

La salud mental de los sobrevivientes de

COVID-19

Llormé Núñez Zarazú
Neli Regalado Olivares
Rosa Vílchez Vásquez
Verónica Alberto Veramendi
Ruth Lugo Villafana
Nesskens Chinchay Pineda
Vladimir Ordaya Montoya
Lourdes Arellano Camasca
Dayce Matos Solano
Arturo Armando Oncoy



CIDE
EDITORIAL

La salud mental de los sobrevivientes de

COVID-19

La salud mental de los sobrevivientes de

COVID-19

AUTORES

Llermé Núñez Zarazú
Neli Regalado Olivares
Rosa Vílchez Vásquez
Verónica Alberto Veramendi
Ruth Lugo Villafana
Nesskens Chinchay Pineda
Vladimir Ordaya Montoya
Lourdes Arellano Camasca
Dayce Matos Solano
Arturo Armando Oncoy

*La salud mental de los sobrevivientes de
COVID-19*

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquiera otro, sin la autorización previa por escrito al Centro de Investigación y Desarrollo Ecuador (CIDE).

DERECHOS RESERVADOS

Copyright © 2023

Centro de Investigación y Desarrollo Ecuador

Guayaquil, Ecuador

Tel.: + (593) 04 2037524

<http://www.cidecuador.org>

ISBN: 978-9942-636-16-4

DOI: <https://doi.org/10.33996/cide.ecuador>.

Impreso y hecho en Ecuador

Dirección editorial: Lic. Pedro Misacc Naranjo, Msc.

Coordinación técnica: Lic. María J. Delgado

Diseño gráfico: Lic. Danissa Colmenares

Diagramación: Lic. Alba Gil

Fecha de publicación: mayo, 2023



CIDE
EDITORIAL

Guayaquil - Ecuador

La presente obra fue evaluada por pares académicos experimentados en el área.

Catalogación en la Fuente

La salud mental de los sobrevivientes de COVID-19 / Llermé Núñez Zarazú, Neli Regalado Olivares, Rosa Vílchez Vásquez, Verónica Alberto Veramendi, Ruth Lugo Villafana, Nesskens Chinchay Pineda, Vladimir Ordaya Montoya, Lourdes Arellano Camasca, Dayce Matos Solano y Arturo Armando Oncoy -- Ecuador: Editorial CIDE, 2023

120 p.: incluye tablas, figuras; 21 x 29, 7 cm.

ISBN: 978-9942-636-16-4

1. Salud mental 2. COVID-19

Dedicatoria

A cada ser humano que, en esta última pandemia, la experiencia vivida lo llevó a reflexionar sobre la fragilidad de la vida y la trascendencia de la muerte.

Contenido

Dedicatoria	9
Prólogo	13
Siglas y Acrónimos	17
Introducción	19

Capítulo 1 El post COVID-19 en contexto

La COVID-19 y su impacto mundial	25
Tratamiento de la COVID-19	30

Capítulo 2 Trastornos de salud mental

Depresión	36
Teorías y modelos explicativos de la depresión	37
Teoría psicológica: teoría interpersonal	37
Teorías conductuales de la depresión	37
Teorías biológicas de la depresión	39
Causas de la depresión	40
Consecuencias de la depresión	41
Tratamiento de la depresión	42
Ansiedad	43
Causas y síntomas	45
Tipos de ansiedad	46
Complicaciones y tratamiento	47
Trastorno de estrés postraumático (TEPT).....	48
La relación de la TEPT y la COVID-19	51
Tratamiento TEPT.....	52
Suicidio	53
Causas del suicidio	56
Suicidio y COVID-19	57
Prevención del suicidio	59

Capítulo 3
Antecedentes sobre la salud mental en pacientes post-COVID-19

Entorno Internacional post-COVID-19	63
Efectos del post-COVID-19 en Perú	67

Capítulo 4
Prevalencia de problemas de salud mental en pacientes post-COVID-19 en la provincia de Huaraz-Perú

Población en estudio	71
Muestra del estudio	72
Criterios de inclusión y exclusión en el estudio	72
Instrumentos de recolección de datos	73
Resultados de la investigación	74
Información general de la investigación	74
Información detallada del estudio	75
Análisis de los resultados obtenidos	89
Referencias	95
Glosario de términos	109

Prólogo

Se puede aseverar con toda seguridad y rigurosidad del caso que uno de los momentos más difíciles que ha tenido que enfrentar la raza humana en su historia, ha sido la propagación del Coronavirus en todos y cada uno de los rincones del mundo.

Entendiendo que algún ser sobre la tierra no haya sido sensibilizado de una manera u otra por los estragos que acarrió este terrible virus, es inconmensurable el dolor que ocasionó a lo largo de mas de dos años de pandemia ver a algún ser querido consumirse con esta enfermedad, ver partir a familias completas, allegados, vecinos y amistades.

Vale la acotación que si hacemos la comparación entre las personas que fueron afectadas por el coronavirus y las fallecidas, las cifras reflejan que fueron pocas las personas que lograron sobrevivir al SARS-CoV-2 grave, sin embargo, las secuelas están presentes en sus vidas cotidianas, en la preocupación de sus familiares y en el asombro de todas aquellas personas que forman parte de su entorno al ver en detrimento su salud tanto física como emocional.

Se considera que ningún ente, empresa, ONG, agrupación ni organización al igual que el ciudadano común no estuvieron preparados para enfrentar este terrible mal y hoy en día continua la lucha con este flagelo pese a las vicisitudes y particularidades afrontadas en cada uno de los países del globo terraqueo.

De acuerdo a los datos publicados por la OMS, hasta el 12 de junio de 2021, alrededor de 6,3 millones de personas habían fallecido a nivel mundial a consecuencia de la COVID-19, mientras que en Asia, continente en el que se

originó el brote, la cifra de muertes ascendía alrededor de 1,3 millones de personas, los decesos en Europa superaban en más de 690.000 personas dicha cifra.

En concreto se habían registrado aproximadamente 2 millones de muertes por el coronavirus en el Viejo Continente. Sin embargo, ya no era el continente con mayor número de fallecidos por COVID-19, debido a que la cifra contabilizada en América para ese entonces superaba ya los 2,7 millones de decesos para ese día.

En el mismo período de tiempo, el número de casos confirmados de COVID-19 a nivel mundial se situaba en torno a los 535,1 millones. Como se puede analizar en estas estadísticas, todas las regiones del mundo ya habían sido afectadas por el SARS-Cov-2, responsable de la enfermedad conocida también como la neumonía de Wuhan. Entre ellas, destaca Europa con alrededor de 218,7 millones de contagiados, de hecho el número de casos confirmados supera en más de 80 millones la cifra registrada en Asia, continente en el que se originó el brote.

Esta situación trajo como consecuencia que los países fueran aplicando medidas para restringir los movimientos con el fin de reducir el número de infecciones por el virus de la COVID-19, desencadenando de esta manera que cada vez más personas cambiaran radicalmente su rutina cotidiana.

Las nuevas realidades del teletrabajo, el desempleo temporal, la enseñanza en casa y la falta de contacto físico con familiares, amigos y colegas requirieron tiempo para acostumbrarse a esta nueva y forzada modalidad. Adaptarse a estos cambios en los hábitos de vida y enfrentar al temor de contraer la COVID-19, así como la preocupación por las personas próximas más vulnerables a ellos es realmente difícil, y puede resultar especialmente más retador para las personas con trastornos de salud mental.

Si analizamos otras aristas de la incidencia de la COVID-19, también existe un grupo de personas que se han enfrentado de cerca a este virus, debatiéndose entre la vida y la muerte en una unidad de cuidados intensivos y aunque lograron librar la batalla por el virus, ellos nunca contaron que al corto tiempo iban a emerger una serie de anomalías en su salud tanto físicas, neurológicas y mentales que les afectaría para el tiempo que les resta de vida.

En ese último punto es donde se centra este trabajo, ya que en un inicio se hizo una investigación científica rigurosa a nivel mundial, posteriormente se obtuvo una serie de estadísticas e indicadores que avalan la relación existente entre los sobrevivientes de la COVID-19 tratados en las Unidades de Cuidados Intensivos de los Hospitales de Provincia de Huaraz- Perú y los trastornos mentales que aparecen al poco tiempo de superada esta situación tan traumática sin distinción de edad, sexo, ocupación ni estrato social.

De acuerdo a la amplia experiencia de todo el personal de salud que ha apoyado el 100% a todos los pacientes de la COVID-19 en la provincia de Huaraz, se realizó una selección de los problemas de salud mental Post COVID-19 más frecuentes y por ende los que requieren una especial atención en la población afectada, determinando cuatro (4) de ellos que son el eje central de este libro.

Se invita a reflexionar y profundizar sobre este vigente tema que aún nos afecta y genera alarmas en la comunidad tanto a nivel nacional como internacional.

“No tienes que controlar tus pensamientos; solo tienes que dejar que te controlen a ti”.

Dan Millman

Sigla y Acrónimos

AP	<i>Atención Primaria</i>
CIDI	<i>Composite International Diagnostic Interview</i>
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
COVID-19	<i>Coronavirus Infectious Disease 2019.</i>
CPAP	<i>Continuous Positive Airway Pressure</i>
CVRS	<i>Calidad de Vida Relacionada con las Salud</i>
EA	<i>Enfermedad de Alzheimer</i>
EESSALUD	<i>Seguro Social de Salud de Perú.</i>
EETS	<i>Estrés Traumático Secundario</i>
ESPII	<i>Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional</i>
FFAA	<i>Sanidades de las Fuerzas Armadas.</i>
GABA	<i>Ácido Gamma Amino Butírico</i>
GAD-7	<i>Generalized Anxiet y Disorder</i>
ISRS	<i>Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina</i>
OMS	<i>Organización Mundial de la Salud</i>
OPS	<i>Organización Panamericana de la Salud</i>
OR	<i>Odds Ratio</i>
PEEP	<i>Presión Positiva al Final de la Espiración</i>
PHQ-9	<i>Patient Health Questionaire</i>
PICS	<i>Incidencia de Síndrome post-Cuidados Intensivos</i>
PNUD	<i>El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo</i>
RSI	<i>Reglamento Sanitario Internacional</i>
PsycINFO	<i>American Psychological Association</i>
PubMed	<i>Base de Datos MEDLINE</i>
p-valor	<i>Valor de la probabilidad</i>
SARS	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome</i>
SARS-CoV-2	<i>Síndrome Respiratorio Agudo y Grave del Coronavirus 2</i>
SCA	<i>Síndrome de Confusional Agudo</i>
SDRA	<i>Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda</i>
SEPSIS	<i>Septicemia</i>
SIRA	<i>Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda</i>
SPCI	<i>Síndrome de Cuidados post-intensivos</i>
TCC	<i>Terapia Cognitivo-Conductual</i>
TEPT	<i>Trastorno de Estrés Postraumático</i>
TH	<i>Tratamiento Habitual</i>
UCI	<i>Unidad de Cuidados Intensivos</i>

Introducción

La COVID-19 a nivel mundial se ha convertido en una pandemia que no sólo afecta el bienestar físico sino también el bienestar psicológico y social de las personas. Actualmente, las investigaciones científicas reportan cada vez más efectos psicológicos debido a que una persona afectada por la COVID-19 puede presentar depresión, trastornos de ansiedad, síndrome de estrés postraumático y comportamiento suicida. (1)

A la fecha se observa un alto ingreso a la unidad de cuidados intensivos por COVID-19 nunca antes observado en la historia de la humanidad. Los signos y síntomas que genera el coronavirus suelen tener un curso prolongado, gran parte de estos duran alrededor de ocho semanas o más. Al darle de alta, los pacientes pueden presentar manifestaciones clínicas del síndrome de cuidados intensivos post COVID-19 que necesitaran mayor cuidado haciendo énfasis en la parte de evaluación y seguimiento continuo. (2)

Una de las deficiencias más frecuentes que se presentan en los pacientes post alta de la UCI son las deficiencias cognitivas a largo plazo, depresión (30%), ansiedad (70%) y Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) (10 – 50%), además el delirio que es referido como psicosis de la UCI. En este sentido, pocos hospitales en Estado Unidos brindan una atención psicológica o psiquiátrica post ingreso de la unidad de cuidado intensivos, mientras que en Europa priorizan las necesidades de salud mental en este grupo poblacional, ya que cuentan con informes y tratamientos psicológicos/psiquiátricos para pacientes. (3)

En Bélgica en el año 2021 se realizó un estudio de cohorte donde se evidenció

que el 75% de los pacientes dados de alta de la UCI COVID-19 tenían alterado el patrón del sueño, el 44% tenía déficit cognitivo, el 31% padecía dependencia física y el 33% presentaba ansiedad. (4)

Mientras tanto en Argentina, se publicó un estudio sobre las secuelas psicológicas de los pacientes que tuvieron COVID-19 encontrándose que el 24% presentó sintomatología ansiosa, el 56,74% trastorno depresivo mayor, el 39,89% reporta haber cambiado su tendencia a pensar en la muerte y/o en el suicidio y el 64,4% fallas cognitivas entre leves, moderadas y severas. (5)

En el Perú, la COVID-19 envía a las personas jóvenes y previamente sanas a la UCI. Los pacientes que pasan tiempo en una UCI independientemente de la enfermedad que los haya llevado allí, son propensos a problemas de salud física, cognitiva y mental después de salir, conocidos como Síndrome de Cuidados Post-Intensivos (PICS). (6)

Si bien actualmente no existen estudios significativos entre la incidencia de PICS e infección por COVID-19, es conocido que dentro de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de esta patología se encuentra el SDRA y la SEPSIS, ambas complicaciones conocidas de COVID-19, siendo estos factores de riesgo independientes para el deterioro cognitivo, psiquiátrico y físico que persiste hasta 2 años posterior al alta. (7)

Siguiendo este orden de ideas, el gobierno peruano inició el periodo de confinamiento el 13 de marzo de 2020 y a partir de ello se enfrenta un grave problema de salud pública en la actualidad que ha generado cambios radicales en la vida de las personas, lo cual ha traído consecuencias psicológicas, económicas, laborales y pérdidas de familiares sobre todo en aquellos pacientes con cuadros graves que ingresaron a la UCI.

Entre el 10% y 15% de los pacientes que llegan con neumonía por el virus SARS-CoV-2 ingresan a la UCI y el 90% de estos requiere intubación y ventilación mecánica al menos dos o tres semanas. La mortalidad se estima entre el 15% en pacientes jóvenes y el 50% en pacientes mayores de 70 años con enfermedades crónicas.

Por otro lado, el 50% de pacientes en UCI son menores de 50 años y entre el 30% a 40% no presenta comorbilidad. Cabe destacar que el 90% de los pacientes que ingresaron a la UCI son personas que no han recibido ninguna de las dos dosis de la vacuna contra la COVID-19. (8)

Como resultado del rápido incremento de casos confirmados y muertes, la población en general, el personal de salud y los sobrevivientes que fueron dados de alta de las UCI's COVID, experimentan problemas psicológicos, como ansiedad, depresión y estrés, con graves consecuencias en la salud mental.

En Estados Unidos, el 18% de las personas contagiadas por COVID-19 fueron diagnosticadas con un problema de salud mental tal como: trastorno de ansiedad, depresión, insomnio o demencia entre 14 y 90 días después de dar positivo. (9)

Ante esta realidad, los autores de este libro han pretendido identificar la prevalencia y algunos factores de riesgo de los problemas de salud mental en los pacientes post cuidados intensivos dados de alta en la provincia de Huaraz-Perú 2020-2021.

The background of the entire page is a solid blue color. It is populated with numerous semi-transparent, light blue illustrations of coronavirus particles. These particles are spherical with a textured surface and several protruding spike-like structures. They are scattered across the page, with some appearing larger and more detailed than others, creating a sense of depth and movement.

Capítulo 1

El post-COVID-19 en contexto

Capítulo 1

Capítulo 1

El post COVID-19 en contexto

1

La COVID-19 y su impacto mundial

El 31 de diciembre de 2019 en el municipio de Wuhan, provincia de Hubei-China, se informó sobre un grupo de casos de neumonía con etiología desconocida. Posteriormente, el 30 de enero de 2020 con más de 9.700 casos confirmados en China y 106 casos confirmados en otros 19 países, el director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que el brote era una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) aceptando los consejos del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (RSI).

Después, el 11 de febrero de ese mismo año, siguiendo las mejores prácticas de la OMS para nombrar nuevas enfermedades infecciosas humanas, denominó a la enfermedad como COVID-19, abreviatura de "Enfermedad por Coronavirus 2019" por sus siglas en inglés. (10)

La vía de transmisión entre humanos, se considera similar a la descrita para otros coronavirus y es a través de las secreciones de personas infectadas, principalmente por contacto directo con gotas respiratorias de más de cinco micras (capaces de transmitirse a distancias de hasta dos metros) y las manos o los fómites contaminados con estas secreciones seguido del contacto con la mucosa de la boca, nariz u ojos. El SARS-CoV-2 se detectó en secreciones nasofaríngea y saliva.

En cuanto al período de incubación mediano es de 5-6 días, con un rango de 1 a 14 días. El 97,5% de los casos sintomáticos se desarrollan en los 11 días tras la exposición. El tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta la recuperación

es de 2 semanas cuando la enfermedad ha sido leve y 3-6 semanas cuando ha sido grave o crítica.

El tiempo entre el inicio de síntomas hasta la instauración de síntomas graves como la hipoxemia es de 1 semana, y de 2-8 semanas hasta que se produce el fallecimiento. Hay un porcentaje de personas que describen síntomas prolongados y recurrentes durante meses, aunque de momento no hay cohortes de casos que describan claramente la evolución de la enfermedad.

Se sabe que la gravedad de una enfermedad depende de diferentes factores: por una parte, factores intrínsecos de la persona (susceptibilidad) y del agente causal (virulencia) y por otra parte de otros factores extrínsecos que podrían modificar la historia natural (demográficos, de acceso y calidad de la asistencia sanitaria, tratamientos y vacunas efectivas etc.).

En este sentido, la medición de la gravedad depende de los criterios que se establezcan para cada enfermedad y de los sistemas de vigilancia epidemiológica y su capacidad para detectar casos. La definición de gravedad es variable en función del conocimiento de la enfermedad y de la experiencia previa.

Ante una enfermedad desconocida como la COVID-19, los criterios de gravedad no estaban definidos al principio de la epidemia ni homogeneizados. Un criterio comúnmente utilizado es la necesidad de ingreso hospitalario y/o en UCI.

En enfermedades emergentes, los primeros casos detectados son generalmente aquellos que contactan con el sistema sanitario debido a su curso grave y por tanto, el primer conocimiento de la enfermedad da una visión de mayor gravedad. Así en la serie hospitalaria de Wuhan con los primeros 99 pacientes ingresados, el 31% precisaron cuidados intensivos, mientras que posteriormente con 1.099 casos ingresados sólo fue del 5% lo que ejemplifica el efecto descrito.

En el informe de la misión de la OMS en China se describen los síntomas y signos más frecuentes en 55.924 casos confirmados por laboratorio que incluyen: fiebre (87,9%), tos seca (67,7%), astenia (38,1%), expectoración (33,4%), disnea (18,6%), dolor de garganta (13,9%), cefalea (13,6%), mialgia o artralgia (14,8%), escalofríos (11,4%), náuseas o vómitos (5%), congestión nasal (4,8%), diarrea (3,7%), hemoptisis (0,9%) y congestión conjuntival (0,8%). También se han descrito otros síntomas relacionados con distintos órganos y sistemas:

- *Neurológicos*: en un estudio con 214 pacientes ingresados en un hospital de Wuhan, el 36% tenían síntomas neurológicos: mareo (17%), alteración del nivel de conciencia (7%), accidente cerebrovascular (2,8%), ataxia (0,5%), epilepsia (0,5%) y neuralgia (2,3%). También se han descritos casos de síndrome de Guillain-Barré.
- *Cardiológicos*: la enfermedad puede presentarse con síntomas relacionados en el fallo cardíaco o el daño miocárdico agudo, incluso en ausencia de fiebre y síntomas respiratorios.
- *Oftalmológicos*: en una serie de 534 pacientes confirmados en Wuhan se detectaron en 20,9% ojo seco, 12,7% visión borrosa, 11,8% sensación de cuerpo extraño y 4,7% congestión conjuntival (el 0,5% la presentaron como primer síntoma).
- *Otorrinolaringológicos*: los síntomas más frecuentes son dolor facial, obstrucción nasal, disfunción olfatoria y del gusto. La frecuencia con la que presentan la hiposmia-anosmia y la hipogeusia-disgeusia están descritas entre el 5% y el 65% de los casos según las series, siendo en muchos casos el primer síntoma. La pérdida de gusto y olfato fueron los síntomas que mejor predijeron la enfermedad entre los referidos por los casos con sospecha de

COVID-19 que utilizaron una aplicación de móvil de uso masivo en Reino Unido y Estados Unidos.

