



Artículos Originales

Estudio epidemiológico sobre el impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental de la población de Lima Metropolitana

Epidemiological study on the impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of the population of Metropolitan Lima

Javier E. Saavedra^{1,2}, Katiuska Aliaga-Giraldo³, Walter Humberto Castillo-Martell^{4,5}, Julio Huamán-Pineda^{1,2}, Ybeth Luna-Solis^{1,2,6}, Ysela Nicolás-Hoyos¹, Hever Krüger-Malpartida², Vilma Paz-Schaeffer¹, Yolanda Robles-Arana¹, Abel Ampelio II-Sagástegui Soto^{2,7}, Silvana Sarabia-Arce^{2,8}, Johann M. Vega-Dienstmaier², Sonia Zevallos-Bustamante⁷

Resumen

Objetivo: Identificar en la población adulta de la Lima Metropolitana la prevalencia, acceso y factores asociados a los principales trastornos mentales (TM) durante la pandemia COVID-19. **Metodología:** Estudio transversal, correlacional en una muestra probabilística, bietápica, de 1823 personas adultas (≥ 18 años), entrevistada vía telefónica. **Instrumentos:** Ficha sociodemográfica y características de vivienda; Cuestionario sobre Experiencias COVID-19; la *MINI International Neuropsychiatric Interview* Versión CIE-10; la Escala de Riesgo Suicida del MINI; el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh; Escala de Percepción de Estrés; Escala Breve de Funcionamiento Psicosocial (basada en áreas sugeridas del WHO DAS-S); Cuestionario sobre Acceso a Servicios de Salud; Índice de Calidad de Vida de Mezzich; Escala de Satisfacción con la Vida de Diener; Escala de Resiliencia del Yo de Block; y un Cuestionario Abreviado Ad-hoc sobre Violencia Doméstica. Se utilizó la F corregida como una variante del estadístico de chi-cuadrado corregido de Rao-Scott de segundo orden y análisis de regresión logística para muestras complejas. **Resultados:** Se encontró en un 57,2% de la población un nivel de estrés de moderado a severo. La mayoría de los indicadores de salud mental, incluyendo de salud positiva, mostraron resultados desfavorables con respecto a estudios previos, incluyendo indicadores suicidas, problemas de sueño y la violencia sistemática contra la mujer. La prevalencia a 12 meses, 6 meses y actual de algún TM fue del 19,6%, 17,8% y 12,5%, respectivamente. El TM más frecuente fue el episodio depresivo con una prevalencia anual de 13,6% y de 6 meses de 12,3%, seguido por el trastorno de ansiedad generalizada. La presencia de TM se asoció significativamente con el sexo femenino, menor edad, estado civil viudo(a), divorciado(a) o separado(a), un menor nivel educativo, baja situación económica, haber perdido el empleo por la pandemia, haberse contagiado de la COVID-19, tener un familiar contagiado y tener un familiar fallecido por COVID. De la misma manera las personas afectadas por la COVID-19 presentaron resultados desfavorables en los todos los indicadores de salud mental. El 12,2% de las personas con TM diagnosticables fue atendida, y 29,4% consideró haber necesitado bastante o mucha atención, pero no la recibió. **Conclusiones:** En comparación a períodos sin pandemia, se ha encontrado un incremento desfavorable de los indicadores de salud mental que obliga a asumir que uno de los principales efectos de la pandemia sería sobre la salud mental de las personas y, por lo tanto, las políticas sociales deberían orientarse con prioridad en este aspecto.

Palabras clave: Trastornos mentales, salud mental, COVID-19, acceso a la atención de salud, sueño.

¹Miembro OEAIDE, Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi", Lima - Perú. ²Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima - Perú. ³Profesora a tiempo completo, Universidad Peruana Ciencias Aplicadas. ⁴Director General, Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi", Lima - Perú. ⁵Facultades de Salud Pública y Administración, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima - Perú. ⁶Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. ⁷DEIDAE Adultos y Adultos Mayores Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi", Lima - Perú. ⁸Editora Jefa, Revista de Neuro-Psiquiatría.

ORCID de los autores: JES: 0000-0001-8403-5363, KAG: 0000-0001-9186-2711, WHCM: 0000-0003-0400-153X, JHP: 0000-0003-1901-5969, YLS: 0000-0001-7383-723X, YNH: 0000-0002-0281-9250HKM: 0000-0001-7872-9318, VPS: 0000-0002-2225-3426, YRA: 0000-0002-7732-2804, AAHSS: 0000-0002-1281-5616, SSA: 0000-0002-4647-2375, JMVD: 0000-0002-5686-4014, SZB: 0000-0001-9479-3256.

Abstract

Objective: Identify in the adult population of Metropolitan Lima the prevalence, access and factors associated with the main mental disorders (MD) during the COVID-19 pandemic. **Methodology:** Cross-sectional, correlational study in a probabilistic, two-stage sample of 1823 adults (≥ 18 years old), interviewed by telephone. **Instruments:** sociodemographic file and housing characteristics; Questionnaire on COVID-19 Experiences; the *MINI International Neuropsychiatric Interview* ICD-10 Version; the MINI Suicide Risk Scale; the Pittsburgh Sleep Quality Index; the Perceived Stress Scale; Psychosocial Functioning Brief Scale (based on suggested areas of the WHO DAS-S); Questionnaire on Access to Health Services; Mezzich Quality of Life Index; Diener's Life Satisfaction Scale; Block's Ego-Resilience Scale; and an Abbreviated Ad-hoc Questionnaire on Domestic Violence. Analysis used were the corrected F as a variant of the second-order Rao-Scott chi-square statistic and its significance based on its degrees of freedom and a significance level of < 0.05 and logistic regression analysis for complex samples. **Results:** A moderate to severe stress level was found in 57.2% of the population. Most mental health indicators, including positive health, showed unfavorable results over previous studies, including suicidal indicators, sleep problems, and systematic violence against women. The prevalence at 12 months, 6 months and current prevalence of any MD was 19.6%, 17.8% and 12.5%, respectively. The most frequent MD was depressive episode with an annual prevalence of 13.6% and 6 months-prevalence of 12.3%, followed by generalized anxiety disorder. The presence of MD was significantly associated with female sex, lower age, marital status separated, divorced, or widowed, low educational level, low economic status, having lost its employment due to the pandemic, having been infected with COVID-19, having a family member infected and having a close family member died by COVID. A 12.2% of people with diagnosable MD accessed to treatment, and 29.4% considered they had needed a lot of care but did not receive it. **Conclusions:** Compared to periods without a pandemic, there was a two to three-fold increase in MD during the pandemic, suggesting that social policies should be oriented with priority to mental health.

Keywords: *Mental disorders, mental health, COVID-19, access to health care, sleep quality.*

Mensaje clave

Motivación para realizar el estudio: La pandemia de la COVID-19 ha causado estragos de distinta naturaleza en las personas y en particular en las poblaciones menos favorecidas y con más problemas de infraestructura y servicios como Lima Metropolitana. La salud mental ha sido una de las áreas más afectadas, por lo que se hace necesario un diagnóstico de la situación actual.

Principales hallazgos. En general, la prevalencia de los trastornos mentales se incrementó en, al menos dos veces a tres veces, en comparación a períodos sin pandemia, especialmente los trastornos de ansiedad y el episodio depresivo. Las personas más vulnerables con bajo nivel de estudios, menor nivel educativo, aquellos que perdieron su trabajo a raíz de la pandemia, en situación de pobreza y las personas no unidas fueron las más afectadas en su salud mental. El cierre de los servicios de salud mental debido a la pandemia habría incidido en la baja cobertura, a pesar del incremento en la demanda. Asimismo, se habría incrementado los problemas de sueño, los indicadores suicidas y la violencia sistemática contra la mujer.

Implicancias. Este estudio servirá de sustento para una mejor programación de las necesidades de recursos humanos y materiales para atender los problemas de salud mental relacionados con la pandemia.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró, en marzo de 2020, a la COVID-19 como una pandemia. Al lado del temor al contagio, están las consecuencias socioeconómicas por las medidas sanitarias para tratar de aminorar el contagio masivo, que a la larga generarán indirectamente un impacto psicológico más intenso que los efectos directos de la pandemia en las personas afectadas y en sus sobrevivientes, lo que se agrava considerando que el 72% de la población peruana está empleada en el sector informal⁽¹⁾.

Entre las medidas urgentes adoptadas por el Gobierno en nuestro país se han encontrado: la Declaración de Emergencia Sanitaria, con la consiguiente “restricción del ejercicio de los derechos constitucionales relativos a la libertad y la seguridad personales, la inviolabilidad del domicilio, y la libertad de reunión y de tránsito en el territorio, estableciendo una serie de medidas para el ejercicio del derecho a la libertad de tránsito, durante la vigencia del Estado de Emergencia Nacional”; la suspensión de las actividades educativas tanto escolares como de educación superior; el aislamiento social obligatorio; la inamovilidad social obligatoria; medidas de distanciamiento y uso obligatorio de mascarilla en lugares públicos⁽⁹⁾. A pesar de la importancia de estas medidas para enfrentar la pandemia⁽²⁾, y, su aplicación en la gran mayoría de

países del mundo, la epidemia de la COVID-19 sigue ocasionando estragos muy severos con más de 53 138 muertos y más de un millón y medio de casos confirmados en el Perú al 7 de abril 2021, y más de dos millones 800 mil muertos en todo el mundo, según la OMS⁽¹⁰⁾. Los efectos de la pandemia y sus medidas para enfrentarla son múltiples, no solo sobre la salud en sí, sino sobre la economía en general; ocasionando pérdidas masivas de empleos, afectación del comercio, el transporte, la educación, problemas de vivienda, desplazamientos masivos de personas hacia el interior del país, incremento insospechado de la pobreza y crisis en los establecimientos penitenciarios, entre otros^(3,4).

Las estrategias de control sanitario implementadas no están exentas de impactos en la salud mental debido al estrés que generan⁽⁵⁾. Estos efectos pueden observarse en tres niveles: a) la pérdida de bienestar, de la calidad de vida, del sentido de libertad y, la alteración del sistema de soporte familiar y social, traducida en una merma del nivel de funcionamiento individual y colectivo; b) la emergencia de conductas desadaptativas de tipo psicosocial, no necesariamente ubicables como categorías diagnósticas o clínicas⁽⁶⁾ y que, sin embargo, generan malestar de mayor o menor intensidad, como las relacionadas al estrés, manifestaciones de ansiedad o depresión, las conductas violentas o el uso de sustancias; y c) la emergencia o exacerbación de condiciones clínicas psiquiátricas.

En líneas generales, la mayoría de los estudios reportan un incremento de estrés, ansiedad y depresión^(7,8), pero en ellos, se utiliza un muestreo por conveniencia a partir de plataformas sociales vía internet o en línea, lo que podría generar sesgos de selección y, por lo tanto, afectar la representatividad y la validez externa. Asimismo, la mayoría de los estudios utilizan escalas dimensionales que hacen difícil establecer la presencia de problemas a nivel clínico o a nivel de TM y, por lo tanto, podría generar dificultades al intentar estimar las necesidades de atención. El objetivo de este estudio ha sido identificar la magnitud de los principales problemas de salud mental y los relacionados al bienestar y conductas en la población adulta de Lima Metropolitana, en relación con la pandemia COVID-19.

Métodos

Diseño

El presente estudio epidemiológico de tipo transversal utilizó una muestra probabilística bi-etápica de 1823 adultos de Lima Metropolitana, seleccionada a través de un listado de líneas telefónicas anónimas provistas por OSIPTEL. Las entrevistas telefónicas se realizaron entre octubre y noviembre de 2020.

Instrumentos

Se utilizaron algunos de los instrumentos empleados y validados en los estudios epidemiológicos anteriores del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM)⁽⁹⁾.

Datos demográficos y socioeconómicos

- Se incluyeron datos demográficos (edad, sexo, lugar de nacimiento, tiempo residiendo en Lima, lengua materna y estado civil) y se agregaron preguntas sobre características de la vivienda, empleo e ingreso y educación, provenientes de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) realizada por el INEI en el año 2000⁽¹⁰⁾, para obtener indicadores de pobreza según necesidades básicas insatisfechas (NBI)⁽¹¹⁾.

Cuestionario sobre experiencias relacionadas a la COVID-19

- Se construyó un cuestionario ad-hoc relacionado al contagio personal o de familiares por COVID-19.

Índice de Calidad de Vida

-Elaborado y validado por Mezzich y colaboradores en una versión española. Se trata de un cuestionario compuesto de 10 ítems que recogen los aspectos de la calidad de vida más frecuentemente utilizados para evaluarla como: bienestar físico, bienestar psicológico, auto-cuidado y funcionamiento independiente, ocupacional, e interpersonal, apoyo social-emocional, apoyo comunitario, sentimientos de plenitud, así como una valoración global de la calidad de vida. El instrumento fue adaptado en una versión para la población peruana. En Lima, el instrumento demostró un alfa de Cronbach de 0,867⁽⁹⁾.

Escala breve de funcionamiento psicosocial

- Elaborada por los investigadores del INSM, evalúa aspectos relacionados con el funcionamiento o discapacidad, tomando las cuatro áreas sugeridas por WHO DAS-S⁽¹³⁾ y el IGDA⁽¹⁴⁾: auto-cuidado, funcionamiento ocupacional, funcionamiento familiar y funcionamiento social. Se añadió un quinto elemento relacionado al funcionamiento organizativo o autodirección. Cada ítem tiene una calificación en una escala de 5 puntos - ninguno, mínima, moderada, grave, total o absoluta. En el Perú, la consistencia interna de esta escala fue 0.901 según el coeficiente alfa del Cronbach; las preguntas se agruparon en una única dimensión⁽⁹⁾.

⁹ Decreto Supremo N°064-2020-PCM que prorroga el Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la nación a consecuencia del COVID-19 y dicta otras medidas. ¹⁰ WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard.

Escala de satisfacción con la vida de Diener (*Satisfaction with Life Scale*).

- Elaborada en 1985 por Diener y colaboradores⁽¹⁵⁾. Esta escala ha demostrado propiedades psicométricas adecuadas en otras muestras⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ y ha sido adaptada al medio peruano por Ly⁽¹⁹⁾ en 2004, utilizando 5 puntos en vez de 7 como en el original.

Escala de Resiliencia del Yo (*Ego-Resilience Scale*)

- Construida por Block y colaboradores, en 1989⁽²⁰⁾, fue adaptada lingüísticamente en el INSM. Consta de catorce ítems, de 4 puntos (nada cierto, poco cierto, regularmente cierto, muy cierto), a mayor puntaje mayor resiliencia. El puntaje va desde 14 hasta 56. En estudios nacionales anteriores del INSM mostró una excelente confiabilidad interna en adultos (Alfa de Cronbach de 0.911)⁽⁹⁾.

Escala de Percepción de Estrés

- Esta escala fue desarrollada por Cohen y colaboradores, en el año 1983, para medir el grado en que las situaciones de la propia vida son valoradas como estresantes, mostrando una confiabilidad de coeficiente de Alfa entre 0,84 y 0,86, una validez concurrente con mediciones de eventos de vida y validez predictiva de sintomatología ansiosa, física y utilización de servicios de salud, aun mejor que las mediciones de eventos de vida⁽²¹⁾. Los estudios han mostrado, que la escala de 10 ítems tiene propiedades psicométricas superiores a las de 14 y 4 ítems⁽²²⁾. La escala ha sido validada en Perú⁽²³⁾.

Cuestionario de Violencia familiar

- Se utilizó un cuestionario abreviado construido por expertos del INSM y que tuvo como punto de partida otros cuestionarios, como el utilizado en el Estudio Metropolitano sobre la Violencia y Comportamientos Asociados, en Lima Metropolitana y Callao, de Anicama y colaboradores⁽²⁴⁾, y, el de la Encuesta Nacional de Hogares del INEI. El análisis de las características psicométricas de este módulo encontró los siguientes resultados con relación al coeficiente Alfa de Cronbach: abuso en general (5 preguntas) 0,741 estructurado en una sola dimensión y abuso en convivencia (5 preguntas) 0,797 en una sola dimensión.

MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, Versión Español CIE-10 Modificada⁽²⁵⁾

- Es un instrumento basado en la CIE 10 adaptado lingüísticamente en el INSM en estudios previos⁽⁹⁾, y obtiene información estandarizada sobre los trastornos psiquiátricos

más comunes⁽²⁶⁾. Se incluyeron los siguientes trastornos: agorafobia, trastorno de pánico, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático, episodio depresivo, trastorno obsesivo compulsivo, consumo perjudicial/dependencia al alcohol, marihuana, tabaco y cocaína. Asimismo, se incluyó la Escala de Riesgo Suicida del MINI.

Cuestionario sobre Acceso a Servicios de Salud Mental

-Se diseñó un cuestionario en base a preguntas adaptadas sobre acceso a servicios de salud de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG)⁽²⁷⁾. La identificación del acceso a servicios de salud mental se realizó a través de la morbilidad sentida, mediante preguntas sobre percepción de problemas con los nervios o de tipo emocional o la presencia de manifestaciones emocionales específicas que se describen en otra parte⁽⁹⁾. La estimación de la demanda potencial se realizó a través de la pregunta: “¿En qué grado cree haber necesitado (o) necesitar ayuda profesional para superar ese problema emocional?”.

Índice de calidad de sueño de Pittsburgh⁽²⁸⁾

- Esta escala fue desarrollada por Buysse y colaboradores para evaluar la calidad del sueño durante el mes previo y para discriminar entre las personas que duermen bien y las que duermen mal. Esta escala ha sido validada en diversos países y traducida a muchos idiomas, incluyendo el español. Un estudio reciente en la muestra poblacional adulta de Lima Metropolitana utilizando la base de datos del Estudios Epidemiológico de Salud mental en Lima Metropolitana (EESMLMC 2012) encontró un alfa de Cronbach de 0,564⁽²⁹⁾.

Consideraciones éticas

El proyecto fue evaluado por el Comité Institucional de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. Se solicitó un consentimiento informado antes del inicio de la encuesta. Se aseguró la absoluta confidencialidad de los datos reportados por los encuestados.

Análisis estadístico

Todos los análisis fueron ponderados para reflejar la distribución poblacional según edad y sexo. Se realizaron análisis descriptivos, se relacionaron las variables sociodemográficas y las variables sobre experiencias de la COVID-19 con la variable de salud mental. Para evaluar la asociación se utilizó la F corregida como una variante del estadístico de chi-

cuadrado corregido de Rao-Scott de segundo orden, la significación basada en sus grados de libertad y un nivel de significancia $< 0,05$. Asimismo, se realizaron análisis de regresión logística y se estimaron ORs controlando con las variables sociodemográficas. Se utilizó el programa de SPSS versión 20 para muestras complejas.

Resultados

Descripción de la muestra

Se entrevistaron 1823 personas. La tasa de respuesta fue del 53,9%. La muestra ponderada consistió en 48,4% (IC95%, 45,4-54,6) de varones y 51,6% (IC95%, 48,6-54,6) de mujeres, y la edad promedio fue de 41,7 (IC95%, 40,5-42,8). Otros datos sociodemográficos y económicos se muestran en la tabla 1.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	Promedio total (95% IC)
Edad promedio ponderada (error standard)	41,7 (ES 0,60) (40,5-42,8)
Edad promedio sin ponderar	39,6 (ES 0,34)
Grupos de edad	Total % (95% IC)
18 a 24 años	16,8 (14,7-19,2)
25 a 44 años	44,4 (41,5-47,4)
45 a 64 años	27,2 (24,6-29,9)
65 +	11,5 (9,3-14,2)
Sexo	
Mujer	51,6 (48,6-54,6)
Hombre	48,4 (45,4-54,6)
	45,1 (no ponderado)
Nivel educativo	
Ninguna a primaria	5,4 (4,2-6,9)
Secundaria	35,1 (32,4-38,0)
Superior técnica	27,1 (24,5-29,8)
Superior universitaria (incl. postgrado)	32,4 (29,6-35,4)
Estado civil	
Conviviente	25,8 (23,4-28,3)
Separado(a)	10,4 (8,8-12,2)
Divorciado(a)	1,3 (0,8-2,0)
Viudo(a)	3,5 (2,4- 4,9)
Casado(a)	26,4 (23,7-29,3)
Soltero(a)	32,7 (30,0-35,6)
Aspectos laborales y sociales	
Perdió el trabajo a raíz de la pandemia	41,0 (38,1-43,9)
Tiene seguro de salud	69,0 (66,2-71,7)
Área de residencia	
Lima Centro	17,3 (15,9-18,8)
Lima Norte	26,7 (24,2-29,3)
Lima Este	24,5 (22,2-27,1)
Lima Sur	20,7 (19,4-22,1)
Lima Callao	10,8 (9,8-11,8)
Pobreza objetiva según NBIs	
Pobre extremo	6,4 (5,2-7,9)
Pobre	10,7 (9,0-12,7)
No pobre	82,9 (80,6-84,9)

NBI= Necesidades básicas insatisfechas

Aspectos generales relacionados con la pandemia

El 39,4% (IC95% 36,5-42,3) manifestó que la pandemia le había afectado económicamente mucho o severamente; al 35,2% (IC-95% 32,4-38,1) le afectó moderadamente; al 19,1% (IC95% 16,8-21,7) le afectó poco; y solo al 6,3% (IC95% 4,8-8,1) no le afectó. Con respecto a la situación laboral, en comparación al período pre-pandemia disminuyeron el trabajo formal y el trabajo informal dependiente y se incrementaron la desocupación, el desempleo y el trabajo dedicado al hogar (Tabla 2). El 41,0% (IC-95% 38,1-43,9) perdió su trabajo habitual debido a la pandemia.

Situación laboral	Antes de la pandemia % (95% IC)	Durante la pandemia (Octubre 2020) % (95% IC)
Trabajo formal dependiente con sueldo fijo	32,3 (29,6-35,1)	23,9 (21,5-26,5)
Trabajo formal independiente	18,5 (16,3-20,8)	12,7 (11,0-14,6)
Trabajo informal dependiente	10,1 (8,6-11,9)	5,1 (3,9-6,5)
Trabajo informal independiente	15,0 (13,0-17,2)	16,4 (14,3-18,7)
Trabajo formal con suspensión perfecta	-	0,8 (0,4-1,5)
Desocupado	8,6 (7,0-10,4)	14,3 (12,4-16,5)
Desocupado buscando trabajo	1,2 (0,7-2,1)	7,4 (5,9-9,1)
Jubilado	5,2 (3,5-7,5)	5,7 (4,0-8,1)
Ama de casa	9,2 (7,7-11,0)	13,8 (12,0-15,9)

Al momento de la encuesta el 29,8% (IC95% 27,2-32,6) de la población adulta de Lima Metropolitana reportó haberse contagiado de la COVID-19 o lo sospechó. Otras características de los contagiados se presentan en la tabla 3.

Respecto a la confianza de la población de Lima Metropolitana hacia sus autoridades o grupos significativos, la mitad de los entrevistados confiaba poco o nada en los medios de comunicación y en el Estado, mientras que 3 cuartas partes de la población adulta entrevistada confiaban poco o nada en los alcaldes distritales. El grupo que generaba mayor confianza eran los médicos y los científicos que investigaban la COVID-

Aspectos relacionados al contagio	% (95% IC)
Se contagió de la COVID-19	29,8 (27,2-832,6)
Presentó síntomas de la enfermedad	80,3 (75,1-84,7)
Se confirmó con prueba molecular o rápida	49,7 (44,3-55,0)
Fue diagnosticado solo por el médico, sin pruebas	9,9 (7,1-13,8)
Se sospechó que fue por COVID-19, sin confirmación de prueba o médico	33,6 (28,7-38,9)
Estuvo en aislamiento domiciliario	75,4 (70,1-79,9)
Requirió uso ambulatorio de oxígeno	4,6 (2,6-7,8)
Estuvo hospitalizado	3,9 (2,2-6,7)
Estuvo en UCI	0,7 (0,1-3,1)
Se ha sentido discriminado por estar contagiado	21,5 (17,5-26,1)
Familiares cercanos se han contagiado	51,4 (48,4-54,4)
Familiar cercano que vivía en el hogar falleció	2,3 (1,4-3,6)

19, aunque en el primer caso solo 1 de cada 3 personas manifestaron bastante o mucha confianza y en el segundo caso la mitad de las personas (Tabla 4).

Entre los aspectos señalados por los encuestados que generaban más tensión o afectación emocional estaban el no poder ir a trabajar, la información sobre el número de muertos y contagiados por el virus, y no poder continuar los estudios. Por otro lado, entre las situaciones de que afectaban menos estaban el no poder acudir a la peluquería o spa, el no poder hacer deporte o no poder ir al gimnasio y el no poder concurrir a lugares públicos masivos como cines, centros comerciales, playas o restaurantes (Tabla 5).

Ante la posibilidad de tener que continuar con las restricciones sanitarias cerca de tres cuartas partes de la población consideró muy importante contar con apoyo financiero directo, contar con apoyo de alimentos, garantizar la vivienda y contar con apoyo emocional o psicológico (Tabla 6).

