

UNIVERSIDAD EVANGELICA DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA
TALLER DE INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD EVANGÉLICA
DE EL SALVADOR

**EFFECTO DE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS EN LA SALUD MENTAL EN
LOS PACIENTES DE 20 A 40 AÑOS**

estudio realizado en Unidad Comunitaria de Salud Familiar-Intermedia,
ZACAMIL, en el periodo de julio a agosto 2021.

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO A LA COMISIÓN
EVALUADORA PARA SU REVISIÓN Y APROBACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO
DE DOCTORADO EN MEDICINA

Asesor:

Dra. Cecilia Castro

Presentado por:

Meléndez Reyes Claudia Renée

Merino Torres, Dionne Idayari

Mondragón Benavides, Margarita Lorena

SAN SALVADOR, OCTUBRE 2021.

UNIVERSIDAD EVANGELICA DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

DOCTORADO EN MEDICINA

TALLER DE INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD EVANGÉLICA
DE EL SALVADOR

**EFFECTO DE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS EN LA SALUD MENTAL EN
LOS PACIENTES DE 20 A 40 AÑOS**

estudio realizado en Unidad Comunitaria de Salud Familiar-Intermedia,
ZACAMIL, en el periodo de julio a agosto 2021.

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO A LA COMISIÓN
EVALUADORA PARA SU REVISIÓN Y APROBACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO
DE DOCTORADO EN MEDICINA

Asesor:

Dra. Cecilia Castro

Presentado por:

Meléndez Reyes Claudia Renée

Merino Torres, Dionne Idayari

Mondragón Benavides, Margarita Lorena

SAN SALVADOR, OCTUBRE 2021.

Contenido

Agradecimientos.....	4
Resumen.....	5
Introducción	6
CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
A. Situación problemática	8
B. Enunciado del Problema	10
C. Objetivos de la investigación.....	10
D. Contexto de la Investigación	10
E. Justificación	13
F. Factibilidad.....	15
G. Delimitación	17
CAPITULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	18
2.1 ESTADO ACTUAL.....	19
2.2.1 MARCO HISTORICO	30
2.2.2 MARCO TEORICO.....	40
2.2.3 MARCO CONCEPTUAL	68
CAPITULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	71
A. Enfoque y tipo de investigación	71
B. Sujetos y objeto de estudio	72
C. Variables e indicadores	73
D. Técnicas, materiales e instrumento	74
E. Procesamiento y análisis de la información.....	75
F. Matriz de Congruencia	78
G. Estrategias de utilización de resultados.....	80
H. Aspectos ético-legales.....	81
I. Limitantes	82
CAPITULO IV. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	84
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	95
Referencias Bibliográficas.....	99
ANEXOS	108

Agradecimientos

El agradecimiento de este trabajo de investigación va dirigido en primera instancia a la Región de Salud Metropolitana, Dr. Dagoberto Antonio Molina Hernández director de Región de Salud Metropolitana; y Dr. Julio Cesar Morales Cruz presidente de Comité de Ética de Investigación de la Región de Salud Metropolitana. Y gracias al apoyo de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Zacamil, a su directora Dra. Carolina del Carmen Hernández Bolaños, por brindar los recursos y autorización para llevar a cabo el proceso de investigación en dicha institución.

También queremos agradecer a todos los usuarios participantes que de manera voluntaria colaboraron en las encuestas administradas, ya que sin su ayuda no se hubieran obtenido los datos que fueron necesarios para esta investigación.

A nuestra asesora Dra. Cecilia Jeannette Castro Figueroa especialista en Psiquiatría, quien con sus conocimientos y apoyo nos guio como grupo a través de cada una las etapas de esta investigación para alcanzar los resultados que se buscaban.

Por último, agradecemos a la Universidad Evangélica de El Salvador institución quien ha sido parte de nuestra formación a lo largo de los años en la carrera de Doctorado en Medicina, y ya que por medio del taller de investigación nos brindaron las herramientas que fueron necesarias para poder concluir esta investigación.

Resumen

El estudio sobre la pandemia por COVID-19 en la salud mental en la población adulta joven permite determinar el efecto que ha tenido en la vida de la población consultante. **Objetivo general:** Determinar el efecto de la pandemia por coronavirus en la salud mental en los pacientes de 20 a 40 años que consulta en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar-Intermedia, Zacamil, en el periodo de julio a agosto 2021. **Metodología:** El estudio es de tipo: descriptivo, transversal, cuantitativo. Con muestreo no probabilístico por conveniencia. Tamaño de la muestral de 75 usuarios de 20 a 40 años que consultaron en el área de IRAS en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Zacamil. **Resultados:** Los encuestados presentaron con mayor frecuencia la alteración psiquiátrica de depresión y con una intensidad de gravedad del 55% de leve a muy severo. En cuanto a las variables sociodemográficas presentes en las diferentes dimensiones afectivas: se encontró que, en la depresión la edad con más alteración fue de 20 a 30 años (33%), sexo femenino (24%) con empleos formales (21%), solteros (24%), provenientes de zona urbana (38%); la ansiedad la edad con más alteración fue de 20 a 30 años (32%), sexo femenino (32%) con empleos formales (24%), solteros (24%), provenientes de zona urbana (41%); en cuanto al estrés la edad con más alteración fue de 20 a 30 años (30%), sexo femenino (26%) con empleos formales (17%), acompañados (16%), provenientes de zona urbana (24%). **Conclusiones:** Los usuarios participantes presentaron mayor impacto porcentual en la dimensión de depresión. El nivel de intensidad de las 3 dimensiones afectivas fue predominantemente de leve a muy severo. Los factores sociodemográficos generan una vulnerabilidad personal.

Introducción

El presente trabajo tuvo como objetivo determinar el efecto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental en los pacientes de 20 - 40 años, también describir los factores psicosociales más frecuentes que afectan la salud mental.

La pandemia del COVID-19 afectó el bienestar de los habitantes a nivel mundial, y una de las áreas más afectadas es la salud mental. La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud mental como un estado de bienestar, en el cual el individuo consciente de sus propias capacidades puede afrontar los problemas normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (1)

A nivel mundial el virus ha cobrado muchas vidas, las redes sociales y los medios de comunicación se han encargado de mantener la información al día, se han dado la tarea de mantenerse al día de lo sucedido a nivel mundial y nacional relacionados con el estrés, depresión y ansiedad. En algunos países se tomaron medidas radicales para reducir el contagio de dicha enfermedad y la población ha tenido que hacer cambios en los estilos de vida, viviendo tiempos inciertos, porque cada día aparecen más casos y más personas que han perdido la vida a causa del virus COVID-19.

Es por ello necesario contar con un estudio donde puedan ser implícitas aquellas alteraciones que por sus criterios diagnósticos deben ser estudiadas, entre ellas episodios depresivos, ansiedad y estrés, y reacciones emocionales que alteran la salud mental de las personas, y que deben ser tratadas oportunamente para no agravar los casos patológicos preexistentes. Existen estudios que explican si habrá una alteración en la salud mental cuando hay epidemias o pandemias, por ello se vuelve importante contar con un documento real, conciso y preciso sobre los problemas reales sobre los efectos en las personas con estas situaciones anormales como lo es el coronavirus.

En el capítulo uno se desarrolla la formulación del objetivo, la situación y el enunciado del problema, justificación, factibilidad y delimitantes relacionado con los

efectos de la salud mental como el estrés, ansiedad y depresión. Capítulo dos la recolección del marco teórico e histórico sobre la información de COVID-19 y sobre los trastornos de salud más importantes como estrés, ansiedad y depresión. Capítulo tres el enfoque del estudio, el tipo de variable e indicador, el cronograma de actividades, presupuesto del trabajo, aspectos ético legales, la formulación de consentimiento informado y el cuestionario DASS-21. Capítulo cuatro se describe el análisis y discusión de la información obtenida. Capítulo cinco las conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A. Situación problemática

En diciembre de 2019 han sido descritos los primeros casos de infección respiratoria por una nueva estirpe de coronavirus con centro epidemiológico en el mercado público de Huanan, en Wuhan, provincia de Hubei, en el país de China. Desde entonces los casos se han ido multiplicando exponencialmente diseminándose por todo el mundo. El virus recibió el nombre de SARS-CoV-2 por su homología genética con el coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV) responsable por una epidemia de grande escala en Asia en 2003. La enfermedad se llamó tras la sigla inglesa COVID-19 (Corona Virus Disease identificado en el año 2019). (2)

El 11 de marzo de 2020, la OMS declaro estado de pandemia mundial, con casos documentados en la mayoría de los países del mundo. (2)

El COVID-19 es una infección viral producida por el SARS-CoV-2, que afecta principalmente las vías respiratorias bajas y en los casos severos podría producir una respuesta inflamatoria sistémica masiva y fenómenos trombóticos en diferentes órganos. (2)

Al momento a nivel mundial se cuenta con 109 millones de casos confirmados por COVID-19 con un total de muertes alrededor de 2.41 millones personas fallecidas; siendo el país más afectado Estados Unidos con 28,004,756 casos, seguido de India, Brasil y Rusia. En El Salvador existe 57,428 casos confirmados por el virus, y 51,983 casos recuperados, y 1,742 personas fallecidas. (3)

Una adecuada salud mental es fundamental para el buen funcionamiento de la sociedad. Aunque la crisis provocada por el COVID-19 es, un primer lugar, una crisis de salud física, tiene una importante crisis de salud mental. La angustia psicológica se ha extendido ya que muchas personas están angustiadas por los efectos inmediatos del virus en la salud y las consecuencias del aislamiento físico; todo esto debido a:

- ✓ Miedo a infectarse, morir o perder un familiar.
- ✓ Alejamiento de seres queridos y compañeros.
- ✓ Turbulencias económicas tras haber perdido sus fuentes de ingreso.

Existen grupos de población específicos que padecen niveles elevados de angustia psicológica en relación al COVID-19; El personal sanitario de primera línea que son los más expuestos a factores estresantes, adultos mayores y personas con problemas de salud preexistentes, las mujeres, niños y adolescentes que sus dificultades emocionales se ven exacerbadas por el estrés en el ámbito familiar, el aislamiento social, la interrupción de la educación, y la inseguridad sobre el futuro. (4)

La crisis ocasionada por la pandemia del COVID-19, impacta la actividad social, las interacciones y los comportamientos en múltiples niveles. Emocionalmente, las actividades de distanciamiento social y autoaislamiento pueden llegar a causar problemas en la salud mental, tales como ansiedad, depresión y estrés. (5)

En el contexto de la pandemia por COVID-19, las personas con altos niveles de ansiedad por la salud son susceptibles de interpretar sensaciones corporales inofensivas como evidencia de que se encuentran infectados por el virus, lo que incrementa su nivel de ansiedad, esto influye en su capacidad de toma de decisiones racionales y en su comportamiento. (6)

Cuando una crisis afecta a la vida de las personas y comunidades, es probable que se produzcan elevados niveles de estrés. La adversidad es un factor de riesgo bien establecido para los problemas mentales a corto plazo y largo plazo. La desinformación generalizada sobre el virus y las medidas de prevención y la profunda incertidumbre sobre el futuro son importantes fuentes de angustia adicional. Las imágenes de personas gravemente enfermas, cadáveres y ataúdes mostradas repetidamente en los medios de comunicación han contribuido a generar miedo. El hecho de saber que las personas pueden no tener la oportunidad de despedirse de sus seres queridos moribundos y celebrar un funeral contribuye aún más a generar angustia. (4)

Para hacer frente a los factores estresantes, es posible que las personas recurran a distintos mecanismos nocivos, como el consumo de alcohol, drogas o tabaco, o dediquen más tiempo a comportamientos potencialmente adictivo. (4)

B. Enunciado del Problema

¿Cuáles son los efectos de la pandemia por coronavirus en la salud mental en pacientes de 20 a 40 años que consultan en la UCSF – ZACAMIL en el periodo de julio a agosto 2021?

C. Objetivos de la investigación

GENERAL

Determinar el efecto de la pandemia por coronavirus en la salud mental en los pacientes de 20 a 40 años que consulta en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar-Intermedia, Zacamil, en el periodo de julio a agosto 2021.

ESPECIFICOS

1. Describir los factores sociodemográficos (edad, sexo, ocupación, estado civil, procedencia) más frecuentes que afectan la salud mental de la población consultante.
2. Conocer la alteración psiquiátrica más frecuente.
3. Identificar el nivel de gravedad de la salud mental en las dimensiones de depresión, ansiedad y estrés.
4. Describir los factores psicosociales que están presentes según las dimensiones de depresión, ansiedad y estrés.

D. Contexto de la Investigación

La Unidad Comunitaria de Salud Familiar fue fundada en el año de 1972, comenzando a funcionar en el edificio número 600 de la colonia Zacamil (Figura 1.),

con el nombre de unidad de salud San Antonio, el primer director fue el Dr. Levy Van Sevens. Comenzó su oferta de servicios con atención materno infantil, planificación familiar, vacunación, inyectables, visita domiciliar y clínica asistencial. Debido al aumento poblacional y para responder a un creciente número de pacientes, se inauguró un nuevo local en 1978 siendo donde funciona actualmente la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Zacamil, siendo adecuada sus instalaciones en el año de 1996. (8)

La Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Zacamil está ubicada en el departamento de San Salvador, en el municipio de Mejicanos. Limita al norte con Ayutuxtepeque y Apopa, al este con Ciudad Delgado y Cuscatancingo, al sur y oeste con San Salvador. Para su administración Mejicanos se encuentra dividido en 4 cantones: Chancala, San Miguel, San Roque, Zacamil. La población total del municipio de mejicanos es de 140,751 personas de los cuales 64,509 son hombres y 76,242 son mujeres. (9)

Consulta general 56 horas diarias, medicina interna 10 horas diarias, ginecología 5 horas al día, pediatría 10 horas diarias, psiquiatría 8 horas diarias, odontología 6 horas diarias, atención a programa materno infantil, adulto mayor, adulto masculino, adolescentes, planificación familiar, saneamiento ambiental, servicios de apoyo: laboratorio, curaciones, inyecciones, terapia respiratoria, rehidratación oral, pequeña cirugía, además cuenta con horario extendido de FOSALUD de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. medicina general, pediatría; los fines de semana y días festivos medicina general , y odontología, además se llevan todos los programas. (8)

Descripción de la infraestructura: Tiene una extensión territorial de 3648.9 metros cuadrados, con un área de construcción de 1,642 metros cuadrados está distribuido de la siguiente forma: sala de espera, área de preparación cinco consultorios de consulta general. Dos consultorios ginecológicos, un consultorio pediátrico, un consultorio de atención psiquiátrico, dos consultorio de atención infantil, uno de atención materno y toma de citología, uno de planificación familiar, área de vacunación, área para curaciones y pequeña cirugía, un área de terapia respiratoria,

un área de rehidratación oral, Un consultorio de atención odontológica, área de laboratorio clínico, área de farmacia, área de archivo área de enfermera de campo, área de farmacia FOSALUD, oficina de enfermera, área de inspectores de saneamiento, área de TAES, área de abastecimientos en planificación familiar, área de arsenal, una bodega general, una bodega de farmacia, una bodega de insumos médicos, oficina de secretaria, oficina de directora, auditorio, una cisterna con capacidad para 25 m³ y parqueo para 25 vehículos. (8)

El instrumento se aplicó en el área de IRAS que se encuentra aislada dentro de la unidad, donde solo consultan personas con enfermedades respiratorias, el personal que lo conforma son una enfermera, dos médicos y un médico interno.

Se cubre 2 municipios, 96 colonias, 17 comunidades, 5 cantones, 12 caseríos y 6 lotificaciones. (8)



Figura 1. Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Zacamil.

Actualmente en El Salvador se cuenta con 59,866 casos positivos por COVID-19, de los cuales tenemos 1,847 fallecidos y 55,312 casos recuperados y durante el periodo 2020 en la Unidad de Salud Zacamil se reportaron 342 consultas por

trastorno de ansiedad, 164 consultas por estrés agudo y grave y 65 consultas por trastornos de depresión. (10)

E. Justificación

A lo largo de la historia, el mundo ha sido azotado por pandemias que han dejado como resultado cientos, miles y hasta millones de fallecidos. Y aunque la salud física es de suma importancia para el ser humano, no se pueden dejar de lado los daños en la salud mental que pueden acarrear este tipo de fenómenos por ello se vuelven tan importante estudiar las características que están presentando para intervenir oportunamente. (11)

En El Salvador existe una Política de Salud Mental y uno de los enfoques de esta, es la promoción de la salud mental que comprende acciones que apoyan a las personas a adoptar y mantener estilos de vida saludables, crear condiciones de vida y ambientes saludables; por tanto, en lo que, a la protección, el mantenimiento y la recuperación de la salud mental se refiere, las instituciones públicas y privadas deben velar por el bienestar de cada uno de sus miembros que la integran. Se considera que ante una pandemia como la del COVID-19, puede provocar que una persona entre en un desastre emocional, por tanto, debe cuidarse este componente de la salud que es tan importante para el equilibrio del ser humano. (11)

Actualmente el Ministerio de Salud elaboró la guía técnica orientadora para el acompañamiento psicosocial remoto, que fue validada en países de honduras, El Salvador y Guatemala. De igual forma en abril 2020 se crean los Lineamientos Técnicos para la Atención en Salud Mental por servicios en línea (telesalud) en el marco de esta emergencia.

El COVID-19 ha dejado a su paso a nivel mundial cientos de fallecidos, el mapa mundial del coronavirus describe más de 10,5 millones de casos y más de 512.000 muertos en todo el mundo, lo que supone también un desgaste mental para aquellas personas que suspendieron sus labores o perdieron por completo sus empleos, dejaron de asistir a sus centros de estudio, perdieron a un ser querido, tienen miedo

a sufrir el contagio o las cuarentenas impuestas en los distintos países alterado de forma significativa su forma o estilo de vida. (11)

Esta pandemia ha alterado la vida cotidiana de cada persona, y con ello trajo incertidumbre, ruina, presiones económicas, y aislamiento social. Quizás la preocupación más grande ha sido el tiempo de duración de la pandemia, y qué consecuencias traería en el futuro. El exceso de información, los rumores y la información errónea puede hacer que las personas se sientan sin control y que no tengan claro qué hacer. Durante la pandemia del COVID-19 algunas personas han presentado estrés, ansiedad, miedo, tristeza, y soledad. Es posible que empeoren los trastornos de salud mental, incluyendo la ansiedad y la depresión. (11)

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 esta razón es importante este estudio para así lograr identificar y conocer los posibles episodios depresivos y reacciones emocionales, así como los factores psicosociales que influyen en las dimensiones de depresión, ansiedad y estrés.

De esta manera se busca beneficiar a los pacientes que consultan, personal de salud, Ministerio de Salud, se tendría la evidencia científica que respaldaría la necesidad de fortalecer las guías clínicas de atención, personal de salud para fomentar el auto cuidado.

A partir del análisis de los resultados obtenidos se pretende determinar los efectos que tuvo la pandemia por COVID-19 en la salud mental y dar a conocerlos y de esta manera se brinde más atención a esta área de salud.

F. Factibilidad

- Técnica

La investigación se llevó a cabo por médicos del año social, donde dos de ellas se encuentran en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Zacamil, y la tercer integrante de esta investigación se encuentra en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Teotepeque, se obtuvo apoyo de recursos de la unidad, apoyo de la dirección de la unidad, así como el acceso a diferentes programas y al área de infecciones respiratoria agudas (IRAS), acceso a recursos tecnológicos o sede web como SIMMOW para obtener datos estadísticos, se utilizó paquetes estadísticos por medio de Microsoft Excel y para la edición del estudio se utilizó Microsoft Word y PowerPoint.

Para la fase de recolección de datos de la investigación se realizó trabajo de campo en la UCSF-I de Zacamil en el periodo de julio a agosto 2021, utilizando como instrumento la escala DASS-21 de las cuales se pasaron 75 cuestionarios, dicha escala mide por separado la depresión, la ansiedad y el estrés; dicha escala ya se encuentra validada en población hispana.

- Económica

Los gastos fueron cubiertos por fondos propios de los miembros del equipo de investigación del estudio. Dentro de los gastos previstos para esta investigación están en material o insumos de oficina, copias, lapiceros, viáticos de miembros del equipo, materiales ilustrativos, donde cada miembro del equipo estuvo a disponibilidad en los gastos.

- Operativa

Se obtuvo apoyo de información estadística con el personal de epidemiología de la UCSF-I de Zacamil para la recolección de datos, los miembros del equipo de investigación recolectaron los datos por medio de un cuestionario que se le aplicó a la población de estudio, también se obtuvo apoyo de la dirección de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Zacamil, apoyo por parte de especialista en salud mental y psiquiatría, apoyo de la institución Universidad Evangélica de El Salvador

a través del taller de investigación de egresados que permitió el seguimiento y desarrollo de cada etapa del estudio.

- Ética y legal

Se elaboró un consentimiento informado, donde se le explicó a la población de estudio el llenado de dicho documento, se generó registros con datos de pacientes, y se aseguró la protección de su identidad y la confidencialidad de sus datos.

El principio ético que se aplicó para la protección de confiabilidad y para resguardar la identidad, fue según la norma del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) con los siguientes criterios: (12)

- Personas que tiene la capacidad de dar consentimiento informado
- Modificaciones y dispensas del consentimiento informado
- Recolección, almacenamiento y uso de datos en una investigación con la salud
- Investigaciones en situaciones de desastre y brotes de enfermedades

El Código de Salud establece en el “Art. 41.- Corresponden al Ministerio: Organizar, reglamentar y coordinar el funcionamiento y las atribuciones de todos los servicios técnicos y administrativos de sus dependencias”; el Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo, regula en el “Art. 42.- Compete al Ministerio de Salud: - Dictar las normas y técnicas en materia de salud y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población”; “- Ejercer control ético y técnico de las actividades de las personas naturales y jurídicas, en el campo de la salud, velando por el cumplimiento de las leyes, reglamentos y normas atinentes a la materia”; y, que es necesario el ordenamiento, unificación de criterios técnicos y jurídicos respecto del cumplimiento del consentimiento informado, y el derecho del usuario a expresarlo, cuando acepta o no acepta sujetarse con fines diagnósticos, terapéuticos o de investigación, a procedimientos que implican un riesgo de sufrir un daño en su organismo, en la atención de los servicios de salud; así mismo dar cumplimiento a los objetivos institucionales de proteger la salud de la población.

G. Delimitación

- **Ámbito Espacial**

La investigación se realizó en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Zacamil, el instrumento que se empleó fue la escala DASS-21, en área de IRAS en pacientes que consultaron entre las edades de 20 a 40 años.

La población total del municipio de mejicanos es de 140,751 personas de los cuales 64,509 son hombres y 76,242 son mujeres. (9)

- **Ámbito Temporal**

El periodo en el que se trabajó en la investigación fue de febrero de 2021 dando inicio a la investigación con la elaboración del anteproyecto, en el periodo de julio a agosto de 2021 se realizó trabajo de campo para la recolección de datos y que posteriormente se tabularon en Microsoft Excel.