- *Dermatológicos*: se han observado manifestaciones muy variadas, desde erupciones tipo rash (principalmente en el tronco), erupciones urticarianas vesiculosas similares a varicela púrpura. En los dedos de manos y pies lesiones acro-cianóticas parcheadas, de pequeño tamaño, a veces confluentes y en ocasiones con ampollas. Estas lesiones son similares a la perniosis (sabañones) y aparecen con más frecuencia en niños y adolescentes sin otros síntomas.
- *Hematológico*: se describen mayor incidencia de fenómenos trombóticos asociados a los casos de COVID-19 que se manifiestan como infarto cerebral, isquemia cardiaca, muerte súbita, embolismos, trombosis venosa profunda.

También se observa una mayor incidencia de sangrados, para ese momento se desconocía si COVID-19 deja secuelas en los supervivientes. Por analogía con SARS, en un seguimiento de personas recuperadas de la enfermedad, 4,6% (\pm 6,4%) mostraban signos de fibrosis pulmonar.

La fibrosis pulmonar puede desarrollarse tras un proceso inflamatorio pulmonar y es común tras SDRA y también se relaciona con procesos fibroproliferativos relacionados con la edad o con enfermedades autoinmunes.

Debido a estos factores, el desarrollo de fibrosis pulmonar como secuela en los casos recuperados de COVID-19, podría tener un impacto importante. (11)

A nivel mundial, al 15 de agosto del 2020 existían 21.160.276 de infectados y 764.646 fallecidos; mientras que en América se registraban la mitad de casos con 11.300.000 contagiados, 410.500 muertos y una letalidad de 3,64%. En la región

de las Américas: en Estados Unidos hubo 5.075.678 casos y 162.282 muertes, luego sigue Brasil con 101.752 fallecidos y 3.057.470 infectados. (12)

En el Perú, el 5 de marzo del 2020 se confirmó el primer caso importado de COVID-19 en una persona con historial de viajes a España, Francia y República Checa. El PNUD resume el desarrollo de la pandemia en el Perú, informando que el día 16 de marzo del 2020 el presidente de la República anunció el Estado de Emergencia, que incluye la suspensión de actividades escolares, cierre de fronteras, y cuarentena por 15 días calendario para ralentizar el contagio de personas con COVID-19 y asegurar el funcionamiento continuo de los sistemas de salud.

Luego estas medidas se han ido focalizando por regiones según como avanza la incidencia de casos en el país. Las medidas otorgadas por el gobierno peruano representaba la más grande inversión frente a la crisis en América Latina y el Caribe y se pueden agrupar en tres ejes: salud pública, protección de los principales afectados y reactivación económica.

A partir de la declaración de cuarentena, el país tomó diversas medidas para aminorar el impacto de los principales afectados por esta crisis, como aquellos quienes viven en condiciones de pobreza y extrema pobreza, trabajadores informales, personas que no tienen vivienda, adultos mayores y mujeres en condición de vulnerabilidad.

Desde marzo del 2020 al 15 de agosto del 2020, el Ministerio de Salud del Perú informó 516.296 casos positivos de COVID-19; 25.856 defunciones y una letalidad de 5,05%. (13)

Tratamiento de la COVID-19

En cuanto al manejo del tratamiento clínico de los pacientes COVID-19, no hay evidencia actual a partir de ensayos clínicos aleatorizados para recomendar ningún proceso específico para pacientes con casos leves a moderados de infección por el virus, solo el tratamiento sintomático y la vigilancia de signos de alarma.

Sin embargo, existen protocolos internacionales de atención de pacientes con COVID-19 en estudios que podrán en un futuro lograr tratamientos médicos que tengan altas tasas de eficacia.

Al respecto, las actualizaciones del tratamiento de COVID-19 en el país serán puestas a disposición a través de la página oficial del Ministerio de Salud durante el transcurso de la evolución de la pandemia. (14)

Los informes iniciales sugieren que el SARS-CoV-2 está asociado con una enfermedad grave que requiere cuidados intensivos en aproximadamente 5% de las infecciones documentadas. La atención de cuidados intensivos será un componente integral de la respuesta global a esta infección emergente.

La mediana de duración entre el inicio de los síntomas y el ingreso a la UCI ha sido reportada de 9 a 10 días, lo que sugiere un deterioro gradual en la mayoría de los casos. La condición para requerir cuidados intensivos ha sido el soporte respiratorio; en dos tercios de los pacientes se han encontrado criterios para el Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda (SIRA). (15)

El pilar de la atención de casos severos en el área UCI es la oxigenación (adultos, con o sin ventilación, PEEP/CPAP \geq 5):

- SDRA leve: 200 mmHg
- SDRA moderado: 100mgHg
- SDRA severo: PaO₂/FiO₂ ≤100mmHg

Cuando PaO₂ no está disponible, SpO₂/FiO₂ ≤ 315 sugiere SDRA incluyendo pacientes que no están en ventilación. En personas con COVID-19 en ventilación mecánica invasiva y con SDRA, se recomienda usar un volumen corriente (VC) bajo (4-8 mL/kg de peso corporal predicho) en lugar de un volumen más alto (> 8 mL/kg), iniciando con 6 mL/kg de peso corporal predicho e idealmente mantener una meta de presión meseta (Pmes) o plateau ≤ 30 cm de H₂O.

En personas con COVID-19 en ventilación mecánica invasiva y con SDRA moderado a severo, se sugiere iniciar ventilación prona si no se consigue estabilizar la mecánica respiratoria y mejorar los parámetros oxigenatorios y la hipercapnia asociada.

Con respecto a la ventilación prona en ventilación mecánica:

- realizarse durante 12 a 16 horas por día, para posteriormente realizar cambio de posicionamiento en supino con cabecera de 30°;
- alternativamente se puede optar por ventilación prona extendida hasta 72 horas;
- abortar la ventilación prona en el caso de deterioro de la mecánica respiratoria del paciente, o si se deterioran los parámetros respiratorios, oxigenatorios o si se produce inestabilidad hemodinámica. (16)

The background of the entire page is a solid blue color. It is decorated with numerous light blue, semi-transparent illustrations of virus-like particles. These particles are spherical with a textured surface and several protruding, spike-like structures. They are scattered across the page, with some appearing larger and more detailed than others, creating a sense of depth and movement.

Capítulo 2

Trastornos de salud mental

Capítulo 2

Capítulo 2

Trastornos de salud mental

2

De acuerdo a la OPS, el miedo, la preocupación y el estrés son respuestas normales en momentos cuando nos enfrentamos a la incertidumbre, a lo desconocido o en situaciones de cambios o crisis. Así que es normal y comprensible que la gente experimente estos sentimientos en el contexto de la pandemia COVID-19.

Al temor de contraer el virus en una pandemia como la de COVID-19, se suma el impacto de los importantes cambios en nuestra vida cotidiana provocados por los esfuerzos para contener y frenar la propagación del virus. Ante las nuevas y desafiantes realidades de distanciamiento físico, el trabajo desde el hogar, el desempleo temporal, la educación de los niños en el hogar y la falta de contacto físico con los seres queridos y amigos, es importante que cuidemos tanto nuestra salud física como mental.

Por otra parte, los estudios aseveran que uno de cada tres sobrevivientes de COVID-19 sufre un trastorno mental o neurológico durante los seis meses posteriores a la infección por coronavirus. Estos últimos hallazgos se suman a un conjunto creciente de pruebas que demuestran que la COVID-19 puede tener efectos graves y potencialmente duraderos en el cerebro.

Los investigadores analizaron los datos de más de 236.000 pacientes con diagnóstico de COVID-19 y descubrieron que alrededor del 34% recibieron el diagnóstico de un trastorno neurológico o de salud mental después del episodio de coronavirus; para el 13% de estos pacientes, era la primera vez que recibían un diagnóstico de este tipo. A continuación se presentan algunos de los trastornos

cerebrales estudiados en los sobrevivientes del virus y que han tenido una alta frecuencia en este tipo de casos.

Depresión

La depresión se encuentra dentro de los trastornos afectivos. Es un término que se utiliza en tres sentidos: síntoma, síndrome y enfermedad; como síntoma puede acompañar a otros trastornos psíquicos, como la ansiedad y la angustia; como síndrome agrupa procesos de tristeza, inhibición, culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital, y como enfermedad, se observa como un trastorno de origen biológico en el que puede delimitarse una etiología, una clínica, un curso, un pronóstico y un tratamiento específico.

El eje nuclear afectivo de la depresión es la tristeza vital y profunda que llega a afectar todas las esferas intra e interpersonal de quien lo padece; por ello, los síntomas clínicos de la depresión quedan condensados en cinco grandes áreas: afectividad, pensamiento–cognición, conducta, ritmos biológicos y trastornos somáticos. También se señala, que los factores de riesgo más importantes son: mayor prevalencia en mujeres (2:1), en jóvenes de 18-44 años, con estado civil separado o divorciado, con antecedentes de pérdidas parenterales, con bajo soporte social, con antecedentes familiares de depresión. (17)

Dentro de su fisiopatología, se encuentran implicados tres neurotransmisores: noradrenalina, dopamina y serotonina, llamado sistema monoaminérgico; la teoría clásica sugiere que la disminución en la cantidad de alguno de estos neurotransmisores debido a algún proceso patológico como el estrés y otros da lugar a los síntomas depresivos. (18)

La clínica de la depresión queda establecida en cinco grandes áreas: afectividad, pensamiento-cognición, conducta, ritmos biológicos y trastornos somáticos. La prevalencia de la depresión oscila entre el 10 y 20%, sin embargo,

sólo el 10% de estos pacientes llegan a las consultas psiquiátricas especializadas, por lo que el 90% restante son tratados por médicos generales o especialistas no psiquiatras o no reciben tratamiento.

Lo anteriormente descrito se debe probablemente, que aproximadamente la mitad de las depresiones se presentan de forma enmascarada, es decir, estos equivalentes depresivos ocultan la verdadera faz del trastorno que aparece como una enfermedad somática, lo que hace a veces difícil el diagnóstico diferencial, pero que se evidencia como una limitación funcional general. (17)

Teorías y modelos explicativos de la depresión

Teorías psicológica: Teoría interpersonal

El modelo interpersonal (MIP) tiene como principio fundamental que los eventos en la infancia temprana influyen en la subsecuente psicopatología. El modelo presume que la etiología de la enfermedad mental es compleja; usa la conexión entre los actuales eventos de la vida y la aparición de los síntomas depresivos como un marco que permite ayudar a los pacientes a superar su malestar manifestándose con retraimiento social, fatiga, pobre concentración y así a otros eventos negativos. (19)

Teorías conductuales de la depresión

La teoría conductual plantea que la depresión es un fenómeno aprendido relacionado con interacciones negativas entre la persona y su entorno; por ejemplo: relaciones sociales negativas o baja tasa de refuerzo. (20)

Modelo de la disminución del refuerzo positivo

La depresión puede ser el resultado de la reducción de los refuerzos positivos contingentes a las conductas del paciente: 1) el número de acontecimientos que son reforzadores para la persona; 2) el número de hechos reforzadores que tienen lugar; y 3) el conjunto de habilidades que posee una persona; por ejemplo: habilidades sociales para provocar refuerzo para sus conductas proveniente del entorno. (21)

En el entrenamiento de autocontrol

Se teoriza que los individuos deprimidos tienen una tendencia perfeccionista, pretenden metas inalcanzables, se centran en los aspectos negativos de su entorno y se aplican pocos refuerzos mientras que la tasa de autocastigo es elevada. Esta teoría considera que los acontecimientos positivos ocurren con una baja frecuencia a causa de sesgos cognitivos disfuncionales y déficit de estrategias de autocontrol. (22)

El Modelo de Nezu

Para el inicio y la persistencia de la depresión en una persona son las pocas habilidades que tiene en la solución de problemas, ya que esta habilidad podría actuar como un amortiguador de los efectos de las experiencias de vida negativas. La depresión podía ser el resultado de carencias en: 1) orientación hacia el problema; 2) definición y formulación del problema; 3) generación de soluciones alternativas; 4) toma de decisiones; y 5) puesta en práctica de la solución y verificación. (21)

Las teorías cognitivas de la depresión

Las terapias cognitivas consideran que la interpretación del sujeto sobre un suceso es más importante que el suceso en sí mismo. Esta teoría hace énfasis en que la percepción errónea de uno mismo, de los otros y de los sucesos puede dar lugar a un trastorno depresivo.

La teoría de la indefensión aprendida y su reformulación

La depresión tiene atribuciones con las siguientes dimensiones: interna-externa, global-específica y estable-inestable. Por ejemplo, si un sujeto va a una entrevista de trabajo y no lo consigue, y atribuye el fracaso a su baja capacidad, estaría haciendo una atribución de tipo interno, estable y global. Si, por el contrario, lo atribuye a que este tipo de trabajo no era adecuado para él, la atribución sería de tipo externa, específica e inestable. (23)

La teoría cognitiva de Beck

Para este teorista, la depresión es en gran medida el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto. La tríada cognitiva según Beck, se refiere al contenido cognitivo de un sujeto deprimido acerca de sí mismo, su mundo y su futuro es disfuncional y negativo. El paciente deprimido se ve a sí mismo como indigno, incapaz e indeseable, el mundo lo ve lleno de obstáculos y de problemas insolubles y el futuro lo contempla como totalmente desesperanzador. (24)

Teorías biológicas de la depresión

La mayoría de las teorías de la depresión hipotetizan alteraciones en uno o más de los sistemas neuroquímicos del cerebro, manifestando la importancia que tienen la funcionalidad de varios neurotransmisores del sistema nervioso: las

catecolaminas, noradrenalina y dopamina, la indolamina, serotonina y la acetilcolina.

Equilibrio del ánimo entre el sistema nervioso y el inmunológico

Es considerada como la actual teoría de la depresión basada en la actividad de la serotonina y del sistema inmunitario, incorpora los factores propuestos en hipótesis previas, tales como la participación de la respuesta inmunitaria innata que contribuye a activar la vía metabólica del triptófano regulada por la actividad de la enzima IDO, la cual interactúa con las reacciones del eje hipotálamohipófiso-suprarrenal y del sistema inmunitario innato. (25)

Causas de la depresión

En la “Guía interactiva para pacientes con enfermedades de larga duración” se considera que hay diversos factores implicados para la Depresión. (26)

- *Factores relacionados con la personalidad del paciente:* inseguridad, dependencia, hipocondría, perfeccionismo, autoexigencia.
- *Factores ambientales:* sufrir algún problema (económico, familiar, de salud).
- *Factores biológicos:* alteraciones cerebrales del área frontal y área límbica; alteraciones en neurotransmisores, la conexión neuronal mediante neurotransmisores no funciona bien. Los antidepresivos ayudan a normalizar este problema. Alteraciones genéticas, por el momento no se conocen qué genes provocan la aparición de esta enfermedad.

Consecuencias de la depresión

La cronificación de un trastorno depresivo es frecuente. Tienen más tendencia a la cronicidad cuando se dan una o dos de las siguientes circunstancias: la presencia de factores estresantes crónicos (problemas de salud, problemas económicos, problemas familiares, etc.) y, los rasgos de personalidad que dificultan el hecho de enfrentarse con tranquilidad al día a día; las depresiones que empezaron sin ninguna causa aparente, son las que con menor frecuencia se cronifican.

La depresión mayor y el trastorno distímico tienen más tendencia a la recaída. El 70% de los pacientes que sufren un episodio depresivo presentarán otro episodio depresivo a lo largo de la vida. Un 50% presentará un segundo episodio en los dos primeros años tras la recuperación. Cuanto más tiempo esté un paciente sin síntomas es más probable que no haya recaídas rápidas tras suspender el tratamiento.

Las personas con depresión tienen un riesgo de suicidio 30 veces superior a la población general. Si bien no siempre es posible prever el suicidio, tienen mayor riesgo suicida las personas mayores de 60 años, los varones, las personas no creyentes, las personas viudas, las personas jubiladas, las personas toxicómanas, las que padecen otras enfermedades, las personas sometidas a estrés y aquellas que padecen aislamiento social. La presencia de ansiedad intensa y/o la existencia de sentimientos de culpa y/o de desesperanza deben ser considerados como síntomas que aumentan de forma importante el riesgo de suicidio.

Tratamiento de la depresión

Modelo cognitivo conductual

Ovelholser propone un modelo en etapas: 1) evaluación y el involucramiento en la terapia; 2) módulos de terapia activa y, 3) prevención de recaídas. En los módulos de la segunda etapa está considerado realizar: actividad reducida, incluyen guiar a los pacientes para que monitoreen sus actividades diarias, evaluando diferentes actividades en función de su dominio y el placer que producen, así como asignar una variedad de actividades simples para que se realicen entre las sesiones; funcionamiento social perturbado.

La terapia puede ayudar a incrementar la frecuencia de actividades sociales placenteras, mejorar destrezas sociales básicas, reducir tendencias para el retraimiento social y aumentar la cantidad de apoyo social.

Manejo inefectivo de estresores recientes, el terapeuta puede ayudar a sus clientes a evaluar sus estrategias recientes e identificar estrategias efectivas e inefectivas para lidiar con sus problemas, así como las habilidades de resolución de problemas deficiente. Algunos pacientes deben aprender a reducir su tendencia a responder impulsivamente o emocionalmente y aprender a pensar la situación para encontrar una solución razonable e identificar los sesgos cognitivos. Perspectiva negativa de sí mismo.

Modelo interpersonal

Se desarrolla en tres etapas en las primeras sesiones, el terapeuta revisa cuidadosamente la historia que vincula los síntomas depresivos del paciente a su situación interpersonal en una formulación que se centra en una de cuatro áreas de problemas interpersonales. Un duelo complicado resulta de la pérdida o muerte de otro significativo.

Las disputas de rol son luchas basadas en expectativas no recíprocas con otros significativos, tales como las dificultades implicadas en un mal matrimonio. Las transiciones de rol incluyen cualquier cambio en el estatus de vida que altera la perspectiva de la trayectoria de vida.

Los déficits interpersonales se refieren a problemas que involucran la carencia de destrezas sociales; problemas en esta área incluyen dificultades para iniciar y sostener relaciones, lo que deriva en aislamiento social. Aunque algunos pacientes tienen múltiples problemas interpersonales, el objetivo de la fase inicial es aislar uno o dos problemas para focalizar el tratamiento. (19)

Durante la etapa intermedia, el terapeuta promueve estrategias específicas para el área de problema interpersonal identificada. Para el duelo complicado, el terapeuta facilita la catarsis y ayuda al paciente a encontrar nuevas actividades y relaciones para compensar la pérdida. Para una disputa de rol, el terapeuta ayuda al paciente a explorar la naturaleza de la relación y la disputa relevante, si se ha llegado a un impasse, y qué opciones están disponibles para resolverla.

Para una transición de rol, el terapeuta ayuda al paciente a aprender a manejar el cambio lamentando la pérdida del rol antiguo, reconociendo aspectos positivos y negativos del nuevo rol y a obtener dominio sobre el nuevo rol. Para los déficits interpersonales, el terapeuta ayuda al paciente a desarrollar nuevas relaciones y destrezas interpersonales. (27)

Ansiedad

La ansiedad se encuentra dentro de los trastornos de angustia; según Stahl es una emoción normal en circunstancias amenazadoras y forma parte de la reacción evolutiva de supervivencia, pero un problema de mal adaptación puede convertir a la ansiedad en un trastorno psiquiátrico y se caracteriza por tener como síntomas nucleares al miedo y la preocupación excesivos.

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento desagradable y/o síntomas somáticos de tensión. Es importante entender a la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones, como una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes; de este modo, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día.

Sin embargo, cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual.