En general, los sentimientos más frecuentes causados por la pandemia y reportados por los encuestados fueron la preocupación, pena, tristeza o depresión y el miedo o temor, tanto en hombres como en mujeres. En comparación con los hombres, las mujeres mencionaron con mayor frecuencia pena, tristeza o depresión, miedo o temor y desesperación angustia.

Autoridad	Nada o poco % (95% IC)	Regular % (95% IC)	Bastante o mucho % (95% IC)
Los medios de comunicación	50,6 (47,6-53,6)	40,3 (37,4-43,3)	9,1 (7,6-10,9)
Ministerio de Salud	39,2 (36,2-42,2)	37,2 (34,3-40,1)	23,6 (34,3-26,2)
Los científicos investigan el COVID-19	25,3 (22,7-28,0)	37,3 (34,4-40,3)	37,4 (34,6-40,3)
Los médicos atienden el COVID-19	18,1 (16,1-20,4)	32,0 (29,2-35,0)	49,8 (46,8-52,8)
El Estado, y sus recursos y preparación para controlar la pandemia	54,0(51,0-57,0)	31,1(28,4-34,0)	14,9 (12,8-17,2)
El alcalde y su capacidad de control de avance de la pandemia	77,6 (74,9-80,0)	16,8 (14,6-19,2)	5,6 (4,4-7,2)

Tabla 5

Nivel de afectación emocional o tensión relacionadas con la pandemia por las medidas de control sanitario en Lima Metropolitana (Octubre 2020)

Situación	Nada o poco % (95% IC)	Regular % (95% IC)	Bastante o mucho % (95% IC)
La cuarentena (pasar la mayor parte del tiempo en casa)	26,6 (23,9-29,4)	25,3 (22,7-28,1)	48,1 (45,1-51,1)
No poder ver a su pareja, familiares o amigos	28,1 (25,4-31,0)	23,2 (20,7-25,8)	48,8 (45,8-51,8)
Cambiar la forma de saludar (no dar un beso, abrazo o la mano)	41,3 (38,3-44,3)	24,9 (22,4-27,5)	33,8 (31,1-36,7)
No poder trabajar	21,1 (17,9-24,7)	8,1 (6,4-10,3)	70,8 (67,0-74,3)
No poder seguir mis estudios	27,9 (20,6-36,8)	12,7 (7,6-20,5)	59,3 (50,1-67,9)
Realizar mis estudios en forma remota o virtual	42,2 (34,7-50,1)	18,4 (13,0-25,3)	39,4(32,1-47,2)
No concurrir a lugares públicos masivos (cine, centros comerciales, playas, restaurantes, etc.)	45,1 (42,1-48,1)	25,1 (22,6-27,7)	29,9 (27,3-32,6)
La información del número de muertos y contagiados por coronavirus	11,2 (9,5-13,2)	20,6 (18,1-23,3)	68,2 (65,3-71,0)
No hacer deporte o no poder ir al gimnasio	59,5 (56,5-62,6)	15,7 (13,6-18,1)	24,7 (22,2-27,4)
No poder acudir a la peluquería o spa	77,5 (74,9-79,9)	13,4 (11,5-15,5)	9,2 (7,6-11,0)
Usar un medio de transporte público	40,1 (37,1-43,2)	23,2 (20,7-25,8)	36,7 (33,9-39,7)
Acudir a lugares públicos concurridos como mercados, hospitales, bancos, etc.	30,5 (27,7-33,4)	27,4 (24,9-30,2)	42,1 (39,2-45,1)
Tener que supervisar las actividades remotas de educación de sus hijos	39,4 (34,8-44,3)	6,9 (13,6-20,8)	43,7 (39,0-48,4)
Realizar teletrabajo o trabajo remoto	46,5 (40,3-52,7)	23,2 (18,3-29,0)	30,3 (24,7-35,5)

Tabla 6

Condiciones e importancia percibida por las personas para poder continuar con las restricciones sanitarias derivadas de la pandemia en Lima Metropolitana (Octubre 2020)

Situación	Nada o poca importancia % (95% IC)	Regular importancia % (95% IC)	Bastante o mucha importancia % (95% IC)
Contar con apoyo financiero directo	11,6 (9,7-13,7)	15,2 (13,1-17,4)	73,3 (70,5-75,9)
Contar con apoyo de alimentos en forma sostenida	12,8 (10,9-15,1)	13,5 (11,5-15,8)	73,7(70,9-76,3)
Garantizar no ser desalojado de mi vivienda	15,4 (12,7-18,5)	11,4 (9,2-14,1)	73,2(69,6-76,6)
Tener claro por parte del gobierno hasta cuándo durarán las restricciones	11,2 (9,4-13,3)	22,8 (20,3-25,5)	66,0(63,0-68,8)
Contar con el apoyo emocional o psicológico	8,3 (6,7-10,2)	14,6 (12,6-16,8)	77,1 (74,5-79,5)

Indicadores de salud mental positiva

Respecto a la calidad de vida en general, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. Sin embargo, en las áreas específicas, la mujer mostró una menor calidad de vida en las áreas de bienestar físico, bienestar psicológico o emocional y una mayor satisfacción espiritual (Tabla 7). Con relación a la satisfacción con la vida, 73,3% de la población adulta de Lima Metropolitana se encontró satisfecha o muy satisfecha con su vida, y 1 de 5

personas estaba insatisfecha o muy insatisfecha con su vida. Los hombres mostraron significativamente mayor satisfacción con la vida en comparación con las mujeres (Tabla 8).

Indicadores de salud mental negativa**Nivel de estrés**

Con relación al nivel de estrés, un 57,2% de las personas entrevistadas presentaba un estrés de moderado a alto. Las

Tabla 7

Calidad de vida en la población adulta de la ciudad de Lima durante la pandemia del COVID-19 (Octubre 2020), según sexo

Calidad de vida de la población (escala de 1 a 10)	Media(IC95%)	E.S.	Mediana	Moda	P25	P75	Estadísticos
Puntaje total							
Total	7,88 (7,82-7,94)	0,032	8,0	8,1	7,2	8,6	
Masculino	7,90 (7,80-7,99)	0,049	8,0	8,2	7,3	8,7	$df1=1; df2=1817$
Femenino	7,86 (7,78-7,95)	0,043	8,0	8,1	7,2	8,6	Wald $F=,282; p=0,596$
Bienestar físico							
Total	7,52 (7,42-7,61)	0,049	8,0	8,0	7,0	9,0	
Masculino	7,73 (7,60-7,86)	0,068	8,0	8,0	7,0	9,0	$df1=1; df2=1817$
Femenino	7,32 (7,18-7,46)	0,070	8,0	8,0	6,0	8,0	Wald $F=17,551; p=0,00003$
Bienestar psicológico o emocional							
Total	7,80 (7,71-7,90)	0,048	8,0	8,0	7,0	9,0	
Masculino	7,91 (7,78-8,05)	0,070	8,0	8,0	7,0	9,0	$df1=1; df2=1817$
Femenino	7,70 (7,57-7,83)	0,066	8,0	8,0	7,0	9,0	Wald $F=4,904; p=0,027$
Autocuidado y funcionamiento							
Total	8,54 (8,46-8,63)	0,044	9,0	10,0	8,0	10,0	
Masculino	8,56 (8,43-8,68)	0,062	9,0	10,0	8,0	10,0	$df1=1; df2=1817$
Femenino	8,53 (8,41-8,65)	0,061	9,0	10,0	8,0	10,0	Wald $F=,093; P=0,760$
Funcionamiento ocupacional							
Total	8,49 (8,40-8,58)	0,046	9,0	10,0	8,0	10,0	
Masculino	8,51 (8,37-8,64)	0,067	9,0	10,0	8,0	10,0	$df1=1; df2=1815$
Femenino	8,47 (8,35-8,60)	0,064	9,0	10,0	8,0	10,0	Wald $F=,118; p=0,731$
Funcionamiento interpersonal							
Total	8,41 (8,32-8,50)	0,046	9,0	10,0	8,0	10,0	
Masculino	8,42 (8,29-8,56)	0,069	9,0	10,0	8,0	10,0	$df1=1; df2=1817$
Femenino	8,40 (8,28-8,53)	0,062	9,0	10,0	8,0	10,0	Wald $F=,040; p=0,842$
Apoyo social-emocional							
Total	7,83 (7,72-7,93)	0,053	8,0	8,0	7,0	9,0	
Masculino	7,79 (7,63-7,95)	0,083	8,0	8,0	7,0	9,0	$df1=1; df2=1814$
Femenino	7,86 (7,73-7,99)	0,067	8,0	8,0	7,0	9,0	Wald $F=,434; p=0,510$
Apoyo comunitario y de servicios							
Total	6,17 (6,02-6,33)	0,079	7,0	8,0	5,0	8,0	
Masculino	6,06 (5,82-6,30)	0,123	6,0	8,0	5,0	8,0	$df1=1; df2=1808$
Femenino	6,28 (6,08-6,48)	0,103	7,0	7,0	5,0	8,0	Wald $F=1,832; p=0,176$
Plenitud personal							
Total	7,55 (7,45-7,66)	0,053	8,0	8,0	7,0	9,0	
Masculino	7,61 (7,47-7,75)	0,072	8,0	8,0	7,0	9,0	$df1=1; df2=1815$
Femenino	7,50 (7,35-7,65)	0,077	8,0	8,0	6,0	9,0	Wald $F=1,054; p=0,305$
Satisfacción espiritual							
Total	8,26 (8,17-8,35)	0,047	8,0	8,0	8,0	9,0	
Masculino	8,10 (7,96-8,24)	0,073	8,0	8,0	7,0	9,0	$df1=1; df2=1815$
Femenino	8,41 (8,29-8,52)	0,058	9,0	8,0	8,0	10,0	Wald $F=10,811; p=0,001$
Calidad de vida global							
Total	8,21 (8,12-8,30)	0,046	8,0	8,0	7,0	9,0	
Masculino	8,27 (8,14-8,40)	0,067	8,0	8,0	8,0	9,0	$df1=1; df2=1815$
Femenino	8,15 (8,03-8,28)	0,062	8,0	8,0	7,0	9,0	Wald $F=1,692; p=0,194$

Tabla 8				
Satisfacción con la vida en la población adulta de Lima Metropolitana durante la pandemia del COVID-19 (Octubre 2020) , según sexo				
Escala de satisfacción con la vida de Diener*	Total (IC95%)	Masculino (IC95%)	Femenino (IC95%)	Estadísticos
Puntaje promedio	17,34 (17,15 -17,53)	17,60 (17,31-17,89)	17,10 (16,85 -17,34)	$Df1=1; df2=1818$ $Wald F=6,751; p=0,009$
Muy Insatisfecho	1,4 (0,9 -2,1) 18,3	0,6 (0,3-1,4) 17,8	2,1 (1,3-3,4) 18,9	$Fcorr=2,550;$ $df1=3,895;$ $df2=7080$ $P=0,039$
Insatisfecho	(16,2-20,7) 7,0	(14,7-21,3) 6,3	(16,0-22,1) 7,7	
Ni satisfecho ni insatisfecho	(5,7-8,6) 61,3	(4,5-8,6) 61,4	(5,9-10,0) 61,2	
Satisfecho	(58,464,1) 12,0	(57,1-65,6) 13,9	(57,3-65,0) 10,1	
Muy satisfecho	(10,2-14,0)	(11,3-17,1)	(8,0-12,8)	

*El puntaje neutral en la escala de satisfacción con la vida se ha considerado 15; por lo tanto, un puntaje de 16 a 20 se considera como satisfecho; de 14 a 10, insatisfecho; 21 a 25, muy satisfecho; y el 5 a 9, muy insatisfecho.

Tabla 9				
Nivel de estrés en la población adulta de Lima Metropolitana durante la pandemia del COVID-19 (Octubre 2020) , según sexo				
Escala de Percepción de estrés *(categórico)	Total (IC95%)	Masculino (IC95%)	Femenino (IC95%)	Estadísticos
Promedio	14,7 (14,3-15,1)	13,7 (13,1-14,3)	15,6 (15,1-16,1)	$F de Wald= 23,789$ $df1= 1; df2= 1818$ $p<0,00001$
Alto	3,4 (2,4-4,7)	2,8 (1,5-5,0)	4,0 (2,7- 5,7)	$Fcorr=10,852$ $df1=1,986; df2=3611$ $p=0,00002$
Moderado	53,8 (50,8-56,8)	46,9 (42,5-51,3)	60,3 (56,3-64,1)	
Normal o bajo	42,8 (39,9-45,8)	50,4 (45,9-54,8)	35,7 (32,0-39,6)	

* El puntaje de la PSS - 10 va de 0 a 40, indicando los puntajes mayores una mayor percepción de estrés psicológico. Puntajes de 0 a 13 se consideran bajo estrés; puntajes entre 14 y 26, estrés moderado y puntajes de 27 a 40 se consideran de alta percepción de estrés.

mujeres mostraron un nivel de estrés significativamente más elevado que los varones; 64,3% de las mujeres mostraron un estrés de moderado a severo en comparación con 49,7% de los hombres (Tabla 9).

Calidad de sueño

El 54,6% de la población de Lima Metropolitana tenía un problema de sueño que ameritaba atención médica y al menos 22,7% requería tratamiento. Más características de los componentes del sueño se describen en la tabla 10. Con relación a la calidad de sueño, las mujeres mostraron significativamente más problemas de sueño que los varones. La

diferencia en la calidad de sueño entre varones y mujeres se dio en todos los componentes.

Discapacidad psicosocial en el cuidado personal, familiar, social, ocupacional y organizacional

El 30,5% (IC95% 27,7-33,4) de la población de Lima Metropolitana presentó algún tipo de discapacidad psicosocial al momento de la entrevista, y 13% presentó alguna discapacidad de moderada a severa. En general, las mujeres se percibieron con mayor discapacidad psicosocial que los varones. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas

Tabla 10				
Calidad de sueño en la población adulta de Lima Metropolitana durante la pandemia del COVID-19, según sexo				
Componentes	Total (IC95%)	Masculino (IC95%)	Femenino (IC95%)	Estadísticos
Calidad de sueño				
Bastante bueno	12,5 (10,8 -14,5)	15,9 (12,9 -19,5)	9,3 (7,6 -11,5)	$F=6,264;$ $df1=2,963;$ $df2=5387,443;$ $p=0,0003$
Bueno	63,8 (60,9 -66,6)	65,0 (60,6 -69,1)	62,7 (58,7 - 66,5)	
Malo	20,5 (18,2 -23,1)	16,5 (13,4 -20,1)	24,3 (20,9 -28,0)	
Bastante malo	3,1 (2,2 -4,4)	2,6 (1,6 -4,3)	3,6 (2,3 -5,8)	
Latencia del sueño				
Apropiada	37,2 (34,3 -40,2)	40,6 (36,2 -45,2)	34,0 (30,3 -37,9)	$F=4,680;$ $df1=2,966;$ $df2=5446,035;$ $p=0,003$
Leve alteración	34,1 (31,4 -37,0)	35,3 (31,2 -39,5)	33,0 (29,4 -36,9)	
Moderada alteración	18,1 (15,9 -20,5)	16,6 (13,5 -20,3)	19,4 (16,4 -22,8)	
Severa alteración	10,6 (8,9 -12,6)	7,5 (5,5 -10,0)	13,6 (11,0 -16,6)	
Duración del sueño				
Más de 7 horas	37,9 (35,0 -40,9)	35,4 (31,1 -39,8)	40,3 (36,5 -44,3)	$F=1,040;$ $df1=2,997;$ $df2=5448,951;$ $p=0,0373$
Entre 6 y 7 horas	26,2 (23,7 -28,9)	27,5 (23,8 -31,5)	25,0 (21,7 -28,6)	
Entre 5 y 6 horas	27,8 (25,2 -30,6)	29,3 (25,4 -33,5)	26,4 (23,0 -30,2)	
Menos de 5 horas	8,1 (6,6 -9,9)	7,9 (5,8 -10,7)	8,2 (6,3 -10,7)	
Eficiencia del sueño				
Más del 85%	68,5 (65,6 -71,2)	72,4 (68,1 -76,3)	64,8 (60,8 -68,6)	$F=4,118;$ $df1=2,998;$ $df2=5450,399;$ $p=0,006$
Del 75 al 84%	20,8 (18,4 -23,4)	20,2 (16,6 -24,2)	21,4 (18,3 -24,8)	
Del 65 al 74%	6,0 (4,7 -7,7)	4,3 (2,8 -6,4)	7,6 (5,5 -10,3)	
Menos del 65%	4,8 (3,6 -6,2)	3,1 (1,9 -5,1)	6,3 (4,5 -8,7)	
Perturbaciones del sueño				
Ninguna perturbación	33,4 (30,6 -36,2)	40,1 (35,9 -44,5)	27,0 (23,6 -30,7)	$F=11,245;$ $df1=2,248;$ $df2=4086,742;$ $p<0,00001$
Entre 1 y 9	62,7 (59,8 -65,5)	57,1 (52,7 -61,5)	67,9 (64,1 -71,5)	
Entre 10 y 18	3,9 (3,0 -5,2)	2,7 (1,7 -4,4)	5,0 (3,6 -7,1)	
Entre 19 y 27	0,0 (0,0 -0,1)	-	0,0 (0,0 -0,2)	
Medicación para dormir				
Ninguna vez en últimas 4 sem.	91,6 (89,3 -93,4)	94,4 (90,8 -96,7)	88,9 (85,6 -91,5)	$F=2,752;$ $df1=2,819;$ $df2=5125,658;$ $p=0,045$
Menos de una vez a la semana	2,2 (1,4 -3,4)	1,3 (0,5 -3,1)	3,0 (1,7 -5,0)	
Una o dos veces a la semana	1,7 (1,1 -2,8)	0,7 (0,2 -2,2)	2,7 (1,6 -4,5)	
Tres o más veces a la semana	4,5 (3,1 -6,6)	3,6 (1,8 -7,2)	5,4 (3,5 -8,2)	
Disfunción diurna				
Ninguna	36,4 (33,6 -39,4)	40,1 (35,8 -44,6)	33,0 (29,3 -37,0)	$F=4,243;$ $df1=2,997;$ $df2=5448,848;$ $p=0,005$
Leve	45,5 (42,6 -48,5)	45,7 (41,3 -50,1)	45,4 (41,5 -49,4)	
Moderada	13,0 (11,2 -15,1)	9,6 (7,3 -12,5)	16,2 (13,5 -19,3)	
Severa	5,0 (3,8 -6,5)	4,6 (3,1 -7,0)	5,4 (3,8 -7,6)	
Puntaje total				
Sin problema de sueño (score <5)	45,4 (42,5 -48,4)	50,1 (45,7 -54,6)	41,0 (37,2 -44,9)	$F=7,217;$ $df1=2,953;$ $df2=5369,303;$ $p=0,0009$
Merece atención médica	31,9 (29,1 -34,9)	31,7 (27,5 -36,2)	32,2 (28,5 -36,1)	
Merece atención y tratamiento médico	20,7 (18,3 -23,2)	17,7 (14,5 -21,4)	23,4 (20,2 -27,0)	
Se trata de un problema de sueño grave	2,0 (1,2 -3,2)	0,5 (0,2 -1,3)	3,4 (2,0 -5,8)	

entre varones y mujeres con respecto al cuidado personal y a las funciones familiares, como madre, esposa o hija. Con respecto a la discapacidad global hubo diferencias entre hombre y mujeres solo en los niveles discapacidad leve (Tabla 11).

Indicadores suicidas

En el último mes, un 8,6% (IC95% 7,1-19,4) de las personas adultas de Lima Metropolitana pensaron que sería

Tabla 11

Discapacidad o inhabilidad específica en la población adulta de Lima Metropolitana durante la pandemia del COVID-19, según tipo de discapacidad, y sexo

Dificultades o limitaciones	Total (IC95%)	Masculino (IC95%)	Femenino (IC95%)	Estadísticos
Mantener regularmente el aseo de su cuerpo, su aliño o arreglo personal				
Ninguna	89,7 (87,7-91,4)	91,9 (89,1-94,1)	87,6 (84,6-90,1)	<i>F=3,212; df1=3,904; df2=7097,170; p=0,013</i>
Leve	6,7 (5,4-8,4)	5,3 (3,7-7,6)	8,0 (6,1-10,6)	
Moderada	3,0 (2,1-4,2)	2,0 (1,1-3,5)	3,9 (2,5-5,9)	
Severa	0,4 (0,1-1,4)	0,8 (0,2-2,9)	0,1 (0,0-0,6)	
Total o absoluta	0,2 (0,0-0,7)	-	0,4 (0,1-1,4)	
Desempeñar eficientemente sus ocupaciones (estudios, trabajos o casa)				
Ninguna	81,5 (78,8-83,9)	84,8 (80,6-88,1)	78,5 (74,8-81,8)	<i>F=1,507; df1=3,334; df2=6061,641; p=0,206</i>
Leve	11,5 (9,6-13,7)	8,6 (6,3-11,6)	14,2 (11,5-17,5)	
Moderada	5,1 (3,9-6,7)	4,6 (3,1-6,8)	5,6 (3,9-8,0)	
Severa	1,0 (0,5-2,0)	0,9 (0,2-3,0)	1,1 (0,5-2,4)	
Total o absoluta	0,9 (0,2-3,2)	1,2 (0,2-7,8)	0,6 (0,2-1,9)	
Asumir y desempeñar satisfactoriamente sus funciones como madre, padre, esposo(a) o hijo(a)				
Ninguna	87,3 (85,1-89,2)	89,5 (86,5-91,9)	85,2 (82,0-87,9)	<i>F=3,806; df1=3,329; df2=6052,131; p=0,007</i>
Leve	8,0 (6,5-9,7)	6,1 (4,3-8,5)	9,7 (7,5-12,4)	
Moderada	4,3 (3,2-5,7)	3,6 (2,3-5,5)	5,0 (3,5-7,1)	
Severa	0,4 (0,1-1,4)	0,8 (0,2-3,0)	0,0 (0,0-0,3)	
Total o absoluta	0,1 (0,0-0,3)	-	0,1 (0,0-0,5)	
Relacionarse con sus familiares, amigos, vecinos y personas en general				
Ninguna	89,9 (88,0-91,6)	91,1 (88,2-93,3)	88,8 (86,1-91,1)	<i>F=0,408; df1=3,535; df2=6427,229; p=0,779</i>
Leve	5,6 (4,4-7,0)	4,8 (3,4-6,7)	6,3 (4,6-8,5)	
Moderada	3,6 (2,6-4,9)	3,2 (1,9-5,3)	4,0 (2,8-5,8)	
Severa	0,7 (0,3-1,9)	0,8 (0,2-3,2)	0,7 (0,2-2,3)	
Total o absoluta	0,2 (0,1-0,6)	0,2 (0,0-1,2)	0,2 (0,0-1,0)	
Planificar sus actividades, luego organizarlas y ejecutarlas				
Ninguna	86,2 (84,1-88,1)	88,1 (84,9-90,7)	84,5 (81,3-87,1)	<i>F=2,106; df1=3,793; df2=6895,871; p=0,081</i>
Leve	9,1 (7,6-11,0)	7,6 (5,6-10,2)	10,6 (8,4-13,3)	
Moderada	3,7 (2,7-5,0)	3,1 (1,9-4,9)	4,3 (2,9-6,4)	
Severa	0,8 (0,4-1,7)	1,2 (0,5-3,1)	0,5 (0,2-1,2)	
Total o absoluta	0,1 (0,0-0,4)	-	0,2 (0,0-0,7)	
Al menos alguna discapacidad o inhabilidad				
Prevalencia actual	30,5 (27,7-33,4)	25,8 (21,9-30,2)	34,8 (31,0-38,8)	<i>F=9,190; df1=1; df2=1818; p=0,002</i>
Discapacidad global actual según niveles				
Ninguna	69,5 (66,6-72,3)	74,2 (69,8-78,1)	65,2 (61,2-69,0)	<i>F=3,411; df1=2,699; df2=4906,436; p=0,021</i>
Leve	17,4 (15,3-19,8)	13,5 (10,7-16,8)	21,2 (18,0-24,7)	
Moderada	10,1 (8,4-12,1)	9,1 (6,9-11,9)	11,0 (8,6-13,9)	
Severa o absoluta	2,9 (1,8-4,8)	3,3 (1,4-7,2)	2,6 (1,5-4,4)	

mejor estar muerta o desearon morir, y 0,2% (IC95% 0,1-0,5) intentó suicidarse. En el 34,5% (IC95% 25,9-44,4) de quienes desearon morir o hacerse daño la motivación estuvo relacionada con la pandemia. El riesgo de suicidio fue de nivel alto en el 0,8 (IC% (0,5-1,5) de la muestra. No se encontraron

diferencias significativas en los indicadores suicidas entre mujeres y varones salvo en el pensamiento de querer hacerse daño en el que se observó una tendencia significativamente mayor en las mujeres ($p=0,049$) (Tabla 12).

