital ya que son éstos los que posibilitan ver, escuchar e incluso compartir con otros (8).

TELEMEDICINA EN LA ERA DEL COVID-19

Al momento se han establecido formas alternativas de comunicación, siendo las más frecuentes las que utilizan como intermediario los medios electrónicos. Este escenario abre la discusión sobre la modificación del acto médico y el uso de la tecnología como herramienta en la atención de pacientes (14).

Según la normativa colombiana la ley 1419 de 2010 (15), se define la telemedicina:

“... La provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios ...”

Teniendo en cuenta lo anterior, la telesalud abarca el conjunto de actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos que se llevan a cabo a distancia e incluye, entre otras, la telemedicina (16), estas herramientas en tiempos de pandemia se han encargado de favorecer la disponibilidad como la continuidad de la atención médica para evitar el desplazamiento del paciente y reducir la exposición como factor de riesgo para propagación del virus (17). De igual manera, logra clasificar los pacientes de bajo riesgo que deben permanecer en su hogar frente a los de alto riesgo que necesitan atención hospitalaria (18).

En respuesta al distanciamiento social todos los servicios de salud han recurrido a este medio de comunicación para dar continuidad a la atención médica de rutina de enfermedades crónicas entre otras (18); en el caso de psiquiatría, está facilitando el seguimiento e intervención de pacientes con enfermedad mental que se encuentran en riesgo de recaída o exacerbación de los síntomas, así como de pacientes que acuden por primera vez (17).

Su implementación depende del entrenamiento de médicos y pacientes, así como de la disponibilidad de los recursos tecnológicos en el área rural y urbana (17). No obstante, la falta de presencia física durante la consulta virtual puede transformar la experiencia del paciente con el terapeuta en desconfianza con repercusiones en la adherencia al tratamiento y los resultados clínicos esperados. Se anhela modificar los obstáculos existentes, mediante la expansión de banda ancha en áreas rurales, áreas habitadas por población indígena o en desigualdad socioeconómica; adaptación de las plataformas de telemedicina y trabajadores de la salud al lenguaje, nivel educativo y sociocultural del individuo (19).

Se espera que la construcción de este tipo de sistemas tecnológicos se mantenga y fortalezca con el tiempo y sean de uso en la práctica clínica, ya que ha sido reconocida su utilidad y la importancia que tendrán para abordar las secuelas que dejará en salud mental la pandemia (17).

CONCLUSIONES

Los repentinos cambios de la relación médico-paciente, secundarios a la pandemia por COVID-19, generaron situaciones de evidentes limitaciones en el proceso de comunicación, lo cual perturbó el proceso empático y de alianza terapéutica, necesarias para el ejercicio clínico. Incluso acciones tan básicas para el control de la infección como el aislamiento y uso de equipos de protección personal, crearon de forma inconsciente barreras y distancias no solo físicas, sino también emocionales y cognitivas, entre los agentes activos de esta interacción.

Por consiguiente, el reconocimiento de esta situación dinámica y compleja, nace de la comprensión del otro como similar, donde acciones de genuino interés buscan cerrar el abismo de comunicación presente entre el médico y el paciente. De modo que, se deben incrementar los esfuerzos por el aprendizaje de habilidades comunicativas y asociado a ello, el uso de medios electrónicos de comunicación, ya que en el momento son éstos, los que consiguen acortar esta sensación de separación que imponen las medidas para la contención de la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Azulay Tapiero A. Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal? *Anales de Medicina Interna*. 2001;18:650-4.
2. A O, A T. La relación médico-paciente: complejidad de un vínculo indispensable 2014; 20. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/128>.
3. Rodríguez Silva H. La relación médico-paciente. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2006;32(4):0-
4. Mendoza A. La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2017;63(4):555-64.
5. López MB, Arán Filippetti V, Richaud MC. Empatía: desde la percepción automática hasta los procesos controlados. 2014.
6. Sánchez Arrastía D, Contreras Olivé Y. La relación médico-paciente y su importancia en la práctica médica. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 2014;43:528-33.
7. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020 Ginebra , Suiza: World Health Organization;; 2020 Disponible en: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.
8. Bergman D, Bethell C, Gombojav N, Hassink S, Stange KC. Physical Distancing With Social Connectedness. *Annals of family medicine*. 2020;18(3):272-7.
9. Back A, Tulsy JA, Arnold RM. Communication skills in the age of COVID-19. *American College of Physicians*; 2020.
10. Portnoy J, Waller M, Elliott T. Telemedicine in the Era of COVID-19. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*. 2020;8(5):1489-91.
11. Vallelonga F, Elia F. Doctor-patient relationship at the time of COVID-19: travel notes. *Intensive Care Med*. 2020.
12. Li L. Challenges and Priorities in Responding to COVID-19 in Inpatient Psychiatry. *Psychiatric Services*. 2020;appi.ps.202000166.
13. Rubinelli S, Myers K, Rosenbaum M, Davis D. Implications of the current COVID-19 pandemic for communication in healthcare. *Patient Educ Couns*. 2020;103(6):1067-9.
14. Hamza MA-O, Khan HS, Sattar ZA, Hanif M. Doctor-patient communication in surgical practice during the coronavirus (COVID-19) pandemic. (1365-2168 (Electronic)).
15. Normativa SÚdl. Lineamientos para el desarrollo de la Telesalud en Colombia Ley 1419 de 2010 Bogotá, Colombia. 2010 [Diario Oficial. Disponible en: <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1679693>.
16. Gallegos S, Reyes L, Cano L. Telesalud y Telemedicina para la Prestación de Servicios de Salud en la Pandemia por Covid-19 Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2020 Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/PSSS04.pdf>.
17. Torous J, Wykes T. Opportunities From the Coronavirus Disease 2019 Pandemic for Transforming Psychiatric Care With Telehealth. *JAMA Psychiatry*. 2020.
18. Ahmed S, Sanghvi K, Yeo D. Telemedicine takes centre stage during COVID-19 pandemic. *BMJ Innovations*. 2020;bmjinnov-2020-000440.
19. Darrell G, Joshua J, Nwando O. Strategies for Digital Care of Vulnerable Patients in a COVID-19 World—Keeping in Touch: Jama Network; 2020 Disponible en: <https://jamanetwork.com/channels/health-forum/fullarticle/2767347>

REFLEXIONES SOBRE LA SALUD MENTAL DE LOS MEXICANOS A 100 DÍAS DE LA PANDEMIA

REFLECTIONS ON THE MEXICANS' MENTAL HEALTH 100 DAYS AFTER THE PANDEMIC

AUTOR:

Dr. Bernardo Ng;

Presidente Asociación Psiquiátrica Mexicana (2020-2021)

INTRODUCCIÓN

El primer caso confirmado de coronavirus en México se reportó el 28 de febrero, se trataba de un viajero por lo que se identificó como caso "importado." El Diario Oficial de la Federación publicó la declaración de la "epidemia" como una emergencia de salud pública el 30 de marzo [1]. Desde entonces al día de hoy, 8 de julio, es decir 100 días después de la declaración oficial, el manejo de la contingencia por parte de las autoridades sanitarias se ha visto envuelto en un mar de confusión, críticas, éxitos, fracasos y polarización social [2].

A este respecto la Secretaría de Salud puso en marcha el Grupo Técnico de Trabajo en Salud Mental (GTTSM) para el fortalecimiento de la salud en épocas de desastre el 27 de marzo, convocando por este medio a instituciones, organismos académicos, organizaciones no gubernamentales, sociedades médicas y sociedades de otras especialidades de la salud mental, a trabajar en conjunto para abordar la problemática que ya se veía venir en nuestro país. Nosotros como asociación psiquiátrica participamos en este GTTSM, en funciones específicas que se describen más adelante [3].

Al cabo de los 100 primeros días, es de resaltar que el número de fallecimientos ha colocado a México en el quinto lugar mundial, y en el segundo lugar entre los países latinoamericanos, siendo rebasado solamente por Brasil. Por otro lado, respecto al número de casos recuperados, México alcanzó en el sexto lugar global, y al tercero entre los países latinoamericanos, siendo rebasado por Brasil y Chile. Respecto a los fallecimientos México representa el 5.6% de la carga global, y en lo que respecta a los casos recuperados representa solamente el 3.2% [4].

Por otro lado, el Fondo Monetario Internacional identifica a México como el segundo país con mayor contracción del Producto Interno Bruto (PIB) entre los países Latinoamericanos. Esta pronosticado que será

del 10.5%, es decir 4 puntos porcentuales por arriba del pronosticado en el mes de abril, y por arriba del promedio de 9.4% para los países de la región [5]. De forma paralela el tipo de cambio ha fluctuado de \$19.77 pesos el día del primer caso, a \$24.28 el día que se declaró la emergencia, hasta \$22.82 el 8 de julio, representando una pérdida neta de del 14% del valor del peso mexicano ante el dólar estadounidense [6].

