

Modelos de atención en trastorno de ansiedad y trastorno depresivo durante la pandemia Covid 19 en el sur de Bolivia

Francisca Luque Contreras

1511falc@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-4308-4657>

Instituto Nacional de Psiquiatría

“Gregorio Pacheco”

Universidad Mayor Real y Pontificia de San Francisco

Xavier Chuquisaca

Sucre - Bolivia

RESUMEN

El trastorno depresivo y trastorno ansioso, incide en la carga global de enfermedad, genera mayor discapacidad y morbilidad, afecta a población general y personal de salud, con estadísticas más altas durante la pandemia covid 19. La combinación de la pandemia covid 19 y los trastornos de depresión y ansiedad han visualizado la situación del sistema de salud con muchas carencias sobretodo en servicios de atención de salud mental durante la contingencia.

Objetivo, identificar los modelos de atención en el trastorno de ansiedad y en el trastorno depresivo durante la pandemia covid 19 en el sur de Bolivia.

Método, el estudio descriptivo, observacional, que identifica los modelos de atención en la pandemia, precedentes del sur de Bolivia, con una muestra de 359 pacientes, con diagnóstico de acuerdo al CIE 10, atendidos durante la pandemia. La recolección de datos a la finalización de cada ola, sistematizadas en una matriz de datos. Análisis descriptivo, de prevalencia y tasas.

Resultados, el grupo de edad con mayor prevalencia 20 a 39 años, mayor proporción en mujeres, la prevalencia del episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (69%), el episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (19 %) y el trastorno mixto de ansiedad y depresión con 53 %, trastorno de ansiedad generalizada 16%, la atención definida en modelos con enfoque psicofarmacológico, psicoterapia y otros.

Discusión, los modelos e atención desde la primera a la quinta ola de la pandemia, fueron tratamiento psicofarmacológico, el tratamiento psicofarmacológico mas psicoterapia y el enfoque psicofarmacológico mas psicoterapia mas otro, indistintamente si era atención presencial o virtual.

Palabras clave: *depresión; ansiedad; modelos de atención; sars cov 2; sistema de salud.*

Models of care in anxiety disorder and depressive disorder during the covid-19 pandemic in southern Bolivia

ABSTRACT

Depressive disorder and anxiety disorder affects the global burden of disease, generates greater disability and morbidity, affects the general population and health personnel, with high statistics during the COVID-19 pandemic. The combination of the COVID-19 pandemic and depression and anxiety disorders have revealed many deficiencies in the health system, especially in mental health care services during the contingency.

Objective: to identify models of care in anxiety disorder and depressive disorder during the COVID-19 pandemic in southern Bolivia.

Method: a descriptive, observational study, which identifies the models of care in southern Bolivia during the pandemic with examples from 359 patients treated during the pandemic and diagnosed according to the international classification of diseases (ICD) 10. Data collected at the end of each wave and classified in a data matrix. Descriptive analysis of prevalence and rates.

Results: the age range from 20 to 49 with a higher proportion of women, the prevalence of severe depressive episode without psychotic symptoms (69%), severe depressive episode with psychotic symptoms (19%) and mixed anxiety and depression disorder (53%), generalized anxiety disorder (16%), care with a psychopharmacological approach, psychotherapy and others.

Discussion, the models of care for depressive and anxious disorders, from the first to the fifth wave of the pandemic were psychopharmacological treatments, the psychopharmacological approach plus psychotherapy, and the psychopharmacological approach plus psychotherapy plus another, regardless of whether it was in person or virtual care.

Keywords: *depression; anxiety; models of care; SARS COV-2; health system.*

Artículo recibido 05 Mayo 2023

Aceptado para publicación: 20 Mayo 2023

INTRODUCCIÓN

El modelo de transición demográfica como uno de los resultados muestra el incremento de la esperanza de vida que influye en la estructura de la poblacional. Que a su vez, está relacionada con la transición del perfil epidemiológico, que se caracteriza por la creciente diferencia de las enfermedades no infecciosas o crónico degenerativas, donde el trastorno depresivo y ansioso como patologías conllevan a mayor discapacidad y mayor morbilidad, con una presentación más prematura y con importantes consecuencias a lo largo del ciclo de la vida, con una considerable carga global de la enfermedad (Global Burden of Disease-GBD) y como segunda causa de carga social por enfermedad crónica, manifiesto en los últimos años.

