

# DIAGNÓSTICO

Revista Médica de la Fundación Instituto Hipólito Unanue

ISSN 1018-2888 (impreso) • ISSN 2709-7951 (online)

Volumen 63 • Número 3 • Julio - Septiembre 2024

## Editorial

- Salud Mental y crisis globales:  
Reflexiones, estudios y planteamientos

## Artículos Originales

- Evaluación del nivel de conocimiento sobre la infodemia en dos instituciones universitarias del Perú

## Simposio sobre Salud Mental en tiempos de crisis (2024)

- Salud Mental Global: Enfoques, Crisis e Impacto
- Problemas de Salud Mental durante las crisis sociales:  
Lo que hemos aprendido de la pandemia por COVID-19
- COVID-19 y Salud Mental Global: Aspectos epidemiológicos
- Entidades psiquiátricas frecuentes y perspectivas clínicas en tiempos de crisis
- Atención en Salud Mental por médicos no psiquiatras

## Artículos de Revisión

- El dengue: Son necesarios estudios multicéntricos aleatorizados, con las medicinas que en segunda indicación podrían ser efectivas.

## Casos Clínicos

- Torsión omental simulando apendicitis aguda,  
Reporte de un caso y revisión de la literatura.

## Galería del Libro Médico Peruano

- CardioOncología en cáncer de mama y en cáncer de próstata

## Revista de Revistas

- Liraglutida. Para niños de 6 a 12 años de edad con obesidad

Depósito Legal N° 2000 - 3000 Distribución gratuita - Prohibida su venta

[www.fihu.org.pe](http://www.fihu.org.pe)



Revista  
DIAGNÓSTICO



Revista  
DIAGNÓSTICO



Revista  
DIAGNÓSTICO

# DIAGNÓSTICO

Revista Médica de la Fundación Instituto Hipólito Unanue

ISSN 1018-2888 (Impreso) • ISSN 2709-7951 (Online)

VOLUMEN 63 • NÚMERO 3 • JULIO - SEPTIEMBRE 2024

## Contenido

127

**editorial**

Salud Mental y crisis globales: Reflexiones, estudios y planteamientos

**Renato D. Alarcón-Guzmán, Silvana-Sarabia Arce.**

Mental Health and global crises: Reflections, studies and approaches.

129

**artículos originales**

Evaluación del nivel de conocimiento sobre la infodemia en dos instituciones universitarias del Perú.

**Carolina Mayo Takahashi-Ferrer, Julio Gabriel Chávez-Chávez, Jimena Carolina Chávez-Chávez, Jorge Eduardo Poemape-Lira.**

Evaluation of the level of knowledge about the infodemic in two university institutions in Peru.

136

**simposio**

**-Salud Mental en tiempos de crisis (2024)  
Primera Parte**

**-Mental Health in times of crisis (2024)  
First Part**

Salud Mental Global: Enfoques, Crisis e Impacto.

**Inés Bustamante, Sakiko Yamaguchi.**

Global Mental Health: Approaches, Crisis, and Impact.

148

Problemas de Salud Mental durante las crisis sociales: Lo que hemos aprendido de la pandemia por COVID-19.

**Marta B. Rondón.**

Mental Health problems during social crises: What we have learned from the COVID-19 pandemic.

157

COVID-19 y Salud Mental Global: Aspectos epidemiológicos.

**Johann M. Vega-Dienstmaier.**

COVID-19 and Global Mental Health: Epidemiological aspects.

162

Entidades psiquiátricas frecuentes y perspectivas clínicas en tiempos de crisis.

**Horacio Vargas-Murga, Kenneth Vargas-Suárez**

Common psychiatric entities and clinical perspectives in times of crisis.

174

Atención en Salud Mental por médicos no psiquiatras.

**José Luis Calderón-Viacava, María Edith Baca-Cabrejos**

Mental Health care by non-psychiatry physicians.

182

**artículos de revisión**

El dengue: Son necesarios estudios multicéntricos aleatorizados, con las medicinas que en segunda indicación podrían ser efectivas.

**Roberto Alfonso Accinelli.**

Dengue: Randomized multicenter studies are needed with medicines that could be effective as a second indication.

188

**casos clínicos**

Torsión omental simulando apendicitis aguda. Reporte de un caso y revisión de la literatura.

**Fátima Manrique-Sila, Angel F. Vera-Portilla, Daniela Velásquez-Farfán, George Manrique-Sila, Walter Vera-Portilla.**

Omental torsion mimicking acute appendicitis. Case report and literature review.

195

**libro médico galería del peruano**

CardioOncología en cáncer de mama y en cáncer de próstata.

**Enrique Ruiz Mori.**

196

**revista de revistas**

Liraglutida. Para niños de 6 a 12 años de edad con obesidad.

**Rolando Calderón Velasco.**

# DIAGNÓSTICO

Revista Médica de la Fundación Instituto Hipólito Unanue

Incluida en el INDEX MEDICUS LATINOAMERICANO (IMLA), LATINDEX Catálogo 2.0, LILACS, ALICIA, ISSN, CROSSREF, CROSSREF Similarity Check, REDIB, PKP, BASE, GOOGLE Académico, DOI, OPEN ACCES, DORA

Depósito Legal N° 2000 - 3000  
ISSN 1018-2888 (impreso) • ISSN 2709-7951 (online)

Volumen 63 • Número 3 • Julio - Septiembre 2024

## Asociados



## Grupo de Trabajo de Dispositivos



## Editor

Dr. Rolando Calderón Velasco  
(Profesor Emérito, Universidad Peruana Cayetano Heredia)  
<https://orcid.org/0000-0002-9561-443X>

## Miembros Consejo Editorial

Dr. Fausto Garmendia Lorena  
(Profesor Extraordinario Experto, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos)  
<https://orcid.org/0000-0002-6513-8743>

Dr. Nelson Raúl Morales Soto  
(Profesor Principal de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos)  
<https://orcid.org/0000-0002-8752-627X>

Dr. Guillermo Quiroz Jara  
(Ex Profesor Asociado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos)  
<https://orcid.org/0000-0001-5787-839X>

Dr. Melitón Arce Rodríguez  
(Profesor Emérito, Universidad Nacional Federico Villareal)  
<https://orcid.org/0000-0001-8515-2406>

Dr. José Aliaga Arauco  
(Profesor Emérito, Universidad Peruana Cayetano Heredia)  
<https://orcid.org/0000-0002-9218-3494>

Dr. Guido Perona Miguel de Priego  
(Profesor Asociado, Universidad Peruana Cayetano Heredia)  
<https://orcid.org/0000-0003-4092-7364>

## Edición y Producción Gráfica

Sr. Fernando Cazorla Figueroa  
Sr. Emilio Cazorla Figueroa  
Telf.: 933-684628  
[rev.diagnostico.editoresgraficos@gmail.com](mailto:rev.diagnostico.editoresgraficos@gmail.com)

## Publicidad

Telf. (01) 350-5200 (anexo: 202)

*Las opiniones expresadas en los artículos son de absoluta responsabilidad de sus autores.*



Hipólito Unanue (1775-1833), prócer de la independencia y fundador de la primera Escuela de Medicina del Perú.

## Fundación Instituto Hipólito Unanue

Los Pelícanos, N° 130, Lima 27, Perú.  
Telf.: (01) 350-5200 (anexo: 202)  
E-mail: [fihu-diagnostico@alafarpe.org.pe](mailto:fihu-diagnostico@alafarpe.org.pe)  
web: [www.fihu.org.pe](http://www.fihu.org.pe)

## Consejo Directivo

### Presidente

Dr. Ronald Hernán Vargas Castillo

### Vice-Presidente

Sr. Fernando José Stahl Roca

### Secretario

Sr. Santiago Armando Cerna Bustamante

### Tesorera

Sra. Ursula Giesecke Israel

### Vocales

Sra. Ángela Flores Salgado  
Dr. Julio Tresierra Cabrera

## Comisión de Trabajo del Consejo Consultivo

### Presidenta

Dra. Q.F. Ana María Muñoz Jáuregui

### Vice-Presidente

Dr. Eduardo Payet Meza

### Miembros

Dr. Hermán Vildózola Gonzales  
Dr. Víctor Ramón Ulloa Pérez  
Dr. Eduardo Anchante Castillo  
Dra. María Angélica Valcárcel Saldaña  
Dra. Q.F. Julia Diana Flores Chávez  
Dr. Mario Viñas Veliz  
Dra. Lilian Denisse Damián Navarro  
Dra. Mirza Flores Mori

## Past Presidente

Dr. Rafael Doig Bernuy

## Asesor Permanente

Dr. Elías Melitón Arce Rodríguez

Estadísticas



Redes Sociales



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.



Esta obra está bajo  
una Licencia Creative Commons  
Atribución 4.0 Internacional.

## Editorial

# Salud Mental y crisis globales: Reflexiones, estudios y planteamientos

*Mental Health and global crises: Reflections, studies and approaches*

**L**os dos componentes del tema central de este número especial de *Diagnóstico* reflejan realidades incuestionables en el mundo contemporáneo: la creciente vigencia de la Salud Mental como elemento esencial de lo que hoy definimos como Salud y la presencia de Crisis de todo tipo (sociales, políticas, económicas, culturales, educacionales, climáticas, etc.) que, literalmente, ignoran o desconocen fronteras geográficas. No es exagerado afirmar que las múltiples amenazas acumuladas en todos los rincones del planeta, en todos los países (ricos y pobres, poderosos y débiles, democráticos y totalitarios, desarrollados y “en vías de desarrollo”) configuran un desafío crucial. A su vez, la Globalización, resultante de, entre muchos, dos factores fundamentales (avances tecnológicos como sustento de comunicaciones de alcance universal, y migraciones internas y externas como condensación compleja de grupos, etnias y culturas) forja un escenario inédito que todos -querámoslo o no-compartimos.

Tampoco existe duda alguna de que el lustro más reciente ha transcurrido bajo el dominio global de la pandemia por COVID-19. Este desastroso fenómeno ha puesto a prueba y ha expuesto, sin atajos, fortalezas y debilidades humanas de todo tipo. Muy poco después de su inicio, la pandemia dejó de ser el proceso viral que políticos, científicos, administradores y poblaciones enteras intentaron describir y se convirtió en componente clave de desconcierto, conflictos, impotencia y confusiones individuales y colectivas. Esta crisis global demoró muy poco en arrasar recursos de atención y servicio a la salud y -explícitamente- a la salud mental de la población mundial. El Perú no solo no fue una excepción sino, por el contrario, un desafortunado ejemplo de dolorosas estadísticas, probatorio de debilidades estructurales y tablado de debates y reproches. En medio de la crisis, sin embargo, emergieron ejemplos elocuentes de sacrificio y entrega que canalizaron reflexiones y renovadoras experiencias de coraje y esperanza.

Apreciamos de veras la oportunidad que brinda la Fundación Instituto Hipólito Unanue a través de la publicación en dos números especiales de *Diagnóstico*, para reunir una serie de artículos sobre Salud Mental en tiempos de crisis. Si bien la mayoría de los trabajos se ocupan con enfoques de diversos aspectos de la pandemia, su contexto global entraña un examen objetivo de la salud mental como escenario clínico y como campo en el que conductas y experiencias humanas contribuyen positiva o negativamente a su transcurso. Toda crisis -llámese COVID-19 o cualquier otro sustantivo- genera cuadros clínicos diversos (depresión, ansiedad, estrés post-traumático, etc.), revestidos muchas veces de características singulares en cuanto a curso, gravedad y consecuencias en diferentes segmentos de cada población; pero, a su vez, exagera características inmersas en el élan vital de esos segmentos y provoca circunstancias socio-ambientales, políticas y conductuales de poderoso impacto en el mismo terreno: la salud mental.

Tal es la filosofía del contenido de este y el siguiente número. A punto de partida de elaboraciones conceptuales básicas (como, por ejemplo, el tema de Salud Mental Global en el territorio de la salud pública), se procede al análisis (a veces necesariamente reiterativo) de problemas específicos de salud mental vinculados a COVID-19 y descritos desde perspectivas clínicas, epidemiológicas y multidisciplinarias, i.e. psiquiátricas, puramente médicas o sub-especializadas. Un tercer segmento explora áreas o modalidades específicas de la conducta humana, incluidas en el ya consistente rubro de Determinantes Sociales de la Salud y la Salud Mental (sancionado como importantísimo campo de estudio contemporáneo en salud pública, por entidades como la Organización Mundial de la Salud); los ejemplos estudiados son violencia, corrupción y soledad, su ocurrencia, características, impacto y manejo en la salud mental individual y grupal, con énfasis en períodos de crisis pero también en las llamadas poblaciones vulnerables de toda comunidad humana.

El carácter internacional de las situaciones de crisis y los efectos sociales de eventos como la pandemia tienen ilustración elocuente en estudios sobre la llamada Migración Venezolana, uno de los fenómenos más complejos y dramáticos en la historia del continente latinoamericano. El básico factor político en su origen impulsa cambios sociales que sus protagonistas transportan a países vecinos, anfitriones

no precisamente espontáneos o sólidamente preparados para la recepción de miles de migrantes. Si a ello se une la crisis pandémica, los resultados, en términos de salud y salud mental para con esta singular población, hacen posible un estudio -último artículo a publicarse en el siguiente número (Segunda Parte)- que abre y deja interrogantes como puntos esenciales de futuras investigaciones socio-culturales, clínicas y conductuales.

**Renato D. Alarcón-Guzmán**

Psiquiatra, Magister. Profesor Emérito de Psiquiatría,  
Facultad de Medicina Alberto Hurtado y  
Titular de la Cátedra Honorio Delgado,  
Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.  
Profesor Emérito Distinguido, Escuela de Medicina de la  
Clínica Mayo, Rochester, Minnesota, EE.UU.

**Silvana Sarabia-Arce**

Psiquiatra, Magister. Profesora Asociada,  
Facultad de Medicina Alberto Hurtado,  
Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

**Citar como:** Alarcón-Guzmán, RD, Sarabia-Arce S. Salud Mental y crisis globales: Reflexiones, estudios y planteamientos. Diagnóstico 2024;63(3)127-128.  
**DOI:** <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v63i3.538>  
**Correspondencia:** Renato D. Alarcón Guzmán  
**Correo electrónico:** Alarcon.Renato@mayo.edu



## FUNDACIÓN INSTITUTO HIPÓLITO UNANUE

CORREO ELECTRÓNICO:

[fihu-diagnostico@alafarpe.org.pe](mailto:fihu-diagnostico@alafarpe.org.pe)

WEB:

[www.fihu.org.pe](http://www.fihu.org.pe)



Revista  
DIAGNÓSTICO



Revista  
DIAGNÓSTICO



Revista  
DIAGNÓSTICO

<https://revistadiagnostico.fihu>



# Evaluación del nivel de conocimiento sobre la infodemia en dos instituciones universitarias del Perú

*Assessment of the level of knowledge about infodemic in two university institutions in Peru*

*Carolina Mayo Takahashi-Ferrer<sup>1</sup>, Julio Gabriel Chávez-Chávez<sup>2</sup>, Jimena Carolina Chávez-Chávez<sup>3</sup>, Jorge Eduardo Poemape-Lira<sup>4</sup>*

## Resumen

**Objetivo:** El propósito general del presente estudio de investigación es describir el entendimiento de los estudiantes pertenecientes a dos universidades; sobre el fenómeno de la infodemia, que se suscitó durante el período de la pandemia del COVID-19 (Lima-2023). **Método:** El estudio es observacional, con diseño no experimental, de corte transversal y con nivel descriptivo, en donde la población fue seleccionada de dos universidades ubicadas en el área metropolitana de la ciudad de Lima, entre una institución pública y otra privada, con una muestra de 100 estudiantes de los últimos años de la carrera universitaria. En cuanto a la muestra, se evaluaron y se recopilaron los datos empleando un instrumento de investigación, siendo la encuesta la modalidad seleccionada, la cual fue desarrollada de forma independiente. **Resultado:** Los resultados adquiridos desde los gráficos 21 hasta el 29 evidencian que, si bien existe un 22% de estudiantes que sí conocían sobre el concepto de infodemia y que además habían recibido una explicación en la universidad sobre el tema, el 88% de los estudiantes no tenían noción sobre este fenómeno infodémico que aparece durante el período de pandemia y también no recibieron información al respecto del tema. **Conclusión:** Se estableció que la mayoría de los estudiantes de ambas instituciones no poseen conocimiento o no están informados con respecto al fenómeno de la infodemia.

**Palabras clave:** Entendimiento, fenómeno de la infodemia, alumnado universitario.

## Abstract

**Objective:** The general purpose of this research study is to describe the understanding of students belonging to two universities; about the phenomenon of the infodemic, which arose during the period of the COVID-19 pandemic (Lima-2023). **Method:** The study is observational, with a non-experimental design, cross-sectional and with a descriptive level, where the population was selected from two universities located in the metropolitan area of the city of Lima, between a public institution and another private one, with a sample of 100 students from the last years of their university studies. Regarding the sample, data were evaluated and collected using a research instrument, with the survey being the selected modality, which was developed independently. **Result:** The results acquired from graphs 21 to 29 show that, although there are 22% of students who did know about the concept of infodemic and who had also received an explanation at the university on the subject, 88% of the students had no idea about this infodemic phenomenon that appears during the pandemic period and they did not receive information about the topic either. **Conclusion:** It was discovered that the majority of students from both institutions do not have knowledge or are not informed regarding the phenomenon of the infodemic.

**Keywords:** Understanding, phenomenon of the infodemic, university students.

<sup>1</sup>Universidad Norbert Wiener. Área de investigación. Lima, Perú. ID ORCID:0000-0002-9441-0056. <sup>2</sup>Universidad de Lima. Facultad de Comunicación. Lima, Perú. ID ORCID:0009-0001-5450-4613. <sup>3</sup>Universidad de Lima. Facultad de Ciencias Empresariales y Económicas. Lima, Perú. ID ORCID:0009-0000-8782-5766. <sup>4</sup>Universidad César Vallejo. Facultad de Administración. Lima, Perú. ID ORCID: 0009-0001-8782-0620.

## Introducción

Alrededor del primer trimestre del año 2020, la sede de la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunciaba a los medios de comunicación la aparición de un patógeno viral desconocido cuyo brote tuvo origen en la ciudad china de Wuhan<sup>(1)</sup>. Los casos de contagios de este virus iban incrementando con el paso de las semanas para luego expandirse hacia el resto del mundo, siendo Tailandia el primer país con un caso de contagio fuera de China<sup>(2)</sup>. En el continente americano, se detectaron casos confirmados de COVID-19 en los Estados Unidos y Brasil durante los días 21 y 26 de enero, ocasionando el cierre de las fronteras y el tráfico aéreo, además de una serie de medidas que tuvieron efecto en las actividades diarias<sup>(3)</sup>. El aumento del número de contagios en las Américas tuvo un efecto adversativo que conllevó a una falta de recursos, una mayor demanda de tratamiento de pacientes en casa, así como el acrecentamiento de las fake news<sup>(4,5)</sup>.

El término 'fake news' enfatiza tanto el concepto de intencionalidad como el de falsedad. De acuerdo a lo establecido por el diccionario de Cambridge, consisten en historias falsas que parecen noticias, difundidas en línea, como las redes sociales, o en otros medios, a menudo creadas para influir en opiniones políticas o como una broma, añadiendo una mención respecto a las preocupaciones existentes sobre las noticias falsas que influyen en los resultados electorales<sup>(6,7)</sup>. El término se utiliza para conceptualizar la difusión de noticias falsas, que conducen a un peligroso ciclo de desinformación. En los tiempos de las redes sociales, los usuarios pueden ser tanto creadores como consumidores de contenidos y facilitan la difusión de contenidos engañosos, falsos o inventados<sup>(8,9)</sup>.

Al mismo tiempo que surge la pandemia por COVID-19, se presenta un fenómeno infodémico, denominado infodemia, la cual es descrita como la desproporción de la información cuya credibilidad queda en duda debido a las fuentes que poseen, entre verdaderas y falsas, provocando un incremento en la desinformación, los falsos rumores y la adulteración informativa con fines negativos como la manipulación o la persuasión de las personas<sup>(10,11)</sup>. Según lo establecido por la OMS, este fenómeno posee una mayor celeridad y alcance debido a las redes sociales, como si se tratara de un virus real que puede afectar de manera más influenciable a los internautas o usuarios de las plataformas digitales, causando cierta incertidumbre en la recepción de los datos, noticias o incluso en la toma de decisiones<sup>(12,13)</sup>.

Ante este tipo de epidemia de la información, uno de los grupos de la población más afectados son los estudiantes universitarios al no poder identificar información eficaz y precisa<sup>(14)</sup>. Es por ello que surge la siguiente interrogante de investigación: ¿Cuál será el entendimiento de los estudiantes pertenecientes a dos universidades peruanas sobre el fenómeno de la infodemia?, con el objetivo de conocer cuánto saben los jóvenes universitarios de diferentes escuelas de comunicación sobre el fenómeno infodémico, las infodemias

y la autenticidad de las fuentes de noticias difundidas en las redes sociales.

Debido al impacto negativo que esto podría generar, es muy importante saber si es que la sociedad conoce o no sabe sobre el fenómeno de la infodemia<sup>(15)</sup>. En un contexto de emergencia sanitaria como la pandemia, en donde las personas se encontraban aisladas y sin mucha interacción social debido al confinamiento, los únicos medios de contacto eran las redes sociales<sup>(16)</sup>. El intercambio de información a través de las plataformas digitales se incrementó con el transcurso del tiempo en el que las personas se encontraban sometidas al toque de queda, haciendo que los internautas sean más propensos o expuestos a la cantidad de información que pueda circular a través de los diferentes canales de comunicación que existen en la actualidad<sup>(17)</sup>.

La razón por la que no se han abordado los factores socio demográficos o las causales, de por qué solo queremos saber el nivel de conocimiento, se debe a un tema de tiempo y rapidez<sup>(18)</sup>. No lo hemos asociado a las influencias, las causales o los factores, porque queremos que nuestro objetivo final sea un llamado de atención a la sociedad en un marco de concientización<sup>(19,20)</sup>.

Nuestro objetivo final no es solo decir quién tiene más nivel de conocimiento, sino dar a conocer que es necesario estar con la sociedad, al tanto siempre, no solo en el tema de los fake news ocurrido durante la pandemia, sino además en otras 'enfermedades' que se suscitan en un contexto peruano, tales como el dengue, el zika o la influenza<sup>(21,22)</sup>.

## Material y métodos

La investigación se llevó a cabo de manera exploratoria-descriptiva con el objetivo de determinar de manera general el nivel de conocimiento de los estudiantes de la carrera de comunicación en universidades tanto privadas como públicas sobre el fenómeno de la infodemia. Con el fin de obtener los resultados de acuerdo con los objetivos e hipótesis del estudio, el enfoque fue cuantitativo porque el estudio tenía como objetivo evaluar estadísticamente el nivel de conocimiento de los estudiantes universitarios sobre comunicación en ambas universidades. Como el estudio fue de tipo básico, se debe entender que este tipo de investigación se expresó como un conjunto de conocimientos para ampliar las ideas sobre el entendimiento de la infodemia de manera precisa y objetiva. La presente investigación es no experimental, porque las variables no fueron manipuladas por parte del investigador por ser hechos que ya sucedieron. Además, el corte fue transversal, debido a que mide las variables una sola vez y analiza con base en esta información; las características de los grupos de una o más unidades se miden en un momento específico, en lugar de evaluar el desarrollo de estas unidades.

La población consistió en un grupo indeterminado de estudiantes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) y de la Universidad de Lima (U. de Lima). La muestra incluyó 174 estudiantes de los últimos cuatro ciclos (7mo-10mo), así como 244 estudiantes de la UNMSM del séptimo al décimo ciclo de la Facultad de Comunicación de la U. de Lima. Finalmente, la muestra total es de 418 estudiantes.