Tabla 12

Indicadores suicidas en la población adulta de Lima Metropolitana durante la pandemia del COVID-19, según sexo durante los últimos 30 días

Indicadores Suicidas	Total (IC95%)	Masculino (IC95%)	Femenino (IC95%)	Odds Ratio (IC 95%)	Estadísticos
Indicador					
¿Ha pensado que sería mejor estar muerto(a), o deseado estar muerto(a)?	8,6 (7,1-10,4)	7,8 (5,6-10,6)	9,5 (7,5-11,9)	1,24 (0,81-1,91)	$F=0,984$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,321$
¿Ha querido hacerse daño?	1,3 (0,8-2,0)	0,7 (0,3-1,5)	1,8 (1,0-3,0)	2,56 (0,97-6,77)	$F=3,873$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,049$
¿Ha pensado en suicidarse?	1,6 (1,1-2,4)	1,5 (0,8-2,7)	1,8 (1,0-3,0)	1,19 (0,53-2,69)	$F=0,176$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,675$
¿Ha planeado la manera de cómo podría suicidarse?	0,7 (0,4-1,3)	0,5 (0,2-1,3)	0,9 (0,4-2,0)	1,82 (0,52-6,35)	$F=0,908$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,341$
¿Ha realizado un intento de suicidio?	0,2 (0,1-0,5)	0,3 (0,1-0,9)	0,1 (0,0-0,5)	0,44 (0,07-2,87)	$F=0,771$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,380$
Se han relacionado estos sentimientos o deseado estar muerto o hacerse daño con la pandemia	34,5 (25,9-44,4)	36,2 (22,3-52,8)	33,2 (23,1-45,2)	0,88 (0,38-2,05)	$F=0,090$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,764$
Severidad del riesgo suicida					
Ausente	89,0 (87,1-90,7)	91,0 (88,0-93,2)	87,2 (84,4-89,5)		
Bajo	9,3 (7,7-11,1)	7,5 (5,4-10,4)	10,9 (8,8-13,5)		$F=2,244$; $df1=2,863$; $df2=5204,126$; $p=0,084$
Moderado	0,9 (0,5-1,4)	0,7 (0,4-1,5)	0,9 (0,5-1,4)		
Alto	0,8 (0,5-1,5)	0,5 (0,2-1,3)	1,2 (0,6-2,3)		

Trastornos mentales

Un tercio de la población de Lima Metropolitana había padecido algún TM alguna vez en su vida. La prevalencia de algún TM en los últimos 12 meses, 6 meses y actual fue del 19,6% (IC95% 17,4-21,9), 17,8% (IC95% 15,7-20,0) y 12,5% (IC95% 10,8-14,5), respectivamente. El episodio depresivo fue el trastorno más frecuente. Las mujeres presentaron una mayor prevalencia de TM en comparación con los hombres, con excepción de la prevalencia de abuso o dependencia de alcohol, donde los varones tienen 4,7 veces mayor probabilidad de tener problemas de uso perjudicial o dependencia de alcohol con respecto a las mujeres (Tabla 13).

La presencia de cualquier TM (anual o 6 meses) se asoció significativamente con: el sexo femenino, la edad, el estado civil, un menor nivel educativo, el haber perdido el empleo en el período de pandemia y la pobreza. La depresión se asoció significativamente con las mismas variables, salvo la pobreza; mientras que, los trastornos de ansiedad se asociaron con las mismas variables con excepción del estado civil. El consumo perjudicial de alcohol se asoció significativamente

con el sexo masculino y el estado civil (Tabla 14). El haberse contagiado de la COVID-19, pertenecer a un grupo de riesgo y tener familiares cercanos contagiados se asociaron con una probabilidad de más de 2 veces de tener algún TM, en comparación con aquellos que no habían experimentado estas situaciones; y el fallecimiento de un familiar en el hogar por la COVID-19 se asoció con una probabilidad 10 veces mayor de sufrir un episodio depresivo en los últimos 6 meses, en comparación con aquellos que no lo habían tenido (Tabla 15). Respecto a la relación entre el grado de afectación experimentado por las personas por las medidas sanitarias y la presencia de trastornos mentales (Tabla 16) se asociaron significativamente, incluso ajustando con variables sociodemográficas, las siguientes situaciones: la cuarentena, es decir pasar la mayor parte del tiempo en casa; no poder ver a su pareja, familiares o amigos; cambiar la forma de saludar; no poder trabajar; no concurrir a lugares públicos masivos; la información del número de muertos y contagiados; no hacer deporte o no poder ir al gimnasio; no poder acudir a la peluquería; tener que usar un medio de transporte público; tener que acudir a lugares públicos y realizar teletrabajo.

Tabla 13

Prevalencia vida, anual, de 6 meses y actual de los principales trastornos mentales en la población durante la pandemia de COVID-19 en Lima Metropolitana, según sexo (Octubre 2020)

Trastornos mentales según la CIE-10	Total (IC95%)	Masculino (IC95%)	Femenino (IC95%)	Odds Ratio (IC95%)	Estadísticos
Cualquier TM Vida*	32,8 (30,1-35,6)	24,3 (20,8-28,2)	40,7(36,9-44,7)	2,14 (1,65 - 2,76)	$F=33,981$; $df1=1$; $df2=1818$; $p<=0,00001$
Cualquier TM Anual	19,6 (17,4-21,9)	15,7 (12,8-19,1)	23,2(20,2-26,6)	1,63 (1,21 - 2,20)	$F=10,371$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,001$
Cualquier TM 6 meses**	17,8 (15,7-20,0)	14,2 (11,5-17,5)	21,1(18,1-24,4)	1,61 (1,18 - 2,19)	$F=9,271$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,002$
Cualquier TM Actual**	12,5(10,8-14,5)	11,0 (8,6 - 14,0)	13,9 (11,5 - 16,7)	1,31 (0,92 - 1,86)	$F=2,242$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,134$
Episodio depresivo anual	13,6(11,7-15,7)	9,7 (7,5 - 12,5)	17,2(14,4 - 20,4)	1,93 (1,36 - 2,73)	$Fcorr=13,857$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,0002$
Episodio depresivo 6 meses	12,3(10,5-14,3)	8,9 (6,8 - 11,6)	15,4(12,8 - 18,4)	1,86 (1,28 - 2,68)	$F=11,127$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,001$
Episodio depresivo actual	7,5(6,1-9,1)	5,3(3,6-7,6)	9,5(7,5-12,0)	1,89 (1,19 - 3,02)	$F=7,432$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,006$
Agorafobia anual	1,8(1,2-2,8)	1,4(0,6-2,9)	2,3(1,4-3,7)	1,69 (0,68 - 4,23)	$Fcorr=1,304$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,254$
Agorafobia 6 meses	1,6(1,0-2,6)	1,1(0,5-2,7)	2,1(1,2-3,5)	1,83 (0,65 - 5,16)	$F=1,355$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,245$
Agorafobia actual	1,0(0,6-1,8)	0,5(0,1-1,9)	1,4(0,8-2,7)	2,83 (0,66-12,13)	$F=2,140$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,144$
Trastorno de pánico anual	1,0(0,6-1,7)	0,6(0,3-1,4)	1,4(0,8-2,6)	2,34 (0,82 - 6,68)	$Fcorr=2,701$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,100$
Trastorno de pánico 6 meses	0,8(0,5-1,4)	0,5(0,2-1,2)	1,1(0,6-2,2)	2,48 (0,78 - 7,82)	$F=2,552$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,110$
Trastorno de pánico actual	0,4(0,2-0,8)	0,3(0,1-0,7)	0,4(0,1-1,2)	1,43 (0,35 - 5,87)	$F=0,244$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,622$
Trastorno de estrés postraumático anual	2,9(2,1-3,9)	1,8(1,0-3,3)	3,8(2,7-5,5)	2,18 (1,06 - 4,46)	$Fcorr=4,724$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,030$
Trastorno de estrés postraumático 6 meses	2,6(1,9-3,6)	1,8(1,0-3,3)	3,4(2,3-5,0)	1,90 (0,91 - 3,96)	$F=3,017$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,083$
Trastorno de estrés postraumático actual	1,5(1,0-2,3)	1,2(0,6-2,4)	1,8(1,1-3,1)	1,53 (0,63 - 3,67)	$F=0,905$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,342$
Fobia social anual	1,4(0,9-2,2)	1,4(0,7-2,8)	1,5(0,9-2,6)	1,09 (0,44 - 2,75)	$Fcorr=0,037$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,848$
Fobia social 6 meses	1,3(0,8-2,1)	1,2(0,5-2,7)	1,5(0,8-2,6)	1,23 (0,46 - 3,32)	$F=0,172$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,678$
Fobia social actual	0,9(0,5-1,7)	1,1(0,5-2,6)	0,8(0,4-1,6)	0,67 (0,22 - 2,06)	$F=0,490$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,484$
Trastorno de ansiedad generalizada anual	4,1(3,1-5,4)	2,9(1,6-5,2)	5,2(3,8-7,0)	1,84 (0,93 - 3,65)	$Fcorr=3,160$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,076$
Trastorno de ansiedad generalizada 6 meses	3,7(2,8-4,9)	2,4(1,4-4,4)	4,9(3,6-6,7)	2,06 (1,04 - 4,09)	$F=4,450$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,035$
Trastorno obsesivo compulsivo anual	0,1(0,1-0,4)	0,1(0,0-0,6)	0,2(0,1-0,6)	2,36 (0,24-23,23)	$Fcorr=0,579$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,447$
Trastorno obsesivo compulsivo 6 meses	0,1(0,0-0,3)	0,1(0,0-0,6)	0,1(0,0-0,5)	1,34 (0,12 - 15,08)	$F=0,057$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,811$
Trastorno obsesivo compulsivo actual	0,1(0,0-0,2)	0,0	0,1(0,0-0,5)	-	$Fcorr=1,817$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,178$
Consumo perjudicial o dependencia de alcohol anual	1,3(0,8-2,2)	2,2(1,3-3,9)	0,5(0,2-1,4)	0,21 (0,06 - 0,73)	$Fcorr=7,302$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,007$
Cualquier trastorno de ansiedad anual	9,8 (8,3-11,6)	7,2 (5,2-9,9)	12,3 (10,1-14,9)	1,81 (1,20-2,74)	$F=8,191$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,004$

Tabla 13 (continuación)

Prevalencia vida, anual, de 6 meses y actual de los principales trastornos mentales en la población durante la pandemia de COVID-19 en Lima Metropolitana, según sexo (Octubre 2020)

Cualquier trastorno de ansiedad 6 meses	9,0 (7,5-10,7)	6,4 (4,6-8,9)	11,4 (9,3-14,0)	1,89 (1,24-2,89)	$F=8,932; df1=1; df2=1818;$ $p=0,003$
Cualquier trastorno de ansiedad actual	6,7 (5,5-8,3)	5,0 (3,4-7,4)	8,3 (6,5-10,6)	1,71 (1,06-2,77)	$F= 4,855; df1=1; df2=1818$ $p=0,028$

TM = Trastorno mental

* En dependencia o consumo perjudicial de sustancias se incluye solo la prevalencia anual

** Se incluye la prevalencia anual de consumo perjudicial o dependencia de sustancias nocivas.

*** Trastornos de ansiedad: incluye agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés posttraumático y fobia social.

Tabla 14

Prevalencia anual y 6 meses y ODDs Ratios ajustados de los principales trastornos mentales en una muestra representativa de la población de Lima Metropolitana (N=1,823), durante la pandemia de la COVID-19 (Octubre 2020), según características sociodemográficas

Factor	Cualquier trastorno						Episodio depresivo						Cualquier trastorno de ansiedad						Consumo perj/dep de OH (12m)		
	Anual		6 meses		Anual		6 meses		Anual		6 meses		Anual		6 meses		Anual		6 meses	Anual	
	(ES)	ORa	IC 95%	(ES)	ORa	IC 95%	(ES)	ORa	IC 95%	(ES)	ORa	IC 95%	(ES)	ORa	IC 95%	(ES)	ORa	IC 95%	(ES)	ORa	IC 95%
Sexo																					
Masculino	15,7 (1,6)	1,00	Ref	14,2 (1,5)	1,00	Ref	9,7 (1,3)	1,00	Ref	8,9 (1,2)	1,00	Ref	7,2 (1,2)	1,00	Ref	6,4 (1,1)	1,00	Ref	2,2 (0,6)	1,00	Ref
Femenino	23,2 (1,7)	1,50	1,11-2,04	21,1 (1,6)	1,49	1,09-2,05	17,2 (1,5)	1,73	1,21-2,48	15,4 (1,4)	1,67	1,15-2,43	12,3 (1,2)	1,73	1,13-2,65	11,4 (1,2)	1,81	1,18-2,79	0,5 (0,3)	0,17	0,05-0,58
Edad																					
18 a 24 años	23,6 (3,1)	3,02	1,47-6,21	21,5 (3,0)	2,59	1,24-5,41	15,6 (2,6)	2,83	1,21-6,65	13,6 (2,6)	2,32	0,96-5,62	12,9 (2,4)	3,30	1,31-8,36	12,2 (2,3)	3,50	1,29-9,47	0,9 (0,5)		
25 a 44 años	19,2 (1,6)	1,73	0,92-3,28	17,7 (1,6)	1,51	0,79-2,88	12,7 (1,4)	1,59	0,75-3,38	11,7 (1,3)	1,39	0,65-2,98	9,8 (1,2)	1,80	0,77-4,23	9,1 (1,2)	1,85	0,74-4,66	1,9 (0,6)		
45 a 64 años	20,1 (2,2)	1,73	0,92-3,27	17,3 (2,0)	1,40	0,74-2,66	15,2 (1,9)	1,91	0,91-3,98	13,3 (1,8)	1,57	0,74-3,31	9,4 (1,6)	1,57	0,66-3,74	8,3 (1,4)	1,57	0,62-3,96	1,1 (0,6)		
65 años a +	13,9 (3,6)	1,00	Ref	13,9 (3,6)	1,00	Ref	10,1 (3,1)	1,00	Ref	10,1 (3,1)	1,00	Ref	6,2 (2,3)	1,00	Ref	5,5 (2,3)	1,00	Ref	-		
Estado civil																					
Conviviente	19,1 (2,0)	0,92	0,62-1,36	17,1 (2,0)	0,89	0,59-1,34	13,1 (1,8)	1,04	0,66-1,64	11,9 (1,7)	1,03	0,64-1,67	10,2 (1,6)	0,89	0,53-1,49	9,3 (1,5)	0,88	0,51-1,51	1,0 (0,4)	1,07	0,23-4,97
Separado(a), divorciado(a) o Viudo(a)	30,2 (3,5)	2,05	1,29-3,25	27,2 (3,4)	1,88	1,17-3,02	25,3 (3,4)	2,65	1,58-4,44	22,1 (3,3)	2,33	1,36-3,98	12,5 (2,3)	1,36	0,74-2,50	12,1 (2,3)	1,44	0,77-2,70	3,7 (1,6)	6,80	1,52-30,32
Casado(a)	15,8 (2,1)	1,06	0,68-1,66	14,0 (2,0)	1,01	0,64-1,58	9,8 (1,6)	0,96	0,58-1,60	9,0 (1,6)	0,94	0,55-1,61	8,7 (1,7)	1,24	0,70-2,18	7,3 (1,4)	1,11	0,62-1,97	0,5 (0,4)	1,00	0,14-7,01
Sollero(a)	18,2 (2,0)	1,00	Ref	16,9 (1,9)	1,00	Ref	11,7 (1,6)	1,00	Ref	10,6 (1,6)	1,00	Ref	9,2 (1,5)	1,00	Ref	8,7 (1,5)	1,00	Ref	1,1 (0,6)	1,00	Ref
Grado de instrucción																					
Sin nivel a primaria	35,9 (6,3)	2,59	1,38-4,85	34,9 (6,3)	2,79	1,48-5,24	28,1 (5,9)	2,48	1,24-4,98	28,1 (5,9)	2,84	1,41-5,71	19,0 (5,0)	2,93	1,33-6,45	18,0 (4,9)	3,02	1,34-6,79	1,2 (1,2)	2,30	0,31-17,13
Secundaria	20,2 (1,9)	1,04	0,70-1,54	18,1 (1,8)	1,00	0,67-1,48	12,8 (1,5)	0,83	0,53-1,29	11,5 (1,5)	0,82	0,52-1,30	11,2 (1,5)	1,39	0,82-2,37	9,7 (1,4)	1,25	0,73-2,15	1,5 (0,7)	0,98	0,29-3,27
Superior no Univ.	20,5 (2,3)	1,12	0,75-1,69	18,0 (2,2)	1,03	0,67-1,58	15,2 (2,1)	1,15	0,73-1,82	13,0 (2,0)	1,04	0,64-1,68	9,9 (1,6)	1,21	0,70-2,09	9,5 (1,6)	1,23	0,69-2,17	1,4 (0,7)	1,12	0,23-5,48
Superior Univ.	15,4 (1,9)	1,00	Ref	14,3 (1,8)	1,00	Ref	10,7 (1,6)	1,00	Ref	9,8 (1,5)	1,00	Ref	6,7 (1,2)	1,00	Ref	6,3 (1,2)	1,00	Ref	1,1 (0,5)	1,00	Ref
Pérdida de empleo por la pandemia																					
Si	23,3 (1,9)	1,38	1,02-1,86	22,0 (1,8)	1,54	1,13-2,10	16,3 (1,6)	1,36	0,98-1,90	15,4 (1,6)	1,54	1,09-2,17	12,2 (1,4)	1,41	0,95-2,10	11,4 (1,4)	1,51	1,00-2,28	1,8 (0,6)	1,36	0,51-3,63
No	17,0 (1,5)	1,00	Ref	14,8 (1,4)	1,00	Ref	11,7 (1,3)	1,00	Ref	10,0 (1,2)	1,00	Ref	8,2 (1,0)	1,00	Ref	7,3 (0,9)	1,00	Ref	1,0 (0,4)	1,00	Ref
Pobreza según NBIs*																					
Pobre extremo	29,7 (4,7)	1,63	0,99-2,68	27,7 (4,7)	1,59	0,94-2,67	17,7 (4,0)	1,22	0,67-2,23	17,3 (4,0)	1,25	0,67-2,34	19,2 (3,9)	1,93	1,06-3,49	16,6 (3,7)	1,75	0,92-3,34	1,4 (1,1)	1,07	0,24-4,79
Pobre	26,8 (4,0)	1,55	1,01-2,38	21,6 (3,6)	1,26	0,81-1,95	18,7 (3,4)	1,46	0,89-2,41	14,5 (3,0)	1,14	0,68-1,92	13,0 (3,0)	1,37	0,79-2,40	12,0 (3,0)	1,37	0,76-2,48	1,5 (1,1)	1,08	0,20-5,74
No Pobre	17,9 (1,2)	1,00	Ref	16,5 (1,2)	1,00	Ref	12,6 (1,1)	1,00	Ref	11,6 (1,0)	1,00	Ref	8,7 (0,9)	1,00	Ref	8,0 (0,8)	1,00	Ref	1,3 (0,4)	1,00	Ref

ORa= OR Ajustado para todas las demás variables de la tabla; ES= Error estándar o típico; IC=Intervalo de confianza; Ref= Categoría de referencia; datos numéricos en negrita roja representa significación estadística a p<0.05. * Considera la medición en cuenta la medición objetiva según NBIs.

Tabla 15

Prevalencia de trastornos mentales según condiciones generales relacionadas con la COVID-19 en Lima Metropolitana (Octubre 2020) N=1,823

	n	Prevalencia TM 6 meses % (95% IC)	ORa (IC95%)*	Prevalencia 6 meses episodio depresivo % (95% IC)	ORa (IC95%)*	Prevalencia 6 meses trastorno de ansiedad % (95% IC)	ORa (IC95%)*
Total Prevalencia TM PG	1823	17,8 (15,7-20,0)		12,3 (10,5-14,3)		9,0 (7,5-10,7)	
Aspectos relacionados al contagio							
Se contagió de la COVID-19	530	27,7 (23,2-32,7)	2,45 (1,80-3,32)	20,2 (16,2-24,9)	2,60 (1,83-3,71)	15,0 (11,6-19,1)	2,56 (1,73-3,79)
Pertenece a algún grupo de riesgo	384	26,9 (21,6-33,0)	2,46 (1,74-3,48)	19,4 (14,7-25,1)	2,25 (1,52-3,33)	15,7 (11,6-20,8)	3,31 (2,13-5,15)
Familiares cercanos se han contagiado	919	23,3 (20,0-26,9)	2,21 (1,62-3,03)	16,5 (13,6-19,7)	2,34 (1,61-3,40)	11,9 (9,6-14,7)	2,05 (1,35-3,10)
Familiar cercano que vivía en el hogar falleció	27	60,3 (36,3-80,2)	7,14 (2,76-18,51)	58,5 (34,8-78,8)	10,68 (4,14-27,55)	15,6 (5,6-36,2)	1,67 (0,50-5,55)

ORa= ODD ratio ajustado con variables sociodemográficas edad, sexo nivel educativo, estado civil, pérdida laboral debido a la pandemia y nivel de pobreza.

IC= Intervalo de confianza. * La categoría de referencia son las respuestas negativas a las preguntas. En negrita se marcan los OR, estadísticamente significativos ($p < 0.05$).

Acceso a servicios

Con relación a la morbilidad sentida, es decir a la percepción de problemas emocionales o psicológicos con excesiva intensidad y la cual podría motivar el acceso a los servicios; encontramos que el 44,6% (IC95% 41,7-47,6) de la población de Lima Metropolitana refirió haber percibido problemas de tipo emocional o de los nervios alguna vez en su vida, 34,6% (IC95% 31,9-37,5) lo percibió en los últimos 12 meses, y 31,2% (IC95% 28,5-33,9) en los últimos 6 meses. Esta percepción de problemas emocionales o de los nervios fue significativamente más frecuente en el sexo femenino que en el masculino. De estas personas que percibieron un problema de salud mental en los últimos 12 meses, el 17,2% (IC95% 13,5-21,7) accedió a la atención en algún establecimiento de salud público o privado. De las que lo percibieron en los últimos 6 meses, un 10,1% (IC95% 7,6-13,2) accedió a atención durante la pandemia (Tabla 17).

La mayoría de las personas de la muestra de Lima Metropolitana que accedió a la atención por problemas de salud mental, lo hizo en el sector privado (40,3% IC95% 28,0-54,6), seguido del sector MINSA con un 35,6% (IC95% 23,0-50,7) (Tabla 18). En este último sector, la mayoría se atendió en centros de salud con un 24,2% (IC95% 13,2-40,2); ninguno mencionó atenderse en algún hospital general. El 4,5% (1,3-14,3) de los que percibieron problemas de salud mental se atendieron en postas del MINSA, 2,3% (0,5-9,9) en instituciones psiquiátricas especializadas, 1,9% (IC95% 0,3-12,2) a través de Líneas telefónicas de ayuda, y 1,7% (IC95% 0,2-10,9) en Centros de Salud Mental Comunitaria. Un 19,3% (IC95% 9,8-34,3) se atendió en EsSalud (Tabla 22). El personal

que atendió estos problemas de salud mental fueron en su mayoría psicólogos (49,1% IC95% 35,3-63,0) y psiquiatras (24,0% IC95% 13,9-38,3).

En general, la brecha de atención de TM en los últimos 6 meses fue de 87,8%, similar en todos los trastornos. Del total de personas con un TM según criterios de la CIE-10 se atendió al 12,2% (IC95% 8,5-17,1). Alrededor de un 30% de las personas con TM, ya sea de ansiedad o depresión que no recibieron atención en los últimos 6 meses, consideró bastante o mucha la necesidad de recibirla (Gráfico 1). El 18,5% (IC95% 14,2-23,9) de las personas con un TM no lo percibió o no lo reconoció como tal.

Salud mental y contagio por la COVID-19

Los principales factores sociodemográficos asociados significativamente al contagio fueron la edad, más frecuente entre los 25 y 64 años en comparación con los mayores; el nivel de instrucción, mayor contagio en los de menor instrucción en comparación con los de mayor instrucción; mayor entre los que perdieron su empleo en comparación a los que no, y los localizados en Lima Sur y el Callao en referencia a los habitantes de Lima Centro.