Situación que se agrava, con la actual pandemia Covid 19 o SARS Cov 2, que repercute en las determinantes sociales de la salud, por las restricciones sociales, económicas, políticas, culturales, biológicas, con secuelas graves en la salud mental. En los estudios publicados durante la pandemia 2020-2022, se señala que se han incrementado las cifras de diagnóstico de ansiedad (Bao, 2020), depresión y estrés a causa de la pandemia (Fineberg, 2020; Priego, 2020; Xie, 2022; Collaborators, 2021). Quedando un panorama desolador por falta de la medida real del impacto de la actual contingencia en el individuo, la familia y la sociedad.

En los estudios publicados de experiencias de epidemias y pandemias incluso la actual pandemia, como ser la H1N1 en el 2009, el brote de Ébola de 2014-2016, los resultados muestran que la población expuesta a una pandemia puede estar asociada con síntomas de ansiedad, depresión (Secor, 2020) y trastorno de estrés postraumático (Jalloh, 2018), la ansiedad por la salud (Asmundson, 2020), debido a situaciones de cuarentena y/o aislamiento (Reagu, 2021), miedo a la muerte, infodemia, noticias falsas, desinformación (Alvarez, 2020; O'Connor 2020), uso de redes sociales para información (Sengeh, 2020). Pero una información adecuada y la confianza en el sistema podría disminuir la ansiedad (Liu, 2023)

Luego de la declaración de emergencia en China (Li, 2020), un estudio reveló un incremento de las emociones negativas (ansiedad, depresión e indignación) y una disminución de las emociones positivas (felicidad y satisfacción). Donde las personas mostraron un comportamiento errático, de forma

generalizada, por la existencia de especulación sobre el modo y la velocidad de transmisión de la enfermedad, sin un tratamiento definitivo (Ho, 2020)

La afección en diferentes grupos poblacionales, por los trastornos de depresión y ansiedad han sido considerables, en China se ha informado que en el grupo juvenil presentaron depresión 22,6 %, ansiedad grave 20.8 %, depresión grave 27,5 % (Xie, 2020). A su vez, el género, ser mujer, tener comorbilidad, antecedentes psicológicos incrementan la presentación de síntomas (Galindo, 2020). En relación al personal de salud el 50 % presento depresión, ansiedad el 45 % (Monterrosa, 2020). Que se traduce en la presentación del síndrome de burnout relacionado con miedo a contagiarse, miedo a contagiar a los familiares y las carencias de los problemas del sistema de salud a nivel global. También se informaron menores niveles de depresión en las personas que se enteraron del incremento de pacientes recuperados y en las personas que siguieron las recomendaciones de salud pública. (Wang, 2020)

La relación a la presentación de covid 19 y los trastornos mentales como esquizofrenia, depresión, etc., estaría predispuesta por el consumo crónico de psicofármacos y la comorbilidad autoinmunitaria. (Lai, 2020). La mención del insomnio como predictor de trastorno depresivo y ansioso, manifiesto en la sintomatología también como un factor de riesgo. (Li, 2020 ; Liang, 2020). Entre otras variables con efecto predictivo estarían relacionadas con el trabajo por varios factores de riesgo de problemas de salud mental, la edad, el género y la educación (Zhang, 2020).

La depresión como problema de salud pública conlleva a costos importantes para el individuo, la familia, la sociedad, el sistema de salud entre otros. De acuerdo a la OMS, afecta a 300 millones de personas en el mundo, alrededor de un 4% de la población (OMS, 2017). La preocupación trasciende por la alta prevalencia, la incidencia de discapacidad, las tasas de morbilidad y mortalidad asociada al suicidio, con una gran repercusión económica y social. La aparición temprana y el curso crónico del trastorno depresivo generan mayor discapacidad que la diabetes, el infarto o el cáncer. (Rubio, 2014).

El trastorno depresivo es una patología heterogénea y multifactorial, con afección general física y psíquica, que presenta síntomas cognitivo, volitivo, somático y afectivo, (Kessler, 2013) como tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, malestar e impotencia a la vida diaria. (DSM 5; CIE 10).

La depresión está estrechamente relacionada con el suicidio, con incidencia alarmante en adolescentes, jóvenes y adultos jóvenes, de acuerdo al informe de la OMS, por tanto, se constituye en un problema de salud pública y parte importante en el cumplimiento de la estrategia de los objetivos de desarrollo social para su reducción.