Entre los criterios de inclusión, se consideraron a los estudiantes universitarios mayores de edad, de ambos sexos, con edades entre los 18 y 40 años que son pertenecientes a la Facultad de Comunicación de la U. de Lima y la UNMSM que estén cursando los últimos cuatro ciclos de estudio. En cuanto a los criterios de exclusión, no se consideraron a estudiantes universitarios menores de 18 años que pertenezcan a otras facultades que no sean de comunicación, de otros ciclos o ciclos menores.

### Validez del contenido

El presente estudio empleó un cuestionario de elaboración propia, por ende, se planteó ciertas consideraciones sobre la validez del contenido, ya que la calidad de las preguntas y la forma en que se estructuran pueden influir en la fiabilidad y validez de los resultados obtenidos. El cuestionario ha sido desarrollado con rigor metodológico, asegurando que las preguntas sean claras, relevantes y capaces de medir con precisión el conocimiento de los estudiantes sobre la infodemia.

Para evaluar la validez del contenido del cuestionario, se consideró aspectos como la revisión por parte de expertos en el tema, la inclusión de preguntas que abordan diferentes dimensiones del conocimiento sobre la infodemia, así como la utilización de escalas de respuesta adecuadas que permitan capturar de manera efectiva las percepciones y conocimientos de los participantes.

Además, el estudio describe detalladamente el proceso de desarrollo y validación del cuestionario, incluyendo pruebas piloto, análisis de consistencia interna y otras medidas para garantizar su confiabilidad y validez. De ese modo, se fortaleció la credibilidad de los hallazgos y se aseguró que los resultados reflejen de manera precisa el nivel de conocimiento de los estudiantes sobre la infodemia.

### Variables del estudio

Las variables del presente estudio son, por un lado, nivel de conocimiento y por el otro nivel de infodemia. Asimismo, se consideraron variables como edad y sexo.

### Consideraciones éticas

La evaluación se realizó de acuerdo con los estándares éticos establecidos por la Conferencia de Helsinki y protegiendo la privacidad de la información relacionada con el caso de estudio. Para llevar a cabo el estudio, se contó con el consen-

timiento informado de los estudiantes de la carrera de ciencias de la comunicación procedentes de ambas universidades y de la dirección de ambas instituciones.

## Resultados y discusión

Tabla 1

### Clasificación según edades

Edad			
Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
19	9	4,5%	4,5%
20	24	12,0%	12,0%
21	29	14,5%	14,5%
22	39	19,5%	19,5%
23	29	14,5%	14,5%
24	28	14,0%	14,0%
Válido 25	17	8,5%	8,5%
26	7	3,5%	3,5%
27	7	3,5%	3,5%
28	2	1,0%	1,0%
29	2	1,0%	1,0%
30	4	2,0%	2,0%
31	1	0,5%	0,5%
32	1	0,5%	0,5%
35	1	0,5%	0,5%
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación: De acuerdo a la tabla 1 y la figura 1, el rango de edad de los alumnos universitarios fluctúa entre los 19 y los 35 años; los estudiantes de 31 y 32 años tenían solo una persona.

Tabla 2

### Clasificación según género

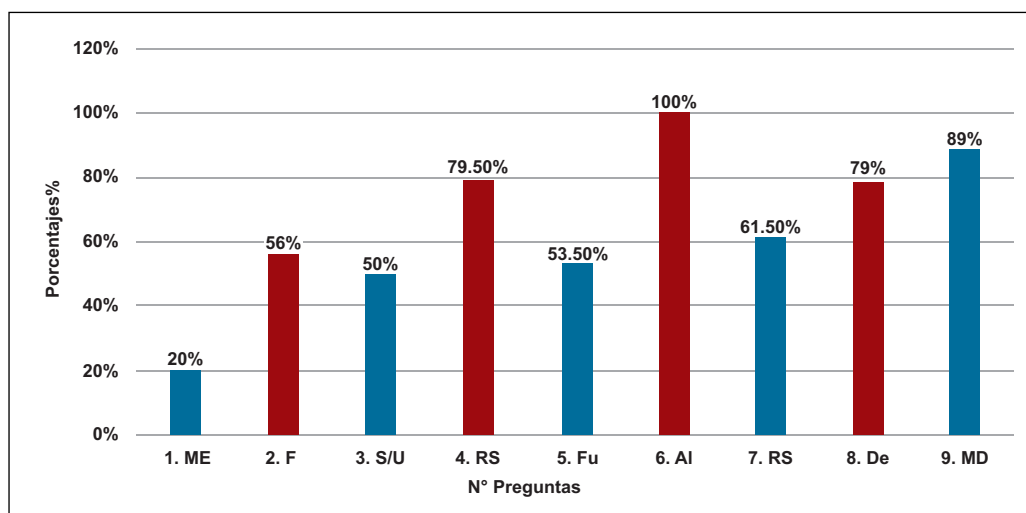
Género			
	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje válido
Válido Masculino	44,0%	88	44,0%
Femenino	56,0%	112	56,0%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>200</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación: La tabla 2 y la figura 2 muestran que el 56% de los encuestados eran mujeres, mientras que el 44% eran hombres.

La figura 1 muestra los resultados desde la pregunta 1 a la 9, en cuanto a las edades de los encuestados, el 20% tenía 39 años, a su vez, en la segunda el sexo mayoritario de los encuestados es el femenino. Los encuestados provienen tanto de la UNMSM y la U. de Lima. También se obtuvo que el





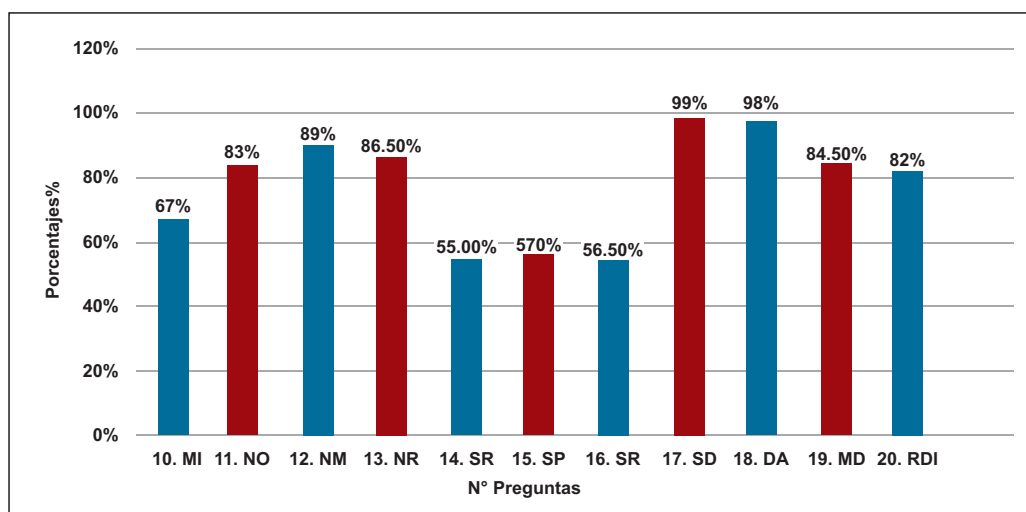
Leyenda: ME (mayoría de edad), F (femenino), S/U (San Marcos/ Universidad Lima), RS (redes sociales), Fu (fuentes), AI (aumento de la información), De (dependencia de medios), MD (medios digitales).

Figura 1. Resultados de la pregunta 1 a la 9.

medio de comunicación más empleado son las redes sociales. Asimismo, las fuentes de información resultaron importantes, al igual que el aumento sobre la información en pandemia provocó dependencia de los medios para informarse sobre los medios digitales.

La figura 2 muestra el entendimiento sobre la infodemia en los encuestados, el 67% considera que consiste en la manía por la información o las noticias, a la vez que 83% no ha oído hablar de ella. Una mayoría de los estudiantes

respondieron que no se les ha mencionado sobre este fenómeno en la universidad, ni han recibido información específica al respecto. Sin embargo, una gran parte cree que la infodemia sí guarda relación con la sobrecarga de información, además de propagar los falsos rumores o mentiras y estar conectado con los avances en la comunicación. Por otra parte, los encuestados sí conocen sobre la desinformación y sus efectos en la credibilidad de los medios de comunicación, así como haber recibido medidas de prevención y que puede tener nexos con la infodemia.



Leyenda: MI (manía por la información), NO (no han oído de la infodemia), NM (no mencionado en la universidad), NR (no han recibido información sobre la infodemia), SR (si hay relación entre infodemia y sobrecarga informativa), SP (si creen que la infodemia propaga rumores, datos falsos o mentiras), SR (si hay relación entre infodemia y avances en la comunicación), SD (si sabe qué es la desinformación), DA (desinformación afecta la credibilidad de las noticias), MD (si han recibido medidas de prevención contra la desinformación), RDI (si hay relación entre la desinformación y la infodemia).

Figura 2. Resultados de la pregunta 10 a la 20.

La figura 3 muestra los resultados de ambas universidades des, una mayoría de estudiantes de la U. de Lima considera que la infodemia consiste en 'la manía por la información o las noticias', además de que está relacionada con la sobrecarga de la información. Asimismo, creen que el fenómeno infodémico propaga los rumores falsos o mentiras; que los avances en la comunicación tienen un vínculo con la infodemia y que la desinformación afecta la credibilidad de los medios informativos. Por otro lado, la mayor parte de estudiantes de la UNMSM señalaron que no les mencionaron sobre la infodemia en su casa de estudios y que no han recibido información específica al respecto. Estos alumnos también indican que han recibido medidas de prevención contra la desinformación.

### Discusión

Los autores del presente estudio opinan lo siguiente: Bermeo y cols.<sup>(15)</sup> señala que todo conocimiento surge de la conexión entre el sujeto cognoscente y los objetos conocidos, presentando la realidad de las cosas a las personas para su absorción. Podemos apreciar en la primera tabla de resultados que los estudiantes participantes, en donde la mayoría de los encuestados emplean las redes sociales como medio de comunicación e información debido a la reducción de la interacción social y el confinamiento. Esta dependencia se asocia con lo expuesto por Vilela et al.<sup>(23)</sup>, quien menciona que la desinformación se difunde “más lejos y más rápido” que la información objetiva. A mayor dependencia de las redes sociales, más es el riesgo a la exposición de la desinformación.

En la figura 3 se aprecia que la mayoría de estudiantes de ambas universidades desconoce el concepto de la infodemia, además de la escasa recepción de información por parte de sus respectivos centros de estudio al respecto de este fenómeno. El estudio de Álvarez-Risco, A. et al.<sup>(24)</sup> señala que

las bajas tasas de alfabetización y el hecho de que las personas tengan más tiempo libre debido al aislamiento pueden haber contribuido al aumento de la infodemia. Espinoza-Portilla, E. y cols.<sup>(25)</sup>, sugiere que la mala comprensión de las noticias falsas, la falta de programas de habilidades digitales y los desafíos para abordar la pandemia son factores que contribuyen al desarrollo de este fenómeno.

Por otro lado, los autores consideran que hay otro factor importante en el conocimiento o la capacidad de poder identificar la desinformación, debido a los efectos negativos que conlleva. Sánchez, A. et al.<sup>(26)</sup> señala que la propagación mundial de la epidemia demuestra cuán vulnerables son las personas a la epidemia de información. Asimismo, Arroyo, A. y cols.<sup>(27)</sup> en su trabajo nombra un antecedente de propagación de desinformación, como las consecuencias perjudiciales de los mensajes e información tergiversados de la crisis del ébola de 2014. Además, Carranza<sup>(28)</sup> indica que las consecuencias de la saturación de información se deben al incremento de plataformas, aumento de proveedores de información, abundancia comunicativa y el aumento de la competencia de medios.

Una gran parte de alumnos señalaron haber recibido instrucciones para la prevención de la desinformación. Este resultado está de acuerdo con Hasan Ashrafi-rizi, Z. y col.<sup>(29)</sup>, quien indica que el papel de los medios de comunicación en la sensibilización sobre la desinformación mediante la participación de profesionales de la salud y una sólida alfabetización mediática. No obstante, la mayoría de los estudiantes encuestados no tiene conocimiento pleno del fenómeno de la infodemia, además de las características que posee y su desarrollo durante el período de pandemia. De acuerdo con Bermeo, J. y cols.<sup>(15)</sup>, señala que incluso después del fin de la pandemia de COVID-19, los efectos nocivos de la infodemia continúan, debido a los daños a nivel político, social, económico y de salud pública.

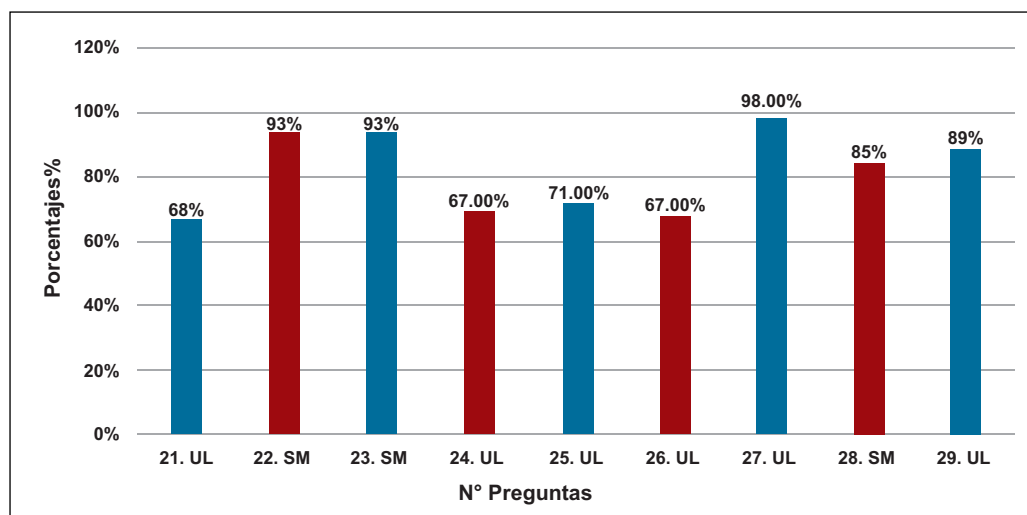


Figura 3. Resultados de la pregunta 21 a la 29.

## Conclusión

Los resultados han evidenciado que el instrumento de investigación cumplió con su propósito al recolectar la

información con respecto al entendimiento de este fenómeno, en donde la mayoría de los estudiantes de ambas casas de estudios no poseen el conocimiento con respecto a la infodemia.

## Referencias bibliográficas

- Ludert JE, Franco Cortés MA.** La pandemia de COVID-19, ¿qué podemos aprender para la próxima? *Universitas Médicas* [Internet]. 2020 [citado el 20 de diciembre de 2023];61(3):1-3. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2011-08392020000300001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2011-08392020000300001&script=sci_arttext)
- Sánchez-Eraza AG, Sánchez-Eraza JI.** La Organización Mundial de la Salud, aciertos y desaciertos en relación con el COVID19 en Ecuador. *Polo del Conocimiento* [Internet]. 2021 [citado el 20 de diciembre de 2023];6(1):381-98. <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/2149>
- Reyes PM, Jaramillo AH, Rojas LR.** Efecto de factores socio-económicos y condiciones de salud en el contagio de COVID-19 en los estados de México. *Contad Adm* [Internet]. 2020 [citado el 20 de diciembre de 2023];65(5):17. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7731053>
- Ceron W, Gruszynski Sanseverino G, de-Lima-Santos M-F, Quiles MG.** COVID-19 fake news diffusion across Latin America. *Soc Netw Anal Min* [Internet]. 2021;11(1). <http://dx.doi.org/10.1007/s13278-021-00753-z>
- Maguiña Vargas C.** Reflexiones sobre el COVID-19, el Colegio Médico del Perú y la Salud Pública. *Acta Médica Peruana* [Internet]. 2020 [citado el 21 de diciembre de 2023];37(1):8-10. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172020000100008&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172020000100008&script=sci_arttext&tlng=en)
- Mejía F, Medina C, Cornejo E, Morello E, Vásquez S, Alave J, et al.** Características clínicas y factores asociados a mortalidad en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en un hospital público de Lima, Perú [Internet]. *SciELO Preprints*. 2020 [citado el 21 de diciembre de 2023]. <https://researchonline.lshmt.ac.uk/id/eprint/4664503/>
- Pesantes MA, Lazo-Porras M, Cárdenas MK, Diez-Canseco F, Tanaka-Zafra JH, Carrillo-Larco RM, et al.** Los retos del cuidado de las personas con diabetes durante el estado de emergencia nacional por la COVID-19 en Lima, Perú: recomendaciones para la atención primaria. *Rev Perú Med Exp Salud Pública* [Internet]. 2020;37(3):541-6. <https://www.scielosp.org/article/rpmpesp/2020.v37n3/541-546/es/>
- Cáceres-Bernaola U, Becerra-Núñez C, Mendivil-Tuchía de Tai S, Ravelo-Hernández J.** Primer fallecido por COVID-19 en el Perú. *An Fac Med (online)*.2020;81(2):201-4. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832020000200201&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832020000200201&script=sci_arttext&tlng=en)
- Almeida-Filho N.** Sindemia, infodemia, pandemia de COVID-19: Hacia una epidemiología de enfermedades emergentes. *Salud Colect*. 2021;17:e3748. <https://www.scielosp.org/article/scol/2021.v17/e3748/es/>
- López-Mallama OM, Dorado Zúñiga MÁ, Martínez Hidalgo D.** Aplicabilidad de los sistemas de información en una EAPB de la ciudad de Cali 2021. *Ciencia Latina*. 2023 7(3):7786-801. <https://www.ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/6758>
- López Veneroni F.** De la pandemia a la infodemia: el virus de la infoxicación. *Rev Mex Cienc Polit Soc* [Internet]. 2021 [citado el 21 de diciembre de 2023];66(242):293-312. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-19182021000200293&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-19182021000200293&script=sci_arttext)
- Severino-González P, Sarmiento-Peralta G, Villar-Olaeta J, Ramírez-Molina RI.** Consumo sustentable socialmente responsable: el caso de estudiantes universitarios de una ciudad de Perú. *Form Univ* [Internet]. 2022 [citado el 21 de diciembre de 2023];15(1):219-30. [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-50062022000100219&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-50062022000100219&script=sci_arttext)
- Cambridge University Press & Assessment.** **Cambridge Dictionary.** Diccionario: definición de fake news. <https://dictionary.cambridge.org/es/diccionario/ingles/fake-news>
- International Federation of Journalists (IFJ).** ¿Qué son las fake news? Guía para combatir la desinformación en la era de la posverdad [Internet]. 2018. [citado el 21 de diciembre de 2023];1-4 [https://www.ifj.org/fileadmin/user\\_upload/Fake\\_News\\_-\\_FIP\\_AmLat.pdf](https://www.ifj.org/fileadmin/user_upload/Fake_News_-_FIP_AmLat.pdf)
- Bermeo Pacheco J, Guerrero Jirón J, Delgado Santa Gadea K.** Procesos y fundamentación de la investigación científica. Capítulo 3: Nivel de conocimiento. Editorial UTMACH. Primera edición (2018). [citado el 21 de diciembre de 2023] Pág. 52-65. <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/14231/1/Cap.3-Niveles%20del%20conocimiento.pdf>
- Vosoughi S, et al.** The spread of true and false news online. *Science* 359, 1146-1151 (2018) [citado el 21 de diciembre de 2023] <https://www.science.org/doi/full/10.1126/science.aap9559>
- Álvarez-Risco A, Mejía C, Delgado-Zegarra J, Del-Águila-Arcenales S, et al.** The Peru Approach against the COVID-19 Infodemic: Insights and Strategies. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. Volumen 103: 2022;103(2):583-586. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. [citado el 21 de diciembre de 2023]. [https://www.ajtmh.org/view/journals/tpmd/103/2/article-p583.xml?tab\\_body=fulltext](https://www.ajtmh.org/view/journals/tpmd/103/2/article-p583.xml?tab_body=fulltext)
- Espinoza-Portilla E, Henríquez-Suárez M, y Henríquez-Ayín F.** Desafíos para la gestión de la infodemia en salud en tiempos de COVID-19. *Acta Médica Peruana*, 39(2), 198-204. [citado el 21 de diciembre de 2023]. <https://doi.org/10.35663/amp.2022.392.2332>
- Sánchez-Reina JR, González-Lara EF.** The COVID-19 infodemic among young people and adults: The support of critical media literacy. *Comunicar*, 2022;30(73), [citado el 21 de diciembre de 2023];71-81. <https://doi.org/10.3916/c73-2022-06>
- Alfonso Sánchez IR, Valdés Fernández MM.** (Comportamiento informacional, infodemia y desinformación durante la pandemia de COVID-19. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*. 2020;10(2):882.
- Aguado-Guadalupe G, Bernaola-Serrano I,**

- Verificación en la Infodemia de la Covid-19. El Caso Newtral. Revista Latina De Comunicación Social. Octubre 2020;78:289-308. <https://doi.org/10.4185/RLCS-2020-1478>.
22. **Casero-Ripolles A.** Impact of Covid-19 on the media system. Communicative and democratic consequences of news consumption during the outbreak. Information Professional. 2020;29(2);1-3. <https://doi.org/10.3145/epi.2020.mar.23>
23. **Vilela-Estrada MA, Carbajal-Paniora I, Alcantara-Cuellar CB, et al.** Infodemia en Perú post primera ola del COVID-19: Características y factores asociados. Boletín de malariología y salud ambiental. 2021;61(ee2):156-162. <https://doi.org/10.52808/bmsa.7e5.61e2.018>
24. **Álvarez-Risco A, Mejía C, Delgado-Zegarra J, Del-Águila-Arcantales S, et al.** The Peru Approach against the COVID-19 Infodemic: Insights and Strategies. The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene. 2020;103(2):583-586. The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene. [https://www.ajtmh.org/view/journals/tpmd/103/2/article-p583.xml?tab\\_body=fulltext](https://www.ajtmh.org/view/journals/tpmd/103/2/article-p583.xml?tab_body=fulltext)
25. **Espinoza-Portilla E, Henríquez-Suárez M, Henríquez-Ayín F.** Desafíos para la gestión de la infodemia en salud en tiempos de COVID-19. Acta Médica Peruana, 2022;39(2):198-204. <https://doi.org/10.35663/amp.2022.392.2332>
26. **Sánchez-Reina, JR, González-Lara EF.** The COVID-19 infodemic among young people and adults: The support of critical media literacy. Comunicar, 2022,30(73), 71-81. <https://doi.org/10.3916/c73-2022-06>
27. **Arroyo-Sánchez AS, Cabrejo Paredes JE, Cruzado Vallejos MP.** Infodemia, la otra pandemia durante la enfermedad por coronavirus 2019. Anales de La Facultad de Medicina 2020;81(2):230-233. <https://doi.org/10.15381/anales.v81i2.17793>
28. **Carranza D.** Perú cumple un año de notificar el primer caso de COVID-19. Agencia Anadolu (AA). 7 de marzo de 2021. <https://www.aa.com.tr/es/mundo/per%C3%BA-cumple-un-a%C3%B1o-de-notificar-el-primer-caso-de-covid-19/2167258>
29. **Ashrafi-rizi H, Kazempour Z.** Tumor of misinformation consumption and sharing among people in Coronavirus (covid-19) crisis; A commentary: Tumor of misinformation consumption and sharing. Journal of Contemporary Medical Sciences, 2020;6(2):85-87. <https://doi.org/10.22317/jcms.v6i2.748>

**Contribución de autoría:** *CMTF* aportó la revisión, diseño, bibliografía, información bibliográfica. *JGChCh* aportó la idea de investigación, recolección de información y permisos. *JCChCh* aportó la corrección de la gramática. *JEPL* aportó el análisis estadístico.