Salud mental positiva y contagio

Las personas que reportaron haber sido contagiados por la COVID-19, presentaron en general una menor calidad de vida en comparación con las personas no contagiadas. Las áreas de calidad de vida reportadas significativamente menor entre los contagiados fueron: bienestar físico, bienestar emocional o

Tabla 16

Asociación entre niveles de afectación emocional o tensión derivadas de las medidas de control sanitario por la pandemia en Lima Metropolitana (Octubre 2020) y presencia de trastornos mentales en los últimos 6 meses (N=1823)

Situación		Total, en la población general % (IC95%)	Prevalencia de cualquier trastorno mental 6 meses % (ES)	Estadísticos	Asociación (IC95%)	
					OR	ORa
La cuarentena (pasar la mayor parte del tiempo en casa)	Nada o poco	26,6 (23,9-29,4)	14,2 (2,0)	$F_{corr}=7,236$; $df1=1,999$; $df2=3635,058$; $p=0,001$	1	1
	Regular	25,3 (22,7-28,1)	13,2 (2,0)		0,92 (0,57-1,47)	0,89 (0,55-1,43)
	Bastante o mucho	48,1 (45,1-51,1)	22,2 (1,7)		1,73 (1,19-2,52)	1,47 (1,00-2,18)
No poder ver a su pareja, familiares o amigos	Nada o poco	28,1 (25,4-31,0)	13,5 (1,8)	$F_{corr}=3,254$; $df1=1,995$; $df2=3626,036$; $p=0,039$	1	1
	Regular	23,2 (20,7-25,8)	17,7 (2,4)		1,37 (0,88-2,15)	1,37 (0,87-2,17)
	Bastante o mucho	48,8 (45,8-51,8)	20,3 (1,6)		1,63 (1,13-2,35)	1,54 (1,06-2,25)
Cambiar la forma de saludar (no dar un beso, abrazo o la mano)	Nada o poco	41,3 (38,3-44,3)	14,3 (1,6)	$F_{corr}=4,657$; $df1=1,997$; $df2=3630,670$; $p=0,010$	1	1
	Regular	24,9 (22,4-27,5)	17,4 (2,3)		1,26 (0,84-1,88)	1,18 (0,79-1,76)
	Bastante o mucho	33,8 (31,1-36,7)	22,2 (2,0)		1,71 (1,21-2,40)	1,54 (1,08-2,20)
No poder trabajar	Nada o poco	21,1 (17,9-24,7)	7,9 (2,7)	$F_{corr}=8,030$; $df1=1,790$; $df2=3253,595$; $p=0,001$	1	1
	Regular	8,1 (6,4-10,3)	13,6 (3,8)		1,84 (0,70-4,89)	1,45 (0,54-3,88)
	Bastante o mucho	70,8 (67,0-74,3)	22,7 (1,9)		3,45 (1,60-7,47)	2,53 (1,13-5,67)
No poder seguir mis estudios	Nada o poco	27,9 (20,6-36,8)	18,7 (6,7)	$F_{corr}=0,828$; $df1=1,983$; $df2=3604,695$; $p=0,436$	1	1
	Regular	12,7 (7,6-20,5)	36,7 (13,7)		2,51 (0,58-10,90)	2,32 (0,53-10,08)
	Bastante o mucho	59,3 (50,1-67,9)	24,2 (5,2)		1,39 (0,49-3,91)	1,11 (0,34-3,58)
Realizar mis estudios en forma remota o virtual	Nada o poco	42,2 (34,7-50,1)	13,7 (4,4)	$F_{corr}=1,765$; $df1=1,999$; $df2=3634,043$; $p=0,171$	1	1
	Regular	18,4 (13,0-25,3)	24,9 (8,2)		2,09 (0,67-6,54)	2,40 (0,77-7,49)
	Bastante o mucho	39,4 (32,1-47,2)	26,8 (5,6)		2,31 (0,93-5,75)	2,48 (0,93-6,65)
No concurrir a lugares públicos masivos (cine, centros comerciales, playas, restaurantes, etc.)	Nada o poco	45,1 (42,1-48,1)	16,7 (1,6)	$F_{corr}=9,295$; $df1=1,968$; $df2=3577,736$; $p=0,00010$	1	1
	Regular	25,1 (22,6-27,7)	12,1 (1,6)		0,69 (0,47-1,01)	0,69 (0,47-1,02)
	Bastante o mucho	29,9 (27,3-32,6)	24,2 (2,3)		1,60 (1,14 2,24)	1,57 (1,11 2,22)
La información del número de muertos y contagiados por coronavirus.	Nada o poco	11,2 (9,5-13,2)	10,4 (2,3)	$F_{corr}=8,260$; $df1=1,952$; $df2=3548,977$; $p=0,00030$	1	1
	Regular	20,6 (18,1-23,3)	12,1 (2,2)		1,18 (0,63-2,20)	1,25 (0,67-2,36)
	Bastante o mucho	68,2 (65,3-71,0)	20,7 (1,4)		2,24 (1,35-3,73)	2,07 (1,21-3,54)
No hacer deporte o no poder ir al gimnasio	Nada o poco	59,5 (56,5-62,6)	16,2 (1,5)	$F_{corr}=5,476$; $df1=1,983$; $df2=3604,868$; $p=0,004$	1	1
	Regular	15,7 (13,6-18,1)	13,2 (2,3)		0,79 (0,50-1,24)	0,94 (0,59-1,52)
	Bastante o mucho	24,7 (22,2-27,4)	23,8 (2,6)		1,61 (1,13-2,30)	1,80 (1,22-2,66)
No poder acudir a la peluquería o spa	Nada o poco	77,5 (74,9-79,9)	16,9 (1,3)	$F_{corr}=4,860$; $df1=2,000$; $df2=3635,942$; $p=0,008$	1	1
	Regular	13,4 (11,5-15,5)	14,6 (2,9)		0,84 (0,52-1,38)	0,90 (0,54-1,49)
	Bastante o mucho	9,2 (7,6-11,0)	28,6 (4,5)		1,97 (1,24-3,14)	2,11 (1,33-3,34)
Usar un medio de transporte público	Nada o poco	40,1 (37,1-43,2)	13,3 (1,5)	$F_{corr}=5,910$; $df1=1,998$; $df2=3631,478$; $p=0,003$	1	1
	Regular	23,2 (20,7-25,8)	20,7 (2,4)		1,70 (1,15-2,52)	1,74 (1,16-2,60)
	Bastante o mucho	36,7 (33,9-39,7)	21,4 (2,1)		1,78 (1,25-2,55)	1,61 (1,11-2,34)

Tabla 16 (continuación)

Acudir a lugares públicos concurrendos como mercados, hospitales, bancos, etc.	Nada o poco	30,5 (27,7-33,4)	13,9 (1,9)	$F_{corr}=6,286$; $df1=1,989$; $df2=3616,593$; $p=0,002$	1	1
	Regular	27,4 (24,9-30,2)	15,1 (1,9)		1,10 (0,72-1,69)	1,10 (0,72-1,69)
	Bastante o mucho	42,1 (39,2-45,1)	22,4 (1,9)		1,79 (1,23-2,60)	1,64 (1,12-2,39)
Tener que supervisar las actividades remotas de educación de sus hijos	Nada o poco	39,4 (34,8 -44,3)	15,2 (3,0)	$F_{corr}=1,679$; $df1=1,888$; $df2=3433,29$; $p=0,189$	1	1
	Regular	16,9 (13,6 -20,8)	12,1 (2,9)		0,77 (0,38 -1,55)	0,67 (0,32-1,40)
	Bastante o mucho	43,7 (39,0 -48,4)	20,0 (2,8)		1,40 (0,79 -2,47)	1,11 (0,61-2,02)
Realizar teletrabajo o trabajo remoto	Nada o poco	46,5 (40,3 -52,7)	11,9 (2,6)	$F_{corr}=6,133$; $df1=1,955$; $df2=3554,28$; $p=0,002$	1	1
	Regular	23,2 (18,3 -29,0)	9,8 (3,2)		0,81 (0,35 -1,88)	0,88 (0,36-1,14)
	Bastante o mucho	30,3 (24,7 -36,5)	26,8 (5,3)		2,72 (1,32 -5,59)	3,26 (1,43-7,41)

OR= ODD Ratio; IC= Intervalo de confianza; ES Error Standard; ORa= ODD ratio ajustado con variables sociodemográficas edad, sexo nivel educativo, estado civil, pérdida laboral debido a la pandemia y nivel de pobreza. IC= Intervalo de confianza. En negrita valores estadísticamente significativo $p<0.05$.

Tabla 17

Tabla morbilidad mental sentida y expresada en la población adulta de Lima Metropolitana durante la pandemia (Octubre 2020), según sexo

	Total (IC 95%)	Masculino (IC95%)	Femenino (IC95%)	Estadísticos
Morbilidad mental sentida alguna vez en la vida (como problemas emocionales o de los nervios)	44,6 (41,7 -47,6)	36,3 (32,1 -40,7)	52,4 (48,4 -56,4)	$F=28,027$; $df1=1$; $df2=1818$; $p<0,00001$
Morbilidad mental sentida a doce meses	34,6 (31,9 -37,5)	29,7 (25,9 -33,9)	39,2 (35,4 -43,2)	$F=10,799$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,001$
Morbilidad mental sentida a 6 meses	31,2 (28,5 -33,9)	26,0 (22,3 -30,0)	36,0 (32,3 -39,9)	$F=12,857$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,0004$
Morbilidad mental sentida y expresada en los últimos doce meses (% de la demanda sentida)	17,2 (13,5 -21,7)	14,4 (9,3 -21,6)	19,2 (14,3 -25,2)	$F=1,247$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,264$
Morbilidad mental sentida y expresada durante la pandemia (últimos 6 meses) (% de la demanda sentida)	10,1 (7,6 -13,2)	8,1 (5,2 -12,6)	11,5 (8,1 -16,0)	$F=1,479$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,224$

psicológico, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento interpersonal, plenitud personal, satisfacción espiritual y calidad de vida global (Tabla 19).

Asimismo, se observó una menor satisfacción con la vida entre las personas contagiadas en comparación con las no contagiadas (Tabla 20-21). Un 66,9% de las personas contagiadas frente a un 76,0% de las personas no contagiadas manifestó estar satisfecha o muy satisfecha con su vida.

Nivel de estrés y contagio

Con relación al nivel de estrés, las personas contagiadas mostraron un nivel de estrés más elevado que las personas que no habían sido contagiadas (Tabla 22). Un 62,0% de las personas contagiadas mostraron un nivel de estrés de moderado a severo, frente a 56,0% en las personas que no habían estado contagiadas ($p=0,016$).

Tabla 18

Lugares de atención de la morbilidad mental sentida y expresada, en población adulta de Lima Metropolitana durante la pandemia (Octubre 2020)

Lugar de atención	Parciales %	Totales % (IC95%)
• MINSA		35,6 (23,0 - 50,7)
-Posta	4,5 (1,3-14,3)	
-Centros de salud	24,2 (13,2 - 40,2)	
-Centro de salud mental comunitario	1,7 (0,2-10,9)	
-Hospital general	0,0	
-Instituto u hospital especializado	2,3 (0,5 - 9,9)	
-Línea telefónica de ayuda	1,9 (0,3-12,2)	
-Telesalud	1,1 (0,1-7,2)	
• EsSalud		19,3 (9,8 - 34,3)
-Hospital general	3,5 (0,9 - 12,3)	
Posta	1,4 (0,2-9,4)	
Policlínico	12,8 (5,1-28,7)	
Consultorio PAAD - EsSalud	0,0	
Centro de salud mental de EsSalud	0,0	
-Telesalud	1,5 (0,2-9,9)	
• PRIVADA		40,3 (28,0 - 54,6)
-Clínica particular	15,7 (8,2 - 28,0)	
-Consultorio particular	22,4 (13,2-35,4)	
-Consultorio de institución académica	1,3 (0,2-8,9)	
-Consultorio de centro parroquial	0,0	
-Consultorio centro laboral	1,1 (0,3 - 4,6)	
• SOLIDARIDAD		3,0 (0,8 - 10,5)
-Hospital SISOL	3,0 (0,8 - 10,5)	
• FFAA		
-Hospital de las FFAA y Policía Nacional	0,0	
• OTRO		1,6
-Grupos de autoayuda	1,0 (0,2 - 4,4)	
-Otro	0,6 (0,1 - 4,0)	

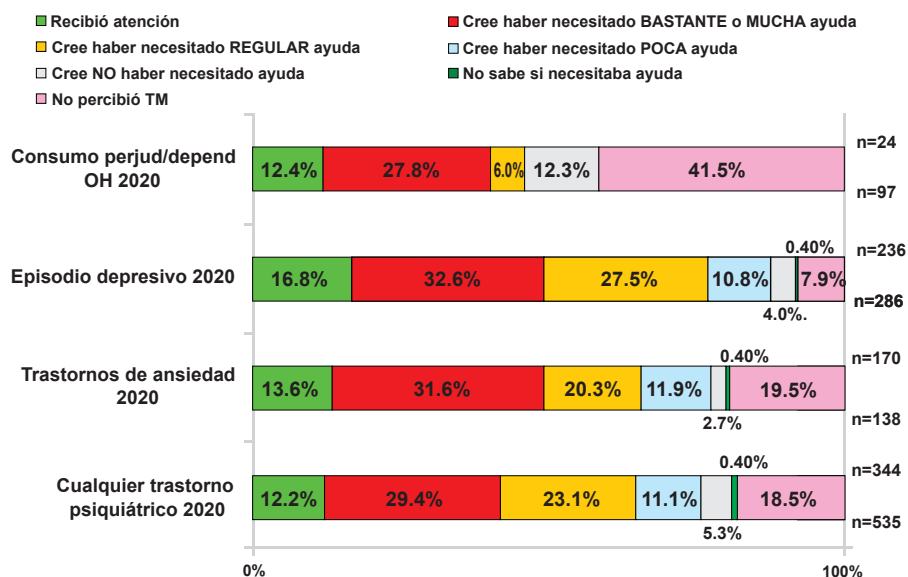
Calidad de sueño y contagio

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la calidad de sueño entre las personas que se contagiaron de la COVID-19 y las que no. El 35,8% (IC95% 30,9-41,0) de las personas contagiadas no tuvieron problemas con el sueño, frente a 49,5% (IC95% 45,9-53,1) de las que no se contagiaron. Las diferencias se dieron en la percepción de la calidad de sueño, la duración del sueño, en la frecuencia de perturbaciones del sueño, y en la disfunción diurna. Con respecto a esta última,

un 73,9% de las personas que estuvieron contagiadas presentó disfunción diurna, frente a 59,2% de las que no lo estuvieron (Tabla 23).

Limitación en el funcionamiento psicosocial en el cuidado personal, familiar, social, ocupacional y organizacional y contagio

Asimismo, se halló una mayor limitación percibida en el funcionamiento psicosocial entre las personas contagiadas



Datos del 2012 vienen de Saavedra, Galea J, Acces of mental Health Services by the adult Population in Metropolitan Lima, Peru Characteristics, perceptions and Need for Care. Community Mental Health Journal. 2020.

Gráfico 1. Acceso, percepción y necesidad de atención en la población adulta con trastornos mentales en los últimos 6 meses según el cie-10 en Lima Metropolitana y Callao (N=1823) (Octubre 2020) durante la pandemia de la COVID-19.

frente a las no contagiadas. Las áreas donde se encontraron estas diferencias fueron en el cuidado personal, en el funcionamiento familiar (funcionamiento como madre, padre, hijo(a) o esposo(a) y en la percepción de la capacidad de planificar, organizar y ejecutar sus actividades. El funcionamiento psicosocial estuvo afectado en la población estudiada. Alguna discapacidad psicosocial percibida se encontró en el 37,2% (IC95% 32,1-42,6) de los contagiados y en 27,6% (24,3-31,1) de los no contagiados ($p=0,002$) (Tabla 24).

Indicadores suicidas y contagio

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las personas contagiadas frente a las no contagiadas, en el sentido de una mayor proporción de personas con indicadores suicidas entre las contagiadas. Las personas contagiadas tuvieron 2,6 veces mayores probabilidades de deseos de morir y 2,7 veces mayores probabilidades de haber pensado en suicidarse en comparación con las personas no contagiadas (Tabla 25).

Trastornos mentales y contagio

Por otro lado, las personas contagiadas presentaron en general una mayor prevalencia de trastornos mentales en comparación con las no contagiadas. Las personas contagiadas frente a las no contagiadas presentaron 2,5 veces mayores

probabilidades de presentar un trastorno mental en los últimos 6 meses de pandemia; 2,6 veces mayores probabilidades de presentar un trastorno depresivo y 3,1 veces mayores probabilidades de presentar un trastorno de ansiedad (Tabla 26).

Acceso a servicios y situación de contagio

En concordancia con el incremento de los trastornos mentales, se observó un incremento de la morbilidad sentida entre las personas contagiadas. En general, las personas contagiadas por la COVID-19 percibieron con mayor frecuencia problemas emocionales intensos en comparación con las que no se habían contagiado. Durante la pandemia 42,3% (IC95% 37,0-23,4) de las personas contagiadas percibió problemas emocionales en los últimos 6 meses, frente a 26,4% (IC95% 23,5-29,6) de las personas que no estuvieron contagiadas. A pesar de ello, no se observaron diferencias significativas en el acceso, entre las persona contagiadas y no contagiadas (Tabla 27). Las personas que percibieron problemas de salud mental y accedieron a la atención fue de 10,1% (IC95% 7,6-13,2).

Violencia doméstica

Las principales fuentes de tensión de la familia durante la pandemia tanto para el sexo masculino como femenino han sido los aspectos económicos, la salud de algún familiar, y las

Tabla 19

Calidad de vida en la población adulta en la ciudad de Lima durante la pandemia del COVID-19 (Octubre 2020), según situación de contagio

Calidad de vida de la población (escala de 1 a 10)	Media (IC95%)	E.S.	Mediana	Moda	P25	P75	Estadísticos
Puntaje total							
Total	7,88 (7,82 - 7,94)	0,032	8,0	8,1	7,2	8,6	
Con contagio	7,66 (7,53 - 7,79)	0,065	7,8	8,0	7,0	8,5	<i>df1=1; df2=1817</i> <i>Wald F =17,76; p=0,00003</i>
Sin contagio	7,97 (7,90 - 8,04)	0,036	8,1	8,1	7,4	8,7	
Bienestar físico							
Total	7,52 (7,42 - 7,61)	0,049	8,0	8,0	7,0	9,0	
Con contagio	7,14 (6,96 - 7,32)	0,092	7,0	8,0	6,0	8,0	<i>df1=1; df2=1817</i> <i>Wald F=25,236; p<0,00001</i>
Sin contagio	7,68 (7,57 - 7,79)	0,057	8,0	8,0	7,0	9,0	
Bienestar psicológico o emocional							
Total	7,80 (7,71 - 7,90)	0,048	8,0	8,0	7,0	9,0	
Con contagio	7,53 (7,34 - 7,72)	0,096	8,0	8,0	6,0	9,0	<i>df1=1; df2=1817</i> <i>Wald F=12,835; p=0,00035</i>
Sin contagio	7,92 (7,82 - 8,03)	0,054	8,0	8,0	7,0	9,0	
Autocuidado y funcionamiento							
Total	8,54 (8,46 - 8,63)	0,044	9,0	10,0	8,0	10,0	
Con contagio	8,36 (8,21 - 8,51)	0,078	8,0	8,0	8,0	10,0	<i>df1=1; df2=1817</i> <i>Wald F=7,610; p=0,006</i>
Sin contagio	8,62 (8,52 - 8,72)	0,052	9,0	10,0	8,0	10,0	
Funcionamiento ocupacional							
Total	8,49 (8,40 - 8,58)	0,046	9,0	10,0	8,0	10,0	
Con contagio	8,38 (8,22 - 8,54)	0,081	9,0	10,0	8,0	10,0	<i>df1=1; df2=1815</i> <i>Wald F=2,608; p=0,106</i>
Sin contagio	8,54 (8,43 - 8,65)	0,056	9,0	10,0	8,0	10,0	
Funcionamiento interpersonal							
Total	8,41 (8,32 - 8,50)	0,046	9,0	10,0	8,0	10,0	
Con contagio	8,26 (8,09 - 8,43)	0,087	8,0	8,0	8,0	10,0	<i>df1=1; df2=1817</i> <i>Wald F=4,449; p=0,035</i>
Sin contagio	8,48 (8,37 - 8,58)	0,054	7,0	10,0	8,0	10,0	
Apoyo social - emocional							
Total	7,83 (7,72 - 7,93)	0,053	8,0	8,0	7,0	9,0	
Con contagio	7,67 (7,48 - 7,86)	0,098	8,0	8,0	7,0	9,0	<i>df1=1; df2=1814</i> <i>Wald F=3,682; p=0,055</i>
Sin contagio	7,89 (7,77 - 8,02)	0,063	8,0	8,0	7,0	9,0	
Apoyo comunitario y de servicios							
Total	6,17 (6,02 - 6,33)	0,079	7,0	8,0	5,0	8,0	
Con contagio	6,26 (5,99 - 6,54)	0,143	7,0	8,0	5,0	8,0	<i>df1=1; df2=1808</i> <i>Wald F=,576; p=0,448</i>
Sin contagio	6,13 (5,95 - 6,32)	0,096	7,0	8,0	5,0	8,0	
Plenitud personal							
Total	7,55 (7,45 - 7,66)	0,053	8,0	8,0	7,0	9,0	
Con contagio	7,18 (6,98 - 7,37)	0,098	7,0	8,0	6,0	8,0	<i>df1=1; df2=1815</i> <i>Wald F=21,511; p<0,00001</i>
Sin contagio	7,71 (7,59 - 7,83)	0,061	8,0	8,0	7,0	9,0	
Satisfacción espiritual							
Total	8,26 (8,17 - 8,35)	0,047	8,0	8,0	8,0	9,0	
Con contagio	7,84 (7,66 - 8,02)	0,094	8,0	8,0	7,0	9,0	<i>df1=1; df2=1815</i> <i>Wald F=15,395; p=0,00009</i>
Sin contagio	8,37 (8,27 - 8,47)	0,054	8,0	8,0	8,0	10,0	
Calidad de vida global							
Total	8,21 (8,12 - 8,30)	0,046	8,0	8,0	7,0	9,0	
Con contagio	7,84 (7,66 - 8,02)	0,094	8,0	8,0	7,0	9,0	<i>df1=1; df2=1815</i> <i>Wald F=24,798; p< 0,00001</i>
Sin contagio	8,37 (8,27 - 8,47)	0,050	8,0	8,0	8,0	9,0	

Tabla 20							
Satisfacción con la vida en la población adulta de Lima Metropolitana durante la pandemia del COVID-19 (Octubre 2020), según sexo y estado de contagio (N=1823)							
Escala de satisfacción con la vida de Diener *(escala de 5 a 25)	Media (IC95%)	E.S.	Mediana	Moda	P25	P75	Estadísticos
Total	17,34 (17,15 - 17,53)	0,097	18	20	15	20	
Con contagio	16,71 (16,37 - 17,05)	0,173	17	18	14	19	<i>Df1=1; df2=1818</i> <i>Wald fF=18,530</i> <i>p=0,00002</i>
Sin contagio	17,61 (17,38 - 17,83)	0,116	18	20	16	20	

*El puntaje neutral en la escala de satisfacción con la vida se ha considerado 15; por lo tanto, un puntaje de 16 a 20 se considera como satisfecho; de 14 a 10, insatisfecho; 21 a 25, muy satisfecho; y el 5 a 9, muy insatisfecho.

Tabla 21				
Satisfacción con la vida en la población adulta de Lima Metropolitana durante la pandemia del COVID-19 (Octubre 2020), según sexo y estado de contagio (N=1823)				
Escala de satisfacción con la vida de Diener*	Total (IC95%)	Con contagio (IC95%)	Sin contagio (IC95%)	Estadísticos
Muy Insatisfecho	1,4 (0,9-2,1)	2,8 (1,6-4,9)	0,8 (0,4-1,5)	<i>Fcorr=5,177</i> <i>df1=3,949; df2=7179;</i> <i>p=0,00039</i>
Insatisfecho	18,3 (16,-20,7)	23,0 (18,8-27,7)	16,4 (14,0-19,1)	
Ni satisfecho ni insatisfecho	7,0 (5,7-8,6)	7,3 (5,1-10,2)	6,9 (5,4-8,8)	
Satisfecho	61,3 (58,4-64,1)	58,0 (52,7-63,1)	62,7 (59,2-66,1)	
Muy satisfecho	12,0 (10,2-14,0)	8,9 (6,5-12,0)	13,3 (11,0-15,9)	

*El puntaje neutral en la escala de satisfacción con la vida se ha considerado 15; por lo tanto, un puntaje de 16 a 20 se considera como satisfecho; de 14 a 10, insatisfecho; 21 a 25, muy satisfecho; y el 5 a 9, muy insatisfecho.

Tabla 22				
Nivel de estrés en la población adulta de Lima Metropolitana durante la pandemia del COVID-19 (Octubre 2020), según estado de contagio (N=1823)				
Escala de Percepción de estrés *(categórico)	Total (IC95%)	Con contagio (IC95%)	Sin contagio (IC95%)	Estadísticos
Promedio	14,7 (14,3 - 15,1)	15,8 (15,1 - 16,5)	14,2 (13,8 - 14,7)	<i>F de Wald= 13,536</i> <i>df1= 1; df2= 1818</i> <i>p=0,0002</i>
Alto	3,4 (2,4 - 4,7)	2,9 (1,9 - 4,5)	4,4 (2,7 - 7,2)	
Moderado	53,8 (50,8 - 56,8)	59,1 (53,8 - 64,2)	51,6 (47,9 - 55,2)	<i>Fcorr=4,139 df1=1,999,</i> <i>df2=3634</i> <i>P=0,016</i>
Bajo	42,8 (39,9 - 45,8)	36,5 (31,6 - 41,7)	45,5 (41,9 - 49,1)	

*El puntaje de la PSS - 10 va de 0 a 40, indicando los puntajes mayores una mayor percepción de estrés psicológico. Puntajes de 0 a 13 se consideran bajo estrés; puntajes entre 14 y 26, estrés moderado y puntajes de 27 a 40 se consideran de alta percepción de estrés.

restricciones y limitaciones en la movilización social producida por la pandemia. En comparación con el hombre, la mujer percibió significativamente con mayor frecuencia como fuente de tensión: los aspectos económicos, el propio carácter, la infidelidad del esposo, la indiferencia del esposo, problemas en

los estudios de los hijos, y problemas en la crianza de los hijos (Tabla 28).