En cuanto a los trastornos de ansiedad por si sola o combinada con depresión, las de mayor frecuencia son ansiedad generalizada, fobia, agorafobia, pánico y casos de estrés postraumático, situaciones por las cuales buscan atención.

La situación se agrava cuando los trastornos se acompañan de cuadro psicótico o comorbilidad que agrava la patología y el paciente debe ser hospitalizado. Las condiciones o condición médica previa, agravaría la situación para el desarrollo de depresión y ansiedad (Kruguer, 2022). Los cuadros de ansiedad clínicamente significativos se asocian con sufrimiento personal y costos sociales sustanciales. (Kosic, 2020)

En el caso del trastorno obsesivo compulsivo (TOC), paradójicamente, son “expertos por experiencia” en el contexto de evitar peligros mediante la actuación con comportamientos compulsivos, el coronavirus puede convertirse en todo lo que piensan “tenían razón todo el tiempo”, ya que ahora todos se parecen a ellos. (Fineberg, 2020). Por los comportamientos erráticos, por ejemplo: el uso de desinfectantes, el uso de equipos de protección personal, la limpieza en el hogar, el aislamiento o el pánico frente a un enfermo.

En relación a la atención en el sistema de salud, se denotó que el sistema no estaba preparado para hacer frente a la pandemia, por lo que muchos de los servicios tuvieron que restringir e incluso tuvieron que cerrar de forma transitoria. En el caso de la atención de pacientes con enfermedad mental aguda y crónica, los servicios ambulatorios (terapias, grupos de autoayuda), la consulta externa, fueron restringidas o cerradas, dicha situación ha conllevado a la descompensación de una gran cantidad de pacientes con trastornos mentales, aumento en la automedicación como el uso de ansiolíticos (Jacques, 2020) y aumento del consumo de drogas (Li, 2020). O el miedo a la asistencia de pacientes a los servicios de salud por la idea de que se constituye en una fuente de contagio de la enfermedad. (Asmundson, 2020)

La recomendación para la atención en la pandemia, el International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders y la Obsessive-Compulsive and Related Disorders Research Network del European

College of Neuropsychopharmacology, para cualquier patología psiquiátrica, se indica un abordaje compasivo, una buena historia clínica, evaluar el riesgo de suicidio, evaluar el uso de Internet y el consumo de noticias (Pellegrini, 2020; Fineberg, 2020. Li, 2020), y finalmente, proveer adecuada psicoeducación acerca de los riesgos físicos y emocionales de la COVID-19.

El advenimiento de la pandemia ha conjuncionado los servicios de salud con la tecnología a través del internet, la reorganización de los servicios de salud mental, que den continuidad a la atención de los pacientes, “por causa de graves problemas de salud o limitaciones funcionales y/o de riesgo de exclusión social, la necesidad de la atención simultánea y continuada del Sistema Sanitario y del Sistema de Servicios Sociales”. Se tuvieron que establecer sistemas de atención como la telepsicoterapia, la telemedicina, la atención virtual, que coadyuvaron en la atención. El sistema a denotado una carencia de una infraestructura de salud adecuada (Arigho-Stiles, 2020), recursos humanos, insumos, equipamiento, medicamentos, políticas de salud frente a contingencias.

La declaración de la pandemia en marzo del año 2020 en Bolivia, con el reporte del primer caso importado de Europa, las medidas adoptadas por el gobierno no fueron distintas a la de otros países, como la cuarentena rígida, las medidas de bioseguridad, la reorganización de los servicios, la reasignación del personal de salud y puso de manifiesto un sistema de salud crítico incapaz de hacer frente a la pandemia. El sistema de salud se caracteriza por un sistema segmentado y fragmentado, sumado a una inadecuada infraestructura, falta de equipamiento, falta de recursos humanos y porcentaje presupuestario insuficiente, que pusieron en una situación de alta vulnerabilidad del país frente al covid 19.

La atención en salud y específicamente la atención en salud mental mostro un grado de restricción alto, por el cierre temporal de servicios, la ausencia de personal de salud, la falta de medicamentos e insumos, el gasto de bolsillo porque no todos los pacientes cuentan con el seguro único, la restricción de movilidad que limito el acceso a los hospitales psiquiátricos, la falta de atención de la salud mental en el primer y segundo nivel de las redes funcionales de salud, la ubicación geográfica de los pacientes.