**Conflicto de interés:** Los autores no tienen conflicto de interés con la publicación de este trabajo.

**Financiamiento:** Autofinanciado.

**Citar como:** Takahashi-Ferrer CM, Chávez-Chávez JG, Chávez-Chávez JC, Poemape-Lira JE. Evaluación del nivel de conocimiento sobre la infodemia en dos instituciones universitarias del Perú. Diagnóstico (Lima). 2024;63(3):129-135.

**DOI:** <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v63i3.537>

**Autor Corresponsal:** Carolina Mayo Takahashi Ferrer

**Correo electrónico:** asesoratakahashi@gmail.com



# ALAFARPE

ASOCIACIÓN NACIONAL DE  
LABORATORIOS FARMACÉUTICOS

CORREO ELECTRÓNICO:  
[alafarpe@alafarpe.org.pe](mailto:alafarpe@alafarpe.org.pe)

WEB:  
[www.alafarpe.org.pe](http://www.alafarpe.org.pe)



## Simposio

# Salud Mental en tiempos de crisis (2024)

PRIMERA PARTE

*Mental Health in times of crisis (2024)*

FIRST PART

# Salud Mental Global: Enfoques, Crisis e Impacto

*Global Mental Health:  
Approaches, Crisis, and Impact*

*Inés Bustamante<sup>1</sup>, Sakiko Yamaguchi<sup>2</sup>*

## Resumen

**Objetivos:** Reflexionar sobre la evolución de los enfoques de Salud Mental Global (SMG) en los últimos quince años y su aplicación a políticas y servicios, particularmente en Latinoamérica. Describir y explicar las crisis mundiales que la han impactado y los desafíos que representan para los países de la subregión. **Temas abordados:** A medida que los discursos y enfoques en SMG evolucionaron para centrarse más en los determinantes sociales de la salud mental y materializar los Objetivos de Desarrollo Sostenible, las comunidades cobraron creciente importancia en los sistemas de salud mental de América Latina. Sin embargo, crisis globales como la pandemia COVID-19 y el cambio climático demostraron que la salud mental de las poblaciones vulnerables, incluidas las personas con enfermedades mentales y las poblaciones de zonas rurales e indígenas, se vieron desproporcionadamente afectadas, exacerbando las desigualdades ya existentes en el acceso a atención y servicios adecuados. Por otro lado, la cultura es un factor crítico a considerarse en las respuestas locales al sufrimiento y a procesos de sanación ante las crisis. **Conclusiones:** Existe la necesidad de priorizar la equidad e inclusión en el cuidado de la SMG. Las crisis globales y regionales que la afectan significativamente hacen de las personas y comunidades afectadas una valiosa fuente de conocimiento e información para el desarrollo de enfoques y prácticas innovadoras que promuevan un acceso equitativo a la atención de salud. Es por ello muy importante reconocer sus formulaciones y planteamientos.

**Palabras clave:** *Salud mental, COVID-19, cambio climático, equidad en salud.*

## Abstract

**Objectives:** Reflect on the evolution of global mental health (GMH) approaches in the last fifteen years and their application to policies and services, particularly in Latin-American. Describe and explain mental health impacts of the worldwide crisis and the challenges that they represent for the countries of the sub region. **Topics addressed:** As discourses and approaches in GMH evolved to focus more on social determinants of mental health and materialize the Sustainable Developmental Goals, communities become increasingly important in Latin-American mental health systems. However, global crises such as the COVID-19 pandemic and climate change demonstrated that the mental health of vulnerable populations, including people with mental illness and rural and indigenous populations, were disproportionately affected, exacerbating already existing inequalities in access to appropriate care and services. On the other hand, culture is a critical factor to be considered in local responses to suffering and healing processes in the face of crises. **Conclusions:** There is a need to prioritize equity and inclusion in GMH care. The global and regional crises that bring significant impacts on it make the affected people and communities a valuable source of knowledge and information for the development of innovative approaches and practices that promote an equitable access to health care. Therefore, it is important to recognize their voices in formulations and approaches.

**Keywords:** *Mental health, COVID-19, climate change, health equity.*

<sup>1</sup>Psicóloga, Ph.D. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Salud Pública y Administración, Lima, Perú. ID ORCID: 0000-0002-5600-1585. <sup>2</sup>Investigadora, Ph.D. Universidad de McGill, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Escuela de Fisioterapia y Terapia Ocupacional, Montreal, Canadá. ID ORCID: 0000-0003-1905-3244.

## Introducción

El campo de la Salud Mental Global (SMG) ha evolucionado a través del tiempo, incorporando diferentes paradigmas epistemológicos. El conocimiento global es maleable y produce prácticas abiertas y variadas<sup>(1)</sup> que dificultan una conceptualización inequívoca<sup>(2)</sup>. Algunos autores definen SMG a partir de la salud global, como un área de investigación y práctica que tiene por objetivo mejorar la salud y la equidad en salud a nivel mundial<sup>(3)</sup>. Otros enfatizan como su objetivo el aliviar el sufrimiento mental a través de la prevención, el tratamiento y la promoción de la salud de los individuos y sus comunidades en el mundo y, finalmente, hay también quienes indican que lo global se refiere al alcance de los problemas y no a su localización<sup>(4)</sup>.

En suma, se prioriza la investigación en la SMG para la generación de evidencias que sean útiles para el desarrollo de políticas e intervenciones, pero también para una práctica en la que se ponga de relieve la promoción de la salud mental que incorpore a la comunidad, y al *continuum* del cuidado, que comprende además la prevención y el tratamiento.

En las definiciones de SMG, si bien hay un énfasis en los trastornos mentales y en la experiencia subjetiva del sufrimiento mental, también los enfoques más recientes consideran el bienestar como parte de un continuo proceso bienestar - enfermedad<sup>(2)</sup>.

El vínculo SMG-equidad cobró importancia a partir del concepto de la carga global de enfermedad y de los resultados de su estimación epidemiológica que demostraron que los desórdenes neuropsiquiátricos son los que más contribuyen a los años de vida perdidos por mortalidad o discapacidad. Antes de la carga global de enfermedad, lo que guiaba la toma de decisiones cuando se utilizaba la epidemiología eran únicamente los estimados de prevalencia, incidencia y tasa de letalidad de las enfermedades, por lo que los desórdenes mentales no eran comparables en magnitud, por ejemplo, a las infecciones respiratorias agudas en infantes. Otro hecho que otorgó relevancia a SMG y equidad fue el informe mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que mostró serias inequidades en el acceso al tratamiento, especialmente en los países de medianos y bajos ingresos. Por esta razón, la atención a la llamada “brecha del tratamiento” en salud mental pasó a ser una prioridad en la agenda de la OMS<sup>(2)</sup>.

El objetivo fundamental de este artículo es reflexionar, a punto de partida de una revisión bibliográfica, sobre la evolución de los enfoques de SMG en los últimos quince años y su aplicación a políticas y servicios, con énfasis en Latinoamérica. Asimismo, se describirán y explicarán las crisis mundiales que han impactado en la salud mental global, específicamente la pandemia de COVID-19 y el cambio climático, es decir, los desafíos que estas crisis implican para la respuesta de los países afectados.

## 1. Panorama general de la evolución de SMG en los últimos 15 años

### 1.1 Debate polarizado ante el surgimiento del movimiento de Salud Mental Global

El concepto de “brecha de tratamiento” y la inequidad en el acceso a servicios adecuados de salud mental fueron utilizados para movilizar los esfuerzos globales basados en la prevalencia de los principales trastornos psiquiátricos<sup>(5)</sup>. Por ejemplo, la brecha de tratamiento por morbilidad mental, que utilizó los criterios del CIE-10 en la India, se calculó que era 84.4% a partir de la Encuesta Nacional de Salud Mental, realizada en el bienio 2015 - 2016<sup>(16)</sup>. No solo se consideró la falta de provisión de servicios de salud mental, pero también el fracaso en satisfacer las necesidades humanas básicas y en el respeto y cumplimiento de los Derechos Humanos, i.e., el manejo de los grilletes y encadenamientos, que fueron descritos como “el fracaso moral de la humanidad”<sup>(7,8)</sup>. De esta manera el desarrollo de una estrategia de salud mental global para promover tratamientos basados en evidencia se convirtió en una prioridad ética fundamental<sup>(8,9)</sup>.

Desde el lanzamiento del Movimiento por la Salud Mental Global en el 2008, los enfoques, la agenda y los esfuerzos en este campo han evolucionado dramáticamente. Si bien SMG representó un llamado a la acción para escalar o expandir las intervenciones de salud mental basadas en evidencia en países de bajos y medianos ingresos a fin de satisfacer las necesidades de la brecha de tratamiento<sup>(3,8)</sup>, los críticos de este movimiento han desafiado los supuestos subyacentes y la aplicación universal de conceptos, categorías y tratamientos de procedencia occidental<sup>(5)</sup>.

En efecto, la evidencia generada a través de ensayos controlados aleatorizados y de meta-análisis llevados a cabo en países de altos ingresos, así como la estricta aplicación del modelo biomédico fueron fuertemente criticados como una exportación “de arriba hacia abajo” (*top-down*) del modelo occidental de la enfermedad mental, la medicalización del sufrimiento social<sup>(10,13)</sup>.

Los propulsores iniciales de esta concepción de la SMG también promovieron el escalamiento o expansión de intervenciones basadas en evidencia a través de la transferencia de tareas (*task-shifting*) mediante la capacitación de trabajadores no especializados<sup>(3,8)</sup>. No obstante, los críticos sugirieron que el enfoque de SMG que enfatiza los servicios profesionales de salud mental supone que los tratamientos estándar pueden ser universalmente aplicables en todas las culturas tras una adaptación mínima. Asimismo, se planteó la preocupación de que una variedad de opciones de tratamiento que incluían enfoques indígenas de ayuda y sanación pudieran ser ignoradas o marginadas<sup>(5,10,11,14)</sup>.

Según Kirmayer 2012<sup>(15)</sup>, la respuesta local al sufrimiento se encuentra profundamente arraigada en los

sistemas culturales de significado y salud, por lo que los críticos argumentaron que el no considerar la cultura y el contexto social en la SMG puede tener efectos multifacéticos negativos a nivel de la atención individual, de las comunidades, de las poblaciones y del sistema de salud en general<sup>(5)</sup>.

## 1.2 Cambiando el discurso de la SMG: Del modelo biomédico a los objetivos de desarrollo sostenible y los Determinantes Sociales de la Salud

### a. Inequidades

El debate polarizado discutido arriba cambió significativamente desde que la Comisión Lancet sobre Salud Mental Global y Desarrollo Sostenible reformuló la agenda de estas áreas de estudio. En la lógica de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), los individuos se sitúan en un espectro o *continuum* que se desplaza desde el bienestar a la discapacidad severa, por lo que se aleja de modelos binarios básicamente fundamentados en clasificaciones biomédicas<sup>(16)</sup>.

Además de la necesidad de considerar la diversidad y la complejidad de las necesidades de salud mental de los individuos y de las poblaciones, la Comisión Lancet llama la atención sobre el rol de la inequidad y de crisis sociales tales como pandemias, guerras y conflictos, la violencia, las migraciones y las consecuencias del cambio climático sobre la salud mental. Asimismo, dado que muchos ODS se encuentran estrechamente vinculados a una variedad de estos determinantes sociales, su consecución tiene el potencial de reducir la carga global de los trastornos mentales y promover, al mismo tiempo, la salud mental<sup>(16)</sup>.

Al ampliarse el concepto de salud y de trastorno mental en relación a los ODS propuestos por las Naciones Unidas, la salud mental es considerada como un bien público global, central al concepto de capital humano para acelerar el logro de varios de ellos<sup>(16)</sup>. No obstante, algunos críticos argumentan que se trata de lentes o perspectivas neoliberales, que consideran a la salud mental como motor de la riqueza de las naciones a partir de un modelo económico, proceso que puede seguir dando como resultado intervenciones tecnocráticas y patologizantes alineadas con valores neoliberales<sup>(1,17)</sup>.

Más aún, en el enfoque de la Comisión Lancet de los determinantes sociales, el individuo sigue siendo el principal foco de angustia ("*distress*") en este marco social. Los críticos argumentan que la perspectiva de la Comisión presenta una tendencia reduccionista que "limita lo social a una serie de factores discretos que pueden aislarse, agregarse o eliminarse, y que ocurren a nivel del individuo y/o su comunidad". Por lo tanto, existe el riesgo de localizar el problema estructural en los comportamientos individuales, en lugar de abordar los obstáculos sistémicos para un cambio social más amplio<sup>(17)</sup>.

### b. Más allá del modelo biomédico: Importancia de la cultura en los determinantes sociales de la salud

Como se ha señalado en párrafos anteriores, el replanteamiento de la salud mental por parte de la Comisión Lancet dirigió la atención hacia los determinantes sociales de salud cuyo abordaje requiere, de manera crucial la consideración de la cultura. La respuesta local al sufrimiento no necesariamente depende únicamente del acceso a los servicios, a los medicamentos y a la atención profesional; está sumamente integrada a los sistemas culturales de significado y de curación o sanación, que constituyen una parte única del tejido religioso y moral de los miembros de las familias, las comunidades y las sociedades<sup>(5)</sup>. A pesar del creciente reconocimiento de la importancia de la cultura y el contexto, en línea con este llamado, su aplicación sigue siendo limitada en muchos entornos<sup>(18,19)</sup>.

Desde el enfoque o aproximación de la ya mencionada transferencia de tareas, se ha capacitado y movilizado a trabajadores no especializados en salud y a trabajadores comunitarios para brindar tratamientos costo-efectivos basados en evidencia científica<sup>(3)</sup>. No obstante, algunos críticos, señalan que incluso cuando las intervenciones psicológicas han sido adaptadas culturalmente en los países de bajos y medianos ingresos, el sesgo occidental prevalece dado que estas intervenciones se brindan de manera individual y no colectiva, más característica de grupos humanos comunitarios o colectivos<sup>(20)</sup>.

Además, la aproximación de SMG con respecto al escalamiento o extensión de las intervenciones asume que lo "global" a menudo se valora más que lo "local", por lo que no se logra empoderar a los actores locales, ni profundizar en las competencias comunitarias existentes<sup>(9,21)</sup>. Como consecuencia, el rol y la participación de curanderos tradicionales y de métodos indígenas de sanación siguen siendo marginados<sup>(20)</sup>.

### 1.3 Colaboración: Norte Global versus Sur Global

Con el surgimiento del movimiento en favor de la SMG, se cuestionó y crítico también la naturaleza de la colaboración entre el Norte Global y el Sur Global para la producción de conocimientos<sup>(10)</sup>. Diversos actores, tales como investigadores, profesionales de la salud mental, formuladores de política y organizaciones no gubernamentales (ONG) e individuos en diversas comunidades continúan respondiendo al sufrimiento mental para mejorar la calidad de vida, aprovechando los discursos y prácticas de salud mental en actuales periodos de desarrollo<sup>(1)</sup>.

A pesar del llamado a la "mutualidad" que tiene por objetivo la producción de un conocimiento más equitativa, la necesidad de un aprendizaje mutuo sigue sin satisfacerse<sup>(22)</sup>. El desequilibrio del poder estructural entre el Norte Global y

el Sur Global persiste en el financiamiento y en la generación del conocimiento, lo que lleva a incluir sistemáticamente algunas voces y excluir a otras<sup>(22,23)</sup>.

Benedetto Saraceno, uno de los ex-directores de la Unidad de Salud Mental de la OMS, afirmó que el discurso de salud mental todavía sigue siendo influenciado por centros académicos, ubicados en países de altos ingresos<sup>(24)</sup>. Este panorama de un financiamiento en el que los países de altos ingresos establecen las prioridades, usualmente excluye a las organizaciones comunitarias de países de bajos y medianos ingresos que mantienen una estrecha y singular sintonía con las necesidades y realidades de los grupos humanos a los que sirven<sup>(22,25)</sup>.

#### 1.4 Los enfoques de SMG en políticas y servicios en Latinoamérica

En los últimos quince años y en el marco del Programa de Acción Mundial para Superar las brechas en Salud Mental (mhGap), promovido por la OMS, se ha impulsado en América Latina la creación o fortalecimiento de servicios comunitarios de atención a usuarios con este tipo de problemas. El mhGap tiene como propósito fundamental el fomento de un aumento sustancial de recursos financieros y humanos por parte de gobiernos e instituciones importantes a efecto de mejorar el acceso a la atención en salud mental en países de bajos y medianos ingresos con la finalidad de reducir las brechas existentes<sup>(26)</sup>.

Cabe resaltar que la aplicación de este enfoque comunitario, se remonta a la década de los años noventa y que la implementación de reformas psiquiátricas ha sido un proceso de desarrollo heterogéneo<sup>(27)</sup>. Brasil fue el primer país latinoamericano en establecer una política de salud mental cuyo principal propósito fue reemplazar el modelo de atención basado en el hospital psiquiátrico con un modelo que incluyera servicios basados en la comunidad, y que garantizara la vigencia de los derechos humanos de los usuarios<sup>(28)</sup>. Esta política se ha implementado en las últimas tres décadas en el país<sup>(28)</sup>, aunque con algunos retrocesos que incluyeron una contrarreforma entre los años 2016 y 2019<sup>(29)</sup>.

En Chile, donde el 74% de la población se atiende en el sistema público, se ha integrado al mismo el modelo de atención comunitaria en las últimas tres décadas. Se ha logrado así reducir el rol de los hospitales psiquiátricos e incrementar la atención en establecimientos comunitarios y de atención primaria de salud<sup>(30)</sup>. Para tal fin fue fundamental el compromiso político que se tradujo en adecuada asignación presupuestal. El presupuesto establecido para los hospitales psiquiátricos se redujo de 74% a 21% y para los servicios comunitarios se incrementó a 79% en este período<sup>(30)</sup>.

En el caso del Perú, si bien los cambios en la legislación ocurrieron desde el 2004, en el 2012 se inició la

implementación de los centros de salud mental comunitaria y, en el 2014, fue crucial la creación del presupuesto basado en resultados para el control y la prevención en salud mental (PpR 0131) por parte del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF)<sup>(31)</sup>. El PpR 0131 demostró un compromiso con la reforma cuando el MEF otorgó al Ministerio de Salud un presupuesto de 78 millones de soles (aproximadamente 20 millones de dólares) para la implementación del modelo de salud mental comunitario en el año fiscal del 2015<sup>(32)</sup> y extendido a un período de diez años. Anteriormente, la asignación presupuestal a salud mental representaba el 0.27% del presupuesto de salud y el 98% de tal presupuesto de salud mental se asignaba a los hospitales psiquiátricos<sup>(33)</sup>. Si bien varios países latinoamericanos han materializado medidas similares en favor de la salud mental comunitaria, hay todavía algunos, particularmente en la región andina, que mantienen el modelo cimentado en hospitales psiquiátricos y en la atención en establecimientos de salud del tercer nivel de atención<sup>(31)</sup>.

Por otro lado, aún en los países que han implementado servicios basados en la comunidad, se encuentran barreras como la capacitación del personal para entender el modelo comunitario<sup>(31)</sup> y brindar atención en salud mental, los recursos financieros, la dificultad de implementar abordajes interdisciplinarios y redes integradas de salud<sup>(34)</sup>. En el primer nivel de atención, desde la estrategia de atención primaria, se evidencian desafíos tales como la incomodidad del personal de salud en relación al manejo de trastornos mentales y su tendencia a referir a los usuarios a otras dependencias de atención<sup>(35)</sup>, además de la falta de conocimiento y competencia de los profesionales de atención primaria en el manejo de trastornos mentales<sup>(36)</sup>. La capacitación de los equipos de salud en el mhGAP y la incorporación de psiquiatras y psicólogos, fueron estrategias que favorecieron la integración de la salud mental en la atención primaria de salud a través de los servicios comunitarios en Chile por ejemplo<sup>(30)</sup>.

Existe evidencia de que el modelo de atención basado en la comunidad mejora la eficiencia en el uso de los recursos, tiene un mayor alcance geográfico y cobertura, e incluye intervenciones psicosociales<sup>(37)</sup>. Contribuye, por lo tanto, a reducir las inequidades en el acceso a la atención en salud mental. Asimismo, tiene el potencial de convertir a la comunidad en protagonista en varios procesos de la atención en salud mental<sup>(38)</sup> y de incorporar el componente sociocultural e histórico relacionado a la concepción comunitaria de las localidades en los servicios e intervenciones que se brindan.

Con respecto al protagonismo de la comunidad, a pesar de que la concepción de salud mental en varias de las políticas nacionales, resalta este protagonismo de las poblaciones, la implementación de los servicios en Latinoamérica, en cuanto a recursos, estrategias y acciones se fundamentan aún significativamente en el modelo biomédico que prioriza únicamente el diagnóstico y



tratamiento de los trastornos mentales<sup>(39)</sup>. El cuerpo se “medicaliza”<sup>(40)</sup>, no se concibe a las personas como un todo que considere e incluya las dimensiones biopsicosociales y espirituales<sup>(35)</sup>, y se deja de lado aspectos como la construcción social, cultural e histórica de las concepciones de salud mental, de la enfermedad y de la sanación, todo lo cual impacta negativamente la organización de los servicios. Asimismo, la participación de los usuarios y sus familias es incipiente, incluso en países con una trayectoria importante en la implementación del modelo comunitario para la atención en salud mental, como Brasil<sup>(41)</sup> y Chile<sup>(30)</sup>.

La hegemonía del modelo biomédico en la concepción, la atención y la organización de los servicios de salud mental no ha favorecido la implementación de acciones a nivel local que reduzcan las inequidades en la prevalencia de problemas de salud mental y de su atención en las personas más vulnerables, desde la perspectiva de los determinantes sociales y los objetivos de desarrollo sostenible. Si bien se menciona la promoción de la salud como un campo de intervención, el énfasis y los recursos en su mayoría se asignan al tratamiento, y no se cuenta con una perspectiva interdisciplinaria que es clave para las acciones de promoción de la salud que favorezcan el protagonismo de la comunidad.

América Latina y el Caribe constituyen la región más inequitativa del mundo: el 10% de los que ganan más en promedio tienen más de 12 veces que el 10% más pobre<sup>(42)</sup>. Asimismo, las personas que viven en zonas rurales tienden a encontrarse fuera del alcance de las políticas públicas de salud mental<sup>(43)</sup>. Además, las inequidades sociales actúan en la intersección de etnicidad, migración, género y clase socioeconómica<sup>(44)</sup>. La violencia, la inequidad de género, y la desigualdad económica afectan la salud mental<sup>(45)</sup>. En un estudio de revisión publicado este año, Sánchez et al. encontraron en adolescentes de Latinoamérica y el Caribe<sup>(44)</sup>, una clara asociación entre inequidad social y resultados adversos en salud mental, incluyendo dificultades en el acceso a la atención en salud.

Finalmente, con respecto a la colaboración Norte Global/Sur Global, se han implementado grupos de investigación tales como la Red Regional de Investigación en Salud Mental en Latinoamérica (RedeAmérica) y la red latinoamericana de tratamiento e innovación en salud mental (LATIN-MH), ambas financiadas por el Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU.<sup>(46)</sup>. Por ejemplo, la LATIN-MH tiene como propósito el desarrollo de capacidades, el establecimiento de alianzas estratégicas con otras disciplinas y la integración del manejo de la salud mental en el contexto de la atención primaria y de los sistemas comunitarios de salud<sup>(46)</sup>. No obstante, la colaboración sigue un modelo unidireccional, en el que se replican y adaptan modelos del norte sin consideración de las concepciones culturales e históricas de las comunidades con respecto a la salud mental y a su atención, i.e., la naturaleza colectiva y comunitaria de la organización social.