El instrumento que se utilizó fue el cuestionario DASS-21 que es un conjunto de 3 sub escalas de tipo Likert, de 4 puntos, de auto respuesta; cada sub escala está compuesta para evaluar los estados emocionales de depresión, ansiedad y estrés. (13)

Se dio por finalizada la investigación en el mes de septiembre del presente año. Las horas en que se trabajó en dicho proyecto fueron en horario laboral de 8 horas los días de lunes a viernes, donde se utilizaron para pasar el instrumento a pacientes que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Zacamil en el área de IRAS.

CAPITULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

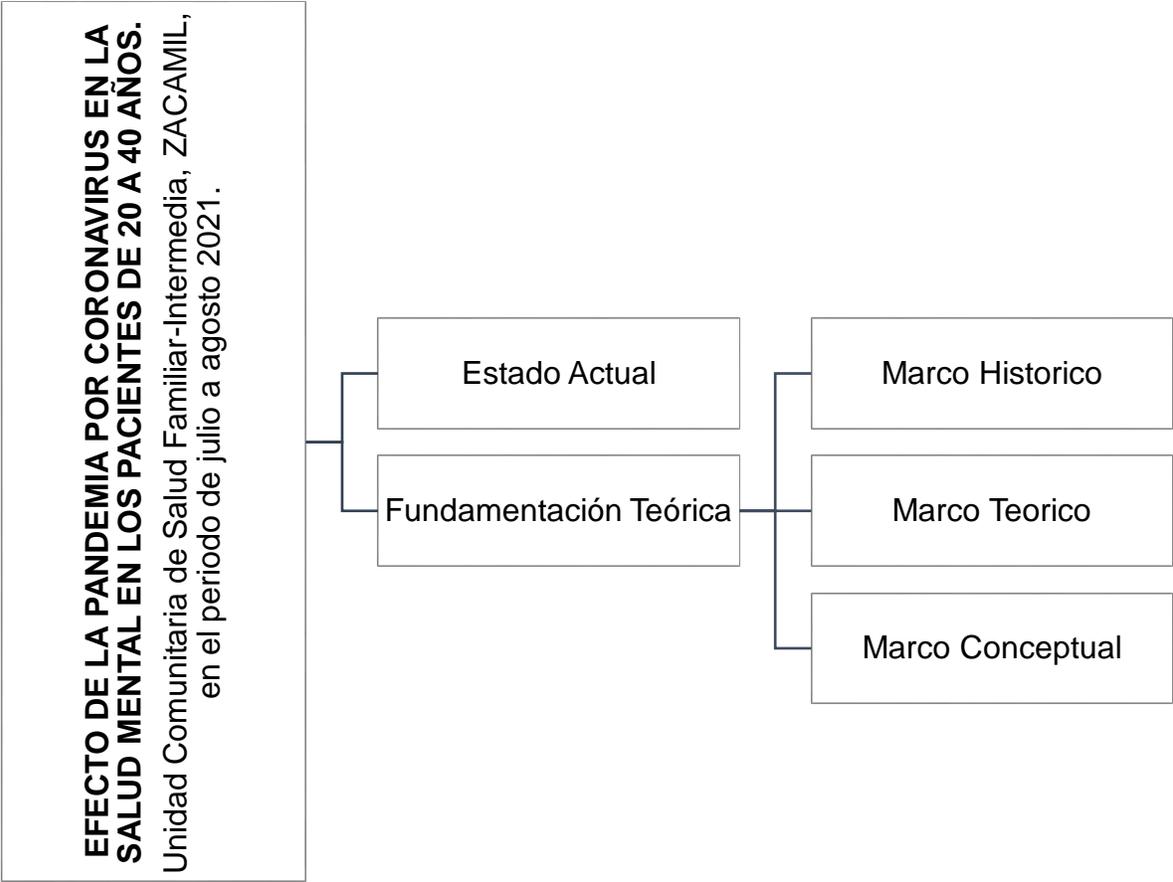


Figura 2. Esquema de fundamentación teórica.

Fuente: Elaboración propia.

2.1 ESTADO ACTUAL

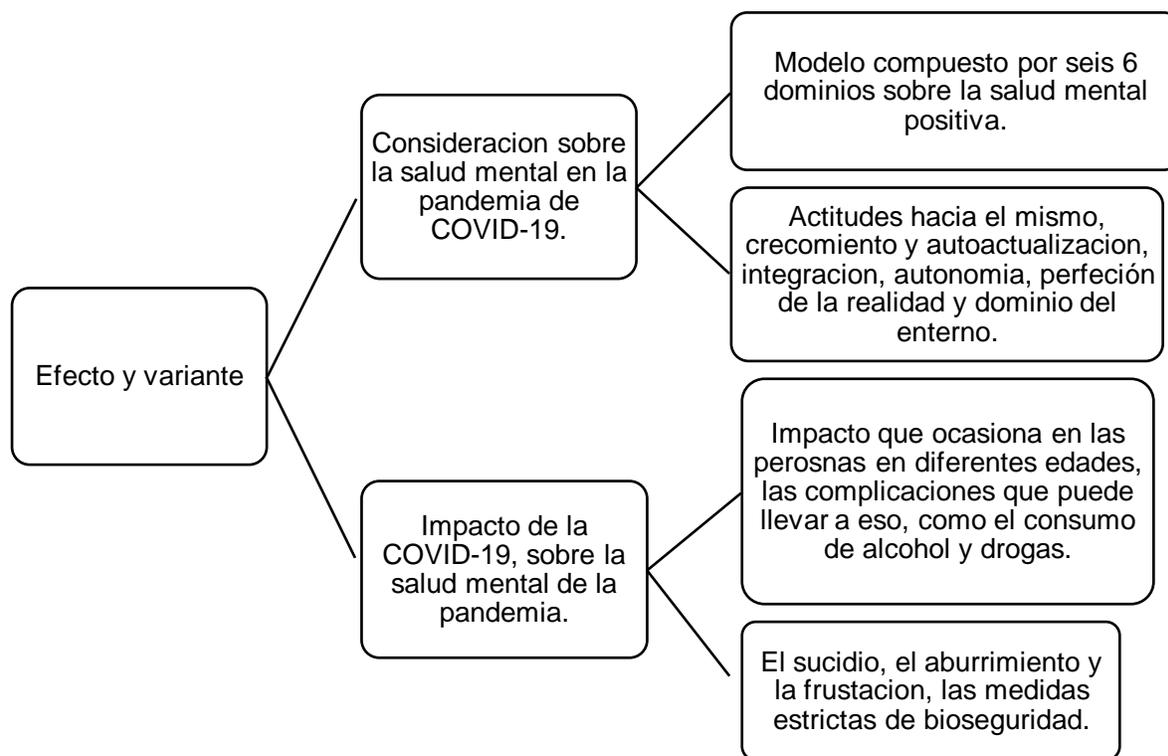


Figura 3. Efecto en la salud mental durante la pandemia.

Fuente: Elaboración propia.

2.1.1 Pandemia del coronavirus y perturbaciones en la salud mental

La pandemia de COVID-19 ha perturbado o paralizado los servicios de salud mental esenciales del 93% de los países del mundo, en tanto que aumenta la demanda de atención de salud mental, según un nuevo estudio de la OMS. El estudio, que abarca 130 países, aporta los primeros datos mundiales acerca de los efectos devastadores de la COVID-19 sobre el acceso a los servicios de salud mental y pone de relieve la necesidad urgente de incrementar la financiación. (14)

Un estudio fue llevado a cabo entre junio y agosto de 2020 en 130 países de las seis regiones de la OMS con el objetivo de evaluar las alteraciones sufridas por los

servicios de salud mental, neurológicos y de tratamiento de las toxicomanías como consecuencia del COVID-19, determinar los tipos de servicios que han sufrido perturbaciones y analizar las medidas tomadas por los países para adaptarse y hacer frente a estos problemas. (14)

Los países señalaron perturbaciones generalizadas de muchos tipos en los servicios de salud mental esenciales:

- Más del 60% de los países señaló perturbaciones de los servicios de salud mental destinados a las personas vulnerables, incluidos los niños y los adolescentes (72%), las personas mayores (70%) y las mujeres que requieren servicios prenatales o postnatales (61%).
- El 67% observaba perturbaciones en los servicios de orientación psicológica y de psicoterapia; el 65% en los servicios esenciales de reducción de riesgos; y el 45% en los tratamientos de mantenimiento con agonistas de opiáceos para los adictos a los opiáceos.
- Más de un tercio (35%) señaló perturbaciones en las intervenciones de emergencia, incluidas las destinadas a personas afectadas por convulsiones prolongadas, síndromes de abstinencia severos relacionados con el consumo de drogas y estados delirantes, que con frecuencia son la señal de graves trastornos médicos subyacentes.
- El 30% señaló perturbaciones en el acceso a los medicamentos destinados a tratar trastornos mentales, neurológicos y derivados del consumo de drogas.
- En torno a tres cuartas partes señalaron perturbaciones al menos parciales en los servicios de salud mental de las escuelas y los lugares de trabajo (78% y 75% respectivamente). (14)

Las perturbaciones en los pacientes afectados por la pandemia del coronavirus son sin lugar a duda un hecho real, hay varios estudios que hablan sobre los efectos a largo plazo, como el estrés, ansiedad, depresión, agotamiento físico y emocional, intento de suicidio, el uso de bebidas alcohólicas o sustancias ilícitas, aumentaron

un gran porcentaje en tiempo de pandemia y donde la atención psiquiátrica o psicológica ha aumentado la demanda. (15)

En una pandemia, el miedo (como el contagio de la enfermedad, la muerte de un ser querido, el aislamiento social, el aumento de las adicciones, la falta de tratamiento y de cura del COVID-19) incrementa los niveles de estrés y ansiedad en individuos sanos e intensifica los síntomas en aquellos con trastornos mentales preexistentes. Los pacientes diagnosticados con COVID-19 o sospecha de estar infectados pueden experimentar emociones intensas y reacciones comportamentales, además de miedo, aburrimiento, soledad, ansiedad, insomnio o rabia. (15)

Estas condiciones pueden evolucionar en trastornos como depresión, ataques de pánico, TEPT, síntomas psicóticos y suicidio especialmente prevalentes en pacientes en cuarentena, en quienes el estrés psicológico tiende a ser mayor. (15)

Un estudio realizado a 1.210 habitantes de 194 ciudades de China, mediante la aplicación de las escalas Impact of Event Scale-Revised y Anxiety and Stress Scale, mostró que el 53,8 % de los participantes presentaba un impacto psicológico moderado o fuerte; el 16,5 %, síntomas depresivos moderados a fuertes; el 28,8 %, síntomas de ansiedad moderada a fuerte; y el 8,1 %, niveles de estrés moderados a fuertes. (15)

La mayoría de los encuestados (84,7 %) pasaron 20-24 horas/día en casa; el 75,2 % estaban preocupados porque sus familiares adquirieran la COVID-19 y el 75,1 % estaban satisfechos con la cantidad de información de salud disponible. (15)

Existen dos caras de la moneda frente a las consecuencias que puede traer una pandemia, especialmente aquellas relacionadas con el aislamiento social. Si bien la gran mayoría de consecuencias en la salud mental que se han podido encontrar en estudios previos realizados en los últimos brotes epidemiológicos y en la actual pandemia han sido negativos, también es necesario evaluar los impactos positivos que se pueden obtener de un aislamiento social en esta situación. En una encuesta realizada a familias en Hong Kong al final de la epidemia de SARS-CoV, se informó

que el 60 % se preocupaban más por los sentimientos de los miembros de sus familias, dos tercios prestaban más atención a su salud mental después del brote y el 35-40 % invirtieron más tiempo en descansar y hacer ejercicio. (15)

2.1.2 Efectos psicosociales causados por el distanciamiento social

Son múltiples los efectos psicosociales que puede experimentar una población expuesta a una epidemia. Así, por ejemplo, después del brote del SARS-CoV en Taiwán se evidenció una perspectiva pesimista de la vida en alrededor de un 10 % de la población en los meses posteriores al brote, acompañada de una prevalencia de morbilidad psiquiátrica del 11,7 %. Durante la misma época, en Singapur, cerca del 27 % de los trabajadores de la salud informaron síntomas psiquiátricos luego de la epidemia. Así mismo, se halló que el 20 % de los médicos y enfermeros sufrieron TEPT, y el análisis mostró que aquellos que percibieron apoyo de supervisores y colegas fueron menos propensos al TEPT. (16)

En esa línea de investigación, un estudio en Hong Kong informó que el 89 % de los trabajadores de la salud que se encontraban en situaciones de alto riesgo manifestaron síntomas psicológicos. Otro estudio de cohorte realizado en la misma región halló que en los profesionales de salud había tasas más altas de TEPT en comparación con los sobrevivientes del SARS-CoV (40,7 % vs 19 %). La incidencia acumulada de trastornos mentales en los sobrevivientes fue del 58,9 %, distribuidos así: 44 % trastornos depresivos, 47,8 % TEPT en algún momento después del brote, 13,3 % trastorno de pánico, 6,6 % agorafobia y 1,1 % fobia social. Treinta meses después de la SARS-CoV, la prevalencia de los trastornos mentales en el último mes fue de 33,3 %, siendo el TEPT el diagnóstico más común (25,6 %), seguido de los trastornos depresivos (15,6 %). (16)

2.1.2.1 Trastorno de estrés post traumático.

Según las características del aislamiento social, muchos eventos pueden llegar a ser traumáticos. En consecuencia, en trabajadores de la salud en China seguidos durante tres años, se encontró que el 10 % de ellos experimentaron altos niveles de

síntomas atribuibles al TEPT, y aquellos que habían estado en cuarentena, los que habían trabajado en turnos atendiendo pacientes con SARS-CoV y los que habían tenido amigos o familiares que habían contraído SARS-CoV tenían 2 a 3 veces más probabilidades de tener síntomas de TEPT en comparación con aquellos que no habían tenido esas exposiciones. Además, para 2006 mantuvieron la sintomatología: cerca del 40 % de la muestra tenía aún síntomas de TEPT. Otro estudio francés mostró el impacto en sobrevivientes de un brote pandémico con pacientes que requirieron manejo intrahospitalario en unidad de cuidados intensivos secundario a la infección del virus H1N1, en quienes el 40 % desarrollaron TEPT. (16)

2.1.2.2 Depresión y ansiedad

En la situación actual de confinamiento global en el hogar debido al brote de la COVID-19, la mayoría de las personas están expuestas a situaciones estresantes sin precedentes y de duración desconocida. (16)

Esto puede no solo aumentar los niveles de estrés, ansiedad y depresión durante el día, sino también interrumpir el sueño. Es importante destacar que, debido al papel fundamental que juega el sueño en la regulación de las emociones, la alteración del sueño puede tener consecuencias directas en el funcionamiento emocional al día siguiente. (16)

Son varios los factores que se pueden relacionar con manifestaciones depresivas y ansiosas en los pacientes que se encuentran en cuarentena por una pandemia, ambas se pueden considerar una reacción normal ante el estrés generado. (16)

Perder el control en este contexto es frecuente dado que la situación impide en muchos casos que la persona tenga certeza del resultado final o conozca el tiempo exacto en el que se resolverá la crisis. Esa sensación de incertidumbre, así como las limitaciones secundarias a las medidas de aislamiento social preventivo, la posibilidad de que los planes a futuro se vean cambiados de forma dramática y la

separación brusca del contexto social o familiar del paciente son catalizadores frecuentes de cuadros de depresión y ansiedad, los cuales, en circunstancias de aislamiento social, se pueden presentar como parte de un trastorno adaptativo o una reacción de ajuste que, en muchas ocasiones, no amerita un tratamiento farmacológico. (16)

Como factores de riesgo se han propuesto: sexo femenino, bajo nivel socioeconómico, conflictos interpersonales, uso frecuente de redes sociales, baja resiliencia y falta de apoyo social. En cuanto a la estigmatización, durante el brote del SARS-CoV alrededor del 20 % de la población relacionada con el campo de la salud percibía discriminación por parte de algunas personas con las que interactuaban, y, específicamente en Singapur, hasta el 49 % de los trabajadores de la salud tuvo sensaciones similares al interactuar con la población. (16)

2.1.3 Epidemiología de los trastornos mentales en la atención de primer nivel y especializada

2.1.3.1 Epidemiología sobre la salud mental a nivel mundial.

Se calcula un aproximado 1.1 millones de personas que sufren de diferentes trastornos mentales, mostrando datos estadísticos del 2019. Los trastornos son más prevalentes en la población femenina, siendo la ansiedad el trastorno más prevalente. La siguiente tabla explica los diferentes trastornos y sus porcentajes a nivel mundial en diferente género. (Tabla 1.)

Tabla 1. Trastornos mentales a nivel mundial.

Trastornos	Prevalencia global (2016) [Diferencia entre países]	Número de personas con el trastorno	Prevalencia según el género
Cualquier trastorno mental o trastorno por abuso de sustancias	15.5% [13-22%]	1.1 mil millones	16% varones 15% mujeres
Depresión	4% [2-6%]	268 millones	3% varones 4.5% mujeres
Trastornos de Ansiedad	4% [2.5-6.5%]	275 millones	3% varones 4.7% mujeres
Trastorno Bipolar	0.6% [0.4-1.5%]	40 millones	0.55% varones 0.65% mujeres
Trastornos alimenticios (anorexia y bulimia clínica)	0.14% [0.05-0.55%]	10.5 millones	0.07% varones 0.2% mujeres
Esquizofrenia	0.3% [0.2-0.45%]	21 millones	0.29% varones 0.28% mujeres
Trastornos por el uso de alcohol	1.4% [0.5-5%]	100 millones	1.9% varones 0.8% mujeres
Trastornos por el uso de drogas (excluyendo alcohol)	0.9% [0.4-3.3%]	62 millones	1.1% varones 0.5% mujeres

Fuente: David Aparicio. Psicología Clínica. 2019. Disponible en: <https://www.psyciencia.com/trastornos-mentales-en-el-mundo-graficos/>

2.1.3.2 Epidemiología sobre la salud mental en tercer nivel de atención.

En el Hospital Nacional de Soyapango Dr. José Molina Martínez los datos estadísticos de consultas de diversos trastornos mentales más importantes (Depresión, Ansiedad y estrés) en el año 2020 en la población, se detallan en la siguiente tabla, dividida en género masculino y femenino. (Tabla 2.)

Tabla 2. Atenciones de trastornos mentales y del comportamiento brindadas en el Hospital Nacional de Soyapango S.S, Dr. José Molina Martínez en año 2020.

Diagnostico	Consultas masculinas	Consultas femeninas	Total, de consultas	Tasa
Episodio depresivo grave con	22	54	76	1.12

síntomas psicóticos				
Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	19	27	46	0.68
Trastornos de ansiedad generalizada	20	14	34	0.50
Episodio depresivo moderado	9	18	27	0.40
Trastorno mixto de ansiedad y depresión	9	16	25	0.37
Trastorno de estrés postraumático	4	12	16	0.24

Fuente: SIMMOW. Ministerio de Salud, OPS/OMS El Salvador.

2.1.3.3 Epidemiología sobre la salud mental en primer nivel de atención.

En la Unidad Comunitaria de Salud Familiar - Intermedia Zacamil, los datos estadísticos de consulta de diversos trastornos mentales de la población masculina y femenina en año 2020, que se describen en la siguiente tabla, con el número total de consultas y el porcentaje de tasa, donde el trastorno con más consultas es la ansiedad no específica, con un número mayor de consultas por primera vez y subsecuentes. (Tabla 3.)

Tabla 3. Atenciones de trastornos mentales y del comportamiento brindadas en la UCSF Intermedia Zacamil durante el periodo 2020.

Diagnósticos	Consulta masculina	Consultas femeninas	Total, de consultas	Tasa
Trastorno de ansiedad no específico	130	212	342	5.07

Reacción al estrés agudo	27	71	98	1-25
Episodio depresivo no especificado	11	54	65	0.96
Trastornos de estrés postraumático	3	42	45	0.67
Trastornos de pánico	7	18	25	0.37
Trastornos mixtos de ansiedad y depresión	3	7	10	0.15
Insomnio no orgánico	7	18	25	0.37
Trastorno de ansiedad generalizada	0	2	2	0.03
Trastornos depresivos recurrentes, episodios depresivos grave presente sin síntomas	0	1	1	0.01

Fuente: SIMMOW. Ministerio de Salud, OPS/OMS El Salvador.

2.1.4 Aspectos legales basado en los lineamientos de atención de salud mental y paciente en el primer nivel de atención.

2.1.4.1 Atención en salud mental

Para dar continuidad a las atenciones, las redes de salud mental estarán conformadas por las UCSF básicas, intermedias y especializadas, así como la UHSM de referencia en cada uno de los territorios y los hospitales especializados a

nivel nacional. Las Direcciones Regionales y SIBASI integrarán y darán seguimiento a las acciones e indicadores de salud mental en la RIIS, mediante supervisiones y coordinaciones en su territorio de influencia. (14)

Para desarrollar el componente de salud mental en las UCSF básicas e intermedias, el referente del establecimiento coordinará con el director, médico, profesional de enfermería y promotor de salud las acciones necesarias para la integración del mismo en el Plan Operativo Anual (POA) del establecimiento, además de la implementación de actividades, seguimiento de casos, organización de las atenciones, análisis situacional, evaluación del cumplimiento del componente y elaboración de informes. (14)

Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedias y Básicas:

- a) Fomentar la práctica de estilos de vida saludables: descanso adecuado, ejercicio físico, actitud positiva y asertiva.
- b) Promover la autoestima, motivación, desarrollo personal y sobre todo tener en cuenta la opinión de la persona sobre su estado de salud.
- c) Promover la organización y participación comunitaria para el abordaje intersectorial e intersectorial de los temas de salud mental.
- d) Brindar información y educación en salud, considerando el contexto sociocultural y familiar del usuario, así como su personalidad y patrones de conducta para desarrollar acciones preventivas.
- e) Diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales comunes.
- f) Identificación temprana de los trastornos mentales graves, referencia a UCSF especializadas para establecer diagnóstico o a UHSM si requiere de intervención de mayor complejidad (contención farmacológica o atención médica especializada).
- g) Implementación de Estrategia de familia a familia, principalmente en las UCSF intermedia.
- h) Desarrollo de talleres de auto cuidado.
- i) Gestión de las intervenciones, acciones y atenciones en salud mental en RIIS.

Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializadas:

- a) Fomentar la práctica de estilos de vida saludables: descanso adecuado, ejercicio físico, actitud positiva y asertiva.
- b) Promover la autoestima, motivación, desarrollo personal y sobre todo tener en cuenta la opinión de la persona sobre su estado de salud.
- c) Brindar información y educación en salud accesible, considerando el contexto sociocultural y familiar del usuario, así como su personalidad y patrones de conducta para desarrollar acciones preventivas.
- d) Considerar el contexto sociocultural de la persona, así como su personalidad y patrones de conducta a la hora de adoptar conductas preventivas, a fin de hacer accesible la información y educación en salud.
- e) Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los planes individualizados de los casos con trastorno mental grave y los que cursan con primer brote psicótico.
- f) Realización de pruebas de laboratorio y gabinete.
- g) Referencia de los trastornos mentales comunes y graves cuya descompensación requiera de contención farmacológica o el tratamiento de la comorbilidad hacia UHSM u hospitales especializados: Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” y Hospital Nacional de Niños “Benjamín Bloom”.
- h) Retorno de casos a UCSF intermedia y UCSF básica.
- i) Implementación de Estrategia de familia a familia.
- j) Desarrollo de talleres de auto cuidado.
- k) Gestión de las intervenciones, acciones y atenciones en salud mental en la RIIS. (14)

El proceso de atención para pacientes con salud mental, es comenzar con una selección o con cita programada, la preparación del paciente, atención integral donde acá se debe realizar una anamnesis clara y detallada, una exploración física y mental, la atención si requiere atención de emergencia o urgencia, la estabilidad del paciente, referencia, programar próxima cita y servicios de apoyo, en una UCSF especializada se necesita incorporación de grupos de apoyo, despacho de

medicamentos, control de la situación de la crisis, entrevista multiplicaría, diagnóstico y plan de manejo.

Atención en paciente COVID-19 en primer nivel de atención:

- a) Valorar el estado general
- b) Medición de la temperatura, pulso y presión arterial
- c) Evaluar el patrón respiratorio
- d) Realizar auscultación pulmonar y evaluar anormalidades
- e) Preguntar sobre posibles contagios
- f) Investigar factores de riesgo
- g) Evaluación de la saturación de oxígeno
- h) Dar el manejo de protocolo de medicamentos para la casa

Posterior a eso evaluación sobre si es necesario la atención del segundo nivel de atención. (17)

2.2 FUNDAMENTACION TEÓRICA

2.2.1 MARCO HISTORICO

2.2.1.1 Origen de la pandemia por coronavirus

El 31 de diciembre de 2019, el municipio de Wuhan en la provincia de Hubei, China, informó un grupo de casos de neumonía con etiología desconocida. Una semana más tarde, el 7 de enero, las autoridades chinas confirmaron que habían identificado un nuevo coronavirus, una familia de virus que causan el resfriado común y enfermedades como el MERS y el SARS. Este nuevo virus se denominó, provisionalmente, 2019-nCoV. Para el 9 de enero de 2020, el Centro Chino para el Control la Prevención de Enfermedades identificó un nuevo coronavirus (2019-nCoV) como el agente causante de este brote. 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 OMS declaró el brote como una emergencia de salud pública

de importancia internacional (ESPII), aceptando la recomendación del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005). (18)

El 11 de febrero del 2020 la OMS indicó que COVID-19 sería el nombre oficial de la enfermedad provocada por el nuevo coronavirus, «CO» significa corona, «VI» corresponde a virus y «D» hace referencia a enfermedad, anteriormente conocido como «coronavirus novedoso de 2019». El nombre del virus que causa la enfermedad es síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2). (18)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) anunció el 18 de febrero un total de 23 casos confirmados de COVID-19 en la región de las Américas. El primer caso de COVID-19 importado a la región se identificó el 21 de enero de 2020 en los Estados Unidos, en el estado de Washington; unos días después, el 25 de enero, Canadá informó su primer caso confirmado en Toronto. La OMS reconoció a la enfermedad como una pandemia global el 11 de marzo de 2020. El 18 de marzo se reporta el primer caso de contagio por COVID-19 en El Salvador, registrado en el municipio de Metapán, al occidente del país. Con la evidencia actual, se conoce que la enfermedad evoluciona en 2 fases: una primera de invasión y replicación viral (importancia del tratamiento antivírico) y una segunda, generalmente a la semana del inicio de los síntomas, de respuesta inflamatoria descontrolada, responsable en gran parte de la mortalidad y que debe ser detectada y tratada precozmente (importancia del tratamiento antiinflamatorio). La virulencia alta del SARS-CoV-2, la rápida progresión del cuadro respiratorio hacia el síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) y la falta de un tratamiento definitivo, hace urgente la necesidad de realizar intervenciones eficientes en el manejo del COVID-19 basado en su patogénesis. (18)

2.2.1.2 Historia de las enfermedades mentales ante situaciones de estrés

En las décadas transcurridas desde 1936, cuando Selye introdujo el concepto de estrés, éste se ha extendido mucho más allá de las fronteras de la fisiología,

convirtiéndose en tópico y, al mismo tiempo, paradójicamente, ha continuado generando un enorme volumen de investigación biológica, psicológica y sociológica, así como una producción permanente de literatura popular y de autoayuda. (12)

Por otro lado, la observación clínica, desde el siglo dieciocho, con Tomás Sydenham (1624-1689), ha mostrado que "la pérdida de la armonía del organismo debido a fuerzas ambientales perturbadoras, así como la respuesta adaptativa del individuo a tales fuerzas, son capaces de producir cambios patológicos". (19)

Paralelamente a la clínica, que ha vinculado el estrés ambiental al desencadenamiento y evolución de trastornos emocionales, los estudios epidemiológicos y sociales han demostrado reiteradamente que el estrés psicosocial asociado a condiciones adversas de vida guarda relación con mayor morbilidad y mortalidad debidas tanto a trastornos mentales como a otras causas, incluyendo enfermedades cardiovasculares, accidentes y violencia, cáncer, infecciosas y otras. (19)

El estrés psicológico tiene un rol importante en el desencadenamiento y evolución de los trastornos mentales, particularmente los trastornos por estrés postraumático, trastornos por ansiedad y depresión, psicosis esquizofrénicas y otras; constituye, asimismo, un factor de riesgo y componente significativo en los trastornos por abuso y dependencia de sustancias. Los cuadros psiquiátricos más estudiados y mejor conocidos en términos de la relación entre neurobiología, fuentes de estrés ambiental, particularmente eventos vitales significativos y experiencias tempranas, son los trastornos depresivos. (19)

Por largo tiempo se ha acumulado la evidencia que el estrés psicosocial y las adversidades de la vida se asocian a un mayor riesgo de morbilidad mental. Las catástrofes naturales y situaciones extremas, particularmente aquellas fabricadas por el hombre, como la Gran Depresión de 1929 y la Segunda Guerra Mundial, promovieron la investigación de cómo individuos previamente sanos podían enfermar gravemente de la mente. Así, durante buena parte del siglo veinte, especialmente en Estados Unidos, no se dudó de la preeminencia del ambiente en la etiología de las enfermedades mentales. En las últimas tres décadas; sin

embargo, con los avances logrados en los estudios genéticos mediante poderosos diseños basados en el estudio de gemelos, por ejemplo, así como en la psicofarmacología y neurobiología, esa confianza en la importancia de los factores ambientales se ha visto debilitada. (19)

Una de las causas principales del escepticismo ha sido la dificultad para definir y medir adecuadamente el estrés de tipo psicosocial. Se ha cuestionado la validez de la investigación basada exclusivamente en cuestionarios o listados. Con todo, los estudios genéticos tampoco son capaces de explicar completamente la etiología de los trastornos mentales. (19)

Bruce Dohrenwend ha revisado recientemente las principales líneas de evidencia acerca del papel que juega la adversidad en la generación de morbilidad psiquiátrica. La primera abarca las investigaciones epidemiológicas que demuestran consistentemente una relación inversa entre nivel socioeconómico y prevalencia de trastornos psiquiátricos, incluyendo esquizofrenia, depresión mayor, personalidad antisocial, alcoholismo, dependencia de drogas, trastorno por estrés postraumático y síntomas inespecíficos de estrés. (19)

La pregunta que plantean tales hallazgos es si la mayor frecuencia de trastornos en la población de menor nivel socioeconómico obedece a una mayor exposición a estrés y adversidad, o bien si se debe a una selección negativa de personas genéticamente vulnerables y que tienden, por lo tanto, a descender en la escala social. Algunos estudios que indagan acerca de la historia familiar de casos índices sugieren que el grado de educación de los padres contribuiría a la morbilidad psiquiátrica de los hijos, especialmente en el caso de trastornos depresivos. Similar papel podría cumplir la ocupación del propio sujeto. (19)

2.2.1.3 Teoría sobre el estrés

El Dr. Hans Selye (al que consideramos el padre en el estudio del estrés), allá por el año 1935, lo definió como: La respuesta adaptativa del organismo ante los diversos estresores. Lo denominó: «Síndrome general de adaptación» (SGA). (20)

Selye describió tres etapas de adaptación al estrés:

- ✓ Alarma de reacción: cuando el cuerpo detecta el estresor.
- ✓ Fase de adaptación: el cuerpo reacciona ante el estresor.
- ✓ Fase de agotamiento: por su duración o intensidad empiezan a agotarse las defensas del cuerpo. (20)

La palabra estrés viene de la palabra griega stringere, y significa “provocar tensión”. También podemos recurrir a la definición que nos llega de la física. En este campo, la palabra estrés (stress) hace referencia a la fatiga de los materiales, es decir, a la presión que ejerce un cuerpo sobre otro. (20)

Para Selye no es necesario que intervengan esas tres fases para que podamos hablar de SGA. puesto que solo una situación de estrés permanente desemboca en el agotamiento y en la muerte. En este sentido pensemos de nuevo en la teoría de W. Reich, en cuanto que para él ese estrés permanente se produce generalmente al vivir en un sistema social “distresante”, lo cual no tenía presente Selye. Para este autor la mayor parte de los esfuerzos físicos o mentales de adaptación, las infecciones y los otros agentes posibles de estrés, provocan unas modificaciones que corresponden solamente a la primera y a la segunda fase. Sólo cuando el organismo es usado por una suma importante de adaptaciones se alcanza el último estadio de agotamiento del SGA. Es la fase de aparición de las enfermedades denominadas de adaptación y de desgaste. Que también puede producirse por situaciones de gran impacto (actualmente hablaríamos de estrés postraumático). Así pone como ejemplo: “si colocamos unas cuantas ratas en una cámara frigorífica y se la somete a temperaturas muy bajas, en el momento de la autopsia, practicada 48 horas después de haberlas sacrificado, presentarán una tríada característica de la reacción de alarma: hipertrofia de las suprarrenales; involución del timo y de los órganos linfoides; úlceras de estómago, llamadas también úlceras de estrés”. (20)

2.2.1.3.1 RESPUESTA DEL ORGANISMO AL ESTRÉS SEGÚN SELYE:

El mecanismo básico de acción fisiológica para Selye sería: “La respuesta del organismo al estrés se hace por medio de dos sistemas de defensa: el sistema nervioso y el sistema endocrino u hormonal, que desempeñan un papel importante en la adaptación y la resistencia a las agresiones. Esos sistemas contribuyen a mantener la homeostasia del organismo, es decir, el equilibrio biológico y la estabilidad fisiológica del medio interior, a pesar de los diferentes cambios provocados por los factores de estrés. El sistema nervioso está representado esencialmente por el sistema nervioso simpático y la médula suprarrenal que producen una hormona llamada adrenalina. Otras hormonas y derivados son segregados también por el sistema simpático: noradrenalina, epinefrina; a todos se les designa con el nombre de catecolaminas. El sistema endocrino está representado esencialmente por las glándulas cortico-suprarrenales o córtex suprarrenal, que producen unas hormonas llamadas corticoides, y entre ellas principalmente la cortisona o cortisol. (20)

Desde el momento en que un agente cualquiera actúa sobre el organismo se produce un mensaje de estrés que va de la región agredida (piel, músculos, órganos sensoriales, órganos digestivos) al cerebro. A nivel del cerebro recurre a un eje llamado hipotalámico-hipofisario representado por dos glándulas, el hipotálamo y la hipófisis. El hipotálamo envía respuesta del mensaje recibido a la hipófisis, que va a segregar una hormona llamada ACTH (corticotropina); esta última, sirviéndose de la circulación sanguínea, va a estimular a su vez la glándula corticosuprarrenal que segregará los corticoides. (Figura 4.) (20)

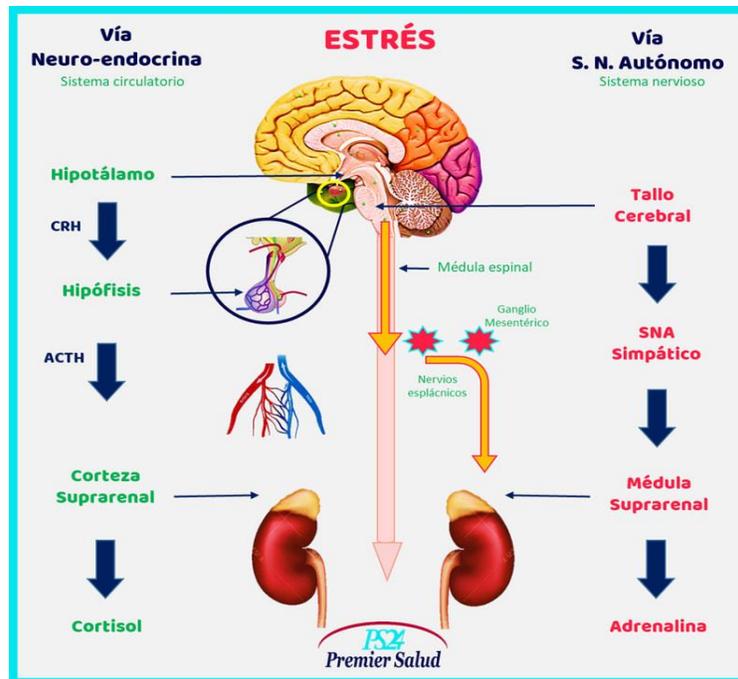


Figura 4. Fisiología del estrés.

Fuente: Estrés: aliado o enemigo [Internet]. UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA. 2021. Disponible en: <https://www.premiersalud24.com/estres-aliado-o-enemigo.html>

Podemos distinguir dos tipos de respuesta al estrés:

- ✓ Una inmediata, correspondiendo a la reacción de alarma y respondiendo a una demanda urgente; es la respuesta adrenalínica que se traduce por una secreción brusca de adrenalina.
- ✓ Otra relativamente más tardía, lenta y continua; es la respuesta cortico suprarrenal que se traduce por una secreción de corticoides. La adrenalina va a responder a las necesidades energéticas inmediatas haciendo liberar el azúcar de las reservas que se encuentran en el hígado: este azúcar es indispensable para los músculos y para el cerebro. (20)

Los corticoides provocan un catabolismo (destrucción) proteico y, a partir de esos prótidos, una producción de azúcar en el hígado, fuente de energía fácilmente disponible. Inhiben las reacciones inflamatorias producidas por los factores de estrés y son igualmente responsables de una disminución de las defensas

inmunitarias, de la atrofia del timo y de los ganglios linfáticos, lo mismo que de la aparición de las úlceras gastroduodenales observadas durante la reacción de alarma en el animal de experiencia, sometido al estrés. El hipotálamo es una pequeña glándula situada en la base del cerebro que recibe las diferentes informaciones procedentes de los órganos sensoriales: piel, ojo, oído, órgano gustativo...por medio de haces de la sustancia reticulada, que proceden asimismo del bulbo cerebral, informan al hipotálamo de todo lo que pasa en el interior y fuera del cuerpo. En el estrés se da una interdependencia capital entre el hipotálamo y el sistema límbico, que juega un papel importante en nuestra reacción a las emociones probablemente por medio de otras hormonas mediadoras. (20)

El hipotálamo tiene la misión de un ordenador que centraliza las informaciones y que da enseguida las órdenes adecuadas a cada situación, y éstas se distribuyen a las otras regiones del cerebro. El hipotálamo es asimismo el centro regulador del sistema simpático, que tiene su origen en el hipotálamo, de donde descienden unas vías nerviosas hacia la médula y el resto del cuerpo. (20)

El hipotálamo es asimismo el centro regulador de la actividad de la hipófisis, que es en sí misma otro ordenador que dirige el sistema glandular endocrino. Esta regulación se hace por medio de un factor llamado C.F.R. que, según el profesor Roger Guillemin, es un polipéptido (del tipo de los polipéptidos llamados neurotransmisores o neurohormonas cerebrales). (20)

El hipotálamo es el primer alertado en todas las situaciones de estrés y de urgencia; y él estimula inmediatamente nuestros dos sistemas de defensa que son el sistema nervioso simpático y el sistema glandular, sobre todo, la córticosuprarrenal y también las demás glándulas endocrinas (tiroides, glándulas genitales) que reciben sus órdenes directamente de la hipófisis por medio del A.C.T.H. (córticotropina) y de otras estimulinas específicas de cada glándula". (20)

2.2.1.4 Teoría del origen de la depresión

La depresión (del latín depressio, que significa 'opresión', 'encogimiento' o 'abatimiento') es el diagnóstico psiquiátrico y psicológico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana (anhedonia). Los trastornos depresivos pueden estar, en mayor o menor grado, acompañados de ansiedad. (21)

El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: como es la tristeza constante, decaimiento, irritabilidad, sensación de malestar, impotencia, frustración a la vida y puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida. Aunque ese es el núcleo principal de síntomas, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático. En la mayor parte de los casos, el diagnóstico es clínico, aunque debe diferenciarse de cuadros de expresión parecida, como los trastornos de ansiedad. La persona aquejada de depresión puede no vivenciar tristeza, sino pérdida de interés e incapacidad para disfrutar las actividades lúdicas habituales, así como una vivencia poco motivadora y más lenta del transcurso del tiempo. (21)

A. Teoría inflamatoria

Existe un creciente número de pruebas que demuestran que la depresión está asociada con una respuesta inflamatoria crónica de bajo grado, que trae como consecuencia la activación de la inmunidad celular y una respuesta anti-inflamatoria compensatoria, caracterizada por procesos inmuno-reguladores negativos. Nuevas evidencias muestran que la depresión clínica se acompaña de un aumento del estrés oxidativo y aparición de respuestas autoinmunes, que contribuyen a la progresión de la depresión. (21)

La teoría que mayor interés ha suscitado entre los investigadores es la participación de las citoquinas pro inflamatorias en los cambios del comportamiento típicos de la depresión. El aumento de estas y sus efectos sobre el sistema nervioso central

contribuye al desarrollo de los síntomas depresivos somáticos y neuropsicológicos. De hecho, en los estudios donde a participantes sanos se les administran infusiones de endotoxinas para desencadenar la liberación de citoquinas, aparecen los síntomas depresivos clásicos que también condicionan las características conductuales y cognitivas típicas de la depresión. Por ejemplo, aproximadamente el 25% de los pacientes que reciben interferón para el tratamiento de la hepatitis C, desarrolla una depresión importante. (21)

Muchos estudios realizados hasta el momento han demostrado la existencia de niveles elevados de citoquinas pro inflamatorias en el suero de los pacientes con un episodio depresivo grave. Un interesante fenómeno que confirma el vínculo entre los procesos inflamatorios y los síntomas de la depresión es la asociación de síntomas depresivos con enfermedades inflamatorias, autoinmunes o neuro inflamatorias, tales como el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la enfermedad cardiovascular, la diabetes, la alergia, la artritis reumatoide, la enfermedad celíaca, la esclerosis múltiple y la enfermedad de Parkinson. (21)

2.2.1.5 Teoría del origen de la ansiedad

En general, el término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico; no obstante, pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no dominan el cuadro clínico. Si bien la ansiedad se destaca por su cercanía al miedo, se diferencia de éste en que, mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles. (22)

Las manifestaciones de la ansiedad consisten en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual y cognitiva, caracterizada por un estado generalizado de alerta y activación. Existen casi tantas definiciones de ella como modelos teóricos

donde encuadrar a las mismas, por lo que todas las teorías están de acuerdo en que consiste en una respuesta emocional compleja, adaptativa y fenomenológicamente pluridimensional. (22)

La teoría psicoanalítica sostiene que la ansiedad con la que la psiconeurótica lucha es producto del conflicto entre un impulso inaceptable y una contrafuerza aplicada por el ego. Freud concibió la ansiedad como un estado afectivo desagradable en el que aparecen fenómenos como la aprensión, sentimientos desagradables, pensamientos molestos y cambios fisiológicos que se asocian a la activación autonómica. (22)

Además, Freud (1971) identifica tres teorías sobre la ansiedad:

1. La ansiedad real que aparece ante la relación que se establece entre el yo y el mundo exterior; se manifiesta como una advertencia para el individuo, es decir, le avisa de un peligro real que hay en el ambiente que lo rodea.
2. La ansiedad neurótica, que resulta más complicada, se entiende también como una señal de peligro, pero su origen hay que buscarlo en los impulsos reprimidos del individuo, siendo ésta la base de todas las neurosis; se caracteriza por la carencia de objeto, estando el recuerdo del castigo o evento traumático reprimido, no se reconoce el origen del peligro; además, se relaciona el peligro con el castigo contingente a la expresión de los impulsos reprimidos, lo que permite reconocer la superioridad de esta ansiedad respecto a la objetiva diferenciación entre peligro real externo y peligro de origen interno y desconocido. (22)
3. La ansiedad moral es conocida como la de la vergüenza, es decir, aquí el súper yo amenaza al sujeto con la posibilidad de que el yo pierda el control sobre los impulsos. (22)

2.2.2 MARCO TEORICO

2.2.2.1 Trastornos depresivos

A. Conceptualización

La depresión es una alteración del humor en la que destaca un ánimo deprimido, falta de energía y pérdida del interés, o de la capacidad para disfrutar u obtener placer (anhedonia), que afecta la vida de la persona, durante la mayor parte del día y al menos dos semanas. (23)

Existen dos sistemas de clasificación:

- DSM-IV lo clasifica como trastorno depresivo mayor y trastorno distímico.