Las dificultades en la atención de salud mental durante la pandemia, dirigida a solo el tratamiento psicofarmacológico sin psicoterapia que incide en la remisión del cuadro, o el tiempo de recaída o reingreso, el tiempo de hospitalización, la falta de conocimientos en el manejo de la tecnología por parte

de los pacientes, la falta de seguimiento ambulatorio, reagudizaron el cuadro de base e incremento de los casos psiquiátricos sin intervención en la primera ola de la pandemia.

Por lo aseverado párrafos arriba, el estudio tiene por objetivo identificar los modelos de atención en el trastorno de ansiedad y en el trastorno depresivo durante la pandemia covid 19 en el sur de Bolivia, que incidieron en la continuidad de la atención.

MÉTODO

Se realizó el estudio descriptivo, observacional para identificar los modelos de intervención en los trastornos depresivo y ansiedad, presentados desde la primera a la quinta ola de la Covid 19 en el sur de Bolivia.

La población de estudio comprende la procedencia de los pacientes de departamentos de Chuquisaca, Santa Cruz, Potosi, Tarija, mayores de 18 años de edad. Cuyos criterios de inclusión fueron pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de trastorno depresivo y/o ansioso durante la pandemia, que reciben tratamiento psicofarmacológico, con seguimiento, con expediente clínico. La muestra establecida fue de 359 pacientes, con diagnóstico según el CIE 10 (clasificación internacional de enfermedades), con un nivel de confianza del 95 %, potencia estadística de 50, la técnica aleatoria sistemática.

El trabajo de campo para la recolección de los datos fue durante la primera, segunda, tercera, cuarta y quinta ola de la pandemia, a la conclusión de cada ola, en una matriz de recolección que registra expedientes clínicos de pacientes de consulta ambulatoria (nuevas, repetidas) y hospitalización.

El instrumento diseñado para la recolección comprende datos sociodemográficos, edad, sexo, procedencia, educación, estado civil. Datos clínicos; diagnóstico de covid, diagnóstico según CIE 10 (trastornos de ansiedad: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad mixta y trastorno de pánico. Trastornos depresivos: trastorno depresivo mayor con y sin síntomas psicóticos y gesto suicidas. Trastornos del estrés: trastorno de adaptación y trastorno de estrés postraumático), evolución, tratamiento recibido, atención virtual o presencial, evolución clínica.

El análisis descriptivo e inferencial, porcentajes, frecuencias, tasas, prevalencia de punto o periodo, la incidencia medida a la conclusión de cada ola de las variables definidas para el estudio.

RESULTADOS

En el análisis de resultados sociodemográficos, la edad de presentación de trastorno depresivo y ansiedad se encuentra en el rango de edad 20 a 39 años, varones (20,5%) y para mujeres (25,5), seguido por el rango de edad de 40 a 49 años varones (7%) y mujeres (11,8 %) y para el rango de edad de 60 y más años para varones (7,2 %) y para mujeres (12,3 %). El cálculo de prevalencia de periodo para el rango de edad 20 a 49 años es de 64,34.

La procedencia de pacientes del área urbana (44,6 %) y de departamentos (43,2 %) como ser Chuquisaca, Santa Cruz, Potosi, Tarija, que se incluyeron en el estudio, excluyéndose a los departamentos del norte de Bolivia. Durante la primera ola y la segunda ola pese a la restricción y cierre temporal de los servicios ambulatorias, se optaron por atención no convencional como el consultorio virtual donde la mayor procedencia era del área urbana y de otros departamentos.