## 2. Crisis y Salud Mental Global

Una variedad de eventos y crisis globales/regionales han impactado la salud mental y el bienestar de la población. Acontecimientos como la pandemia por COVID-19, los conflictos geo-políticos, y el cambio climático han exacerbado las inequidades en la salud mental global<sup>(47)</sup>. Por ejemplo, en Colombia, marcada por cinco décadas de conflictos armados, las personas expuestas al conflicto, no solo tenían un riesgo considerablemente mayor de sufrir trastornos mentales, si no también de experimentar inequidades socioeconómicas<sup>(48)</sup>. Asimismo, las poblaciones de zonas rurales pobres fueron desplazadas a las zonas aún más pobres de las ciudades, enfrentando muchas barreras para recuperar su bienestar socioeconómico debido a menores oportunidades de trabajo que resultaron en desigualdades regionales pronunciadas<sup>(48)</sup>.

En el escenario global actual donde diferentes eventos que ocurren de manera imprevista a nivel político, social y ambiental afectan de manera desproporcionada a la población, se reanuda constantemente el llamado a abordar las inequidades sociales existentes incorporando las realidades culturales, sociales y económicas en la investigación y en los programas de salud mental<sup>(49)</sup>.

### 2.1 COVID-19 y Salud Mental Global

La reciente emergencia de salud pública por la pandemia de COVID-19 ha tenido un grave impacto en la salud mental pública, así como en los sistemas de salud en una escala global. Durante el primer año se registró un incremento significativo en los problemas de salud mental en la población general, problemas que incluyeron, por cierto, depresión y ansiedad generalizada<sup>(50)</sup>, afectando en particular a jóvenes, mujeres y personas con condiciones pre-existentes de salud<sup>(50)</sup>. Múltiples estresores como la soledad, el miedo a la infección, el sufrimiento, la posibilidad de muerte propia o de personas significativas, duelos sucesivos y preocupaciones financieras se asociaron con aquellos cuadros<sup>(50)</sup>.

Más aún, las consecuencias del confinamiento por el COVID-19 y los esfuerzos de mitigación exacerbaron la pobreza existente y la inequidad entre y dentro de los países<sup>(51)</sup> lo cual también pudo afectar la salud mental. Existe evidencia que la pobreza puede ser causa y consecuencia de una salud mental comprometida<sup>(52,53)</sup>.

La pandemia por COVID-19 mostró la influencia de los determinantes sociales en la deficiente salud física y mental, llamando la atención sobre el aumento de las inequidades sociales y de las adversidades en todo el mundo. Las poblaciones social y económicamente desfavorecidas se vieron afectadas desproporcionadamente por la pandemia con obvias tasas más altas de infección y mortalidad<sup>(54-56)</sup>.

A pesar de la diversidad en los países, las amplias inequidades existentes en los ingresos, en el acceso a los servicios de salud y en los resultados de manejos que se observan comúnmente en Latinoamérica, hicieron que esta sea la región más inequitativa del mundo<sup>(56,57)</sup>. Es así que muchas poblaciones indígenas que vivían en áreas rurales fueron afectadas por la falta de acceso a la información y a los servicios de salud de calidad, así como por las barreras del idioma<sup>(56)</sup>. También, la población de bajos ingresos era más vulnerable a la angustia (“*distress*”) y a las enfermedades mentales en razón a los múltiples estresores a los que estaban expuestos, como el hacinamiento, y el menor acceso a servicios de salud y a oportunidades de educación y empleo<sup>(56)</sup>. Por ejemplo, en Chile, a pesar de que no hay evidencia de que las personas con problemas de salud mental fueran excluidas de las políticas diseñadas para mitigar los impactos sociales y económicos de la pandemia, el acceso a los programas se percibió como inequitativo y discriminatorio<sup>(55)</sup>. Prestar atención a la equidad (o a su ausencia) dentro de los países es crítico para un desarrollo sostenible en relación a la salud mental.

Durante la pandemia COVID-19, los servicios de salud mental se vieron interrumpidos en gran medida a pesar de las necesidades urgentes de apoyo. De acuerdo al informe de la OMS (2020)<sup>(58)</sup>, la gran mayoría, 116 u 89% de los países que respondieron a la encuesta de 130 estados miembros informaron que la respuesta de salud mental y el apoyo psicosocial (SMAPS) era parte de sus planes nacionales de respuesta al COVID-19. Sin embargo, solo el 17% de estos países habían garantizado un financiamiento adicional completo para SMAPS<sup>(58)</sup>. Además, es sabido que la pandemia tuvo un impacto negativo en la salud mental de los trabajadores de salud a nivel global<sup>(56,59,60)</sup>.

Un estudio realizado en Chile informó que los servicios de salud mental en el nivel de atención primaria fueron los más afectados. Los impactos adversos se registraron en la continuidad y calidad de la atención, la reducción del apoyo psicosocial y comunitario y efectos negativos en la salud mental de los trabajadores, con consecuencias negativas a nivel de los sistemas de salud en general<sup>(55)</sup>. Los cambios a nivel comunitario, como el incremento del estigma, la discriminación y la exclusión social, afectaron el acceso a las prácticas de salud comunitaria, especialmente entre las poblaciones más vulnerables antes de la pandemia como las indígenas y las de personas sin vivienda (“*homeless*”)<sup>(55)</sup>.

Para satisfacer las necesidades crecientes de apoyo a la salud mental, una gama de programas innovadores se iniciaron en varios países de bajos y de medianos ingresos<sup>(61)</sup>. En particular, los servicios de tele-salud mental pasaron a estar ampliamente disponibles para adaptarse rápidamente a las nuevas condiciones y restricciones a corto plazo<sup>(62)</sup>. Por ejemplo, con el fin de mejorar el acceso a la atención en Perú, Socios en Salud ha difundido información a través de los

medios de comunicación para interactuar con una aplicación de *chatbot* que proporciona detección automatizada y gratuita de la depresión y derivación para la gestión remota de problemas adicionales<sup>(63)</sup>.

Estas innovaciones tecnológicas sugieren asimismo que la pandemia puede haber brindado oportunidades para re-imaginar la SMG y reconstruir de una mejor manera los sistemas de salud mental en países de bajos y medianos ingresos, al integrar la salud mental en los planes de cobertura sanitaria universal, mejorando el acceso a intervenciones psicosociales a través de tareas compartidas (“*task sharing*”) y del aprovechamiento de tecnologías innovadoras<sup>(61,64)</sup>.

Estas perspectivas optimistas sobre oportunidades post-pandemia de introducción de atención remota utilizando la tecnología para avanzar en la accesibilidad a la atención en salud mental son, sin embargo, cuestionadas, particularmente en el contexto de los países de América Latina y el Caribe (ALC), marcados por inequidades estructurales de larga data. A pesar de la contribución de la tecnología en la telemedicina y en los tratamientos de autoayuda en el contexto de la pandemia COVID-19, las actividades que requerían internet no fueron accesibles para todas las poblaciones, tales como adultos mayores, poblaciones de bajos ingresos y personas no familiarizadas con su uso<sup>(56)</sup>. Por ejemplo, en Chile donde las soluciones digitales se implementaron de manera amplia para facilitar la atención remota, la igualdad en el acceso fue limitada debido a la disponibilidad de equipos, su calidad, al acceso a internet y a la brecha digital que experimentan en gran medida las comunidades rurales, los jóvenes y las personas mayores<sup>(55)</sup>. Se deduce, por tanto, que el giro hacia la atención remota de salud mental en países latinoamericanos y caribeños requiere cautela, ya que puede obstaculizar el acceso a los servicios en razón de inequidades en las tecnologías existentes<sup>(65)</sup>.

Profesionales de la salud mental en 13 países de Latinoamérica (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Paraguay, Perú y Uruguay) enfatizaron la necesidad de una transformación institucional que aborde las inequidades persistentes y la falta de justicia social, y expresaron su esperanza en la futura y permanente transformación de los sistemas de salud mental en función del retroceso de la pandemia<sup>(66)</sup>.

Para convertir la experiencia de la pandemia de COVID-19 en una oportunidad, las políticas deben fortalecer la prestación de servicios centrándose en modelos de atención comunitaria accesibles y equitativos basados en evidencia, adaptados a las necesidades locales y brindando apoyo a las comunidades<sup>(55,57)</sup>. Las estrategias multisectoriales que afectan las condiciones de salud mental, incluyendo educación, vivienda, empleo y protección de los derechos humanos deben ser garantizadas<sup>(68)</sup>. Además, el diseño de políticas y programas que den prioridad a la equidad en la

recuperación de la pandemia, debe considerar la voz de las personas con enfermedades mentales<sup>(23,47,68)</sup>.

## 2.2 Cambio climático y Salud Mental Global

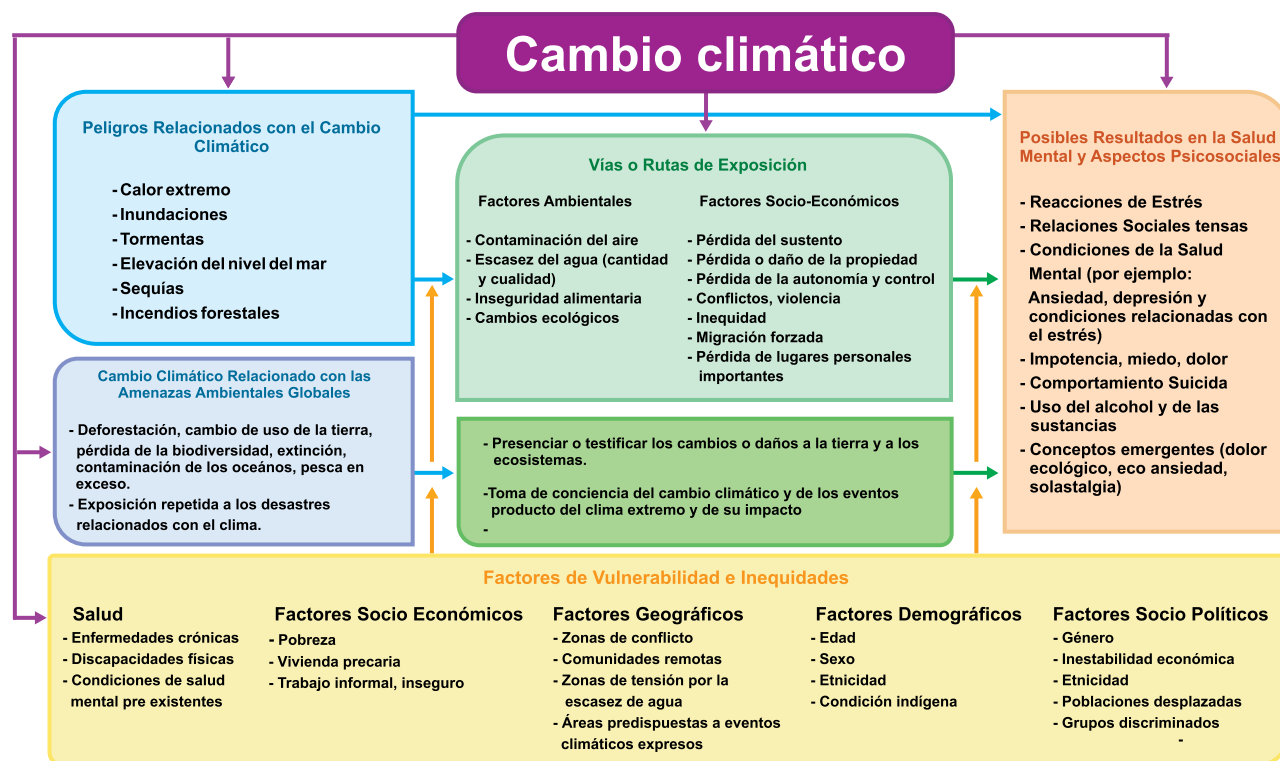
El cambio climático constituye una crisis creciente a nivel global, que lleva a riesgos o peligros agudos, cuando se trata por ejemplo, de huracanes, sequías o inundaciones, o a cambios en los ecosistemas que se relacionan con la inseguridad alimentaria, escasez de agua fresca y medios de vida limitados<sup>(69)</sup>. Tanto los riesgos agudos como los cambios en los ecosistemas, tienen efectos en la salud, especialmente en la salud mental y en el bienestar general de las poblaciones<sup>(70)</sup>; es claro que los países de bajos y medianos ingresos son también los más vulnerables al impacto del cambio climático y de los desastres naturales en los problemas de salud mental<sup>(71,72)</sup>.

Existe asimismo evidencia de vías directas e indirectas que relacionan los peligros, las amenazas y las vulnerabilidades frente al impacto del cambio climático a corto y a largo plazo en la salud mental<sup>(45)</sup>. Es también importante considerar que la exposición a varios peligros, amenazas o riesgos puede ser simultánea. En la figura 1, se observa claramente este vínculo con posibles resultados en la salud mental y en los aspectos psicosociales o, de manera indirecta, a través de la exposición a variables ambientales o socioeconómicas. Lo

mismo ocurre en cuanto a resultados directos o mediados (indirectos) en la salud mental por el hecho de ser testigos conscientes del cambio climático<sup>(73)</sup>.

Los eventos agudos actúan a través de mecanismos similares al estrés traumático, que llevan a problemas de salud mental, mientras que la exposición extrema o prolongada a eventos relacionados al clima pueden asociarse con el estrés post traumático *per se*<sup>(72)</sup>. Asimismo, el cambio climático afecta negativamente a los determinantes ambientales, sociales y económicos de la salud mental<sup>(73)</sup> y exacerba las inequidades sociales existentes<sup>(74,75)</sup>. En los últimos diez años, la salud de las poblaciones más vulnerables en América del Sur se ha visto afectada por los efectos negativos del cambio climático<sup>(74)</sup>. En un estudio cualitativo realizado en Perú, se encontró que la angustia socio-económica y la carencia de apoyo contribuían al sufrimiento psicosocial de las comunidades de bajos recursos en un contexto posterior a la ocurrencia de un desastre natural<sup>(76)</sup>.

Factores sociales que implican vulnerabilidad, así como susceptibilidades individuales tales como la falta de infraestructura, limitado acceso a servicios de salud y/o alta prevalencia de comorbilidades, son factores mediadores, que incrementan el impacto del cambio climático en la salud y, específicamente, en la salud mental<sup>(77)</sup>. Se señala que las poblaciones pueden sentir emociones intensas como tristeza,



Fuente: Mental health and climate change: policy brief.

Figura 1: Relaciones entre variables del cambio climático y la salud mental y factores de vulnerabilidad e inequidad.

miedo, desesperanza, impotencia y duelo; se mencionan también la eco-ansiedad, la angustia o distress ambiental<sup>(69)</sup>. En una revisión sistemática sobre la mitigación del cambio climático y estrategias de adaptación en salud mental y bienestar en países de bajos y medianos ingresos, se encontró que la mayoría de los estudios se centraron en intervenciones relacionadas a la adaptación, muy pocos abordaron programas de mitigación y la evidencia fue muy limitada sobre los efectos del cambio climático en los trastornos mentales comunes<sup>(70)</sup>.

El efecto del cambio climático en la salud mental de las poblaciones indígenas, requiere un espacio especial debido a que se trata de poblaciones vulnerables, que sufren inequidades sociales, pero sobre todo que tienen una concepción holística y un vínculo estrecho con la naturaleza, una conexión muy profunda, fuerte y ancestral con la tierra, que les provee para su subsistencia, pero que también es fuente de su identidad y de las relaciones intra-comunitarias<sup>(78)</sup>. Así, los efectos negativos del cambio climático, es decir, de inundaciones, sequías, deshielos, etc. son vividos por estas poblaciones como una pérdida de su “lugar en el mundo” que involucra la merma en su sustento de vida, pero que también los priva de prácticas culturales que nutren su bienestar colectivo<sup>(78,79)</sup>; la salud mental de las poblaciones indígenas puede presentar entonces angustia, temor, tristeza, rabia, ansiedad, depresión y duelos persistentes<sup>(78,79)</sup>. También es importante considerar la conceptualización local y la comprensión cultural de las experiencias y expresiones de los efectos psicológicos del cambio climático en sus vidas diarias, como los “modismos de angustia” (*idioms of distress*) incorporados en su contexto local<sup>(80,81)</sup>.

Con respecto a la respuesta frente al cambio climático y a su efecto en la salud mental, la OMS recomienda los siguientes cinco enfoques:

1. Integrar aspectos relacionados al cambio climático en las políticas y programas de salud mental, para una mejor preparación y respuesta a las crisis.
2. Integrar la salud mental y el apoyo psicosocial en las políticas y programas que abordan el cambio climático y la salud.
3. Construir compromisos globales, incluyendo los ODS, el tratado de cambio climático de París y el marco de Sendai para la reducción de riesgos de desastres.
4. Implementar enfoques multisectoriales y basados en la comunidad para disminuir las vulnerabilidades y reducir los impactos psicosociales del cambio climático.
5. Abordar las brechas de financiamiento para la salud mental y para dar respuesta a los impactos del cambio climático<sup>(58)</sup>.

Los enfoques basados en la comunidad, para desarrollar la resiliencia a nivel comunitario, son claves. Estos deben considerar el protagonismo y la participación de los líderes de la comunidad para promover la salud mental y el bienestar de la población. Asimismo, la respuesta debe construirse a partir de los sistemas existentes de atención<sup>(69)</sup>.

Un estudio de revisión concluyó que entre las soluciones de tipo político-administrativo para mejorar la salud mental frente al cambio climático, se encuentran la mejora del financiamiento para los servicios de salud mental, la vigilancia y el monitoreo en salud mental, el planeamiento para la adaptación y resiliencia dentro del sistema de salud y la capacitación especializada en salud mental a los proveedores de salud que brindarán la primera respuesta<sup>(71)</sup>.

El sistema de salud juega pues un rol fundamental en el abordaje de los efectos del cambio climático en la salud mental de la población. En este sentido, es importante tomar en cuenta que los sistemas de salud de los países latinoamericanos tienen dificultades como el bajo presupuesto en salud, la baja calidad de la atención y el acceso limitado a los servicios de salud<sup>(82)</sup>, dificultades que fueron agravadas por la pandemia COVID-19<sup>(83)</sup>. Hay poca evidencia de políticas y planes que incluyan acciones de adaptación para fortalecer los sistemas de salud en varios países latinoamericanos y del Caribe<sup>(83)</sup>.

*Lancet Countdown* para Sudamérica<sup>(74)</sup>, señala las brechas que deben abordarse con respecto a la salud y al clima:

1. Se requiere un análisis de los temas prioritarios a nivel local que informe a la política pública a partir de la evidencia a nivel nacional o sub-nacional para fortalecer la respuesta y la preparación frente a los peligros del cambio climático y abordar las vulnerabilidades sociales.
2. Es necesario el desarrollo de la investigación y de la acción transdisciplinaria en salud y clima, dado que la evidencia existente y que es limitada, se ha generado a partir de unas cuantas disciplinas<sup>(77)</sup>.
3. La investigación, las políticas y la acción deben reflejarse en un financiamiento adecuado y sostenible.

La acción con respecto al cambio climático es una oportunidad para abordar los desafíos y las inequidades sociales a través de políticas estratégicas<sup>(74)</sup>. Existe poca o ninguna información para el seguimiento de los peligros del cambio climático y de sus efectos en la salud de la población, que permita el diseño de políticas apropiadas<sup>(74,77)</sup> y adaptadas a las perspectivas culturales, de género y de la comunidad<sup>(77)</sup>. Se requiere además una adecuada gobernanza y la voluntad política en los niveles locales, regionales y nacionales para mitigar los efectos del cambio climático en la salud mental de las poblaciones<sup>(74)</sup>.

### 3. Reflexiones finales

El movimiento de SMG, así como las iniciativas de la OMS para aumentar la cobertura de la atención a personas con problemas de salud mental, han puesto este tema en una posición prominente de la agenda mundial. Esto ha permitido que se cuente con mejor financiamiento para el desarrollo de investigaciones que generen evidencia, políticas y acciones para reducir la brecha de tratamiento mediante el fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria y de atención primaria. Se ha impulsado también el desarrollo de capacidades para la investigación y atención en salud mental en los servicios en los países de bajos y medianos ingresos. No obstante, el trabajo a realizar es arduo, y los esfuerzos realizados, si bien son avances importantes, resultan todavía insuficientes para responder a las demandas y las necesidades de salud mental a diversos niveles.

Por otro lado, se intenta, aunque no se logra aún, trascender el discurso basado en el modelo y poder biomédico, hacia el reconocimiento de los determinantes sociales de la salud y de la salud mental global como un campo eminentemente interdisciplinario, que debería reconocer las voces de todos los actores a nivel global y local. Es así que el rol de la cultura, de la historia y de los saberes locales en la construcción de las subjetividades y en particular de la salud mental, del sufrimiento mental y de la sanación, son aún difíciles de considerar e identificar tanto en las investigaciones como en los modelos de atención de la salud mental. Es difícil cambiar los modelos mentales<sup>1</sup>, barreras importantes a considerar en las ciencias de la implementación.

Las crisis globales que impactan la salud mental (el cambio climático y la pandemia del COVID-19 entre otras), demuestran la importancia de abordar los determinantes sociales para reducir las inequidades, y la necesidad de un trabajo interdisciplinario e incluso transdisciplinario en el

desarrollo de investigaciones para la generación de evidencia y acciones en la formulación e implementación de políticas, programas y servicios que respondan a estas crisis en el contexto de la intersectorialidad y el protagonismo de las comunidades.

### Conclusiones

La presente revisión resalta una visión de la SMG fundamentada en los principios de la equidad y la inclusión<sup>(23)</sup>. Las experiencias de crisis a nivel global y, específicamente, en Latinoamérica demuestran llamados renovados a la equidad y la justicia, de modo que las enfermedades mentales y el sufrimiento psicológico, así como el bienestar mental, se conviertan en asuntos sociales y políticos prominentes que otorguen debida consideración a los determinantes sociales, y que produzcan un desplazamiento o giro claro del modelo biomédico y su perspectiva individual<sup>(23,49,66)</sup>. Para ello se requieren respuestas intersectoriales que confieran protagonismo a las realidades y contribuciones locales. Para mejorar la equidad a través del enfoque de salud mental comunitaria, se requiere de una aproximación “de abajo hacia arriba” (“*bottom-up*”) que incluya las experiencias de vida de las comunidades y, en especial, de las personas con problemas de salud mental en el diseño y organización de los servicios, la formulación e implementación de las políticas y las tareas de investigación. Tratar la experiencia de vida, concediendo un lugar de experticia a las poblaciones y a las personas con problemas de salud mental, genera oportunidades de escuchar a la cultura y a los discursos locales que pueden cambiar el poder en la producción de conocimiento y aportar recursos endógenos para la construcción de soluciones comunitarias más sostenibles y equitativas<sup>(23,47,49)</sup> y que, a su vez, permitan mejores respuestas a las crisis globales que impactan la salud mental.

<sup>1</sup>Los modelos mentales son un conjunto interrelacionado de creencias y conocimientos conceptuales, que dan forma a como las personas forman sus expectativas acerca del futuro y comprenden la manera en que el mundo funciona (84).