La prevalencia anual de cualquier tipo de violencia física o psicológica en adultos de Lima Metropolitana fue de

Tabla 23

Calidad de sueño en la población adulta de Lima Metropolitana durante la pandemia del COVID-19, según estado de contagio (N =1823)

Componentes	Total (IC95%)	Con contagio (IC95%)	Sin contagio (IC95%)	Estadísticos
Calidad de sueño				
Bastante bueno	12,5 (10,8-14,5)	8,9 (6,3-12,4)	14,1 (11,9-16,6)	$F=5,118;$ $df1=2,982;$ $df2=5422,123;$ $p=0,002$
Bueno	63,8 (60,9-66,6)	60,3 (54,9-65,5)	65,3 (61,8-68,6)	
Malo	20,5 (18,2-23,1)	26,9 (22,3-32,0)	17,8 (15,2-20,8)	
Bastante malo	3,1 (2,2-4,4)	3,9 (2,2-6,8)	2,8 (1,8-4,4)	
Latencia del sueño				
Apropiada	37,2 (34,3-40,2)	35,6 (30,6-41,0)	37,9 (34,4-41,5)	$F=1,219;$ $df1=2,997;$ $df2=5448,293;$ $p=0,301$
Leve alteración	34,1 (31,4-37,0)	34,3 (29,5-39,5)	34,0 (30,8-37,5)	
Moderada alteración	18,1 (15,9-20,5)	16,8 (13,3-21,1)	18,6 (15,9-21,6)	
Severa alteración	10,6 (8,9-12,6)	13,2 (9,9-17,4)	9,5 (7,7-11,8)	
Duración del sueño				
Más de 7 horas	37,9 (35,0-40,9)	30,0 (25,4-35,0)	41,3 (37,8-44,9)	$F=4,631;$ $df1=2,997;$ $df2=5448,542;$ $p=0,003$
Entre 6 y 7 horas	26,2 (23,7-28,9)	27,4 (22,8-32,5)	25,7 (22,7-28,8)	
Entre 5 y 6 horas	27,8 (25,2-30,6)	33,2 (28,3-38,6)	25,5 (22,5-28,8)	
Menos de 5 horas	8,1 (6,6-9,9)	9,4 (6,7-13,1)	7,5 (5,8-9,7)	
Eficiencia del sueño				
Más del 85%	68,5 (65,6-71,2)	64,7 (59,3-69,8)	70,0 (66,6-73,3)	$F=0,945;$ $df1=2,999;$ $df2=5452,075;$ $p=0,418$
Del 75 al 84%	20,8 (18,4-23,4)	23,4 (18,9-28,5)	19,7 (16,9-22,7)	
Del 65 al 74%	6,0 (4,7-7,7)	6,5 (4,3-9,8)	5,8 (4,2-7,9)	
Menos del 65%	4,8 (3,6-6,2)	5,4 (3,3-8,6)	4,5 (3,2-6,2)	
Perturbaciones del sueño				
Ninguna perturbación	33,4 (30,6-36,2)	28,4 (23,9-33,4)	35,5 (32,1-39,0)	$F=3,979;$ $df1=2,255;$ $df2=4099,112;$ $p=0,015$
Entre 1 y 9	62,7 (59,8-65,5)	65,8 (60,6-70,7)	61,4 (57,8-64,8)	
Entre 10 y 18	3,9 (3,0-5,2)	5,7 (3,6-8,8)	3,2 (2,2-4,6)	
Entre 19 y 27	0,0 (0,0-0,1)	0,0 (0,0-0,3)	-	
Medicación para dormir				
Ninguna vez en últimas 4 semanas		92,3 (88,5-94,9)	91,3 (88,3-93,5)	$F=2,350;$ $df1=2,910;$ $df2=5289,727;$ $p=0,072$
Menos de una vez a la semana	2,2 (1,4-3,4)	3,6 (1,8-6,9)	1,6 (0,9-2,8)	
Una o dos veces a la semana	1,7 (1,1-2,8)	0,8 (0,3-2,4)	2,1 (1,2-3,6)	
Tres o más veces a la semana	4,5 (3,1-6,6)	3,3 (1,8-5,9)	5,1 (3,2-7,9)	
Disfunción diurna				
Ninguna	36,4 (33,6-39,4)	26,1 (21,5-31,2)	40,8 (37,3-44,5)	$F=12,124;$ $df1=2,966;$ $df2=5446,393;$ $p<0,00001$
Leve	45,5 (42,6-48,5)	46,6 (41,3-52,0)	45,1 (41,6-48,7)	
Moderada	13,0 (11,2-15,1)	19,0 (15,2-23,5)	10,4 (8,5-12,8)	
Severa	5,0 (3,8-6,5)	8,3 (5,7-12,0)	3,6 (2,5-5,2)	
Puntaje total				
Sin problema de sueño (score <5)	45,4 (42,5-48,4)	35,8 (30,9-41,0)	49,5 (45,9-53,1)	$F=5,273;$ $df1=2,925;$ $df2=5318,045;$ $p=0,001$
Merece atención médica	31,9 (29,1-34,9)	36,8 (31,7-42,2)	29,9 (26,6-33,4)	
Merece atención y tratamiento médico	20,7 (18,3-23,2)	24,7 (20,3-29,6)	19,0 (16,3-21,9)	
Se trata de un problema de sueño grave	2,0 (1,2-3,2)	2,7 (1,3-5,6)	1,6 (0,8-3,2)	

Tabla 24

Discapacidad o inhabilidad específica en la población adulta en Lima Metropolitana durante la pandemia, según tipo de discapacidad, y contagio (N = 1823)

Dificultades o limitaciones	Total (IC95%)	Con contagio (IC95%)	Sin contagio (IC95%)	Estadísticos
Mantener regularmente el aseo de su cuerpo, su aliño o arreglo personal				
Ninguna	89,7 (87,7-91,4)	86,2 (81,8-89,6)	91,2 (89,0-93,1)	<i>F=2,779; df1=3,895; df2=7081,963; p=0,027</i>
Leve	6,7 (5,4-8,4)	9,1 (6,3-12,9)	5,7 (4,3-7,5)	
Moderada	3,0 (2,1-4,2)	4,6 (2,8-7,4)	2,3 (1,4-3,6)	
Severa	0,4 (0,1-1,4)	0,2 (0,0-1,1)	0,5 (0,1-2,0)	
Total o absoluta	0,2 (0,0-0,7)	-	0,3 (0,1-1,0)	
Desempeñar eficientemente sus ocupaciones (estudios, trabajos o casa)				
Ninguna	81,5 (78,8-83,9)	77,0 (71,9-81,4)	83,4 (80,2-86,3)	<i>F=1,822; df1=3,726; df2=6773,708; p=0,127</i>
Leve	11,5 (9,6-13,7)	15,7 (11,8-20,5)	9,7 (7,7-12,1)	
Moderada	5,1 (3,9-6,7)	5,3 (3,5-7,9)	5,0 (3,6-7,1)	
Severa	1,0 (0,5-2,0)	1,4 (0,5-4,0)	0,8 (0,3-2,1)	
Total o absoluta	0,9 (0,2-3,2)	0,6 (0,1-2,7)	1,0 (0,2-4,7)	
Asumir y desempeñar satisfactoriamente sus funciones como madre, padre, esposo(a) o hijo(a)				
Ninguna	87,3 (85,1-89,2)	81,1 (76,5-84,9)	89,9 (87,5-91,9)	<i>F=4,709; df1=3,159; df2=5743,565; p=0,002</i>
Leve	8,0 (6,5-9,7)	11,1 (8,1-15,1)	6,6 (5,1-8,6)	
Moderada	4,3 (3,2-5,7)	7,1 (5,0-10,1)	3,1 (2,0-4,7)	
Severa	0,4 (0,1-1,4)	0,5 (0,1-2,3)	0,4 (0,1-2,2)	
Total o absoluta	0,1 (0,0-0,3)	0,1 (0,0-1,0)	0,0 (0,0-0,1)	
Relacionarse con sus familiares, amigos, vecinos y personas en general				
Ninguna	89,9 (88,0-91,6)	86,9 (83,1-90,0)	91,2 (88,9-93,1)	<i>F=1,149; df1=3,538; df2=6432,441; p=0,330</i>
Leve	5,6 (4,4-7,0)	7,6 (5,3-10,8)	4,7 (3,5-6,3)	
Moderada	3,6 (2,6-4,9)	4,3 (2,8-6,5)	3,3 (2,2-5,0)	
Severa	0,7 (0,3-1,9)	0,9 (0,2-3,7)	0,6 (0,2-2,3)	
Total o absoluta	0,2 (0,1-0,6)	0,3 (0,0-2,0)	0,2 (0,0-0,7)	
Planificar sus actividades, luego organizarlas y ejecutarlas				
Ninguna	86,2 (84,1-88,1)	81,2 (76,7-84,9)	88,4 (85,9-90,5)	<i>F=3,144; df1=3,779; df2=6870,492; p=0,015</i>
Leve	9,1 (7,6-11,0)	11,9 (8,9-15,7)	8,0 (6,2-10,1)	
Moderada	3,7 (2,7-5,0)	5,8 (3,7-9,0)	2,8 (1,9-4,3)	
Severa	0,8 (0,4-1,7)	1,0 (0,4-2,5)	0,8 (0,3-2,1)	
Total o absoluta	0,1 (0,0-0,4)	0,1 (0,0-1,0)	0,1 (0,0-0,5)	
Al menos alguna discapacidad o inhabilidad				
Prevalencia actual	30,5 (27,7-33,4)	37,2 (32,1-42,6)	27,6 (24,3-31,1)	<i>F=9,503; df1=1; df2=1818; p=0,002</i>
Discapacidad global actual según niveles				
Ninguna	69,5 (66,6-72,3)	62,8 (57,4-67,9)	72,4 (68,9-75,7)	<i>F=2,703; df1=2,808; df2=5105,811; p=0,048</i>
Leve	17,4 (15,3-19,8)	21,3 (17,1-26,2)	15,8 (13,4-18,6)	
Moderada	10,1 (8,4-12,1)	12,5 (9,5-16,4)	9,1 (7,1-11,4)	
Severa o absoluta	2,9 (1,8-4,8)	3,4 (1,8-6,3)	2,7 (1,4-5,4)	

7,8% (IC95% 6,4-9,5); y la mujer presentó 2,5 veces más probabilidades de padecer violencia con relación al varón, con una prevalencia anual en ellas de 10,8% (IC95% 8,6-13,5); el abuso físico contra la mujer en el último año fue de 2,3% (IC 95% 1,5-3,5) y el abuso psicológico al menos 9,9% (IC95%

7,7-12,5) (Tabla 29). Una cuarta parte del maltrato hacia la pareja (25,5% IC95% 17,6-35,6) se inició durante la pandemia y 40% de los que ya padecían de abuso o maltrato consideró que el maltrato empeoró de regular a mucho durante la pandemia. En el caso del sexo femenino en un 17,3% (IC95% 17,6-35,6)

Tabla 25

Indicadores suicidas en la población adulta de Lima Metropolitana durante la pandemia del COVID-19, según situación de contagio durante los últimos 30 días (N = 1823)

Indicadores Suicidas	Total (IC95%)	Con contagio (IC95%)	Sin contagio (IC95%)	Odds Ratio (IC-95%)	Estadísticos
Indicador					
¿Ha pensado que sería mejor estar muerto(a), o deseado estar muerto(a)?	8,6 (7,1-10,4)	14,6 (11,1-18,9)	6,1 (4,7-7,9)	2,62 (1,72-3,99)	$F=21,493$; $df1=1$; $df2=1818$; $p<0,001$
¿Ha querido hacerse daño?	1,3 (0,8-2,0)	1,8 (0,9-3,6)	1,0 (0,6-1,9)	1,69 (0,66-4,33)	$F=1,243$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,265$
¿Ha pensado en suicidarse?	1,6 (1,1-2,4)	2,9 (1,7-5,1)	1,1 (0,6-1,9)	2,76 (1,22-6,22)	$F=6,499$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,011$
¿Ha planeado la manera de cómo podría suicidarse?	0,7 (0,4-1,3)	1,1 (0,4-2,7)	0,5 (0,2-1,3)	2,03 (0,58-7,06)	$F=1,295$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,255$
¿Ha realizado un intento de suicidio?	0,2 (0,1-0,5)	0,6 (0,2-1,6)	-	-	$F=9,894$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,002$
Se han relacionado estos sentimientos o deseado estar muerto o hacerse daño con la pandemia	34,5 (25,9-44,4)	37,5 (24,9-52,1)	31,5 (20,6-44,8)	1,31 (0,57-2,99)	$F=0,413$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,521$
Severidad del riesgo suicida					
Ausente	89,0 (87,1-90,7)	81,6 (77,0-85,5)	92,2 (90,2-93,7)		
Bajo	9,3 (7,7-11,1)	15,4 (11,8-19,8)	6,7 (5,2-8,6)		
Moderado	0,9 (0,5-1,4)	1,5 (0,7-3,2)	0,6 (0,3-1,2)		$F=10,754$; $df1=2,930$; $df2=5326,155$; $p<0,00001$
Alto	0,8 (0,5-1,5)	1,5 (0,7-3,4)	0,5 (0,2-1,3)		

se inició el maltrato como víctima de cualquier tipo de maltrato durante la pandemia, y en el caso del sexo masculino en un 46,5% (IC95% 27,6–66,4) ($p=0,004$).

Con respecto al abuso sistemático en el último año, definido como la presencia de algún tipo de abuso, maltrato o violencia con una frecuencia de una o dos veces al mes, una de cada 12 mujeres lo experimentó en el último año y el tipo de maltrato más frecuente fueron los insultos, agresiones verbales u ofensas, con un 5,5% (IC95% 3,9-6,7). En líneas generales la mujer tuvo 1,9 veces más probabilidades de experimentar algún tipo de abuso sistemático en comparación con el varón (Tabla 30).

Discusión

Nuestro estudio tuvo como objetivo describir el estado de la salud mental en la población adulta de Lima

Metropolitana, en relación con la pandemia COVID-19. La mayoría de los estudios sobre salud mental y COVID-19 han utilizado muestras por conveniencia; son pocos los estudios poblacionales, como el presente, con información representativa, tanto del componente psiquiátrico como de la salud mental en general. Asimismo, la mayoría de los estudios previos realizados durante la pandemia de la COVID-19 se basaron en encuestas en línea a través de redes sociales, lo que pudo implicar un sesgo de selección. Este estudio incluyó personas identificadas y encuestadas a través de números telefónicos proporcionados sin identificación por OSIPTEL. Es el primer reporte sobre violencia contra la pareja durante la pandemia. Los resultados de este estudio muestran en general un incremento importante de la prevalencia de problemas de salud mental en comparación con un estudio previo realizado en el 2012 en la ciudad de Lima (EESMLMR-2012)⁽³⁰⁾.

Tabla 26

Prevalencia de vida, anual, de seis meses y actual de trastornos mentales en población adulta de Lima Metropolitana durante la pandemia (Octubre 2020), según estado de contagio (N = 1823)

Trastornos mentales	Total (IC95%)	Con contagio (IC95%)	Sin contagio (IC95%)	Odds Ratio (IC-95%)	Estadísticos
Prevalencia de cualquier trastorno psiquiátrico					
Vida*	32,8 (30,1-35,6)	42,8 (37,6-48,2)	28,5 (25,5-31,7)	1,88 (1,44-2,45)	$F=22,052; df1=1; df2=1818; p<0,00001$
Anual	19,6 (17,4-21,9)	29,4 (24,8-34,4)	15,4 (13,1-18,0)	2,28 (1,69-3,08)	$F=30,326; df1=1; df2=1818; p<0,00001$
6 meses**	17,8 (15,7-20,0)	27,7 (23,2-32,7)	13,5 (11,4-15,9)	2,45 (1,80-3,33)	$F=34,066; df1=1; df2=1818; p<0,00001$
Actual**	12,5 (10,8-14,5)	19,4 (15,5-24,0)	9,6 (7,8-11,7)	2,28 (1,60-3,23)	$F=22,089; df1=1; df2=1818; p<0,00001$
Prevalencia de trastornos de ansiedad en general***					
Vida	17,1 (15,1-19,4)	24,8 (20,5-29,7)	13,9 (11,7-16,4)	2,04 (1,49-2,80)	$F=20,277; df1=1; df2=1818; p<0,0001$
Anual	9,8 (8,3-11,6)	15,9 (12,5-20,1)	7,2 (5,7-9,1)	2,43 (1,66-3,55)	$F=21,774; df1=1; df2=1818; p<0,0001$
6 meses	9,0 (7,5-10,7)	15,0 (11,6-19,1)	6,4 (5,0-8,2)	2,56 (1,73-3,79)	$F=23,439; df1=1; df2=1818; p<0,0001$
Actual	6,7 (5,5-8,3)	11,5 (8,4-15,4)	4,7 (3,6-6,3)	2,60 (1,65-4,08)	$F=18,206; df1=1; df2=1818; p<0,0001$
Prevalencia de episodio depresivo					
Vida	24,7 (22,3-27,3)	34,3 (29,4-39,6)	20,6 (18,1-23,5)	2,01 (1,51-2,66)	$F=23,956; df1=1; df2=1818; p<0,00001$
Anual	13,6 (11,7-15,7)	21,4 (17,3-26,1)	10,3 (8,4-12,4)	2,38 (1,69-3,34)	$F=26,058; df1=1; df2=1818; p<0,00001$
6 meses	12,3 (10,5-14,3)	20,2 (16,2-24,9)	8,9 (7,2-10,9)	2,60 (1,83-3,71)	$F=29,461; df1=1; df2=1818; p<0,001$
Actual	7,5 (6,1-9,1)	12,0 (8,9-15,9)	5,6 (4,2-7,3)	2,31 (1,49-3,57)	$F=14,897; df1=1; df2=1818; p<0,001$
Prevalencia de abuso o dependencia de alcohol					
Anual	1,3 (0,8-2,2)	2,0 (0,9-4,3)	1,0 (0,5-2,0)	2,02 (0,72-5,70)	$F=1,853; df1=1; df2=1818; p=0,174$

* En dependencia o consumo perjudicial de sustancias se incluye solo la prevalencia anual

** Se incluye la prevalencia anual de consumo perjudicial o dependencia de sustancias nocivas.

*** Trastornos de ansiedad: incluye agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés posttraumático y fobia social.

Aspectos generales sociodemográficos y respuesta social en relación la pandemia

Se encontró un incremento en el porcentaje de personas que no pudieron satisfacer sus necesidades básicas. En comparación con el estudio del año 2012, el porcentaje aumentó de 27,5% a 42,8% durante la pandemia⁽³⁰⁾. Este hallazgo se corrobora con el porcentaje de personas que perdieron su trabajo habitual debido a la pandemia y que pasaron a estar desocupados, desempleados o dedicados al

hogar. Además, más del 50% de personas recibieron ayuda en la forma de víveres o dinero, lo que confirma el concepto de solidaridad que ha existido durante la pandemia y que algunos autores resaltan como un efecto rescatable de situaciones como estas^(31,32), pero también apunta a las limitaciones económicas severas de la población derivadas de la pandemia y las medidas de control sanitario, ya que 3 de 4 personas ha visto afectada su economía de forma moderada a severa, lo que podría impactar en su salud mental⁽³³⁾.

Tabla 27

Tabla morbilidad mental sentida y expresada en población adulta de Lima Metropolitana durante la pandemia (Octubre 2020), según estado de contagio (N=1823)

	Total (IC95%)	Con contagio (IC95%)	Sin contagio (IC95%)	Estadísticos
Morbilidad mental sentida alguna vez en la vida (como problemas emocionales o de los nervios)	44,6 (41,7 - 47,6)	57,5 (52,1 - 62,7)	39,2 (35,7 - 42,7)	$F=31,352$; $df1=1$; $df2=1818$; $p<0,00001$
Morbilidad mental sentida a doce meses	34,6 (31,9 - 37,5)	45,3 (40,0 - 50,7)	30,1 (27,0 - 33,4)	$F=23,485$; $df1=1$; $df2=1818$; $p<0,00001$
Morbilidad mental sentida a 6 meses	31,2 (28,5 - 33,9)	42,3 (37,0 - 47,7)	26,4 (23,5 - 29,6)	$F=27,213$; $df1=1$; $df2=1818$; $p<0,00001$
Morbilidad mental sentida y expresada en los últimos doce meses (% de la demanda sentida)	17,2 (13,5 - 21,7)	16,2 (10,9 - 23,4)	18,0 (13,1 - 24,1)	$F=0,171$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,679$
Morbilidad mental sentida y expresada durante la pandemia (últimos 6 meses) (% de la demanda sentida)	10,1 (7,6 - 13,2)	9,9 (6,3 - 15,3)	10,2 (7,1 - 14,3)	$F=0,007$; $df2=1$; $df2=1818$ $p=0,931$

Tabla 28

Fuentes de tensión familiar en las mujeres actualmente unidas de la población adulta de Lima Metropolitana durante la pandemia (Octubre 2020), según sexo (N=1823)

Fuentes de tensión	Total % (95% IC)	Masculino % (95% IC)	Femenino % (95% IC)	Odds Ratio % (95% IC)	Estadísticos
Los aspectos económicos	69,3 (66,5 - 72,0)	66,3 (62,0 - 70,4)	72,1 (68,4 - 75,5)	1,31 (1,01 - 1,70)	$F=4,162$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,041$
El carácter de su esposo o pareja	16,4 (14,1 - 19,0)	13,9 (10,6 - 18,0)	18,7 (15,6 - 22,2)	1,43 (0,98 - 2,08)	$F=3,401$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,065$
La salud de algún familiar	41,8 (38,9 - 44,8)	40,2 (35,9 - 44,7)	43,3 (39,3 - 47,3)	1,14 (0,89 - 1,45)	$F=1,044$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,307$
Su propio carácter	23,1 (20,6 - 25,9)	19,7 (16,1 - 23,8)	26,4 (22,9 - 30,1)	1,46 (1,08 - 1,98)	$F=6,011$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,014$
Infidelidad de su esposo o pareja	1,1 (0,6 - 1,7)	0,2 (0,1 - 0,6)	1,9 (1,1 - 3,2)	9,86 (2,77 - 35,09)	$F=18,897$; $df1=1$; $df2=1818$; $p<0,00001$
Indiferencia de su esposo o pareja	3,7 (2,7 - 4,9)	1,9 (1,0 - 3,7)	5,3 (3,8 - 7,3)	2,82 (1,35 - 5,89)	$F=8,233$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,004$
Problemas de los estudios de los hijos	11,6 (9,9 - 13,5)	8,1 (6,2 - 10,5)	14,8 (12,2 - 17,8)	1,96 (1,37 - 2,82)	$F=13,846$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,00020$
Problemas de la crianza de los hijos	9,7 (8,2 - 11,5)	7,5 (5,5 - 10,0)	11,8 (9,6 - 14,5)	1,66 (1,12 - 2,47)	$F=6,442$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,011$
Influencia de familiares fuera de la relación	2,9 (2,1 - 4,0)	1,2 (0,6 - 2,3)	4,5 (3,1 - 6,4)	3,96 (1,82 - 8,62)	$F=13,938$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,00019$
Las restricciones y limitaciones de movilidad social	35,3 (32,5 - 38,3)	33,5 (29,4 - 37,9)	37,1 (33,2 - 41,1)	1,17 (0,91 - 1,51)	$F=1,449$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,229$
Otro	7,2 (5,8 - 9,0)	8,1 (5,8 - 11,2)	6,4 (4,8 - 8,5)	0,78 (0,49 - 1,24)	$F=1,104$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,294$

Tabla 29

Prevalencia anual de cualquier tipo de abuso, maltrato o violencia por parte de la pareja actual o última en población adulta de Lima Metropolitana durante la pandemia (Octubre 2020), según sexo (N=1823)

Tipo de abuso, maltrato o violencia	Total % (95% IC)	Masculino % (95% IC)	Femenino % (95% IC)	Odds Ratio % (95% IC)	Estadísticos
Prevalencia anual de algún abuso, maltrato o violencia	7,8 (6,4 - 9,5)	4,6 (3,1 - 6,8)	10,8 (8,6 - 13,5)	2,52 (1,55 - 4,10)	$F=14,673$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,00013$
Abuso sexual	0,3 (0,1 - 0,7)	-	0,5 (0,2 - 1,3)	-	$F=3,976$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,046$
Abuso físico	1,6 (1,0 - 2,4)	0,8 (0,3 - 2,2)	2,3 (1,5 - 3,5)	3,00 (0,95 - 9,49)	$F=3,864$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,049$
Insultos, agresiones verbales u ofensas	6,9 (5,6 - 8,6)	3,8 (2,5 - 5,8)	9,9 (7,7 - 12,5)	2,74 (1,64 - 4,58)	$F=15,819$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,00007$
Chantajes, manipulaciones o humillaciones	3,2 (2,3 - 4,5)	2,0 (1,0 - 3,8)	4,4 (3,0 - 6,4)	2,32 (1,07 - 5,04)	$F=4,744$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,030$
Abandono	1,5 (1,0 - 2,3)	0,6 (0,2 - 1,5)	2,4 (1,6 - 3,7)	4,42 (1,50 - 13,06)	$F=8,631$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,003$

Tabla 30

Prevalencia anual de abuso sistemático* por pareja actual en población adulta de Lima Metropolitana durante la pandemia (Octubre 2020), según sexo (N=1823)

Tipo de abuso	Total % (95% IC)	Masculino % (95% IC)	Femenino % (95% IC)	Odds Ratio % (95% IC)	Estadísticos
Prevalencia anual de abuso sistemático	6,3 (5,0 - 7,9)	4,5 (3,1 - 6,5)	8,0 (6,0 - 10,6)	1,85 (1,13 - 3,05)	$F=6,035$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,014$
Abuso sexual sistemático	0,3 (0,1 - 0,9)	0,2 (0,0 - 1,5)	0,4 (0,2 - 1,3)	1,84 (0,23 - 14,79)	$F=0,337$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,562$
Abuso físico sistemático	0,3 (0,1 - 0,8)	0,0 (0,0 - 0,2)	0,6 (0,2 - 1,6)	24,55 (2,71 - 222,22)	$F=17,858$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,00003$
Insultos, agresiones verbales u ofensas sistemático	4,6 (3,5 - 5,9)	3,6 (2,4 - 5,4)	5,5 (3,9 - 7,7)	1,56 (0,90 - 2,73)	$F=2,511$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,113$
Chantajes, manipulaciones o humillaciones sistemático	2,6 (1,8 - 3,8)	0,6 (0,2 - 2,0)	4,5 (3,0 - 6,7)	8,00 (2,12 - 30,26)	$F=13,111$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,00030$
Abandono sistemático	0,8 (0,5 - 1,3)	0,4 (0,2 - 1,2)	1,1 (0,6 - 2,0)	2,61 (0,79 - 8,62)	$F=2,686$; $df1=1$; $df2=1818$; $p=0,101$

*El maltrato sistemático fue definido como la presencia de algún tipo de abuso, maltrato o violencia con una frecuencia de una o dos veces al mes, en el último año.