El trastorno depresivo mayor es un trastorno de humor heterogéneo clínicamente, que tiene un curso episódico con tendencia a la recurrencia. Mientras que el trastorno distímico o distimia es un término que el DSM-IV y la CIE-10 utilizan como prototipo de depresión crónica. (23)

B. Factores desencadenantes

- Psicosociales

Uno de los principales factores es la separación matrimonial, el divorcio, la pertenencia a clases inferiores, la inadecuada situación socioeconómica, la inestabilidad laboral, el vivir aislado del centro urbano, las dificultades en el ámbito laboral o familiar constituyen causas sociales para la aparición de la depresión. El sexo femenino es uno de los principales riesgos demográficos para la depresión. (24)

- Genéticos

Los familiares de primer grado presentan una mayor probabilidad de padecer un cuadro depresivo. (23)

- Factores Neuroquímicos

Los neurotransmisores que más se han relacionado con la depresión son la noradrenalina y la serotonina. Se ha comprobado que existe una disminución de los niveles del metabolito de la noradrenalina, 3 metoxi-4 hidroxifenilglicol, en sangre y

orina en pacientes depresivos. También se ha observado que la depleción de dopamina aumenta el riesgo de depresión. (23)

- Factores endocrinos

Se ha visto implicados factores endocrinos, como la alteración en la secreción de hormona del crecimiento, hipersecreción del cortisol, hiperplasia hipofisaria y suprarrenal, alteraciones en el eje hipotálamo-hipofisario-tiroideo. (23)

- Factores fisiológicos

Se han observado alteraciones del ritmo circadiano y del ciclo del sueño, con insomnio agudo, de tipo mantenimiento. En la depresión mayor bipolar algunos pacientes presentan hipersomnias, mientras que en la depresión unipolar es habitual el insomnio. La depresión mayor unipolar en adultos suele iniciarse con insomnio mientras que en adolescentes es más común la hipersomnias. En la depresión atípica la hipersomnias es lo más frecuente. La depresión mayor delirante se asocia a una mayor frecuencia de periodos REM al inicio del sueño y una disminución del tiempo total en fase REM. (23, 25)

- Factores anatómicos

Con el avance de los estudios de neuro-imagen estructural y funcional se han descrito alteraciones en el sistema límbico (el estado de ánimo, ganglios de la base, alteración del ritmo circadiano), hipotálamo (alteración de la secreción del cortisol). (23)

C. Criterios diagnósticos

Para llegar al diagnóstico de episodio depresivo o distimia es necesario hacer una anamnesis al paciente y comprobar si cumple los criterios propuestos por CIE-10 o DSM-IV. (Tabla 4.)

Tabla 4. Criterios diagnósticos de depresión según CIE-10.

	LEVE	MODERADO	GRAVE	DISTIMIA
--	-------------	-----------------	--------------	-----------------

Síntomas principales: 1. Humor depresivo (vivencia de tristeza) 2. Pérdida de interés y disfrute (apatía y anhedonia) 3. Fatigabilidad (cansancio)	2 síntomas	2 síntomas	Los tres síntomas	Estado de ánimo deprimido continuo o recurrente
Otros síntomas: a) Disminución de la atención y concentración b) Pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad c) Ideas de culpa y de ser inútil (incluso en episodios leves) d) Perspectiva sombría del futuro e) Pensamientos y actos suicidad o de autoagresiones f) Trastornos del sueño g) Perdida del apetito	Al menos 2	3 o 4	Al menos 4	Al menos 2
Intensidad de los síntomas	Ninguno en grado intenso	Varios en grado intenso (no esencial si son muchos)	Intensidad grave	Menor que leve
Interferencia: dificultad para llevar a cabo su vida social y laboral	Alguna dificultad	Bastante dificultad	Dificultad extrema	Alguna dificultad
Duración	Al menos dos semanas			Mayor a dos años

Fuente: Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos. 2010. Servicio

Murciano de Salud. Disponible en:

<https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf>.

D. Screening o pruebas diagnosticas

Escala DASS-21

Escala de depresión, ansiedad y estrés), desarrollado por el doctor Peter Lovibond de la Universidad de Nueva Gales del Sur, Australia. La prueba tiene la capacidad de medir y distinguir simultáneamente la depresión, la ansiedad y el estrés. (26)

Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (CES-D)

Esta escala se desarrolla para uso en estudios epidemiológicos en población en general. Se centra en los componentes cognitivo y conductual de la sintomatología depresiva, con menor presencia de los síntomas de tipo somático. Consiste en 20 ítems, con cuatro opciones de respuesta que se puntúan del 0 a 3. (23)

Escala auto aplicada de depresión de Zung (SDS)

Esta escala fue desarrollada en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica, derivada de la escala de depresión de Hamilton, al igual que ella da mayor peso al componente somático – conductual del trastorno depresivo. (23)

Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG)

Es una entrevista corta para ser utilizada por médicos como instrumento de cribaje que consiste en dos escalas de 9 ítems (ansiedad y depresión) de respuesta dicotómica (si o no). (23)

Escala de evaluación para la depresión de Hamilton (HRSD)

Esta escala fue diseñada para medir la intensidad o gravedad de la depresión. Su contenido se centra en aspectos somáticos y comportamentales de la depresión. (23)

- E. Conductas o acciones de intervención recomendadas en el primer nivel de atención.

La atención diferenciada y su importancia es aquella atención especializada que requiere una persona o grupos de personas debido a su situación de vulnerabilidad, respondiendo siempre a los principios de igualdad y no discriminación.

Un abordaje diferencial y de respeto a las diferencias, implica que las medidas de atención, asistencia, y protección de las personas correspondan al grado de vulnerabilidad en que se encuentren, entre otras causas, en razón de la edad, sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género, etnia, condiciones de discapacidad, situación de exclusión y otras. (27)

- Psicoeducación al paciente y la familia sobre el trastorno depresivo, y prevención del suicidio.
- Participación y apoyo por parte de la familia del paciente
- Explicar la importancia del tratamiento farmacológico antidepresivo y su toma adecuada
- Recomendaciones sobre formas de relajación para el paciente, actividades de esparcimiento y grupos de apoyo
- Orientación al paciente y familiar sobre prevención de consumo de sustancias psicoactivas
- Mantener un ciclo de sueño regular
- Actividad física periódica, actividades sociales hasta donde sea posible
- Grupos de auto ayuda o grupos religiosos
- Reconocimiento de pensamientos de autolesión o suicidio y búsqueda de ayuda cuando estos se presenten. (28)

2.2.2.2 Trastornos de ansiedad

A. Conceptualización

La ansiedad es un fenómeno normal que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, es base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a

mantener un elevado nivel de trabajo y conducta. En exceso, la ansiedad es nociva, mal adaptativa, compromete la eficacia y conduce a las enfermedades. (28)

B. Factores desencadenantes

Actualmente se acepta que en su origen participan factores biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje. Muchos de los trastornos tienen su origen en anormalidades neuroquímicas influenciadas genéticamente; otras están asociadas a conflictos intrapsíquicos o se pueden explicar mejor por el efecto de estresores o conductas aprendidas; sin embargo, es la combinación de estos factores lo que más cercanamente se encuentra en su etiología. (28)

a) Factores biológicos

Predisposición genética: Una vulnerabilidad biológica primaria condicionada genéticamente se ha encontrado en la mayoría de los trastornos de ansiedad, pero con mayor contundencia en el trastorno por pánico, trastorno obsesivo compulsivo y fobia social. Los parientes en primer grado de los pacientes con trastorno por pánico tienen entre cuatro a siete veces más probabilidades de presentar el trastorno. La tasa de concordancia del trastorno obsesivo compulsivo es superior en los gemelos homocigotos que los dicigotos. Los parientes de primer grado de pacientes con fobia social tienen más probabilidades de padecer el trastorno. (28)

b) Factores psicosociales

Los estresores psicosociales juegan un papel muy importante en muchos de los trastornos de ansiedad, como factores precipitantes, agravantes o causales. Los problemas de relaciones interpersonales, académicos y laborales, amenazas de pérdidas, necesidades sociales y económicas apremiantes, cambios en el sistema de vida, etc. se asocian en la producción de los trastornos de adaptación de tipo ansioso y de la ansiedad generalizada, La ocupación, el tipo de trabajo afecta en la ansiedad, como la carga de trabajo, el horario, el sexo, donde más afecta a mujeres, la edad, los mayores afectados los adultos jóvenes. (28)

c) Factores traumáticos

Enfrentar acontecimientos traumáticos fuera del rango de la experiencia humana normal, como accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc., suelen provocar serios daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad, como es el caso del estrés agudo y del trastorno de estrés postraumático. (28)

d) Factores psicodinámicos

La ansiedad se considera como la respuesta individual a un peligro que amenaza desde dentro en forma de un impulso instintivo prohibido que está a punto de escapar del control del individuo, La ansiedad como señal de alarma provoca que el "yo" adopte medidas defensivas. Si las defensas tienen éxito la ansiedad desaparece y si no sale libremente o se contiene, según el tipo de defensa empleada, puede presentar síntomas conversivos, disociativos, fóbicos, y obsesivo compulsivos.

Se ha visto que los pacientes con trastornos de ansiedad, previo a la primera crisis, presentan conflictos por amenaza o pérdida de una relación afectiva y que a la vez se asocia al antecedente de separación de sus padres en la infancia. (28)

e) Factores cognitivos y conductuales

Se considera que patrones cognitivos distorsionados (sistema de pensamientos negativos) preceden a conductas desadaptadas y trastornos emocionales. La ansiedad se presenta por una sobrevaloración amenazante de los estímulos y una infravaloración de sus potenciales personales. Pacientes con sistemas cognitivos negativos desencadenan ataques de pánico interpretando una palpitación precordial como el aviso de estar a punto de morir de un infarto del miocardio. También, por estímulos externos y por mecanismos de condicionamiento y generalización, se pueden aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas de los demás. (28)

C. Criterios diagnósticos

La característica esencial de trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular. Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitations, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar vaya a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico. (29) (Tabla 5.)

Un buen diagnóstico se tiene que detallar una anamnesis completa, cumpliendo dos o más de las siguientes pautas diagnósticas.

Tabla 5. Pautas diagnósticas de ansiedad.

Pautas Diagnósticas
A presión (preocupaciones acerca de calamidades, sentirse al límite, dificultades de concentraciones)
Tensión Muscular (agitaciones e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajación)
Hiperactividad vegetativa (sudoración, taquicardia, o taquipnea, molestias epigastralgias, vértigo, mareos, sequedad de boca,)

Fuente: CIE-10 Otros trastornos de la ansiedad.

D. Screening o pruebas diagnosticas

Escala de Hamilton para la detección de la ansiedad

La Escala de Hamilton para la Ansiedad, es una escala de estado cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad. Consta de un total de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Además, un ítem evalúa específicamente el ánimo deprimido. (30)

Los ítems son manifestaciones inespecíficas de ansiedad, sin haber demostrado su utilidad para la evaluación de un trastorno de ansiedad en concreto. Por lo tanto, no es un instrumento diagnóstico, sino que valora los montos de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados como ansiosos. (30)

Escala de Dass-21

El DASS-21 (Escala de depresión, ansiedad y estrés), desarrollado por el doctor Peter Lovibond de la Universidad de Nueva Gales del Sur, Australia. La prueba tiene la capacidad de medir y distinguir simultáneamente la depresión, la ansiedad y el estrés. (26)

El objetivo principal de la prueba DASS-21 es evaluar la gravedad de los síntomas de depresión, ansiedad y estrés. Esta información puede ayudar tanto a identificar la gravedad de los síntomas del paciente como a rastrear las respuestas durante el tratamiento psicológico. (26)

Además, se pueden realizar diferentes estudios como complemento, tanto de Gabinete como de laboratorio, para descartar diagnósticos diferenciales:

Tabla 6. Exámenes complementarios para la evaluación en pacientes con ansiedad.

Pruebas de laboratorio	Pruebas de gabinete
<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma • Glicemia • Pruebas tiroideas • Electrolitos • Pruebas hepáticas 	<ul style="list-style-type: none"> • Electrocardiograma • Radiografía de tórax • Electroencefalograma • TAC cerebral

<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas renales • Exámenes toxicológicos 	
---	--

Fuente: Ministerio de Salud de El Salvador. 2ª Edición. 2017. Guía clínica para la atención en salud mental y psiquiátrica.

E. Conductas o acciones de intervención recomendadas en el primer nivel de atención

Abordaje psicosocial:

- Consejerías
- Psicoeducación
- Técnicas de relajación
- Facilitación en el abordaje de estresores psicosociales. (31)

Criterios de referencia a segundo nivel:

- Detección precoz de casos
- Apoyo diagnóstico
- Tratamiento farmacológico, resistencia a tratamiento farmacológico (6-8 semanas sin mejoría)
- Comorbilidad psiquiátrica.
- Casos resistentes a tratamientos establecidos.
- Terapias conductuales y cognitivas
- Psicoeducación
- Técnicas de relajación
- Técnicas de resolución de problemas
- Seguimiento comunitario (31)

Medidas de preventivas y educación en salud:

- Facilitar la expresión de ideas, temores, sentimientos y quejas somáticas.
- Identificar los elementos psicológicos o ambientales que hayan generado o agravado el padecimiento.
- Explicar la ausencia de bases orgánicas para la angustia que padece, con el objetivo que el paciente comprenda que la condición es originada mayoritariamente por elementos psicosociales.
- Informar el diagnóstico, evitar decir al paciente “no tiene nada”, o “solo se trata de stress”.
- Identificar con el paciente alternativas en el manejo del problema real que lo está originando.
- Explicar el tratamiento y los efectos colaterales del medicamento a emplear.
- Manifestar razonable optimismo en el resultado del tratamiento.
- Actividades relajantes y de ocio.
- Identificar y superar preocupaciones exageradas.
- Enseñar métodos estructurados de entrenamiento en la resolución de problemas
- Incluir en grupos de autoayuda o terapéuticos. (31)

2.2.2.3 Reacciones al estrés

A. Conceptualización

Hoy en día el término estrés hace referencia a una sobrecarga emocional que experimenta el individuo, vinculada a una exigencia desproporcionada del ambiente, y que se manifiesta en un estado de nerviosismo porque requiere un sobreesfuerzo por parte del individuo, poniéndole en riesgo de enfermar. En definitiva, el estrés es la respuesta fisiológica y psicológica del cuerpo ante un estímulo (estresor), que puede ser un evento, objeto o persona. (22)

Se describen tres fases sucesivas de adaptación del organismo que fueron descritas por Hans Selye ya en 1936, a las que llamó Síndrome General de Adaptación:

- Fase de reacción de alarma

Ante un estímulo estresante, el organismo reacciona automáticamente preparándose para la respuesta, para la acción, tanto para luchar como para escapar del estímulo estresante. En esta fase supone la activación del eje hipofisario suprarrenal; y se produce una reacción instantánea y automática que se compone de una serie de síntomas como aumento de la frecuencia cardíaca, sudoración, tensión muscular, sequedad de boca, aumento de la frecuencia respiratoria, aumento de la presión arterial.

Es muy importante que todos los procesos que se producen son reacciones encaminadas a preparar el organismo para la acción de afrontar una tarea o esfuerzo. (22)

- Fase de resistencia

El organismo intenta superar, adaptarse o afrontar la presencia de los factores que percibe como amenaza o del agente nocivo aquí los niveles de corticoesteroides se normalizan y empieza a desaparecer la sintomatología. (22)

- Fase de agotamiento

Es cuando la agresión se repite con frecuencia o es de larga duración, y cuando los recursos de la persona para conseguir un nivel de adaptación no son suficientes; se entra en la fase de agotamiento se produce una alteración tisular y aparece la patología psicosomática. (22)

B. Factores desencadenantes

En general existen dos tipos de factores que pueden producir estrés:

- Estímulos Externos: problemas económicos, familiares, exceso de trabajo, temor, pérdida de un ser querido, de un trabajo, una mudanza, etc.
- Estímulos Internos: pertenecen al dominio psicofísico del individuo, como, por ejemplo, un dolor intenso, una enfermedad, sentimientos de inferioridad, problemas sociológicos, entre otros. (32)

Para cada individuo la fuente que provocará la cadena de estrés es muy particular y difiere de una persona a otra, pero podemos consensuar en que existen una serie de sucesos que estresan a la mayoría de los seres humanos:

- a. Sucesos vitales intensos y extraordinarios: muerte de un familiar, divorcio, nacimiento de un hijo, enfermedades o accidentes, mudanza, etc.
- b. Sucesos diarios de menor intensidad: atascamientos de tránsito, ruidos, discusiones con compañeros o pareja, etc.
- c. Situaciones de tensión mantenida: enfermedad prolongada, mal ambiente laboral, disputas conyugales permanentes, dificultades económicas sostenidas, etc. (32)

Con otras palabras, nuestras experiencias estresores provienen de tres fuentes básicas:

- ✓ Nuestro entorno.
- ✓ Nuestro cuerpo.
- ✓ Nuestros pensamientos.

C. Criterios diagnósticos

Existen una serie de síntomas a corto y medio plazo que son indicadores de estrés, los más comunes son los siguientes: (Tabla 7.)

Tabla 7. Síntomas indicadores de estrés.

SÍNTOMAS COGNITIVOS	SÍNTOMAS EMOCIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Pérdida de Memoria ○ Incapacidad para concentrarse ○ Juicio pobre ○ Ver sólo lo negativo ○ Pensamientos ansiosos y apresurados ○ Preocupación constante 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cambios de humor ○ Irritabilidad ○ Agitación, incapacidad para relajarse ○ Sentirse abrumado ○ Sensación de soledad y aislamiento ○ Depresión e infelicidad general
SÍNTOMAS FÍSICOS	SÍNTOMAS CONDUCTUALES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Dolores, por ejemplo de cabeza ○ Diarrea o estreñimiento ○ Náuseas y mareos ○ Dolor en el pecho, palpitaciones rápidas ○ Pérdida o disminución de deseo sexual ○ Frecuentes enfermedades respiratorias 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Comer de más o de menos ○ Dormir de más o de menos ○ Aislarse del grupo social ○ Procrastinar o ser negligente con responsabilidades ○ Usar drogas, cigarrillos o alcohol para relajarse ○ Hábitos nerviosos (morderse las uñas)

Fuente: Regueiro A. CONCEPTOS BÁSICOS: ¿QUE ES EL ESTRÉS Y CÓMO NOS AFECTA? [Internet]. España: Servicio de Atención Psicológica de la Universidad de Málaga; 2021. Disponible en: <https://www.uma.es/media/files/tallerestr%C3%A9s.pdf>.

Otro diagnóstico se basa en los criterios recomendados por el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, quinta edición (DSM-5); estos criterios incluyen síntomas intrusivos, estado de ánimo negativo, y síntomas de disociación, evitación y alerta. (33)

Para cumplir con los criterios diagnósticos, los pacientes deben haber estado expuestos directa o indirectamente a un evento traumático, y deben estar presentes ≥ 9 de los siguientes síntomas durante un período entre 3 días y 1 mes:

- ✓ Recuerdos angustiantes, recurrentes, involuntarios e intrusivos del evento
- ✓ Sueños angustiantes recurrentes sobre el evento.
- ✓ Reacciones disociativas (p. ej., flashbacks) en las que los pacientes sienten como si el evento traumático se estuviese repitiendo
- ✓ Intensa angustia psicológica o fisiológica cuando recuerda el episodio (p. ej., por ingresar a un sitio similar, por sonidos similares a los que escuchó durante el evento)
- ✓ Incapacidad persistente de sentir emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción, sentimientos amorosos)
- ✓ Un sentido de la realidad distorsionado (p. ej., sentirse confundido, el tiempo enlentecido, percepciones distorsionadas)
- ✓ Incapacidad de recordar una parte importante del evento traumático
- ✓ Esfuerzos para evitar recuerdos angustiantes, pensamientos o sentimientos asociados con el evento

- ✓ Esfuerzos para evitar factores externos que rememoran el suceso (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones)
- ✓ Trastorno del sueño
- ✓ Irritabilidad o crisis de enojo
- ✓ Hipervigilancia
- ✓ Dificultades para concentrarse
- ✓ Respuesta de sobresalto exagerada

Además, las manifestaciones deben provocar malestar intenso o deteriorar significativamente el funcionamiento social u ocupacional, y no deben ser atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otro trastorno médico.

(33)

Criterios según la CIE – 10 indican que es un trastorno transitorio de una gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta al estrés físico o psicológico excepcional y que por lo general remite en horas o días. El agente estresante puede ser una experiencia traumática devastadora que implica una amenaza seria a la seguridad o integridad física del enfermo o de persona o personas queridas (por ejemplo, catástrofes naturales, accidentes, batallas, atracos, violaciones) o un cambio brusco y amenazador del rango o del entorno social del individuo (por ejemplo, pérdidas de varios seres queridos, incendio de la vivienda, etc.). (34)

Características típicas de reacción a estrés agudo:

- En un período inicial: estado de "embotamiento" con alguna reducción del campo de la conciencia, estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación.
- Alejamiento de la circunstancia (incluso hasta el grado de estupor disociativo), agitación e hiperactividad (reacción de lucha o de huida).

- Signos vegetativos de las crisis de pánico (taquicardia, sudoración y rubor).
- Puede existir amnesia completa o parcial para el episodio. (34)

Debe haber una relación temporal clara e inmediata entre el impacto de un agente estresante excepcional y la aparición de los síntomas, los cuales se presentan a lo sumo al cabo de unos pocos minutos, si no lo han hecho de un modo inmediato. Además, los síntomas se presentan mezclados y cambiantes, sumándose al estado inicial de "embotamiento", depresión, ansiedad, ira, desesperación, hiperactividad o aislamiento, aunque ninguno de estos síntomas predomina sobre los otros durante mucho tiempo. (34)

Tienen una resolución rápida, como mucho en unas pocas horas en los casos en los que es posible apartar al enfermo del medio estresante. En los casos en que la situación estresante es por su propia naturaleza continua o irreversible, los síntomas comienzan a apagarse después de 24 a 48 horas y son mínimos al cabo de unos tres días. (34)

D. Screening o pruebas diagnosticas

Escala general de estrés

Tiene como objetivo principal ver la incidencia de los diferentes acontecimientos estresantes que han tenido lugar a lo largo del ciclo vital de cada persona, va dirigida a la población abarcando edades entre los 18 y los 60 años.

La escala consta de 53 elementos distribuidos en cuatro temáticas: salud, relaciones humanas, estilo de vida, asuntos laborales y económicos. (35)

Escala de acontecimientos estresantes en ancianos

Busca evaluar la intensidad de estrés vivido como respuesta a los sucesos estresantes relacionados sobre la vida afectiva y sentimental, dirigida a la población de personas mayores – ancianos de edades entre 66 y 85 años.

Consta de 51 ítems agrupados en tres áreas: salud y estado físico y psíquico, vida psicológica, vida social y económica. (35)

Escala de estrés socio – laboral

Esta escala tiene como función la evaluación del estrés en el ambiente laboral. Va dirigida a la población de edades entre 20 y 60 años.