### Referencias bibliográficas

1. **Bemme D.** Contingent universality: the epistemic politics of global mental health. *Transcultural Psychiatry*. 2023;60(3):385-99. doi:10.1177/13634615231189565
2. **Rajabzadeh V, Burn E, Sajun SZ, Suzuki M, Bird VJ, Priebe S.** Understanding global mental health: A conceptual review. *BMJ Global Health*. 2021;6(3):e004631. doi:10.1136/bmjgh-2020-004631
3. **Patel V.** Global mental health: from science to action. *Harvard review of psychiatry*. 2012;20(1):6-12. doi: 10.3109/10673229.012.649108
4. **Collins PY.** What is global mental health? *World Psychiatry*. 2020;19(3):265. doi: 10.1002/wps.20728
5. **Kirmayer LJ, Pedersen D.** Toward a new architecture for global mental health. *Transcultural Psychiatry*. 2014; 51(6):759-776. doi:10.1177/1363461514557202.
6. **Gautham MS, Gururaj G, Varghese M, Benegal V, Rao GN, Kokane A, et al.** The National Mental Health Survey of India (2016): Prevalence, socio-demographic correlates and treatment gap of mental morbidity. *International Journal of Social Psychiatry*. 2020; 66(4): 361-72. doi:10.1177/0020764020907941
7. **Kleinman A.** Global mental health: a failure of humanity. *The Lancet*. 2009;374(9690):603-4. doi:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61510-5
8. **Patel V, Prince M.** Global Mental Health: A New Global Health Field Comes of Age. *JAMA*. 2010;303(19):1976-7. doi: 10.1001/jama.2010.616
9. **Bayetti C, Bakhshi P, Davar B, Khemka G, Kothari P,**

- Kumar M, et al.** Critical reflections on the concept and impact of “scaling up” in Global Mental Health. *Transcultural psychiatry*. 2023;60(3):602-9. doi: 10.1177/13634615231183928
- 10. Whitley R.** Global mental health: concepts, conflicts and controversies. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2015;24(4):285-91. doi: 10.1017/S2045796015000451
- 11. Fernando S.** Globalization of psychiatry-A barrier to mental health development. *International Review of Psychiatry*. 2014;26(5):551-7. doi: 10.3109/09540261.2014.920305
- 12. Summerfield D.** “Global mental health” is an oxymoron and medical imperialism. *Bmj*. 2013;346. doi: 10.1136/bmj.f3509
- 13. Bemme D, D'souza NA.** Global mental health and its discontents: An inquiry into the making of global and local scale. *Transcultural psychiatry*. 2014;51(6):850-74. doi:10.1177/1363461514539830
- 14. Kirmayer LJ, Swartz L.** Culture and global mental health. *Global mental health: Principles and practice*. 2013:41-62.
- 15. Kirmayer LJ.** Cultural competence and evidence-based practice in mental health: Epistemic communities and the politics of pluralism. *Social science & medicine*. 2012;75(2):249-56. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.03.018.
- 16. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al.** The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The lancet*. 2018;392(10157):1553-98. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31612-X
- 17. Cosgrove L, Mills C, Karter JM, Mehta A, Kalathil J.** A critical review of the Lancet Commission on global mental health and sustainable development: Time for a paradigm change. *Critical Public Health*. 2020;30(5):624-31. doi:10.1080/09581596.2019.1667488
- 18. Faregh N, Lencucha R, Ventevogel P, Dubale BW, Kirmayer LJ.** Considering culture, context and community in mhGAP implementation and training: challenges and recommendations from the field. *International Journal of Mental Health Systems*. 2019;13:1-13. doi: 10.1186/s13033-019-0312-9
- 19. Bemme D, Kirmayer LJ.** Global mental health: interdisciplinary challenges for a field in motion. *Transcultural Psychiatry*. 2020;57(1):3-18. doi: 10.1177/1363461519898035
- 20. Bedi RP.** Racial, ethnic, cultural, and national disparities in counseling and psychotherapy outcome are inevitable but eliminating global mental health disparities with indigenous healing is not. *Archives of Scientific Psychology*. 2018;6(1):96. doi: 10.1037/arc0000047
- 21. Campbell C, Burgess R.** The role of communities in advancing the goals of the Movement for Global Mental Health. *Transcultural Psychiatry*. 2012;49(3-4):379-395. doi:10.1177/1363461512454643
- 22. Bemme D, Roberts T, Ae-Ngibise KA, Gumbonzvanda N, Joag K, Kagee A, et al.** Mutuality as a method: advancing a social paradigm for global mental health through mutual learning. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2024;59(3):545-53. doi: 10.1007/s00127-023-02493-1
- 23. Chiumento A, MacBeth A, Stenhouse R, Segal L, Harper I, Jain S.** A vision for reinvigorating global mental health. *PLOS Global Public Health*. 2024;4(4):e0003034. doi: 10.1371/journal.pgph.0003034
- 24. Saraceno B.** Rethinking global mental health and its priorities. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2020;29:e64. doi: 10.1017/S204579601900060X
- 25. Larrieta J, Wuerth M, Aoun M, Bemme D, D'souza N, Gumbonzvanda N, et al.** Equitable and sustainable funding for community-based organisations in global mental health. *The Lancet Global Health*. 2023;11(3):e327-e8. doi: 10.1016/S2214-109X(23)00015-3
- 26. World Health Organization.** mhGAP Intervention Guide - Version 2.0 for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings 2019 [Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549790>.
- 27. Pérez LB, Pinheiro A, Machado JÂ, Araújo CEL.** The trajectory of Mental Health Policies in Argentina and Brazil: why different reform patterns? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2024;34:e34006. doi:10.1590/S0103-7331202434006en
- 28. Almeida JMCd.** Mental health policy in Brazil: what's at stake in the changes currently under way. *Cadernos de Saúde Pública*. 2019;35:e00129519. doi: 10.1590/0102-311X00129519.
- 29. Santos RGdA, Íñiguez-Rueda L.** Los caminos de la asistencia en salud mental: la atención psicosocial como territorio de cuidado. *Salud e Sociedade*. 2023;32:e210786es. doi: 10.1590/S0104-12902023210786es
- 30. Minoletti A, Sepúlveda R, Gómez M, Toro O, Irrarrázabal M, Díaz R, et al.** Análisis de la gobernanza en la implementación del modelo comunitario de salud mental en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2018;42:e131. doi: 10.26633/RPSP.2018.131
- 31. Arriola-Vigo JA, Stovall JG, Moon TD, Audet CM, Diez-Canseco F.** Perceptions of community involvement in the Peruvian mental health reform process among clinicians and policy-makers: a qualitative study. *International Journal of Health Policy and Management*. 2019;8(12):711. doi: 10.15171/ijhpm.2019.68
- 32. Toyama M, Castillo H, Galea JT, Brandt LR, Mendoza M, Herrera V, et al.** Peruvian mental health reform: a framework for scaling-up mental health services. *International journal of health policy and management*. 2017;6(9):501. doi: 10.15171/ijhpm.2017.07
- 33. Organización Mundial de la Salud.** *Mental Health Atlas 2011 2011* [Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9799241564359>.
- 34. Barcala A, Botto M, Poverene L, Augsburg C, Gerlero S, Saadi V, et al.** Políticas de salud mental y niñez en Argentina: nueva normativa y brechas en la implementación. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2022;27(1):102-17. doi: 10.17151/hpsal.2022.27.1.8
- 35. Cardoso LCB, Marcon SS, Rodrigues TFCdS, Paiano M, Peruzzo HE, Giacon-Arruda BCC, et al.** Mental health assistance in Primary Care: the perspective of professionals from the Family Health Strategy. *Revista brasileira de enfermagem*. 2021;75:e20190326. doi: 10.1590/0034-7167-2019-0326
- 36. Agudelo-Hernández F, García Cano JF, Salazar Vieira LM, Vergara Palacios W, Padilla M, Moreno Mayorga B.** Brechas en la atención primaria en salud mental en Chocó, Colombia: barreras y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2023;47:e138. doi: 10.26633/RPSP.2023.138
- 37. Carmona-Huerta J, Durand-Arias S, Rodríguez A, Garner-Catalá C, Cardona-Muller D, Madrigal-de-León E, et al.** Community mental health care in Mexico: a regional perspective from a mid-income country. *International Journal*

- of Mental Health Systems. 2021;15:1-10. doi: 10.1186/s13033-020-00429-9
38. **Alarcón-Guzmán RD, Castillo-Martell H.** The role of Community Mental Health in a new architecture of World psychiatry and Global Mental Health. *Salud mental.* 2020; 43(5):235-40. doi: 10.17711/sm.0185-3325.2020.032
39. **Henao S, Quintero S, Echeverri J, Hernández J, Rivera E, López S.** Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública.* 2016;34(2):175-83. doi:10.17533/udea.rfnsp.v34n2a07
40. **Caçapava JR, Colvero Lda.** Estratégias de atendimento em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem.* 2008; 29(4):573-80.
41. **Brandão AdD, Figueiredo AP, Delgado PGG.** Incorporações e usos do conceito de recovery no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira: uma revisão da literatura. *Trabalho, Educação e Saúde.* 2022;20:e00189174. doi:10.1590/01981-7746-ojs00189
42. **Banco Interamericano de Desarrollo.** The Complexities of Inequality in Latin America and the Caribbean 2024 [Available from: <https://www.iadb.org/en/news/complexities-inequality-latin-america-and-caribbean#:~:text=Latin%20America%20and%20the%20Caribbean%20is%20the%20world's%20most%20unequal,and%20the%20Caribbean%20is%20poor>].
43. **Dimenstein M, Macedo JPS, Leite J, Dantas C, Silva MPRd.** Iniquidades sociais e saúde mental no meio rural. *Psico-USF.* 2017;22(3):541-53. doi: 10.1590/1413-82712017220313
44. **Sánchez-Castro JC, Pilz González L, Arias-Murcia SE, Mahecha-Bermeo VA, Stock C, Heinrichs K.** Mental health among adolescents exposed to social inequality in Latin America and the Caribbean: a scoping review. *Frontiers in Public Health.* 2024;12:1342361. doi:10.3389/fpubh.2024.1342361
45. **Ruiz-Martínez AO, González-Arratia López Fuentes NI, González-Escobar S, Aguilar-Montes de Oca YP, Torres-Muñoz MA.** Influencias psicosocioculturales sobre los síntomas psicopatológicos en comunidad abierta: desigualdades ecosistémicas. *Acta Colombiana de Psicología.* 2020;23(1):169-80. doi: 10.14718/acp.2020.23.1.9
46. **Menezes PR, Araya R, Miranda JJ, Mohr DC, Price LN.** The Latin American Treatment and Innovation Network in Mental Health (Latin-MH): Rationale and Scope. *Revista de La Facultad de Ciencias Medicas (Cordoba, Argentina).* 2015;72(4):321.
47. **Moitra M, Owens S, Hailemariam M, Wilson KS, Mensa-Kwao A, Gonese G, et al.** Global mental health: Where we are and where we are going. *Current psychiatry reports.* 2023;25(7):301-11. doi: 10.1007/s11920-023-01426-8.
48. **Cuartas Ricaurte J, Karim LL, Martínez Botero MA, Hessel P.** The invisible wounds of five decades of armed conflict: inequalities in mental health and their determinants in Colombia. *International journal of public health.* 2019;64:703-11. doi: 10.1007/s00038-019-01248-7
49. **Pedersen D.** 23 Reflections Social Inequalities and Mental Health Outcomes. In: Kirmayer LJ LR, Cummings CA, editor. *Re-Visioning Psychiatry: Cultural Phenomenology, Critical Neuroscience, and Global Mental Health.* Cambridge University Press; 2015. p. 613-9.
50. **World Health Organization.** Mental health and COVID-19: early evidence of the pandemic's impact: scientific brief, 2 March 2022. World Health Organization; 2022.
51. **Kumar M, Kumar P.** Impact of pandemic on mental health in lower-and middle-income countries (LMICs). *Global Mental Health.* 2020;7:e35. doi: 10.1017/gmh.2020.28
52. **Cooper S, Lund C, Kakuma R.** The measurement of poverty in psychiatric epidemiology in LMICs: critical review and recommendations. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology.* 2012;47:1499-516. doi: 10.1007/s00127-011-0457-6
53. **Lund C.** Poverty and mental health: a review of practice and policies. *Neuropsychiatry.* 2012;2(3):213.
54. **Moeti M, Gao GF, Herrman H.** Global pandemic perspectives: public health, mental health, and lessons for the future. *The Lancet.* 2022;400(10353):e3-e7. doi:10.1016/S0140-6736(22)01328-9
55. **Toro-Devia O, Solis-Araya C, Soto-Brandt G, Sepúlveda-Queipul C, Pino P, Loyola F, et al.** Adverse sequelae of the COVID-19 pandemic on mental health services in Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública.* 2023;47:e87. doi: 10.26633/RPSP.2023.87
56. **Bassey EE, Gupta A, Kapoor A, Bansal A.** COVID-19 and poverty in South America: the mental health implications. *International Journal of Mental Health and Addiction.* 2023;21(5):2954-60. doi: 10.1007/s11469-022-00765-6
58. **García PJ, Alarcón A, Bayer A, Buss P, Guerra G, Ribeiro H, et al.** COVID-19 response in Latin America. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene.* 2020;103(5):1765. doi: 10.4269/ajtmh.20-0765
58. **World Health Organization.** The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment. 2020.
59. **Oliveira FESd, Trezena S, Dias VO, Martelli Júnior H, Martelli DRB.** Common mental disorders in Primary Health Care professionals during the COVID-19 pandemic period: a cross-sectional study in the Northern health macro-region of Minas Gerais state, Brazil, 2021. *Epidemiologia e Serviços de Saúde.* 2023;32:e2022432. doi: 10.1590/S2237-96222023000100012
60. **Agrest M, Rosales M, Fernández M, Kankan T, Matkovich A, Velzi-Díaz A, et al.** "About Navigating Chaos": Latin American and Caribbean Mental Health Workers' Personal Impact Due to SARS-CoV-2 in the First Hundred Days. *International journal of public health.* 2022;67:1604359. doi: 10.3389/ijph.2022.1604359
61. **Kola L, Kohrt BA, Hanlon C, Naslund JA, Sikander S, Balaji M, et al.** COVID-19 mental health impact and responses in low-income and middle-income countries: reimagining global mental health. *The Lancet Psychiatry.* 2021;8(6):535-50. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00025-0
62. **Zangani C, Ostinelli EG, Smith KA, Hong JS, Macdonald O, Reen G, et al.** Impact of the COVID-19 pandemic on the global delivery of mental health services and telemental health: systematic review. *JMIR mental health.* 2022;9(8):e38600. doi: 10.2196/38600
63. **Partners in Health.** As COVID-19 Cases Mount in Peru, Medical and Social Support Are Key 2020 [Available from: <https://www.pih.org/article/covid-19-cases-mount-peru-medical-and-social-support-are-key>].
64. **Adiukwu F, de Filippis R, Orsolini L, Gashi Bytyçi D, Shoib S, Ransing R, et al.** Scaling up global mental health services during the COVID-19 pandemic and beyond. *Psychiatric Services.* 2022;73(2):231-4. doi: 10.1176/appi.ps.202000774

65. **Ardila-Gómez S, Díaz AV, Vargas E, Trujillo MAA, Ortega EJC, Agrest M.** COVID-19 and global mental health. *The Lancet Psychiatry.* 2021;8(6):457-8. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00150-4
66. **Agrest M, Kankan T, Fernández M, Rosales M, Matkovich A, Velzi-Díaz A, et al.** COVID-19 impact on the provision of psychosocial rehabilitation services in Latin America and the Caribbean. *International Journal of Mental Health.* 2023;52(4):473-89. doi: 10.1080/00207411.2022.2154562
68. **Maulik PK, Thornicroft G, Saxena S.** Roadmap to strengthen global mental health systems to tackle the impact of the COVID-19 pandemic. *International Journal of Mental Health Systems.* 2020;14:1-13. doi: 10.1186/s13033-020-00393-4
68. **Kola L, Kohrt BA, Acharya B, Mutamba BB, Kieling C, Kumar M, et al.** The path to global equity in mental health care in the context of COVID-19. *The Lancet.* 2021;398(10312):1670-2. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02233-9
69. **Corvalan C, Gray B, Prats EV, Sena A, Hanna F, Campbell-Lendrum D.** Mental health and the global climate crisis. *Epidemiology and psychiatric sciences.* 2022;31:e86. doi: 10.1017/S2045796022000361
70. **Flores EC, Brown LJ, Kakuma R, Eaton J, Dangour AD.** Mental health and wellbeing outcomes of climate change mitigation and adaptation strategies: A systematic review. *Environmental Research Letters.* 2023. doi: 10.1088/1748-9326/ad153f
71. **Sharpe I, Davison CM.** Climate change, climate-related disasters and mental disorder in low-and middle-income countries: a scoping review. *BMJ open.* 2021;11(10):e051908. doi: 10.1136/bmjopen-2021-051908
72. **Cianconi P, Betrò S, Janiri L.** The impact of climate change on mental health: a systematic descriptive review. *Frontiers in psychiatry.* 2020;11:490206. doi: 10.3389/fpsy.2020.00074
73. **World Health Organization.** Mental health and climate change: Policy brief: World Health Organization; 2022.
74. **Palmeiro-Silva YK, Yglesias-González M, Blanco-Villafuerte L, Canal-Solis K, Neyra RC, Fernández-Guzmán D, et al.** The lancet countdown South America: increasing health opportunities by identifying the gaps in health and climate change research. *The Lancet Regional Health-Americas.* 2023;26. doi: 10.1016/j.lana.2023.100605
75. **World Health Organization.** Checklists to assess vulnerabilities in health care facilities in the context of climate change. 2021.
76. **Flores Ramos E.** Mental health and resilience-promoting strategies associated with El Niño Southern Oscillation (ENSO) in the north coast of Peru: London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2020. doi: 10.17037/PUBS.04657742
77. **Palmeiro-Silva YK, Lescano AG, Flores EC, Astorga Y, Rojas L, Chavez MG, et al.** Identifying gaps on health impacts, exposures, and vulnerabilities to climate change on human health and wellbeing in South America: a scoping review. *The Lancet Regional Health-Americas.* 2023. doi: 10.1016/j.lana.2023.100580
78. **Middleton J, Cunsolo A, Jones-Bitton A, Wright CJ, Harper SL.** Indigenous mental health in a changing climate: a systematic scoping review of the global literature. *Environmental Research Letters.* 2020;15(5):053001. doi: 10.1088/1748-9326/ab68a9
79. **Lebel L, Paquin V, Kenny T-A, Fletcher C, Nadeau L, Chachamovich E, et al.** Climate change and Indigenous mental health in the Circumpolar North: A systematic review to inform clinical practice. *Transcultural Psychiatry.* 2022;59(3):312-36. doi: 10.1177/13634615211066698
80. **Nichter M.** Idioms of distress revisited. *Culture, Medicine, and Psychiatry.* 2010;34:401-16. doi: 10.1007/s11013-010-9179-6
81. **Weaver LJ, Krupp K, Madhivanan P. C.** *Transcultural Psychiatry.* 2022;59(4):399-412. doi: 10.1177/13634615211042235
82. **OECD/The World Bank.** Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020. Paris: OECD Publishing; 2020.
83. **OECD/The World Bank.** Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2023. Paris: OECD Publishing; 2023.
84. **Holtrop JS, Scherer LD, Matlock DD, Glasgow RE, Green LA.** The importance of mental models in implementation science. *Frontiers in Public Health.* 2021;9:680316. doi: 10.3389/fpubh.2021.680316

**Contribución de autoría:** Inés Bustamante y Sakiko Yamaguchi han participado en el diseño de la estructura del artículo, búsqueda bibliográfica, redacción y revisión.

**Conflicto de interés:** Los autores no tienen conflicto de interés con la publicación de este trabajo.

**Financiamiento:** Autofinanciado.

**Citar como:** Bustamante I, Yamaguchi S. Salud Mental Global: Enfoques, Crisis e Impacto. *Diagnóstico (Lima).* 2024;63(3):136-147.

**DOI:** <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v63i3.539>

**Autor Corresponsal:** Inés Bustamante

**Correo electrónico:** ines.bustamante@upch.pe

**Dirección:** Av. Honorio Delgado 430. SMP, Lima, Perú.



Revista  
DIAGNÓSTICO



Revista  
DIAGNÓSTICO



Revista  
DIAGNÓSTICO





# Problemas de Salud Mental durante las crisis sociales: Lo que hemos aprendido de la pandemia COVID-19

*Mental Health problems during social crises: What we have learned from the COVID-19 pandemic*

*Marta B. Rondón*

## Resumen

La pandemia por COVID-19 precipitó una crisis social que afectó temporalmente a toda la población mundial. Las predicciones de daño masivo a la salud mental no se han confirmado, pero algunas poblaciones vulnerables han sido desproporcionadamente afectadas por la infección y por las medidas sociales implementadas. La salud mental de muchas mujeres ha sufrido un deterioro significativo dada su mayor exposición al riesgo de constituir la mayoría de los llamados “trabajadores esenciales” y por la sobrecarga de responsabilidades que recayó sobre ellas. Las personas en los extremos del ciclo vital comparten factores biológicos de vulnerabilidad y estuvieron expuestas al aislamiento y la falta de protección y soporte formal por el cierre de escuelas, servicios de salud y lugares de recreación. Los y las adolescentes, sorprendentemente, han sufrido también un impacto emocional severo que se evidencia en el incremento de ideación y conductas suicidas y que se explica porque la pandemia alteró una etapa de la vida en la que desarrollo neurobiológico y psicosocial configuran una experiencia sumamente compleja. Las inequidades, debidas a diferencias de género, edad, origen u otros parámetros, se multiplicaron en la pandemia resultando en disparidades claras en mortalidad y prevalencia de síntomas debidos al quiebre de la capacidad para afrontar el estrés.

**Palabras clave:** *Eventos que cambian la vida, COVID-19, poblaciones vulnerables.*

## Abstract

The COVID-19 pandemic triggered a social crisis that temporarily affected the entire world population. Predictions of a massive damage to mental health have not been confirmed, but some vulnerable populations have been disproportionately affected by the infection and the social measures thereby implemented. Many women's mental health has deteriorated due to their higher exposure as most of the so-called “essential workers”, and to the larger burden of responsibilities they had to shoulder. People at both extremes of the life cycle share common vulnerability factors and were exposed to isolation and the unavailability of formal support networks in the face of closure of schools, health and recreational services. Surprisingly, adolescents of both sexes have also suffered a severe emotional impact documented by the rise in suicidal ideation and behaviors and explained by the distortion of a life phase in which complex interdependent processes of neurobiological and psychosocial growth occur. Inequities derived from gender, age, origin and other factors were multiplied in the pandemic resulting in clear disparities in mortality and in the prevalence of symptoms due to the failure of stress-management abilities.

**Keywords:** *Life changing events, COVID-19, vulnerable populations.*

## Introducción

Entendemos por salud mental un estado de bienestar que permite al individuo afrontar los estresores de la vida diaria<sup>(1)</sup> además de lograr la autorrealización en virtud de sus habilidades, aprender y trabajar bien y contribuir al desarrollo armónico de su comunidad. La exposición a crisis sociales (períodos en los cuales la base estructural de una sociedad experimenta interrupciones o deterioro, por guerras, desastres,

descontento político, descalabro económico, etc.) puede resultar en daño a la salud mental cuando hay una sumatoria de riesgos y escasos o ausentes factores de protección. Luego de los desastres a gran escala, como bombardeos, terremotos, derrames de petróleo etc. aparecen incrementos en la prevalencia de depresión, ansiedad, trastorno por estrés post-traumático, consumo de sustancias, abuso contra niños y niñas y otras manifestaciones de una salud mental seriamente comprometida<sup>(2)</sup>.

<sup>1</sup>Psiquiatra. Comité de Investigación en Salud Pública, Escuela de Medicina, Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú. Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, Perú. Maestra en Políticas y Servicios de Salud Mental, Universidade Nova de Lisboa. ID ORCID: 0000-0001-8459-6785.

Sorprendentemente, la exposición a crisis de orden económico se asocia a la disminución de la mortalidad, mientras que períodos de bonanza y crecimiento ven a aumentar la morbilidad y las conductas perjudiciales para la salud<sup>(3)</sup>.

La crisis universal más reciente ha sido, sin duda, la pandemia por COVID-19 y las medidas sociales adoptadas en su ruta. A partir de lecciones aprendidas en las pandemias por SARS y MERS<sup>(4)</sup> hubo preocupación e interés por conocer el impacto emocional sobre los trabajadores de la salud y la población en general. Muchos investigadores exploraron los efectos de la rápida diseminación de la infección y de los confinamientos. Así, en una revisión sistemática de artículos publicados antes de septiembre 2021 se observó un incremento inicial del estrés y problemas relacionados a depresión y ansiedad sobre todo en los dos primeros meses que fluctuaban en relación a la dureza de las medidas sociales (confinamientos y toques de queda), y el número de infectados y de muertes. En general, las reacciones emocionales fueron de corta duración y la salud mental de la población no se afectó significativamente. Sin embargo, había mucha heterogeneidad en los reportes, lo que sugiere que diversos grupos poblacionales tuvieron diferentes respuestas emocionales frente a los desafíos planteados por la pandemia<sup>(5)</sup>.