Al momento de la entrevista, el 29,8% (IC95% 27,2-32,6) refirió haberse contagiado de la COVID-19 y, cerca de la mitad refirió tener pruebas de laboratorio confirmadas. Según comunicados oficiales del MINSA⁽³⁴⁾, a noviembre de 2020, el 35% de las personas se habían infectado con la COVID-19, cifra relativamente aproximada a los hallazgos de este estudio, el cual se realizó principalmente en el mes de octubre de 2020. El 80,3% (IC95% 75,1-84,7) manifestó presentar síntomas de la enfermedad, por lo tanto, cerca de 20% fueron asintomáticos, lo cual es compatible con los hallazgos de algunos estudios,

aunque existe mucha variabilidad^(35,36). De los pacientes con COVID-19, 4,6% (IC95% 2,6-7,8) requirió oxígeno ambulatorio, 3,9% (IC95% 2,2-6,7) estuvo hospitalizado y 0,7% (0,1-3,1) estuvo en UCI; no se encontraron referentes sobre estos hallazgos, pero la OMS ha enfatizado recientemente, que más de medio millón de pacientes de países de bajos y medianos ingresos llegaron a necesitar tratamiento de oxígeno; muchos enfrentaron un enorme desafío para lograr el acceso de este elemento a la población de menores recursos⁽³⁷⁾. A esto se suma, que Perú es uno de los países de la región con

menor número de camas UCI, en comparación con Chile, México, Colombia, Brasil o Argentina⁽³⁸⁾. Una de 5 personas se sintió discriminada por otras personas por estar contagiada con el COVID-19; en este sentido, un estudio reportó que 25,11% de las personas de origen chino que vivían fuera de China manifestaron haber sufrido algún acto discriminatorio, lo que comprometería las campañas que buscan contener la enfermedad y sus efectos⁽³⁹⁾, y además obligó a que los gobiernos desarrollaran campañas de información precisa sobre la enfermedad⁽⁴⁰⁾. Es esperable, que en la medida que se extienda la enfermedad a más personas, disminuya la discriminación, ya que según nuestro estudio la mitad de la población ya tenía un familiar cercano contagiado. Finalmente, 2,3% tuvo un familiar que falleció, lo que podría tener un efecto sobre el desarrollo de problemas de salud mental.

En el período en que se hizo la encuesta ya se habían levantado las medidas más restrictivas de tipo sanitario; sin embargo, continuaban las medidas de distanciamiento social y de autoaislamiento o de no salir de casa sino por motivos de fuerza mayor. A pesar de eso, nuestro estudio encontró que 94,1% (IC95% 92,3-95,5) habían salido en el último mes por cualquier motivo, y 3 de cada 10 salieron porque tenían un trabajo autorizado, y 1 de cada 5 porque tenía que salir a trabajar, aunque no era un trabajo autorizado. Por otro lado, 1 de cada 10 salió a visitar a familiares, lo que explicaría de algún modo el alto nivel de contagios experimentado en la ciudad de Lima.

Desde el punto de vista de las políticas públicas, la confianza en las autoridades es un factor muy importante para lograr mantener informada a la población y disminuir la incertidumbre que generan las noticias falsas. En general, según los resultados de este estudio, la confianza en autoridades o en grupos importantes en esta pandemia fue modesta o baja, y ha sido más alta para los médicos y más baja para el alcalde. Una cuarta parte de la población confiaba plenamente en el Ministerio de Salud, y solo la mitad de las personas confiaba en los medios de comunicación. Una de las posibles causas de esta desconfianza son las frecuentes contradicciones suscitadas durante la pandemia, debido a una alta incertidumbre, por lo que se requiere de un sistema de filtros por parte del Estado para que la información sea más confiable y una mayor responsabilidad en la transmisión de la información a la población⁽⁴¹⁾.

Respecto a la afectación percibida por las personas derivadas de las medidas de control sanitario, se halló que la afectación más elevada estaba relacionada a no poder trabajar,

seguida de la información sobre el número de muertos y contagiados por el coronavirus, no poder seguir los estudios y la necesidad de tener que mantenerse en casa la mayor parte del tiempo. Estos hallazgos son compatibles con estudios que identificaron como principales estresores el distanciamiento social, el aburrimiento, los problemas financieros por la pérdida de los trabajos⁽⁴²⁾, y que a la vez son causantes de una menor adherencia a las medidas de control sanitario⁽⁴³⁾.

Alrededor de 3 de cada 4 personas de Lima, consideraba muy importante recibir soporte financiero de forma directa, en la forma de alimentos, seguridad de vivienda, información adecuada y la posibilidad de contar con apoyo emocional y psicológico, para poder continuar con las medidas sanitarias. Entendiéndose la urgencia de continuar con el apoyo del gobierno a las personas más necesitadas, para lograr disminuir la circulación de personas y la propagación del virus. Un reciente estudio en India reveló que las personas sin suficientes provisiones estaban más afectadas de síntomas depresivos, ansioso o de estrés, en comparación con las demás personas⁽⁴⁴⁾. Esto concuerda con ciertas propuestas que enfatizan que la mitigación de la pandemia debe contar con un enfoque integral y estrategias que incluyan no solo el aspecto físico sino también la mitigación del estrés psicológico y de los problemas de salud mental, focalizándose en los estresores más comunes, como: a) Acortar o aliviar lo más posible la cuarentena; b) Dar información lo más veraz posible; c) Proveer provisiones de necesidades básicas a las personas de menores recursos; d) Reducir el aburrimiento en los hogares; e) Incrementar la comunicación, activando las redes sociales, líneas de apoyo para las personas en cuarentena, incrementando la comunicación entre amistades y, facilitando la comunicación entre personas aisladas o internadas y sus familiares; f) Prestar atención a los trabajadores de la salud; g) Fomentar el altruismo⁽⁴²⁾; h) Incrementar la resiliencia de las personas y optimizar el sistema de atención de la salud. También se requiere información científica que sirva de base para las intervenciones o el desarrollo de proyectos de investigación-acción. Por ejemplo, se ha demostrado que también se puede “vacunar” psicológicamente, a través de programas de entrenamiento en resiliencia para disminuir el estrés percibido⁽⁴⁵⁾.

Aspectos generales de salud mental

Con respecto a la calidad de vida, en términos generales no se encontraron diferencias significativas con el EESMLMR-2012⁽³⁰⁾; sin embargo, en nuestro estudio, de acuerdo con las dimensiones específicas del Índice de Calidad de Vida de Mezzich, se halló un menor bienestar psicológico, menor

apoyo comunitario, y menor plenitud personal durante la pandemia con relación al año 2012. Un hallazgo similar se encontró en un estudio poblacional en Marruecos donde se ha enfatizado la presencia de efectos por la pandemia en la calidad de vida, en la salud en general y en la salud emocional⁽⁴⁶⁾. Por otro lado, se encontró una menor satisfacción con la vida cuando se comparó con el EESMLMR-2012. En período de pandemia la prevalencia de personas insatisfechas con la vida se encontró en 18,3% (IC95% 16,2-20,7) y las satisfechas con la vida fue 61,3% (IC95% 58,4-64,1); mientras que, en 2012 fue de 14,0% (IC95% 12,8-15,2), y 66,7% (IC95% 65,0-68,4), respectivamente. Un estudio en Singapur encontró una disminución en la satisfacción con la vida durante la pandemia, aunque las medidas de cuarentena se hubieran levantado⁽⁴⁷⁾.

El estrés se ha relacionado con diversos problemas físicos, como afecciones al sistema inmunológico tales como, cáncer, desórdenes cardiovasculares y metabólicos, problemas gastrointestinales, alteraciones respiratorias, desórdenes musculares y dolor⁽⁴⁸⁾, además, de su relación con trastornos psiquiátricos como la depresión⁽⁴⁹⁾, el trastorno de ansiedad generalizada⁽⁵⁰⁾, y por definición, con el trastorno de estrés postraumático⁽⁵¹⁾. Con relación al estrés, se encontró que 3,4% (IC95% 2,4-4,7) de la población presentaba un nivel de estrés alto; y un 53,8 (IC95% 50,8-56,8), estrés moderado, y fue más alto en el sexo femenino que en el masculino, según la Escala de Percepción de Estrés. Estos hallazgos fueron más elevados que en otros estudios reportados, aunque es difícil la comparación por haber empleado distintos instrumentos. Un estudio meta-analítico reportó una prevalencia combinada de estrés de 36,5% en 22 estudios. Recientemente un estudio a través de una encuesta en línea en Lima Metropolitana reportó, utilizando el Índice de Distrés Peritraumático, una prevalencia de 35,5% de estrés leve a moderado y 9,3% de estrés severo⁽⁵²⁾. Otro estudio en China en 52730 personas que respondieron una encuesta en línea, también utilizando el Índice de Distrés Peritraumático encontró que 29,29 % tuvo un distrés psicológico leve a moderado, mientras que, el 5,14% presentó un distrés psicológico severo; mayor distrés se asoció con ser mujer, tener mayor edad, mayor nivel educativo y ser trabajadores migrantes⁽⁵³⁾. Otro estudio poblacional reciente desarrollado en China en relación con la COVID-19, encontró que 8,8% de las personas tenía niveles de estrés de moderados a severos, aunque el 53,8% de los encuestados refirió algún impacto psicológico de moderado a severo, 16,5% reportó síntomas depresivos, 28,8% síntomas de ansiedad⁽⁵⁴⁾. Un estudio en línea en Italia en 2766 personas encontró 27,2% de estrés alto o muy alto; niveles más altos de estrés se encontró asociado con edad más joven, sexo femenino, con tener que ir a trabajar, con tener

un familiar infectado y una historia de situaciones estresantes y problemas médicos⁽⁵⁵⁾. Asimismo, un estudio en 263 personas adultas entrevistadas vía internet encontró un nivel de estrés bajo, y la mayoría mencionó recibir más apoyo y compartir sentimientos con amigos y familiares en comparación con antes de la pandemia⁽⁵⁶⁾. Evidentemente la percepción de estrés puede estar influenciada por el contexto, distinta intensidad en la aplicación de las medidas de contención de la pandemia, lo que podría explicar la variabilidad⁽⁵⁷⁾. Otro factor que pudo incidir en la variabilidad es el momento en que se realizó la encuesta dada la prolongada duración de la pandemia.

En relación con la calidad de sueño, se encontró que 54,6% de la población adulta tuvo problemas de sueño, de los cuales 31,9% (IC95% 29,1-34,9) ameritó atención, 20,7% (IC95% 18,3-23,2) ameritó atención y tratamiento médico y 2,0% (IC95% 1,2-3,2) se trató de un problema de sueño grave. Esto hallazgos contrastan marcadamente con lo que fue hallado en el año 2012, donde el 24,2% (IC95% 22,6-26,0) ameritó atención, 7,9% (IC95% 6,9-8,9) ameritó atención y tratamiento médico, y 0,2% (IC95% 0,1-0,2) se trató de un problema de sueño grave. Las cifras encontradas en este estudio son superiores a la reportadas por Jahrami *et al.* en un estudio metaanalítico de 9 estudios poblacionales (6 en China y 3 en Italia) realizados durante el período de pandemia utilizando el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh, con una prevalencia combinada de 37,9% (IC95% 25,2 - 52,4%). Sin embargo, los hallazgos fueron similares a los estudios realizados en Italia, donde Casagrande *et al* reportaron 57,1% (IC95% 55,1-59,1), Cellini *et al.* 52,4% (IC95% 49,7-55,1) e Inocenti con 52,2% (IC95% 49,1-55,2). Los estudios realizados en China muestran una tendencia a prevalencias más bajas⁽⁵⁸⁾. Ese mismo estudio meta-analítico también reportó una prevalencia agrupada de problemas de sueño en pacientes COVID de 74,8% (IC95% 28,7-95,6), cifra mayor a la de la población general, lo que es coincidente con el hallazgo de una diferencia estadísticamente significativa entre personas contagiadas y no contagiadas de este estudio, con una prevalencia de 64,2% versus 50,5% de problemas de sueño, respectivamente. Una explicación al aumento de los problemas de sueño en la población general puede ser por el incremento de trastornos depresivos y ansiosos tanto a nivel poblacional como en el grupo de personas infectadas por COVID-19 que también ha sido demostrado en este estudio.

En general, se aprecia una disminución del nivel de funcionamiento psicosocial en comparación con períodos sin pandemia. En este estudio se encontró que 30,5% (IC95 27,7-33,4) de la población presentó algún tipo de discapacidad o

inhabilidad psicosocial (cuidado personal, familiar, social, laboral o académico u organizacional), significativamente más alto en las mujeres que en los varones. En el EESMLMR-2012 la presencia de al menos una discapacidad fue 10,3% (IC95% 9,2-11,5). Se halló que la población con alguna discapacidad en el cuidado personal fue 10,3%, en el ocupacional o académico, 18,5%; en el funcionamiento familiar, 12,7%; en el social, 10,1%; y en el organizacional 13,8%; mientras que, en el 2012 fue 3,3%, 5,3%, 4,4%, 3,0% y 4,2%, respectivamente.

Los sentimientos más comúnmente reportados frente a la pandemia han sido la preocupación, la pena, tristeza o depresión, miedo o temor, frustración e impotencia, lo que es coherente con reportes previos⁽⁴²⁾. En una investigación cualitativa, a través del análisis temático de la narrativa de la información recogida en entrevistas a 18 personas tras el inicio de la pandemia, se identificaron cuatro temas. Uno de ellos fueron las reacciones psicológicas ante la aparición de la pandemia: miedo, aprehensión, desamparo, desesperanza, pánico, experiencias psicológicas y físicas extrañas, soledad, atribuciones negativas; un segundo tema fue la disminución de la interacción social y del apoyo social percibido, con incomodidad por el distanciamiento social; y un tercer aspecto fue el padecimiento de síntomas físicos asociados al estrés: dolor de pecho, temblor, náusea, cefalea, mareo, problemas respiratorios, sequedad de la boca, problemas estomacales y palpitaciones; lo que se sostiene es que estos aspectos pueden conducir o acentuar los problemas de salud⁽⁵⁹⁾.

Se encontró que 8,6% (IC95% 7,1-10,4) de los adultos había deseado morir y 1,6% (IC95 1,1-2,4) había pensado en suicidarse en el último mes. Esto contrasta con los hallazgos en períodos sin pandemia. La prevalencia hallada para el último mes de deseos de morir en el EESMLMR-2012 fue de 1,3% (IC95% 1,0-1,8) y de pensamiento suicida fue 0,6% (IC95%,4-1,0). En el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Establecimientos de Salud de Lima Metropolitana realizado en el 2015 (EESMHGCS-2015) fue 2,3% (IC95% 1,9-2,8) y 0,8% (IC95% 0,6-1,1), respectivamente. Se halló un incremento en indicadores suicidas en la población de Lima en el presente estudio, lo que sería coherente con el incremento en la prevalencia de depresión como veremos más adelante. Diversas publicaciones han dado cuenta de la preocupación sobre un incremento posible del riesgo suicida durante la pandemia, debido a su impacto económico, aislamiento social, disminución del soporte comunitario y las barreras para lograr tratamiento⁽⁶⁰⁾. Otros estudios hallaron un incremento de pensamientos y conductas suicidas en comparación con periodos de no pandemia⁽⁶¹⁾. Resultados de estudios

relacionados a otras pandemias reportaron un incremento de tasa de suicidio, intentos e ideación suicidas⁽⁶²⁾. Sin embargo, una revisión sistemática relacionada al impacto de la pandemia sobre conductas suicidas no ha sido concluyente sobre esta asociación⁽⁶³⁾; y un estudio meta-analítico reciente no encontró relación entre indicadores suicidas y la pandemia y sus medidas de contención, y lo asociaban a posibles efectos positivos de la pandemia, como un mayor soporte entre sus miembros o a cambios sobre la apreciación de la vida, aunque consideraban que esto podría ser diferente en distintos contextos y características individuales⁽⁶⁴⁾.

Un estudio panel de las experiencias psicológicas y sociales en más de 70 mil personas en el Reino Unido, a partir de marzo 2020, siguió la evolución de diferentes aspectos de la salud mental. Después de ocho meses, a noviembre 2020, hallaron 3,8% de depresión severa y 6,3% de depresión moderadamente severa; ansiedad severa de 6,5% y 9,9% de ansiedad moderada. Ambas condiciones decrecieron de marzo a noviembre. En ese mismo período los pensamientos de morir y el daño autoinfligido variaron de 2% a 4% y el abuso físico o psicológico entre 5% y 6%. Entre los principales estresores, las personas refirieron: contagiarse de COVID; desempleo, finanzas y conseguir comida; encontraron que las personas con enfermedad mental diagnosticada tenían más preocupaciones sobre todos los factores⁽⁶⁴⁾.

Los trastornos mentales durante la pandemia

Los resultados de este estudio que respondieron al objetivo de estimar la prevalencia y factores sociodemográficos asociados de los principales TM y la magnitud de acceso a servicios de salud mental durante la pandemia de la COVID-19, mostraron en general un incremento importante de la prevalencia de TM en comparación con un estudio realizado en el 2012 en la ciudad de Lima (EESMLMR-2012)⁽⁶⁵⁾. Además 3 de cada 4 personas vio afectada su economía de forma moderada a severa, y 41% perdió su trabajo, lo que podría impactar en la salud mental de las personas⁽⁶⁶⁾. La mayoría de otros estudios sobre la salud mental y la COVID-19 ha utilizado muestras por conveniencia, lo que podía implicar un sesgo de selección, a diferencia del presente estudio que utilizó un método probabilístico vía telefónica.

El 29,8% (IC95% 27,2-32,6) de las personas refirió haberse contagiado de la COVID-19, porcentaje cercano al 35% reportado por el Ministerio de Salud del Perú en noviembre de 2020⁽⁶⁷⁾. El 80,3% (IC95% 75,1-84,7) de ellos manifestó haber presentado síntomas de la enfermedad, dato

compatible con hallazgos de otros estudios^(68,69). De los pacientes con la COVID-19, 4,6% (IC95% 2,6-7,8) requirió oxígeno ambulatorio, 3,9% (IC95% 2,2-6,7) estuvo hospitalizado y 0,7% (0,1-3,1) en UCI; no se encontraron referencias de otras investigaciones sobre estos hallazgos. Una de cinco personas se había sentido discriminada por estar contagiada por la COVID-19; un estudio similar reportó que 25,11% de las personas de origen chino que vivían fuera de China manifestaron haber sufrido algún acto discriminatorio⁽⁷⁰⁾.

Los hallazgos de este estudio pueden ser difíciles de comparar con otros estudios por haberse empleado distinta metodología. Consideramos que los criterios de investigación de TM de la CIE-10 a través del MINI reflejan mejor la realidad clínica. Comparándolo con estudios previos en la población de Lima en el año 2012, empleando los mismos instrumentos, la prevalencia de TM durante la pandemia se incrementó considerablemente⁽⁶²⁾. La prevalencia actual de cualquier TM encontrada en el presente estudio fue de 12,5% (IC95% 10,8-14,5); mientras que, la prevalencia encontrada en el año 2012 fue 7,9% (IC95% 6,9-8,9).

El episodio depresivo presentó una prevalencia actual de 7,5% (IC95% 6,1-9,1), mientras que en el año 2012⁽⁶²⁾ fue de 2,8 (2,2-3,5), es decir casi se triplica. Otros estudios han encontrado incrementos similares al comparar periodos de pre-pandemia con el período de pandemia⁽⁷¹⁾. Nochaiwong *et al.*, en un estudio meta-analítico que incluyó 75 estudios recientes de 32 países encontraron una prevalencia combinada de depresión de 28,0% con una variabilidad entre 5,9% y 72,6%⁽⁷²⁾. Con respecto a la prevalencia de los trastornos de ansiedad, se han triplicado en comparación a los hallazgos del 2012⁽⁶²⁾, 6,7% (IC95% 5,5-8,3) versus 1,9 (1,5-2,4), respectivamente. Un estudio en el Reino Unido reportó que la prevalencia de problemas de ansiedad casi se duplicó al comparar periodos antes y durante la pandemia⁽⁷³⁾. En el mismo estudio de Nochaiwong *et al.* encontraron una prevalencia combinada de ansiedad de 26,9% con una variabilidad entre 6,1% y 70,8%⁽⁶⁹⁾. La explicación de las diferencias en la prevalencia de estos trastornos, entre estos estudios y el presente, sería el uso de distintos instrumentos, distinto contexto socioeconómico, el uso de criterios diagnósticos más restrictivos del CIE-10 y la posibilidad de un sesgo de selección en las encuestas en línea.

Con relación a trastornos de ansiedad específicos la prevalencia de 6 meses del trastorno de ansiedad generalizada fue de 3,7% (IC95% (2,8-4,9); mientras que en el estudio

epidemiológico de Lima Metropolitana del año 2012 fue de 0,7% (IC95% 0,5-1,0)⁽⁶²⁾. Con respecto al trastorno de estrés postraumático (TEPT), se encontró una prevalencia de 6 meses 2,6% (IC95% 1,9-3,6) y más frecuente en las mujeres; mientras que, en Lima 2012 la prevalencia de 6 meses fue de 0,7 (IC95% 0,5-1,0) y 0,5 (IC95% 0,3-0,7). Un estudio reciente en la ciudad de Wuhan, China, reveló que 7% de los 285 residentes encuestados presentaron síntomas de estrés postraumático; y más frecuente en el sexo femenino⁽⁷⁴⁾.

En el caso de consumo perjudicial o dependencia de alcohol, la prevalencia encontrada fue menor a la del año 2012 (62), 1,3% (IC95% 0,8-2,2) frente a 2,5% (IC95% 2,0-3,2), respectivamente. Este hallazgo estaría en concordancia con un estudio poblacional en China que encontró una leve reducción en el consumo de alcohol en período de pandemia en comparación con período previo a la pandemia⁽⁷⁵⁾. Otros estudios muestran un incremento en el consumo del alcohol vinculado a la pandemia, y un posible incremento de los desórdenes relacionados con esta sustancia^(76,77). En relación con el uso perjudicial o dependencia de tabaco, en este estudio no se encontró una diferencia significativa entre el presente estudio y periodos sin pandemia en el 2012⁽⁶²⁾.

Con respecto a los factores sociodemográficos, se encontró asociación significativa de los TM con la edad, mayor en personas jóvenes; el sexo, mayor en el femenino para la depresión y los trastornos de ansiedad, y mayor en el sexo masculino para consumo perjudicial y dependencia de alcohol, similar con la mayoría de estudios internacionales⁽⁷⁸⁾. También se encontró una mayor probabilidad de padecer depresión entre las personas separadas, divorciadas y viudas; en personas con un menor nivel de instrucción; en las personas que perdieron el trabajo por la pandemia; y en personas en situación de pobreza, en particular para los trastornos de ansiedad. Otros estudios han encontrado una mayor frecuencia de TM en personas con menor instrucción y en personas separadas o viudas⁽⁷⁹⁾; la relación entre pobreza y TM ha sido documentada antes en estudios previos en el país⁽⁶²⁾ y en estudios internacionales⁽⁸⁰⁾ particularmente para los trastornos de ansiedad⁽⁸¹⁾. Gao *et al.*, reportaron en un estudio poblacional de 4872, una relación entre problemas de ansiedad y exposición a redes sociales y a menor nivel educativo⁽⁸²⁾.