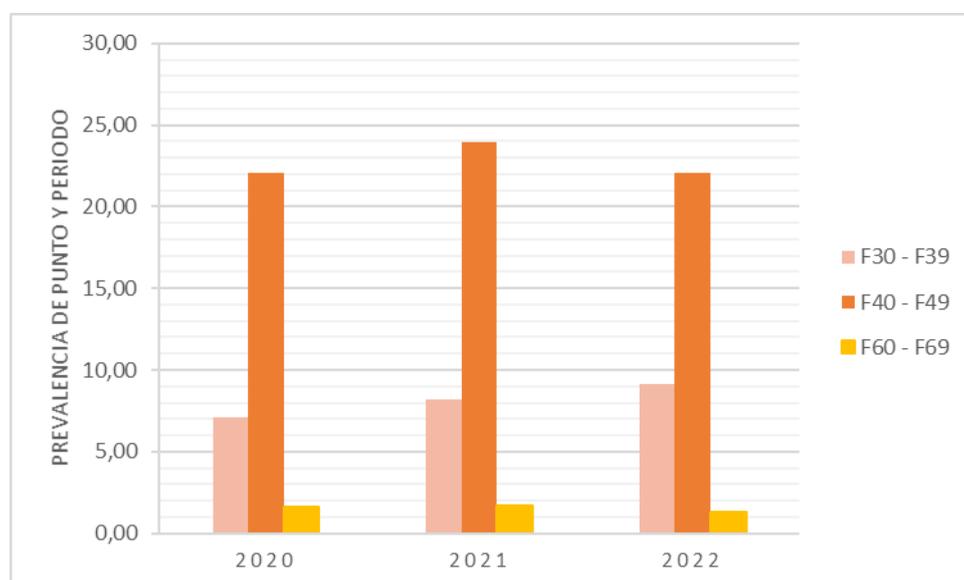
El grado de instrucción de los pacientes corresponde a secundaria (46%) y superior (35,4%).

En cuanto al número de hospitalizaciones del total de muestra solo (n=64) fueron internados, los pacientes hospitalizados en una ocasión (54,7 %).

VARIABLE	N	%	N	%
Edad (n=359)			Varones	Mujeres
15 a 19	2	0,5	3	0,9
20 a 39	73	20,5	91	25,5
40 a 49	25	7	42	11,8
50 a 59	20	5,5	33	9,1
60 y mas	26	7,2	44	12,3
Procedencia (n=359)				
Rural	44	12,3		
Urbano	160	44,6		
Otros Dptos	155	43,2		
Grado de instrucción (n=359)				
Primaria	44	12,3		
Secundaria	165	46,0		
Superior	127	35,4		
Sin instrucción	23	6,4		
Hospitalizaciones (n=64)				
Igual a 1	35	54,7		
Menor a 3	21	32,8		
Mayor a 3	8	12,5		

Fuente: Matriz de sistematización de datos gestión 2020 al 2022

La prevalencia de los trastornos depresivos y trastornos de ansiedad desde la primera a la quinta ola. En relación a los trastornos depresivos la prevalencia de periodo para la primera y segunda ola fue de 7, para la segunda y tercera ola de 8 y para la cuarta y quinta ola de 9, siendo el episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos con mayor presentación (69%), el episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (19 %) y trastorno depresivo moderado (7%). Respecto a los trastornos de ansiedad la prevalencia fue mayor desde la primera a la quinta ola, respecto a la depresión y otros trastornos mentales, durante la primera y la segunda fue de 22, para la tercera y cuarta ola 24 y para la quinta ola de 22, entre los de mayor frecuencia es el trastorno mixto de ansiedad y depresión con 53 %, trastorno de ansiedad generalizada 16% y otros trastornos de ansiedad.



Fuente: Matriz de sistematización de datos gestión 2020 al 2022

El modelo de intervención para atención de pacientes que padecen trastornos depresivos y de trastornos de ansiedad, el (100 %) de pacientes recibió tratamiento psicofarmacológico, para lo cual se calculó la dosis de uso por 1000 habitantes, para antipsicóticos típicos y atípicos 25,6, antidepresivos 21,4, ansiolíticos 23,3 y estabilizadores del estado de ánimo 13,4. Entre los antidepresivos más utilizados fueron: fluoxetina, escitalopram, clomipramina, paroxetina, los ansiolíticos clonazepam, alprazolam, diazepam y los estabilizadores del estado de ánimo carbamazepina, lamotrigina. Los psicofármacos indicados en número de dos o más de acuerdo a las características clínicas.

El modelo de intervención psicofarmacológica más psicoterapia de la totalidad de la muestra, el (33%) recibió intervención por psicología, siendo los trastornos ansiosos con más intervenciones (66%).

En relación al modelo de intervención psicofarmacológica mas psicoterapia y otro como ser terapia electroconvulsiva o terapia ocupacional, el (2,7%) de pacientes recibió este modelo de intervención, TEC 3 pacientes y terapia ocupacional 7 pacientes.