Las diferentes lecturas del manejo de la pandemia y el alarmante aumento en el número de casos confirmados, tanto en personas sintomáticas y como entre los fallecidos, ha tenido un indiscutible impacto en la salud mental de los mexicanos. La crisis sanitaria, exacerbada por la crisis económica y diferentes fuerzas sociales, ha teñido de manera particular la experiencia de la pandemia en diferentes grupos de la población. A continuación, reflexiones respecto a la salud mental de la población general y algunos sub grupos de nuestra sociedad.

POBLACIÓN GENERAL

La reacción de la población general, ha ido de un extremo a otro. Por un lado, individuos con una observancia de las medidas de confinamiento, higiene y protección personal exagerados para prevenir el contagio del virus, que en algunos casos ha sido motivo de la aparición y/o exacerbación de síntomas de ansiedad, depresión e insomnio. Hasta el otro extremo, de personas que por ignorancia y/o incredulidad se han mostrado renuentes a seguir las recomendaciones oficiales de utilización de cubre bocas, de evitar las reuniones sociales y de evitar lugares públicos donde se pueden congregarse muchas personas. Organizaciones integrantes del GTTSM, que han ido midiendo y atendiendo las necesidades de la población general han reportado claramente, un aumento en las manifestaciones de ansiedad, en algunos casos con suficientes síntomas para cumplir con criterios diagnósticos de trastorno de estrés agudo y también conductas de auto daño. De la misma manera,

estas organizaciones ofrecen servicios telefónicos por medio de una línea de ayuda para ofrecer primeros auxilios psicológicos y referir a servicios formales de atención [3].

PACIENTES CRÓNICOS

Los servicios públicos para la atención de pacientes crónicos se vieron afectados casi inmediatamente. De acuerdo a discusiones y exposiciones brindadas por directores de hospitales psiquiátricos en México, auspiciadas por la Asociación Psiquiátrica Mexicana, las medidas mas comunes fueron las siguientes:

- Reducir el servicio de consulta externa
- Proporcionar seguimiento por vía telefónica
- Limitar las visitas de familiares
- Delimitar áreas para separar a los sospechosos de infección
- Establecer áreas de observación para nuevos ingresos, antes de pasar a población general

A la fecha se han detectado brotes del virus en una minoría de los hospitales, mientras que otros se han “reconvertido” completamente para dar atención a pacientes infectados en lugar de seguir dando atención psiquiátrica [7].

MINORÍAS

La pandemia ha puesto al descubierto un problema previamente existente, que afecta a grupos vulnerables como las minorías sexuales y étnicas, que además de la discriminación, hostigamiento, del que son víctimas, ahora se enfrentan a la falta de empleos y de cobertura de servicios de salud [8]. En el caso de los indígenas, han sufrido de desinformación, falta de información, y se han quedado desempleados o tenido que trabajar en condiciones adversas [9]. Se ha establecido que otros grupos vulnerables en esta pandemia, son los mas pobres, los residentes de áreas rurales y aquellos con servicios marginales de salud [10].

PERSONAL DE SALUD

Además de las largas horas de trabajo, las quejas por no contar con el equipo de protección personal adecuado, la insuficiencia de insumos, la demanda desbordada de servicios, se agregan los casos de hostigamiento, agresiones e insultos [11]. La Asociación Psiquiátrica Mexicana, como integrante del GTTSM y con el apoyo de la Asociación Mexicana

de Industrias de Investigación Farmacéutica y la Universidad Nacional Autónoma de México, lanzó un servicio de teleconsulta completamente gratis para personal de salud, laborando en centros donde se atienden a personas con COVID-19. Este servicio se ofrece a personal médico, de enfermería, trabajo social, nutrición, cocina, administración, vigilancia, seguridad, camilleros y paramédicos. Aunque el programa ha sido muy bien recibido, es nuestra impresión que ha sido sub utilizado. Nos preocupa sobremanera que los posibles beneficiados no estén aprovechando la oportunidad brindada por cuestiones de estigma o por “normalización” de sus niveles de estrés [12].

CONCLUSIONES

Hasta ahora estamos lejos de tener claro cuando se va a terminar esta pandemia. En cambio, nos queda muy claro que la vida para los sobrevivientes será indiscutiblemente diferente a la que era antes de la pandemia. Los psiquiatras y profesionales de la salud mental, nos encontramos como elementos claves para facilitar esta transición.

Por otro lado, las sociedades de psiquiatras y otras especialidades en la medicina, han reaccionado y accionado de acuerdo a sus estatutos y sus capacidades; lo que también nos ha hecho reflexionar y cuestionar si estamos preparados para situaciones de desastres. Aún mas nos ha dado la oportunidad de cuestionarnos cual es el papel práctico e idóneo de las sociedades médicas en estas situaciones, en su relación con sus agremiados, las autoridades sanitarias y la población general.

A la vuelta de 100 días de una pandemia que ha cambiado la vida de los pacientes psiquiátricos en el mundo entero, y la forma en que ejercemos la psiquiatría, nos obliga a ver adaptarnos y asegurar la estabilidad de nuestros pacientes y de participar activamente en el proceso de la rehabilitación de la salud mental de poblaciones enteras.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Diario Oficial de la Federación (2020) www.dof.gob.mx/ (consultado 10/junio/2020)
2. Quintana E. (2020) La pandemia en México: una combinación de errores. www.elfinanciero.com.mx/bloomberg-businessweek/la-pandemia-en-mexico-una-combinacion-de-errores (consultado 30/junio/2020)
3. Gobierno de México (2020) Reporte del GTTSM. Frente al COVID-19. Si te cuidas tu nos cuidamos todos.
4. Coronavirus Resource Center (2020). <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> University of Johns Hopkins. (consultado 8/julio/2020)
5. Werner A. Últimas perspectivas económicas para América Latina y el Caribe (2020). Fondo Monetario Internacional. www.imf.org/external/mmedia/view.aspx?vid=6167553453001 (consultado 4/julio/2020)
6. Banco de México. (2020) Tipo de Cambio pesos por dólar. <https://www.banxico.org.mx/apps/gc/tipo-cambio-grafica-coyuntura.html>
7. Arnaud C. (2020). Minuta de la 2da reunión de directores de hospital psiquiátrico Público y privado de México. (Archivos de APM)
8. Nuñez J. (2020) Un nuevo hogar para los mexicanos LGBT olvidados durante la pandemia. <https://www.infobae.com/america/agencias/2020/05/21/un-nuevo-hogar-para-los-mexicanos-lgbt-olvidados-durante-la-pandemia/> (consultado 4/julio/2020)
9. Haro A. (2020) Dossier Pueblos indígenas mexicanos frente a la pandemia Covid19. <https://www.clacso.org/wp-content/uploads/2020/05/Haro-2020-Dossier-Indigenas-mexicanos-frente-a-la-pandemia-Covid19.pdf> (consultado 3/julio/2020)
10. Suarez Lastra M y cols. (2020) Vulnerabilidad ante COVID-19 en México. <https://www.igg.unam.mx/covid-19/Vista/archivos/vulnerabilidad.pdf> (consultado 5/julio/2020).
11. Organización de las Naciones Unidas (2020). La ONU en México condena las agresiones contra los profesionales de la salud que lucha contra el coronavirus. <https://news.un.org/es/story/2020/04/1473372> (Consultado 30/junio/2020).
12. Nosotros también nos cuidamos (2020). www.psiquia-trasapm.org.mx (consultado 7/julio/2020).

ALGUNOS APRENDIZAJES QUE NOS VA DEJANDO LA PANDEMIA. VISIÓN DESDE LA ASOCIACIÓN DE PSIQUIATRAS ARGENTINOS, APSA

SOME LESSONS LEARNED FROM THE PANDEMIC. VISION FROM THE ASSOCIATION OF ARGENTINE PSYCHIATRISTS, APSA

AUTOR:

Dr. Santiago A. Levín:

MD, PhD. Presidente de APSA (2019-2021).

El mundo entero fue tomado por sorpresa por la pandemia del Sars-Cov-2. Nadie esperaba una crisis sanitaria de semejante magnitud. Ningún sistema sanitario en el mundo estaba preparado; ningún especialista conocía esta nueva enfermedad, bautizada Covid-19 (Coronavirus disease 19). Sin vacuna, sin tratamiento específico, el confinamiento se mostró como la principal medida sanitaria por excelencia y por exclusión.

Llegó así, sin anunciarse, la primera pandemia de la era digital. La primera en la historia humana en ser transmitida 24 por 7 a través de todos los medios electrónicos y las redes sociales, con una intensidad comunicacional que compitió, sin dudas, con la intensidad propia de la dispersión en los cinco continentes de un virus altamente contagioso.