En ese mismo sentido, los datos publicados acerca de los efectos a largo plazo sobre la salud mental en la población general<sup>(6)</sup> muestran que éstos han sido escasos; sin embargo, para algunos grupos no privilegiados en razón de edad, género, origen étnico o racial, las consecuencias resultan muy severas. Las circunstancias extremas que se vivieron, i.e., inequidades enormes en cuanto a acceso a servicios de salud adecuados y oportunos amplificaron las ya existentes dando lugar a claras disparidades en cuanto a mortalidad y a síntomas resultantes de la incapacidad para el afronte de situaciones estresantes.

El objetivo de esta revisión es describir el tipo y magnitud del impacto de COVID-19 en la salud mental de algunos grupos vulnerables, a efecto de encontrar puntos de intervención efectiva con medidas de prevención secundaria. Se intentará además aportar argumentos para asumir políticas sociales y de salud que disminuyan eficazmente las inequidades que subyacen a la vulnerabilidad diferencial de niños, niñas y adolescentes, mujeres, la comunidad LGBTQ+, los migrantes, las minorías étnicas y personas con discapacidad.

### Niños y Niñas

Desde el inicio de la pandemia hubo opiniones de que varias de las medidas adoptadas (cierre de las escuelas, distanciamiento social, clases virtuales, acceso limitado a actividades al aire libre, exposición inevitable a eventual violencia doméstica, etc.) trastornaban significativamente la estructura de la vida diaria de niños y niñas y se advirtió acerca de eventuales consecuencias desfavorables<sup>(7)</sup>. La ausencia de contactos con pares y maestros normalmente se compensa con la presencia de los progenitores: por ejemplo, cuando un niño enferma y no puede asistir a clases, se refugia en el contacto con sus padres; sin embargo, durante la pandemia, éstos se sentían

tanto o más abrumados por temores de contagio y/o muerte propia o de los seres queridos, posibles pérdidas de empleo y otros ingresos, la subsecuente inseguridad financiera y hasta la incertidumbre acerca de la obtención de alimentos. Adicionalmente, el ambiente del hogar se convirtió en aula y oficina por las demandas del trabajo remoto y la educación virtual. Así, la disponibilidad emocional de los progenitores estuvo limitada, por lo que muchísimos niños y niñas carecieron del estímulo y soporte necesarios para sortear un inusual período de estrés. Se sabe que la exposición al estrés en la infancia causa problemas del desarrollo neurobiológico y socioemocional<sup>(8)</sup>.

La revisión de Ng y Ng (2022)<sup>(7)</sup> que incluyó 30 estudios (seleccionados de entre 2,133) acerca de la relación pandemia-salud mental en niños y niñas por debajo de 12 años, encontró que los probandos mostraban más conductas relacionadas al estrés, como irritabilidad, ira, retraimiento, miedo, ansiedad y niveles más altos de síntomas depresivos. Para determinar si estos cambios se relacionaban a la evolución de la pandemia, en el estudio de Moore (reportado por Ng y Ng)<sup>(7)</sup> en escolares chinos, se realizaron varios cortes transversales entre los 10 y 11 años: se encontró que en un año las dificultades emocionales aumentaron del 17% al 27%. Asimismo, aumentaron los síntomas externalizantes, problemas de conducta, llegando a un 10% vs. 4.7% antes de la pandemia.

Otro hallazgo interesante de esta revisión es que los hijos únicos, aquellos cuyos padres tienen menor nivel educativo, provenientes de familias de bajo nivel socioeconómico y habitando casas más pequeñas, tenían una mayor prevalencia de síntomas<sup>(7)</sup>. También, se han delimitado algunos factores de riesgo y protección para con efectos desfavorables debidos a la exposición a la pandemia (Tablas 1 y 2).

Tabla 1

#### Factores de riesgo para la salud mental de los niños y niñas en relación a la pandemia por COVID-19

##### Factores relacionados al estilo de vida

1. Uso de pantallas electrónicas
2. Alteraciones del sueño
3. Disminución de la actividad física

##### Factores relacionados a un ambiente familiar desfavorable

1. Aumento de los estresores relacionados al COVID-19 en los progenitores

Tabla 2

#### Factores de protección de la salud mental para niños y niñas en relación a la pandemia por COVID-19

1. Resiliencia de los padres
2. Relación parento filial positiva
3. Mantenimiento de conexión con la escuela

En el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) de Lima, se procedió el seguimiento de una cohorte de mujeres y sus hijos para conocer el efecto de la exposición al trauma sobre los resultados obstétricos y la salud mental de las mujeres y su progeñie. Se comprobó que los hijos de madres con problemas emocionales que experimentaron duelo por COVID-19 (i.e., muerte de un familiar) y que tenían puntajes moderados o altos

de depresión, presentaban puntajes clínicamente significativos de síntomas internalizantes (medidos con la *Child Behavior Checklist*)<sup>(9)</sup>; así, otro factor de riesgo para la salud mental de niños y niñas es el estado de salud emocional de la madre.

En nuestro continente, el aislamiento y el cierre de las escuelas se ha reflejado en un incremento muy serio del riesgo de violencia reportado a partir del inicio de la orden de quedarse en casa. En Argentina las llamadas por violencia doméstica se incrementaron a 62%, en Colombia a 96% y en el Perú, a 39%<sup>(10)</sup>. En un estudio de las llamadas a la Línea 100, se encontró que en el 2018 había un promedio de 3,367 llamadas al mes en relación a violencia contra personas entre 0 y 17 años; durante el confinamiento por la pandemia, se registró un promedio mensual de 5,458 llamadas que llegaron posteriormente a 5,517<sup>(11)</sup>.

Un lamentable indicador del incremento de la violencia contra las niñas al interior del hogar es el número de partos en menores de 14 años, que aumentó de 1,158 a 1,430 entre 2020 y 2021, cuando no iban a la escuela ni podían circular libremente<sup>(12)</sup>.

### Adolescentes

Se ha identificado a los adolescentes como un grupo con alto riesgo para la ocurrencia de cuadros clínicos y problemas de salud mental<sup>(13)</sup>. En el Estudio Mundial de Salud Mental se encontró que el 75% de las enfermedades mentales empiezan en la adolescencia tardía y al inicio de la adultez, hecho que se vincula con la velocidad y complejidad del desarrollo del sistema nervioso central en esta etapa, así como con factores externos como la mayor soledad y aislamiento social que reportan los adolescentes en comparación con los adultos<sup>(14)</sup>, la inmadurez de sus estrategias de afrontamiento para la toma de decisiones, la regulación de sus emociones y su exposición a diferentes formas de violencia.

El estrés de la adolescencia tiene que ver con una mayor sensibilidad emocional frente a eventos externos que ocurren, sobre todo, entre los pares, y con una limitada capacidad para regularla. Al mismo tiempo, en el intento de lograr autonomía de los padres, los adolescentes aumentan interacciones con sus amigos y, por primera vez, estos se constituyen en la influencia más importante para ellos. Así, la ausencia de interacción social, o las dificultades y el rechazo social en esta etapa pueden desencadenar conflictos internos, problemas de auto-concepto y auto-imagen y dar lugar a conductas poco adaptativas que, eventualmente, generan ansiedad y depresión. Lo opuesto, es decir interacciones sociales positivas y la aceptación por pares constituyen factores de protección. Las medidas de confinamiento y distanciamiento social y el cierre de las escuelas despojaron a los adolescentes de esta posibilidad<sup>(15)</sup>.

El confinamiento puede haber resultado beneficioso para adolescentes ansiosos, como lo reportó Octavious en una revisión precoz<sup>(16)</sup>, pero otros estudios sobre el tema identifican a la adolescencia como un período de riesgo. De hecho, vivir en regiones donde hubo demoras en las medidas de contención, ser mujer, tener una enfermedad mental o ser adolescente fueron

los factores de riesgo más claramente relacionados a síntomas de ansiedad o depresión que persistieron después de la pandemia, especialmente en aquellos adolescentes que tuvieron síntomas o dificultades previas.

Santomauro y cols.<sup>(17)</sup> publicaron la primera revisión sistemática de investigaciones sobre la afectación de la salud mental, comparando las tasas de ansiedad y depresión reportadas con las existentes antes de la pandemia a fin de precisar el impacto de ésta sobre la salud mental. Encontraron que las restricciones de la movilidad y el incremento del número de infectados estaban en relación con la afectación de la salud mental y observaron que los adultos jóvenes, así como las mujeres, mostraban efectos más intensos. La severa disrupción de los sistemas educativos, que afectó a 1.6 mil millones de estudiantes en 190 países, privó a los jóvenes de la oportunidad de interactuar con sus pares, hacer ejercicio y alcanzar sus metas educativas, lo cual resulta preocupante porque justamente son los jóvenes los que experimentan más dificultades para encontrar empleo después de una crisis. No sorprende mucho, por tanto, que la salud mental de los adolescentes haya sido desproporcionadamente afectada por la pandemia.

A pesar de las grandes variaciones en los reportes de salud mental de adolescentes en este período, se ha observado que la prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos se incrementó sobre todo en las adolescentes de mayor edad, en aquéllas procedentes de comunidades o grupos en desventaja socioeconómica o racial, las migrantes y los que vivían en condiciones de hacinamiento<sup>(18)</sup>.

Los síntomas físicos (dolor de espalda, cefalea, fatiga) y psicológicos de los adolescentes luego de la pandemia, se pueden atribuir a los cambios impuestos por el confinamiento, al miedo a enfermar o a que se afecte la salud de los seres queridos y al duelo por la pérdida de familiares o amigos. Hay que considerar también la disrupción del estilo de vida, con cambios en los patrones de sueño y de actividad física, tiempo al aire libre y uso de dispositivos electrónicos tanto para el estudio como para la distracción.

Según Samji<sup>(17)</sup>, los adolescentes mujeres, los de mayor edad, los que padecen enfermedades crónicas y aquellos que viven con neurodiversidad han sido los más afectados, debido a que la adolescencia es una etapa compleja y crucial del desarrollo biopsicosocial y a que hay una mayor susceptibilidad a los efectos negativos de la pandemia.

El 30% de adolescentes que participaron en una encuesta en Europa informaron que la pandemia tuvo un impacto negativo sobre su salud mental. El 37% opinó que no hubo efecto alguno y el 33% reportó un impacto positivo<sup>(18)</sup>. La mayoría de quienes señalaron un impacto negativo eran adolescentes mujeres. La insatisfacción con la vida diaria también fue reportada por más mujeres que varones. De hecho, la insatisfacción se relacionó estadísticamente con los otros factores investigados (el rendimiento escolar y las relaciones con familia y amigos).

Aquéllos que informaron que su rendimiento escolar y/o sus relaciones sociales o con la familia habían sido afectadas, tuvieron mayor probabilidad de reportar síntomas psicológicos, relación que se notó más en las adolescentes entre 14 y 15 años. Del mismo modo, las quejas físicas se presentaron más en adolescentes mujeres que en varones cuyas relaciones o rendimientos habían sido negativamente afectados.

Se predijo que estos efectos serían más graves en países donde los sistemas de salud eran más desorganizados e insuficientes. Lamentablemente las investigaciones de países de América Latina, África o el Sudeste asiático presentan dificultades para ser incluidas en revisiones sistemáticas o metaanálisis debido a problemas metodológicos. El 80% de las personas menores de 24 años vive en países de medianos o bajos ingresos, de modo que la escasez de datos comparables limita el análisis.

En el Perú, el Ministerio de Salud, con la participación de UNICEF realizó un estudio en línea<sup>(20)</sup>, en el que se analizaron 12,954 encuestas a padres, madres o cuidadores de niños o adolescentes. El 22% de los encuestados eran adolescentes y el 49.2%, de sexo femenino; se encontró que tres de cada diez adolescentes entre 12 y 17 años presentaban algún problema emocional, de conducta o de atención, medido con la *Pediatric Symptom Checklist-17*, 49.2% de ellos con síntomas internalizantes. Una mirada a los factores de riesgo muestra que el 43% de los encuestados tenía dificultades académicas. El 13.5% de los cuidadores (padre/madre o cuidador *per se*) mostraban síntomas depresivos con el PHQ-9, el 49.7 % tenían trabajo inestable y el 10% opinaba que el castigo físico se justifica cuando un niño no obedece<sup>(21)</sup>.

Díaz del Olmo y cols.<sup>(22)</sup> hicieron un estudio en 66 estudiantes, entre 15 y 17 años, de un colegio privado en Lima y encontraron que el 37.9% presentaban síntomas de ansiedad por lo menos moderada (medida con la *Depression, Anxiety and Stress Scale-21*), con 16.7% alcanzando el nivel de "muy severa". En cuanto a depresión, el 42.4% tenían puntajes de síntomas entre moderados a muy severos. Los autores hicieron notar que los niveles de depresión eran similares a los encontrados en otro estudio previo a la pandemia, por lo que infirieron que los síntomas emocionales encontrados correspondían más a ansiedad.

La conducta suicida de los adolescentes incrementó de 6% (pre pandemia) a 17.5% durante la primera ola<sup>(23)</sup>, aunque hay controversias al respecto. Un estudio realizado en Kansas City<sup>(24)</sup> comparó las respuestas al *Ask Suicide- Screening Questions* (ASQ) (prueba de 4 preguntas usada para evaluar el riesgo de suicidio en salas de emergencia) entre abril y junio 2019 y abril y junio 2020, en personas entre 12 y 24 años que acudieron por diversas razones a salas de emergencia, consulta ambulatoria o que estaban hospitalizadas. En la evaluación del 2020, significativamente más adolescentes respondieron afirmativamente para ideación suicida, sobre todo en encuentros presenciales en comparación con las consultas virtuales. Las posibilidades de puntaje positivo aumentaban conforme la edad

de la persona era mayor, las mujeres mostraron más probabilidades de tener ideación suicida, (aOR 2.23; 95% CI, 2.00-2.48), personas de raza blanca más que los de otros orígenes étnicos y eran también mayores en quienes tenían seguro público o estatal en comparación con seguro privado.

En el Perú, 21% de estudiantes de una provincia respondieron que habían tenido ideación suicida durante la primera ola de la pandemia<sup>(25)</sup>. El Ministerio de Salud advirtió un incremento de los suicidios de adolescentes en 2021 respecto al 2019; hasta la semana 33 en 2022 se registraron 30 muertes maternas por suicidio en adolescentes entre los 15 y 19 años, cifra que representó el 6.7% del total de muertes maternas durante ese período.

Los efectos de la pandemia sobre los servicios de salud (falta de continuidad de los provistos para enfermedades crónicas, salud mental y salud sexual y reproductiva [SSR]) han evidenciado que las adolescentes mujeres no puedan ser examinadas apropiadamente por falta de personal adiestrado en SSR, dificultades para el acceso a anticonceptivos, a información acerca de sus derechos y orientación frente a hechos de violencia (incluso tener que seguir viviendo con el agresor o agresores bajo el mismo techo). Esto ha resultado en un incremento de embarazos no intencionados o producto de la violación, específicamente en menores de 12 años, incremento de la morbilidad y mortalidad materno-neonatal, incremento de las tasas de ETS/VIH y aumento (estimado) del número de abortos inseguros<sup>(26)</sup>.

## Mujeres

Desde el inicio de la pandemia se advirtió que los efectos de la infección y las medidas sociales asociadas traerían consigo un severo compromiso de la salud de las mujeres, especialmente en los aspectos emocionales y exposición a la violencia de pareja. Además de los factores asociados a los roles de género en cada cultura, como por ejemplo, la mayor exposición de las mujeres a la infección porque la mayoría de trabajadores esenciales (salud y limpieza) y de servicios son mujeres, y la sobrecarga de labores por el confinamiento y el acceso virtual al trabajo y la escuela, hay otra serie de factores vinculados a la función reproductiva y las etapas del ciclo de vida<sup>(27)</sup>. Estos incluyen temas como el cuidado preconcepcional y los tratamientos de infertilidad que resultaron inaccesibles durante la pandemia; muchas mujeres, al carecer de información clara acerca del efecto de la infección por coronavirus sobre el desarrollo fetal, decidieron posponer su embarazo. Esta decisión ha sido particularmente estresante para las mujeres que en el 2020 se encontraban al final de su etapa reproductiva.

Los estudios publicados en 2023 permiten ver con más claridad lo que ocurrió e identifican a las mujeres gestantes más jóvenes como uno de los grupos más afectados por la pandemia. El cuadro más frecuente y duradero fue la depresión, cuyas fluctuaciones no estuvieron asociadas, como las de la ansiedad, a la estrictez de las medidas sociales<sup>(28)</sup>.

El embarazo durante la pandemia demandó que las mujeres decidieran si continuaban o no con él y que resolvieran la incertidumbre acerca del lugar del parto dada la escasez o falta de SSR. Los servicios disponibles exigían que la mujer asista sola, se someta a descarte y permanezca sin visitas durante el parto y su estancia hospitalaria. Estos estresores no han sido atendidos en el sistema formal de salud lo cual se asocia muy probablemente con los incrementos observados en los puntajes de la escala de Edimburgo<sup>(29)</sup> que se reportaron desde el inicio<sup>(30)</sup>. Las mujeres con tocofobia, las muy jóvenes y aquellas de origen rural deben haberse sentido particularmente afectadas. Como resultado, las embarazadas han constituido uno de los grupos más afectados por depresión durante la pandemia, sobre todo en el primer y tercer trimestre<sup>(31)</sup>.

El puerperio es una etapa de singular vulnerabilidad psicológica debido a diversos factores, incluida la necesidad de adquirir rápidamente habilidades nuevas, adaptarse a nuevas relaciones entre los miembros de la familia, y experimentar cambios físicos y psicológicos de gran magnitud, inclusive la privación del sueño. Esto explica la alta prevalencia de la depresión postparto, que en países como el Perú es de alrededor de 19%<sup>(32)</sup> y permitiría suponer un incremento de las cifras luego de la pandemia. Aunque algunos investigadores no han encontrado dicho aumento y han ensayado explicaciones para ello<sup>(33)</sup>, un metaanálisis publicado recientemente encontró una prevalencia de depresión postparto de 34% (95% CI: 21-46%), cifra que está por encima de los promedios publicados, sobre todo en países de altos ingresos. Los factores de riesgo encontrados fueron: edad materna, estatus laboral y estado civil, el parto pretérmino, país de origen, embarazo no deseado, lactancia, tabaquismo, la ansiedad ante eventos recientes, el dolor, el estilo evitativo de afronte, falta de competencias para la crianza y la falta de apoyo, además del persistente temor a la infección por COVID-19. Entre los factores de protección se cita el cuidado profesional con visitas frecuentes, el apoyo emocional y económico de la familia, la corta distancia hacia el centro de salud<sup>(34)</sup>.

Las tareas de maternidad se vieron complicadas por el cierre de escuelas, la presencia continua de las parejas en el domicilio y la necesidad de desempeñar funciones laborales propias desde el mismo. En un metaanálisis de mujeres con hijos menores de 5 años, se encontró una prevalencia combinada de síntomas depresivos de 26.9% (95%CI = 21.3-33.4%, K = 16, I<sup>2</sup> = 96.52%) y de 41.9% (95%CI = 26.7-58.8%, K = 8, I<sup>2</sup> = 99.07%) de síntomas clínicamente elevados de ansiedad<sup>(35)</sup>.

Esto dio lugar, como se esperaba, a un incremento de la violencia contra las mujeres, niños y niñas. Las vicisitudes económicas (pérdida del empleo, suspensiones laborales, incertidumbre acerca de la continuidad del empleo, disminución de los clientes) incrementaron irritabilidad, ansiedad, temores y sentimientos de depresión de madres y padres en esta etapa, con el consiguiente incremento del riesgo de violencia<sup>(36)</sup> que, en nuestro continente, la región del mundo con la mayor tasa de feminicidios, alcanzó niveles muy preocupantes según la Comisión Económica para América Latina (CEPAL)<sup>(37)</sup>.

Desafortunadamente, frente al incremento de la violencia, las mujeres se quedaron sin los recursos habituales, ya que los servicios policiales y del Ministerio de la Mujer no estuvieron disponibles, no existía la posibilidad de irse a la casa de un pariente y solicitar ayuda en un hospital conllevaba un alto riesgo de contagio.

### Poblaciones migrantes

La migración, es decir, el cambio del lugar de residencia de manera permanente ha ocurrido desde tiempos inmemoriales y siempre se ha considerado estresante. Las migraciones son muy diferentes según sean individuales, familiares o grupales, motivadas por factores económicos o políticos, o que en el país receptor haya grupos que acogen o no. Existen fases, más o menos definidas, cada una de las cuales tiene sus propios riesgos para la salud mental y a su vez es influenciada por las condiciones emocionales del migrante (Tabla 3). Un refugiado es un migrante que ha sufrido persecución, guerra, conflicto u otra forma de violencia y ha cruzado una frontera internacional en busca de seguridad<sup>(37)</sup>.

Tabla 3  
Fases de la migración y sus riesgos

Fase	Riesgo
<b>Premigración</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Experiencias estresoras</li> <li>- Enfermedad mental diagnosticada</li> <li>- Personalidad</li> <li>- Persecución política</li> </ul>
<b>Decisión de migrar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificultades para la comunicación</li> <li>- Rasgos de personalidad</li> <li>- Inestabilidad emocional</li> </ul>
<b>Migración</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pérdida de la red de apoyo social</li> <li>- Duelo</li> <li>- Trastorno de estrés post traumático</li> </ul>
<b>Post-Migración</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estrés de la adaptación</li> <li>- Discriminación étnica u otra</li> <li>- Dificultades económicas</li> <li>- Desarraigo</li> <li>- Aculturación (pérdida de la identidad cultural/alienación → riesgo de esquizofrenia [?])</li> <li>- Discrepancia entre las expectativas y los logros (disminución de auto concepto, síntomas psiquiátricos comunes: ansiedad y depresión)</li> </ul>

Existen siete áreas identificadas de posible impacto sobre la salud mental de migrantes y refugiados durante la pandemia: las vulnerabilidades 1. Físicas y 2. Mentales previas a la migración, 3. Los problemas ambientales, porque viven en condiciones de hacinamiento, 4. Los problemas sociales, como el racismo y la xenofobia en el país receptor, que pueden dar lugar a desconfianza en las autoridades y el sistema de salud, 5. Desafíos culturales, como prácticas de salud o religiosas que no resuenan con el bagaje cultural del migrante 6. Desafíos económicos y 7. Problemas legales<sup>(38)</sup>.

Estos desafíos configuran un contexto de discriminación y estigmatización que causa distrés psicológico e,

hipotéticamente, influye de manera negativa en acciones como la adherencia a las medidas de protección frente al COVID-19 y/o en la búsqueda de atención sanitaria oportuna. Esta cuestión ha sido abordada por Marchi y cols.<sup>(39)</sup> en migrantes asiáticos y de otras nacionalidades en Europa. Encontraron que el distrés psicológico (definido como hiperalerta y síntomas ansioso-depresivos) estaba relacionado a rehusarse a seguir las medidas preventivas para COVID-19 y postergar la asistencia a servicios de salud cuando se presenta síntomas. Este distrés se encontraba relacionado a experiencias de racismo (en sí mismo un factor patogénico, dice Phelan)<sup>(40)</sup> y estigmatización con las que la población calificaba a los migrantes como origen de la infección o como usuarios indebidos de un recurso escaso (servicios de salud). Pero, a su vez, la falta de cumplimiento causaba un incremento del distrés psicológico, que se debía a experiencias de negación de servicios o acoso verbal y también a una percepción de ser discriminado por no cumplir con las medidas.