La escala consta de 50 ítems distribuidos en tres áreas: trabajo en sí mismo, contexto laboral, relación del sujeto con el trabajo. (35)

E. Conductas o acciones de intervención recomendadas

Según el manejo que se brinda en el primer nivel de atención es principalmente la información y educación del paciente y familiares de la manera siguiente: (36)

- Los síntomas no son debidos a una enfermedad orgánica, ni a una “influencia mágica”.
- Los síntomas no representan un peligro real de muerte.
- Sobre resolución de problemas y entrenamiento en habilidades para la vida.
- Promover que el paciente exprese abiertamente sus temores y emociones.
- Si el caso lo permite, es recomendable separar al paciente del evento estresante.
- Estimular las soluciones razonables al evento estresante.
- Estimularlo a que continúe con sus actividades cotidianas.
- Recuperar lo más pronto posible su estilo de vida cotidiano para evitar recaídas y ganancia secundaria.
- Realizar coordinación interinstitucional para brindar al paciente un ambiente tranquilo y de protección. (36)

Existen otras técnicas que las personas pueden emplear para manejar situaciones de estrés como se menciona a continuación:

- ✓ Las técnicas de relajación en general son el conjunto de procedimientos que se usan para disminuir el tono muscular excesivo y proporcionar bienestar físico y mental, aumentando de esta forma la energía de nuestro organismo para afrontar nuestra actividad de una forma óptima. (32)
- ✓ Ejercicios de respiración donde se cierra los ojos e intenta relajar todo tu cuerpo. Inspira profundamente, mantén el aire y después expúlsalo lentamente. Haz este ejercicio cinco veces, después respira de la misma forma, pero cuando empieces a exhalar pronuncia para ti mismo la palabra "RELAX", de forma que cuando llegues a la X hayas recorrido todo tu cuerpo relajándolo desde la cabeza hasta los dedos de los pies. Repítelo cinco veces.
- ✓ Análisis o entrevista de apoyo a cargo de profesionales.
- ✓ Tratamiento con medicamentos. (32)

2.2.2.4 Impacto de la pandemia por coronavirus sobre la salud mental

A. Grupos poblacionales más vulnerables al estrés por COVID-19

El virus de la COVID-19 es una nueva cepa de coronavirus, que tiene como agravante la no existencia de una vacuna ni de un tratamiento curativo, por lo que la mejor medida preventiva es evitar la exposición. (5)

El brote de la COVID-19 resulta estresante para muchas personas. El temor y la ansiedad que causa esta enfermedad pueden ser agobiantes y generar emociones fuertes, tanto en adultos como en niños. La forma en que la población responde al brote depende de sus antecedentes, de los aspectos que los diferencian de otros individuos y de la comunidad en la que vive; no obstante, las personas que pueden tener una reacción más fuerte al estrés, en una crisis de este tipo, incluye a ciertos grupos poblacionales más vulnerables, los cuales aparecen en la siguiente figura. (5)

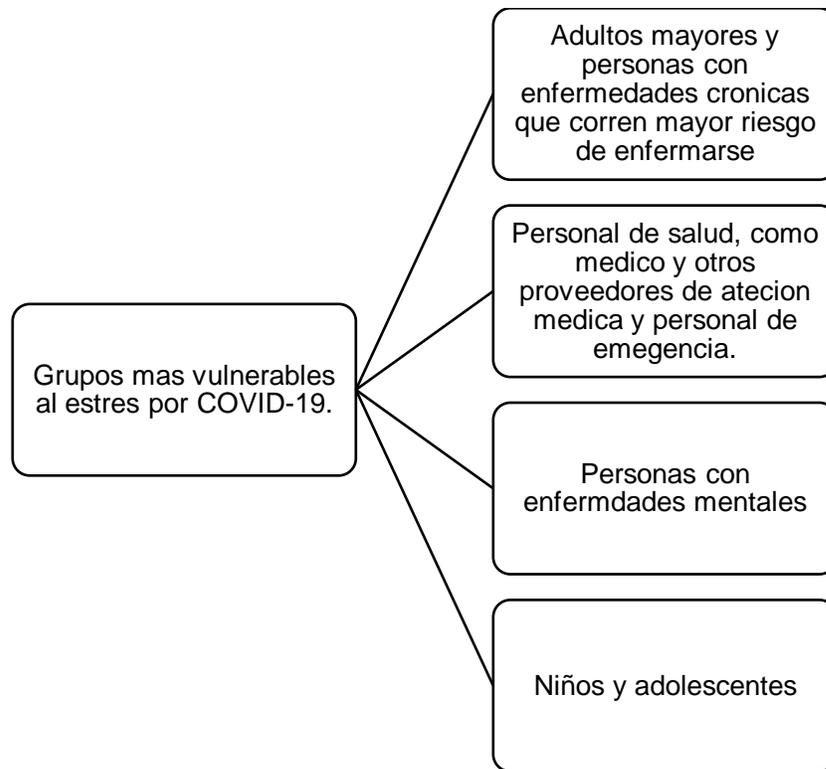


Figura 5. Personas más vulnerables en la pandemia COVID-19.

Fuente: Hernández Rodríguez José. Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicent Electron* [Internet]. 2020 19:583-589. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300578

También hay circunstancias que pueden hacer a una persona más vulnerable:

- Dependiente de bebidas alcohólicas u otras sustancias adictivas.
- Personas que deambulan por la calle, sin techo o con movilidad reducida.
- Personas con soledad no deseada o con la ausencia de redes de apoyo, o presentar ausencia de vínculos con los que mantener una comunicación activa.
- Sujetos con escasos recursos personales para el entretenimiento o con baja capacidad o pobre acceso a la tecnología.

- Individuos con una convivencia en entornos de riesgo (violencia o aislamiento), y con dificultad para comprender el estado de alarma y, por tanto, en riesgo de incumplir.
- Menores de edad o sujetos dependientes de otras personas.
- Personas con la obligación de acudir a su puesto laboral, con la posibilidad de la pérdida de su trabajo.
- Individuos con precariedad o ausencia de recursos económicos (5)

Hay factores predisponentes psicosociales que predisponen en el efecto de la pandemia como la falta de desempleo, el aislamiento en los adolescentes en sentido de no tener contacto con amigos y compañeros, la pérdida económica. (5)

B. Atención de primer nivel

La atención brindada en el primer de atención en pandemia sigue siendo la misma atención, solo que, con medidas de bioseguridad, distanciamiento, y protocolos.

El primer paso es selección, donde se evalúa al paciente y el caso, si no es caso grave se puede programar citas, posterior se pasa al paciente a preparación donde se toman talla, peso, los signos vitales, luego se pasa al consultorio para una atención integral. Se proporciona atención tomando en cuenta la promoción de la salud, prevención y realizando tamizaje en salud mental, con una buena anamnesis, detallado síntomas que expresa el paciente, las circunstancias que está pasando, una buena exploración física y mental, posterior a la evaluación se tiene que valorar si requiere referencia al segundo nivel, también tratamiento y servicios de apoyo.

Prevenir

En el caso de los centros de contención y hospitales, se deberá de conformar un equipo de monitoreo y acción preventiva con el fin de propiciar reuniones continuas con las personas en cuarentena u hospitalizadas para establecer en conjunto normas de convivencia y de respeto mutuo con enfoque de cultura de paz y comunicación no violenta. Esta medida podría contribuir a minimizar la aparición de

diferentes expresiones de violencia basadas en género. La moderación del grupo puede ser ejecutado por un profesional de la salud mental o trabajador/a social. (37)

C. Atención especializada

- Se realizarán intervenciones grupales y actividades individuales basadas en intervención en crisis, psico-educación, consejería, manejo del estrés, manejo del duelo, psicoterapia de apoyo e incorporación de elementos cognitivos conductuales dependiendo de cada caso.
- Se dispondrá una hoja de atención especial por Emergencia Nacional COVID-19 por cada trabajador que solicite atención.
- Los pacientes conocidos podrán consultar por: descompensación por patología de base, problema de salud mental sobre agregado, necesidad de medicamento repetitivo.
- Todo médico que brinde atención se determinara si amerita primeros auxilios psicológicos por estar en crisis, psicoterapia o remisión de urgencia para evaluación por psiquiatra en el menor tiempo posible (máximo 72h).
- A todo paciente que sea evaluado, se establecerá plan de manejo inmediato y seguimiento del caso por parte del médico psiquiatra tratante. (38)

D. Paciente COVID-19 y síntomas psiquiátricos

Desde un punto de vista psicopatológico, la pandemia actual es una forma relativamente nueva de estresor o trauma, tanto para la población como para los profesionales de la salud. La COVID-19 genera preocupaciones de pánico generalizado y ansiedad creciente y, aunque los efectos del coronavirus en la salud mental no se han estudiado sistemáticamente, se anticipa que la COVID-19 tendrá efectos ondulantes. Además, es sabido que dicha preocupación puede exacerbar y agravar síntomas de ansiedad y depresión en personas más vulnerables o con un diagnóstico de enfermedad mental. Ante la presencia de una nueva enfermedad emergente, las noticias sobre el número de muertos, la aceleración del número de

casos nuevos y la atención expansiva de los medios de comunicación pueden aumentar los temores, frustraciones, impotencia y ansiedad de la gente por la situación. De este modo, se han descrito diferentes alteraciones psicológicas, entre las cuales las más comunes son: preocupaciones, ansiedad, alteraciones del estado de ánimo, falta de sueño y creencias hipocondríacas. Los sentimientos generalizados de desesperanza, incertidumbre y miedo tienden a estar muy presentes en la sociedad como resultado de que la vida tal y como la conocemos cambia. Estos sentimientos pueden surgir de una mayor amenaza percibida, lo que impulsa comportamientos en busca de la seguridad en los individuos y en la propia comunidad que pueden ser desadaptativos. (39)

La pandemia del SARS-COV-2 plantea un desafío duradero que no solo afecta al sistema cardiorrespiratorio, sino que vincula la infección sistémica con las enfermedades neuropsiquiátricas. La inflamación sistémica, así como los cambios neuro inflamatorios están asociados con un aumento masivo de las moléculas pro inflamatorias cerebrales, la reactividad neuroglial, una alteración en los neurotransmisores y una remodelación patológica de las redes neuronales. Estos cambios orgánicos, que surgen junto con el estrés ambiental causado por la nueva pandemia, promueven el desarrollo de patologías neuro-psiquiátricas como el trastorno depresivo mayor, el trastorno bipolar, la psicosis, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno por estrés postraumático. (39)

Un metaanálisis sobre la COVID-19 sugiere que existen signos de delirium en la etapa aguda de la enfermedad, tal y como sucedió en las epidemias del SARS y del MERS12. A ello se añade que, si bien existe evidencia de depresión, ansiedad, fatiga y TEPT en la etapa posterior a la enfermedad en las epidemias anteriores, los datos sobre la COVID-19 son aún limitados. (Figura 6.) (39)

Otros estudios apuntan a que existe un alto número de pacientes infectados por SARS-CoV-2 que están experimentando síntomas psiquiátricos tales como ansiedad, miedo, depresión e insomnio, y que estos pueden ser difíciles de distinguir de los efectos secundarios del tratamiento antiviral para la propia infección. (39)

Dos estudios diferentes analizados en la revisión de Raony et al. demostraron una prevalencia del 96,2% de los síntomas de TEPT en 714 pacientes con COVID-19 durante la fase aguda, y una prevalencia de 34,72% y 28,47% de síntomas de ansiedad y depresión, respectivamente, en 144 pacientes con COVID-19. Otro estudio basado en una población de supervivientes de la COVID-19 comunicó tasas del 28% para síntomas de TEPT, 31% para síntomas de depresión, 42% para síntomas de ansiedad, 20% para síntomas obsesivo-compulsivos y 40% para insomnio. (39)

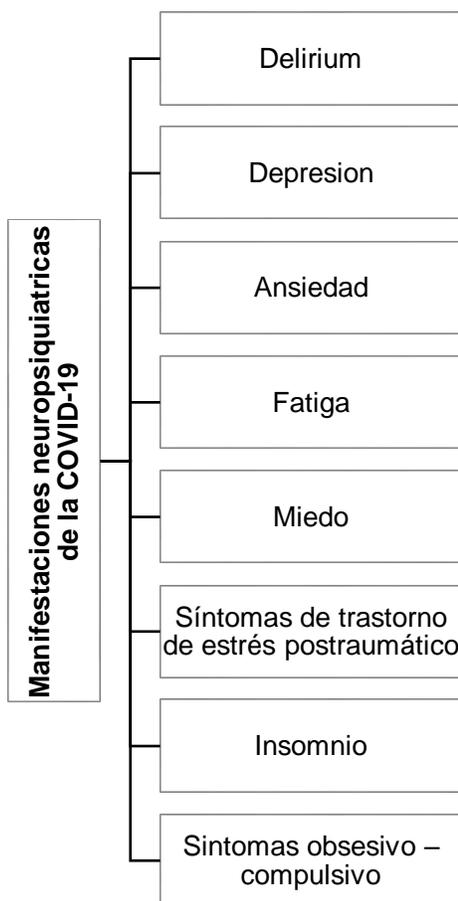


Figura 6. Manifestaciones neuropsiquiátricas.

Fuente: A. Rodríguez-Quiroga, C. Buiza. COVID-19 y salud mental [Internet]. US National Library of Medicine National Institutes of Health. 2020. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7836941/>

E. Estudios previos

Lai y colaboradores, realizaron un estudio trasversal en 1257 profesionales de salud de 34 hospitales de China, entre el 29 de enero y 3 de febrero de 2020, con la finalidad de estudiar el nivel de depresión, ansiedad, estrés e insomnio. Los datos que se obtuvieron fueron, el 50.4% con síntomas depresivos, 44.6% ansiedad, 34.0% insomnio, y 71.5% estrés. (6)

Un estudio mexicano realizado en 2020 a estudiantes universitarios durante 7 semanas de confinamiento por la pandemia de COVID-19, con una muestra de 644 participantes (276 mujeres y 368 hombres) con edades de 18 a más de 30 años; y cuyo contenido se estructuró por el Inventario de estado de ansiedad, Escala de Estrés percibido (PSS-14), reveló los siguientes resultados: (40)

- Durante la fase de confinamiento, la cuarta parte de la población en estudio, independientemente de las variables sociodemográficas, presentó dolor de cabeza, sensación de falta de control y poca satisfacción con las formas de realizar sus actividades.
- Aproximadamente un tercio de la población refirió sentirse agobiado, con nerviosismo, mal humor, menos activos, interviniendo más tiempo de lo habitual al realizar las tareas cotidianas y con sentimientos de inutilidad.
- Con relación a la variable ansiedad, se observó que los varones presentaron puntuaciones más altas que las mujeres. Sin embargo, las mujeres reflejaron más altos puntajes en síntomas psicósomáticos, insomnio, disfunción social, depresión, y estrés.
- Los mayores niveles de ansiedad, estrés, depresión, síntomas psicósomáticos, dificultad para dormir y disfunción social en la actividad diaria se presentaron en los grupos más jóvenes (18 – 25 años). (40)

Un estudio realizado por Huang Jizheng y colaboradores de tipo descriptivo trasversal en China desde el 7 hasta el 14 de febrero de 2020, donde los objetivos

de estudio fueron conocer el estado psicológico del personal de salud que trabaja en la lucha contra el COVID-19 y proporcionar una base teórica para la intervención psicológica. Para ello se contó con 246 participantes con un muestreo por conglomerados. Se les aplicó la escala de autoevaluación para la ansiedad (SAS) y la escala de autoevaluación para el trastorno de estrés postraumático (PTSD-SS). Se recuperaron 230 cuestionarios con una tasa de recuperación del 93.5%. En el estudio participaron 43 hombres (18.7%) y 187 mujeres (81.3%) con edades entre 20 y 59 años, donde 70 eran médicos (30.4%) y 160 eran enfermeras (69.6%). Los resultados obtenidos fueron: (41)

- La tasa de ansiedad del personal de salud fue del 23.04% (53/230). Entre ellos, la incidencia de ansiedad severa, ansiedad moderada, y ansiedad leve fueron 2.17% (5/230), 4.78% (11/230), y 16.09% (37/230) respectivamente.
- La tasa del personal de enfermería fue mayor que la de los médicos.
- La tasa del trastorno de estrés en el personal de salud fue del 2.39% (63/230). El puntaje de estrés del personal de salud femenino fue más alto que el de los hombres. (41)

Wang y colaboradores realizaron un estudio para evaluar el impacto psicológico inicial en China durante el brote del COVID-19, realizaron un estudio de tipo descriptivo de corte transversal en las primeras dos semanas del brote del COVID-19 y aplicaron una encuesta de salud mental desde el 31 de enero al 2 de febrero de 2020, los objetivos de estudio fueron: establecer la prevalencia de síntomas psiquiátricos e identificar factores de riesgo y protectores en relación al estrés psicológico. El estudio tuvo a 1210 participantes de 194 ciudades de China. Se aplicó un cuestionario anónimo online enviado primero a estudiantes universitarios y se invitó a difundirlo a otros contactos. La mayoría de los participantes fue del sexo femenino (67,3%), con edades entre 21 a 30 años (53,1%), casados (76,4%), que vivían con 3-5 personas (80,7%), con hijos (67,4%) y buena educación (87,9%). El impacto psicológico fue evaluado por la escala Event Scale-Revised (IES-R) y el

estado de salud mental por la escala Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21). Los resultados obtenidos fueron:

- Impacto psicológico moderado a severo 53.8%, síntomas depresivos moderados a severos 16.5%, síntomas de ansiedad moderados a severos 28.8% y niveles de estrés moderados a severos 8.1%.
- Se descubrió que el 13.8% presento síntomas depresivos leves; el 12.2%, síntomas moderados; y el 4.3%, síntomas graves.
- Se observaron mayores niveles de depresión en los hombres, en personas sin educación, en personas con molestias físicas y en personas que no confiaban en la habilidad de los médicos para diagnosticar una infección por COVID-19.
- El 84.7% de sujetos que participaron en el estudio permanecían en casa entre 20 – 24 horas. Un 75.2% estaban preocupados por la posibilidad de que un miembro de su familia se infecte, y un 75.1% estaban satisfechos por la cantidad de información disponible de salud.
- Los factores asociados con un alto impacto psicológico y niveles altos de estrés, síntomas de ansiedad y de depresión fueron: el sexo femenino, ser estudiante, tener síntomas físicos específicos (mialgias, mareos, coriza) y una obre percepción de la propia salud.
- Los factores asociados con un bajo impacto psicológico y niveles bajos de estrés, síntomas de ansiedad y depresión fueron: la información de salud actualizada y disponible, y el conocimiento de medidas de prevención. (41)

Jianyin Qiu y colaboradores realizaron un estudio nacional de larga escala acerca del estrés psicológico en la población de China durante la epidemia del COVID-19, para ello aplicaron un cuestionario de auto reporte online desde el 31 de enero al 10 de febrero del 2020, el cuestionario incorporó criterios para el diagnóstico de trastorno de estrés y fobias específicas según la CIE-11, datos socio-demográficos y el índice de estrés peri-traumático por el COVID-19 (CPDI) en relación a la frecuencia de ansiedad, depresión, fobias específicas, alteraciones cognitivas,

conducta de evitación y compulsión, síntomas físicos y pérdida de funcionalidad social en la última semana. El CPDI tuvo un score de 0-100 puntos, con un score de 28-51 para estrés leve a moderado y un score ≥ 52 para estrés severo. El estudio contó con 52,730 participantes de 36 provincias de China, donde 18,599 eran hombres (35,27%) y 34,131 eran mujeres (64,73%). Los resultados obtenidos fueron: (41)

- La media del CPDI fue de 23,65 (15,45%). El 35% experimentó estrés psicológico, un 29,29% con estrés leve a moderado y un 5,14% con estrés severo. Las mujeres presentaron más estrés psicológico que los hombres con un CPDI 24,87 (15,03%) vs 21,41 (15,97%).
 - Las personas menores de 18 años presentaron menos estrés psicológico con un CPDI 14,83 (13,41%). Dos factores de protección pueden explicar el bajo nivel de estrés psicológico en los menores de 18 años: una relativa baja morbilidad en este grupo etáreo y una limitada exposición a la epidemia debido a la cuarentena en casa.
 - Las personas entre los 18-30 años y mayores de 60 años presentaron un alto estrés psicológico, con un CPDI 27,76 (15,69%) y un CPDI 27,49 (24,22%) respectivamente. La población entre los 18-30 años tiene acceso a la información en las redes sociales y ello puede propiciar el estrés. Debido a que las cifras más altas de mortalidad ocurren en la población adulta mayor es comprensible que éste sea el grupo etáreo con mayor impacto psicológico.
- (41)

Un estudio salvadoreño realizado por el Dr. Ricardo Gutiérrez (mayo, 2020), de tipo descriptivo mediante encuesta de poblaciones, con el fin de analizar variables afectivas, concretamente síntomas de ansiedad y algunos de depresión, y salud física. Se utilizó un muestreo no probabilístico mediante la técnica de bola de nieve. El instrumento fue de elaboración propia, se construyó un conjunto de 18 indicadores de ansiedad, partiendo de los principios de Goldberg en 1,988 y Antony y colaboradores en 1,998; preparado en Google Forms y enviado por internet a los

correos institucionales de los estudiantes de la Universidad Tecnológica de El Salvador (UTEC), de diferentes carreras. La muestra estuvo formada por 1440 estudiantes de la Universidad, de ambos sexos. La técnica de recolección de datos fue la encuesta. La media de edad total es de 26 años. En los hombres la media de edad es de 27 años, y en las mujeres de 26 años. Referente al sexo 588 (40.8%) son hombres, y 852 (59.2%) mujeres. Con respecto a la edad, 532 (36.9%) tienen de 18 a 23 años, 491 (34.1%) de 24 a 28 años, y 417 (29.0%) son mayores de 29 años. Los resultados obtenidos fueron: (42)

- Se encontró una prevalencia de ansiedad como indicador empírico de problemas de salud mental, en 8 de cada diez personas, con gravedad entre moderada y severa.
- Las mujeres están más afectadas que los hombres y el grupo de 18 a 23 años de edad es el que más síntomas de ansiedad presentó, comparado con otros grupos de mayor edad. (42)

2.2.3 MARCO CONCEPTUAL

A. Factores Psicosociales o perturbaciones psicológicas ante el estrés

El primer impacto de una epidemia es la crisis misma. No obstante, la población en general y las personas suelen presentar temor, ansiedad, angustia y depresión. En el año 2003, al inicio del brote de SARS, se informaron problemas de salud mental, que incluyeron depresión persistente, ansiedad, ataques de pánico, excitación psicomotora, síntomas psicóticos, delirium e incluso tendencias suicidas. Las personas que pueden presentar un mayor nivel de estrés durante una crisis incluyen: Personas mayores y personas con enfermedades crónicas; niños y adolescentes; personas que están ayudando con la respuesta, como los médicos y otros proveedores de atención médica; y personas que tienen problemas de salud mental, incluido el consumo de sustancias. Existen factores de estrés específicos del brote de COVID-19, entre los cuales se incluyen: El riesgo de estar infectado e infectar a otros; Los síntomas comunes de otros problemas de salud (por ej., una

fiebre) pueden confundirse con el COVID-19; Los cuidadores pueden sentirse cada vez más preocupados porque sus hijos estén solos (debido al cierre de las escuelas); El riesgo del deterioro de la salud física y mental de personas vulnerables, como los adultos mayores y las personas con discapacidades, Además, los trabajadores de salud pueden experimentar otros factores de estrés adicionales: Estigmatización por trabajar con pacientes del virus COVID-19 y poder contagiar a familiares o amigos; medidas estrictas de bioseguridad; mayor demanda en el entorno laboral. (43)

B. Efecto de distanciamiento social

El impacto del distanciamiento social Las personas que están socialmente aisladas, tienen movilidad limitada y tienen poco contacto con los demás son vulnerables a complicaciones psiquiátricas, que van desde síntomas aislados hasta el desarrollo de trastornos mentales, como insomnio, ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático, Por otro lado, las personas que sufren de presión de brote de enfermedad pueden mostrar un dolor evidente y un deterioro severo de las funciones sociales u ocupacionales, formando así un trastorno de adaptación, y si continúan manteniendo un estado de ánimo triste, pueden experimentar una depresión severa. Aunque muchas personas se ven afectadas por la pandemia, se debe prestar especial atención a los grupos vulnerables: 1) pacientes y sus familias; 2) personas con enfermedades físicas y / o mentales; 3) trabajadores de la salud. Médicos que tratan directamente con pacientes y personas en cuarentena. Cabe mencionar que los pacientes con antecedentes de enfermedad mental requieren especial atención, pues la interrupción del tratamiento debido a las dificultades en el seguimiento, limitaciones en la atención especializada, pobre control de dosificación y baja disponibilidad de psicofármacos, puede precipitar comportamientos imprudentes por compromiso del juicio y, por ende, participar en conductas de riesgo que generen dificultades para seguir instrucciones y órdenes públicas generales, lo que se traduce en riesgo de violación de las medidas destinadas a controlar el brote. (16)

C. Pandemia por coronavirus

La pandemia de COVID-19 ha llevado a la implementación de medidas extraordinarias de Salud Pública para reducir la propagación del virus dentro de China y a nivel mundial. Implementando rápidas estrategias de contención de grandes extensiones de territorio y aislamiento social severo, pruebas moleculares para mejorar la eficiencia de detección, clínicas de atención primaria especializadas, además de los centros nacionales y locales responsables para el control y la prevención de esta enfermedad. (44)

A nivel mundial se han lanzado campañas educativas para promover precauciones para los ciudadanos, como lavarse las manos con frecuencia, usar la etiqueta de la tos y el uso de equipos de protección personal (p. ej., máscaras y trajes de bioseguridad) al visitar lugares públicos. Además, el público en general debe estar motivado para informar síntomas como la fiebre y otros factores de riesgo para ser sospechoso para estar infectados por coronavirus, incluido el historial de viajes a países afectados y los contactos cercanos con casos confirmados o sospechosos. (44)

D. Escala DASS-21

El DASS fue desarrollado para cumplir las exigencias psicométricas de una escala de auto reporte desde una concepción dimensional más que categórica de los trastornos psicológicos. Esto implica que las diferencias entre sujetos normales y con alteraciones clínicas radican en la severidad en que experimentan los estados afectivos de depresión, ansiedad y estrés. Su versión abreviada, denominada Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés - 21 (DASS-21, Anexo 2) tiene como ventajas el ser un instrumento de auto reporte, breve, fácil de responder y que ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas en estudios de validación en adultos de población general, en muestras clínicas, en adolescentes y estudiantes universitarios. (26)

CAPITULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

A. Enfoque y tipo de investigación

Enfoque cuantitativo:

Este enfoque representa un conjunto de procesos secuencial y probatorio y parte de una idea, que va acotándose y, una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica. De las preguntas se establecen hipótesis y determinan variables; se desarrolla un plan para probarlas (diseño); se miden las variables en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas (con frecuencia utilizando métodos estadísticos), y se establece una serie de conclusiones respecto de la(s) hipótesis. (45)

Es decir, utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías. (45)

Tipo descriptivo:

Se llevo a cabo una investigación de tipo descriptiva, transversal.