Los trastornos de ansiedad como tal, son un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión, o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo; se asocian con importantes niveles de incapacidad y son los que más contribuyen a la morbimortalidad a través del sufrimiento que generan y los que más repercuten en las economías nacionales. (18)

La angustia-ansiedad patológica dificulta la funcionalidad del sujeto en donde se desenvuelve, limitándole su autonomía. La prevalencia internacional de los trastornos de ansiedad varía ampliamente entre los diferentes estudios epidemiológicos publicados, aunque la variabilidad asociada con los trastornos de ansiedad considerados de manera global es bastante más pequeña que la asociada con los trastornos considerados individualmente.

Los porcentajes estimados de prevalencia-año y prevalencia-vida para los trastornos de ansiedad fueron de 10,6% y 16,6% respectivamente prevalencia en mujeres, edades de 20 – 40 años. (17)

Fisiopatológicamente, la ansiedad está relacionada a la activación disfuncional de la amígdala cerebral con diversas conexiones cerebrales, regulados por neurotransmisores, como: la dopamina, la serotonina, el GABA, el glutamato, el factor liberador de corticotropina y la norepinefrina. (18)

Los factores precipitantes asociados, se relacionan con circunstancias de la vida, como conflictos o traumas emocionales intensos o repetidos, estrés postraumático, situaciones físicas que representan una sobre carga tensional, conflictos laborales, enfermedades crónicas o largas, situaciones de abandono, problemas sexuales y otros.

Este trastorno puede manifestarse por una eclosión aguda llamada crisis de angustia o ataque de pánico, que es súbito con gran descarga neurovegetativa como: taquicardia, sensación de ahogo, miedo a la muerte, mareos o sensación de inestabilidad, temblor o sacudidas musculares, sudoración, molestias precordiales, sensación de excesivo frío o calor, náuseas, molestias abdominales, debilidad muscular, parestesias, miedo a volverse loco, inquietud motora, despersonalización o desrealización, sofocación, sequedad de boca.

Causas y síntomas

Pueden agruparse las causas de la ansiedad en:

- *Genéticas*: la ansiedad puede ser hereditario.
- *Circunstanciales*: situaciones traumáticas como los accidentes de tránsito, incendios, pérdidas tempranas de familiares, entre otros. Casos en los cuales la ansiedad puede concluir al término del hecho que la ocasionó o puede durar meses inclusive años (estrés post-traumático).

- *Consumo de drogas:* generalmente los estupefacientes, drogas estimulantes pueden causar ansiedad, incluso la cafeína.
- *Experiencias de vida significativas:* las más usuales como el embarazo, un despido, ascenso, viajes, entre otras.

Los síntomas pueden agruparse en dos:

- *Mentales:* cansancio, debilidad, irritabilidad, falta de concentración, no logra conciliar el sueño, preocupación, sensación de peligro inminente, pánico, temor excesivo.
- *Físicos:* taquicardia, sudoración profusa, mareos, desmayos, sensación de falta de aire, tensión muscular, nerviosismo, agitación, dificultad para respirar, problemas gastrointestinales.

Tipos de ansiedad

- *Agorafobia:* es el temor a lugares o situaciones que causen pánico a estar atrapado o indefenso.
- *Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad:* diversas patologías pueden producir ansiedad sobre todo si son graves.
- *Ansiedad generalizada:* hay una excesiva preocupación o nerviosismo aún sin causa aparente.
- *Trastorno de pánico (ataque de angustia):* surgen ataques de angustia, con ansiedad aguda y extrema, la persona piensa que va morir, con miedos intensos sin causa directa.

- *Trastorno fóbico*: existe un temor irracional y persistente a un objeto, actividad o situación específica.
- *Trastorno por estrés postraumático*: se produce por los recuerdos persistentes de un evento traumático vivido, el cual originó secuelas traumáticas psicológicas.

Complicaciones y tratamiento

El trastorno de ansiedad puede traer consigo complicaciones, a menudo produce otros trastornos mentales y físicos como:

- depresión;
- insomnio;
- abuso de sustancias;
- aislamiento social;
- problemas gastrointestinales;
- falta de concentración, deserción escolar y laboral;
- cefaleas agudas y crónicas;
- suicidios.

Existen dos tratamientos principales para el trastorno de ansiedad: la psicoterapia y el tratamiento medicamentoso; es muy importante identificar el tratamiento más adecuado para el individuo y sobre todo combinar ambos tratamientos para una mejor eficacia y potenciar los resultados.

La psicoterapia en sus diferentes modalidades como: individual, grupal, de pareja, entre otras; conocida también como el asesoramiento psicológico o terapia

del habla a cargo del terapeuta especializado en esta área; ayuda mucho en reducir los síntomas de la ansiedad.

Es bastante conocida la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) que es un tratamiento a corto plazo y ayuda a identificar las situaciones que provocan la ansiedad para que en forma gradual aprenda técnicas específicas y así disminuir los síntomas y poder desarrollar las actividades que se evitaba a causa de la ansiedad e ir incorporándose a sus labores cotidianas en forme satisfactoria.

Tratamiento según el tipo de ansiedad que se padece; existen un sin número de medicamentos en la industria farmacéutica para ayudar a disminuir los síntomas, el profesional encargado de su prescripción es el psiquiatra.

En la fase aguda de la enfermedad se pueden usar las benzodiazepinas o betabloqueadores, pero para disminuir los síntomas a corto plazo más no a largo plazo por que causan dependencia. Así mismo pueden utilizarse algunos antidepresivos para tratar la ansiedad. El fármaco más conocido para tratar la ansiedad es la buspirona, debe ser bajo estricta prescripción médica.

Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)

El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) es un trastorno que se presenta después de haber vivido o presenciado un acontecimiento impactante, terrorífico o peligroso. Es natural sentir temor durante una situación traumática o después de esta; este pánico provoca muchos cambios en el cuerpo en fracciones de segundo para responder a un peligro y para ayudar a evitar un peligro en el futuro, de tal modo que esta respuesta de "lucha o huida" es una reacción típica que sirve para proteger a la persona de cualquier peligro y de la cual nos recuperamos de forma natural.

Sin embargo, es posible que algunas personas que tengan problemas para esta recuperación pueden sentirse estresadas o asustadas, incluso cuando ya no están en peligro. Esto puede ocurrir a cualquier persona y a cualquier edad que haya sido expuesto a una situación traumática como conflictos bélicos, sobrevivientes de agresiones físicas y sexuales, maltratos, catástrofes y otros acontecimientos graves; incluso aquellas personas que no han pasado por una situación peligrosa, pues algunos acontecimientos como la muerte repentina o inesperada de un ser querido también pueden causar el trastorno por estrés postraumático.

Los síntomas suelen comenzar en los tres primeros meses después del incidente traumático, pero a veces empiezan más tarde. Para que se considere que se trata del trastorno por estrés postraumático, los síntomas deben durar más de un mes y ser lo suficientemente graves como para interferir con las relaciones o el trabajo.

El TEPT es considerado como un trastorno neurótico, se caracteriza como una reacción frente a un acontecimiento muy estresante, por lo que tiene un origen fisiopatológico como la ansiedad; sin embargo, presenta ciertos elementos que lo diferencian para su diagnóstico como: persona expuesta a un suceso muy estresante que le ha provocado gran temor, este acontecimiento lo revive y reexperimenta persistentemente como recuerdos o sueños, evita circunstancias que recuerden el hecho traumático, produce síntomas de sobreexcitación como el insomnio, irritabilidad, déficit de atención, exceso de alerta y sobresalto, el cuadro dura más de un mes, provoca malestar clínico afectando los diferentes aspectos de su vida, tanto personal, familiar, laboral, social. (28)

Los síntomas del TEPT por lo general se agrupan en cuatro tipos: recuerdos intrusivos, evasión, cambios en el pensamiento y en los estados de ánimo, y cambios en las reacciones físicas y emocionales. Los síntomas pueden variar con el paso del tiempo o según la persona.

Recuerdos intrusivos

Los síntomas de los recuerdos intrusivos pueden ser:

- recuerdos recurrentes, involuntarios y angustiantes del hecho traumático;
- revivir el hecho traumático como si estuviera sucediendo otra vez (reviviscencia);
- sueños perturbadores o pesadillas acerca del hecho traumático;
- angustia emocional grave o reacciones físicas a las cosas que te recuerdan el suceso traumático.

Evasión

Los síntomas de la evasión pueden ser:

- tratar de evitar pensar o hablar acerca del suceso traumático;
- evitar lugares, actividades o personas que te recuerden el suceso traumático.

Cambios negativos en el pensamiento y en los estados de ánimo

Los síntomas de los cambios en el pensamiento y en el estado de ánimo pueden ser:

- pensamientos negativos sobre ti mismo, otras personas, o el mundo en general;
- desesperanza acerca del futuro;
- problemas de memoria, incluso no recordar aspectos importantes del suceso traumático;
- dificultad en mantener relaciones cercanas;
- sentirte distanciado de tus familiares y de tus amigos;
- falta de interés en las actividades que antes te gustaban;

- dificultad para sentir emociones positivas;
- sentirte emocionalmente insensible.

Cambios en reacciones físicas y emocionales

Los síntomas de los cambios en las reacciones físicas y emocionales (también llamados síntomas de excitación) pueden ser:

- asombrarte o asustarte fácilmente;
- estar siempre alerta al peligro;
- conducta autodestructiva, como por ejemplo beber en exceso o conducir demasiado rápido;
- trastornos del sueño;
- dificultad en concentrarte;
- irritabilidad, arrebatos de ira o conducta agresiva;
- sentimientos abrumadores de culpa o vergüenza.

En los niños de 6 años y menores, los signos y síntomas también pueden incluir (28):

- recrear el evento traumático o aspectos de este a través del juego;
- sueños aterradores que podrían o no incluir aspectos del evento traumático.

La relación del TETP y la COVID-19

La crisis sanitaria mundial por la pandemia de la COVID-19 implica un alto riesgo de morbilidad y experiencia traumática (29) que puede conducir a desarrollar TEPT con repercusión en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) del paciente que ha presentado la infección por SARS-CoV-2.

El TEPT es un trastorno psiquiátrico percibido y causado por un evento aterrador o traumático que conlleva un riesgo físico o mortal para una persona (30). Este trastorno fue reportado en meses posteriores a periodos críticos estresantes como epidemias, guerras, desastres naturales u otras urgencias públicas; lo cual, también ocurrió tras la emergencia de la COVID-19 en China, Italia y España. En consecuencia, en el contexto de la pandemia actual, existe un alto riesgo de desarrollar trastornos por estrés postraumático. (31, 32, 33, 34, 35)

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida como la apreciación del individuo respecto a su condición vivencial enmarcado en un patrón de cultura, valores e idiosincrasia. Señala que la pandemia directa o indirectamente ha mermado la CVRS. Por tanto, la medición de la CVRS recobra importancia durante y en el postpandemia, debido a la necesidad de estudiar la salud poblacional y analizar la efectividad de las intervenciones sanitarias que se vienen desplegando. (36, 37)

En consecuencia, debido a las repercusiones a medio y largo plazo de la infección por SARS-CoV-2, las cuales se conocen muy poco, resulta pertinente analizar el comportamiento de la variable TEPT y CVRS. Desde el ámbito de la Atención Primaria (AP) en su posición privilegiada dentro del sistema sanitario para un abordaje integral de las necesidades de salud o secuelas de los pacientes que han presentado la infección. (38, 39)

Tratamiento del TEPT

Se desagregan en tres opciones:

- psicoterapias basadas en trauma;
- psicoterapia de apoyo;
- Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) y a veces antiadrenérgicos.

Se ha informado que las psicoterapias basadas en traumatismos son eficaces en niños con TEPT (1–4). La psicoterapia basada en el trauma implica intervenciones a corto plazo que utilizan técnicas cognitivo-conductuales para modificar el pensamiento distorsionado, las reacciones negativas y el comportamiento. También puede incluir la educación de los padres en reducción del estrés y en habilidades de comunicación.

La psicoterapia de apoyo puede ayudar a los niños que tienen problemas de adaptación asociados con trauma, ya que pueden quedar desfigurados por quemaduras. Es posible recurrir a terapia conductista para desensibilizar sistemáticamente a los niños de situaciones que hacen que vuelvan a experimentar el evento (terapia de exposición). Sin duda, la terapia conductista es eficaz para reducir la angustia y la alteración en niños y adolescentes con Trastorno por Estrés Postraumático.

No hay medicamentos aprobados para el Trastorno por Estrés Postraumático en los niños porque aún no se han realizado ensayos clínicos adecuados. Sin embargo, en los jóvenes con ansiedad comórbida, depresión o dificultades para dormir, los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) pueden ser útiles. (40)

Los fármacos antiadrenérgicos, por ejemplo: clonidina, guanfacina, prazosina pueden ayudar a aliviar los síntomas de hiperexcitación, pero los datos de aval son preliminares. (41, 42)

Suicidio

El suicidio generalmente no es producto de una decisión espontánea, el continuo autodestructivo se va gestando en la intimidad del sufrimiento de una persona y se manifiesta a través de indicadores. Estos indicadores junto con los factores de riesgo y las condiciones de potencial suicida permiten predecir, prever

y prevenir tanto los eventos en curso como nuevos acontecimientos auto lesivos una vez ocurrido el primer intento.

Los grupos de riesgo de suicidio son aquellos conjuntos de personas que por sus características particulares tienen mayores posibilidades de cometer un acto suicida que los que no están incluidos en ellos. Por otra parte, el concepto de grupo de riesgo de suicidio tiene varias ventajas como que su número es limitado, lo cual facilita la detección e incluyen las múltiples posibilidades por las cuales una persona puede realizar un acto suicida.

En la caracterización de los grupos de riesgo se describe un tipo de grupo cuya vulnerabilidad puede favorecer la aparición y el desarrollo de la ideación suicida. Tal como está presentado, el estudio de este grupo permite articular los componentes biológicos, psicológicos y sociales. (43)

El suicidio como un problema de alto impacto presenta múltiples condiciones teóricas que han permitido acercarnos al problema desde diversas perspectivas y disciplinas teóricas, dentro de las cuales se encuentran:

Teorías sobre el suicidio

- *Teoría sociológica:* también llamada teoría sociocultural, que es la pionera dentro del análisis del fenómeno describiendo al suicidio como una disfunción en relación del individuo y la sociedad y por ende este debe ser considerado como un fenómeno social, es decir, que las condiciones para la problemática están dadas por la integración social de los individuos, el cual diferencia a los tipos de suicidio en 4 categorías: egoísta, anómico, altruista y fatalista. (44)
- *Teoría psicológica:* las descripciones desde estas áreas parten del siglo XVI, mencionando que el suicidio es una expresión de la melancolía, dentro

de la teoría psicodinámica que “relaciona el suicidio en el contexto del instinto de muerte y su relación con el instinto sexual o de vida y lo cataloga como un acto individual y único” (45), sin embargo, este concepto ha evolucionado asociándolo a la patología psiquiátrica como un factor de riesgo. Entre las teorías actuales se destaca la teoría interpersonal del suicidio de Joiner que tiene 3 componentes principales: el sentido de pertenencia frustrado, la carga percibida y la capacidad adquirida. (46)

- *Teoría biológica:* dentro de esta perspectiva se desataca las condiciones biológicas más frecuentes asociadas al suicidio: características genéticas, fenotípicas, epigenéticas, estudio de neurotransmisores y el eje hipotálamo hipófisis. En relación con la genética y el suicidio se ha mencionado que existe mayor riesgo de autolesión en personas que tienen antecedentes familiares, al parecer existen 22 genes asociados a la muerte por suicidio, estimando un riesgo poligénico comprobándose antecedentes familiares con 10 veces más riesgo suicida del grupo control después de haber controlado la psicopatología. (47)
- *Teoría de las actitudes:* las actitudes tienen mecanismos cognoscitivos, afectivos y también de conducta, es decir, pensar, sentir y hacer con respecto al proceso y cuidado al final de la vida. Desde la teoría de las conductas de Fihlsbein y Ajzen o teoría de acción razonada establece: una predisposición aprendida a responder consistentemente de un modo favorable o desfavorable, que influyen los factores sociodemográficos, conductas personales. (48)
- *Modelo de relación de persona a persona:* mediante el modelo de “Travelbee, Enfermería Psiquiátrica” se desarrollan y se practican las habilidades y destreza en el cuidado de las personas en el proceso del desarrollo psicosocial y de recuperación en el proceso de enfermedades

mentales. Durante este proceso, enfermería brinda cuidados al paciente, familia y comunidad.

- *Modelo biopsicosocial*: las causas del continuo suicida han sido un objeto de estudio en el siglo XX, donde esta situación ha sido más evidente y predominante debido al aumento de casos a nivel mundial, e independientemente desde la perspectiva que se escoja verlo “como resultado de una enfermedad, como acto libremente elegido o como epifenómeno social, implica una afectación radical de la salud del individuo”, de aquellos que lo rodean, de la comunidad y la sociedad. Es por ello que se han identificado los factores asociados en la población general. (49)

Causas del suicidio

La conducta suicida es un grave problema de salud pública, por lo cual se evidencia la necesidad de elaborar instrumentos de evaluación con las propiedades psicométricas que le asignen calidad científica a su medición. (50)

Es necesario señalar, que el suicidio constituye el principal factor causal de muerte externa en varios países a nivel mundial y se refiere que el suicidio consumado afecta al segmento poblacional de 15 a 24 años, lo cual se ubica como segunda causa de muerte. Sobre la base del incremento del suicidio, se considera necesario incorporar estrategias de prevención en una diversidad de contextos sociales. (51, 52)

La conducta suicida es un factor de ideas de intento de suicidarse siendo un factor de riesgo potencial de suicidio. Desde una perspectiva conceptual, los autores aperturan hacia un modelo teórico multicausal permiten una mejor comprensión del suicidio sin apelar a los reduccionismos neurobiológico y sociocultural. (53, 54)

Además, precisan que la misma conducta suicida puede tener móviles diferentes (equifinalidad) así como los mismos mecanismos causales puede producir formas de suicidio muy distintas (multifinalidad).

En consecuencia, la conducta suicida se considera como un sistema complejo y dinámico de factores relacionados mediante un modelo de redes. Ello implica que la conducta suicida está afectada por una serie de constelaciones dinámicas de estados mentales que se encuentran ubicados en un sistema de relaciones causales. (53)

Respecto a la evaluación psicológica, los autores indican que debe ser nuclear para poder tomar decisiones rápidas y precisas que beneficien al paciente y sus familias. (55)

Suicidio y COVID-19

El suicidio es uno de los problemas prioritarios de salud pública, porque los casos de mortalidad van en incremento, cerca de 800.000 personas fallecen por suicidio al año, es decir, cada 40 segundos se da un caso de suicidio (56). Asimismo, los intentos de suicidio van en aumento 30 veces más frecuentes en similitud con los suicidios (57). Por otra parte, el 1,4% de las muertes prematuras por suicidio se dan en todo el mundo en la segunda y tercera décadas de la vida, ocupando el segundo lugar de muerte prematura. (58)

En términos de género la población masculina que recurre al suicidio representa hasta tres veces que la población de sexo femenino que recurre al suicidio, sin embargo, esta relación se invierte cuando hablamos de intentos de suicidio. Asimismo, en relación a los métodos utilizados para el suicidio se distinguen los siguientes: ahorcamiento, ahogamiento, envenenamiento, lanzamiento al vacío, armas de fuego y otros. (59)

Los problemas de salud mental como la depresión, el trastorno bipolar, el consumo excesivo de alcohol y drogas y la esquizofrenia se relacionan con la conducta de suicidio. La depresión es la primera causa de suicidio en el mundo. (60, 61)

Los riesgos de comportamiento suicida se dan por antecedentes familiares. Asimismo, los factores socioeconómicos, educativos, la pobreza y los diversos problemas de salud se relacionan con el incremento de riesgos de conducta suicida. (62)

En el Perú durante la pandemia por COVID-19, en los cuatro primeros meses del año 2021 se dieron más de 200 casos de suicidio, superando esta cifra a los años anteriores, como consecuencia del impacto de la pandemia aumentándose los casos de ansiedad y estrés en nuestra población. (63)

Asi mismo, durante la pandemia muchos factores incrementaron el intento de suicido y el suicidio empezando por la afectación de la economía global, aumentando las tasas de desempleo (64). La vida social fue afectada causando también problemas de salud mental (65). El aislamiento social, la cuarentena y la soledad contribuyen al riesgo de suicidio. (64, 65, 66).