El análisis más profundo del fenómeno quedará, forzosamente, para un momento posterior. Estamos aún en el ojo de la tormenta, es decir, atravesando el núcleo de la crisis, y en estas circunstancias signadas por la precariedad solo caben reflexiones provisorias, a cuenta de un balance que llegará en su debido momento, cuando sedimente la experiencia y estemos en condiciones de hacer un inventario de lo perdido, de lo aprendido y de lo que es necesario construir a futuro. A fines del mes de julio de 2020, en el momento del cénit de la pandemia en nuestro país, Argentina, con récord de casos diarios y de máxima exigencia sanitaria, escribo estas reflexiones preliminares para compartirlas con los colegas hermanos de nuestra Latinoamérica.

1. Decretada la cuarentena, nuestra Asociación debió realizar una rápida migración a la modalidad virtual para que su funcionamiento no quedara interrumpido. Con

satisfacción por el esfuerzo realizado podemos decir que todo su funcionamiento (administrativo, académico, de Secciones) se sostuvo sin excepción. Al mismo tiempo, se decidió intensificar el vínculo con todas las asociaciones de psiquiatría de nuestro extenso país, y con nuestras dos asociaciones mundiales: la regional, APAL, y la mundial, WPA. APSA fue convocada por esta última para integrar un Comité Asesor de Respuesta ante Emergencias. Nuestro congreso anual tuvo que ser reformulado, y tendrá lugar a fines de septiembre de modo virtual. Sin dudas, mucho de lo aprendido se mantendrá y perfeccionará en la post pandemia.

2. La crisis sanitaria mundial desencadenada por la pandemia del Sars-Cov-2 nos señala, con sorprendente exactitud, todas las fallas del sistema sanitario. En nuestro país, décadas de desinversión quedan dolorosamente a la vista. Si había dudas de la necesidad de repensar nuestro sistema sanitario, esas dudas han sido definitivamente disipadas.

3. Los psiquiatras tenemos un cometido social que excede el del tratamiento de los trastornos mentales. Surge con claridad que el médico psiquiatra tiene un rol trascendente en la comunicación social, la prevención, la contención y también en la comprensión de este complejo fenómeno que a todos tomó por sorpresa. Jamás había sido más evidente la importancia de una postura no reduccionista de la Psiquiatría que en estos tiempos de pandemia.

4. El concepto sanitario y político de Salud Pública queda subrayado desde el inicio mismo de la crisis. No hay salud sin inversión ni planificación. No hay derecho a la salud sin Salud Pública. Lo que existe para algunos, se pretende para todos.

5. Es determinante la implementación de medidas puntuales, técnicas, en la prevención de la diseminación de la pandemia. Especialmente en los centros de atención. En nuestro país hay 24 jurisdicciones sanitarias, que exhibieron diferencias en la implementación de protocolos, en la provisión de elementos de protección personal, y en la comunicación con el personal de salud. Será necesario trabajar en un sistema unificado de respuesta frente a crisis de esta magnitud. La pandemia produce un daño que es en parte inevitable; lo que es inaceptable es la falla en el manejo del daño evitable.

6. No solo es necesario asegurar la provisión de elementos de protección personal para el personal de salud; igualmente trascendente y necesaria es la implementación de medidas de protección subjetiva. No existe salud sin salud mental, y esto incluye a todas las personas que trabajan en la atención de la salud durante la pandemia. Se podrán discutir modalidades de protección —objetiva y subjetiva—, pero desproteger a los que nos cuidan es desprotegernos a todos.

7. En barrios vulnerables, que lamentablemente abundan en nuestro país y en nuestra región, el agua corriente y la conexión a Internet son también elementos que hacen a la salud mental.

8. Las palabras y las metáforas deben ser especialmente seleccionadas en tiempos de crisis sanitaria. Las metáforas bélicas, por poner un ejemplo, no solo distorsionan y dificultan la comprensión del fenómeno sino además alejan a la ciudadanía del cumplimiento adecuado de las medidas de cuidado social. La selección apropiada de las palabras para comunicar de y en pandemia deberían apuntar a un objetivo general solidario: queremos promover el distanciamiento físico —sanitario— pero no el distanciamiento social. El desafío consiste en encontrar modos inteligentes y creativos de unir, en una misma estrategia, la necesaria distancia sanitaria y la indispensable solidaridad como instrumento de máxima jerarquía en crisis sociales. Promover, a la vez, aislamiento —sanitario— y proximidad —solidaria—.

9. El coronavirus no solo señala las fallas de nuestro sistema de salud. También revela los diferentes niveles de compromiso social de las instituciones. Todas ellas. En lo referente a nuestras instituciones, las asociaciones civiles relacionadas con la salud, observamos diferencias notables: mientras algunas redoblaron esfuerzos para

servir mejor a la comunidad en épocas aciagas, otras brillan por su ausencia y muestran que su verdadera razón de ser pasa por cualquier lado menos por el compromiso con los otros.

10. Los recursos remotos se han revelado como una sólida estrategia en tiempos de pandemia. Mucho de lo aprendido en este sentido habrá que mantenerlo y perfeccionarlo en el futuro: los medios remotos pueden ser un mecanismo democratizador en un sistema tan deficiente y un territorio tan extenso como el de nuestro país.

11. Los trabajadores de la salud no debemos limitarnos a realizar nuestra tarea asistencial. Ella es nuestra razón de ser y nuestro trabajo, y hemos sido educados y entrenados para hacerla. Pero igualmente trascendente es involucrarnos en la construcción de un sistema de salud equitativo, solidario, de alta calidad y de cobertura universal. Esta tarea forma parte, también, de nuestro compromiso con la comunidad. De lo individual a lo social: tal el paso que aún debemos dar como colectivo.

12. En la estrategia general frente a la pandemia implementada por el gobierno de nuestro país falta, y lo hemos dicho desde el inicio, un asesoramiento específico de profesionales de la Salud Mental. Esta ausencia revela la poca importancia que nuestra sociedad le otorga a la Salud Mental en el contexto de la salud en general. Sin ninguna intención de poner por delante el aspecto mental en una crisis como la actual, solo señalamos que el aporte de la Psiquiatría y de la Salud Mental podría llegar a ser, como en otras partes del mundo, de importancia en el diseño de políticas específicas y de campañas de comunicación con la comunidad.

UNA BREVE REFLEXIÓN, A MODO DE CIERRE

Ya mencionamos cómo la pandemia deja a la vista el retraso en materia de Salud Mental en nuestro país, y también en nuestra región. Angustia constatar cuán lejos estamos de un mínimo aceptable en materia de atención de la salud mental de nuestra población. Mucho discurso y poco cambio real: esa es nuestra lamentable realidad actual, producto de mucho tiempo de descuido de la dimensión de lo mental dentro de las políticas de salud en general. Atascados en discusiones que nos agotan y nos distraen, encallados en malentendidos históricos, no advertimos que la salida no es ideológica ni doctrinaria sino política.

Mientras no haya un plan integral de salud —y dentro de él uno de Salud Mental—; mientras no exista un presupuesto adecuado, y mientras no haya verdadera voluntad política de construir equidad sanitaria, todo seguirá igual, o peor, no importa cuán sonoras sean nuestras polémicas al interior de nuestro campo.

Si logramos comprender esto último como colectivo sanitario, habremos dado un trascendente paso hacia adelante.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Diario Oficial de la Federación (2020) www.dof.gob.mx/ (consultado 10/junio/2020)
2. Quintana E. (2020) La pandemia en México: una combinación de errores. www.elfinanciero.com.mx/bloomberg-businessweek/la-pandemia-en-mexico-una-combinacion-de-errores (consultado 30/junio/2020)
3. Gobierno de México (2020) Reporte del GTTSM. Frente al COVID-19. Si te cuidas tu nos cuidamos todos.
4. Coronavirus Resource Center (2020). <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> University of Johns Hopkins. (consultado 8/julio/2020)
5. Werner A. Últimas perspectivas económicas para América Latina y el Caribe (2020). Fondo Monetario Internacional. www.imf.org/external/mmedia/view.aspx?vid=6167553453001 (consultado 4/julio/2020)
6. Banco de México. (2020) Tipo de Cambio pesos por dólar. <https://www.banxico.org.mx/apps/gc/tipo-cambio-grafica-coyuntura.html>
7. Arnaud C. (2020). Minuta de la 2da reunión de directores de hospital psiquiátrico Público y privado de México. (Archivos de APM)

REFLEXIONES EN TORNO A LA PANDEMIA COVID-19 EN EL PERU

REFLECTIONS AROUND THE PANDEMIC COVID-19 IN PERU

■ ■ AUTOR:

Dr. Enrique Bojórquez Giraldo:

Médico Psiquiatra- Doctor en Medicina

Profesor Principal-Facultad de Medicina-Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Past Presidente de la Asociación Psiquiátrica Peruana

Vicepresidente actual y Presidente Electo de la Asociación Psiquiátrica de América Latina

Correo electrónico: enriquejavierb@outlook.es

Dirección: Av. Paseo de la Republica 3691 Of. 1101 San Isidro, Lima, Perú

SIN CONFLICTO DE INTERESES

RESUMEN

Se hace una breve descripción de la situación de la pandemia en el Perú, sus posibles repercusiones en la salud mental; y a partir de ello una reflexión crítica sobre las medidas tomadas, sus aciertos y errores, finalizando con algunas recomendaciones.