- La finalidad del estudio fue de tipo descriptiva, por lo tanto, se describen las características de la población en estudio; así como la relación que existe entre las variables en estudio.
- Se trata de una investigación transversal, ya que se estudió a la población solamente una vez en el tiempo.
- Se trata de un estudio observacional ya que no se hizo intervención ni manipulación de las variables a estudiar.

En cuanto a la cronología del estudio, es de tipo prospectivo ya que se obtuvieron datos de hechos futuros, partiendo la recolección de la información de forma gradual a medida que el sujeto completo el instrumento de recolección de datos (en el periodo de julio a agosto de 2021).

B. Sujetos y objeto de estudio

Unidad de análisis:

Los usuarios que consultaron en el área de IRAS (Infecciones Respiratorias Agudas) de la UCSF-I de Zacamil.

La unidad de análisis fue, los pacientes que consultaron en la UCSF-I de Zacamil, en el área de IRAS durante el mes de julio a agosto de 2021, ya que el estudio se basó en la pandemia por COVID-19 y alteraciones en la salud mental.

Criterios de exclusión e inclusión:

- Inclusión: edad de 20 a 40 años, pacientes que consultaron en el área de IRAS, pacientes que aceptaron participar en el estudio.
- Exclusión: pacientes menores de edad, pacientes mayores de 40 años y adultos mayores, pacientes de consulta general y especialidad, pacientes que no pertenecían al área geográfica de estudio, pacientes embarazadas, pacientes con discapacidad física.

Tipo de muestreo: no probabilístico, por conveniencia.

Los tipos de muestra se categorizan en dos grandes ramas: muestras no probabilísticas y las muestras probabilísticas. Elegir entre una muestra probabilística o una no probabilística depende del planteamiento de estudio, del diseño de la investigación y de la contribución que se piensa hacer con ella. (45)

Las muestras probabilísticas, todos los elementos de la población tienen la misma probabilidad de ser escogidos para la muestra y se obtiene definiendo las características de la población y el tamaño de la muestra, y por medio de una selección aleatoria o mecánica de las unidades de muestreo/análisis. (45)

En las muestras no probabilísticas, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador. Aquí el procedimiento no es mecánico ni se basa en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma decisiones de un investigador o de un grupo de investigadores. (45)

En el estudio será aplicó el tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia ya que la población de estudio es grande y se contó con un periodo de tiempo corto para la recolección de datos, ya que primero debió ser aprobado por el director de la Región de Salud Metropolitana, posteriormente por el presidente del comité de ética de investigación de la Región de Salud Metropolitana para así poder tener el visto bueno de la directora de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Zacamil

Muestra: 75 personas.

C. Variables e indicadores

Variable	Definición conceptual de variable	Indicadores
Factores sociodemográficos	Variable cuantitativa y dependiente Fenómeno que abarca los aspectos culturales, creencias, actitudes, religión, política, sexualidad, nivel académico.	Sexo Estado Civil Edad Nivel educativo Procedencia Ocupación
Ansiedad	Es un sentimiento de inquietudes, nerviosismo, pánico o preocupación.	Boca seca Dificultad al respirar Pánico Insuficiencia emocional Angustia
Estrés	Sobrecarga emocional que experimenta el individuo, vinculada a una exigencia desproporcionada del ambiente, y que se	Relajación Iniciativa Irritabilidad Nerviosismo Falta de relajación Anorexia Cefalea

	manifiesta en un estado de nerviosismo.	
Depresión	Es el diagnóstico psiquiátrico y psicológico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad.	Negatividad Falta de iniciativa Ideas suicidas Culpa Tristeza Miedo

D. Técnicas, materiales e instrumento

Técnica:

La encuesta es una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características. (46)

Se obtiene una puntuación para cada uno de los sujetos, constituida por la suma de las respuestas escalares dadas a varios ítems, se está hablando de una escala, generalmente destinada a medir actitudes o «estados subjetivos». Habitualmente, como procedimientos escalares se utilizan los rangos sumativos (Likert). (46)

En el estudio se aplicó como técnica de investigación la encuesta mediante la cual se pudo obtener información en una serie de muestra que son los pacientes que consultaron en el área de IRAS entre el rango de edad de 20 a 40 años para identificar los trastornos emocionales como la ansiedad, depresión y estrés durante la pandemia del COVID – 19.

Instrumento:

La escala DASS – 21 (Anexo 3) es un conjunto de tres sub escalas, del tipo Likert, de 4 puntos, de auto respuesta. Cada sub escala es compuesta por 7 ítems destinados a evaluar los estados emocionales de depresión, ansiedad y stress. (47)

Son dadas cuatro posibilidades de respuesta de gravedad o de frecuencia organizadas en una escala de 0 a 3 puntos, siendo que el resultado es obtenido por la suma de las respuestas de los ítems. (47)

La sub escala de depresión evalúa síntomas, como inercia; falta de placer por la vida; perturbación provocada por ansiedad; falta de interés o involucramiento; falta de aprecio por sí mismo; desvalorización de la vida y desánimo. La sub escala de ansiedad evalúa: excitación del sistema nervioso autónomo; efectos musculoesqueléticos; ansiedad situacional; experiencias subjetivas de ansiedad. Finalmente, la sub escala de stress evalúa dificultad para relajarse; excitación nerviosa; fácil perturbación/agitación; irritabilidad/reacción exagerada e impaciencia. (47)

E. Procesamiento y análisis de la información

Instrumento:

A través del instrumento que se empleó (ESCALA DASS-21), la cual es una escala ya validada, en el periodo del mes de julio a agosto del presente año, se interpretó de la siguiente manera:

- Se pidió a la persona indicar cuantas veces cada enunciado fue aplicado a si mismo durante la última semana.
- Son cuatro las posibles opciones de respuesta de gravedad o frecuencia organizadas en una escala de 0 a 3 puntos.
- El resultado fue obtenido por la suma de las respuestas a los ítems que componen cada una de las tres sub escalas y en total suma 21 puntos.
- Depresión: 5 – 6 puntos leve, 7 – 10 puntos moderado, 11 – 13 puntos severa, 14 o más puntos extremadamente severa.

- Ansiedad: 4 puntos leve, 5 – 7 puntos moderada, 8 – 9 puntos severa, 10 o más puntos extremadamente severa.
- Estrés: 8 – 9 puntos leve, 10 – 12 puntos moderado, 13 – 16 puntos severo, 17 o más punto extremadamente severo.

En la escala DASS-21 las preguntas 3,5,10,13,16,17 y 21 midieron la depresión, la dimensión de ansiedad comprendió las preguntas 2,4,7,9,15,19 y 20, y en la dimensión de estrés comprendió las preguntas 1,6,8,11,12,14 y 18. (48)

Este instrumento ha sido validado en población hispana en 2,002, ya analizada en su estructura factorial y propiedades psicométricas, encontrándose una estructura de tres factores mediante análisis factorial confirmatorio y análisis factorial exploratorio. En población hispana, se ha encontrado que el DASS-21 muestra un ajuste aceptable para un modelo de tres factores y correlaciones importantes entre escalas. (48)

Con el objetivo de determinar la confiabilidad del DASS-21, se evaluó su consistencia interna a través del coeficiente alfa de Cronbach, depresión = 0.85; ansiedad = 0.72; estrés = 0.79. (48)

Procedimiento:

Pasos:

1. Identificar al paciente que consulta en el área de IRAS en la Unidad de Salud de Zacamil.
2. Censar al paciente con su respectivo número de expediente clínico.
3. Durante la espera de la consulta se informó sobre el estudio que se realizó y el paciente decidió si desea participar en dicha investigación por medio de un consentimiento informado.
4. Paciente que aceptó participar en la investigación de 20 a 40 años, llenaron un consentimiento informado donde va su número de expediente clínico, numero de DUI y firma.

5. Se pasó el instrumento a los pacientes que aceptaron participar por medio de dos integrantes del equipo de investigación que se encuentran realizando su servicio social en UCSF-I Zacamil (Escala DASS-21).
6. Se llenó el cuestionario que dura aproximadamente 10 minutos.
7. Los cuestionarios llenados fueron resguardados por parte del equipo de investigación donde solo se obtuvo acceso a ellos para fines de la investigación llevada a cabo en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Zacamil.

Procesamiento y análisis de datos:

El paquete estadístico que se empleó fue Microsoft Excel, se registraron los datos por número de expediente clínico, con la finalidad de guardar la privacidad del paciente, los datos se presentaron en frecuencias absolutas, y relativas. Se codificó en una base de datos creada en Microsoft Excel, los 21 ítems de cada pregunta de la encuesta y los factores sociodemográficos de la siguiente forma:

- 0 = no se aplica en mí en lo absoluto.
- 1 = Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo.
- 2 = Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo.
- 3 = Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

Los factores sociodemográficos se codificaron de la siguiente forma:

Edad: de 20 a 40 años.

Sexo:

- 1 = masculino.
- 2 = femenino.

Ocupación:

- 1 = desempleado.
- 2 = ama de casa.
- 3 = estudiante.

- 4 = empleado informal.
- 5 = empleado formal.

Estado civil:

- 1 = casado.
- 2 = acompañado.
- 3 = divorciado.
- 4 = viudo.
- 5 = soltero.

Procedencia:

- 1 = rural.
- 2 = urbano.

F. Matriz de Congruencia

Tema: EFECTO DE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS EN LA SALUD MENTAL EN LOS PACIENTES DE 20 A 40 AÑOS.									
Enunciado del problema: ¿Cuáles son los efectos de la pandemia por coronavirus en la salud mental en pacientes de 20 a 40 años que consultan en la UCSF – ZACAMIL en el periodo de julio a agosto 2021?									
Objetivo general: Determinar el efecto de la pandemia por coronavirus en la salud mental en los pacientes de 20 a 40 años que consulta en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar-Intermedia, Zacamil, en el periodo de julio a agosto 2021.									
Hipótesis general: no aplica									
Variable: EFECTO DE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS EN LA SALUD MENTAL									
Variable conceptual: el mundo vive una situación por la pandemia producida por el coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave y la inédita medida de aislamiento social preventivo y obligatorio utilizado en todo el mundo, provocando un impacto psicosocial, los sentimientos más frecuentes son ansiedad, preocupación, o miedo.									
Variable operacional: intervención en salud mental que se requiere para la atención de las diferentes dimensiones afectivas a como consecuencia de la pandemia									
Objetivos específicos	Hipótesis específicas	Unidades de análisis	Variables	Operacionalización de variables			Indicadores	Técnicas a utilizar	Tipos de instrumentos a utilizar
	(Si es explícita)			Pregunta	Escala	Tipo de variable			

Describir los factores sociodemográficos (edad, sexo, ocupación, procedencia enfermedad previa) más frecuentes que afectan la salud mental de la población consultante	No aplica	Usuarios que consultan en el área de iras de la UCSF Zacamil	factores psicosociales	P1	Nominal	Cualitativa Nominal	Edad	Encuesta	Escala
				P2	Nominal	Cualitativa Nominal	Sexo	Encuesta	Escala
				P3	Nominal	Cualitativa Nominal	Ocupación		
				P4	Nominal	Cualitativa Nominal	Procedencia	Encuesta	Escala
				P5	Nominal	Cualitativa Nominal	Enfermedad Previa	Encuesta	Escala
Conocer la alteración psiquiátrica más frecuente.	No aplica	Usuarios que consultan en el área de iras de la UCSF Zacamil	Alteraciones psiquiátricas	P2,4,7,9,15,19,20	Nominal	Cualitativa Ordinal	Ansiedad	Encuesta	Escala
				P3,5,10,13,16,17,21	Nominal	Cualitativa Ordinal	Depresión	Encuesta	Escala
				P1,6,8,11,12,14,18	Nominal	Cualitativa Ordinal	Estrés	Encuesta	Escala
Identificar el nivel de gravedad de la salud mental en las dimensiones o alteraciones de la depresión, ansiedad y estrés	No aplica	Usuarios que consultan en el área de iras de la UCSF Zacamil	Nivel de Gravedad de las dimensiones	P3,5,10,13,16,17,21	Nominal	Cualitativa Ordinal	Depresión	Encuesta	Escala
				P2,4,7,9,15,19,20	Nominal	Cualitativa Ordinal	Ansiedad	Encuesta	Escala
				P1,6,8,11,12,14,18	Nominal	Cualitativa Ordinal	Estrés	Encuesta	Escala

Describir los factores psicosociales (sexo, edad, ocupación, enfermedad previa médica, procedencia) que están presente según las dimensiones de depresión, ansiedad y estrés	No aplica	Usuarios que consultan en el área de iras de la UCSF Zacamil	Factores Psicosocial	P1	Nominal	Cuantitativa Nominal	Sexo	Encuesta	Escala
				P2	Nominal	Cuantitativa Nominal	Edad	Encuesta	Escala
				P8	Nominal	Cuantitativa Nominal	Ocupación	Encuesta	Escala
				P14	Nominal	Cuantitativa Nominal	Enfermedad médica previa	Encuesta	Escala
				P5	Nominal	Cuantitativa Nominal	Procedencia	Encuesta	Escala
				P3,5,10	Nominal	Cualitativa Ordinal	Depresión	Encuesta	Escala
				P19,20	Nominal	Cualitativa Ordinal	Ansiedad	Encuesta	Escala
				P14,18	Nominal	Cualitativa Ordinal	Estrés	Encuesta	Escala

G. Estrategias de utilización de resultados

Las estrategias utilizadas para incrementar la visibilidad de los resultados de investigación y ampliar la audiencia potencial se enfocó en repositorios digitales.

De igual manera se envió en formato impreso y digital a las instituciones involucradas en esta investigación que son: la biblioteca de la Universidad Evangélica de El Salvador, así como la socialización a las diferentes presentaciones por comités evaluadores y taller de investigación, así como la socialización de resultados en reunión con equipo local de la UCSF-I Zacamil y Región de Salud Metropolitana.

Los resultados serán publicados en la Universidad Evangélica de El Salvador y utilizados por la institución donde se realiza la investigación para planes locales de intervención.

H. Aspectos ético-legales

Según el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud de los Estados Unidos Mexicanos, la clasificación de la investigación en función de del riesgo en adultos es categoría I, investigación sin riesgo. (54)

Estudio donde se emplearon técnicas de investigación documental retrospectivos y no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables de los individuos que participaron en el estudio, en el que se consideró la escala DASS-21 como cuestionario, y que no identifica ni se tratan aspectos sensitivos de su conducta. (54)

Se elaboró un consentimiento informado explicando el llenado del documento, donde hubo un cuadro que se llenó con los registros del paciente, número de DUI y la firma de la persona que colaboró en la investigación. La finalidad de este documento fue la protección de identidad y la confidencialidad de los datos de la persona encuestada. (Anexo 3.)

El proceso de autorización sobre la recolección de datos que se realizó por medio del cuestionario DASS21 a cada paciente, fue autorizado por la directora de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Zacamil, Dra. Carolina Hernández; por el director de la región de salud metropolitana, Dr. Dagoberto Antonio Molina Hernández; y por el presidente del comité de ética de investigación de la región de salud metropolitana, Dr. Julio César Morales Cruz. (Anexo 6.)

El llenado del consentimiento informado se llevó a cabo en el área de IRAS en la Unidad de Salud Intermedia Zacamil, con la ayuda de los miembros del equipo de investigación, no hubo remuneraciones en la partición y se podían retirar en cualquier momento, consistió en una sola hoja explicando el motivo de la encuesta

y que se tuvo protección de la información y acceso a ellos el periodo julio a agosto de 2021, con un tiempo de menos de 5 minutos para su llenado, donde se llenó con los datos personales y su firma.

El principio ético que se aplicó en la protección de confiabilidad y resguardar la identidad fue según la norma del CIOMS con los siguientes criterios: (12)

- Personas que tiene la capacidad de dar consentimiento informado
- Modificaciones y dispensas del consentimiento informado
- Recolección, almacenamiento y uso de datos en una investigación con la salud
- Investigaciones en situaciones de desastre y brotes de enfermedades.

I. Limitantes

- Escasa información y pocos estudios relacionados con el tema de salud mental ocasionado por la pandemia de COVID-19 como ejemplo: revista, estudios, blogs, artículos, trabajos de investigación, etc.
- Falta de conocimiento en la población de las enfermedades mentales más predominantes en el país, el desinterés sobre la información de las enfermedades principales de la salud mental en la población donde se realizó la encuesta.
- Poco personal capacitado para poder tratar enfermedades de salud mental, donde debería ser un trabajo en equipo entre personal médico, enfermería, psicología, área de IRAS.
- Proceso en demora en la recolección de datos por y permiso por diferentes instituciones como la Región de Salud Metropolitana y dirección de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Zacamil.
- Escasa afluencia de usuarios en el establecimiento de salud donde se pasó el instrumento de la investigación.

- Desinformación de enfermedades médicas y factores de riesgo que ocasionan enfermedades mentales y que afectan la vida cotidiana de las personas o que afectó la vida durante la pandemia.
- Falta de apoyo para este tipo de trabajo de investigación, donde los temas de salud mental pasan a segundo plano.
- Limitación en la información de datos estadísticos de consultas de diversos trastornos mentales más importantes (Depresión, Ansiedad y Estrés) a nivel nacional en hospital y unidad de salud.

CAPITULO IV. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

A. Resultados de análisis descriptivo.

Los datos recolectados del cuestionario se ingresaron en una hoja de Microsoft Excel, donde se unificaron los datos en las categorías respectivas con su codificación específica. Las variables de ansiedad, depresión y estrés se subdividieron en resultados denominados: nivel normal, leve, moderado, severo y muy severo, según el puntaje obtenido que permite determinar el nivel de severidad de acuerdo a los resultados. Se utilizó la función filtro y recuento automático de la hoja de Excel para determinar las frecuencias absolutas, las frecuencias porcentuales se determinaron por la fórmula regla de tres de la hoja de Excel. Se utilizó la fórmula = SUMA para establecer los puntajes que permitieron determinar los niveles de severidad de las variables ansiedad, depresión y estrés.

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

En la tabla 8. se describe que el 100% de la población consultante en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Zacamil corresponde un 36% al sexo masculino y 64% al sexo femenino. La edad promedio fue 20 a 25 años con frecuencia absoluta de 28 y un porcentaje de 37% en total de usuarios. El 37% tenía como fuente principal un empleo formal, un 20% desempleados. El 55% de los sujetos eran personas solteras mientras el 27% eran personas acompañadas y resto usuarios casados (19%). El 79% de los encuestados provenían de zonas urbanas y el 21% de zonas rurales.

Tabla 8. Variables Sociodemográficas de la población del estudio			
Variable	Tipo	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Porcentual %
Sexo	Mujer	48	64%
	Hombre	27	36%

	Total	75	100%
Edad	20 a 25 años	28	37%
	26 a 30 años	20	27%
	31 a 35 años	12	16%
	36 a 40 años	14	19%
	Total	75	100%
Ocupación	Desempleado	15	20%
	Ama de casa	13	17%
	Estudiante	8	11%
	Empleado informal	11	15%
	Empleado Formal	28	37%
	Total	75	100%
Estado Civil	Casado	14	19%
	Acompañado	20	27%
	Divorciado	0	0%
	Viudo	0	0%
	Soltero	41	55%
	Total	75	100%
Procedencia	Rural	16	21%
	Urbana	59	79%
	Total	75	100%

N=75

Fuente: Cuestionario DASS-21 administrado a los usuarios que consultaron en el área de IRAS en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Zacamil en el periodo de julio - agosto 2021.

ALTERACIONES PSIQUIÁTRICA MAS FRECUENTE

En la tabla 9. se describe la alteración psiquiátrica más frecuente que se determinó en los usuarios que consultaron en Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Zacamil en el área de IRAS con un mayor porcentaje de depresión 55%, seguida de un 52% de ansiedad y de un 36% de estrés.