Dichas condiciones se han visto incrementadas sustancialmente durante la pandemia por COVID-19 debido a la alta tasa de infección y alta tasa de mortalidad en nuestro país debidas a las rígidas medidas de aislamiento social obligatorio dictadas por el Estado peruano, que en condiciones de extrema pobreza y estrés fueron condicionantes para un aumento de los comportamientos suicidas.

Asimismo, durante la fase post-aguda de COVID-19, los pacientes tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos de salud mental. Diversos estudios hasta la fecha se han visto limitados en términos de un seguimiento efectivo y una evaluación integral de las manifestaciones de salud mental en personas con

COVID-19; es por ello que se propone mejorar nuestra comprensión del riesgo a largo plazo de los trastornos de salud mental en personas con este virus, a fin de elaborar estrategias de atención durante la fase post-aguda.

De acuerdo al primer estudio internacional de Pirkis y colaboradores, con datos recogidos en veintiún países desarrollados ubicados en diversas partes del mundo, no se ha registrado un incremento en las tasas de suicidio durante los primeros meses de la pandemia, lo que significa que el número de suicidios observado no es significativamente mayor que el número de suicidios esperado en ningún país. (67)

En general, es importante mencionar que la mayoría de las variables analizadas no evidenciaron un cambio sustancial que fuese estadísticamente significativo, lo cual revela que no están relacionadas con las condiciones generadas por la pandemia causada por la COVID-19; pero debemos tener en cuenta que de por sí, el número de intentos suicida sí aumentó concerniente al cambio de año, donde se encontró relación estadística significativa, esto se podría explicar por las condiciones inherentes que la pandemia género y a consecuencia de esto el aumento de los casos.

Prevención del suicidio

Una manera sistemática de dar una respuesta al suicidio es a través del establecimiento de una estrategia nacional de prevención, que abarque varias acciones como la vigilancia, la concientización de la población y la capacitación del personal de salud; además de la inclusión de servicios de intervención en crisis y servicios post-crisis. (68)

Algunos elementos clave respecto a la prevención del suicidio es el establecimiento de una estrategia multisectorial que incluya no solo el sector de la salud sino también los de la educación, trabajo y otros adaptables al contexto

cultural de cada país, estableciendo mejores prácticas de abordaje integral estableciendo objetivos a corto, mediano y largo plazo. (68)

Tanto la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) como la Terapia Dialéctica-Conductual muestran un beneficio modesto para reducir la ideación suicida respecto del Tratamiento Habitual (TH) o el control en lista de espera; la TCC también reduce los intentos de suicidio comparada con el TH.

La ketamina y el litio reducen la tasa de suicidio respecto del placebo pero hay información limitada sobre los daños. Se dispone de datos limitados para respaldar la eficacia de otras intervenciones no farmacológicas o farmacológicas.

Capítulo 3

Antecedentes sobre la salud mental en
pacientes Post-COVID-19

Capítulo 3

Capítulo 3

Antecedentes sobre la salud mental en pacientes Post-COVID-19

La COVID-19 a nivel mundial se ha convertido en una pandemia que no solo afecta el bienestar físico sino también el bienestar psicológico y social de las personas; de acuerdo a estudios científicos previos, se ha podido dilucidar que a pesar de que los pacientes que padecieron sobrevivir a este terrible virus ahora enfrentan otra batalla en su salud relacionada a los efectos Post-COVID-19 que implican efectos psicológicos tales como depresión, trastornos de ansiedad, síndrome de estrés postraumático y en algunos casos pueden llegar a tener comportamientos suicidas.

Para poder ampliar un poco más esta situación tan preocupante que involucra a toda la comunidad global, se detallará a continuación algunas investigaciones que son reveladoras en cuanto al tema abordado.

Entorno internacional Post-COVID-19

Iniciamos con Bouza y colaboradores en España, quienes analizaron las múltiples secuelas en el elevado porcentaje de las personas que han padecido COVID-19, tras la recuperación de la fase aguda de la enfermedad, una serie de manifestaciones clínicas tanto subjetivas como objetivas que se prolongan más allá de 3 semanas e incluso de 3 meses del cuadro clínico original. (69)

El estudio manifiesta que no existe todavía una nomenclatura consensuada para referirse a este cuadro, pero quizá la más usada es la de síndrome post-COVID-19 el cual describe las más importantes manifestaciones respiratorias, cardiológicas, neurológicas y psicológicas del síndrome Post-COVID-19 abordados por el Comité Científico sobre COVID-19 del Colegio de Médicos de

Madrid donde analizaron la problemática con aproximación multidisciplinar en la que han participado, internistas, infectólogos, psiquiatras, neumólogos, cirujanos, geriatras, pediatras, microbiólogos, médicos de familia y otros especialistas, tratando de acopiar la información existente y discutiéndola en el grupo.

El artículo finaliza indicando que es posible progresivamente, se produzca una demanda asistencial incrementada entre los millones de personas que han sufrido y superado la COVID-19 agudo para la cual las autoridades sanitarias debieran diseñar mecanismos de gestión ágil de una asistencia que posiblemente requerirá de grupos multidisciplinarios bien coordinados.

Por su parte, Taquet (Estados Unidos) proporcionó estimaciones sólidas de las tasas de incidencia y los riesgos relativos de los diagnósticos neurológicos y psiquiátricos en pacientes en los 6 meses posteriores a un diagnóstico de COVID-19. Estudio de enfoque cuantitativo, de cohorte retrospectivo. (70)

En el estudio concluyeron que se evidencia la morbilidad neurológica y psiquiátrica sustancial en los 6 meses posteriores a la infección por COVID-19. Se sugiere realizar estudios de diseños complementarios, incluidas cohortes prospectivas, para corroborar y explicar estos hallazgos.

Además, Bautista de la ciudad de México evaluó los niveles de ansiedad, depresión, estrés y angustia psicológica en individuos que cursan o están recuperados de COVID-19. Dicha investigación se realizó bajo un enfoque cuantitativo y descriptivo.

Al final se determinó, que los pacientes hacen referencia a que todos los síntomas persisten, aunque con menor frecuencia, una vez que ha superado la enfermedad. Asimismo, se evidencia la necesidad de intervenciones en salud integral incluida la salud mental que puedan mejorar sus condiciones de vida y que

puedan evitar el desarrollo, exacerbación o aparición de trastornos de psiquiátricos y/o físicos. (71)

En el mismo orden de ideas, García (España) explicó la experiencia del paciente y su familia al estar sometido a ventilación mecánica invasiva en las unidades de críticos; también realizó una revisión bibliográfica a través de las bases de datos CINAHL, PsycINFO y PubMed, pertenecientes a las áreas de conocimiento de Ciencias de la Salud y Psicología. (72)

El estudio reveló que el personal de salud debería considerar los diversos factores que influyen en la experiencia tanto del paciente como de la familia, y actuar para disminuir la ansiedad y malestar generados mediante un cuidado más cercano, intentando establecer comunicación con el paciente y ofreciendo información para que el mismo no caiga en la incertidumbre de su estado.

De acuerdo al estudio realizado por Piquero en España, se describió el impacto emocional y las secuelas psicológicas tras el alta de una Unidad de Cuidados Intensivos. Igualmente efectuó una revisión bibliográfica a través de las bases de datos CINAHL, PubMed, pertenecientes a las áreas de conocimiento de Ciencias de la Salud. (73)

La investigación comprobó que son numerosas las alteraciones psicológicas y emocionales que sufren los pacientes durante el ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos, revelando que existen varios factores que propician estas alteraciones, la cual intervienen tanto factores intrínsecos a la enfermedad como factores ambientales y organizativos de estas unidades.

No se puede dejar de lado a las familias de los pacientes, pues también sufren de forma estresante el ingreso de su ser querido en una unidad de críticos, es por ello que se hace imprescindible conocer y satisfacer sus necesidades durante la estancia en el hospital.

Adicionalmente, la investigación realizada por Zambrano-Bonaparte en Puerto Rico, describió los factores contribuyentes al delirium, retos esperados en pacientes con EA y posibles secuelas cognitivas o psicológicas a largo plazo en pacientes recuperados del virus. El estudio demuestra que aún resta mucho para comprender las dinámicas multifactoriales de la COVID-19. Sin embargo, hay literatura científica emergente que describe la manera como el SARS-CoV-2 puede afectar el sistema nervioso provocando alteraciones neurocognitivas tales como el síndrome confusional, especialmente en aquellos con enfermedad severa en la UCI. El síndrome confusional a su vez está asociado con el peor pronóstico y el mayor riesgo de mortalidad. Por otra parte, se ha considerado como un signo vital que advierte sobre un posible empeoramiento de insuficiencia respiratoria en el paciente. (74)

Y por último, se tiene el estudio realizado por Mera en Ecuador, en el que estableció las diferencias entre el Trastorno Psicótico y Delirium en una paciente COVID-19 positivo. El tipo de investigación fue descriptivo retrospectivo basado en análisis de caso clínico. (75)

El reporte del caso fue de una paciente femenina de 38 años de edad sin antecedentes patológicos de importancia, ingresada por un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda provocada por SARS-COV-2, asociada a inestabilidad hemodinámica, requiriendo manejo avanzado de la vía aérea y uso de inotrópicos positivo en la unidad de cuidados intensivos.

El estudio determina que la paciente desarrolló un trastorno psicótico pues presentó delirios, alucinaciones acompañadas de estabilidad del nivel de conciencia, orientación y memoria. El cuadro psiquiátrico se desencadenó a consecuencia de la infección por SARS-CoV2 pues la paciente presentó insuficiencia respiratoria aguda moderada que generó un estado de hipoxia cerebral que activó el metabolismo anaeróbico en las células del sistema nervioso

central que finalmente desencadenó funciones cognitivas defectuosas apareciendo el trastorno psicótico.

Efectos del post-COVID-19 en Perú

En este particular se presenta la investigación realizada por Cuadros en Perú donde analizó con detenimiento las manifestaciones de estrés y ansiedad en cuatro docentes peruanos después de haber padecido de COVID-19. El estudio fue cualitativo, fenomenológico y hermenéutico que permitió reflexionar sobre las manifestaciones de estrés y ansiedad que afectaron las docentes participantes después de haber padecido COVID-19. (76)

Las categorías abordadas para el estudio fueron fundamentadas en las variables “estrés” y “ansiedad” desarrollándose la misma en tres etapas: descriptiva, estructural y discusión. En la primera, se realizó la planificación de los procesos metodológicos y éticos; en la segunda, se propusieron los protocolos de intervención, planes de contingencia y en la tercera, se realizó un primer acercamiento a las docentes participantes.

El estudio concluye que a pesar de las manifestaciones de estrés y ansiedad diagnosticados y gracias a la motivación, el compromiso, la constancia y la perseverancia demostrados por las participantes, estas pudieron readaptarse a la nueva realidad y comenzar a recuperar progresivamente sus competencias pedagógicas.

Capítulo 4

Prevalencia de problemas de salud mental en
pacientes post-COVID-19 en la provincia de
Huaraz-Perú

Capítulo 4

Capítulo 4

Prevalencia de problemas de salud mental en pacientes Post-COVID-19 en la provincia de Huaraz-Perú

4

En virtud de toda la incidencia que ha tenido la COVID-19 a nivel mundial, así como su repercusión en Perú en el área salubre y aunado a las investigaciones realizadas por especialistas en la materia donde han reflejado resultados impactantes y novedosos que vale la pena ser indagados con detalle, se realizó un estudio exhaustivo de una realidad latente en una de las provincias más emblemáticas del Perú.

En este sentido, se puede decir que la investigación fue aplicada, descriptiva, transversal y analítica, cuyo objetivo fue conocer sobre la salud mental de los pacientes Post-COVID-19 que estuvieron reclusos en las instalaciones sanitarias, específicamente en la Sala de Cuidados Intensivos de la provincia de Huaraz, durante el período 2020-2021.

Población en estudio

La población estuvo constituida por todos los pacientes que padecieron la COVID-19 que fueron atendidos y dados de alta en las Salas de Cuidados Intensivos del Hospital de la Provincia de Huaraz (Hospital Víctor Ramos Guardia- MINSA-Huaraz) entre abril del 2020 y Julio del 2021. En total fueron 146 sobrevivientes COVID-19 que conformaron la población a investigar.

Muestra del estudio

En cuanto a la muestra, se puede decir que estuvo conformada por 89 personas que padecieron de COVID-19 y que estuvieron recluidos en las Salas de Cuidados Intensivos para su recuperación.

Es importante acotar que se contó con esa cantidad de pacientes para conformar la muestra debido a la accesibilidad de los investigadores con ellos, también por motivos de traslado de domicilio, asimismo la ausencia de datos fidedignos de domicilio o teléfono de contacto y/o rechazo a participar en la encuesta.

Criterios de inclusión y exclusión en el estudio

Criterios inclusión

- El integrante del estudio debe ser mayor a los 18 años de edad.
- La persona debe haber tenido un tiempo de alta mínimo de seis meses después de haber padecido de la COVID-19 y ser tratado en las instalaciones sanitarias de la provincia de Huaraz.
- La participación del individuo en la investigación era voluntaria.

Criterios exclusión

- Sobrevivientes a la COVID-19 menores de 18 años de edad.
- Personas que previamente fueron diagnosticadas médicamente con trastornos de salud mental antes de su padecimiento de la COVID-19 en los centros hospitalarios de la provincia de Huaraz.
- Ex convalecientes de la COVID-19 que no desearon participar en el estudio.

- Personas que padecieron de la COVID-19 y se recuperaron en los centros hospitalarios de la provincia de Huaraz, pero no fue posible contactarlas en su domicilio para que formaran parte de la investigación.

Instrumentos de recolección de datos

En el presente estudio se utilizó la técnica de encuesta y los instrumentos fueron aplicados de modo individual en una visita domiciliaria y son los siguientes:

- *Ficha sociodemográfica*: aplicada para recoger información general sobre las características personales y sociodemográficas de la muestra y comprende 11 ítems.
- *Escala para Trastorno de Depresión PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)*: instrumento de escala de nueve ítems, con posibilidades de 4 respuestas en escala de Likert de 0 a 3. El punto de corte es de 5. Ha demostrado validez y confiabilidad en su versión inglesa y también en el Perú (77, 78). Para el estudio obtuvo un alfa de Cronbach de 0,91.
- *Escala para Trastorno de Ansiedad Generalizada GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder)*: instrumento de siete ítems, con cuatro posibilidades de respuesta de 0 a 3 puntos y también con punto de corte de 5. Sus estudios de validez y confiabilidad en la versión de inglés y español han sido bastante aceptables (79, 80). Para el estudio obtuvo un alfa de Cronbach de 0,91.
- *Escala para Estrés Traumático Secundario (EETS)*: es una escala de diecisiete ítems, con cinco posibilidades de respuesta puntuadas del 1 al 5 y con punto de corte de 28. En sus versiones en inglés y en español para Latinoamérica ha demostrado validez y confiabilidad adecuada (81, 82). Para el estudio obtuvo un alfa de Cronbach de 0,96.

- *Escala de riesgo de suicidio*: contiene cinco preguntas con respuestas positivas y negativas. Su validez y confiabilidad fueron aceptables para la versión peruana en la sierra (83). Para el estudio obtuvo un alfa de Cronbach de 0,71.

Resultados de la investigación

A continuación, se presentan los hallazgos del estudio realizado en los Centros de Atención Hospitalaria de la provincia de Huaraz-Perú a fines de evidenciar la transparencia del proceso que se llevó a cabo para conocer la afectación de la salud mental de los sobrevivientes de la COVID-19, pacientes que estuvieron reclusos en los Cuidados Intensivos de dichos nosocomios.

Información general de la investigación

Tabla 1

Características sociodemográficas de pacientes post-cuidados intensivos COVID-19.

Características sociodemográficas	Nº	%
Total	89	100
Edad		
18 - 29 años	4	4,5
30 - 59 años	72	80,9
60 años y más	13	14,6
Sexo		
Varón	66	74,2
Mujer	23	25,8
Zona de procedencia		
Urbana	81	91
Rural	8	9
Ocupación		
Profesional	31	34,8
No profesional	48	53,9
Otros	10	11,2

Nota. Hospital MINSA Huaraz 2020-2021.

Al inicio del estudio se pudo determinar que la edad promedio de los integrantes de la investigación se ubicó en 48 años de edad, con una desviación estándar de 12 años; siendo el grupo etario de mayor prevalencia los comprendidos entre 30 a 59 años, contando con el 80,9% de participación en el grupo.

En cuanto a la información de sexo, se tiene que los pacientes masculinos post-cuidados intensivos dados de alta, fueron los de mayor predominancia en el estudio, ya que contaron con el 74,2% del total de sobrevivientes de la COVID-19 que participaron en la exploración.

De acuerdo a la ubicación residencial del individuo en el estudio, se pudo conocer que los pacientes post-cuidados intensivos dados de alta que proceden de la zona urbana son los de mayor preponderancia debido a que representan el 91% de los encuestados. Además, con respecto a la ocupación de los pacientes se obtuvo que en su mayoría no son profesionales, representando el 53,9% de los encuestados.

Información detallada del estudio

Tabla 2

Vivencias en la pandemia de pacientes post-cuidados intensivos COVID-19.

Vivencias en la pandemia	N°	%
Total	89	100
Contacto con cadáver COVID-19		
Si	8	9
No	81	91
Familiar fallecido por COVID-19		
Si	35	39,3
No	54	60,7
N° de consultas en servicio de salud mental		
0	71	79,8
1	2	2,2
2	8	9
3	5	5,6
4	1	1,1
5	2	2,2

Nota. Hospital MINSA Huaraz 2020-2021.

De acuerdo a los resultados del sondeo, se pudo conocer por parte de cada persona encuestada que el contacto con cadáveres con la COVID-19 de los pacientes solo alcanzó al 9,0% de todos los encuestados.

En el mismo sentido, a las personas en el estudio se les preguntó si tenían algún familiar fallecido por la COVID-19 de los cuales 60,7% indicó que no, sin embargo, no se puede despreciar que casi el 40% de los pacientes manifestaron que tenían por lo menos un familiar fallecido por el virus, lo que genera un precedente muy importante en la investigación. Y, por último, se tiene que el 79,8% de los ex pacientes manifestó no haber tenido ninguna consulta de salud mental después de haber sufrido el padecimiento tan agresivo de este virus letal.

En líneas generales se puede apreciar que las personas encuestadas que son sobrevivientes a la COVID-19 que necesitaron cuidados intensivos en los Centros de Atención Hospitalaria de Huaraz presentaron unos resultados reveladores ya que actualmente padecen de “Depresión” en un 60,7%, “Ansiedad” en un 62,9% y “Trastorno de Estrés Postraumático” en un 69,7%. En el caso de “Riesgo de Suicidio” se obtuvo el porcentaje más bajo en su manifestación en las personas estudiadas.

Tabla 3

Prevalencia de los diferentes problemas de salud mental en pacientes post-cuidados intensivos COVID-19.

Salud Mental	N°	%	IC 95%
Total	89	100	
Depresión de los pacientes			
Si	54	60,7	50,5% - 70,8%
No	35	39,3	
Ansiedad de los pacientes			
Si	56	62,9	52,9% - 73,0%
No	33	37,1	
Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)			
Si	62	69,7	60,1% -79,2%
No	27	30,3	

		Riesgo de suicidio	
Si	7	7,9	2,3% - 13,5%
No	82	92,1	

Nota. Hospital MINSA Huaraz 2020-2021.

Según los problemas de salud mental en los pacientes post-cuidados intensivos COVID-19 dados de alta en los centros hospitalarios de la provincia de Huaraz-Perú, se estima con un 95% de confianza que de cada 100 sobrevivientes de la COVID-19 de la población en estudio se tiene entre 51 a 70 pacientes que presentan cuadros de *Depresión* posterior a su recuperación.