PALABRAS CLAVE: *pandemia, Covid-19, trastornos psiquiátricos, salud mental, salud pública*

ABSTRACT

A brief description is made of the situation of the pandemic in Peru, its possible repercussions on mental health; and from this a critical reflection on the measures taken, their successes and errors, ending with some recommendations.

KEYWORDS: *pandemic, Covid-19, psychiatric disorders, mental health, public health.*

INTRODUCCIÓN

La pandemia de COVID-19 viene teniendo efectos globales, no sólo sanitarios, sino también económicos, políticos, en los patrones de convivencia social, en el trabajo, en la vida familiar y en todos los aspectos de nuestras vidas. Esta pandemia que se inicia a fines de diciembre del 2019 en la ciudad de Wuhan, China; en el momento de escribir este artículo, había provocado en el mundo más de 11, 2 millones de contagios y 531 mil muertes (1); y en América Latina y el Caribe 2'872,847 contagios y 126,847 muertes (2).

El Perú, es un país con una población aproximada de 33 millones de habitantes, a la pandemia lo sorprende con un sistema nacional de salud precario, fragmentado, desintegrado e inequitativo; consecuencia del abandono de los sucesivos gobiernos, cuya mejor expresión se traduce en una participación de sólo el 2.2 % del PBI nacional (3). A ello se agrega su énfasis en lo curativo y el descuido en lo preventivo promocional, con abandono de la atención primaria.

Es en este contexto, que el 08 de marzo, se detecta el caso "cero" en el Perú. En ese momento contábamos con un poco más de 3000 camas de hospitalización y 276 camas UCI. Sólo una semana después, el gobierno declaró el estado de emergencia, el confinamiento social obligatorio y el toque de queda en las noches y domingo todo el día. Al mismo tiempo, medidas de apoyo social para los sectores más pobres, que debían ser canalizados por un estado burocrático, ineficiente y corrupto.

Dada la fragmentación del sector salud se creó un Comando Nacional de Lucha contra el COVID-19. Eso ha permitido que en algo más de 3 meses hayamos pasado de 3,000 a cerca de 15,000 camas de hospitalización y de 276 a 1376 camas UCI. Como ello es insuficiente se pretende en unas semanas incrementar a 20,000 y 2000 camas de hospitalización y UCI respectivamente. A pesar de estas medidas el avance de la pandemia es enorme, hasta hoy 05 de julio hay 302,718 infectados, 10,589 fallecidos, 11,302 hospitalizados, 1,227 en UCI y 193,957 pacientes dados de alta (4). A nivel de profesionales médicos hay 70 fallecidos y más de 2062 infectados. Se han tomado 1'782,846 muestras, entre pruebas moleculares y rápidas (4). En esta situación el 01 de julio terminó el confinamiento obligatorio de 108 días, no por razones sanitarias, pues la pandemia está lejos de estar controlada, sino por razones económicas. En realidad, en la práctica la cuarentena había sido levantada de facto, hace bastante tiempo, por un importante sector de la población.

La estrategia inicial diseñada por el gobierno 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 que la población ocupada con un empleo informal en Perú era de más del 70% (5), y que por lo tanto vive de lo que trabaja día a día y si no trabaja no come. Otro hecho de la realidad que no fue evaluada es la capacidad de los hogares para poder preservar los alimentos que adquieren, pues el 47.5% de estos no tiene un refrigerador, según estimaciones de Ipsos con datos de Enaho (6). Otro hecho no tomado en cuenta es que de acuerdo al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), de los 9 millones de hogares en el Perú, 2,5 millones viven en condiciones de hacinamiento y más de 500 mil hogares sufren de falta de acceso al agua (7). Esta realidad hacía difícil exigir a esta población distanciamiento social y lavado de manos, dos medidas importantes para evitar el contagio. A ello se agregó, que cuando el gobierno tuvo que repartir los bonos económicos a la población vulnerable, se formaron largas colas en los bancos, siendo otro foco de contagio, pues de acuerdo a datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática, sólo el 38% de peruanos posee una cuenta bancaria (8). Son entonces estos problemas estructurales los que explican parte de las razones por las cuales las medidas tomadas por el gobierno no han dado el

resultado esperado. Sin embargo, ello no quiere decir que estas han sido un fracaso, sino que han limitado su impacto, definitivamente han reducido su magnitud y sobre todo dieron tiempo para que el sistema sanitario pueda prepararse mejor para la situación que estamos viviendo. A estos problemas estructurales que han limitado el control de la pandemia habría que añadir el enfoque sanitario mayormente hospitalario de la estrategia, no habiéndose utilizado los Centros y puestos de salud que conocen y están cerca a la comunidad, ello hubiera permitido contactar a contagiados y su entorno para aislarlos y monitorearlos. Otro error fue el uso limitado de las pruebas moleculares, pues si bien hasta el momento se han realizado 1'782,846 pruebas, la mayoría son pruebas serológicas rápidas. También, hubo retardo en el control en los aeropuertos y fronteras de las primeras semanas; y posteriormente falta de control de aglomeraciones en los mercados y el transporte público,. Desde nuestro punto de vista, están son los principales errores en el control de la pandemia en el Perú y que han limitado sus resultados.

SALUD MENTAL Y COVID 19

Ahora, 6 meses después de iniciada la pandemia, y sin perspectivas clara de su fin, una mirada desde la salud pública hace ver la necesidad urgente de tener en cuenta el costo de la pandemia sobre la salud mental y el bienestar de las personas. ¿Se está tomando en cuenta las consecuencias en la salud mental de la población general que está en confinamiento social?, ¿las consecuencias en la salud mental de los médicos y trabajadores de la salud que enfrentan esta pandemia?, ¿la salud mental de las personas contagiadas, hospitalizadas o recuperadas del COVID-19 y sus familiares? y ¿la salud mental de las personas que padecen trastornos mentales previos a la pandemia?²

La real magnitud de los problemas de salud mental consecuencia de la pandemia nadie lo sabe. Sin embargo, hay algunos estudios de epidemias pasadas y unos pocos de la actual pandemia -con las limitaciones de tiempo obvias-, que proporcionan una idea de sus repercusiones en la salud mental de toda la población.

A modo de ejemplo examinemos algunos estudios en población general. Un estudio en Hong Kong, durante la epidemia de SARS de 2003, encontró un aumento del 30% en los suicidios en adultos mayores (9). En una encuesta realizada con 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 (10). Un estudio transversal de 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 (11). Los adultos mayores, los pacientes inmunocomprometidos y con enfermedades crónicas también pueden experimentar un aumento de la ansiedad, la depresión y la preocupación (12,13).

También, examinemos algunos estudios en trabajadores de salud. Un estudio (2004), durante la epidemia de SARS, en un hospital en Toronto Canadá informo angustia por encima del umbral en casi un tercio de los trabajadores de la salud (14). Otro estudio prospectivo en 12 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 miedo a la violencia y observación de violencia por parte de los pacientes o sus familias (15). 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 y / o enfermedades médicas generales, pasar un tiempo prolongado en cuarentena, percibir la falta de apoyo organizacional y percibir el estigma social dirigido hacia 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 adecuado del trabajo (16).

Finalmente, los estudios en pacientes con enfermedades mentales graves indican que estos son especialmente propensos a sufrir la pandemia, ya que corren el riesgo no solo de 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 (17,18,19). 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 relacionado con la pandemia era del 21%. Los problemas de salud mental incluyeron ansiedad, depresión e insomnio, que se atribuyeron al miedo a la infección, las restricciones en el transporte y el aislamiento en el hogar (20).

SALUD MENTAL Y COVID 19 EN EL PERÚ

En los últimos años en el Perú se inició un proceso de reforma de la salud mental, con un enfoque comunitario, que se ha traducido en la dación reciente de la Ley de Salud Mental y la creación de más de 150 Centros de Salud Mental Comunitario (CSMC). Sin embargo, todo esto se ha hecho de modo vertical, sin la participación de la sociedad civil, las instituciones especializadas en el área y la comunidad. El resultado ha sido aislar nuevamente la atención en salud mental de la atención de la salud general, pues los CSMC no tienen relación con los Centros de Salud del primer nivel de atención. Paralelamente se ha quitado apoyo a los hospitales especializados, bajo el pretexto del "manicomio", ignorando los esfuerzos que estas estas instituciones vienen haciendo para modernizarse, excluyéndolos en la práctica de los planes y programas "oficiales", sin al mismo tiempo generar las estructuras que replacen sus funciones.