La presencia de TM, tanto depresivos como ansiosos, también se ha relacionado con haberse contagiado de la COVID-19, hallazgo similar a otros estudios^(83,84); pertenecer a grupos de riesgo médico para el contagio, tener familiares contagiados y en especial haber perdido algún familiar cercano

por la pandemia. No hay muchos antecedentes de esta asociación en la literatura, salvo un estudio reciente que encontró un mayor incremento del estrés relacionado a la muerte de un familiar debido a la COVID-19⁽⁸⁵⁾. Es probable que los distintos estresores relacionados con la pandemia tengan un efecto aditivo entre sí que hagan proclive a un mayor estrés y por ende mayor riesgo de TM.

Con respecto al acceso a la atención por problemas de salud mental, este se ha visto afectado mundialmente, incluyendo el Perú, debido a la priorización de servicios para atender la COVID-19⁽⁸⁶⁾. En este estudio se encontró que solo accedió a la atención el 12,2% de las personas con TM; mientras que, en el estudio del 2012 fue 16,9%⁽⁸⁷⁾. En comparación con el año 2012, menos personas no percibieron su problema de salud mental (morbilidad no sentida), 47,1% en el 2012 versus 18,5% en período de pandemia. Estos hallazgos son coincidentes con estudios realizados en otras pandemias en el que encontraron que las personas le prestan mayor atención a su salud mental⁽⁸⁸⁾. De la misma manera, el patrón de acceso por patologías específicas ha presentado un cambio sustancial con respecto al 2012, con una notable disminución de la morbilidad no sentida, y un incremento importante en todas las patologías de la percepción de la necesidad de ayuda⁽⁸⁴⁾.

Entre las limitaciones, que no son ajenas a este tipo de estudios, son el efecto de la memoria sobre hechos pasados que pueden haber afectado las respuestas; los diagnósticos clínicos no fueron confirmados por un psiquiatra; solo se cubrió los diagnósticos psiquiátricos principales, y la posibilidad que las respuestas se hayan visto afectadas por la discapacidad social.

Situación de contagio y salud mental

Con relación a los factores asociados a haberse contagiado de la COVID-19, ha sido más frecuente en el grupo de 24 a 65 años con referencia a los mayores de 65 años, quienes por las medidas sanitarias han permanecido más en casa; pero el contagio también se ha relacionado con menor nivel educativo, residir en Lima Sur o en el Callao y con haber perdido el empleo por la pandemia, lo que pudo ocasionar una mayor exposición al virus debido a la necesidad de buscar trabajo. Las personas contagiadas también mostraron niveles de salud mental más bajos en relación con las personas que no han sido contagiadas. Esto se ha traducido en una menor calidad de vida y una menor satisfacción con la vida entre las personas contagiadas, lo que a su vez pudo deberse a que estas personas han perdido con mayor frecuencia su trabajo, o a una mayor prevalencia de problemas de depresión y ansiedad. Otro aspecto de salud

mental relacionado al contagio ha sido el nivel de estrés, más elevado en las personas contagiadas, lo que también podría predisponer a trastornos mentales, o que el estrés psicológico predispondría a la infección por afectación del sistema inmunológico⁽⁸⁹⁾. También se ha encontrado un incremento en la discapacidad psicosocial en las personas contagiadas, lo que pudo estar relacionado al incremento de problemas de depresión y ansiedad en estas personas, pero también al efecto directo del virus en el funcionamiento⁽⁹⁰⁾. Por otro lado, las personas contagiadas mostraron un incremento en la ideación suicida lo que podría estar relacionado con una mayor prevalencia de trastornos mentales, pero también a factores biológicos del propio virus⁽⁹¹⁾.

Respecto a los trastornos mentales, las personas que habían estado contagiadas tuvieron más de 2 veces mayores probabilidades de presentar un trastorno mental, ya sea depresión o algún trastorno de ansiedad. Se encontró una mayor frecuencia de uso perjudicial y dependencia a alcohol entre las personas infectadas, aunque no alcanzó significación estadística. Sin embargo, podía estar en concordancia con un estudio en pandemias anteriores que sugiere un incremento de problemas por uso de alcohol en personas directamente afectadas por el virus⁽⁹²⁾. Durante los últimos 6 meses de pandemia la prevalencia de cualquier trastorno mental, trastorno depresivo, trastorno de ansiedad o abuso/dependencia de alcohol en las personas contagiadas fue de 27,7% (IC95% 23,2-32,7), 20,2% (IC95% 16,2-24,9), 6,9% (IC95% 4,6-10,3) y 2,0% (IC95% 0,9-4,3), respectivamente. En contraste, con una muestra de 236 379 sobrevivientes al COVID en USA, y a través de sus registros electrónicos de salud, durante el período de seis meses siguientes al diagnóstico, se encontró prevalencia de: desórdenes del ánimo 13,66% (13,35-13,99); de ansiedad 17,39% (17,04-17,74), de abuso de sustancias 6,58% (6,36-6,80), y la incidencia durante el período explorado fue 4,22% (3,99-4,47) de desorden del ánimo, 7,11% (6,82-7,41) de desorden de ansiedad, 1,92% (1,77-2,07) de abuso de sustancias⁽⁹³⁾.

Otro estudio desarrollado sobre los registros electrónicos de salud de 62 354 personas con diagnóstico de COVID-19 en USA de un total de 69 millones de registros, en un período de 14 a 90 días posteriores al diagnóstico, que buscó evaluar la secuela psiquiátrica en pacientes que tuvieron COVID-19 y si los pacientes con historia psiquiátrica tenían mayor riesgo para COVID, se encontró que la incidencia de cualquier diagnóstico psiquiátrico fue 18,1% (95% CI 17,6-18,6), incluyendo 5,8% (5,2-6,4) como diagnóstico por primera vez en el período posterior al COVID-19. Asimismo, el diagnóstico psiquiátrico

en el año previo se asoció con una incidencia mayor de COVID-19: riesgo relativo 1,65, CI 95% 1,59-1,71 ($p < 0,0001$)⁽⁹⁴⁾. Por otro lado, un metaanálisis reciente que abarcó un estudio tanto del SARS-CoV-1, MERS-CoV y el SARS-CoV-2 encontró presencia de ansiedad y depresión tanto durante el estadio agudo de la enfermedad como en etapas posteriores⁽⁸⁸⁾. Se ha sugerido que la relación entre problemas emocionales y la COVID-19 pudiera estar mediada por mecanismos inflamatorios derivados de la infección viral debido a un incremento de la sensibilidad a estímulos proinflamatorios como son, otras infecciones menores, concusiones, alérgenos y también estresores psicosociales⁽⁸⁹⁾. Estos estudios reflejan la magnitud de la afectación psíquica y presencia de trastornos mentales en la población afectada con el COVID, lo que subraya la necesidad de anticipar las necesidades de atención. Asimismo, indican la conveniencia de atender las demandas de salud de la población con antecedentes de problemas psiquiátricos que muestran mayor vulnerabilidad a la infección.

A pesar de esto, estas personas no accedieron con mayor frecuencia a la atención, lo que evidencia la necesidad de una estrategia de seguimiento de las personas que han sufrido de la infección, más allá de la recuperación del estado físico. Por otro lado, hay estudios que reportan una afectación de la COVID-19 al sistema nervioso central y la presencia de alteraciones neuropsiquiátricas derivadas de la misma infección⁽⁹⁵⁾. Un estudio reportó incremento de la mortalidad en aquellos pacientes hospitalizados con COVID que presentaron una enfermedad psiquiátrica en comparación con los que no, lo que podría estar relacionada a procesos inflamatorios, que como se mencionó antes, se postulan para algunos trastornos psiquiátricos y que podrían predisponer a un peor desenlace⁽⁹⁶⁾. Otras posibles explicaciones al aumento de problemas psiquiátricos en pacientes con COVID-19 es que pueden deberse a que generalmente las personas infectadas por la COVID-19 enferman no solo ellos sino también sus familias, algunos con buen y otros con mal pronóstico. Estos aspectos contextuales del estar infectado podrían influenciar en que las personas se compliquen con un problema depresivo o ansioso, como sucede con otras enfermedades infecciosas como el VIH⁽⁹⁷⁾.

Respecto al acceso a la atención por problemas de salud mental, esta se ha visto afectada marcadamente en la mayoría de los países debido a la priorización de servicios para combatir los problemas de salud derivados de la COVID-19⁽⁹⁸⁾. Con relación a la morbilidad sentida expresada, es decir aquellas personas que percibiendo un problema emocional intenso accedieron a la atención, se encontró una disminución en el

acceso. Así, un 17,2% (IC95% 13,5-21,7) de las personas que percibieron problemas de salud mental accedieron, mientras que en el 2012 accedieron el 31,0% (IC95% 26,3-36,1). En los últimos 6 meses, coincidiendo con el período de pandemia, solo accedieron 10,1% (IC95 7,6-13,2). Esto también se hace evidente al considerar el uso de servicio por las personas con trastornos mentales diagnosticables, donde solo accedió el 12,2%, mientras que en el 2012 fue 16,9%, y si asumimos que desde ese año el acceso mejoró por la implementación de los Centros de Salud Mental Comunitarios, la disminución podría haber sido más marcada. Se observó que, en comparación con el año 2012, existió una disminución de porcentaje de personas que no percibían su problema (morbilidad sentida), 47,1% en el 2012 versus 18,5% en período de pandemia⁽⁹⁹⁾. Estos hallazgos son coincidentes con estudios realizados en otras pandemias en el que encontraron que las personas le prestan mayor atención a su salud mental⁽⁸⁶⁾. El patrón de acceso por patologías ha presentado un cambio sustancial con respecto al 2012, con una notable disminución de la morbilidad no sentida, y un incremento importante en todas las patologías de la percepción de la necesidad de ayuda⁽⁸⁴⁾. La mayoría de las personas buscó atención en el sector privado, probablemente debido a las facilidades de acceso a estos recursos y a la interrupción de los servicios públicos de atención. Varios establecimientos psiquiátricos en Lima limitaron sus servicios para brindar facilidades para la atención de pacientes COVID-19 en sus ambientes. De la misma manera la cuarentena impactó en la atención de los Centros de Salud Mental Comunitarios.

Violencia doméstica

La violencia doméstica ha seguido siendo foco de preocupación de los organismos internacionales, en especial, porque se anticipa un incremento de la tensión y el estrés, una mayor exposición a la agresión, menos acceso a los servicios, mayor carga de trabajo con los hijos y limitaciones económicas por la pandemia y las medidas de distanciamiento⁽¹⁰⁰⁾. Se ha encontrado como principal fuente de tensión familiar los aspectos económicos, la salud de un familiar, las restricciones, limitaciones de la movilidad social y su propio carácter. Con relación al EESMLMR-2012 se identificaron cambios en ciertas fuentes de tensión en las mujeres⁽³⁰⁾. Se incrementaron como fuente de tensión los aspectos económicos de 65,0% (IC95% 63,0-67,0) en el 2012 a 72,1% (IC95% 68,4-75,5) en el estudio actual; la salud de algún familiar de 30,1% (IC95% 28,1-32,1) a 43,3% (IC95% 39,3-47,3) respectivamente, y se sumaron como fuentes de tensión las limitaciones de movilización producto de la pandemia. Sin embargo, también

se apreció una disminución en algunas fuentes de tensión como el carácter de su esposo de 37,1% (IC95% 35,1-39,2) en el 2012 a 16,4 (14,1-19,0) durante la pandemia, el propio carácter de 30,2% (IC95% 28,3-32,1) a 23,3% (IC95% 20,6-25,9), la infidelidad de su esposo de 18,3 (IC95% 16,6-20,1) a 1,9 (1,1-3,2), la indiferencia del esposo de 18,9 (IC95% 17,2-20,6) a 5,3% (IC95% 3,8-7,3), influencia de familiares fuera de la relación de 13,3 (IC95% 12,0-14,8) a 4,5 (IC95% 3,3-6,4). Esto se podría reconocer como algunos de los aspectos positivos de la pandemia; para las personas casadas el aumento del tiempo juntos debido a las limitaciones de movilidad podría tener un efecto positivo debido a que la situación forzaría una relación más cercana, aunque podría cambiar influenciado por otras situaciones como pérdida del trabajo o ingresos⁽¹⁰¹⁾. Un estudio cualitativo con 60 padres de distintas regiones del Reino Unido y de diversos contextos encontró que la mayoría de las familias percibieron la experiencia de confinamiento por la COVID-19 como positiva para reforzar los lazos y mejorar los vínculos⁽¹⁰²⁾.

Respecto a la violencia contra la pareja se encontró que 7,8% de las personas habían experimentado algún tipo de maltrato o abuso por parte de la pareja en el último año, y las mujeres tenían 2,5 veces más probabilidades de experimentar violencia con relación a los varones. Las mujeres presentaron una prevalencia anual de 10,8% (IC95% 8,6-13,5) de cualquier tipo de maltrato o abuso, cifra inferior a la encontrada en el EESMLMR -2012 que fue de 14,7 % (IC95% 13,3-16,3). Esto podría estar explicado por los hallazgos mencionados líneas arriba, sobre una disminución de ciertas tensiones familiares relacionadas con la pareja. En los varones, se encontró una prevalencia anual de cualquier tipo de abuso o maltrato de 4,6% (IC95% 3,3-6,8). No hay antecedentes nacionales sobre violencia contra el varón en estudios epidemiológicos, pero los hallazgos son similares a estudios en otras latitudes, como en la Encuestas Nacional sobre Violencia Íntima de Pareja y Violencia Sexual en los EEUU, donde se encontró una prevalencia anual de 5,5% (IC95% 4,4-6,1)⁽¹⁰³⁾. Sin embargo, con respecto al abuso sistemático contra la mujer, es decir como la presencia de algún tipo de abuso o maltrato con una frecuencia de 1 o 2 veces al mes, se encontró en este estudio en 8,0% (IC95% 6,0-10,6), mientras que en el año 2012 fue de 5,0% (IC95% 4,2-5,9). Es decir, los hallazgos de este estudio indican que, si bien disminuyó la frecuencia de maltrato en general, se incrementó la intensidad con la que las mujeres sufrían abuso sistemático. Estos resultados están en concordancia con un estudio en un servicio de emergencia durante la pandemia que, si bien no encontró una mayor frecuencia de víctimas de violencia doméstica, los casos reportados de violencia física fueron de mayor intensidad y peligrosidad⁽¹⁰⁴⁾.

En distintos lugares del mundo, inclusive en el Perú, se han incrementado las llamadas a las líneas de ayuda por problemas de violencia domésticas en comparación con períodos de no pandemia^(105,106). El incremento en la intensidad de la violencia podría ser una explicación para el incremento marcado en las llamadas de la línea de ayuda. La OMS por su parte, ha señalado que los sistemas de salud de los países deben incluir servicios esenciales para la atención de mujeres víctimas de violencia y deben proveer información acerca de servicios disponibles para estos casos, así como la identificación de los mismos por parte de los profesionales de la salud^(107,108). No se ha encontrado, hasta el momento, estudios poblacionales latinoamericanos reportados en este sentido.

Finalmente, debemos considerar las siguientes limitaciones en el presente estudio. Primero las entrevistas se basan en auto reportes que se sustentan en la memoria de la persona y por lo tanto podrían no tener acuciosidad. Los diagnósticos clínicos no han sido confirmados por una evaluación clínica. Además, en los casos clínicos detectados con los instrumentos utilizados, no se ha indagado sobre las causas del síndrome identificado, pudiendo tratarse de reacciones de adaptación de naturaleza transitoria; sin embargo, se han utilizado instrumentos para la identificación de trastornos mentales, según los criterios de investigación de la CIE-10. Por otro lado, el cuestionario utilizado no ha cubierto la totalidad de trastornos mentales por lo que la cifra identificada podría estar subestimada; sin embargo, se consideraron los trastornos de mayor prevalencia⁽³⁰⁾. Al tratarse de temas relacionados con la salud mental, no se descarta que exista una tendencia a no reportar por aspectos derivados de la discapacidad social. Al haberse realizado las entrevistas por llamadas telefónicas, no se descarta que se haya obviado un sector de la población de menores recursos; sin embargo, según el INEI el 96,4% de los hogares de la población de la provincia de Lima tiene acceso a telefonía celular⁽¹⁰⁹⁾. Asimismo, no se cuenta con antecedentes recientes para contrastar los hallazgos de este estudio habiendo utilizado, los resultados del último estudio epidemiológico del año 2012. Sin embargo, durante estos años no se han presentado eventos socioeconómicos o sociales importantes que pueda hacer pensar que existirían cambios notorios que no puedan ser mejor explicados por la experiencia de pandemia actual.

Conclusiones

Los resultados de este estudio mostrarían el efecto global de la pandemia sobre la salud mental de la población de Lima desde perspectivas, directas e indirectas. Por un lado, se han producido cambios dramáticos en el entorno de las

personas producto de las estrategias de control sanitario que han tenido que ser severas y de confinamientos de duración prolongada, los que han producido un impacto socioeconómico sin precedentes en la historia nacional y mundial. Por otro lado, se ha observado el impacto directo en las personas y sus familiares por la infección de COVID-19 y sus consecuencias funestas en muchos casos, que han enlutado a muchas familias. A esto se suma la precariedad de los sistemas de salud para enfrentar este tipo de situaciones y la impotencia en lograr soluciones rápidas y contundentes, como son las vacunas. Estos aspectos tienen un impacto importante en la salud mental de las personas no solo por la afectación de su salud mental sino también por la imposibilidad de lograr accesos oportunos a la atención por las limitaciones que la misma pandemia ha exigido asumir.

En comparación al período sin pandemia, se ha encontrado un incremento de los indicadores suicidas, una disminución en aspectos de la calidad de vida y de satisfacción con la vida. La mayor parte de la población muestra niveles de estrés de moderados a severos, ha experimentado un deterioro de la calidad de sueño y ha presentado una disminución en el funcionamiento psicosocial. Se ha encontrado, además, una asociación entre la condición de haber sido infectado y aspectos de salud mental incluyendo indicadores suicidas.

En este estudio se ha podido corroborar un incremento de la prevalencia de TM de alrededor de tres veces en comparación a períodos sin pandemia, especialmente en los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos, y se afectó sustancialmente el acceso a los servicios de atención de problemas de salud mental. Asimismo, se encontró además una asociación entre la condición de haber sido infectado por la COVID-19 y la presencia de TM. Estos resultados obligan a asumir que las políticas sociales deben de orientarse con prioridad en este aspecto. Finalmente, debemos puntualizar que, con relación a la violencia doméstica si bien en términos de violencia general no se ha mostrado un incremento en comparación con estudios previos, se encontró un incremento de la violencia sistemática, lo que implica que se ha vuelto más intensa.

Recomendaciones

1) Uno de los principales efectos de la pandemia es sobre la salud mental de las personas y, por lo tanto, las políticas sociales deberían orientarse con prioridad a este aspecto.

2) Al incrementarse los problemas de salud mental en la población general, serán necesarios más recursos tanto humanos como materiales y las instancias del sector deben anticiparse a esta necesidad.

3) Considerando el impacto de la COVID-19 en la salud mental de las personas que se contagian, debe incluirse acciones de prevención y detección en las personas infectadas.

4) Considerando una mayor afectación de la salud mental de las mujeres y el aumento de la intensidad de la violencia, se recomienda formular programas de detección y de prevención y procurar ambientes que puedan albergar a la mujer en situación de violencia con riesgo para la vida.

5) Deben implementarse programas preventivos dirigidos al desarrollo de recursos de afrontamiento del estrés fortalecimiento de la resiliencia y el mantenimiento de hábitos saludables a favor del desarrollo de entornos saludables. Asimismo, la formulación de programas preventivos sobre problemas detectados como alteración del sueño y en grupos vulnerables como las personas que han perdido a familiares por el COVID.

6) Se debe mantener actualizada la información sobre la salud mental en relación con la COVID, con investigaciones periódicas y a nivel nacional.

7) Se sugiere ampliar las investigaciones a las poblaciones que están en la primera línea de atención de los pacientes y de problemas derivados de la pandemia: profesionales y trabajadores de salud, policía, bomberos y servicios funerarios.

8) Se insta a la mejora de los niveles socioeconómicos individuales y poblacionales del país, para el afronte y soporte de las situaciones de pandemia, tanto como sin ella.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer a la Dra. Elvia Velásquez de Pavón por las valiosas sugerencias recibidas al protocolo.

Referencias bibliográficas

- Defensoría del Pueblo.** Estado de Emergencia Sanitaria: El problema de la informalidad laboral en una economía confinada". Serie Informes Especiales N° 02-2020-DP. Obtenido de: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2020/04/Serie-de-Informes-Especiales-N%C2%B0-02-2020-DP-Problema-de-la-informalidad-laboral-en-una-economia-confinada.pdf>
- Nussbaumer-Streit B, Mayr V, Dobrescu AI, Chapman A, Persad E, Klerings I, Wagner G, Siebert U, Christof C, Zachariah C, Gartlehner G.** Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 4. Art. No.: CD013574. doi: 10.1002/1410.1002/14651858.CD013574.
- CEPAL.** Informe Especial COVID-19 América Latina y el Caribe ante la pandemia del COVID-19. Efectos económicos y sociales. 3 de abril 2020. Obtenido en: <https://www.cepal.org/publicaciones/45337-america-latina-caribe-la-pandemia-covid-19-efectos-economicos-sociales>
- Simpson PL, Butler TG.** Covid-19, prison crowding, and release policies. *BMJ: British Medical Journal (Online)*, 2020;369 doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m1551>
- Rubin GJ.** The psychological effects of quarantining a city. *BMJ* 2020;368:m313 doi: 10.1136/bmj.m313 (Published 28 January 2020).
- Perales A.** Salud mental en el Perú. Variables socioeconómicas, políticas y culturales. *Anales de Salud Mental* 1993; IX:83-107.
- Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y.** A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations [published correction appears in *Gen Psychiatr*. 2020 Apr 27;33(2):e100213corr1]. *Gen Psychiatr*. 2020;33(2):e100213. Published 2020 Mar 6. doi:10.1136/gpsych-2020-100213.
- Choi EPH, Hui BPH, Wan EYF.** Depression and Anxiety in Hong Kong during COVID-19. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(10):3740. Published 2020 May 25. doi:10.3390/ijerph17103740
- Instituto Nacional de Salud Mental.** Confiabilidad y validez de los cuestionarios de salud mental de Lima y de la Selva Peruana. *Anales de Salud Mental* 2009; XXV (Supl. 1):1-259.
- INEI.** Manual de la Encuestadora de la Encuesta Nacional de Hogares 2000 IV trimestre Oct 2000.
- Feres JC, Macero X.** Enfoques para la medición de la pobreza. Breve revisión de la literatura. Santiago de Chile: UN; 2001. [Citado el 3 de noviembre de 2005] Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/Estadisticas/9/lcl1479/lcl1479e.pdf>.
- Mezzich JE, Ruipérez MA, Pérez C, Ion G, Liu J, Mamad S.** The Spanish version of the quality of life index: presentation and validation. *J Nerv Ment Dis* 2000;188:301-305.
- World Health Organization (1997).** Multiaxial Presentation of ICD-10 for Adults. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.
- WPA IGDA Workgroup, IGDA7.** Standardized multi-axial diagnostic formulation. *British Journal of Psychiatry* 2003;182 (suppl. 45):s52-s54.
- Pavot William, Diener Ed.** Review of the Satisfaction with life scale. *Psychological Assessment* 1993;5(2):164-172.
- Cabañero Martínez JM, Richart Martínez M, Cabrero García J, Orts Cortés MI, Reig Ferrer A, Tosal Herrero B.** Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puerperas. *Psicothema* 2004;16(3):448-455.
- Harrington R, Loffredo DA.** The relationships between life satisfaction, self-consciousness, and the Myers-Briggs Type Inventory Dimensions. *Journal of Psychology* 2001;135:439-450.
- Atienza FL, Pons D, Balaguer I, García-Merita M.** Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema* 2000;12:314-319.
- Ly G.** 2004. Atribuciones causales de la satisfacción con la vida en un grupo de adultos de Lima. Tesis de Licenciatura en Psicología. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Block J, Kremen A.** IQ and Ego-resiliency: conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology* 1996;70(2):349-361.
- Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R.** A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983;24(4):385-396.
- Lee EH.** Review of the psychometric evidence of the perceived stress scale. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2012;6(4):121-127. doi:10.1016/j.anr.2012.08.004
- Guzmán-Yacamán JE, Reyes-Bossio M.** Adaptación de la Escala de Percepción Global de Estrés en estudiantes universitarios peruanos. *Revista de Psicología*, 2018;36(2): 719-750.
- Anicama J, Vizcardo S, Carrasco J, Mayorga E.** Estudio epidemiológico Violencia y comportamientos asociados en Lima Metropolitana. Oficina General de Epidemiología, Universidad Nacional Federico Villarreal, 1999.
- Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, Lépine JP, Sheehan D, Janavs J, Baker R, Sheehan KH, Knapp E, Sheehan M.** Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en Español 5.0.0. 2001; documento proporcionado por el autor.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC.** The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59 Suppl. 20:22-33.
- Lama A.** Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en el Perú. INEI Programa MECOVI-PERU/BID/BM/CEPAL. Lima: INEI; 2000. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0387/indice.HTM>. Acceso el 12 de septiembre del 2005.
- Buysee DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ.** The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. *Psychiatry Research* 1989; 28:193-213.
- Luna-Solis Y, Robles-Arana Y, Agüero-Palacios Y.** Validación del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh en una muestra peruana. *Anales de Salud Mental*. 2015;31(2):23-30.
- Instituto Nacional de Salud Mental.** Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao - Replicación