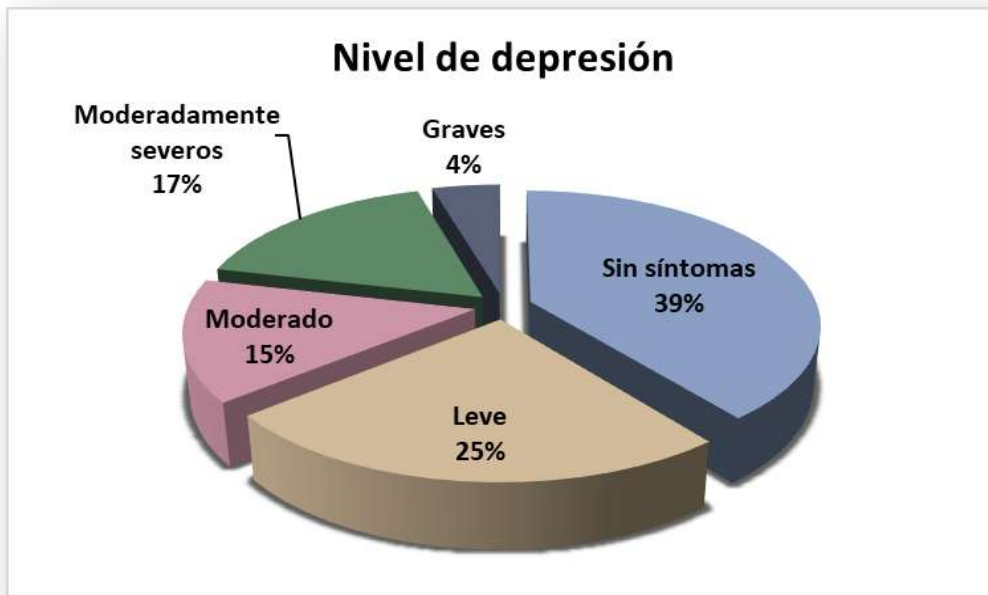
Asimismo, se estima con un 95% de confianza que entre 53 a 73 personas de cada 100 que padecieron COVID-19 de los pacientes post-cuidados intensivos COVID-19 dados de alta en los centros hospitalarios de la provincia de Huaraz-Perú, presentan síntomas de *Ansiedad* luego de la recuperación del contagio del virus.

Además, entre 60 a 79 sobrevivientes de la COVID-19 por cada 100 pacientes post-cuidados intensivos COVID-19 dados de alta en los centros hospitalarios de la provincia de Huaraz-Perú, presentaron *Riesgo de Estrés Post-Traumático* después de superar esta enfermedad letal.

Y, por último, se tiene que entre 2 y 14 sobrevivientes de la COVID-19 por cada 100 pacientes post-cuidados intensivos COVID-19 dados de alta en los centros hospitalarios de la provincia de Huaraz-Perú, manifiestan *Riesgos de Suicidio* posterior a su recuperación salubre.

Figura 1

Depresión según niveles en pacientes post- cuidados intensivos COVID-19.



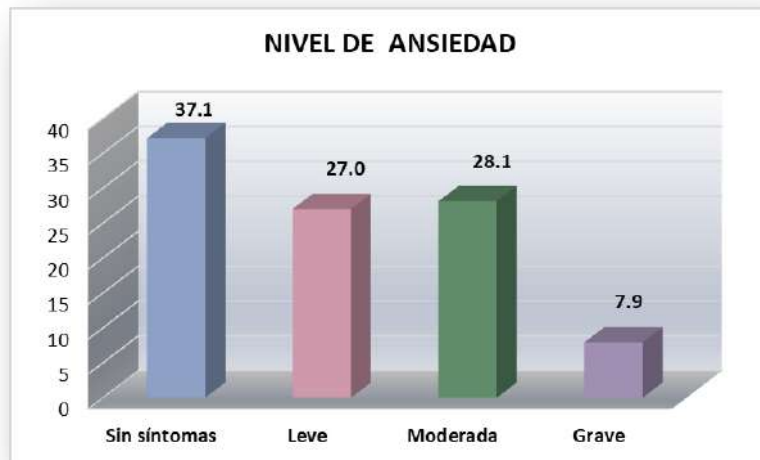
Nota. Hospital MINSA Huaraz 2020-2021.

Desagregando en el análisis los distintos niveles de síntomas de *Depresión* de los sobrevivientes de la COVID-19 posterior a su recuperación, se tiene que el nivel de *Depresión Leve* se manifestó en un 25% de los encuestados en el estudio. Seguidamente están las personas que se les diagnosticó *Depresión moderada*, el cual conforman el 15% de pacientes Post-COVID-19 de la investigación.

Adicionalmente se reflejan los casos de *Depresión moderadamente Severa* en un 17% de los encuestados y por último y los más preocupantes son aquellas personas del estudio que fueron diagnósticas con *Depresión Grave* que conforman el 4% de los participantes a analizar.

Figura 2

Ansiedad por niveles en pacientes post cuidados intensivos COVID-19.

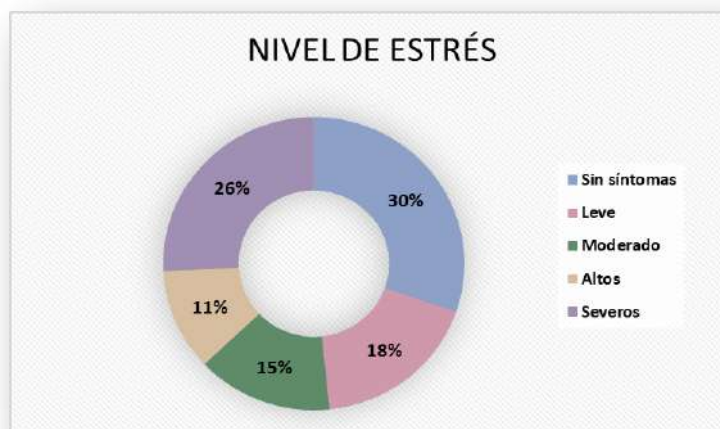


Nota. Hospital MINSA Huaraz 2020-2021.

Analizando a las personas que conforman el estudio con respecto a la aparición de síntomas de *Ansiedad posterior* a su padecimiento de la COVID-19, se pudo determinar que, aunque el 37,1% de los pacientes no presentaron señales de ansiedad, el 62,9% si lo reflejaron de tal manera que el nivel que predomina es la *Ansiedad Moderada* con un 28,1%, seguida de la *Ansiedad Leve* el cual obtuvo un 27,0% y para finalizar se tiene la *Ansiedad Grave* con tan sólo el 7,9%.

Figura 3

TEPT según nivel en pacientes post- cuidados intensivos COVID-19



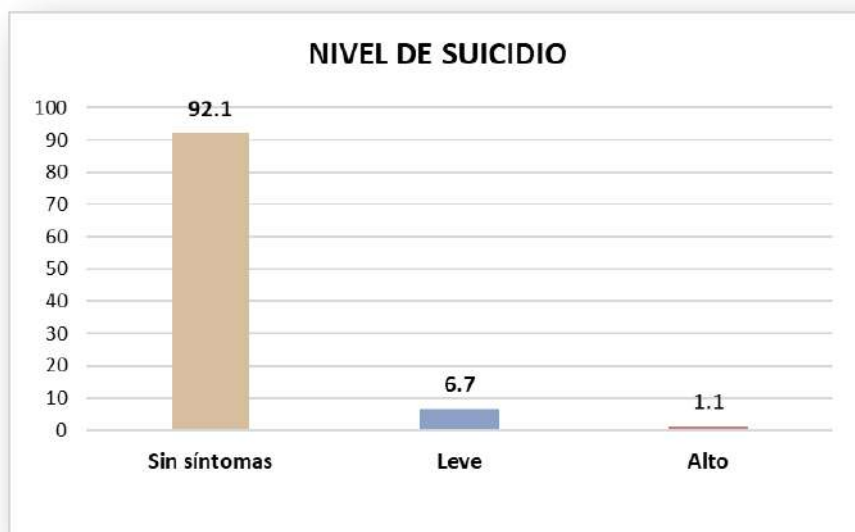
Nota. Hospital MINSA Huaraz 2020-2021.

Con respecto a las personas que conformaron el estudio que fueron sobrevivientes de la COVID-19 y posteriormente presentaron problemas asociados al TEPT, se aprecia que el 30% de dichos pacientes no presentaron ningún síntoma de este tipo; sin embargo, el 70% de ellos si mostraron algún nivel de estrés y en su desagregación se obtuvo que el 26% padecen de *Estrés severo*.

En el mismo orden y sentido, el 18% de los pacientes post COVID-19 en el estudio sufren niveles de *Estrés Leve*, mientras que el 15% fueron diagnosticados con niveles de *Estrés Moderado* y para finalizar el 11% reflejó niveles Altos de Estrés en la investigación.

Figura 4

Riesgo de suicidio por niveles en pacientes post cuidados intensivos COVID-19.



Nota. Hospital MINSA Huaraz 2020-2021.

El último padecimiento mental para analizar es el *Riesgo al Suicidio*, el cual se pudo manifestar en las personas en el estudio que han sido sobrevivientes al COVID-19 una vez superado este padecimiento.

En los resultados se aprecia que el 92,1% de los pacientes no presentaron ningún síntoma riesgo de suicidio pero el 7,9% sí lo mostraron, de los cuales fue de manera *Leve* con el 6,7% y con un nivel *Alto*, sólo el 1,1%.

Tabla 4

Factores sociodemográficos considerados de Riesgo para los pacientes post-cuidados intensivos COVID-19, de acuerdo a los problemas de salud mental que padecen.

Salud Mental		OR		IC 95%	p-valor
Depresión	Sexo	0,989	0,374	2,614	0,982
	Edad	1,550	0,438	5,484	0,135
	Zona	0,197	0,023	1,681	0,103
	Ocupación	0,977	0,416	2,293	0,957
Ansiedad	Sexo	0,875	0,324	2,358	0,791
	Edad	0,341	0,254	0,458	0,008
	Zona	1,020	0,227	4,575	0,979
	Ocupación	0,962	0,406	2,280	0,929
TEPT	Sexo	1,319	0,480	3,622	0,590
	Edad	7,625	0,755	76,965	0,047
	Zona	0,302	0,035	2,585	0,250
	Ocupación	1,396	0,564	3,456	0,470
Suicidio	Sexo	0,430	0,089	2,087	0,284
	Edad	0,918	0,861	0,978	0,550
	Zona	0,914	0,854	0,977	0,386
	Ocupación	0,124	0,014	1,078	0,028

Nota. Hospital MINSA Huaraz 2020-2021.

Depresión

En cuanto a la *depresión* como problema de salud mental, no muestra indicios de que esté asociado a factores demográficos del sobreviviente Post-COVID-19, debido a que los resultados no son estadísticamente significativos con respecto a las variables analizadas.

Ansiedad

De acuerdo al problema de la *ansiedad*, los resultados reflejan que para el factor edad el OR arroja como resultado 0,341 el cual es un factor de protección para la ansiedad cuando el paciente es adulto o adulto mayor, por lo que se puede interpretar que existe una asociación negativa entre los niveles de *ansiedad* del paciente post COVID-19 (p-valor=0,008) y la edad cronológica del individuo.

En el caso de la variable sexo, la zona de procedencia del paciente y la ocupación de los pacientes no presentaron algún tipo de asociación con la *ansiedad* ya que resultaron no ser significativas en el estudio.

Trastorno de Estrés Postraumático

Respecto al problema de *Trastorno de Estrés Postraumático* se puede observar que existe significancia con el factor edad (p-valor=0,047), además se puede decir con el resultado obtenido por el OR que las personas analizadas en la investigación que presentaron mayor edad cronológica tienen 7,62 veces más posibilidades de padecer de Estrés Postraumático producto de su sobrevivencia a la COVID-19.

Por otra parte, los factores tomados en consideración como: sexo, zona de procedencia y la ocupación del paciente no son factores de riesgo en el estrés para la salud mental.

Riesgo de suicidio

En cuanto al *suicidio*, se ve influenciado por el factor ocupación al resultar ser significativo (p=0,028) pero es un factor de protección al obtener un resultado del OR igual a 0,124; por lo tanto, se puede decir, existe una asociación negativa entre el riesgo al suicidio del individuo y la ocupación del paciente, en otras palabras, la ocupación del individuo es su protección ante el suicidio. Asimismo,

los factores sexo, edad y zona de procedencia no resultaron ser estadísticamente significativos.

Tabla 5

Las vivencias consideradas como factores de riesgo en pacientes post- cuidados intensivos COVID-19, de acuerdo a los problemas de salud mental que padecen.

Salud Mental		OR	IC 95%		p-valor
Depresión	Contacto con cadáver	5,064	0,595	43,094	0,103
	Familiar fallecido	2,683	1,061	6,779	0,034
	Número de consultas asociadas a la salud mental	0,369	0,110	1,232	0,096
Ansiedad	Contacto con cadáver	4,571	0,537	38,937	0,131
	Familiar fallecido	1,855	0,746	4,610	0,181
	Número de consultas asociadas a la salud mental	0,273	0,073	1,029	0,045
TEPT	Contacto con cadáver	1,500	1,286	1,750	0,050
	Familiar fallecido	5,750	1,78	18,577	0,002
	Número de consultas asociadas a la salud mental	0,230	0,049	1,082	0,047
Suicidio	Contacto con cadáver	1,095	1,024	1,170	0,386
	Familiar fallecido	1,172	0,246	5,584	0,842
	Número de consultas asociadas a la salud mental	0,299	0,060	1,476	0,120

Nota. Hospital MINSAs Huaraz 2020-2021.

Depresión

Analizando a los participantes del estudio, se demuestra que las vivencias de los sobrevivientes de la COVID-19 tienen una gran influencia en la aparición de la *Depresión* posteriormente a su recuperación, tal es el caso que se presenta cuando el paciente en estudio ha sufrido la pérdida física de un familiar debido al contagio del SARS-CoV-2.

En este sentido, los resultados de la investigación reflejan que las 89 personas en estudio tienen 2,68 veces más riesgo de padecer *depresión* en cualquiera de sus

niveles producto de haber tenido un *familiar fallecido por coronavirus*, esto se puede aseverar porque existe una asociación positiva entre ambas variables.

En el caso del factor *número de consultas en servicios de salud mental* o que hayan tenido *contacto con cadáver de COVID-19* con respecto a la variable *depresión*, no se presentó algún tipo de relación estadísticamente significativa como para ser tomados en consideración decisoria.

Ansiedad

En el caso de las personas en el estudio que fueron diagnosticadas con *Ansiedad*, el estudio reveló en el último renglón de salud mental que el $OR=0,273$ lo que significa que el número de consultas asociadas a la salud mental es un factor de protección ante la presencia de la *Ansiedad* en las personas sobrevivientes al COVID-19 en estudio.

Y para aquellos pacientes que han tenido contacto con algún cadáver COVID-19 ($p\text{-valor}=0,131$) o hayan tenido un familiar fallecido ($p\text{-valor}=0,181$), se pudo determinar que ambos no son factores de riesgo para tener un problema de ansiedad en pacientes post COVID-19.

Trastorno de Estrés Postraumático

Para el problema del *Trastorno de Estrés Postraumático* se puede apreciar en la Tabla 5 que todos los factores tomados en consideración para la pesquisa resultaron ser estadísticamente significativos. En primer lugar, se develó que aquellos pacientes sobrevivientes al coronavirus en la investigación que han estado expuestos al contacto con cadáveres fallecidos por SARS-CoV-2 tienen 1,5 veces más riesgo de presentar síntomas de *Trastorno de Estrés Postraumático* que las personas sobrevivientes del COVID-19 que no han vivido esa experiencia.

En el mismo orden de ideas, se dilucidó que para aquellos pacientes que han tenido un familiar fallecido, ellos tienen 4,8 veces más riesgo de desarrollar el *Trastorno de Estrés Postraumático* que aquellos pacientes que no hayan tenido algún familiar perecido.

Adicionalmente, se tiene que los pacientes en el estudio que no hayan tenido alguna consulta en servicios de salud mental, al ser el OR=0,230, indica que un factor de protección es la asistencia frecuente a las consultas médicas para la salud mental en donde se evidencia una disminución del padecimiento del *Trastorno de Estrés Postraumático* en los individuos analizados.

Riesgo de suicidio

Y finalmente, se puede decir en el tema del *riesgo al suicidio* que ninguno de los factores se encuentra estadísticamente asociados, es decir el haber estado en contacto con un cadáver que padeció COVID-19 o, el haber tenido algún familiar fallecido o, al no tener consultas en el servicio de salud mental, no son expuestos a tener problemas de suicidio.

Tabla 6

Tiempo como factor de riesgo en pacientes post-cuidados intensivos COVID-19, de acuerdo a los problemas de salud mental que padecen.

Salud Mental		OR		IC 95%	p-valor
Depresión	Post-viral	3,448	1,286	9,243	0,012
	PostUCI	4,932	1,521	15,990	0,005
	Posthospitalización	8,957	1,934	41,476	0,001
Ansiedad	Post-viral	1,859	0,731	4,724	0,190
	PostUCI	2,311	0,814	6,560	0,110
	Posthospitalización	3,160	0,961	10,393	0,050
TEPT	Post-viral	3,394	1,138	10,127	0,024
	PostUCI	7,372	1,597	34,033	0,004
	Posthospitalización	0,661	0,553	0,790	0,001
Suicidio	Post-viral	1,371	0,287	6,548	0,692
	PostUCI	2,045	0,424	9,877	0,365
	Posthospitalización	2,667	0,546	13,020	0,211

Nota. Hospital MINSAs Huaraz 2020-2021.

Depresión

En virtud de los resultados obtenidos en la Tabla 6 se puede observar que los pacientes que han sido diagnosticados positivo con la COVID-19 tienen 3,4 veces más riesgo de presentar síntomas de *depresión*, puesto que existe una asociación positiva entre ellos (p -valor=0,012 valor inferior al 5% del nivel de significancia).

Asimismo, se puede dilucidar que aquellos pacientes dados de alta en la UCI por contagio de la COVID-19 poseen 4,9 veces más riesgo de sufrir de *depresión*, ya que existe una significativa asociación con el problema de depresión.

En cuanto a los pacientes con fechas mayores a 18 meses dados de alta desde su última hospitalización tienen 7,9 veces más riesgo de presentar síntomas de *depresión*, esto lo respalda la asociación positiva que existe con el problema de depresión (p =0,001).

Ansiedad

De acuerdo al tema de este tipo de trastorno de salud mental, al ser significativo con el factor dado de alta de su última hospitalización (p -valor=0,05), los pacientes tienen 3 veces más riesgo de padecer de *Ansiedad*. Mientras que los factores “diagnóstico positivo” y “dados de alta de UCI” no son factores de riesgo para sufrir de problemas de ansiedad.

Trastorno de Estrés Postraumático

En este renglón se puede apreciar que los factores, “diagnóstico positivo”, “dados de alta de UCI” y “dados de alta desde su última hospitalización” resultaron ser estadísticamente significativos (p -valor=0,024; 0,04 y 0,001, respectivamente).

Analizando los resultados de la investigación, se pudo conocer que los pacientes que han sido diagnosticados positivo con la COVID-19 tienen 3,3 veces más riesgo de presentar síntomas de *Trastorno de Estrés Postraumático*.

Igualmente se pudo determinar, que los sobrevivientes al COVID-19 que estuvieron en UCI y le dieron de alta tienen 7,4 veces más riesgo de presentar síntomas de *Trastorno de Estrés Postraumático*.

A este tenor se tiene que para los pacientes que le dieron de alta desde su última hospitalización por el SARS-CoV-2, no presentan riesgos de manifestar síntomas relacionados al *Trastorno de Estrés Postraumático*.

Riesgo de suicidio

De acuerdo a los resultados de la Tabla 6, se pudo apreciar que ninguno de los factores tomados en consideración como: “diagnóstico positivo”, “datos de alta de UCI” y “datos de alta desde su última hospitalización”, se encuentran estadísticamente asociados con el problema de riesgo de suicidio, ello significa que estos factores no exponen a los pacientes a cometer un suicidio.

Análisis de los resultados obtenidos

Los diversos estudios realizados en pacientes post infección grave por COVID-19 presentan resultados asociados a problemas en dominios físicos, cognitivos y psicológicos, los cuales podrían estar influenciados por perturbaciones fisiológicas, des condicionamiento y otros factores estresantes, las cuales se les han establecido como entidades diagnósticas como: síndrome post-intensivo, síndrome post-hospitalización y síndrome post-viral (84).