Son estas condiciones las que explican, el por qué la respuesta del Estado Peruano, para atender los problemas de la salud mental durante esta pandemia, haya sido tardía, limitada y fragmentada.

El gobierno central, a través de la Dirección Ejecutiva de Salud Mental, durante este periodo de pandemia. ha expedido los siguientes documentos:

- "Guía Técnica para el Cuidado de la Salud Mental de la Población Afectada, Familias y Comunidad debido a la pandemia por la COVID-19", donde se

establece que frente a la pandemia del COVID-19, todas las Instituciones de Salud públicas y privadas incorporan el cuidado de la salud mental en sus planes y estrategias de intervención. Para ello, se establecen los criterios técnicos y procedimientos para el cuidado y autocuidado de la salud mental de la población; el diagnóstico oportuno de las personas con problemas de salud mental y las pautas para desarrollar un plan de intervenciones terapéuticas y continuidad de cuidados; y finalmente las pautas de cuidado de la salud mental en las personas afectadas por el COVID-19, así como el acompañamiento a sus familiares, y a los familiares de las personas fallecidas en el presente contexto (21).

- “Guía Técnica para el cuidado de la salud mental del personal de la salud en el contexto del COVID-19”, dirigida a reducir el impacto en la salud mental del personal de la salud que brinda atención a las personas con sospecha o con diagnóstico de infección por COVID-19. Para ello, describe los lineamientos para el cuidado y autocuidado de la salud mental del personal, enfocados en la organización institucional para el fomento de entornos saludables de trabajo, la promoción del autocuidado, estrategias de soporte psicosocial disponible en el lugar de trabajo y a distancia, la identificación de problemas de salud mental y la gestión para la intervención y recuperación (22).

- “Directiva Sanitaria que establece disposiciones para brindar información y acompañamiento psicosocial a pacientes hospitalizados con infección por COVID-19 y sus familiares”, que contiene los procedimientos, disposiciones y los canales de comunicaciones para el acompañamiento psicosocial a los pacientes hospitalizados con infección por COVID-19 y sus familiares (23).

Todos estos documentos tienen el común denominador de contener directrices y acciones por lo general técnicamente correctas, pero con serios problemas de ejecución en la realidad, consecuencia de su verticalidad de origen, el temor a la participación de la sociedad civil y la población, y su pretensión de centrarse exclusivamente en los Centros de Salud Mental Comunitarios, excluyendo a los otros componentes de la red de servicios de salud, en particular las instituciones especializadas que concentran parte importante de la oferta de servicios. Los Centros de Salud Mental Comunitaria son instituciones de reciente creación, por lo que no tienen la capacidad técnica, los recursos humanos y logísticos, y la experiencia para la

magnitud de la tarea. En una suerte de voluntarismo, paternalismo y mesianismo se confunde los deseos con la realidad. En el escritorio se pueden hacer muchos planes pero la realidad golpea porque no hay respuesta. El resultado es una respuesta fragmentada y por lo tanto ineficiente; por un lado, el Ministerio de Salud, a través de los CSMC, sin conexión con los Centros y Puestos de Salud; pero en el mismo sector los Hospitales Psiquiátricos, el Instituto de Salud Mental y los servicios especializados de los hospitales generales respondiendo de modo independiente. Del mismo modo, la Seguridad Social (EsSALUD), los Servicios de Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Policía y el Sector Privado, trabajando con entusiasmo, pero sin coordinación alguna. La respuesta ha estado mayormente centrada en la teleconsulta y algunas campañas de orientación dirigidas a la comunidad. Por su parte, la atención de emergencias viene siendo resueltas por los hospitales psiquiátricos a pesar de no ser tomadas en cuenta en el discurso oficial.

La situación del personal médico y sanitario, es difícil, pues tiene que trabajar con un riesgo mayor de contagiarse y transmitirlos a familiares, amigos y otras personas en el trabajo; con equipos de protección insuficientes e incómodos; en situaciones de desbordamiento en la demanda asistencial y obligado muchas veces a tomar decisiones complejas, en un breve tiempo, que le generan dilemas éticos y morales. Frente a esta situación, no ha habido de parte del estado una respuesta satisfactoria, más allá de documentos que no se ponen en práctica. Dada esta situación la Asociación Psiquiátrica Peruana en alianza con el Colegio Médico del Perú ha establecido un programa de atención en salud mental a médicos y familiares que viene ejecutándose desde el mes de mayo.

En lo que corresponde, al área de investigación hay varios proyectos que vienen ejecutándose y cuyos resultados aún no conocemos. Finalmente, quisiéramos señalar, que sobre la marcha hay una serie de lecciones que venimos aprendiendo frente a la pandemia, y que los gobiernos y la población deben tener presente:

- La pandemia ha desnudado la precariedad de nuestra estructura social, económica y política. Ha hecho evidente dramáticamente nuestras carencias, la terrible desigualdad e inequidad de nuestra sociedad, de cómo el Estado no se ha construido al servicio de las mayorías.

Ojalá hayamos aprendido la necesidad de construir una sociedad más justa y solidaria, al servicio del bien común.

- Es en el sistema sanitario donde nuestros problemas estructurales como país se han visto más claramente reflejados. Décadas de abandono, de desinversión, de desmotivación en la política de recursos humanos han precarizado el sector y ello nos viene cobrando la factura. No hay 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 importantes, pero poco eficaces si se aplican de modo parcial o aislado.

- 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.

- No hay salud sin salud mental, lo que exige que el interés no solo este centrado en las camas UCI, el oxígeno, los fármacos y la hospitalización, sino también en lo que ocurre en la subjetividad y conducta de las personas, familias y grupos sociales.

- La experiencia internacional reciente, no deja lugar a dudas, el gran impacto que la pandemia viene ocasionando en la salud mental de la población, y sus repercusiones a mediano y largo plazo, a la que han denominado la "Cuarta Ola". Esto exige que la respuesta frente a este desafío tiene que ser integral y participativo, en la que se identifica claramente cuatro frentes: la población general, los pacientes con COVID-19 y sus familias, el personal de salud y sus familias y los pacientes con problemas mentales.

- La pandemia de covid-19 viene poniendo a los médicos y profesionales de la salud en una situación sin precedentes, tomar decisiones difíciles y trabajar bajo presiones extremas. Hay que asignar recursos escasos en un escenario grave y de gran demanda. Hay que equilibrar nuestras propias necesidades de salud física y mental con las de los pacientes, familiares y amigos. Esto viene llevando a lo que algunos han llamado dilemas éticos o morales. Esto exige la necesidad inmediata de medidas de protección, incentivos y capacitación del personal sanitario. No se necesitan discursos, sino medidas efectivas y reales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. RTVE, OMS, CSSE. Datos actualizados a las 17.00 hora peninsular del 5 de julio de 2020
2. Universidad Johns Hopkins (Baltimore, EE.UU.), autoridades locales Última actualización de cifras 29 de junio de 2020 15:39 GMT
3. Microsoft PowerPoint. Presentación Presupuesto Público 2020. (solo lectura). https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/documentac/present_ppto_publico2020.pdf
4. Sala Situacional Covid 19 Perú al 05 de julio 2020, del MINSA
5. EUROPA PRESS, Madrid, 2 Abr 2020
6. Redaccionp21@peru21.pe, actualizado el 11/04/2020
7. Publimetro. 31/05/2020
8. La República, 04 Ago 2019
9. Yip PS, YT, Cheung PH, Chau, Law YW The Impact of Epidemic Outbreak The Case of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) and Suicide Among Older Adults in Hong Kong, 31 (2010), pp. 86 – 92
10. Le Shi, Zheng-An Lu, Jian-Yu Que, 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).
11. Tian F, Li H, Tian S, et al. Síntomas psicológicos de ciudadanos chinos comunes basados en SCL-90 durante la respuesta de emergencia de nivel I a COVID-19. Psychiatry Res 2020; 288: 112992.
12. Pfefferbaum B, North CS. Salud mental y la pandemia de Covid-19. N Engl J Med 2020.
13. Armitage R, Nellums LB. COVID-19 y las consecuencias de aislar a los ancianos. Lancet Public Health 2020; 5: e256.
14. Leslie A, Nickell, Eric J, Crighton, C, Shawn Tracy. Efectos psicosociales del SARS en el personal del hospital: encuesta de una gran institución de atención terciaria. CMAJ Mar 2004, 170 (5) 793-798; DOI:10.1503 / cmaj.1031077
15. Weidong Li, Elena Frank, Zhuo Zhao, et al Mental Health of Young Physicians in China During the Novel Coronavirus Disease 2019 Outbreak JAMA Netw Open. 2020;3(6)
16. Margerison-Zilko, C., Goldman-Mellor, S., Falconi, A. y col. Impactos en la salud de la Gran Recesión: una revisión crítica. Curr Epidemiol Rep 3, 81–91 (2016). <https://doi.org/10.1007/s40471-016-0068-6>
17. Costa M, Pavlo A, Reis G y col. COVID-19 preocupaciones entre personas con enfermedad mental. Psychiatr Serv 2020.
18. Druss BG. Abordar la pandemia de COVID-19 en poblaciones con enfermedades mentales graves. JAMA Psychiatry 2020.
19. Tsai J, Wilson M. COVID-19: un posible problema de salud pública para las poblaciones sin hogar. Lancet Public Health 2020; 5: e186.