Las reconsultas o consultas de control, el (89 %) de pacientes diagnosticados realizan controles ambulatorios en promedio de 9, desde el inicio de la pandemia a la actualidad.

Modelo de intervención		
Psicofarmacologico (n=359)	TUP/1000Hb	
Antipsicoticos	25,6	
Antidepresivos	21,4	
Ansioliticos	23,3	
Estabilizadores EA	13,4	
Psicofarmacologico más psicoterapia (n=122)	N	%
F30 - F39	33	9,19
F40 - F49	66	18,4
F60 - F69	24	6,7
Psicofarmacológico más psicoterapia más otro en la práctica clínica	N	%
TEC	3	0,8
TO	7	1,9

DISCUSIÓN

El estudio que identifica los modelos de atención en trastorno depresivo y trastorno ansioso, es el inicio de una investigación compleja, en este primer momento se ha identificado los modelos que se aplicaron en la atención de los trastornos mencionados en la actual contingencia covid 19, develando falencias en el sistema salud mental, el desconocimiento del paradigma de salud mental, la inaccesibilidad a los servicios por la reorganización ante algo desconocido, la reagudización de patología, el incremento en la morbilidad comparado antes de la pandemia, la incidencia en la calidad de vida, el enfoque biologicista dirigido al modelo de atención psicofarmacológica, la presentación de la enfermedad en población joven o económicamente activa, con mayor vulnerabilidad en mujeres, el incremento en la automedicación, la repercusión individual, familiar y social, la ausencia de programas del cuidado de la salud mental en servicios de salud, la falta de la medida real del impacto de la pandemia en la salud mental.

En el presente estudio, de una muestra calculada de 359 pacientes, con diagnóstico de trastorno de depresión y trastorno de ansiedad, la edad de presentación se encuentra en el rango de edad 20 a 39 años, varones (20,5%) y para mujeres (25,5), seguido por el rango de edad de 40 a 49 años varones (7%) y mujeres (11,8 %). El cálculo de prevalencia de periodo para el rango de edad 20 a 49 años es de 64,34. En el estudio publicado por Reagu, la edad más vulnerable es 18 a 30 años y mayores de 60 años a los efectos de aislamiento en la pandemia Covid 19 (Reagu, 2021), con mayor prevalencia en mujeres con síntomas de ansiedad y depresión.

La afluencia de pacientes del área urbana (44,6 %) y de otros departamentos (43,2 %) como ser Chuquisaca, Santa Cruz, Potosi, Tarija, que se incluyeron en el estudio, durante la primera ola y la segunda ola pese a la restricción y cierre temporal de los servicios ambulatorias, se optaron por atención no convencional como el consultorio virtual donde la mayor procedencia era del área urbana y de otros departamentos. La reestructuración de los servicios de salud y las pautas de abordaje durante la pandemia, la telepsicoterapia, la telemedicina y la atención virtual, que se implementaron en el contexto de la pandemia. (Fineberg, 2020; Li, 2020; Arigho-Stiles, 2020)

Entre otros datos sociodemográficos, el grado de instrucción de los pacientes corresponde a secundaria (46%) y superior (35,4%). La educación como uno de los factores predictores de depresión y ansiedad. (Lai, 2020; Li, 2020; Liang, 2020)

El número de hospitalizaciones de pacientes con trastorno depresivo mayor con y sin síntomas psicóticos fueron internados en una ocasión (54,7 %). En los estudios publicados durante la pandemia no se hace un acercamiento a las hospitalizaciones, por lo cual, la investigación toma como parámetro dentro de la atención de modelo biologicista.

La prevalencia en estudios anteriores realizados en relación a los síntomas de ansiedad y depresión durante la pandemia del ebola alcanzo al 48 %, en el estudio publicado en la revista BMJ journal (Jalloh, 2018), la prevalencia en la investigación presentada es elevada como ser el episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos con mayor presentación (69%), el episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (19 %) y trastorno depresivo moderado (7%). Respecto a los trastornos de ansiedad la prevalencia fue mayor desde la primera a la quinta ola, respecto a la depresión y otros trastornos mentales, durante la primera y la segunda fue de 22, para la tercera y cuarta ola 24 y para la quinta ola de 22, entre los de

mayor frecuencia es el trastorno mixto de ansiedad y depresión con 53 %, trastorno de ansiedad generalizada 16% y otros trastornos de ansiedad. Al igual que en China, Italia, España donde hubo mayor prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión en las investigaciones publicadas en el primer año de la pandemia (Jacques, 2020). Con mayor riesgo de trastornos en personas que fueron diagnosticados con covid, depresión 15.12, estrés y trastornos de adaptación 13.29, (Xie, 2022). Pese a la evolución de la pandemia, persiste la prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en las consultas.