En relación a la prevalencia de la depresión hallada en la población estudiada de sobrevivientes de COVID-19 sometidos a ventilación mecánica es de 60,7%, es decir, una de cada seis personas tiene sintomatología depresiva. En los pocos estudios encontrados en la literatura científica realizada exclusivamente en este tipo de sobrevivientes en la pandemia por SARS-CoV-2 han encontrado prevalencias entre 3 y 28% (85, 86, 87). En pacientes hospitalizados en formas moderadas o leves han informado prevalencias entre 4,9 y 42,5% (88, 89, 90, 91; 92, 93, 94) utilizando diversos instrumentos de cribaje.

La prevalencia de ansiedad en la población estudiada es de 62,9%; teniendo la mitad de ellos sintomatología de moderada a grave. Estos valores hallados son bastantes altos para supervivientes de COVID-19 en UCI en comparación con otros estudios que midieron a los pacientes después de 4 a 6 semanas de alta y hallaron 28% (85) o al mes de alta encontraron 12% (87) e incluso a los 3 meses de alta 3% (86). Prevalencias más altas (93,2%) a la del estudio sólo fueron reportadas en un grupo de ancianos diagnosticados con COVID-19 hospitalizados no en UCI, dos semanas después del alta (96). En hospitalizados diferentes a UCI, es decir casos leves a moderados, otros investigadores hallaron síntomas de ansiedad medidos con diferentes instrumentos entre 5,1% y 33,7% (97, 98,99, 100, 101, 102, 103).

Estas prevalencias altas de ansiedad y depresión en la población de estudio, puede deberse a que la población no recibió seguimiento al alta y los síntomas ansiosos con los que tal vez salieron al alta hospitalaria no tuvieron tratamiento, ya que sólo el 20,2% reporta por lo menos un contacto con servicios de salud mental. Aunque estudios de revisión sistemática informaron que la tendencia de los problemas de salud mental después de las pandemias entre el 2002 y 2021 son la de disminuir (46,3 a 38%) en sus prevalencias a partir de los tres meses del alta en comparación al mes de alta. (104)

Pero en definitiva, el estrés postraumático es el trastorno que se ha evidenciado como el de mayor riesgo de presentarse en pacientes sobrevivientes de la infección por COVID-19 que fueron sometidos a tratamiento intensivo en unidades de cuidados intensivos, tal como señala el estudio de seguimiento de caso de la Universidad Hospital de Génova, Italia, que al presentar una infección severa por COVID-19 recibió atención médica intensiva, presentando un síndrome post-intensivo de cuadro delirante, y que luego del seguimiento por tres meses por el equipo psiquiátrico ayudaron en la mejoría clínica del paciente, en especial de su estado mental, a pesar de haberse evidenciado diversos factores predictores de estrés postraumático post unidad de cuidados intensivos. (105)

La prevalencia del riesgo del estrés post traumático de los pacientes sobrevivientes post infección por COVID-19 fue de 69,7% (IC 95%: 60,1-79,2), lo cual no coincide con estudios internacionales como el estudio realizado en conjunto en Japón y Suiza, quienes realizaron el seguimiento por tres meses de pacientes post-infección por COVID-19, hallando una prevalencia del 8% (106), sin embargo, de acuerdo al punto de corte de la escala utilizada (IESR – Impact of Event Scale-Revised), se obtiene una prevalencia del 66% de estrés postraumático (106), que es muy cercano a punto de corte utilizado con la EETS del presente estudio. Además, el riesgo de desarrollar trastornos mentales tipo estrés

postraumático en condiciones post-COVID fue significativo (2,44 (95% CI: 1.10–5,43)) , lo cual coincide con el presente trabajo.

De igual manera, los resultados de prevalencia de estrés postraumático del presente estudio, variaron con los resultados obtenidos en el estudio realizado en Gwalior, Madhya Pradesh -India Central, donde hallaron una prevalencia del 17,2% de los participantes. (106)

En el estudio realizado a pacientes post infección por COVID-19 que fueron atendidos en un hospital estatal del III y IV niveles de complejidad de la población de Santa Marta y 29 en otros municipios del Departamento del Magdalena, Colombia, la prevalencia de estrés postraumático fue del 13,33%. (107)

Igualmente, en estudio realizado a pacientes del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sao Paulo – Brasil, de casos severos de infección por COVID-19, que fueron evaluados a 6 y 9 meses de seguimiento, se halló una prevalencia de 13,6% de estrés postraumático (99).

De acuerdo al estudio de pandemias previas a la de COVID-19, los investigadores de la Universidad de Haifa – Israel, han determinado que hasta un 30% de los sobrevivientes de enfermedad grave por COVID-19 desarrollará trastorno de estrés postraumático, en el trascurso post-hospitalización, siendo necesario prevenirla. (108)

En el estudio de seguimiento a pacientes del Hospital de Wuhan Jin-Yintan de China, que tuvieron infección por COVID-19, se halló el desarrollo de estrés postraumático a los 6 meses, con una prevalencia del 13,11%, y a 12 meses, con una prevalencia del 6,07% (100).

Los factores de riesgo encontrados para la depresión fue la experiencia de haber tenido un familiar fallecido con COVID-19 (OR= 2,7) y tener más de 18

meses de estado post-viral (OR= 3,4), postintensivo (OR=4,9) o posthospitalización (OR= 8,9). No existen trabajos semejantes para poder comparar estos factores.

Cabe indicar que las experiencias vividas por la población general durante la pandemia, como el haber tenido un familiar fallecido por COVID-19, fue factor de riesgo para el insomnio y estrés. Por otro lado, en un grupo de pacientes hospitalizados por COVID-19, fueron factores para ansiedad o depresión el haber tenido familiares o conocidos infectados y el contacto con otros pacientes hospitalizados.(109)

En hospitalizados diferentes de UCI, se hallaron como factores de riesgo para la depresión después del alta: ser mujer, depresión en hospitalización, sintomatología física al alta y autoestigmatización. (108)

El único factor de riesgo en el estudio encontrado para sintomatología ansiosa es el haber sido dado de alta de hospitalización más de 18 meses (OR=3,2). No existen estudios semejantes. Pero en pacientes sobrevivientes hospitalizados en servicios diferentes a UCI, hallaron como factores de riesgo para ansiedad: ser mujer, hipertensión arterial, obesidad, sintomatología somática al alta, autoestigmatización, noticias negativas y poco apoyo social percibido. (86, 108, 105)

En este estudio se halló un factor de riesgo asociada a la edad (p-valor=0.047), donde los adultos mayores tendrían mayor riesgo a sufrir estrés postraumático en sobrevivientes por infección por COVID-19, lo cual coincide con el estudio realizado en conjunto en Japón y Suiza, donde hallaron que la edad adulta fue un factor protector para el desarrollo de estrés postraumático (OR 0.97 (95% CI: 0.94 – 0.99)) no así en adultos mayores (p= 0.015). (107)

Además, los factores sexo, zona de procedencia y la ocupación del paciente, no son factores de riesgo en el estrés postraumático para la salud mental, lo cual no coincide con un estudio de en India Central (103), donde hallaron una relación significativa entre el sexo masculino y desarrollo de estrés postraumático en paciente post infección COVID-19, lo mismo sucede con ocupación y nivel socio económico ($p < 0.001$).

En el estudio de seguimiento a pacientes del Hospital de Wuhan Jin-Yintan de China, que tuvieron infección por COVID-19, se halló la relación entre estrés postraumático y el sexo masculino (SD: 10.23 (0.68)) en el seguimiento a 12 meses post-hospitalización. (102)

Se establecieron otros factores de riesgo que han sido evaluados, no encontrándose estudios similares o parecidos, siendo los primeros en tomar estas variables que tiene mucha relación con los estados de trastorno mental a corto y largo plazo como es el estrés postraumático. De tal forma que han resultado ser estadísticamente significativos, para aquellos pacientes expuestos a haber tenido contacto con algún cadáver de la COVID-19, que tiene el mayor riesgo de presentar estrés postraumático.

De igual forma, en aquellos pacientes que tuvieron algún familiar fallecido sin embargo, en aquellos pacientes que no tuvieron ninguna atención en los servicios de salud mental, se halló un factor de protección para desarrollar estrés postraumático, con un $OR=0.230$, lo cual podría indicar que aquellos que desarrollaron grados altos de estrés postraumático requerían mayor atención en un servicio de salud mental.

De igual manera, para evaluar el problema del estrés postraumático se consideraron los factores, tales como: el tiempo transcurrido desde el diagnóstico positivo (síndrome post-viral), el tiempo en que fueron dados de alta de UCI (síndrome post-intensivo) y el tiempo en que fueron dados de alta desde su última

hospitalización (síndrome post-hospitalización), cuyos resultados hallados fueron estadísticamente significativos (p -valor=0.024, 0.04 y 0.001, respectivamente) con su relación con el desarrollo de estrés postraumático; sin embargo, no se han hallado estudios similares para su comparación.

Para concluir, se considera que la prevalencia de los problemas de salud mentales en pacientes sobrevivientes a la Unidad de Cuidados Intensivos por COVID-19 fueron: depresión 60,7%; ansiedad 62,9%; Trastorno Estrés post Traumático 69,7% y Riesgo de suicidio 7,9%.

De la misma forma, los factores de riesgo para depresión en la población fueron: tener un familiar fallecido por COVID-19 (OR=2,7), más de 18 meses de alta post viral (OR=3,5), post-intensiva (OR=4,9) o post-hospitalización (OR=9).

Asimismo, los factores de riesgo para TEPT en la población lo fueron: contacto con cadáveres (OR=1,5), familiar fallecido por COVID-19 (OR=5,8) y tener más de 18 meses de alta post-viral (OR=3,4) o post-intensiva (OR=7,3).

Y por último se tiene que los factores de riesgo para ansiedad y riesgo para suicidio en la población no existieron.

Referencias

- 1.- Hossain MM, Tasnim S, Sultana A, et al. Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review. *F1000Res.* 2020; 9:636. Published 2020 Jun 23. doi:10.12688/f1000research.24457.1
- 2.- Cadd M, Nunn M. Una evaluación AE de la recuperación de COVID-19 posterior a la UCI. *J cuidados intensivos.* 2021; 9 (29). <https://doi.org/10.1186/s40560-021-00544-w>
- 3.-Canavera C. Atención de salud mental durante y después de la UCI: una llamada a la acción. *Chest Journal.* 2020; 158(5). <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.06.028>
- 4.- Rousseau AF, Minguet P, Colson C. et al. Síndrome post-cuidados intensivos después de un COVID-19 crítico: estudio de cohorte de una clínica de seguimiento belga. *Ana. Cuidados intensivos.* 2021; (11) 118. <https://doi.org/10.1186/s13613-021-00910-9>
- 5.- Universidad de Buenos Aires. Secuelas psicológicas en personas que tuvieron COVID-19. Buenos Aires: UBA; 2021. [citado 2021 Agost 19]. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/opsa/informes/secuelas_psicologicas_en_personas_q_tuvieron_COVID_19.pdf
- 6.-Ministerio de Salud del Perú [en línea]. Perú: La salud mental después de la COVID-19. 2020. [citado 2021 Agost 19]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/saludpol/noticias/302237-la-salud-mentaldespues-de-la-COVID-19>
- 7.-Ahumada D, Partarrieu R. Seguimiento e intervención a pacientes dados de alta post cuidados intensivos producto de COVID-19. *Revista Confluencia.* 2020; 3(2): 187-189. <https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/488>
- 8.-El 90% de ingresos a UCI son pacientes sin ninguna dosis [en línea]. Perú: Diario oficial del bicentenario El Peruano; 2021. [citado 2021 Agost 19]. Disponible en: <https://elperuano.pe/noticia/126591-el-90-deingresos-a-uci>
- 9.-Taquet M, Luciano S, Geddes JR, Harrison PJ. Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA [published correction appears in *Lancet Psychiatry.* 2021 Jan;8(1): e1]. *Lancet Psychiatry.* 2021;8(2):130-140. doi:10.1016/S2215-0366(20)30462-4

10.-Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica nuevo coronavirus (COVID-19) [Internet]. Ginebra; 2020. [citado 2021 Agost 19]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/vigilancia-global-enfermedad-causadapor-infeccion-humana-con-nuevo-coronavirus-COVID-19>

11.-Ministerio de la Sanidad. Información científica técnica. Enfermedad por coronavirus, COVID-19 [Internet] España: Ministerio de Sanidad; 2020. [citado 2021 Agost 19]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCoV-China/documentos/ITCoronavirus.pdf>

12.-PAHO. Sistema de información COVID-19 para la Región de las Américas. [Internet] 2020 [citado 2021 Agost 19]. Disponible en: <https://paho-COVID19-response-who.hub.arcgis.com/%7D>

13.-Ministerio de Salud del Perú. Sala Situacional COVID-19. [Internet] Perú: Lima; 2020 [citado 2021 Agost 19]. Disponible en: https://COVID19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp

14.-EsSalud. Recomendaciones de manejo clínico para los casos de COVID 19. [Internet] 2020. [citado 2021 Agost 21]. Disponible en : http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/RECOMEND_MANEJO_CLINICO_PARA_LOS_CASOS_DE_COVID_19.pdf

15.- Grupo de Trabajo Mexicano COVID-19/COMMEC. Guía COVID-19 para la atención del paciente crítico con infección por SARS-coV-2. Colegio Mexicano de Medicina Crítica. Medicina Crítica. 2020;33(1):7-42.

16.-EsSalud. Recomendaciones de manejo clínico para los casos de COVID 19. [Internet] 2020. [citado 2021 Agost 21]. Disponible en : http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/RECOMEND_MANEJO_CLINICO_PARA_LOS_CASOS_DE_COVID_19.pdf

17.-Vallejo RJ, et al. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. 8va ed. Barcelona, España: Elsevier Masson.; 2015: 249-252.

18.- Stahl S. Psicofarmacología Esencial de Stahl. 4ta ed. Madrid, España: Ed. Aula Médica; 2014: 253-262.

19.- S, Thase M, & Markowitz J. Treatment and prevention of depression. Psychological Science in the Public Interest. 2002; 3(2):39-77. doi: 10.1111/1529-1006.00008

20.-Fernando L, Ricardo F y Elisardo B. Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX [Internet]. Psicología Conductual. 2000;8(3):417-449. [citado 13 marzo 2022]. Disponible en

file:///C:/Users/User/Desktop/depresion/modelos%20teoricos%20depresion.Vazquez_8-3oa-1%202020.pdf

21.-Arthur M, Nezu A. Problem-solving formulation of depression: A literature review and proposal of a pluralistic model [Internet]. *Clinical Psychology Review* 1987;7(2):121-144, ISSN 0272-7358. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/02727358\(87\)900304](https://doi.org/10.1016/02727358(87)900304). (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0272735887900304>)

22.-Fernando L, Ricardo F y Elisardo B. Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX [Internet]. *Psicología Conductual*.2000;8(3):417-449. [citado 2022 Mar 13]. Disponible en file:///C:/Users/User/Desktop/depresion/modelos%20teoricos%20depresion.Vazquez_8-3oa-1%202020.pdf

23.-Abramson LY, Seligman MEP y Teasdale JD. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*. 1978;(87)49-74.

24.-Beck AT, Rush AJ, Shaw BF y Emery G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.

25.-Ramírez LA, Pérez-Padilla EA, García-Oscos F, et al. Sistema inmunológico y quinurenina en la depresión Revisión de tema. *Biomédica* 2018;38:437-50 doi: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i3.3688>

26.-Gasto C, Navarro V. Guía interactiva para pacientes con enfermedades de larga duración [Internet]. 2007 <https://consaludmental.org/publicaciones/DvdDepresion.pdf>

27.-Modelos psicoterapéuticos para la depresión: hacia un enfoque integrado. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology (IJP)*. 2017;51(2):181-189.

28.-Mayo Clinic. Trastorno de Estrés Postraumático (TETP) [Internet]. [citado 23 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/post-traumatic-stress-disorder/symptoms-causes/syc-20355967>

29.-Terry-Jordán Y, Bravo-Hernández N, Elias-Armas KS, Espinosa-Caras I. Aspectos psicosociales asociados a la pandemia por COVID-19 [Internet]. *Revista Información Científica*. 2020;99:585–595. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3113>. [Google Scholar]

30.-Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DEM-5) [Internet]. Washington, DC, EE. UU.: Pub

psiquiátrico americano; 2013. Disponible en: https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf.

31.- Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang B, et al. The mental health of medical workers in Wuhan China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020;7:e14. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30047-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30047-X/fulltext). [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

32.- Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Respuestas psicológicas inmediatas y factores asociados durante la etapa inicial de la epidemia de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) entre la población general en China. *J Environ Res Salud Pública* [Internet]. 2020;17:1729. Disponible en: <https://sepsis-one.org/immediate-psychological-responses-and-associated-factors-during-the-initial-stage-of-the-2019-coronavirus-disease-covid-19-epidemic-among-the-general-population-in-china/> [Google Scholar]

33.- Forte G, Favieri F, Tambelli R, Casagrande M. COVID-19 pandemic in the Italian population: Validation of a post-traumatic stress disorder questionnaire and prevalence of Ptsd symptomatology *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020;17:4151. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC7312976/> [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

34.- Parrado-González A, León-Jariego JC. COVID-19: factores asociados al malestar emocional y morbilidad psíquica en población española. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2020;94:82. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7721455>. [PubMed] [Google Scholar]

35.- Villca-Villegas JL, Moreno-Choque RA, Gomez-Verduguez CA, Vargas-Aguilar AA. Influencia de la pandemia del Covid-19 en la salud mental de los trabajadores en salud: pandemia de COVID-19 y salud mental en trabajadores en salud. *Gac Med Bol.* [Internet]. 2022;44:75–80. Disponible en: <http://www.gacetamedicaboliviana.com/index.php/gmb/article/view/200>. <https://doi.org/10.47993/gmb.v44i1.200>. [Google Scholar]

36.- Group WHOQOL. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality-of-Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research: An International Journal of Quality-of-Life aspects of treatment, care and rehabilitation* [Internet]. 1993;2(2):153-159. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8518769/>. [PubMed]

37.- Kandula U.R., Wake A.D. Assessment of Quality of Life Among Health Professionals During COVID-19: Review. *J Multidiscip Healthc*

[Internet]. 2021;14:3571–3585. doi: 10.2147/JMDH.S344055. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

38.- Gutiérrez BD, Mosqueda MEE, Joaquín VH, Morales FJA, Cruz SAX, Chávez AJE, et al. Efectos a largo plazo de la COVID-19: una revisión de la literatura. Acta Med Grupo Angeles [Internet].2021;19:421–428. doi: 10.35366/101741. [CrossRef] [Google Scholar]

39.- Starfield B. Is primary care essential? [Internet]. Lancet.1994;344:1129–1133. [PubMed] [Google Scholar]

40.- Strawn JR, Keeshin BR, Del Bello MP, et al. Psychopharmacologic treatment of posttraumatic stress disorder in children and adolescents: A review. J Clin Psychiatry [Internet]. 71(7):932-941. doi: 10.4088/JCP.09r05446blu

41.- Connor DF, Grasso DJ, Slivinsky MD, et al. An open-label study of guanfacine extended release for traumatic stress related symptoms in children and adolescents. J Child Adolesc Psychopharmacol [Internet].2013; 23(4):244-251.

42.- Keeshin BR, Ding Q, Presson AP, et al: Use of prazosin for pediatric PTSD-associated nightmares and sleep disturbances: A retrospective chart review. Neurol Ther. [Internet].2017; 6(2):247-257. doi: 10.1007/s40120-017-0078-4.

43.-Pulido FR. El suicidio y sus interpretaciones teóricas. Psiquis. 1990; 11:6.