20. Galea S, Merchant RM, Lurie N. Las consecuencias para la salud mental del COVID-19 y la distancia física: la necesidad de prevención e intervención temprana. *JAMA Intern Med* 2020.
21. Guía técnica para el cuidado de la salud mental de la población afectada, familias y comunidad, en el contexto del COVID-19 (R.M. N° 186-2020-MINSA) / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Mental -- Lima: Ministerio de Salud; 2020.
22. Guía técnica para el cuidado de la salud mental del personal de la salud en el contexto del COVID-19 (R.M. N° 180-2020-MINSA) / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Mental -- Lima: Ministerio de Salud; 2020.
23. Directiva Sanitaria que establece disposiciones para brindar información y acompañamiento psicosocial a pacientes hospitalizados con infección por COVID-19 y sus familiares. Resolución Ministerial N° 312-2020-MINSA.

IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN EL EQUIPO DE SALUD MENTAL

COVID-19'S PANDEMIC IMPACT ON THE MENTAL HEALTH TEAM

AUTOR:

Dr. Ricardo Corral:

*Jefe del Departamento de Docencia & Investigación Hospital Jose T Borda ,
Universidad de Buenos Aires , Presidente AAP*

Dra. Julieta Ramirez :

*Medica Psiquiatra , Hospital Jose T Borda . Presidente de Capitulo de Jóvenes
Psiquiatras AAP*

INTRODUCCIÓN

El 11 de marzo de 2020 la OMS declara la pandemia de COVID-19, nuevo coronavirus causante de neumonía aislado por primera vez dos meses antes en Wuhan (China). El 3 de marzo de 2020 se confirma la presencia de COVID-19 en Argentina, reportándose la primera muerte el 7 de ese mismo mes. El 19 de marzo Argentina entra en cuarentena.

La crisis actual sanitaria está teniendo un impacto psíquico sin precedentes en la población, siendo particularmente de riesgo los profesionales de salud. Con el objetivo de conocer mejor el alcance y repercusión de esta problemática, desde la Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP) hemos desarrollado una encuesta dirigida a profesionales de salud mental en Argentina.

OBJETIVOS

- Evaluar las repercusiones psíquicas y su severidad en el contexto de la pandemia COVID-19 en el personal de salud mental.
- Evaluar las condiciones de trabajo, el acceso a la información y la accesibilidad de elementos de protección personal de los profesionales de salud mental.

METODOLOGÍAS

Entre el 2 y el 20 de mayo de 2020 se realizó una encuesta virtual, anónima y autoadministrada dirigida a profesionales de la salud mental incluyendo médicos,

psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales.

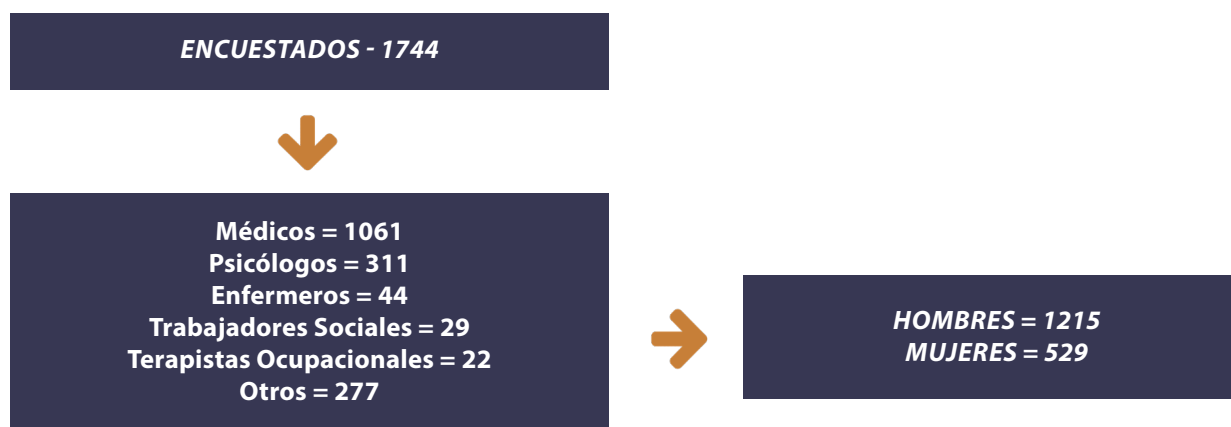
La misma se realizó en la plataforma "google forms" y se difundió vía correo electrónico y redes sociales de la AAP. La encuesta estuvo estructurada en cuatro módulos en los que se evaluaron:

1. Datos demográficos
2. Características del ámbito e inserción laboral.
3. Antecedentes médicos personales.
4. Repercusiones psicológicas vinculadas con la pandemia.

Para evaluar las repercusiones psíquicas y su severidad se incluyeron preguntas sobre el estado de ánimo, irritabilidad, insomnio, ansiedad, orexia, apatía, ideación suicida, concentración, preocupación y consumo (psicofármacos, alcohol y sustancias).

RESULTADOS

De los 1744 profesionales de salud mental invitados a participar de la encuesta, 1061 eran médicos (60,8%), 311 (17,8%) psicólogos, 44 (2,5%) enfermeros, 29 (1,7%) trabajadores sociales, 22 (1,3%) terapeutas ocupacionales y 277(15,9%) pertenecían a otras profesiones (acompañantes terapéuticos, musicoterapeutas). La edad media de los encuestados fue de 49 años (20-88), de los cuales un 69,7% eran hombres y un 30.3% mujeres.



De los encuestados 20,1 % (n: 351) sólo trabajaban en el ámbito público, 46,6 % (n: 813) sólo en el ámbito privado y 33,3% (n: 508) tenían inserción en ambos subsectores.

Únicamente el 45,9% (n: 800) manifestó contar con el equipo de protección personal necesario en su trabajo, mientras que el 36,8% (n: 642) lo tenía en forma parcial. El 17,3% (n: 302) directamente no contaba con el mismo. (Fig.1)

El 75,6% (n: 1318) contestó que estaba familiarizado con los protocolos que se deben llevar a cabo ante casos sospechosos o confirmados COVID-19, el 2,6% (n: 45) no conocía los protocolos y el 21,8% (n: 381) los conocía en forma parcial.

Sólo el 54,7% de los encuestados contestó que dichos protocolos se cumplían en su ámbito de trabajo. El 36,1% manifestó convivir con personas pertenecientes a grupos de riesgo y el 36,9% con menores a cargo. Se consultó sobre los antecedentes clínicos de los encuestados.

Un 55,6% no presentaba antecedentes clínicos. Los factores de riesgo más prevalentes fueron la hipertensión, presente en un 19%, seguido de tabaquismo (14,6%) y obesidad (9,6%). (Fig. 2)

El 24,4% de los consultados consumía psicofármacos antes de la pandemia, de estos el 19,8% aumentaron su consumo en el último mes. El 44,1% consumía alcohol y el 24,6% aumentó su consumo en los últimos 30 días. Por último, el 3,4% de los encuestados refirió consumir sustancias ilícitas previo a la pandemia y de estos un

4,1% incrementaron el consumo en el último mes. (Fig. 3) De los encuestados el 67,9% presentó síntomas ansiosos en la última semana.

El 36,4 % manifestó sentirse triste, de estos un 3,2% dijo sentirse continuamente triste y no poder dejar de estarlo y un 0,7% dijo sentirse tan triste que no puede soportarlo.

Un 43,3% no disfrutaba de las cosas tanto como antes. El 36,1% dijo estar desanimado respecto del futuro y un 9,7% manifestó desesperanza. Asimismo, un 4,5% presentó ideas suicidas en la última semana.

El 5,3% de los profesionales dijo sentirse irritado continuamente y un 42,4% molestarse e irritarse más fácilmente que antes. (Fig. 4) El 18,5% presentó dificultades en la toma de decisiones en la última semana y el 51,6% dijo tener problemas para concentrarse.

El 67,4% de los profesionales de la salud tuvo alteraciones de sueño en los últimos siete días. El 41,6% presentó alteraciones de la orexia en la última semana, siendo más prevalente el aumento del apetito (31,2%). (Fig. 5) El 28,4% se mostró preocupado por su salud y el 48,7% tuvo dificultades para dejar de pensar en los eventos actuales relacionados con la pandemia. Asimismo, el 25,5% tuvo sueños o pesadillas relacionados con el evento.

DISCUSIÓN

La pandemia COVID-19 ha tenido un impacto significativo en la salud mental y física de los profesionales de salud mental.