2012. Informe General. *Anales de Salud Mental*. 2013;XXIX: 1-392.
31. **Lau JT, Yang X, Tsui HY, Pang E, Wing YK.** Positive mental health-related impacts of the SARS epidemic on the general public in Hong Kong and their associations with other negative impacts. *J Infect*. 2006 Aug;53(2):114-24. doi: 10.1016/j.jinf.2005.10.019. Epub 2005 Dec 15. PMID: 16343636; PMCID: PMC7132442.
 32. **Calo-Blanco A, Kovářik J, Mengel F, Romero JG.** Natural disasters and indicators of social cohesion. *PLoS ONE*. 2017; 12(6): e0176885. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176885>
 33. **de Quadros Duarte M, Almeida da Silva Santo M, Palmeiro Lima C, Portella Giordani J, Marcelli Trentini C.** Covid-19 and the impacts on mental health: a sample from Rio Grande do Sul, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2020 09;25(9):3401-3411.
 34. **MINSA.** Resultados preliminares del estudio de seroprevalencia en Lima revelan que alrededor del 35% de la población ha tenido COVID-19. Nota de Prensa. 24 de noviembre de 2020. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/316934-resultados-preliminares-del-estudio-de-seroprevalencia-en-lima-revelan-que-alrededor-del-35-de-la-poblacion-ha-tenido-covid-19>.
 35. **Mizumoto K, Kagaya K, Zarebski A, Chowell G.** Estimating the asymptomatic proportion of coronavirus disease 2019 (COVID-19) cases on board the Diamond Princess cruise ship, Yokohama, Japan, 2020. *Eurosurveillance*. 2020;25,2000180 Access: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.10.2000180>
 36. **Nishiura H, Kobayashi T, Miyama T, Suzuki A, Jung SM, Hayashi K, Kinoshita R, Yang Y, Yuan B, Akhmetzhanov AR, Linton NM.** Estimation of the asymptomatic ratio of novel coronavirus infections (COVID-19). *Int J Infect Dis*. 2020 May;94:154-155. doi: 10.1016/j.ijid.2020.03.020. Epub 2020 Mar 14. PMID: 32179137; PMCID: PMC7270890.
 37. **WHO.** COVID-19 oxygen emergency impacting more than half a million people in low- and middle-income countries every day, as demand surges. Internet 25 February 2021. <https://www.who.int/news/item/25-02-2021-covid-19-oxygen-emergency-impacting-more-than-half-a-million-people-in-low--and-middle-income-countries-every-day-as-demand-surges>.
 38. **Statista.** Number of intensive care unit (ICU) beds in hospitals in selected countries in Latin America in 2019. Internet. Accedido en: <https://www.statista.com/statistics/1119085/latin-america-penetration-rate-icu-beds-hospitals/>
 39. **He J, He L, Zhou W, Nie X, He M.** Discrimination and Social Exclusion in the Outbreak of COVID-19. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Apr 23;17(8):2933. doi: 10.3390/ijerph17082933. PMID: 32340349; PMCID: PMC7215298.
 40. **Singh R, Subedi M.** COVID-19 and stigma: Social discrimination towards frontline healthcare providers and COVID-19 recovered patients in Nepal. *Asian J Psychiatr*. 2020 Oct;53:102222. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102222. Epub 2020 Jun 13. PMID: 32570096; PMCID: PMC7293527.
 41. **Orso D, Federici N, Copetti R, Vetrugno L, Bove T.** Infodemic and the spread of fake news in the COVID-19-era. *Eur J Emerg Med*. 2020 Oct;27(5):327-328. doi: 10.1097/MEJ.0000000000000713. PMID: 32332201; PMCID: PMC7202120.
 42. **Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al.** The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* 2020;395(10227):912-920. Published: February 26, 2020 doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).
 43. **DiGiovanni C, Conley J, Chiu D, Zaborski J.** Factors influencing compliance with quarantine in Toronto during the 2003 SARS outbreak. *Biosecure Bioterror*. 2004;2(4):265-272. doi:10.1089/bsp.2004.2.265.
 44. **Rehman U, Shahnawaz MG, Khan NH, et al.** Depression, Anxiety and Stress Among Indians in Times of Covid-19 Lockdown. *Community Ment Health J* 57, 42-48 (2021). <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00664-x>
 45. **Veeramachaneni S, Bose Kothapalli, Radhakrishna M.** Evaluation and Efficacy of Psychological Vaccine in Controlling Perceived Stress: A Longitudinal Study. *Indian Journal of Positive Psychology*. 2019;10(4):235-243.
 46. **Samlani Z, Lemfadli Y, Adil A E, Oubaha S, Krati K.** (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and well-being in morocco. Basel: MDPI AG. Obtenido de: <https://bibvirtual.upch.edu.pe:2052/docview/2416726008?acountid=42404>
 47. **Terence C. Cheng TC, Kim S, Koh K.** The Impact of COVID-19 on Subjective Well-Being: Evidence from Singapore. Internet. Bonn: IZA-Institute of Labor Economics; September 2020. <http://ftp.iza.org/dp13702.pdf>
 48. **Carr JE.** Stress and Illness. En: Wedding D (ed.) *Behavior & Medicine*. Seattle: Hogrefe & Huber Publishers, 2001. Pag. 231-244.
 49. **Yang L, Zhao Y, Wang Y, et al.** The Effects of Psychological Stress on Depression. *Curr Neuropharmacol*. 2015;13(4):494-504. doi:10.2174/1570159x1304150831150507
 50. **Patriquin MA, Mathew SJ.** The Neurobiological Mechanisms of Generalized Anxiety Disorder and Chronic Stress. *Chronic Stress (Thousand Oaks)*. 2017;1:10.1177/2470547017703993. doi:10.1177/2470547703993
 51. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association 2013.
 52. **Krüger-Malpartida H, Pedraz-Petrozzi B, Arevalo-Flores M, Samalvides-Cuba F, Anculle-Arauco V, Dancuart-Mendoza M.** Effects on Mental Health After the COVID-19 Lockdown Period: Results From a Population Survey Study in Lima, Peru *Clinical Medicine Insights: Psychiatry*. 2020;11:1-9.
 53. **Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y.** A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations [published correction appears in *Gen Psychiatr*. 2020 Apr 27;33(2):e100213corr1]. *Gen Psychiatr*. 2020;33(2):e100213. Published 2020 Mar 6. doi:10.1136/gpsych-2020-100213.
 54. **Wang C, Pan R, Wan X, et al.** Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5):1729. Published 2020 Mar 6. doi:10.3390/ijerph17051729.
 55. **Mazza C, Ricci E, Biondi S, Colasanti M, Ferracuti S, Napoli C, et al.** A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors. *International Journal of Environmental*

- Research and Public Health 2020;17(9):3165.
56. **Zhang Y, Ma ZF.** Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Quality of Life among Local Residents in Liaoning Province, China: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(7):2381. Published 2020 Mar 31. doi:10.3390/ijerph17072381
 57. **Prati G, Mancini AD.** The psychological impact of COVID-19 pandemic lockdowns: a review and meta-analysis of longitudinal studies and natural experiments. *Psychological Medicine.* 2021;51:201-211. <https://doi.org/10.1017/S0033291721000015>
 58. **Jahrami H, BaHammam AS, Bragazzi NL, Saif Z, Faris M, Vitiello MV.** Sleep problems during the COVID-19 pandemic by population: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Sleep Med.* 2021 Feb 1;17(2):299-313. doi: 10.5664/jcsm.8930 . PMID: 33108269; PMCID: PMC7853219.
 59. **Tiwari GK, Rai PK, Dwivedi A, Ray B.** The Outbreak of COVID-19: A Narrative Thematic Analysis of the Perceived Psychological and health Outcomes [Preprint]. Preprints 2020. <https://doi.org/10.22541/au.158955320.05988992>
 60. **Reger MA, Stanley IH, Joiner TE.** Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019-A Perfect Storm? *JAMA Psychiatry.* 2020;77(11):1093-1094. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.1060
 61. **Iob E, Steptoe A, Fancourt D.** Abuse, self-harm and suicidal ideation in the UK during the COVID-19 pandemic. *Br J Psychiatry.* 2020 Oct;217(4):543-546. doi: 10.1192/bjp.2020.130. PMID: 32654678; PMCID: PMC7360935.
 62. **Zorzea TC, Brenna CTA, Joyce M, McClelland H, Tippett M, Tran MM, Arensman E, Corcoran P, Hatcher S, Heise MJ, Links P, O'Connor RC, Edgar NE, Cha Y, Guaiiana G, Williamson E, Sinyor M, Platt S.** The Impact of Infectious Disease-Related Public Health Emergencies on Suicide, Suicidal Behavior, and Suicidal Thoughts. *Crisis.* 2020 Oct 16:1-14. doi: 10.1027/0227-5910/a000753. Epub ahead of print. PMID: 33063542.
 63. **John A, Okolie C, Eyles E, Webb RT, Schmidt L, McGuinness LA, Olorisade BK, Arensman E, Hawton K, Kapur N, Moran P, O'Connor RC, O'Neill S, Higgins JPT, Gunnell D.** The impact of the COVID-19 pandemic on self-harm and suicidal behaviour: a living systematic review. *F1000Res.* 2020 Sep 4;9:1097. doi: 10.12688/f1000research.25522.1. PMID: 33604025; PMCID: PMC7871358.
 64. **Fancourt D, Bu F, Mak HW, Steptoe A.** Covid-19 Social Study Results Release 26. Department of Behavioural Science & Health 3rd December 2020. University College London.
 65. **Instituto Nacional de Salud Mental.** Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao - Replicación 2012. Informe General. *Anales de Salud Mental.* 2013; XXIX: 1-392.
 66. **Duarte Md, Manuela Almeida dS, Carolina PL, Jaqueline PG, Trentini CM.** Covid-19 and the impacts on mental health: a sample from Rio Grande do Sul, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2020 09;25(9):3401-3411.
 67. **MINSa.** Resultados preliminares del estudio de seroprevalencia en Lima revelan que alrededor del 35% de la población ha tenido COVID-19. Nota de Prensa. 24 de noviembre de 2020. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/316934-resultados-preliminares-del-estudio-de-seroprevalencia-en-lima-revelan-que-alrededor-del-35-de-la-poblacion-ha-tenido-covid-19>
 68. **Mizumoto K, Kagaya K, Zarebski A, Chowell G.** Estimating the asymptomatic proportion of coronavirus disease 2019 (COVID-19) cases on board the Diamond Princess cruise ship, Yokohama, Japan, 2020. *Eurosurveillance.* 2020; 25, 2000180 Access: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.10.2000180>
 69. **Nishiura H, Kobayashi T, Miyama T, Suzuki A, Jung SM, Hayashi K, Kinoshita R, Yang Y, Yuan B, Akhmetzhanov AR, Linton NM.** Estimation of the asymptomatic ratio of novel coronavirus infections (COVID-19). *Int J Infect Dis.* 2020 May;94:154-155. doi: 10.1016/j.ijid.2020.03.020. Epub 2020 Mar 14. PMID: 32179137; PMCID: PMC7270890.
 70. **He J, He L, Zhou W, Nie X, He M.** Discrimination and Social Exclusion in the Outbreak of COVID-19. *Int J Environ Public Health.* 2020 Apr 23;17(8):2933. doi: 10.3390/ijerph17082933. PMID: 32340349; PMCID: PMC7215298.
 71. **Ettman CK, Abdalla SM, Cohen GH, Sampson L, Vivier PM, Galea S.** Prevalence of Depression Symptoms in US Adults Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open.* 2020;3(9):e2019686. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.19686.
 72. **Nochaiwong S, Ruengorn C, Thavorn K, Hutton B, Awiphan R, Phosuya C, et al.** Global prevalence of mental health issues among the general population during the coronavirus disease-2019 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep.* 2021 May 13;11(1):10173. doi:10.1038/s41598-021-89700-8.
 73. **Kwong ASF, Pearson RM, Adams MJ, Northstone K, Tilling K, Smith D, Fawns-Ritchie C, Bould H, Warne N, Zammit S, Gunnell DJ, Moran PA, Micali N, Reichenberg A, Hickman M, Rai D, Haworth S, Campbell A, Altschul D, Flaig R, McIntosh AM, Lawlor DA, Porteous D, Timpson NJ.** Mental health before and during the COVID-19 pandemic in two longitudinal UK population cohorts. *Br J Psychiatry.* 2020 Nov 24:1-10. doi: 10.1192/bjp.2020.242.
 74. **Liu N, Zhang F, Wei C, et al.** Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry Res.* 2020;287:112921. doi:10.1016/j.psychres.2020.112921
 75. **Wang Y, Lu H, Hu M, Wu S, Chen J, Wang L, Luo T, Wu Z, Liu Y, Tang J, Chen W, Deng Q, Liao Y.** Alcohol Consumption in China Before and During COVID-19: Preliminary Results From an Online Retrospective Survey. *Front Psychiatry.* 2020 Nov 25;11:597826. doi: 10.3389/fpsy.2020.597826.
 76. **Jacob L, Smith L, Armstrong NC, Yakkundi A, Barnett Y, Butler L, McDermott DT, Koyanagi A, Shin JI, Meyer J, Firth J, Remes O, López-Sánchez GF, Tully MA.** Alcohol use and mental health during COVID-19 lockdown: A cross-sectional study in a sample of UK adults. *Drug Alcohol Depend.* 2021 Feb 1;219:108488. doi: 10.1016/j.drugalcdep.12020.108488.
 77. **Koopmann A, Georgiadou E, Kiefer F, Hillemacher T.** Did the General Population in Germany Drink More Alcohol during the COVID-19 Pandemic Lockdown? *Alcohol Alcohol.* 2020 Oct 20;55(6):698-699. doi: 10.1093/alcalc/aga058.
 78. **Ozamiz-Etxebarria N, Idoiaga Mondragon N, Dosil Santamaría M, Picaza Gorrotxategi M.** Psychological Symptoms During the Two Stages of Lockdown in Response to the COVID-19 Outbreak: An Investigation in a Sample of Citizens in Northern Spain. *Front Psychol.* 2020 Jun 18;11:1491. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01491. Erratum in: *Front Psychol.* 2020 Sep 01;11:2116. PMID: 32625157; PMCID:

- PMC7314923.
79. **Ministerio de la Protección Social.** Estudio Nacional de Salud Mental - Colombia 2003. Cali: Ministerio de la Protección Social y Fundación Fes Social; 2005.
 80. **Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G.** Common mental disorders in Santiago, Chile. *Br J Psychiatry* 2001; 178:228-233.
 81. **Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al.** Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1994;51:8-19.
 82. **Gao J, Zheng P, Jia Y, et al.** Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLoS One.* 2020;15(4):e0231924. Published 2020 Apr 16. doi:10.1371/journal.pone.0231924
 83. **Deng J, Zhou F, Hou W, Silver Z, Wong CY, Chang O, Huang E, Zuo QK.** The prevalence of depression, anxiety, and sleep disturbances in COVID-19 patients: a meta-analysis. *Ann N Y Acad Sci.* 2021 Feb;1486(1):90-111. doi: 10.1111/nyas.14506.
 84. **Rogers JP, Chesney E, Oliver D, Pollak TA, McGuire P, Fusar-Poli P, Zandi MS, Lewis G, David AS.** Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry.* 2020 Jul;7(7):611-627. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30203-0.
 85. **Krüger-Malpartida H, Pedraz-Petrozzi B, Arevalo-Flores M, Samalvides-Cuba F, Anculle-Arauco V, Dancuart-Mendoza M.** Effects on Mental Health After the COVID-19 Lockdown Period: Results From a Population Survey Study in Lima, Peru *Clinical Medicine Insights: Psychiatry* 2020;11:1-9.
 86. **World Health Organization.** The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA3.0IGO.
 87. **Saavedra JE, Galea JT.** Access of Mental Health Services by the Adult Population in Metropolitan Lima, Peru: Characteristics, Perceptions and Need for Care. *Community Ment Health J.* 2021 Feb;57(2):228-237. doi: 10.1007/s10597-020-00639-y.
 88. **Lau JT, Yang X, Tsui HY, Pang E, Wing YK.** Positive mental health-related impacts of the SARS epidemic on the general public in Hong Kong and their associations with other negative impacts. *J Infect.* 2006 Aug;53(2):114-24. doi: 10.1016/j.jinf.2005.10.019. Epub 2005 Dec 15. PMID: 16343636; PMCID: PMC7132442.
 89. **Marsland AL, Bachen EA, Cohen S, Rabin B, Manuck SB.** Stress, immune reactivity and susceptibility to infectious disease. *Physiol Behav.* 2002 Dec;77(4-5):711-6. doi: 10.1016/S0031-9384(02)00923-X. PMID: 12527024.
 90. **Rogers JP, Chesney E, Oliver D, Pollak TA, McGuire P, Fusar-Poli P, Zandi MS, Lewis G, David AS.** Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry.* 2020 Jul;7(7):611-627. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30203-0.
 91. **Postolache TT, Benros ME, Brenner LA.** Targetable Biological Mechanisms Implicated in Emergent Psychiatric Conditions Associated With SARS-CoV-2 Infection. *JAMA Psychiatry.* 2021;78(4):353-354. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.2795
 92. **Wu P, Liu X, Fang Y, Fan BQ, Fuller CJ, Guan Z, Yao Z, Kong J, Lu J, Litvak IJ.** (2008). Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak. *Alcohol and alcoholism.* 2008; 43(2):706-712.
 93. **Taquet M, Geddes JR, Husain M, Luciano S, Harrison PJ.** 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. *The Lancet Psychiatry.* 2021;8:416-427. DOI:https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00084-5
 94. **Taquet M, Luciano S, Geddes JR, Harrison PJ.** Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. *The Lancet Psychiatry.* 2021; 8(2):130-140. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30462-4
 95. **Varatharaj A, Thomas N, Ellul MA, Davies NWS, Pollak TA, Tenorio EL, Sultan M, Easton A, Breen G, Zandi M, Coles JP, Manji H, Al-Shahi Salman R, Menon DK, Nicholson TR, Benjamin LA, Carson A, Smith C, Turner MR, Solomon T, Kneen R, Pett SL, Galea I, Thomas RH, Michael BD; CoroNerve Study Group.** Neurological and neuropsychiatric complications of COVID-19 in 153 patients: a UK-wide surveillance study. *Lancet Psychiatry.* 2020 Oct;7(10):875-882. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30287-X. Epub 2020 Jun 25. Erratum in: *Lancet Psychiatry.* 2020 Jul 14; PMID: 32593341; PMCID: PMC73164
 96. **Li L, Li F, Fortunati F, Krystal JH.** Association of a Prior Psychiatric Diagnosis With Mortality Among Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Infection. *JAMA Netw Open.* 2020 Sep 1;3(9):e2023282. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.23282. PMID: 32997123; PMCID: PMC7527869.
 97. **Mufaddel A, Omer AA, Salem MO.** Psychiatric Aspects of Infectious Diseases. *Open Journal of Psychiatry.* 2014;4:202-217.
 98. **World Health Organization.** The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA3.0IGO.
 99. **Saavedra JE, Galea JT.** Access of Mental Health Services by the Adult Population in Metropolitan Lima, Peru: Characteristics, Perceptions and Need for Care. *Community Ment Health J.* 2021 Feb;57(2):228-237. doi: 10.1007/s10597-020-00639-y.
 100. **WHO-Human Reproduction Programme.** COVID-19 and violence against women. What the health sector/system can do. 24 March 2020 Internet Obtenido de: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/COVID-19-VAW-full-text.pdf?ua=1>
 101. **Hamermesh DS.** Lock-Downs, Loneliness And Life Satisfaction. Nber Working Paper Series. Internet April 2020. Obtenido de: <https://www.nber.org/papers/w27018>
 102. **Clayton C, Clayton R, Potter M.** British Families in Lockdown. Internet. Leeds: Leed Trinity University; July 2020. Obtenido de <https://www.leedstrinity.ac.uk/media/site-assets/documents/key-documents/pdfs/british-families-in-lockdown-report.pdf>
 103. **Smith SG, Zhang X, Basile KC, et al.** The national intimate partner and sexual violence survey: 2015 data brief-updated

release. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/2015data-brief508.pdf>. Publicado Noviembre 2018. Updated November 2018. Obtenido 30 de marzo, 2021.

- 104. Gosangi B, Park H, Thomas R, Gujrathi R, Bay CP, Raja AS, Seltzer SE, Balcom MC, McDonald ML, Orgill DP, Harris MB, Boland GW, Rexrode K, Khurana B.** Exacerbation of Physical Intimate Partner Violence during COVID-19 Pandemic. *Radiology*. 2021 Jan;298(1):E38-E45. doi: 10.1148/radiol.2020202866.
- 105. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP).** Estadísticas del Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar -AURORA- Perú, 2020. Obtenido el 8 de abril 2021 de: https://www.mimp.gob.pe/programas_nacionales/pncvfs/estadistica/boletin_diciembre_2020/BV_Diciembre_2020.pdf
- 106. Boserup B, McKenney M, Elkbuli A.** Alarming trends in US domestic violence during the COVID-19 pandemic. *Am J Emerg Med*. 2020 Dec;38(12):2753-2755. doi: 10.1016/j.jem.2020.04.077.
- 107. World Health Organization.** COVID-19 and violence against women What the health sector/system can do. 7 April 2020. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331699/WHO-SRH-20.04-eng.pdf>
- 108. Roesch E, Amin A, Gupta J, García-Moreno C.** Violence against women during covid-19 pandemic restrictions. *BMJ*. 2020;369:m1712. Published 2020 May 7. doi:10.1136/bmj.m1712
- 109. INEI.** La población de Lima supera los nueve millones y medio de habitantes. Internet. <http://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/la-poblacion-de-lima-supera-los-nueve-millones-y-medio-de-habitantes-12031/>

Contribución de autoría: JES ha participado en la concepción de la investigación, concepción metodológica, diseño del artículo, análisis e interpretación de los datos, redacción y aprobación de la versión final. KAG ha participado en la concepción de la investigación, interpretación de datos, redacción y aprobación de la versión final. WHCM ha participado en la concepción de la investigación, interpretación de datos, redacción y aprobación de la versión final. JHP ha participado en la concepción de la investigación, concepción metodológica, interpretación de datos, redacción y aprobación de la versión final. JES ha participado en la concepción de la investigación, concepción metodológica, interpretación de datos, redacción y aprobación de la versión final. YLS ha participado en la concepción de la investigación, concepción metodológica, interpretación de datos, redacción y aprobación de la versión final. YNH ha participado en la concepción de la investigación, concepción metodológica, interpretación de datos, redacción y aprobación de la versión final. YRA ha participado en la concepción de la investigación, interpretación de datos, redacción y aprobación de la versión final. SSA ha participado en la concepción de la investigación, interpretación de datos, redacción y aprobación de la versión final. JMVD ha participado en la concepción de la investigación, interpretación de datos, redacción y aprobación de la versión final. SZB ha participado en la concepción de la investigación, interpretación de datos, redacción y aprobación de la versión final.

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Financiamiento: El estudio original se realizó con financiamiento del Instituto Nacional de Salud Mental.

Citar como: Saavedra JE, Aliaga-Giraldo K, Castillo-Martell WH, Huamán-Pineda J, Luna-Solis Y, Nicolás-Hoyos Y, Krüger-Malpartida H, Paz-Schaeffer V, Robles-Arana Y, Sagástegui-Soto AA, Sarabia-Arce S, Vega-Dienstmaier JM, Zevallos-Bustamante S. Estudio epidemiológico sobre el impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental de la población de Lima Metropolitana. *Diagnóstico (Lima)*. 2022;61(3):147-186.

DOI: <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v61i3.374>

Correspondencia: Javier E. Saavedra, Jr. Eloy Espinoza Saldaña 709, San Martín de Porres, Lima - Perú.

Correo electrónico: jsaavedra@insm.gob.pe; javier.saavedra@upch.pe

FUNDACIÓN INSTITUTO HIPÓLITO UNANUE

• fihu-diagnostico@alafarpe.org.pe • www.fihu.org.pe

**UN RECONOCIMIENTO A TODOS
LOS PROFESIONALES DE LAS
CIENCIAS DE LA SALUD, POR SU
COMPROMISO, POR SU LABOR
CENTRADA EN LA CALIDAD DE
VIDA DE LOS PACIENTES Y POR
ESTAR EN PRIMERA LÍNEA DE
BATALLA EN LA LUCHA CONTRA
EL COVID-19.**



FUNDACIÓN INSTITUTO HIPÓLITO UNANUE

DE LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE LABORATORIOS FARMACÉUTICOS
(ALAFARPE)