44.-Marroquin G. Teoría psicológica interpersonal del comportamiento suicida [Internet]. Psicología y Mente. 2018 [citado 2021 Jul 28]. Disponible en: [https://psicologiymente.com/clinica/teoria-psicologica-interpersonal comportamientosuicida](https://psicologiymente.com/clinica/teoria-psicologica-interpersonal-comportamientosuicida)

45.-Tolosa A. Un estudio identifica 22 genes con posible relación con el suicidio [Internet]. Genotipia. 2021 [citado 2021 Jul 28]. Disponible en: https://genotipia.com/genetica_medica_news/genetica-del-suicidio

46.-Rodríguez L. La teoría de la acción razonada. Implicaciones para el estudio de las actitudes. Investig Educ Duranguense. 2007;(7):66–77

47.-Huerta R. Conducta suicida en la población general adulta española: un estudio epidemiológico [Internet] [Tesis Doctoral]. [España]: Universidad Autónoma de Madrid. 2014. Disponible en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/664923>

48.-Fonseca-Pedrero E, y Pérez de Albéniz A.Evaluación de la conducta suicida en adolescentes. Papeles del Psicólogo.2020; 41(2):106-115

49.-Gore FM, et al. Global burden of disease Lancet: 2016;18(377): 2093–2102. doi: 10.1016/S0140-6736

- 50.-O'Connor R, y Pirkis J. The International Handbook of Suicide Prevention (2 ed). 2016. Hoboken: Wiley.
- 51.-Borsboom D. A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*. 2017;16, 5–13. doi: 10.1002/wps.20375.
- 52.-Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, Mann JJ. The Columbia-suicide severity rating scale: Initial validity and internal consistency findings *American Journal of Psychiatry*. 2011;168:1266-1277. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.10111704.
- 53.-Cha CB, Franz PJ, Guzmán E, Glenn CR, Kleiman EM, y Nock MK. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*.2018; 59:460-482. doi: 10.1111/jcpp.12831.
- 54.-Pérez-Álvarez M. Para pensar la psicología más allá de la mente y el cerebro: un enfoque transteórico. *Papeles del Psicólogo*. 2018; 39: 161–173.
- 55.-WHO Mental Health. Prevention of Suicidal Behaviours: A Task for All. [Internet] Disponible en : http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/background
- 56.-Bachmann S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(7):1425.
- 57.-Bertolote JM, Fleischmann A. Una perspectiva global en la epidemiología del suicidio. *Suicidology*. 2002.
- 58.-Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, Hepp U, Bopp M, Gutzwiller F, Rössler W. Methods of suicide: International suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bull. World Health Organ*. 2008;86:726–732.
- 59.-Chang B, Gitlin D, Patel R. The depressed patient and suicidal patient in the emergency department: Evidence-based management and treatment strategies. *Emerg. Med. Pract*. 2011;13:23–24 7.
- 60.- Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJ, Vos T, Whiteford HA. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: Findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Med*. 2013.
- 61.-Organización Mundial de la Salud Global Health Estimates 2016: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2016. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018.

62.-Organización Mundial de la Salud Global Health Estimates 2016: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2016. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018.

63.-Hernández-Vásquez A, Azañedo D, Rubilar-González J, Huarez B, Grendas L. Evolución y diferencias regionales de la mortalidad por suicidios en el Perú, 2004-2013. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2016;33(4):751-7

64.- International Labor Organization. Almost 25 million jobs could be lost worldwide as a result of COVID-19, says ILO [Internet]. [citado 18 Marz 2020]. Disponible en: https://www.ilo.org/global/about-theilo/newsroom/news/WCMS_738742/lang--en/index.htm

65.-Leigh-Hunt N, Bagguley D, Bash K, et al. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. Public Health. 2017;152:157-171.

66.- O'Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 2018;373

67.-Pirkis, J. et al. Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: interrupted time series analysis of preliminary data from 21 countries. Lancet Psychiatry, 2021 8(7):579-588. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00091-2)

68.-OMS/OPS. Prevención de la conducta suicida. Washington, DC: OPS, 2016. [Internet]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31167/9789275319192-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>,

69.-Bouza E, Cantón R, De Lucas P, et al. Síndrome post-COVID: Un documento de reflexión y opinión [Post-COVID syndrome: A reflection and opinion paper]. Rev Esp Quimioter. 2021;34(4):269-279. doi:10.37201/req/023.2021

70.-Taquet M, Geddes JR, Husain M, Luciano S, Harrison PJ. 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. Lancet Psychiatry. 2021;8(5):416-427. doi:10.1016/S2215-0366(21)00084-5

71.-Bautista E, et al. Sintomatología y efectos psicológicos en personas sobrevivientes de la COVID-19. Consejo de Ciencia y Tecnología del Estado de Puebla – CONCYTEP. México. [Internet]2020. [citado 2021 Agost 19]. Disponible en: <https://www.concytep.gob.mx/reporte-delproyecto-sintomatologia-y-efectos-psicologicos-en-personas-sobrevivientesde-la-COVID-19/>

- 72.- García V. Experiencia del paciente y la familia sometido a ventilación mecánica invasiva en cuidados críticos. [Tesis de grado]. España: Universitat de les Illes Balears; 2019. [citado 2021 Agost 19]. Disponible en: <https://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/150290>
- 73.-Piquero M. Secuelas psicológicas e impacto emocional tras el alta de una Unidad de Cuidados Intensivos. [Tesis de grado]. España: Universidad de Cantabria. 2017. [citado 2021 Agost 19]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/11609>
- 74.-Zambrana H. Delirium y otras complicaciones neurocognitivas durante el COVID-19. *Revista Ciencias de la Conducta*. [Internet] 2020; 35(1): 179-212. [citado 2021 Agost 19]. Disponible en: <https://cienciasdeconducta.org/index.php/cdc/article/view/23>
- 75.-Mera A. Trastorno psicótico vs delirium en paciente COVID positivo, reporte de un caso. [Tesis de pregrado]. Ecuador: Universidad Técnica de Ambato; 2021. [citado 2021 Agost 19]. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/33044/1/MERA%20VITERI%20ANDREA%20SOLEDAAD.pdf>
- 76.-Ledesma MJ, Reynosa E, Méndez J, Rivera EG, Torres FD, Sanchez S. Estrés y ansiedad en cuatro docentes peruanas después de haber padecido COVID-19.[Internet]*Educación Médica Superior*. 2021;35:1 -16. [citado 2021 Agost 19]. Disponible en: <http://ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/2984>
- 77.-Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire*. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 1999; 282(18):1737–1744.
- 78.-Calderón M, Gálvez-Buccollini JA, Cueva G, Ordoñez C, Bromley C, Fiestas F. Validación de la versión peruana del PHQ-9 para el diagnóstico de depresión. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2012; 29(4):578-9.
- 79.-Spitzer RL; Kroenke K; Williams JB; Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. The GAD – 7. *American Medical Association*. 2006;166: 1092-1097.
- 80.- CJ, Zamorano E, Ruiz MA, Pardo A, Pérez PM, López GV, et al. Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder – 7 (GAD7) scale as a screening tool. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2010. DOI: 10.1186/1477-7525-8-8.

- 81.-Bride BE, Robinson MM, Yegidis B, Figley Ch. Development and validation of the secondary traumatic stress scale. *Research on Social Work Practice*. 2004; 14(1): 27-35.
- 82.- Saiz JL. Examen psicométrico de la escala de estrés traumático secundario: un estudio en profesionales chilenos. *Psicología Conductual*. 2007; 15(3): 441-456.
- 83.-Instituto Especializado de Salud Mental «Honorio Delgado – Hideyo Noguchi». Estudio epidemiológico de salud mental en Huaraz, 2003. Informe General. Lima: El Instituto. 2004.
- 84.-Kieran CA, Ranger TA, Patone M. Secuelas neuropsiquiátricas de COVID-19 grave y otras infecciones respiratorias agudas graves [Internet]. www.intramed.net. [actualizado: may 2022; [citado 2022 Sep 19]. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=101293>
- 85.-Mateo E, Puchades F, Ezzeddine A, Asensio J, Saiz C, López MD. Original Síndrome post cuidados intensivos en COVID-19. Estudio pilotounicéntrico. La calma no llega tras la tempestad. *Med Clin (Barc)*. 2022; 5878.
- 86.-Nanwani-Nanwani K, López-Pérez L, Giménez-Esparza C, Ruiz-Barranco I, Carrillo E, Arellano MS, et.al. Prevalence of post-intensive care syndrome in mechanically ventilated patients with COVID-19. *Scientific Reports*. 2022; 12:7977.
- 87.-Dominguez V, Peña M, De La Fuente C, García F. Evolución funcional y del estado de ánimo de pacientes tras ingreso por COVID-19 en una unidad de Cuidados Intensivos. *Rehabilitación (Madr)*. 2022; 56: 182-187.
- 88.- Gramaglia C, Gattoni E, Gambaro E, Bellan M, Balbo PE, Baricich A, et al. Anxiety, stress and depression in COVID-19 survivors from an Italian cohort of hospitalized patients: results from a 1-year follow-Up. *Front. Psychiatry*. 2022; 13:862651.
- 89.-Huang X, Liu L, Eli B, Wang J, Chen Y, Liu Z. Mental Health of COVID-19 Survivors at 6 and 12 Months Postdiagnosis: A Cohort Study [Internet]. *Front. Psychiatry*. 2022; 13:863698 [citado 2022 Sep 19]. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.863698>
- 90.-Rivera-Izquierdo M, Lainez-Ramos AJ, Guerrero-Fernández I, Ortiz-González R, Serrano-Ortiz A, Fernández-Martínez NF, et.al. Long COVID 12 months after discharge: persistent symptoms in patients hospitalized due to COVID-19 and patients hospitalized due to other causes—a multicenter cohort study. *BMC Medicine*. 2022; 20:92.

- 91.-Keijsers K, Broeders M, Baptista V, Klinkert A, Baar JV, Venrooij LN, et al. Memory impairment and concentration problems in COVID-19 survivors 8 weeks after non-ICU hospitalization: A retrospective cohort study. *Med Virol.* 2022; 94: 4512–4517.
- 92.-Hellgren L, Levi R, Divanoglou A, Birberg-Thornberg U, Samuelsson K. Seven domains of persisting problems after hospital-treated COVID-19 indicate a need for a multiprofessional rehabilitation approach. *J Rehabil Med.* 2022; 54: jrm00301.
- 93.-Pappa S, Barmparessou Z, Athanasiou N, Sakka E, Eleftheriou K, Patrinos S, et al. Depression, Insomnia and Post-Traumatic Stress Disorder in COVID-19 Survivors: Role of Gender and Impact on Quality of Life. *Life. J. Pers. Med.* 2022; 12: 486.
- 94.-Golam S, Rashid U, Kha S, Ghosh P, Shahin M, Afroz F, et al. Psychological impact of COVID-19 pandemic: A cross-sectional study of hospitalized COVID-19 patients in an urban setting, Bangladesh. *Heliyon.* 2022; 8: e09110.
- 95.-Nuñez-Cortés R, Leyton-Quezada F, Pino MB, Costa M, Torres-Castro R. Secuelas físicas y emocionales en pacientes post hospitalización por COVID-19. *Rev Med Chile.* 2021;149:1031-1035.
- 96.-Mowla A, Ghaedsharaf M, Pani A. Psychopathology in Elderly COVID-19 Survivors and Controls. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology.* 2021; 35(3).
- 97.-Fradelos EC, Boutlas S, Tsimitrea E, Sistou A, Turlakopoulos K, Papathanasiou I, et al. Perceived Symptoms, Mental Health and Quality of Life after Hospitalization in COVID-19 Patients. *Pers. Med.* 2022; 12: 728.
- 98.-Rosas-Navarro S, Ortiz-Sulviran M, Andrade-Villa YA, Garay-López VD, Pérez-Márquez V, Pérez-Vázquez JD, et al. Depresión mayor, ansiedad generalizada y estrés postraumático en pacientes recuperados de SARS-CoV-2: una población mexicana. *Int. J. Adv. Multidiscip. Res.* 2021; 8(12): 95-111.
- 99.-Damiano RF, Guimaraes MJ, Vitti-Cincoto A, Castanho de Almeida RC, Serafim A, Bacchi P et al. Post-COVID-19 psychiatric and cognitive morbidity: Preliminary findings from a Brazilian cohort study [Internet]. *General Hospital Psychiatry* 75. 2022;38–45 [citado 2022 Sep 19]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2022.01.002>
- 100.-Huang L, Li X, Gu X, Zhang H, Ren L, Guo L, et al. Health outcomes in people 2 years after surviving hospitalization with COVID-19: a longitudinal cohort study. *Lancet Respir Med.* 2022;10:863–876.

- 101.-Agarwal, A. K., Mahore, S. K., Mahore, R. K., Mahore, R., & Gupta, N. A study of the Mental health assessment among COVID 19 patients: A hospital-based study [Internet]. *International Journal of Health Sciences*. 2022;6(S3):11150–11160 [citado 2022 Sep 19]. Disponible en: <https://doi.org/10.53730/ijhs.v6nS3.8716>
- 102.-Xiao X, Yang X, Zheng W, Wang B, Fu L, Luo D, et.al. Depression, anxiety and post-traumatic growth among COVID-19 survivors six-month after discharge. *European Journal of Psychotraumatology*. 2022;13:2055294.
- 103.-Chen Y, Huang X, Zhang C, An Y, Liang Y, Yang Y, et.al. Prevalencia y predictores de trastorno de estrés postraumático, depresión y ansiedad entre pacientes hospitalizados con enfermedad por coronavirus 2019 en China. *BMV Psiquiatría*. 2021;21:80.
- 104.-Zurcher SJ, Banzer C, Adamus C, Lehmann, Richter D, Kerksieck P. Post-viral mental health sequelae in infected persons associated with COVID-19 and previous epidemics and pandemics: Systematic review and meta-analysis of prevalence estimates. *Journal of Infection and Public Health*. 2022;15:599–608.
- 105.-Benzakour L, Kakoraiti E, Perrin A, Cereghetti S, Assa F. Psychiatric reaction of an intensive care unit survivor in the context of coronavirus disease 2019: a case report [Internet]. *Journal of Medical Case Reports*. 2022;16:263. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13256-022-03450-3>
- 106.-Matsumoto K, Hamatani S, Shimizu E, Käll A, Andersson G. Impact of post-COVID conditions on mental health: a cross-sectional study in Japan and Sweden [Internet]. *BMC Psychiatry*. 2022;22:237 [citado 2022 Sep 19]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03874-7>
- 107.-Campo-Arias A, Pedrozo-Pupo JC, Caballero-Domínguez CC. Relation of perceived discrimination with depression, insomnia and post-traumatic stress in COVID-19 survivors [Internet]. *Psychiatry Research*. 2022;307:114337 [citado 2022 Sep 19]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114337>
- 108.- Greene T, El-Leithyc S, Billings J, Albert I, Birchf J, Campbell M et al. Anticipating PTSD in severe COVID survivors: the case for screen-and-treat [Internet]. *European Journal of Psychotraumatology*. 2022;13:1959707 [citado 2022 Sep 19]. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1959707>
- 109.-Núñez L, Núñez S, Yslado R, Asnate E. Anxiety, depression, insomnia and stress during the COVID-19 Pandemic: prevalence and risk according to associated experiences in the general population. [Internet]. 2022. Disponible en <https://dl.acm.org/doi/proceedings/10.1145/3545729>

110.- Conceptodefinición.de. [Internet]. Definición A Ciencia: Alfa de Cronbach [citado 2023 Abr 10]. Disponible en <https://definicion.de/concepto/>

111.- Barnhill, JW. Manual MSD. [Internet]. 2021. [Revisado médicamente abr. 2020] [citado 2023 Abr 10].

Disponible en <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-psiquiátricos/trastorno-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estrés/trastorno-de-ansiedad-generalizada-tag>

112.- National Institute on Drug Abuse-NIH. [Internet]. La comorbilidad. Estados Unidos: Institutos Nacionales de la Salud (NIH) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos; 2018. [citado 2023 Abr 10]. Disponible en <https://nida.nih.gov/es/areas-de-investigacion/la-comorbilidad>

113.- MedlinePlus en español [Internet]. Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.) [actualizado 27 ago. 2019]. Coronavirus. [revisado 22 feb 2023] [consulta 2023 may 5]; Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/heartattack.html>

114.- Müller-Plotnikow S. Diálogo Pandémico. OMS: ¿Qué es una emergencia sanitaria internacional? [Internet][revisado 31 ene 2020]. Disponible en: <https://www.dw.com/es/oms-qué-es-una-emergencia-sanitaria-internacional/a-52217051>

115.-Alarcón RD, Mazzotti G, Nicolini H. Psiquiatría 3ra ed [Internet]. 2012 [citado 2023 feb 14] Disponible en: https://www.academia.edu/41920081/Libro_de_Psiquiatr%C3%ADa

116.- López Ruiz S, Hernanz Rodríguez GM, Padrón Ruiz O, Ojeda Betancor N. Síndrome Post-UCI: El precio de sobrevivir a reanimación. Rev Elect AnestesiaR [Internet]. 4 de octubre de 2021 [citado 26 feb 2023];13(9). Disponible en: <http://revistaanestesar.org/index.php/rear/article/view/956>

117.- MedlinePlus en español [Internet]. Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.) Hipoxia cerebral [revisado 26 jul. 2022] [consulta 26 feb 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/heartattack.html>

118.-Gilbody S, House A, Sheldon T. Screening and case finding instruments for depression. [Internet]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 4. Art. No.: CD002792. [consulta 26 feb 2023]. Disponible en: DOI: 10.1002/14651858.CD002792.pub2

119.- Insuficiencia Respiratoria ¿Qué es la insuficiencia respiratoria? [Internet]. [revisado 22 Mar 2022] [consulta 26 feb 2023]. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/insuficiencia-respiratoria>

120.- Jiménez Marcial ME, Velásquez PL. Morbilidad en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez" 1995-2001. [Internet] 2021 Gac. Méd. Méx,140(2):155-162 [citado 2023 marzo 26]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo>

121.- Valdés King M. Morbilidad psiquiátrica en pacientes mayores de 18 años. [Internet] 2016 Rev Cubana Med Gen Integr 32(3) [citado 2023 Mar 16] ; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000300006&lng=es.

122.-MAYOCLINIC. COVID-19 efectos a largo plazo [Internet] [revisado jun 28 2022][citado 2023 mar 16] Disponible en <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/coronavirus/in-depth/coronavirus-long-term-effects/art-20490351>

123.-Felman A. Salud mental: definición, trastornos comunes, primeras señales y más. [Internet] Revisado médicamente por Timothy J. Legg, PhD, PsyD 20 agosto 2021 [citado 2023 mar 16] Disponible en: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/salud-mental>

124.-Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de E.E.U.U. SARS-CoV-2 [Internet] 2021 [citado 2023 mar 16]. Disponible en <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/sars-cov-2>

125.- Lupiáñez Seoane P, Muñoz Negro JE, Torres Parejo U, Gómez Jiménez FJ. Estudio descriptivo del síndrome confusional agudo en Urgencias. Aten Primaria. 53:102103 [Internet]2021 [citado 2023 mar 16]. Disponible: [https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-estudio-descriptivo-del-sindrome-confusional-S0212656721000767#/#/](https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-estudio-descriptivo-del-sindrome-confusional-S0212656721000767#/)

126.- López Ruiz S, Hernanz Rodríguez GM, Padrón Ruiz O, Ojeda Betancor N. Síndrome Post-UCI: El precio de sobrevivir a reanimación. Rev Elect AnestesiaR [Internet]. 4 de octubre de 2021 [citado 2023 mar 24];13(9). Disponible en: <http://revistaanestesar.org/index.php/rear/article/view/956>

127.- MAYOCLINIC. Síndrome de Guillain-Barré [Internet]. [revisado jun 14 2022] [citado 2023 mar 24]. Disponible en <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/guillain-barre-syndrome/symptoms-causes/syc-20362793>

128.- Carod-Artal FJ. Síndrome post-COVID-19: epidemiología, criterios diagnósticos y mecanismos patogénicos implicados.[Internet] 2021; Rev Neurol 72 (11):384-396 [citado 2023 mar 24]. Disponible en: doi: [10.33588/rn.7211.2021230](https://doi.org/10.33588/rn.7211.2021230) <https://neurologia.com/articulo/2021230>

129.- Moutier C. Conducta suicida y autoagresión [Internet]. Estados Unidos: Manual MSD. Versión para profesionales; 2021. [citado 19 ene 2023] Disponible en <https://www.msdmanuals.com/es-ve/professional/trastornos-psiquiatricos/conducta-suicida-y-autoagresion/conducta-suicida>

130.- Foundation for Medical Education and Research (MFMER). Trastorno de estrés postraumático (TEPT) [revisado Dec 13, 2022]. [Internet] [citado 19 ene 2023]. Disponible en: <https://middlesexhealth.org/learning-center/espanol/enfermedades-y-afecciones/trastorno-de-estr-s-postraum-tico-tept>

131.- Psicorevista. Trastorno mental según el DSM-5. [Internet] [citado 19 ene 2023]. Disponible en: <https://psicorevista.com/articulos-de-psicologia/definicion-de-trastorno-mental-segun-el-dsm-5/>

132.- Farre Marti JM. ¿Qué es un trastorno psicótico? [Internet] [citado 19 ene 2023]. Disponible en: <https://www.psiquiatriapsicologia-dexeus.com/es/unidades.cfm/ID/5465/ESP/-es-trastorno-psicotico-.htm>

133.- Clínica Universidad de Navarra. Sociedad Española del Sueño [Internet]. Madrid, España: Clínica Universidad de Navarra; 2020. [citado 19 ene 2023] Disponible en <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/trastornos-sueno>

Glosario de términos

A

Alfa de Cronbach

Es un coeficiente que sirve para medir la fiabilidad de una escala de medida, y cuya denominación Alfa fue realizada por Cronbach en 1951.