Entre estos se ha observado aumento en el consumo de psicofármacos (24,4%), alcohol (19,8%) y sustancias (3,4%) luego del inicio de la pandemia.

Casi el 70% tuvo síntomas ansiosos en la última semana. Además, un porcentaje significativo de profesionales refirieron presentar tristeza (40%), anhedonia (43,4%) e irritabilidad (45,7%). Un gran porcentaje de los encuestados (67,4%) tuvo alteraciones de sueño en los últimos 7 días.

Casi un 30% se mostró preocupado por su salud y la mitad refirió dificultades para concentrarse.

Preocupantemente, un 4,5% de los profesionales de salud mental manifestó haber tenido ideación suicida en la última semana. Se han encontrado diferencias con respecto al ámbito de trabajo. Los profesionales del sector público han obtenido puntajes más elevados de tristeza, anhedonia, llanto, irritabilidad y ansiedad. Asimismo estos profesionales refirieron encontrarse más preocupados por su salud y con mayores dificultades para concentrarse.

Por otra parte, los profesionales que no contaban con EPP en su ámbito de trabajo (45,9%) o contaban con con el mismo en forma parcial (36,8%) han obtenido puntajes más elevados de tristeza, desesperanza y anhedonia.

Los profesionales en cuyo ámbito de trabajo no se cumplían los protocolos (46,3%), puntuaron más alto en tristeza, desesperanza, ansiedad y tendencia al llanto, con mayores dificultades para tomar decisiones y alteraciones del sueño. Además, se encontraban más preocupados por su salud y tenían mayor dificultad para dejar de pensar en la pandemia, además de sueños y pesadillas relaciones con el contexto actual. Aquellos con hijos menores de edad a cargo o que convivían con familiares que pertenecían a grupos de riesgo tuvieron mayor puntajes en los items de irritabilidad, dificultad para concentrarse y preocupación por su salud.

LIMITACIONES

Este estudio presenta ciertas limitaciones. La primera de ellas tiene que ver con que los datos obtenidos a través de la encuesta fueron autoadministrados. Igualmente cabe señalar que la población encuestada son profesionales de la salud mental.

Por otra parte, los encuestados incluyeron una proporción de 69,7% de hombres y un 30.3% mujeres.

CONCLUSIONES

La pandemia COVID 19 ha afectado significativamente al equipo de salud mental. Estos profesionales de constituyen grupos vulnerables por estar en riesgo de contrar la infección, por la escasez de personal (dado el aumento de los conatagios) pero sobretodo porque se encuentran expuestos a trabajar en condiciones estresantes en algunos casos sin los EPP apropiados.

Considerando este escenario es esencial que las autoridades sanitarias desarrollen dispositivos de intervención por profesionales entrenados para asistir al equipo de salud. Es especialmente importante poder identificar a aquellos individuos que presentan estresores psicosociales adicionales o comorbilidades clínicas para poder intervenir precozmente.

Consideramos que sería pertinente realizar un nuevo estudio para evaluar desarrollo de PTSD en dicha población.

GRAFICOS

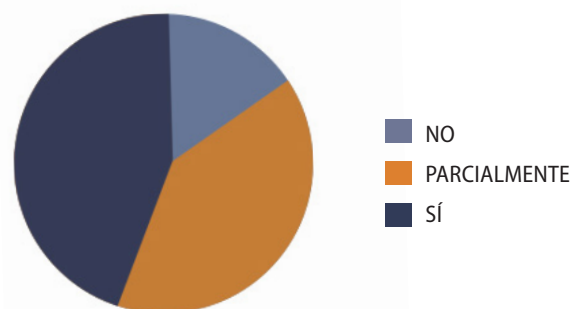


FIG 1. EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL EN EL ÁMBITO DE TRABAJO.

Si: 45,9% (n:800); Parcialmente: 36,8% (n:642) No: 17,3% (n:302).

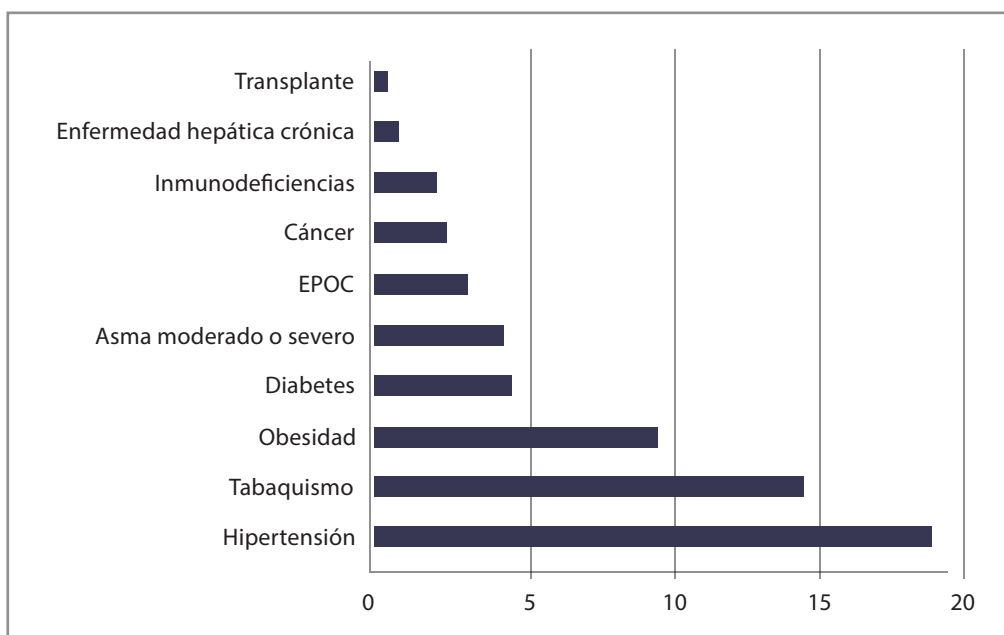


FIG 2. ANTECEDENTES CLÍNICOS EXPRESADOS EN PORCENTAJE

Hipertensión: 19%; Tabaquismo: 14,6%; Obesidad: 9,6%; Diabetes: 4,5%; Asma moderado o severo: 4,2%; EPOC: 3%; Inmunodeficiencias: 1,9%; Enfermedad hepática crónica: 0,6%; Trasplante: 0,3%.

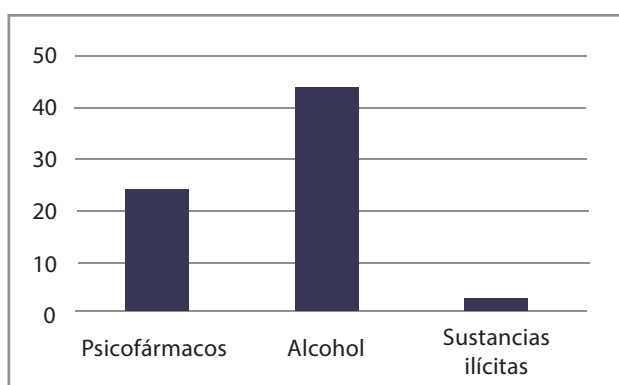


FIG 3. (Gráfico A) CONSUMO PREVIO A LA PANDEMIA EXPRESADO EN PORCENTAJES

Psicofármacos: 24,4%; Alcohol: 44,1%; Sustancias ilícitas: 3,4%.

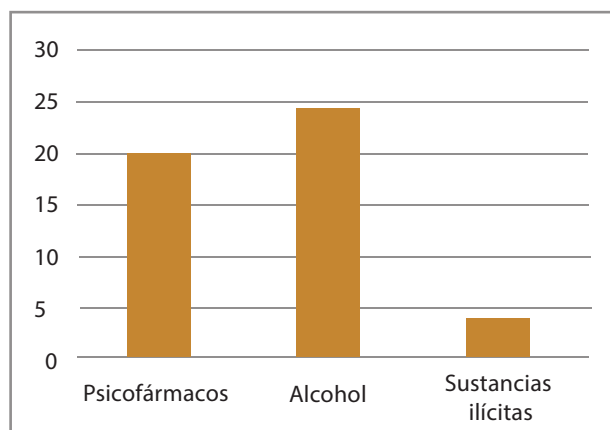


FIG 3. (Gráfico B) AUMENTO DEL CONSUMO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS EXPRESADO EN PORCENTAJES

Psicofármacos: 19,8%; Alcohol: 24,6%; Sustancias ilícitas: 4,1%.