El modelo de intervención para atención de pacientes que padecen trastornos depresivos y de trastornos de ansiedad, el (100 %) de pacientes recibió tratamiento psicofarmacológico, para lo cual se calculó la dosis de uso por 1000 habitantes, para antipsicóticos típicos y atípicos 25,6, antidepresivos 21,4, ansiolíticos 23,3 y estabilizadores del estado de ánimo 13,4. Entre los antidepresivos más utilizados fueron: fluoxetina, escitalopram, clomipramina, paroxetina, los ansiolíticos clonazepam, alprazolam, diazepam y los estabilizadores del estado de ánimo carbamazepina, lamotrigina. Los psicofármacos indicados en número de dos o más de acuerdo a las características clínicas. En el estudio de Xie, indica uso de antidepresivos 21.59, por 1000 habitantes año, (Xie, 2022), similar a los resultados obtenidos en la investigación.

El modelo de intervención psicofarmacológica más psicoterapia de la totalidad de la muestra, el (33%) recibió intervención por psicología, siendo los trastornos ansiosos con más intervenciones (66%). La intervención psicoterapia desarrollada por psicología se desarrolló vía virtual en la primera y segunda ola de la pandemia, en la 3 a 5 ola fue presencial y con componente virtual.

En relación al modelo de intervención psicofarmacológica más psicoterapia y otro como ser terapia electroconvulsiva o terapia ocupacional, el (2,7%) de pacientes recibió este modelo de intervención, TEC 3 pacientes y terapia ocupacional 7 pacientes. El modelo desarrollado desde la 3 a la 5 ola de la pandemia, en pacientes sin covid, con diagnóstico de trastorno depresivo mayor o recurrente y respuesta a tratamiento farmacológico. Ninguno de los estudios publicados hace mención al uso del TEC ni terapia ocupacional dentro de sus resultados. En el estudio de Ortells (2021) demuestra la eficacia de la intervención con acupuntura y auriculoterapia en los síntomas de estrés y ansiedad.

REFERENCIAS

- Asmundson GJG, Taylor S. (2020). How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *J Anxiety Disord*; 71:102211. doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102211.
- Bao Y, Sun Y, Meng S, Shi J, Lu L. (2020). 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *Lancet*;395(10224):e37-e8. doi: 10.1016/s0140-6736(20)30309-3. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30).
- COVID-19 Mental Disorders Collaborators (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet (London, England)*, 398(10312), 1700–1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Fineberg, N. A., Van Ameringen, M., Drummond, L., et al. (2020). How to manage obsessive-compulsive disorder (OCD) under COVID-19: A clinician's guide from the International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS) and the Obsessive-Compulsive and Related Disorders Research Network (OCRN) of the European College of Neuropsychopharmacology. *Comprehensive psychiatry*, 100, 152174. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152174>
- Galindo Vázquez, Oscar Ramírez Orozco, Mónica Costas Muñiz, Rosario Mendoza Contreras, Luis A. Calderillo Ruíz, Germán Meneses García, Abelardo. (2020). Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en la población general. *Gaceta médica de México* Vol. 156 Núm. 4 Pág. 298-305
- Ho CS, Chee CY, Ho RC. (2020). Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of COVID-19 Beyond Paranoia and Panic. *Ann Acad Med Singapore*; 49 (1):1-3.
- Jalloh M, Li W, Bunnell R, Ethier KA, O'Leary A, Hageman KM, et al. (2018). Impact of Ebola experiences and risk perceptions on mental health in Sierra Leone, July 2015. *BMJ Glob Health*. 3:e000471.