El alfa de Cronbach es una media de las correlaciones entre las variables que forman parte de la escala. Puede calcularse de dos formas: a partir de las varianzas (alfa de Cronbach) o de las correlaciones de los ítems (Alfa de Cronbach estandarizado). (110)

Ansiedad

Sobre el trastorno de salud mental denominado ansiedad, el DSM-V dice que es la preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar). Al individuo le es difícil controlar la preocupación. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses): 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta. 2. Fácilmente fatigado. 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco. 4. Irritabilidad. 5. Tensión muscular. (111)



Comorbilidad También conocida como "morbilidad asociada", es un término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona. Pueden ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro. La comorbilidad también implica que hay una interacción entre las dos enfermedades que puede empeorar la evolución de ambas. (112)

Coronavirus Son una gran familia de virus que pueden provocar enfermedades tanto a animales como a humanos. Se sabe que, en los humanos, todos los virus de esta familia pueden causar infecciones respiratorias, que pueden ir desde un resfriado normal a una enfermedad grave, como son la SRAS, la MERS o el Covid-19. La primera vez que se habló de este tipo de virus fue en la revista Nature el 16 de noviembre de 1968. Los investigadores lo llamaron 'coronavirus' porque la forma del virus al microscopio era como similar al de la corona solar. (113)

COVID-19 Es la enfermedad causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2. La OMS tuvo noticia por primera vez de la existencia de este nuevo virus el 31 de diciembre de 2019, al ser informada de un grupo de casos de «neumonía vírica» que se habían declarado en Wuhan (República Popular China). (114)

D

Depresión

Se define a la depresión como un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de autoestima, con manifestaciones ideativas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras, con serias repercusiones sobre calidad de vida y el desempeño socio-ocupacional. La depresión es ubicada por la Organización Mundial de la salud, como la cuarta causa de discapacidad a nivel mundial y se prevé que para el 2020 será la segunda causa. La depresión provoca en el sujeto un intenso sufrimiento psíquico, que lo lleva a sentir que no vive y, a no querer seguir viviendo, de manera conjunta, existe una importante discapacidad personal, familiar, social, familiar, vocacional y laboral. Este trastorno promueve y prolonga enfermedades, lo que provoca el empeoramiento de estas, de la calidad de vida y la salud en todos sus campos. Las depresiones se asocian a comorbilidades cardio y cerebro vasculares. Así mismo, resulta frecuente la comorbilidad con otras entidades como la ansiedad y el abuso de sustancias. (115).

E

Emergencia de salud pública de interés internacional

Conocida por sus siglas en inglés PHEIC, se refiere cuando el brote de una enfermedad afecta a más de un país y se requiere una estrategia coordinada internacionalmente para enfrentarlo. Además, debe tener un impacto serio en la salud pública y ser "inusual" e "inesperado". (114)

Estrés

Es peligroso cuando interfiere con la habilidad de vivir una vida normal por un período extenso de tiempo. La persona puede sentirse "fuera de control" y no tener idea de lo que debe hacer, aún si la causa es relativamente insignificante. Esto a su vez puede causarle que esté continuamente fatigado, no se pueda concentrar o esté irritable en situaciones normalmente tranquilas. El estrés prolongado puede aumentar cualquier problema emocional que haya surgido de eventos traumáticos e incrementar pensamientos suicidas o catastróficos. (111)

F

Factores de riesgo del síndrome pos-COVID-19

La persona podría ser más propenso a tener el síndrome pos-COVID-19 en los siguientes casos:

- ✓ Presentó un cuadro de COVID-19 grave, en especial si fue internado o necesitó cuidados médicos intensivos.
- ✓ Presentó determinadas enfermedades antes de contraer el virus de la COVID-19.
- ✓ Presentó una afección de los órganos y tejidos (síndrome inflamatorio multisistémico) mientras tenía COVID-19 o después.

Aparentemente, el síndrome post-COVID-19 es más frecuente en los adultos que en los niños y adolescentes. Sin embargo, cualquier persona que se contagie con la COVID-19 puede tener efectos a largo plazo, incluidas aquellas que no presentaron síntomas o que tuvieron un cuadro leve.

Fisiopatología del síndrome post-UCI

Este síndrome debe entenderse como un todo. Sin embargo, para mejorar su comprensión lo vamos a dividir en disfunción física, cognitiva y psicológica.

Disfunción física: Cualquier paciente con debilidad provocada por su estado crítico y que no estaba presente previo al ingreso. Se entiende como debilidad adquirida en UCI cuando el paciente presenta menos de 48 puntos en la escala del consejo de investigación médica (MRC) en dos exploraciones separadas 24 horas, y que puede estar provocada por neuropatía, miopatía o ambas. Su incidencia es del 40% siendo la polineuropatía la más frecuente.

Disfunción psicológica: Los pacientes en estado crítico van a presentar grandes niveles de estrés no solo físico sino

psicológico durante su ingreso. Entre los supervivientes, se estima que podrían presentar depresión un 30% de los pacientes, ansiedad un 70% y estrés postraumático (SEPT) un 10-50% (entendido como recuerdos angustiosos, pesadillas nocturnas, insomnio, malestar psicológico con esfuerzos por evitar el recuerdo) que puede persistir hasta 14 años tras el alta y siendo más prevalente en el trauma (hasta 60%), y en pacientes con bajo nivel educativo, abuso de alcohol o patología psiquiátrica previa.

Disfunción cognitiva: El ingreso va a provocar que los pacientes presenten al alta alteraciones de la memoria, de la función ejecutiva, del lenguaje, de la atención o de la orientación temporo-visual-espacial que pueden permanecer presentes incluso 6 años después, incrementando además el riesgo de desarrollo de demencia. (116)

H

Hipoxia cerebral Se presenta cuando no llega suficiente oxígeno al cerebro. El cerebro necesita un suministro constante de oxígeno y nutrientes para funcionar. La hipoxia cerebral afecta las partes más grandes del cerebro, llamadas hemisferios cerebrales. Sin embargo, el término con frecuencia se utiliza para referirse a la falta de suministro de oxígeno a todo el cerebro. (117)

I

Instrumentos de cribaje Se ha sostenido que los instrumentos de cribaje (screening) o de detección de casos son un método sencillo, rápido y de bajo coste para mejorar la detección y el tratamiento de la depresión en contextos no especializados, como en la atención primaria y el hospital general. 118

Insomnio

Comprende predominante insatisfacción por la cantidad o la calidad del sueño, asociada a uno (o más) de los síntomas siguientes: 1. Dificultad para iniciar el sueño (en niños, esto se puede poner de manifiesto por la dificultad para iniciar el sueño sin la intervención del cuidador). 2. Dificultad para mantener el sueño, que se caracteriza por despertares frecuentes o problemas para volver a conciliar el sueño después de despertar. En niños, esto se puede poner de manifiesto por la dificultad para volver a conciliar el sueño sin la intervención del cuidador. 3. Despertar pronto por la mañana con incapacidad para volver a dormir. 4. La alteración del sueño causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral, educativo, académico, del comportamiento u otras áreas importantes del funcionamiento. La dificultad del sueño se produce al menos tres noches a la semana, durante un mínimo de tres meses a pesar de las condiciones favorables para dormir. (111)

Insuficiencia respiratoria

La insuficiencia respiratoria es una afección grave que dificulta respirar por uno mismo. La insuficiencia respiratoria se desarrolla cuando los pulmones no pueden llevar suficiente oxígeno a la sangre. La insuficiencia respiratoria aguda ocurre rápidamente y sin mucha advertencia. A menudo es causado por una enfermedad o lesión que afecta la respiración, como neumonía, sobredosis de opioides, derrame cerebral (en inglés) o una lesión pulmonar o de la médula espinal. La insuficiencia respiratoria también puede desarrollarse lentamente. Cuando lo hace, se llama insuficiencia respiratoria crónica. Los síntomas incluyen dificultad para respirar o sensación de que no puede obtener suficiente aire, cansancio extremo, incapacidad para hacer ejercicio como lo hacía antes y somnolencia.(119)

M

Morbilidad neuroológica

La Morbilidad Neuroológica resulta de gran importancia debido a que el cerebro, la médula espinal y los nervios periféricos ejercen un control total de las funciones neurológicas de todo el cuerpo, por lo que las lesiones que afectan a estas estructuras tienen una repercusión enorme en las esferas física, psíquica y social. Esta situación ha llevado a los países desarrollados a realizar algunos estudios con relación a las principales patologías neurológicas, 2-7 lo que ha ayudado a mejorar los protocolos de planeación de los recursos para la atención de estos padecimientos. En los países en vías de desarrollo hay una carencia de este tipo de datos epidemiológicos, sólo existe un estudio de base poblacional en la República Mexicana que identifica la prevalencia de enfermedades neurológicas. (120)

Morbilidad psiquiátrica sustancial

Las enfermedades psiquiátricas están asociadas con una severa morbilidad y mortalidad, pérdida del equilibrio biopsicosocial espiritual y cultural de quienes las padecen y los acompañan. Las mismas constituyen un motivo de consulta frecuente en la práctica médica cotidiana y su magnitud supone un problema no resuelto para la salud pública mundial. La presencia de manifestaciones asociadas a un funcionamiento psicológico psicótico, neurótico, psicopático y deficitario; el consumo de sustancias tóxicas, el alcoholismo y la drogadicción, los trastornos neurocognitivos y las demencias; constituyen el abanico de morbilidad de mayor prevalencia en la clínica psiquiátrica.4 (121)

P

Pandemia

Una pandemia es la afectación de una enfermedad infecciosa de los humanos a lo largo de un área geográficamente extensa, es decir, que se extiende a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de una localidad o región. El vocablo que procede del griego *πανδημία*, de *παν* (*pan*, todo) y *δήμος* (*demos*, pueblo), expresión que significa *reunión de todo un pueblo*. Por lo tanto, el término pandemia hace referencia a la afectación geográfica o numérica en cuanto al número de casos afectados y nunca referencia a la gravedad clínica del proceso. (114).

Pandemia por COVID-19

La pandemia de COVID-19 fue declarada por la OMS una emergencia de salud pública de preocupación internacional el 30 de enero de 2020 ya que se ha extendido por varios países, continentes y todo el mundo, afectando a un gran número de personas. (114).

Problemas de salud continuos post-COVID-19

Las personas que tuvieron COVID-19 grave podrían tener daños en el corazón, los riñones, la piel y el cerebro. También puede haber inflamación y problemas en el sistema inmunitario. No se sabe cuánto podrían durar estos efectos. Los efectos también podrían provocar el desarrollo de afecciones nuevas, como la diabetes o alguna enfermedad del corazón o del sistema nervioso.

Haber tenido COVID-19 grave podría ser otro factor. Las personas que tuvieron síntomas graves de COVID-19 suelen necesitar un tratamiento en la unidad de cuidados intensivos de un hospital. Esto puede provocar una debilidad extrema y el trastorno por estrés postraumático, que es una enfermedad mental desencadenada por un acontecimiento aterrador. (122).

S

Salud mental

Es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. La Organización Mundial de la Salud enfatiza que la salud mental es “más que la ausencia de trastornos o discapacidades mentales”. La salud mental plena consiste no solo en evitar afecciones activas, sino también en cuidar el bienestar y la felicidad continuos. También hace hincapié en que la conservación y el restablecimiento de la salud mental es fundamental a nivel individual, así como en las diferentes comunidades y sociedades de todo el mundo. (123)

SARS-CoV-2

Virus que causa una enfermedad respiratoria llamada enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19). El SARS-CoV-2 es un virus de la gran familia de los coronavirus. Los coronavirus infectan a seres humanos y algunos animales. La infección por el SARS-CoV-2 en las personas se identificó por primera vez en 2019. Se piensa que este virus se transmite de una persona a otra en las gotitas que se dispersan cuando la persona infectada tose, estornuda o habla. Es posible que también se transmita por tocar una superficie con el virus y luego llevarse las manos a la boca, la nariz o los ojos, aunque esto es menos frecuente. También se llama coronavirus 2019-nCoV, coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave de tipo 2 y CoV-SRAG-2. (124).

Síndrome Confusional Agudo (SCA)

Es un síndrome, no una enfermedad, de compleja etiología y a menudo multifactorial que está formado por un conjunto de síntomas y signos relacionados con el nivel de consciencia y el deterioro de funciones cognitivas del paciente. Representa una complicación de otra enfermedad subyacente, que en muchas ocasiones pasa desapercibida y que generalmente modifica el pronóstico de nuestros pacientes, por lo que el reconocimiento precoz de un SCA, la correcta identificación de las causas precipitantes y el establecimiento más adecuado de las pautas terapéuticas resultan de crucial importancia (125).

Síndrome de cuidados post-UCI

Podemos definirlo como el conjunto de síntomas físicos, cognitivos y mentales provocados por el hecho de estar ingresado en una unidad de cuidados intensivos y que conllevan un deterioro en la calidad de vida tras el alta, influyendo en el pronóstico a largo plazo del paciente. El ingreso podría asimismo afectar a los familiares del paciente, entendiéndolo como Síndrome post-UCI familiar. (126)

Síndrome de Cuidados Post-UCI familiar

Del mismo modo que la persona que padece la enfermedad, los familiares o cuidadores de estos pacientes con ingresos prolongados, están en riesgo de desarrollo de depresión, ansiedad, o estrés postraumático, con un deterioro en su calidad de vida, pudiendo suponer incluso la pérdida del empleo. En una revisión de 2012, se expone que hasta el 20% de los familiares tuvieron que dejar su empleo, sin poder recuperarlo el 29% tras el alta del paciente. Por lo tanto, la presencia de disfunción física, mental y/o cognitiva que da lugar al síndrome post-UCI va a suponer una marcada disminución de la calidad de vida de los pacientes, sin poder retomar su puesto laboral ni volver al estado previo al ingreso y es por ello que debemos concienciarnos y darle la importancia que se merece. (126).

Síndrome de Guillain-Barré

El síndrome de Guillain-Barré es un trastorno poco frecuente en el cual el sistema inmunitario del organismo ataca los nervios. Los primeros síntomas suelen ser debilidad y hormigueo en las manos y los pies.

Estas sensaciones pueden extenderse rápidamente y, con el tiempo, paralizar todo el cuerpo. La forma más grave del síndrome de Guillain-Barré se considera una emergencia médica. La mayoría de las personas con esta afección deben ser hospitalizadas para recibir tratamiento.

La causa exacta del síndrome de Guillain-Barré se desconoce. Sin embargo, dos tercios de los pacientes aseguran haber tenido síntomas de infección en las seis semanas anteriores. Estas incluyen una infección por COVID-19, infecciones respiratorias o gastrointestinales, o el virus de Zika.

Hasta el momento, no hay una cura para el síndrome de Guillain-Barré, pero varios tratamientos pueden aliviar los

síntomas y reducir la duración de la enfermedad. Si bien la mayoría de las personas se recuperan por completo del síndrome de Guillain-Barré, algunos casos graves pueden ser mortales. Aunque la recuperación puede tardar varios años, la mayoría de las personas pueden caminar otra vez seis meses después de que hayan comenzado los síntomas. Algunas personas pueden tener efectos persistentes, como debilidad, entumecimiento o fatiga. (127)

***Síndrome
Post COVID-19***

El síndrome post COVID-19 se define por la persistencia de signos y síntomas clínicos que surgen durante o después de padecer la COVID-19, permanecen más de 12 semanas y no se explican por un diagnóstico alternativo. Los síntomas pueden fluctuar o causar brotes. Es una entidad heterogénea que incluye el síndrome de fatiga crónica posviral, la secuela de múltiples órganos y los efectos de la hospitalización grave/síndrome poscuidados intensivos. Se ha descrito en pacientes con COVID-19 leve o grave y con independencia de la gravedad de los síntomas en la fase aguda. Un 10-65% de los supervivientes que padeció COVID-19 leve/moderada presenta síntomas de síndrome post-COVID-19 durante 12 semanas o más. A los seis meses, los sujetos relatan un promedio de 14 síntomas persistentes. Los síntomas más frecuentes son fatiga, disnea, alteración de la atención, de la concentración, de la memoria y del sueño, ansiedad y depresión. Se desconocen los mecanismos biológicos que subyacen, aunque una respuesta autoinmunitaria e inflamatoria anómala o excesiva puede tener un papel importante.(128)

Suicidio

El suicidio es la muerte causada por un acto intencional de autolesión que está diseñado para ser mortal. El comportamiento suicida incluye suicidio consumado, intento de suicidio e ideación suicida. El suicidio suele ser consecuencia de la interacción de muchos factores, siendo la depresión el factor de riesgo de suicidio más frecuente y significativo, aunque no el único. Algunos métodos suicidas, como el empleo de armas de fuego, tienen mayor probabilidad de resultar mortales; no obstante, la elección de un método menos infalible no significa de manera necesaria que la intención de suicidio sea menos seria.

La conducta suicida incluye:

- ✓ *Suicidio consumado*: acto autolesivo intencionado con resultado de muerte.
- ✓ *Intento de suicidio*: acto autolesivo con intención de provocar la muerte, pero que finalmente no resulta mortal. Un intento de suicidio puede dar lugar a lesiones, pero no necesariamente.
- ✓ *Ideación suicida*: pensamientos, planes y actos preparatorios relacionados con el suicidio.

La autoagresión no suicida es un acto autolesivo sin intención de provocar la muerte. Entre estos actos se incluyen: infligirse rasguños o cortes en los brazos, quemarse a uno mismo con un cigarrillo e ingerir una sobredosis de vitaminas. La autolesión no suicida puede ser una forma de reducir la tensión porque el dolor físico puede aliviar el dolor psicológico. También puede ser una petición de ayuda de las personas que aún desean vivir. Estos actos no deben descartarse a la ligera porque las personas con antecedentes de autolesión no suicida presentan un mayor riesgo de suicidio a largo plazo. (129)

T

Trastorno de estrés postraumático

Es una enfermedad de salud mental desencadenada por una situación aterradora, ya sea que la hayas experimentado o presenciado. Los síntomas pueden incluir reviviscencias, pesadillas y angustia grave, así como pensamientos incontrolables sobre la situación. (130).

<i>Trastorno mental</i>	Es aquella “alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o el desarrollo que subyacen en su función mental” (131).
<i>Trastorno psicótico</i>	O Psicosis es una entidad que se caracteriza por una pérdida del contacto con la realidad, es decir, las personas que lo padecen perciben una realidad alterada que creen cierta y que no es la misma que viven el resto de personas. Aunque otras personas les digan que lo que ven o escuchan no existe, quien lo sufre lo puede ver y sentir, y lo asume como cierto a pesar de la evidencia. (132).
<i>Trastornos de sueño</i>	No son una patología grave en sí misma, pero tienen serias implicaciones en la vida diaria como el agotamiento físico, bajo rendimiento, sueño diurno, dificultad para cumplir con las obligaciones profesionales, familiares o sociales. Estos trastornos son: insomnio, hipersomnia, narcolepsia, ronquido y apneas del sueño, parasomnias y otros trastornos, síndrome de las piernas inquietas, terrores nocturnos, pesadillas y sonambulismo. Su origen es muy variado. En ocasiones, aparecen como efecto de otras enfermedades y otras, constituyen factores de riesgo que favorecen la aparición de otras patologías. (133).

CIDE
EDITORIAL