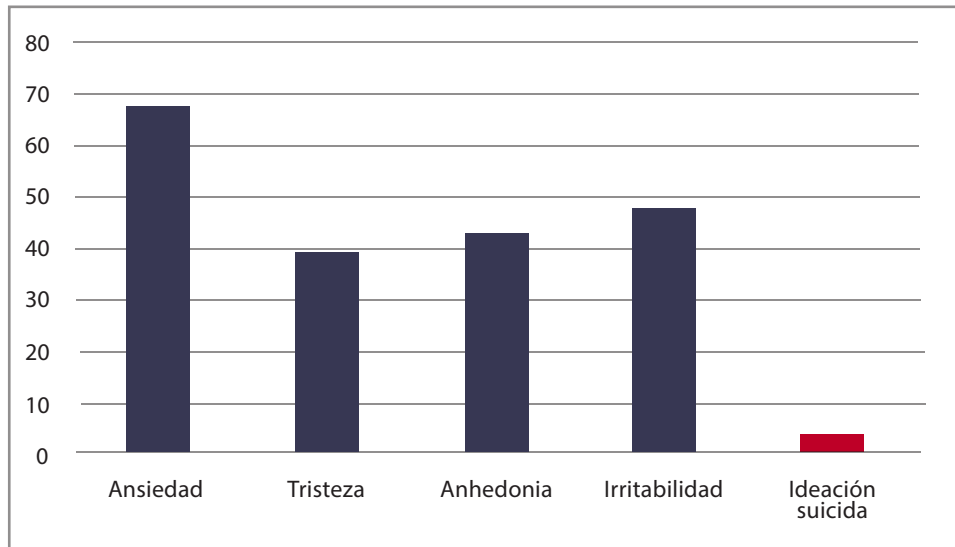


FIG 4. SÍNTOMATOLOGÍA REFERIDA EN LA ÚLTIMA SEMANA POR PROFESIONALES DE SALUD MENTAL. LOS RESULTADOS SE ENCUENTRAN EXPRESADOS EN PORCENTAJES.

El 67,9% presentó ansiedad, el 39,3% tristeza, el 43,3% anhedonia, el 47,7% irritabilidad y el 4,5% ideación suicida.

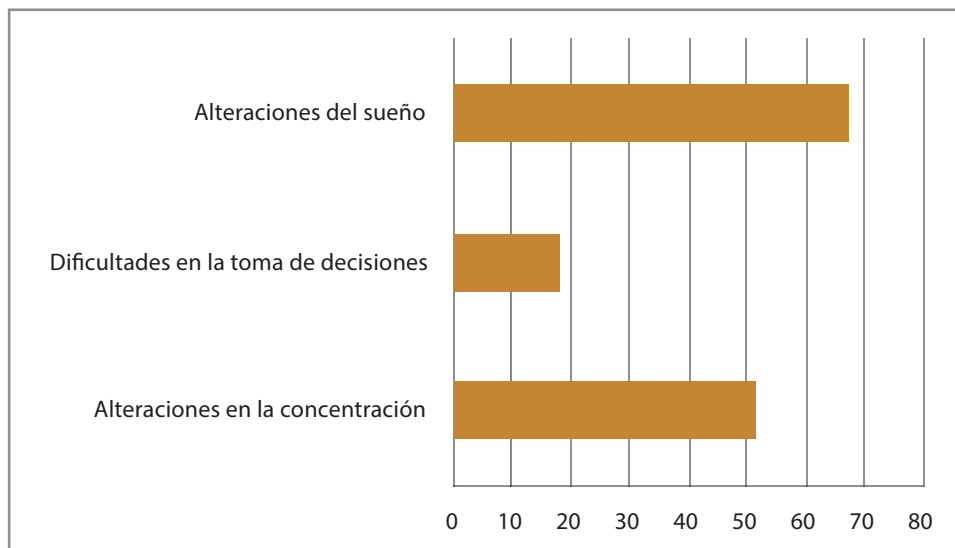


FIG 5. SÍNTOMATOLOGÍA REFERIDA EN LA ÚLTIMA SEMANA POR PROFESIONALES DE SALUD MENTAL. LOS RESULTADOS SE ENCUENTRAN EXPRESADOS EN PORCENTAJES.

El 67,4% presentó alteraciones del sueño, el 18,5% presentó dificultades en la toma de decisiones el 51,6% problemas para concentrarse.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Li Z, Ge J, Yang M, Feng J, Qiao M, Jiang R, et al. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain, behavior, and immunity*. 2020
2. Liu N et al. Prevalence and predictors of PTSD during COVID-19 outbreak in China hardest hit areas: gender differences matter. *Psychiatry Research* 287 (2020) 112921

3. Ornell F, Halpern S, Kessler F, Narvaez J. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *Cad Saude Pública* 2020; 36 (4); e00063520
4. Tan B et al. Psychological Impact of the COVID-19 pandemic on health care workers in Singapore. *Ann of Interl Med*. 2020 Apr 6 M20-1083

DECLARACIÓN SOBRE EL COVID-19 Y LAS POBLACIONES VULNERABLES

STATEMENT ABOUT COVID-19 AND VULNERABLE POPULATIONS

AUTORES:

Roberto Lewis-Fernandez (EUA); Hans Rohlof (Holanda); Pablo Farías (México); Mario Braakman (Holanda) y Sergio J. Villaseñor-Bayardo (México).

Comité ejecutivo de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WACP).

Desde que el virus del COVID-19 se manifestó, en los últimos días del 2019 y en los primeros meses del 2020, muchos países han tomado medidas tanto a nivel del gobierno nacional, estatal o provincial o municipal para disminuir la diseminación de la infección a sus pobladores.

En este momento, es importante señalar que esas medidas y políticas han afectado de manera diferenciada, tanto la salud mental, la salud física y el bienestar económico de las poblaciones vulnerables en el mundo.

1. En los países occidentales, la investigación epidemiológica ha mostrado que las minorías raciales y étnicas se han llevado una mayor carga de la enfermedad, alimentada por determinantes sociales adversos de salud y de salud mental moldeados por el racismo y la injusticia social. Las minorías no sólo sufren en mayor escala de la enfermedad del coronavirus, sino que también sufren de mayores impactos negativos de la pandemia y de los esfuerzos de mitigación incluyendo desempleo, pérdida de ingresos, inseguridad alimentaria y menor posibilidad de acceso al cuidado de la salud.

2. En países de bajos y medios ingresos el impacto desproporcionado en los grupos vulnerables es aún más severo. Las medidas tomadas por los gobiernos han dejado a muchos millones de personas que trabajan en empleos con bajos salarios sin ningún ingreso. El financiamiento del estado frecuentemente es demasiado limitado para cubrir la brecha en ingresos y en la distribución de alimentos o para proveer equipo de protección a los trabajadores esenciales.

Vemos que esto pasa en la India, en Africa y en América latina. En algunos casos, las políticas agresivas de estas medidas se han usado como parte de los esfuerzos para controlar a la población de bajos ingresos, incluso llegando a la violencia.

3. Las medidas tomadas sin evidencia científica adecuada han aumentado las infecciones.

4. Algunos ejemplos incluyen largas filas de gente buscando compensación financiera, reapertura prematura de economías regionales y de lugares de entretenimiento sin aplicar las pruebas necesarias ni contar con equipo de protección y el mal servicio de transporte público que causa que los trenes y autobuses vayan repletos.

5. La salud mental frecuentemente es la última consideración en la planeación de los servicios de cuidados de la salud, y con la tensión adicional de brindar cuidados para los casos de COVID-19, existe el riesgo de un financiamiento inadecuado para los cuidados de salud mental.

Es por esto, que hacemos un llamado a todos los niveles de gobierno para enfrentar la salud mental y los impactos sociales de la pandemia:

1. Que se apoyen en evidencias científicas para el desarrollo de respuestas a la pandemia. Algunas medidas pueden haber descuidado los efectos colaterales, especialmente hacia la población vulnerable.

2. Que se enfoquen en las poblaciones más vulnerables, incluyendo a aquellos que viven en la

pobreza y que no cuentan con recursos para emprender esfuerzos de mitigación, diseñando políticas e intervenciones que cubran sus necesidades.

3. Que sea una prioridad tener fondos para ayudar a la población más vulnerable, no sólo en su propio país sino también en todo el mundo. La pandemia está ampliando la brecha entre los ricos y los pobres no sólo en las sociedades sino también entre las naciones. Ha llegado el momento para tener una iniciativa mundial para movilizar los medios financieros para garantizar el apoyo económico básico para todos, ya sea mediante políticas fiscales o a través de organizaciones internacionales.

4. Que se enfrenten los problemas de salud mental provocados por la pandemia, tanto a través de la pérdida de vidas como por los efectos del confinamiento prolongado o de la distancia social. Esto incluye esfuerzos para promover el apoyo social. Los impactos del duelo y de las pérdidas frecuentemente parecen invisibles debido a los efectos del encierro y a otras restricciones sobre los rituales funerarios pero pueden tener un impacto a largo plazo sobre la salud mental.

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

PUBLICATION REGULATION

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. 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 <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, Rienhoff 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 los 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?

CORREO ELECTRÓNICO

apalrevista@apal.org



Asociación Psiquiátrica de América Latina

www.apalweb.org