- Jacques-Aviñó C , López-Jiménez T , Medina-Perucha L , et al. (2020). Enfoque de género sobre el impacto social y la salud mental en España durante el confinamiento por la COVID-19: un estudio transversal. *BMJ*; 10: e044617. doi: 10.1136/bmjopen-2020-044617.
- kosic, A., Lindholm, P., Järholm, K., Hedman-Lagerlöf, E., & Axelsson, E. (2020). Three decades of increase in health anxiety: Systematic review and meta-analysis of birth cohort changes in university student samples from 1985 to 2017. *Revista de trastornos de ansiedad*, 71, 102208. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102208>
- Krüger-Malpartida, H., Arévalo-Flores, M., Anculle-Arauco, V., Dancuart-Mendoza, M., & Pedraz-Petrozzi, B. (2022). Condiciones Médicas, Síntomas de Ansiedad y Depresión Durante la Pandemia por COVID-19 en una Muestra Poblacional de Lima, Perú. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.04.004>
- Lancet (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*; 398: 1700–12. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Li, W., Yang, Y., Liu, Z. H., Zhao, Y. J., Zhang, Q., Zhang, L., Cheung, T., & Xiang, Y. T. (2020). Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. *International journal of biological sciences*, 16(10), 1732–1738. <https://doi.org/10.7150/ijbs.45120>
- Li S, Wang Y, Xue J, Zhao N, Zhu T. The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(6). <https://doi:10.3390/ijerph17062032>
- Liu, Y.; Liu, C. (2023). Protective and Overprotective Behaviors against COVID-19 Outbreak: Media Impact and Mediating Roles of Institutional Trust and Anxiety. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 20, 1368. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021368>
- Monterrosa-Castro A, Dávila-Ruiz R, Mejía-Mantilla A, Contreras-Saldarriaga J, Mercado-Lara M, Flores-Monterrosa C. (2020). Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *MedUNAB*;23(2): 195-213. doi: <https://10.29375/01237047.3890>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). ICD-11 - Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad. Ginebra. Abril. <https://icd.who.int/browse11/lm/en>

- Ortells N; Sánchez I. (2021). Efectividad de la acupuntura y la auriculoterapia para reducir el nivel de depresión, ansiedad y estrés en personal sanitario de urgencias durante la pandemia de COVID-19. *Revista Internacional de Acupuntura*; 15; 43–50. <https://doi.org/10.1016/j.acu.2021.04.001>
- Pellegrini L, Maietti E, Rucci P, Casadei G, Maina G, Fineberg NA, Albert U. Intentos de suicidio e ideación suicida en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo: revisión sistemática y metanálisis. *J Afecta Desorden*. (Presentado para su publicación en marzo de 2020).
- Priego-Parra BA, Triana-Romero A, Pinto-Gálvez SM, Durán Ramos C, Salas-Nolasco O, Manriquez Reyes M, et al. (2020). Anxiety, depression, attitudes, and internet addiction during the initial phase of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic: a cross-sectional study in México. medRxiv preprint. <https://doi.org/10.1101/2020.05.10.20095844>
- Reagu S , Wadoo O , Latoo J , et al. (2021). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19 dentro de los centros de aislamiento y cuarentena institucional y sus correlatos sociodemográficos en Qatar: un estudio transversal Abierto *BMJ*; 11: e045794. <https://doi:10.1136/bmjopen-045794>.
- Secor A , Macauley R , Stan L , et al. (2020). Salud mental entre sobrevivientes de Ébola en Liberia, Sierra Leona y Guinea: resultados de un estudio transversal Abierto *BMJ*; 10: e035217. doi: 10.1136/bmjopen-2019-035217
- Sengeh P , Jalloh MB , Webber N , et al. (2020). Conocimiento, percepciones y prácticas de la comunidad en torno a la COVID-19 en Sierra Leona: una encuesta transversal a nivel nacional. *Abierto BMJ*; 10: e040328. doi: 10.1136/bmjopen-2020-040328.
- Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health*; 17 (5). doi: 10.3390/ijerph17051729.
- Xie X, Xue Q, Zhou Y, Zhu K , Liu Q, Zhang J, et al. (2020). Mental health status among children in home confinement during the coronavirus disease 2019 outbreak in Hubei province, China.

JAMA Pediatr. Apr 24;e201619. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.1619. Online ahead of print.

Xie Y , Xu E ,Al -Aly Z. (2022). Risks of mental health outcomes in people with covid-19:cohort study. BMJ; 376 :e068993 doi:10.1136/bmj-2021-068993.