Tabla 9. Alteraciones psiquiátricas más frecuente		
Alteraciones más frecuentes		
	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Porcentual %
Ansiedad	39	52%
Depresión	41	55%
Estrés	27	36%

N=75

Fuente: Cuestionario DASS-21 administrado a los usuarios que consultaron en el área de IRAS en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Zacamil en el periodo de julio - agosto 2021.

NIVEL DE SEVERIDAD DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ESTRÉS

En la tabla 10. se describe el nivel de severidad de las alteraciones psiquiátricas más frecuentes, encontrado en los usuarios que consultaron en Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Zacamil en el área de IRAS, encontrándose el 52% entre la categoría de leve a muy severo de ansiedad, donde el que más predominó fue síntomas leves (leve 32%, moderado 14%, severo 5% y muy severo 1%), el 55% entre la categoría de leve a muy severo de depresión, el que más predominó fue síntomas leves (leve 27%, moderado 13%, severo 4% y muy severo 11%), el 36% entre la categoría de leve a muy severo de estrés, el que más predominó fue síntomas leves (leve 19%, moderado 12%, severo 4% y muy severo 1%).

Tabla 10. Niveles de severidad de ansiedad, depresión y estrés			
Niveles de severidad de las alteraciones psiquiátricas			
Variable	Severidad	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Porcentual %
Ansiedad	Normal	36	48%
	Leve	24	32%
	Moderado	10	14%
	Severo	4	5%

	Muy Severo	1	1%
	Total	75	100%
Depresión	Normal	34	45%
	Leve	20	27%
	Moderado	10	13%
	Severo	3	4%
	Muy Severo	8	11%
	Total	75	100%
Estrés	Normal	48	64%
	Leve	14	19%
	Moderado	9	12%
	Severo	3	4%
	Muy Severo	1	1%
	Total	75	100%

N=75

Fuente: Cuestionario DASS-21 administrado a los usuarios que consultaron en el área de IRAS en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Zacamil en el periodo de julio - agosto 2021.

FACTORES PSICOSOCIALES PRESENTES EN CADA DIMENSIÓN DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ESTRES

DIMENSIÓN DEPRESION

En la tabla 11. Los participantes entre la edad de 20 – 30 años fueron quienes presentaron un mayor porcentaje de depresión con un 33%, además cabe destacar que el sexo femenino obtuvo mayor porcentaje en comparación con el sexo masculino con un 24% y 13% respectivamente, así como se observa mayor porcentaje en los pacientes empleadores formales con un 21%.

En cuanto al estado civil se observó que los pacientes solteros presentaron un mayor porcentaje de depresión con un 24% y de acuerdo a la procedencia se observó que en el área urbana se presentó un porcentaje de 38%.

DIMENSION ANSIEDAD

En la tabla 11. podemos observar que en la dimensión ansiedad se encontró un mayor porcentaje en la edad de 20 – 30 años con un 32%, además se observa un mayor porcentaje en el sexo femenino con un 32%, según la ocupación los pacientes que presentaron mayor ansiedad fueron los empleadores formales con un 24%. En cuanto el estado civil, los pacientes solteros presentaron un porcentaje de 24% y según la procedencia al igual que la depresión el área urbana presento mayor porcentaje con un 41%.

DIMENSION ESTRES

En la tabla 11. se observa que la edad de 20 – 30 años presento mayor porcentaje de estrés con un 30%, además se observó que el sexo femenino presento mayor estrés con un 26% el cual prevalece en 3 dimensiones, en cuanto a la ocupación se observa que los empleadores formales presentaron mayores niveles de estrés con un 17%. De acuerdo al estado civil, los pacientes acompañados fueron los que presentaron mayor estrés con un 16%, y según la procedencia el área urbana presento mayor porcentaje con un 24%.

Tabla 11. Factores psicosociales de acuerdo a cada dimensión							
Variable	Depresión			Ansiedad		Estrés	
		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Porcentual %	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Porcentual %	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Porcentual %
EDAD	20-30años	25	33%	24	32%	23	30%
	30-40 años	12	16%	17	22%	8	10%
SEXO	Masculino	10	13%	16	21%	7	9%
	Femenino	28	37%	24	32%	20	26%
OCUPACION	Desempleado	9	12%	9	12%	4	5%
	Ama de casa	3	4%	6	8%	3	4%
	Estudiante	3	4%	3	4%	3	4%
	Empleado informal	5	6%	7	9%	4	5%
	Empleado formal	16	21%	18	24%	13	17%
	Casado	7	9%	8	10%	4	5%

ESTADO CIVIL	Acompañado	13	17%	14	18%	12	16%
	Divorciado	0	0%	0	0%	0	0%
	Viudo	0	0%	0	0%	0	0%
	Soltero	18	24%	18	24%	11	14%
PROCEDENCIA	Rural	9	12%	10	13%	7	9%
	Urbano	29	38%	31	41%	18	24%

N=75

Fuente: Cuestionario DASS-21 administrado a los usuarios que consultaron en el área de IRAS en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Zacamil en el periodo de julio - agosto 2021.

B. Discusión de resultados.

Factores sociodemográficos de la población consultante

Los factores de riesgo más frecuentes sobre el efecto de la pandemia en la salud mental son: sexo femenino, bajo nivel socioeconómico, conflictos interpersonales, uso frecuente de redes sociales, baja resiliencia y falta de apoyo social, desempleo, adultos mayores, personas ya diagnosticadas con enfermedades mentales, aislamiento. (16)

En un estudio chino a inicios del 2020 aplicado a 1,210 participantes provenientes de 194 ciudades de China se les aplicó un cuestionario en línea para evaluar el impacto psicológico y el estado de salud mental por el brote inicial del COVID-19, el 67.3% de eran de sexo femenino con edades entre 21 a 30 años (53.1%), de los cuales la mayoría eran casados (76.4%). (41)

Otro estudio salvadoreño realizado en mayo 2020, con el fin de evaluar síntomas de ansiedad, depresión y salud física, aplicado a 1,440 estudiantes universitarios, el 59.2% sexo femenino con edades de entre 18 a 23 años (36.9%). (42)

En comparación al estudio realizado le corresponde a un 64% sexo femenino, 36% masculino, la edad promedio fue de 20 a 25 años (37%) de los cuales su fuente de

principal de ingresos provenía de un empleo formal, mientras que un 20% eran desempleados, más de la mitad de los usuarios eran personas solteras (55%), y en la mayoría de los usuarios eran provenientes de zona urbana (79%).

Los resultados de este estudio comprueban que los factores sociodemográficos estadísticamente más frecuentes son el sexo femenino, usuarios jóvenes en edades de entre 20 a 30 años, se estima que el mayor porcentaje es de personas con un empleo formal y solteras, ya que la carga laboral puede ser un desencadenante de uno de los síntomas tales como el estrés, y en la mayoría de los usuarios provenientes de zona urbana se vio más afectado que los de una zona rural.

Trastornos psiquiátricos más frecuentes

Las alteraciones psiquiátricas propuestas en este estudio son ansiedad, depresión y estrés, cada una de ellas durante la pandemia por COVID-19 se vio afectada de distinta forma, ya sea por imágenes de personas gravemente enfermas, cadáveres y ataúdes mostradas repetidamente en los medios de comunicación, tiempo de duración de la pandemia, consecuencias que traería a futuro y con ello han contribuido a generar miedo a la población. El hecho de saber que las personas pueden no tener la oportunidad de despedirse de sus seres queridos moribundos y celebrar un funeral contribuye aún más a generar angustia. (4,11)

Durante la pandemia del COVID-19 algunas personas han presentado estrés, ansiedad, miedo, tristeza, y soledad. Es posible que empeoren los trastornos de salud mental, incluyendo la ansiedad y la depresión. Y esto debido al miedo que existe por contagio de la enfermedad, la muerte de un ser querido, el aislamiento social, el aumento de las adicciones, la falta de tratamiento y de cura del COVID-19, pudiendo experimentar emociones intensas y reacciones comportamentales, además de miedo, aburrimiento, soledad, ansiedad, insomnio o rabia. (11,15)

Lai y colaboradores, realizaron un estudio en 1,257 profesionales de salud de 34 hospitales de China, entre enero y febrero de 2020, con la finalidad de estudiar el nivel de depresión, ansiedad, estrés e insomnio. Los datos obtenidos fueron que la

alteración más frecuente fue el 50.4% con síntomas depresivos, 44.6% ansiedad, 34.0% insomnio, y 71.5% estrés. (6)

Dos estudios diferentes analizados demostraron una prevalencia del 96.2% de los síntomas de trastorno de estrés postraumático en 714 pacientes con COVID-19 durante la fase aguda, y una prevalencia de 34.72% y 28.47% de síntomas de ansiedad y depresión, respectivamente, en 144 pacientes con COVID-19. Otro estudio basado en una población de supervivientes de COVID-19 demostró tasas del 28% para síntomas de trastorno de estrés postraumático, 31% para síntomas de depresión, 42% para síntomas de ansiedad, 20% para síntomas obsesivo-compulsivos y 40% para insomnio. (39)

En el estudio realizado, la alteración psiquiátrica más frecuente se determinó que en los usuarios consultantes el 55% fue la dimensión de depresión, seguida de un 52% de ansiedad y de un 36% de estrés.

En comparación con otros estudios las alteraciones psiquiátricas son muy diferentes en estudios de otros países en comparación con la población consultante salvadoreña, sin embargo, en cuanto a las tres dimensiones que compone la escala DASS-21 se correlacionan positivamente con los síntomas de pánico, temor, angustia, miedo, tristeza, soledad, entre otros. Las perturbaciones en los pacientes afectados por la pandemia del coronavirus son sin lugar a duda un hecho real, y esto pudiera ocasionar efectos a largo plazo, mayor morbilidad y mortalidad debido tanto a trastornos mentales como a otras causas, como el estrés, ansiedad, depresión, agotamiento físico y emocional, intento de suicidio, el uso de bebidas alcohólicas o sustancias ilícitas, enfermedades cardiovasculares, violencia, y esto ha ocasionado aumento en la demanda de la atención psiquiátrica y psicológica.

Nivel de gravedad de las dimensiones afectivas

Un estudio realizado a 1,210 habitantes de 194 ciudades de China, mediante la aplicación de las escalas Impact of Event Scale-Revised y Anxiety and Stress Scale, mostró que el 53,8 % de los participantes presentaba un impacto psicológico moderado o fuerte; el 16,5 %, síntomas depresivos moderados a fuertes; el 28,8 %,

síntomas de ansiedad moderada a fuerte; y el 8,1 %, niveles de estrés moderados a fuertes. Además, el mismo estudio descubrió que en cuanto a la depresión el 13.8% presento síntomas depresivos leves; el 12.2%, síntomas moderados; y el 4.3%, síntomas graves. (41)

Un estudio salvadoreño realizado en mayo 2020, se encontró una prevalencia de ansiedad como indicador empírico de problemas de salud mental, en 8 de cada diez personas, con gravedad entre moderada y severa. (42)

En comparación al estudio realizado denota que el impacto por una patología psiquiátrica (ansiedad, depresión, estrés) de leve a muy severo fue del 52.44%, donde muestra una similitud con el estudio chino, sin embargo, en el estudio realizado la patología que más predomino fue la depresión con un 55% de síntomas de leve a muy severo, en cuanto a la ansiedad fue la segunda patología más predominante con 52%, y por último el estrés con 36% de leve a muy severo respectivamente. Los síntomas psiquiátricos leves fueron los que más predominaron en cada una de las 3 dimensiones.

Otro estudio chino por Huang Jizheng en febrero 2020 con 246 participantes del personal de salud, muestra que, en cuanto a la patología psiquiátrica de ansiedad y estrés, la incidencia de ansiedad severa fue de 2.15%, moderado de un 4.78% y leve un 16.09%, en comparación al estudio realizado que corresponde a un 5%, moderado un 14%, y leve un 32% respectivamente. (41) Esto demuestra que los síntomas de ansiedad leve son más frecuentes que los síntomas más severos. En el mismo estudio se evaluó el estrés de forma general con un 2.39%, correspondiendo al estudio realizado un 36%, siendo así el estrés la patología menos incidente.

Jianyin Qiu realizaron un estudio en China a larga escala con 52,730 participantes con el fin de evaluar el estrés psicológico en la población durante la epidemia por COVID-19, de manera general el 35% presento estrés psicológico, se refleja valores muy parecidos a nuestro estudio con un 36%, y se dividió a su vez en síntomas de leve a moderado 29.29%, síntomas severos con un 5.14%. En cuanto al estudio se dividió en síntomas de leve a moderado 31%, síntomas severos 4%. (41)

Factores sociodemográficos de acuerdo a las dimensiones afectivas

La ansiedad es la enfermedad de salud mental más prevalencia a nivel mundial, seguida con la depresión y por último estrés, la pandemia y los factores aumentaron los síntomas y situaciones relacionados. El sexo femenino es uno de los principales riesgos demográficos para la depresión. Son varios los factores que se pueden relacionar con manifestaciones depresivas y ansiosas en los pacientes, los factores asociados con un impacto psicológico y niveles bajos de estrés, síntomas de ansiedad y depresión fueron: la información de salud actualizada y disponible, y el conocimiento de medidas de prevención. Uno de los principales factores es la separación matrimonial, el divorcio, la pertenencia a clases inferiores, la inadecuada situación socioeconómica, la inestabilidad laboral, el vivir aislado del centro urbano, las dificultades en el ámbito laboral o familiar constituyen causas sociales para la aparición de la depresión. (24)

En un estudio chino realizado en 52,730 personas durante la fase inicial de la pandemia se descubrió que el 35% de los participantes experimentaron estrés psicológico, con niveles más altos en las mujeres. Además, las personas entre 18 y 30 años, y los mayores de 60 años, tuvieron niveles más altos de estrés psicológico. (6)

Un estudio mexicano realizado en 2020 a estudiantes universitarios durante 7 semanas de confinamiento por COVID-19, donde se evaluó el nivel de ansiedad demostraron los siguientes resultados; tomando 644 personas participantes con edades de 18 a 30 años; se obtuvieron que los más afectados fueron hombres con el 57.1%, y mujeres con el 42.9%. Las edades más afectadas fueron de 18 – 21 años con un 54.3% y de 22 – 25 años con un 36.2%. (7)

En comparación con el estudio realizado en cuanto a la depresión la edad con más alteración es de 20 a 30 años (33%), afectando más al sexo femenino (24%) con empleos formales (21%), solteros (24%), provenientes de zona urbana (38%); la ansiedad la edad con más alteración es de 20 a 30 años (32%), sexo femenino (32%) con empleos formales (24%), solteros (24%), provenientes de zona urbana (41%); y en cuanto al estrés la edad con más alteración es de 20 a 30 años (30%),

sexo femenino (26%) con empleos formales (17%), acompañados (16%), provenientes de zona urbana (24%). Se demuestra similitud en el estudio chino y todo lo contrario en cuanto al factor sexo en el estudio mexicano, que en la población salvadoreña es más frecuente el femenino, y también mucha similitud en las edades de una población joven en ambos estudios.

El primer impacto de una epidemia es la crisis misma. No obstante, la población en general y las personas suelen presentar temor, ansiedad, angustia y depresión. Las personas que pueden presentar un mayor nivel de estrés durante una crisis incluyen: personas mayores y personas con enfermedades crónicas; niños y adolescentes; los médicos y otros proveedores de atención médica; y personas que tienen problemas de salud mental, incluido el consumo de sustancias.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A. CONCLUSIONES

La salud mental es parte fundamental para el equilibrio del ser humano y esto permite que pueda ser productivo y fructífero contribuyendo de forma significativa a la sociedad y en las circunstancias actuales de la pandemia del COVID-19 se puede evidenciar según datos del estudio que estos resultados se identificaron reacciones emocionales que son indicadores de alteraciones en la salud mental.

- Por medio de esta investigación se puede observar como el COVID-19 repercute negativamente sobre la salud mental de las personas de la población en general, y en particular, sobre los grupos poblacionales más vulnerables. las mujeres manifiestan un mayor impacto psicológico y deterioro de la salud mental esto se puede deber a que las mujeres verbalizan su malestar subjetivo en mayor medida que los hombres. Además, los resultados encontrados sugieren que la edad funciona como un factor de protección, de modo que a mayor edad la crisis sociosanitaria provocada por la pandemia parece tener menor impacto psicológico en las personas. La incertidumbre asociada con esta enfermedad, más el efecto del distanciamiento social, el aislamiento y la cuarentena, pueden agravar la salud mental de la población.
- Entre las alteraciones psiquiátricas más frecuentes en el estudio se encuentra la depresión seguida de ansiedad, que según estudios realizados en China donde se presenta en su mayoría depresión seguido de la ansiedad, son varios los factores que se pueden relacionar con manifestaciones depresivas y ansiosas en los pacientes que se encuentran en cuarentena por una pandemia, ambas se pueden considerar una reacción normal ante el estrés generado. Perder el control en este contexto es frecuente dado que la situación impide en muchos casos que la persona tenga certeza del resultado final o conozca el tiempo exacto en el que se resolverá la crisis. Esa sensación de incertidumbre, así como las limitaciones

secundarias a las medidas de aislamiento social preventivo, la posibilidad de que los planes a futuro se vean cambiados de forma dramática y la separación brusca del contexto social o familiar del paciente son catalizadores frecuentes de cuadros de depresión y ansiedad. La salud mental es una de las esferas más desatendidas de la salud. A pesar de los efectos de los trastornos mentales en las personas, las familias y las sociedades, se ha invertido poco en salud mental, en particular en servicios comunitarios, no se deben pasar por alto los efectos a largo plazo de la crisis en la salud mental de las personas y, a su vez, el impacto de la salud mental en la sociedad. Los efectos de la pandemia tienen ya profundas consecuencias para la salud mental, y seguirán teniéndolas en el futuro. La aplicación por las instancias decisorias nacionales ayudará a minimizar y afrontar esas consecuencias.

- En una pandemia, el miedo (como el contagio de la enfermedad, la muerte de un ser querido, el aislamiento social, el aumento de las adicciones, la falta de tratamiento y de cura del COVID-19) incrementa los niveles de estrés y ansiedad en individuos sanos e intensifica los síntomas en aquellos con trastornos mentales preexistentes, de acuerdo con el nivel de gravedad de la salud mental según las dimensiones se puede concluir que predominaron síntomas leves en un 32% en ansiedad, 27% en depresión y 19% en estrés, no obstante es probable que los sentimientos de pérdida de control y sensación de estar atrapado, propios del confinamiento, intensifiquen sustancialmente estos síntomas.
- Dentro de los factores psicosociales implicados en el marco de la pandemia COVID – 19 de acuerdo a las dimensiones de ansiedad, depresión y estrés el cual se observa que el sexo femenino es la edad más afectada entre 20 – 25 años, los usuarios que poseen un empleo formal, el estado civil de acompañado y la procedencia urbana son los que predominan en el estudio según cada dimensión. Las personas consultantes entre los 18 – 30 años y mayores de 60 años presentaron un alto estrés psicológico la población joven

tiene acceso a la información en las redes sociales y ello puede propiciar el estrés.

B. RECOMENDACIONES

Dirigido a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Zacamil

- Proporcionar información útil sobre la salud mental sobre en qué consiste la ansiedad, depresión y estrés, como identificarlos y cuál es la importancia de acudir con un profesional. Es importante que las personas entiendan los datos correctamente para reducir el exceso de estrés (p. ej., ansiedad, depresión, etc.) provocadas por una percepción inapropiada.
- Cada institución debe contar con psicólogos/as profesionales que puedan dar cobertura a la población que labore en dicha institución y se encuentre en el área IRAS para una mejor cobertura, y este personal debe capacitar a personas con perfiles idóneos para que puedan brindar una atención en crisis, mientras son atendidos por profesionales que puedan dar una intervención adecuada al problema.
- Diseñar estrategias de comunicación para proporcionar información real, precisa y concreta sobre las actuaciones a seguir cuando se identifique una alteración en su salud mental y brindar acompañamiento en las estrategias de información masiva.

Dirigido a los usuarios

- Realizar la práctica de la higiene mental, que es un mecanismo de prevención para el malestar psicológico, consiste en un conjunto de actividades que una persona puede hacer dentro del hogar de forma colectiva o individual que desarrollara un equilibrio con su entorno, entre estas actividades esta: La terapia de risa antes de dormir, pensamientos positivos, masajes, respiración profunda y consciente, motivar a la resiliencia que es la capacidad que el ser humano tiene para afrontar situaciones adversas de la vida, y también

reconocer esta crisis como una oportunidad de crecimiento y desarrollo familiar.

Dirigido al Ministerio de Salud

- Trabajar con funcionarios de salud pública para formular comunicaciones apropiadas a la cultura de la población, y así motivar como movilizar para una preparación sin generar el pánico. Expandir conciencia y participación pública del progreso continuo en las medidas de toma de decisiones. Ya que la indignación puede venir principalmente por errores y deficiencias en la prevención y el control de la epidemia.
- Garantizar la disponibilidad amplia de apoyo psicosocial y en materia de salud mental de emergencia y apoyar acciones comunitarias que refuercen la cohesión social, la solidaridad y métodos saludables de enfrentarse a los problemas, reduzcan la soledad y promuevan el bienestar psicosocial.

Referencias Bibliográficas.

1. Organización Mundial de la Salud (OMS), 2021. Salud Mental: fortalecer nuestra respuesta. [online]. [Citado: 30 May 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
2. Alves Cunha Ana Luisa, Quispe Cornejo Armin A, Ávila Hilari Adrián, Valdivia Cayoja Adolfo, Chino Mendoza Juan Manuel, Vera Carrasco Oscar. Breve historia y fisiopatología del covid-19. Cuad. - Hosp. Clín. [Internet]. 2020 jul [citado 2021 Feb 15]; 61(1): 130-143. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762020000100011&lng=es
3. Dong E, Du H, Gardner L. Repositorio de datos COVID-19 del Centro de ciencia e ingeniería de sistemas (CSSE) de la Universidad Johns Hopkins" o "Datos JHU CSSE COVID-19". Centro de Ciencia e Ingeniería de Sistemas de la Universidad Johns Hopkins (JHU CSSE) y equipo de ESRI Living Atlas y el laboratorio de física aplicada de la Universidad Johns Hopkins (JHU APL). fecha de actualización: 13 de febrero 2021. Fecha de acceso 15 febrero 2021. Disponible en: <https://g.co/kgs/rosQ8x>
4. Naciones Unidas. Informe de políticas de las naciones unidas: La COVID-19 y la necesidad de actuar en relación con la salud mental. 13 mayo de 2020. Consultado: 14 de febrero de 2021. 3-17. Disponible en: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_-_covid_and_mental_health_spanish.pdf
5. Hernández Rodríguez José. Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. Medicentro Electrónica [Internet]. 2020 sep. Consultado: 28 de febrero de 2021; 24(3): 578-594. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300578&lng=es. Epub 01-Jul-2020.
6. Huarcaya - Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2020;37(2):327-34.

Consultado 28 de febrero de 2021. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2020.v37n2/327-334/es/>.