Un estudio en Chile confirma que hay una relación entre la percepción de estar preparado para la pandemia y los niveles de ansiedad y depresión de migrantes venezolanos<sup>(41)</sup>. De 1,008 migrantes reclutados por internet (71% mujeres), el 91% declaró sentirse angustiado o preocupado y el 72% triste o deprimido la semana previa a la encuesta debido a la pandemia; 60% de estos migrantes dijeron no estar preparados para afrontar la pandemia, existiendo una asociación estadísticamente significativa entre estar preparado y ser hombre, no reportar síntomas de ansiedad ni depresión, y estar contento con la información recibida. Los hombres tenían un *odds* ratio de estar preparados ascendente a 1.6, en comparación con las mujeres. Los migrantes venezolanos que se sentían ansiosos o deprimidos tendían a sentirse menos preparados para afrontar la COVID-19 (OR = 0.4 y 0.5, respectivamente;  $p < 0.05$ ).

### Adultos mayores

La infección por coronavirus ha sido letal para personas adultas mayores y las medidas sociales se caracterizaron por la discriminación y el edadismo, agravando aún más un potencial desenlace. En las residencias de personas adultas mayores se ha reportado una mortalidad desproporcionada y se temía, al inicio de la pandemia, que el aislamiento y el temor a perder la vida tendría un efecto devastador sobre la salud mental de este grupo poblacional<sup>(42)</sup>.

En efecto, al inicio de la pandemia, las personas adultas mayores mostraban niveles de ansiedad y depresión mayores que las pre pandémicas, y las explicaciones estaban en estresores interpersonales y la intolerancia a la incertidumbre<sup>(43)</sup>. De 7,127 adultos mayores de 50 años en Londres (54.1% mujeres), el aislamiento y el deterioro cognoscitivo se han relacionado a ansiedad, depresión, insomnio, estrés post traumático, sentimientos de soledad, fobias, autolesiones y hasta intentos de suicidio<sup>(44)</sup>.

En una muestra canadiense, el 64% de 356 adultos mayores de 65 años también dijeron que su ansiedad había aumentado desde el inicio de la pandemia. El 14% acudió a un

médico por este motivo. El 10% reportó que su ansiedad había disminuido, quizás porque tuvieron más tiempo para descansar o menos obligaciones<sup>(45)</sup>. En Argentina<sup>(46)</sup> se aplicaron pruebas para depresión, ansiedad, apoyo social, temor a la COVID y propósito de vida (*GAD*; *PHQ-9*, *Purpose in Life test*, *Medical Outcomes Study- social support Survey*, *Fear of Covid Scale*) en una muestra de 198 adultos mayores de 60 años, de los cuales 80% eran mujeres y 76.5% tenían educación superior. Se encontró que el 25% mostraba síntomas por lo menos moderados de ansiedad, y el 19.1% síntomas depresivos. El 40% se sentía incómodo al pensar en la COVID-19 y el 70.4% no temía perder la vida por COVID-19.

Los adultos mayores no son un grupo homogéneo y tienen diversas experiencias de vida y estrategias de afronte, así como disponen de recursos diferenciados según región o país. Estos permiten tener actitudes y respuestas emocionales distintas frente a las amenazas de la infección y la muerte, así como negociar de diversa manera los períodos de aislamiento<sup>(47)</sup>.

### Discusión

La experiencia de la pandemia por COVID-19 distorsionó el estilo de vida a nivel global, desnudando las deficiencias de los sistemas sanitarios de casi todos los países y poniendo a prueba la capacidad de gobiernos, estados y comunidades para adoptar medidas protectoras de la salud y la vida de los pobladores. A nivel individual amplificó niveles de vulnerabilidad física o mental y puso a prueba la resiliencia de personas y familias. Las consecuencias de su impacto sobre la salud mental no constituyeron una pandemia de este rubro, difiriendo de lo que se predijo en el 2020; por el contrario, dio lugar a una afectación diferenciada de grupos vulnerables. A tres años de distancia, los reportes indican que las mujeres, las personas menores de 24 años (niños, niñas y adolescentes) y las personas que viven con enfermedades crónicas, incluyendo los trastornos mentales severos, son quienes han visto su salud mental afectada por tiempo más o menos prolongado.

Es desafortunado que en nuestro país no se cuente con más investigaciones de buena calidad, con metodologías que permitan la comparación y la inclusión de estudios peruanos en metaanálisis y revisiones sistemáticas. Insistir en tener “soluciones para nuestra realidad” sin conocerla bien y sin haberla comparado con otras no permite saber cómo y de qué manera somos iguales y podemos emplear las soluciones que han tenido o tienen éxito en otros lugares.

La afectación de la salud mental de las mujeres por la exposición a un estresor importante no es novedad; refleja más bien la carga de estresores que pesan sobre su bienestar, en función de los roles sociales que se les ha asignado tradicionalmente: sobrecarga de labores domésticas, responsabilidad primaria por el bienestar de la familia, exclusión de los beneficios más codiciados del trabajo y la labor académica y la exposición desproporcionada a todos los tipos de violencia basada en género (violencia de pareja, pero también el acoso

callejero, la explotación sexual, la discriminación política, etc.).

Para entender los resultados a nivel internacional sobre la salud mental de los adolescentes y sus cifras de suicidio consumado, se requiere también una mirada desde la perspectiva de género. Para ello, debemos tomar en cuenta la repercusión del cierre de las instituciones educativas sobre el desarrollo psicobiológico del adolescente varón. Las mujeres basan sus amistades en la intimidad emocional, compartir anécdotas, aprender juntas acerca de las relaciones con los varones y hablar entre ellas, mientras que los varones basan su red social en compartir la participación en deportes y otras actividades grupales que ha sido difícil mantener durante los confinamientos.

Por otro lado, está el mandato social “las mujeres en su casa y los hombres en la calle” que conlleva una mejor disposición de las mujeres a llevarse bien con los miembros de la familia y sobrellevar los conflictos. Para los varones, ansiosos de autonomía, permanecer en la casa es contrario a lo que la norma social manda y acentúa los conflictos especialmente con el padre o padrastro; una consecuencia probable es la violencia física o el castigo, muchas veces antecedente de suicidio o conductas similares. Los varones tienen un mayor riesgo de consumo de sustancias que incrementa el riesgo de incrementar la ideación suicida. Finalmente, la educación virtual que, según se ha demostrado, no ha sido realmente una experiencia de aprendizaje ha tenido, por lo mismo, resultados frustrantes, especialmente para aquellos varones muy identificados con el rol de futuros proveedores del hogar: es fácil entender que el fracaso escolar no puede conducir al empleo exitoso. Es pues sumamente pertinente tomar en cuenta todos los factores que repercuten en el desarrollo de los adolescentes varones y explorar, en profundidad, posibilidades de ideación suicida en los adolescentes a fin de poder aplicar exitosamente medidas preventivas.

## Conclusiones

La literatura acerca de las consecuencias emocionales de la exposición a la crisis social más grande de los últimos cien años no muestra el daño persistente que se había predicho. Sin embargo, las mujeres, los adolescentes, los adultos mayores y los migrantes han experimentado un cambio desfavorable y duradero de su salud mental, con consecuencias tales como incremento de conductas suicidas en los adolescentes y el consumo de sustancias entre los adultos jóvenes.

Algunos problemas sociales que afectan desproporcionadamente a las mujeres, principalmente la exposición a la violencia y el tener empleos vulnerables (informales o marginales) en el sector de servicios y de empleos esenciales, así como la sobrecarga de labores y responsabilidades y factores dependientes del sexo femenino relacionados a la probabilidad de embarazos no deseados, complicados o no viables, explican el incremento de ansiedad en este grupo poblacional. Por otro lado, los y las adolescentes han resultado ser el grupo cuya afectación emocional no se anticipó con certeza. La adolescencia es un período sensible del neurodesarrollo, así como de la adquisición de competencias para la vida adulta.

En suma, las diferencias que se observan en la afectación de la salud mental después de la pandemia subrayan la importancia de orientar las políticas públicas hacia la disminución de las inequidades, para lo cual es indispensable una perspectiva de determinantes sociales, sumamente útil en el modelo biopsicosocial de salud y enfermedad. Es tarea fundamental investigar cuáles son los determinantes que pesan más sobre el riesgo de perder la salud mental, y cuáles serían las intervenciones más eficaces para lograr una mejor distribución de los recursos y las oportunidades de vida digna y productiva en el seno de toda sociedad.

## Referencias bibliográficas

- World Health Organization Fact Sheet.** [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response/?gad\\_source=1&gclid=CjwKCAjw1emzBh8EiwAHwZZxbNa87gMAXrL\\_EAM4nG7fvN2zIlhxyIGnTdzHr0FD Ogf\\_B2ay9pnjxoCGb0QAvD\\_BwE](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response/?gad_source=1&gclid=CjwKCAjw1emzBh8EiwAHwZZxbNa87gMAXrL_EAM4nG7fvN2zIlhxyIGnTdzHr0FD Ogf_B2ay9pnjxoCGb0QAvD_BwE)
- Neria Y, Nandi A, Galea S.** Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review. *Psychol Med.* 2008;38(4):467-480.
- Granados JAT.** Recessions and Mortality in Spain, 1980-1997. *European Journal of Population/Revue Européenne de Démographie*, 2005;21(4):393-422. doi:10.1007/s10680-005-4767-9
- Bai Y, Lin CC, Lin CY, Chen JY, Chue CM, Chou P.** Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatr. Serv.* 2004;55(9):1055-1057. doi: 10.1176/appi.ps.55.9.1055
- Salanti G, Peter NL, Tonia T, Holloway A, Darwish L, Kessler RC, White I, Vigod SN, Egger M, Haas AD, Fazel S, Herrman H, Kieling C, Patel V, Li T, Cuijpers P, Cipriani A, Furukawa TA, Leucht S; MHCVID Crowd Investigators.** Changes in the prevalence of mental health problems during the first year of the pandemic: a systematic review and dose-response meta-analysis. *BMJ Ment Health.* 2024 Jun 13;27(1):e301018. doi: 10.1136/bmjment-2024-301018. PMID: 38876492; PMCID: PMC11177678.
- Sun Y, Wu Y, Fan S et al.** Comparison of mental health symptoms before and during the covid-19 pandemic: evidence from a systematic review and meta-analysis of 134 cohorts.
- Ng CSM, Ng SSL.** (2022) Impact of the COVID-19 pandemic on children's mental health: A systematic review. *Front. Psychiatry* 13:975936. doi: 10.3389/fpsy.2022.975936
- Fisher PA, Beauchamp KG, Roos LE, Noll LK, Flannery J, Delker BC.** The neurobiology of intervention and prevention in early adversity. *Annu Rev Clin Psychol.* 2016;12:331-57. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032814-112855
- Chen Y, Juviniao-Quintero D, Basu A, Sanchez S, Rondon M, Gelaye B.** Bereavement, Maternal Mental Health, and Offspring Behavioral Problems: The Essential Role of COVID-19, submitted SPJ-24-0020.
- Perez-Vincent SM, Carreras E.** Domestic violence reporting

- during the COVID-19 pandemic: Evidence from Latin America. *Review of Economics of the Household*, 2022;20(3):799-830. <https://doi.org/10.1007/s11150-022-09607-9>
11. **Hernández-Vásquez A, Vargas-Fernández R, Tapia-López E, Rojas-Roque C.** Behind closed doors: Exploring the impact of COVID-19 related lockdown on domestic violence in Peru. *SSM Popul Health*. 2023 Nov 11;24:101552. doi: 10.1016/j.ssmph.2023.101552. PMID: 38034477; PMCID: PMC10682841.
  12. <https://peru.unfpa.org/es/news/per%C3%BA-maternidad-en-ni%C3%B1as-entre-10-y-14-a%C3%B1os-creci%C3%B3-14-en-2022>
  13. **Bower M, Smout S, Donohoe-Bales A, O'Dean S, Teesson L, Boyle J, Lim D, Nguyen A, Calcar AL, Batterham PJ, Gournay K and Teesson M (2023)** A hidden pandemic? An umbrella review of global evidence on mental health in the time of COVID-19. *Front. Psychiatry* 14:1107560. doi: 10.3389/fpsy.2023.1107560
  14. **Smetana JG, Campione-Barr N, Metzger A.** Adolescent development in interpersonal and societal contexts. *Annu. Rev. Psychol.* 2006;57:255.
  15. **Steinberg L, Monahan KC.** Age differences in resistance to peer influence. *Dev Psychol.* 2007 Nov;43(6):1531-1543. doi: 10.1037/0012-1649.43.6.1531. PMID: 18020830; PMCID: PMC2779518.
  16. **Octavius GS, Silviani FR, Lesmandjaja A, Angelina JA.** Impact of COVID-19 on adolescents' mental health: a systematic review. *Middle East Current Psychiatry*. (2020) 27:72. doi:10.1186/s43045-020-00075-4
  17. **Santomauro DF, Herrera AMM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, Ferrari AJ.** Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2021;398(10312):1700-1712.
  18. **Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S.** Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: a meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2021;175(11):1142- 50. doi:10.1001/jamapediatrics.2021.2482.
  19. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2020-23-7680-47447-69735#:~:text=Thirty%20per%20cent%20of%20adolescents,and%2033%25%20reported%20positive%20impacts>.
  20. **Ministerio de Salud del Perú y Unicef.** La Salud Mental de Niñas, Niños y Adolescentes en el Contexto de la COVID-19. Estudio en Línea | Perú 2020. Resumen Ejecutivo. En <https://www.unicef.org/peru/informes/salud-mental-ninas-ninos-adolescentescontexto-covid-19-estudio-en-linea-peru-2020>, vista el 06 julio 2024
  21. **Ministerio de Salud del Perú y Unicef.** La Salud Mental de Niñas, Niños y Adolescentes en el Contexto de la COVID-19. Estudio en Línea | Perú 2020. Anexo 2 Tabla 8. En <https://www.unicef.org/peru/informes/salud-mental-ninas-ninos-adolescentescontexto-covid-19-estudio-en-linea-peru-2020>, vista el 06 julio 2024
  22. **Díaz del Olmo F, y cols.** Estrés, ansiedad y depresión en estudiantes de secundaria de una institución educativa privada de Lima durante la pandemia por COVID-19. *Educación Momentum*, 2022;6(1):43-60. <https://doi.org/10.36901/em.v6i1.1448>
  23. **Viner R, Russell S, Saulle R, Croker H, Stansfield C, Packer J, Nicholls D, Goddings AL, Bonell C, Hudson L, et al.** School Closures during Social Lockdown and Mental Health, Health Behaviors, and Well-Being among Children and Adolescents during the First COVID-19 Wave: A Systematic Review. *JAMA Pediatr.* 2022;176:400.
  24. **Lantos JD, Yeh HW, Raza F, Connelly M, Goggin K, Sullivant SA.** Suicide Risk in Adolescents During the COVID-19 Pandemic. *Pediatrics*. 2022 Feb 1;149(2):e2021053486. doi: 10.1542/peds.2021-053486. Erratum in: *Pediatrics*. 2022 Jun 1;149(6):e2022057224. doi: 10.1542/peds.2022-057224. PMID: 34977942; PMCID: PMC9648059.
  25. **Baños-Chaparro J, Reyes-Arquíñigo M.** Escala de suicidalidad: Evidencias psicométricas. *Revista de la Universidad del Zulia*. 3ª época. Año 13 N° 37, 2022;37:291-304. <http://dx.doi.org/10.46925/rdluz.37.19>
  26. **Calle-Davila MdC.** El impacto de la Covid 19 en adolescentes y jóvenes.2021. chrome-extension://efaidnbmnnpbpcjplcle findmkaj/<https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5249.pdf> accedido el 07/07/2024
  27. **Almeida M, Shrestha AD, Stojanac D, Miller LJ.** The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health. *Arch Womens Ment Health*. 2020 Dec;23(6):741-748. doi: 10.1007/s00737-020-01092-2. Epub 2020 Dec 1. PMID: 33263142; PMCID: PMC7707813.
  28. **Witteveen AB, Young SY, Cuijpers P, Ayuso-Mateos JL, Barbui C, Bertolini F, Cabello M, Cadorin C, Downes N, Franzoi D, Gasior M, Gray B, Melchior M, van Ommeren M, Palantza C, Purgato M, van der Waerden J, Wang S, Sijbrandij M.** COVID-19 and common mental health symptoms in the early phase of the pandemic: An umbrella review of the evidence. *PLoS Med.* 2023 Apr 25;20(4):e1004206. doi: 10.1371/journal.pmed.1004206. PMID: 37098048; PMCID: PMC10129001.
  29. **Cox JL, Holden JM, Sagovsky R.** Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987 Jun;150:782-6. doi: 10.1192/bjp.150.6.782. PMID: 3651732.
  30. **Wu Y, Zhang C, Liu H, Duan C, Li C, Fan J, Li H, Chen L, Xu H, Li X, Guo Y, Wang Y, Li X, Li J, Zhang T, You Y, Li H, Yang S, Tao X, Xu Y, Lao H, Wen M, Zhou Y, Wang J, Chen Y, Meng D, Zhai J, Ye Y, Zhong Q, Yang X, Zhang D, Zhang J, Wu X, Chen W, Dennis CL, Huang HF.** (2020) Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women along with COVID-19 outbreak in China. *Am J Obstet Gynecol* 223:240.e1-240.e9. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.05.009>
  31. **Yan Haohao, Ding Yudan, Guo Wenbin.** Mental Health of Pregnant and Postpartum Women During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front. Psychol.*, 24 November 2020 Sec. Psychology for Clinical Settings Volume 11 - 2020 <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.617001>
  32. **Gelaye B, Rondon MB, Araya R, Williams MA.** Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry*. 2016 Oct;3(10):973-982. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30284-X. Epub 2016 Sep 17. PMID: 27650773; PMCID: PMC5155709. Gelaye B, Rondon MB, Araya R, Williams MA. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry*. 2016 Oct;3(10):973-982. doi:



- 10.1016/S2215-0366(16)30284-X. Epub 2016 Sep 17. PMID: 27650773; PMCID: PMC5155709.
33. **Silverman ME, Loudon H.** What Studying Postpartum Depression During the COVID-19 Pandemic Tells Us About Early Maternal Needs. *J Womens Health (Larchmt)*. 2022 Jun;31(6):753-754. doi: 10.1089/jwh.2022.0138. Epub 2022 May 17. PMID: 35580130.
34. **Chen Q, Li W, Xiong J, Zheng X.** Prevalence and Risk Factors Associated with Postpartum Depression during the COVID-19 Pandemic: A Literature Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Feb 16;19(4):2219. doi: 10.3390/ijerph19042219. PMID: 35206407; PMCID: PMC8872263.
35. **Chmielewska B, Barratt I, Townsend R, Kalafat E, van der Meulen J, Gurol-Urganci I, et al.** Effects of the Covid-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. (2021) 9:e759-72. doi: 10.1016/S2214-109X(21)00079-6
36. **World Health Organization.** Violence against women <https://www.who.int/news-room/featurestories/detail/violence-against-women>. Accesado 23 Nov 2018
37. **Bhugra D.** Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand*. 2004 Apr;109(4):243-58. doi: 10.1046/j.0001-690x.2003.00246.x. PMID: 15008797.
38. **El Tatary G, Gill N.** The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health and wellbeing of refugees and asylum seekers-A Narrative Review of the Literature. *Australas Psychiatry*. 2022 Dec;30(6):728-731. doi: 10.1177/10398562221131154. Epub 2022 Oct 12. PMID: 36222224; PMCID: PMC9557269.
39. **Marchi M, Magarini FM, Chiarenza A, Galeazzi GM, Paloma V, Garrido R, Ioannidi E, Vassilikou K, de Matos MG, Gaspar T, Guedes FB, Primdahl NL, Skovdal M, Murphy R, Durbeej N, Osman F, Watters C, van den Muijsenbergh M, Sturm G, Oulahal R, Padilla B, Willems S, Spiritus-Beerden E, Verelst A, Derluyn I.** Experience of discrimination during COVID-19 pandemic: the impact of public health measures and psychological distress among refugees and other migrants in Europe. *BMC Public Health*. 2022 May 11;22(1):942. doi: 10.1186/s12889-022-13370-y. PMID: 35538463; PMCID: PMC9090600.
40. **Phelan JC, Link BG.** Is racism a fundamental cause of inequalities in health? *Annu Rev Sociol*. 2015;41(1):311-30. ps://doi.org/10.1146/annurev-soc-073014-112305
41. **Cabieses B, Darrigrandi F, BlukaczA, Obach A, Silva C.;** Migrantes venezolanos frente a la pandemia de COVID-19 en Chile: factores asociados a la percepción de sentirse preparado para enfrentarla. *Notas de Población*. 2020;111(2):o 43-62.
42. **Hernández Gómez MA, Sánchez Sánchez NJ, Fernández Domínguez MJ.** Análisis del edadismo durante la pandemia, un maltrato global hacia las personas mayores [Analysis of ageism during the pandemic, a global elder abuse]. *Aten Primaria*. 2022 Jun;54(6):102320. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2022.102320. PMID: 35715025; PMCID: PMC9194783.
43. **Hadjistavropoulos T., Asmundson G.** COVID stress in older adults: Considerations during the Omicron wave and beyond. *Journal of Anxiety Disorders*. 2022;86 doi: 10.1016/j.janxdis.2022.102535.
44. **Robb CE, de Jager CA, Ahmadi-Abhari S, Giannakopoulou P, Udeh-Momoh C, McKeand J, Price G, Car J, Majeed A, Ward H, Middleton L.** Associations of Social Isolation with Anxiety and Depression During the Early COVID-19 Pandemic: A Survey of Older Adults in London, UK. *Front Psychiatry*. 2020 Sep 17;11:591120. doi: 10.3389/fpsy.2020.591120. PMID: 33132942; PMCID: PMC7566017.
45. **Gosselin P, Castonguay C, Goyette M, Lambert R, Brisson M, Landreville P, Grenier S.** Anxiety among older adults during the COVID-19 pandemic. *J Anxiety Disord*. 2022 Dec;92:102633. doi: 10.1016/j.janxdis.2022.102633. Epub 2022 Sep 12. PMID: 36115079; PMCID: PMC9465474.
46. **Cevigny M, Martino P, Caycho-Rodríguez T, Barés I, Calandra M, Gallegos M.** Impacto psicológico de la pandemia por COVID-19 en adultos mayores de Argentina. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, vol. 14, núm. 2, pp. 64-74, 2022 Universidad Nacional de Córdoba. En <https://www.redalyc.org/journal/3334/333473857007/html/accesada el 07/07/2024>
47. **Dones I, Ciobanu RO.** Older adults experiences of wellbeing during the COVID-19 pandemic: a comparative qualitative study in Italy and Switzerland. *Front. Sociol*. 9:1243760. doi: 10.3389/fsoc.2024.1243760

**Contribución de autoría:** La autora ha participado en la concepción del artículo, la recolección de datos y su redacción, revisión y aprobación de la versión final.

**Conflicto de interés:** La autora no tiene conflicto de interés con la publicación de este trabajo.

**Financiamiento:** Autofinanciado.

**Citar como:** Rondón MB. Problemas de Salud Mental durante las crisis sociales: Lo que hemos aprendido de la pandemia por COVID-19. *Diagnóstico (Lima)*. 2024;63(3):148-156.

**DOI:** <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v63i3.540>

**Autor Corresponsal:** Marta B. Rondón

**Correo electrónico:** [mbrondon@gmail.com](mailto:mbrondon@gmail.com)





# COVID-19 y Salud Mental Global: Aspectos epidemiológicos

*COVID-19 and Global Mental Health: Epidemiological aspects*

*Johann M. Vega-Dienstmaier<sup>1</sup>*

## Resumen

Revisión narrativa sobre la epidemiología de los problemas de salud mental relacionados con la pandemia de COVID-19 a nivel mundial, latinoamericano y nacional. Se enfatiza la necesidad de utilizar muestras probabilísticas en los estudios epidemiológicos para tener datos más reales y de usar métodos adecuados y uniformes para la determinación de trastornos mentales. La pandemia de COVID-19 ha afectado de manera importante la salud mental de la población mundial, especialmente a los que han sufrido enfermedad severa, mayor aislamiento, pérdida de algún familiar o de puestos de trabajo.