7. Gonzales Jaimes, N; Tejada Alcántara, A; Espinosa Meléndez, C; Ontiveros Hernández, Zeus. Impacto psicológico en estudiantes universitarios mexicanos por confinamiento durante la pandemia por Covid-19. México - 2020. Consultado 14 de marzo de 2021. Disponible en: preprints.scielo.org
8. Centro Nacional de epidemiología. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Protocolo Vigilancia Epidemiológica del MSPAS. Plan de Emergencia Sanitario Local (PESL). Unidad de Salud Zacamil Plan de Emergencia Sanitario Local (PESL). Unidad de Salud Zacamil. 2017, Consultado: 2021 febrero 9. 150 (8), <http://asp.salud.gob.sv/desastres/PDF/doc29/doc29.htm>
9. Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC). Censo de población y vivienda – 2007. Población por área y sexo. El Salvador. Consultado: 10 de abr. 21. Disponible en: <http://www.digestyc.gob.sv/>
10. Ministerio de Salud (MINSAL) - Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD). El Salvador. Lista de morbilidad por capítulos por sexo. Trastornos mentales y del comportamiento. [Programa de ordenador]. UCSF-I Mejjicanos, S.S Zacamil. Periodo de enero 2020 - diciembre 2020. Consultado: 6 de marzo de 2021. Disponible en: <https://simmow.salud.gob.sv/>
11. Rodríguez Hernández, José. Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. [Internet]. Medicentro.sld.cu. 2020. Consultado: 22 febrero 2021. Disponible en: <http://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/3203/2588>
12. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. Cuarta Edición. Ginebra; 2016. Pg.35, 41, 51, 83. Consultado: 27 de febrero de 2021. Disponible en: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf

13. Antúnez, Zayra Vinet, Eugenia V. Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Ter Psicol* [online]. 2012, vol.30, n.3 [citado 28 febrero de 2021], pp.49-55. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000300005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0718-4808. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000300005>.
14. Brunier Alison. Los servicios de Salud mental se están viendo perturbados por Covid-19 en la mayoría de los países, según estudio de la OMS. [Internet]. Organización mundial de la Salud. 2020. Citado: 14 de marzo 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>
15. Huarcaya - Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020;37(2):3-4. Consultado 14 de marzo de 2021. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2020.v37n2/327-334/es/>.
16. Ramírez Ortiz, Jairo; Castro Quintero, Diego; Lerma Córdova, Carmen; Yela Ceballos, Francisco; Escobar Córdova, Franklin. Consecuencias de la pandemia de la covid-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *Revista colombiana de anestesiología*. [Internet]. 2020 [cited 14 March 2021]; 48:2-4. Available from: http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v48n4/es_2256-2087-rca-48-04-e301.pdf
17. MINISTERIO DE SALUD. Lineamientos técnicos para la atención integral de personas con Covid-19. San Salvador: Ministerio de Salud; 2021 p. 17,19,2. Disponible en: [lineamientos_tecnicos_atencion_integral_codiv19_segunda_edicion_adenda_acuerdo_1949.pdf](#)
18. MINISTERIO DE SALUD. Lineamientos técnicos para la atención integral de personas con Covid-19. San Salvador: Ministerio de Salud; 2021 p. 11 - 13.
19. Trucco, Marcelo. Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Revista chilena de neuro-psiquiatría* [Internet]. 2002 [14

- March 2021];40. Available from:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000600002.
20. Serrano Xavier. TEORIA DEL ESTRES. MODELO BIOSICOSOCIAL [Internet]. xavierserranohortelano.com. 2021 [14 March 2021]. Available from: <https://www.xavierserranohortelano.com/articulo/teoria-del-estres.php>.
21. Hall-Flavin DK. Depresión (trastorno depresivo mayor) - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. Mayoclinic.org. 2021 [cited 27 April 2021]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>.
22. Sierra, Juan Carlos; Ortega, Virgilio; Zubeidat, Ihab. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Archivos de Medicina (Manizales) [Internet]. 2016 [cited 21 March 2021];3(1):14 - 27. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>
23. Alarcón Terroso, Ricardo; Gea Serrano, Amor; Martínez Maurandi, Juana; Pedreño Planes, Juan; Pujalte Martínez, María Luisa. Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos. Servicio Murciano de Salud. Citado: 22 de marzo de 2021. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf>
24. Josué Díaz Lídice, Torres Lio-Coo Vladimir, Urrutia Zerquera Eugenio, Moreno Puebla Reynol, Font Darías Ileana, Cardona Monteagudo María. Factores psicosociales de la depresión. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2006 Sep [citado 2021 Abr 06]; 35(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572006000300009&lng=es
25. Sarrais F., de Castro Manglano P. El insomnio. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2007 [citado 2021 Abr 06]; 30(Suppl 1): 121-134. Scielo. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200011&lng=es
26. Ramón F, Santibañez P. Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje [Internet]. ELSEVIER. 2016 [cited

- 24 March 2021]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-acta-investigacion-psicologica-psychological-111-articulo-uso-escalas-depresion-ansiedad-estres>
27. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Subgrupo de acompañamiento psicosocial. Guía para el acompañamiento psicosocial durante la emergencia COVID.19. El Salvador. Consultado: 6 de abril de 2021. Disponible en: <https://www.unicef.org/elsalvador/media/2621/file/guia%20acompanamiento%20psicosocial.pdf.pdf>
28. MINISTERIO DE SALUD. guías clínicas para la atención en salud mental y psiquiátrica. san salvador, El Salvador: ministerio de salud; 2017 p. 13,14,15. Consultado: 20 de marzo de 2021.
29. Guerri Marta. Otros Trastornos de la Ansiedad. Psicoactiva [Internet]. 2013 [cited 3 April 2021]; Available from: https://www.psicoactiva.com/cie10/cie10_25/
30. Hamilton Max. Escala de Hamilton para la ansiedad [Internet]. La mente es maravillosa. 2019 [cited 3 April 2021]. Available from: <https://www.gestalt.cl/web/wp-content/uploads/2019/10/Hamilton-instructivo.pdf>
31. Reyes Ticas, J. Américo. TRASTORNOS DE LA ANSIEDAD, GUIA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO [Internet]. 2021. Consultado 21 de marzo de 2021. Disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
32. Regueiro A. CONCEPTOS BÁSICOS: ¿QUE ES EL ESTRÉS Y CÓMO NOS AFECTA? [Internet]. España: Servicio de Atención Psicológica de la Universidad de Málaga; 2021: pág. 11 - 40 [22 March 2021]. Available from: <https://www.uma.es/media/files/tallerestr%C3%A9s.pdf>
33. Barnhill, John. Trastorno por estrés agudo - Trastornos psiquiátricos - Manual MSD versión para profesionales [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. Abril 2020. Consultado: 22 de marzo de 2021. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos->

[psiqui%C3%A1tricos/trastorno-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/trastorno-por-estr%C3%A9s-agudo#:~:text=El%20trastorno%20por%20estr%C3%A9s%20agudo,traumas%20y%20factores%20de%20estr%C3%A9s](#)

34. Premier Salud, Estrés: aliado o enemigo [Internet]. UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA. 2021 [3 April 2021]. Disponible en: <https://www.premiersalud24.com/estres-aliado-o-enemigo.html>.
35. Fernández Seara J, Mielgo Robles M. Escala de Apreciación de Estrés [Internet]. 5th ed. Madrid: TEA ediciones S, A, U; 2017 [4 April 2021]. Disponible en: http://www.web.teaediciones.com/ejemplos/eae_extracto_web.pdf
36. Ministerio de Salud. Guías Clínicas para la atención en salud mental y psiquiatría. San Salvador: Ministerio de salud; 2017 p. 28 - 30. (4 de abril 2021) Disponible en: <http://www.salud.gob.sv/>.
37. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Guía de acompañamiento psicosocial durante la emergencia del Covid -19 [Internet]. Equipo Humanitario de El País. 2020 [cited 4 April 2021]. Available from: <https://www.unicef.org/elsalvador/media/2621/file/guia%20acompanamiento%20psicosocial.pdf.pdf>
38. Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS). Lineamientos técnicos para el abordaje de atención psiquiátrica y salud mental para derecho habientes y trabajadores de salud del ISSS durante la pandemia del coronavirus. Mayo 2020. Consultado: 22 de marzo de 2021. Disponible en: <http://aps.iss.gov.sv/Documents/Gu%C3%ADas,%20normas,%20manuales,%20pol%C3%ADticas/Lineamientos/LINEAMIENTOS%20TECNICOS%20PARA%20EL%20ABORDAJE%20DE%20ATENCIÓN%20PSIQUIATRICA%20Y%20SALUD%20MENTAL%20PARA%20DERECHOHABIENTES%20Y%20TRABAJADORES%20DE%20SALUD%20DEL%20ISSS%20DURANTE%20PANDEMIA.pdf>
39. A. Rodríguez-Quiroga, C. Buiza. COVID-19 y salud mental [Internet]. US National Library of Medicine National Institutes of Health. 2020. Consultado:

22 de marzo de 2021. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7836941/>

40. Gonzales Jaimes, N; Tejada Alcántara, A; Espinosa Meléndez, C; Ontiveros Hernández, Zeus. Impacto psicológico en estudiantes universitarios mexicanos por confinamiento durante la pandemia por Covid-19. México - 2020. Consultado 14 de marzo de 2021. Disponible en: preprints.scielo.org
41. Lozano Vargas, Antonio. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. Revista Neuropsiquiatra [Internet]. 2020. Scielo. Consultado: 12 de abr. 2021.; 83(1): 51-56. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972020000100051&lng=es .
42. Gutiérrez Quintanilla, José Ricardo; Lobos Rivera, Marlon Elías; Chacón Andrade, Edgardo René. Síntomas de ansiedad por la COVID – 19, como evidencia de afectación de salud mental en universitarios salvadoreños. El Salvador. 2020. Repositorio UTEC. Consultado: 1 de junio de 2021. Disponible en: <http://repositorio.utec.edu.sv:8080/jspui/bitstream/11298/1171/3/112981171.pdf>
43. Ojeda Casares H. Covid -19 y salud mental [Internet]. Venezuela: Organización Mundial de la salud; 2020 [24 March 2021]. Disponible en: [http://covid-19-salud-mental-venezuela%20\(2\).pdf](http://covid-19-salud-mental-venezuela%20(2).pdf)
44. Peña-López B.O., Rincón-Orozco B. Generalidades de la pandemia por COVID-19 y su asociación genética con el virus del SARS. Salud UIS; 2020; 52(2): 83-86. (23 marzo 2021) Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v52n2-2020001>
45. Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos; Baptista Lucio, María del Pilar. Metodología de la Investigación. 6ª Edición. McGraw-Hill 2014. ISBN: 978-1-4562-2396-0. México. Consultado: 11 de abr. de 21. Disponible en: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp->

[content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf](https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-encuesta-como-tecnica-investigacion--13047738)

46. Casas Anguita J, Repullo Labrador J, Donado Campos J. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). Atención Primaria [Internet]. 2003 [18 April 2021];31(8):527-538. Elsevier. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-encuesta-como-tecnica-investigacion--13047738>
47. Alves Apóstolo J, Cruz Méndez A. ADAPTACIÓN PARA LA LENGUA PORTUGUESA DE LA DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS SCALE (DASS) [Internet]. 1st ed. Portugués: Scielo; 2006. Vol.14, no. 6, pp. 863 – 871. [19 April 2021]. Available from: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/es_v14n6a06.pdf
48. Antúnez Zayra; Vinet Eugenia. Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS – 21) Validación de la Versión Abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos, terapia psicológica 2012, Vol. 30, Nº 3, 49-55. 2011. Santiago, Chile. [Internet]. Consultado: 26 de abr. de 21. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000300005
49. Real Academia Española. Asociación de academias de la lengua española. 23ª Edición, 2014. Consultado: 23 de marzo de 2021. Disponible en: <https://dle.rae.es/efecto> .
50. Ministerio de Salud. Lineamientos técnicos para la categorización de las unidades comunitarias de salud familiar. El Salvador, enero 2017. Consultado: 6 de abril de 2021. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_tecnicos_categorizacion_unidades_comunitarias_de_salud_familiar_v1.pdf .
51. Rockville Pike; Bethesda. Salud Mental. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. MedlinePlus. Actualizada 30 de diciembre 2020. [Internet]. Consultado 23 de marzo de 2021. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/mentalhealth.html> .

52. MINISTERIO DE SALUD, 2020. Lineamientos técnicos para la atención integral en salud en el primer nivel de atención, durante el retorno a las actividades cotidianas en el marco de una pandemia por enfermedad respiratoria aguda. San Salvador, El Salvador: Ministerio de salud, p.11.
53. Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2020. Glosario sobre brotes y epidemias. [online]. [Accessed 24 March 2021]. Available at: <https://www.paho.org/es/file/64120/download?token=Q8Z0Y4r0>
54. Menjívar, Elvia Violeta; Pleités Sandoval, Ernesto Benjamín. Instituto Nacional de Salud. Manual de Procedimientos de Investigación en Salud. San Salvador; El Salvador, 2017. Pag. 15, 16. Citado: 18 de julio de 2021. Disponible en: http://ins.salud.gob.sv/wp-content/uploads/2018/02/Manual_Procedimientos_investigaciones_salud_2017.pdf

ANEXOS

ANEXO 1. GLOSARIO

1. **Efecto:** Es el resultado, el fin, la conclusión, la consecuencia que viene derivado de una causa desencadenante. (49)
2. **Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia:** Es la infraestructura técnica y administrativa donde se provee la atención en salud, brindando los servicios identificados para las UCSF Básicas, así como servicios de odontología, laboratorio clínico, salud ambiental, entre otros, puede ser sede de los Ecos Familiares. (50)
3. **Salud Mental:** Es todo bienestar emocional, psicológico y social, que afecta la forma en que las personas piensan, sienten, actúan y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. También es determinante en la relación con personas en el entorno y toma de decisiones. (51)
4. **Paciente COVID:**
 - Definición de caso sospecho de COVID-19: Identificar casos sospechosos de COVID-19 Cualquier persona que tenga fiebre y tenga uno o más de los siguientes síntomas: tos, secreción nasal, congestión nasal, dificultad para tragar, dificultad respiratoria, diarrea, ninguna otra causa puede explicar completamente las manifestaciones clínicas. (52)
 - Caso sospechoso de COVID-19:
 - A. Todos los pacientes con diagnóstico clínico y radiológico de neumonía no tienen otra causa que pueda explicar la situación clínica.
 - B. Todo el personal de salud que haya estado atendiendo directamente casos de COVID-19 y tenga fiebre y uno o más síntomas respiratorios (tos, dolor al tragar, dificultad respiratoria). (52)
 - Casos confirmados de COVID-19: El caso sospechoso fue analizado para COVID-19 mediante RT-PCR y el resultado fue positivo. Personas que se someten a pruebas de detección respiratoria por RT-PCR para COVID-19 Resultados positivos. (52)

- **Contacto COVID-19:** Personas que no presenten síntomas de contacto físico, o personas que se encuentren a menos de un metro del caso confirmado, y no hayan tomado las medidas adecuadas. Si no se toman las medidas de bioseguridad adecuadas, deben tomarse dentro de los 2 días antes del inicio de los síntomas y dentro de los 14 días posteriores al inicio de la enfermedad. (52)
- 5. Pandemia:** Es una enfermedad que se propaga a muchos países y continentes, cruza muchas fronteras, supera el número esperado de casos y persiste en el tiempo. Además, atacará a casi todas las personas en un área o región determinada. (53)

ANEXO 2. INSTRUMENTO DE MEDICION.

ESCALA DASS-21

Expediente:

Nombre:

Fecha:

Edad:

Sexo: 1. Masculino 2. Femenino

Ocupación: 1. Desempleado 2. Ama de casa 3. Estudiante 4. Empleado informal 5. Empleado formal.

Estado civil: 1. casado 2. acompañado 3. divorciado 4. viudo 5. soltero

Procedencia: 1. Rural 2. Urbano.

	Normal	Leve	Moderada	Severa	Muy Severa
Depresión	0-4	5-6	7-10	11-13	≥ 14
Ansiedad	0-3	4-5	6-7	8-9	≥ 10
Estrés	0-7	8-9	10-12	13-16	≥ 17

Por favor lea cada afirmación y encierre en un círculo un numero 0, 1,2 o 3 que induce cuanto de esa afirmación se aplica a su caso durante el último mes. No existen respuestas correctas o incorrectas. La escala a utilizar es como se presenta a continuación:

EN EL ULTIMO MES 0 No aplica a mí en absoluto. NUNCA (N) 1 Se aplica a mí en algún grado o parte de tiempo. A VECES (AV) 2 Se aplica a mí en un grado considerable o en una buena parte del tiempo. A MENUDO (AM) 3 Se aplica a mi mucho. CASI SIEMPRE (CS)	Para uso del Profesional						
	D	A	S				
Ítem	N	AV	AM	CS	D	A	S
1. Me costó mucho relajarme							
2. Me di cuenta de que tenía la boca seca							
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo							
4. Se me hizo difícil respirar							
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer otras cosas							
6. Reaccione exageradamente en ciertas situaciones.							
7. Sentí que mis manos temblaban							
8. Sentí que tenía muchos nervios							
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo							
10. Sentí que no tenía nada por que vivir							
11. Note que me agitaba							
12. Se me hizo difícil relajarme							
13. Me sentí triste y deprimido							
14. No tolere nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo.							
15. Sentí que estaba a punto de pánico							
16. No me pude entusiasmar por nada							
17. Sentí que valía muy poco como persona							

18. Sentí que estaba muy irritable						
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico						
20. Tuve miedo sin razón						
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido						
TOTALES						

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO



Universidad Evangélica de El Salvador

Facultad de Medicina

Investigación del alumno de 8º año de
Doctorado en Medicina - 2021.

Consentimiento Informado

Estoy de acuerdo con la realización de este cuestionario por parte de los estudiantes de la carrera de Doctorado en Medicina de la Universidad Evangélica de El Salvador, titulado: “Efecto de la pandemia por coronavirus en la salud mental en pacientes de 20 a 40 años que consultan en la UCSF-I de Zacamil”, que tiene como finalidad identificar los efectos y factores psicosociales con más prevalencia en la pandemia. Entiendo los propósitos de la encuesta de DASS - 21, que no existe ningún riesgo y que se manejará bajo los parámetros éticos de confidencialidad, comprendo que estoy en mi derecho de decidir participar o no, por lo tanto, acepto participar.

Número	DUI	Número de Expediente clínico	Firma del participante

Nombre del encuestador de UEES y fecha

Sello y firma.

ANEXO 4. PRESUPUESTO.

PRESUPUESTO DETALLADO		
Rubro	Descripción	APORTE
Anteproyecto finalizado y revisado	Ad honorem	\$0.00
1. Transporte o Combustible		
Combustible	Utilizado para transporte para reuniones	\$20
Transporte	Proporcionado por cada investigador	\$0.00
Sub Total		\$20.00
2. Materiales y Suministros		
Insumos de Oficina	paginas papel bond, lapiceros	\$5.00
Fotocopias e impresiones	Impresión de consentimiento informado más encuesta	\$10.00
Equipo	Uso de Internet	\$15.00
Otros (especificar)		
Sub Total		\$30.00
3. Viáticos		
Investigador (es)	Ad honorem	\$0.00
Viáticos para los recolectores	Ad honorem	\$0.00
Subtotal		\$0.00
4. Procesamiento de datos o información		
Recolectores de datos	Ad honorem	\$0.00
Elaboración de bases de datos	Se utilizará Excel	\$20.00
Procesador de datos	Se procesará los datos obtenidos según la escala en el programa Excel	\$10.00
Analizador de datos	se realizará análisis de los datos obtenidos, con graficas	\$10.00
Digitación	Digitación de los datos obtenidos	\$20.00
Taller de investigación	Consiste en reuniones virtuales cada semana para asesoría para seguimiento de trabajo de investigación, así como clases virtuales teóricas sobre cómo se realiza un trabajo.	\$736.00
Subtotal		\$796.00
5. Elaboración de Informe completo y de publicación		
Honorarios informe completo	Ad -honorem	\$0
Honorarios Artículo de publicación		
Subtotal		\$0.00
6. Resumen de Gastos		
Total, Presupuestado		\$846.00

ANEXO 5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	Actividades	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Responsable	Fecha de inicio	Fecha de fin
1	Selección del tema										Equipo de investigación	2/2/21	8/2/21
2	Elaboración del perfil del proyecto										Equipo de investigación	8/2/21	28/2/21
3	Revisión bibliográfica										Equipo de investigación	2/3/21	29/3/21
4	Elaboración de Anteproyecto										Equipo de investigación	6/4/21	27/4/21
5	Administración del instrumento y digitalización de la base de datos.										Equipo de investigación	4/5/21	9/5/21
6	Recolección de datos										Equipo de investigación	16/6/21	14/8/21
7	Procesamiento, tabulación y análisis de la información										Equipo de investigación	15/8/21	29/8/21
8	Elaboración del informe final										Equipo de investigación	01/9/21	09/9/21
9	Elaboración del artículo para la publicación										Equipo de investigación	09/8/21	13/9/21
10	Presentación y divulgación del Trabajo de investigación										Equipo de investigación	13/9/21	24/9/21

ANEXO 6. CARTA DE APROBACIÓN DE LA REGIÓN DE SALUD METROPOLITANA.



MINISTERIO
DE SALUD

REGIÓN DE SALUD METROPOLITANA

OFICIO NO. 2021-CLEIS-05
San Salvador, 14 de julio del 2021

Dr. Margarita Lorena Mondragón Benavides
Representante de equipo de investigación
Presente.

Desearle un feliz día y éxito en sus actividades laborales, por este medio hago de su conocimiento que posterior a la revisión de protocolo de investigación presentado por el equipo de estudiantes de la UEES conformado por:

Dionne Idayari Merino Torres

Claudia Renée Meléndez Reyes

Margarita Lorena Mondragón Benavides

Denominado: "EFECTO DE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS EN LA SALUD MENTAL DE LOS PACIENTES DE 15 A 40 AÑOS QUE CONSULTAN EN LA UCSFI ZACAMIL EN EL MES DE JUNIO DEL 2021", SE OTORGA APROBACION EN ETICA DE INVESTIGACION, ya que se constata que cumple con los requisitos suficientes de buenas prácticas de investigación. Se deberá integrar al trabajo en prosa la CLASIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN EN FUNCIÓN DEL RIESGO, tanto para adultos como para niños en vista de las edades que incluye la cohorte que esta incluida en la investigación. Se le invita a respetar las consideraciones éticas y demás condiciones establecidas en dicho protocolo, guardando siempre el respeto hacia los encuestados.

Atentamente.

Dr. Julio Cesar Morales Cruz
Presidente Comité de Ética de Investigación RSM



Dr. Dagoberto Antonio Molina Hernández
Director Región de Salud Metropolitana



DAMH/XCMC/dd2021

FINAL CALLE NUMERO UNO, NUMERO 3881, BLOK NO. 46, COLONIA ESCALON