*Palabras clave:* COVID-19, epidemiología, salud mental.

## Abstract

Narrative review on the epidemiology of mental health problems related to the COVID-19 pandemic at global, Latin American and national levels. The need to use probabilistic samples in epidemiological studies to have more real data and to use adequate and uniform methods for the determination of mental disorders is emphasized. The COVID-19 pandemic has significantly affected the mental health of the world's population, particularly those who have suffered a severe illness, increased isolation, and loss of a family member or job positions.

*Keywords:* COVID-19, epidemiology, mental health.

## Introducción

La salud mental durante la pandemia de COVID-19 ha sido estudiada ampliamente, existiendo un gran número de publicaciones al respecto. Por ejemplo, a la fecha (junio de 2024), existen más de 13 800 publicaciones en PubMed con los descriptores “COVID-19”, “mental health” y “epidemiology”<sup>(1)</sup>. En este artículo se elabora una revisión narrativa de los principales estudios epidemiológicos sobre problemas de salud mental relacionados con la pandemia a nivel internacional, latinoamericano y peruano.

### Estudios epidemiológicos a nivel mundial

Una revisión sistemática de estudios realizados en diversas partes del mundo y que han utilizado muestras probabilísticas de la población general, encuentra durante la pandemia de COVID-19 prevalencias de 20,7% para ansiedad probable, 18,1% para depresión probable y 13% para estrés

psicológico. Las variables relacionadas con una afectación de la salud mental fueron: sexo femenino, bajos ingresos, condiciones médicas preexistentes, percepción de riesgo de infección, experiencia de síntomas similares a los de COVID-19, uso de redes sociales, estrés financiero y soledad<sup>(2)</sup>.

Uno de los estudios más importantes sobre salud mental durante la pandemia de COVID-19 fue el COMET-G (“COVID-19 Mental Health International for General Population”)<sup>(3)</sup> que incluyó 55 589 participantes de 40 países, entre ellos el Perú. La evaluación se hizo online entre abril de 2020 y marzo de 2021 e incluyó preguntas sobre depresión (CES-D), ansiedad (STAI-S), tendencias suicidas (RASS), ideas sobre las teorías de conspiración y estado de aislamiento social. La información recolectada ha generado hasta el momento varias publicaciones:

- En el artículo principal se describe que los participantes tenían 35,45 +/-13,51 años de edad y eran principalmente mujeres (64,85%). Dentro de los principales

<sup>1</sup>Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Medicina Alberto Hurtado. Lima, Perú. Médico-psiquiatra; magister en epidemiología clínica, doctor en medicina. ID ORCID: 0000-0002-5686-4014

hallazgos se comprobó la presencia de probable depresión en 17,8% de los individuos en general, con una proporción más alta entre los que indicaron tener “género no binario” (27,64%), intermedia en mujeres (20,49%) y menor en hombres (12,36%). Se halló distrés en 16,71% de los participantes, más frecuente en individuos de “género no binario” (23,09%). El 4,8% de los sujetos estudiados pensaban con frecuencia en suicidarse. Aproximadamente la mitad de los participantes tenían ideas conspirativas tales como la de que el SARS-CoV-2 era un arma biológica utilizada para generar intencionalmente una crisis mundial. Respecto a las variables asociadas con la salud mental, se encontró mayor riesgo de depresión en quienes tenían historia previa de trastornos mentales (especialmente trastorno bipolar), antecedente de tendencias suicidas o autoinjurias y una condición somática crónica. En cuanto a las ideas conspirativas, éstas se asociaron al sexo femenino, a la presencia de depresión y a la historia de trastornos psicóticos, ideas y tendencias suicidas e historia de autolesiones; curiosamente, aquéllos que tenían el antecedente de trastornos no psicóticos mostraban un menor riesgo de profesar estas creencias<sup>(3)</sup>.

- Un análisis más detallado encontró que los factores de riesgo para depresión o distrés en la pandemia eran género femenino y “no binario”, desempleo, no trabajar durante la cuarentena, mala salud general, trastorno somático crónico, historia de problemas mentales (depresión, intento suicida, autoinjurias, psicosis y trastorno bipolar), uso de tabaco, alcohol y drogas, ser joven, viudo, soltero o cuidador y vivir solo<sup>(4)</sup>.

- Una publicación que se centra en la relación entre el grado de aislamiento, el género y los diferentes problemas mentales estudiados indica que el grado de aislamiento o cuarentena se relaciona con mayor riesgo de depresión, sintomatología depresiva, ansiedad y pensamientos suicidas. Sin embargo, en casos de género “no binario” no se halló relación entre nivel de aislamiento y depresión<sup>(5)</sup>.

- Otro artículo evalúa la relación entre las enfermedades físicas y los problemas de salud mental. Los trastornos mentales fueron los más frecuentes entre todos los problemas de salud, más prevalentes en individuos con enfermedades físicas. Entre la tercera parte y dos tercios de los participantes con problemas somáticos tenían algún trastorno mental. La discapacidad se relacionó con una mayor severidad de los trastornos mentales. Finalmente, la gran mayoría de los individuos con trastornos mentales no estaban recibiendo tratamiento o éste no era adecuado<sup>(6)</sup>.

- Por último, un estudio incluyó a los 12 792 profesionales de la salud de la muestra (médicos, enfermeras, personal administrativo, entre otros); de ellos, un 13,31% tenía depresión clínica, menos frecuente en el género masculino (9,63%) y más frecuente en el género no-binario (17,17%) y en mujeres (15,44%). Sin embargo, los médicos de género no-binario tuvieron la menor tasa de depresión (5,88%) respecto a

otros géneros y profesiones. Otro hallazgo interesante fue la creencia en teorías de conspiración en más de un tercio de este subgrupo de participantes, lo cual llama la atención considerando su condición de profesionales de la salud<sup>(7)</sup>.

En trabajadores de la salud, un metaanálisis de 401 estudios en 58 países encontró 28,5% de prevalencia de depresión, 28,7% de ansiedad, 25,5% de trastorno de estrés postraumático (TEPT), 25,3% de trastornos por uso de alcohol y drogas, y 24,4% de insomnio. Los problemas de salud mental fueron más frecuentes en mujeres, y en los que prestaban atención directa a los pacientes<sup>(8)</sup>.

En el caso de los estudiantes de medicina, otro metaanálisis indica que, durante la pandemia, la prevalencia de ansiedad fue 45% y la de depresión, 48%; pero si se consideran los casos moderados a severos de estos problemas, los valores correspondientes son 28% y 30%, respectivamente. También se halló que los estudiantes de Asia tenían menor prevalencia de ansiedad y depresión en relación a los de otras regiones<sup>(9)</sup>.

### Epidemiología Latinoamericana

Un metaanálisis de 62 estudios realizados en Latinoamérica, que incluyó 196 950 participantes, encontró en la población general prevalencias de 34% para ansiedad, 33% para depresión y 32% para distrés. Asimismo, los síntomas de salud mental fueron más frecuentes en Sudamérica (36%) que en Centroamérica (28%) y en países de habla portuguesa (40%) comparados con los de lengua española (30%). También, se halló una prevalencia de síntomas psiquiátricos de 37% en la población general, 34% en el personal de salud en general, 33% en los trabajadores de salud en contacto con pacientes de COVID-19 y 45% en estudiantes<sup>(10)</sup>.

### Estudios Peruanos

#### Población general adulta

En el Perú, el estudio que probablemente proporciona datos más reales sobre salud mental durante la pandemia fue el realizado en el año 2020 en Lima, por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (INSM HD-HN), estudio que usó una muestra probabilística de 1,823 personas adultas. Esta investigación encontró una prevalencia actual de trastornos mentales de 12,5 %, destacando entre ellos episodio depresivo (7,5%), trastorno de ansiedad generalizada (3,7%) y TEPT (1,5%)<sup>(11)</sup>. Estos valores resultaron bastante altos si los comparamos con los del año 2012 (pre-pandemia): 2,8% para depresión, 0,6% para ansiedad generalizada y 0,3% para TEPT<sup>(12)</sup>. Otro hallazgo importante de este estudio fue la asociación entre la presencia de algún trastorno mental y la pérdida de empleo por la pandemia, el haberse contagiado de COVID-19, tener un familiar con esa condición o que haya fallecido debido a la infección viral<sup>(11)</sup>.

### Niños y adolescentes

Otro trabajo efectuado por el INSM HD-HN fue el que evaluó 2639 niños y adolescentes de Lima y Callao y reveló una tercera parte de los participantes con problemas emocionales y/o de conducta, la mayoría de los cuales no recibió atención alguna. En los niños de 6 a 11 años, destaca la prevalencia de episodio depresivo mayor (21,3%) y de trastorno por déficit de atención (12,7%); y en adolescentes, la de episodio depresivo mayor (28%), ansiedad generalizada (10,8%) y trastorno obsesivo-compulsivo (6%)<sup>(15)</sup>.

Otro estudio nacional relevante, fue el que se hizo en línea para evaluar la salud mental en niños y adolescentes, entre octubre y noviembre de 2020, utilizando los siguientes instrumentos: Lista de Verificación de Síntomas Pediátricos del Bebé (BPSC), Lista de Verificación de Síntomas en Preescolares (PPSC) y Lista de Verificación de Síntomas Pediátricos (PSC-17). Se obtuvo 12 563 participaciones válidas. El porcentaje de menores que tenían riesgo de algún problema de salud mental fue 56,2% en los de menos de 18 meses de edad, 32,2% en los de edad entre 18 y 59 meses, y 33% en los mayores de 5 años. En este trabajo también se evaluó la salud mental de los cuidadores, mediante el PHQ-9 para depresión, la K6 (Escala de Distrés de Kessler) y la RS-6 (Escala de Resiliencia Breve de 6 Ítems); encontrándose que los problemas psicosociales en niños y adolescentes se asociaban a la presencia de síntomas depresivos en sus cuidadores<sup>(14)</sup>. Una publicación derivada de este estudio indica que el riesgo psicosocial del niño o adolescente se asocia al distrés, la depresión y la baja resiliencia del cuidador<sup>(15)</sup>.

Tempranamente durante el confinamiento en el Perú (mayo de 2020), una encuesta en línea dirigida a los padres y cuidadores de niños y adolescentes (546 participantes), reportó cambios conductuales y emocionales en 69,2% de los menores: irritabilidad (38,9%), problemas de sueño (33,7%), sensibilidad o tendencia al llanto (29,8%), inquietud motora (29,3%), agresividad (14,4%) y enuresis (5%). Asimismo, se encontraron problemas con la educación virtual en 66,8% de niños menores de 5 años y 34,1% de adolescentes<sup>(16)</sup>.

### Profesionales de la salud

Un estudio que incluyó a 542 profesionales de la salud de Lima entre mayo y junio de 2020, encontró un 54,2% de casos de ansiedad, 44,5% de depresión y 50,7% de estrés agudo; además, el estar a cargo del cuidado de pacientes con COVID se asoció a mayor riesgo de ansiedad y depresión<sup>(17)</sup>. Otro estudio, que evaluó a trabajadores de salud, alumnos de medicina y población general, demostró que el ser personal de salud de primera línea contra COVID se asociaba con mayores niveles de estrés<sup>(18)</sup>.

### Pacientes con COVID-19

Se ha estudiado en nuestro medio la salud mental de 318 sobrevivientes de la infección por COVID-19, encontrándose

síntomas depresivos en 30,9%, ansiosos en 31,1%, somáticos en 35,2% y de estrés postraumático en 29,5%. Otro hallazgo interesante fue que los pacientes con síntomas clínicamente relevantes de depresión tenían una mayor relación neutrófilos/linfocitos<sup>(19)</sup>.

### Discusión

Los estudios epidemiológicos de problemas de salud mental durante la pandemia COVID-19 involucran diferentes lugares del mundo, edades (niños, adolescentes o adultos) y tipos de participantes (población general, personal de salud, estudiantes, etc.). Asimismo, se han empleado diversos métodos válidos de detección o medición de sintomatología psiquiátrica; para depresión, por ejemplo, se ha usado la CES-D, el PHQ-9, la DASS-21, etc. Además, con mucha frecuencia se ha utilizado un muestreo no probabilístico vía on-line que representa un importante sesgo de selección: quienes reciben la invitación por internet para participar en el estudio pueden estar predispuestos a aceptar o no en función de su estado de salud mental, lo cual genera una importante incertidumbre respecto a la validez de las prevalencias detectadas. Por esta razón se debe preferir y dar más crédito a los resultados de los trabajos que han utilizado un muestreo probabilístico como los del metaanálisis de la revisión sistemática de estudios de diversas partes del mundo de Leung et al.<sup>(2)</sup> y el trabajo del INSM HD-HN en Lima Metropolitana y el Callao<sup>(11)</sup>.

La diversa metodología empleada probablemente sea la causa de resultados tan diferentes en cuanto a niveles de prevalencia. Por ejemplo, la prevalencia de depresión en población general fue de 18,1% a nivel mundial en el metaanálisis de Leung et al.<sup>(2)</sup> y de solo 7,5% en el estudio del INSM HD-HN en Lima y Callao<sup>(11)</sup>. Los hallazgos de un estudio son más relevantes cuando pueden compararse con los de otros que han utilizado la misma metodología; tal es el caso, por ejemplo, de los estudios epidemiológicos del INSM HD-HN que claramente demuestran el aumento de trastornos mentales en Lima Metropolitana y Callao en el 2020 respecto a años anteriores<sup>(11,12)</sup>. No obstante, una revisión sistemática de estudios de diversas partes del mundo que compara la sintomatología mental antes y durante la pandemia COVID-19, sugiere que la salud mental no empeoró de manera marcada<sup>(20)</sup>.

Otro punto a considerar son las teorías de conspiración<sup>(21)</sup>, cuya frecuencia fue considerable en poblaciones generales (aproximadamente 50%)<sup>(8)</sup> y aún entre el personal de salud (más de un tercio)<sup>(7)</sup>.

Dentro de los factores más cercanamente asociados a problemas de salud mental figuran los usuales: sexo femenino<sup>(2,41,11)</sup>, estado civil viudo/separado/divorciado<sup>(11)</sup>, menores ingresos<sup>(2,11)</sup>, menor nivel educativo<sup>(11)</sup>, antecedentes de patología mental<sup>(3)</sup> y condiciones médicas físicas<sup>(2,3)</sup>. Igualmente, los que muestran vinculación más específica con la pandemia en sí son: grado de aislamiento por la

cuarentena<sup>(5)</sup>, pérdida de empleo<sup>(11)</sup>, contagio con COVID-19<sup>(11)</sup>, tener un familiar fallecido<sup>(11)</sup>, experiencia de estrés financiero<sup>(2)</sup> y temor a infectarse<sup>(2)</sup>.

## Conclusiones

La pandemia de COVID-19 ha generado un impacto negativo muy importante en la salud mental de la población de diversas partes del mundo y de diferentes edades, en particular

en quienes han tenido un grado severo de la enfermedad, o han sufrido, a causa de COVID-19, un mayor aislamiento, la pérdida de algún familiar o de posiciones laborales. Esta dramática experiencia colectiva ha generado reacciones globales a veces desmoralizantes, pero también pronunciamientos decisivos por parte de organismos internacionales, gobiernos nacionales y comunidades locales que permiten abrigar esperanzas de una mejor preparación de Salud y otros sectores y de una respuesta universal más uniforme y consistente.

## Referencias bibliográficas

1. **PubMed [Internet]**. National Library of Medicine. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
2. **Leung CMC, Ho MK, Bharwani AA, Cogo-Moreira H, Wang Y, Chow MSC, et al.** Mental disorders following COVID-19 and other epidemics: a systematic review and meta-analysis. *Transl Psychiatry [Internet]*. 2022;12(1):205. doi:10.1038/s41398-022-01946-6
3. **Fountoulakis KN, Karakatsoulis G, Abraham S, Adorjan K, Ahmed HU, Alarcón RD, et al.** Results of the COVID-19 mental health international for the general population (COMET-G) study. *Eur Neuropsychopharmacol [Internet]*. 2022;54:21-40. doi:10.1016/j.euroneuro.2021.10.004
4. **Fountoulakis KN, Vrublevska J, Abraham S, Adorjan K, Ahmed HU, Alarcón RD, et al.** Non-binary gender, vulnerable populations and mental health during the COVID-19 pandemic: Data from the COVID-19 Mental health inTernational for the general population (COMET-G) study. *J Affect Disord [Internet]*. 2024;doi:10.1016/j.jad.2024.02.050
5. **Fountoulakis KN, Karakatsoulis GN, Abraham S, Adorjan K, Ahmed HU, Alarcón RD, et al.** The effect of different degrees of lockdown and self-identified gender on anxiety, depression and suicidality during the COVID-19 pandemic: Data from the international COMET-G study. *Psychiatry Res [Internet]*. 2022;315:114702. doi:10.1016/j.psychres.2022.114702
6. **Fountoulakis KN, Karakatsoulis GN, Abraham S, Adorjan K, Ahmed HU, Alarcón RD, et al.** Somatic multimorbidity and disability in patients with psychiatric disorders in comparison to the general population: a quasi-epidemiological investigation in 54,826 subjects from 40 countries (COMET-G study). *CNS Spectr [Internet]*. 2024;29(2):126-49. doi:10.1017/S1092852924000026
7. **N Fountoulakis K, Karakatsoulis G, Abraham S, Adorjan K, Ahmed HU, Alarcón RD, et al.** Results of the COVID-19 mental health international for the health professionals (COMET-HP) study: depression, suicidal tendencies and conspiracism. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet]*. 2023;58(9):1387-410. doi:10.1007/s00127-023-02438-8
8. **Lee BEC, Ling M, Boyd L, Olsson C, Sheen J.** The prevalence of probable mental health disorders among hospital healthcare workers during COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord [Internet]*. 2023;330:329-45. doi:10.1016/j.jad.2023.03.012
9. **Lin Y-K, Saragih ID, Lin C-J, Liu H-L, Chen C-W, Yeh Y-S.** Global prevalence of anxiety and depression among medical students during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychol [Internet]*. 2024;12(1):338. doi:10.1186/s40359-024-01838-y
10. **Zhang SX, Batra K, Xu W, Liu T, Dong RK, Yin A, et al.** Mental disorder symptoms during the COVID-19 pandemic in Latin America - a systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci [Internet]*. 2022;31:e23. doi:10.1017/S2045796021000767
11. **Saavedra JE, Aliaga Giraldo K, Castillo Martell WH, Huamán Pineda J, Luna Solís Y, Nicolás Hoyos Y, et al.** Estudio epidemiológico sobre el impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental de la población de Lima Metropolitana. *Diagnóstico [Internet]*. 2022 [citado el 3 de septiembre de 2022];61(3):e374-e374. doi:10.33734/diagnostico.v61i3.374
12. **Instituto Nacional de Salud Mental.** Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012. Informe General. *Anales de Salud Mental*. 2013;29(Supl 1):1-392.
13. **Alvarez M, Arias J-P, Morón G, Ramírez R, Cayo J, Pomalima R.** Impacto en la salud mental de los niños y adolescentes de Lima Metropolitana en el contexto de la COVID-19. *Rev Psicol Hered [Internet]*. 2022 [citado el 25 de junio de 2024];15(1):21-34. doi:10.20453/rph.v15i1.4301
14. **Cutipé Y, Caballero J, Ugaz ME, Cortez C, Rojas C, Vargas-Machuca R, et al.** La salud mental de niñas, niños y adolescentes en el contexto de la COVID-19: Estudio en línea, Perú 2020. Perú: UNICEF; 2021.
15. **Caballero-Peralta J, Antiporta DA, Cutipé Y, Vargas-Machuca R, Rojas C, Cortez-Vergara C, et al.** Caballero-Peralta J, Antiporta DA, Cutipé Y, Vargas-Machuca R, Rojas C, Cortez-Vergara C, et al. Caregiver and Youth Mental Health during COVID-19: Risk and Resilience Factors in a Large National Sample in Peru. *COVID [Internet]*. 2022;2(11):1594-608. doi:10.3390/covid2110115
16. **Rusca-Jordán F, Cortez-Vergara C, Tirado-Hurtado BC, Strobbe-Barbat M.** Una aproximación a la salud mental de los niños, adolescentes y cuidadores en el contexto de la COVID-19 en el Perú. *Acta Médica Peruana [Internet]*. 2020;37(4). doi:10.35663/amp.2020.374.1851
17. **Fernández-Arana A, Olórtegui-Yzú A, Vega-Dienstmaier JM, Cuesta MJ.** Depression and anxiety symptoms and perceived stress in health professionals in the context of COVID-19: Do adverse childhood experiences have a modulating effect? *Brain Behav [Internet]*. 2021;e2452. doi:10.1002/brb3.2452
18. **Pedraz-Petrozzi B, Krüger-Malpartida H, Arevalo-Flores M, Salmavides-Cuba F, Anculle-Arauco V, Dancuart-Mendoza M.** Emotional Impact on Health Personnel, Medical

Students, and General Population Samples During the COVID-19 Pandemic in Lima, Peru. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2021;50(3):189-98. doi:10.1016/j.rcpeng.2021.04.002

19. **Huarcaya-Victoria J, Barreto J, Aire L, Podestá A, Caqui M, Guija-Igreda R, et al.** Mental Health in COVID-2019 Survivors from a General Hospital in Peru: Sociodemographic, Clinical, and Inflammatory Variable Associations. Int J Ment Health Addict [Internet]. 2023;21(2):1264-85. doi:10.1007/s11469-021-00659-z

20. **Sun Y, Wu Y, Fan S, Dal Santo T, Li L, Jiang X, et al.** Comparison of mental health symptoms before and during the covid-19 pandemic: evidence from a systematic review and meta-analysis of 134 cohorts. BMJ [Internet]. 2023;380:e074224. doi:10.1136/bmj-2022-074224

21. **Vega-Dienstmaier JM.** Teorías de conspiración y desinformación entorno a la epidemia de la COVID-19. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2020;83(3):135-7. doi:10.20453/rnp.v83i3.3792

**Contribución de autoría:** El autor ha participado en la concepción del artículo, redacción, revisión y aprobación de la versión final.

**Conflicto de interés:** El autor no tiene conflicto de interés con la publicación de este trabajo.

**Financiamiento:** Autofinanciado.

**Citar como:** Vega-Dienstmaier JM. COVID-19 y Salud Mental Global: Aspectos epidemiológicos. Diagnóstico (Lima). 2024;63(3):157-161.

**DOI:** <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v63i3.541>

**Autor Corresponsal:** Johann M. Vega-Dienstmaier

**Correo electrónico:** [johann.vega.d@upch.pe](mailto:johann.vega.d@upch.pe)

# DIAGNÓSTICO

Revista Médica de la Fundación Instituto Hipólito Unanue

Toda la información médica que ofrece la



FUNDACIÓN  
INSTITUTO HIPÓLITO UNANUE

está en Internet

- Versión en línea de la revista
  - Buscador Temático dentro de la revista
  - Noticias Médicas
  - Informaciones sobre la Fundación
- 
- Premio Medalla de Oro Hipólito Unanue
  - Premio Hipólito Unanue a los Mejores Trabajos de Investigación en las Ciencias de la Salud
  - Premio Hipólito Unanue a la Mejor Edición Científica sobre Ciencias de la Salud
  - Apoyo Económico a la Investigación Científica
  - Becas de Honor
  - Actividades Científicas en Provincias - Cursos Multidisciplinarios

[www.fihu.org.pe](http://www.fihu.org.pe)



# Entidades psiquiátricas frecuentes y perspectivas clínicas en tiempos de crisis

*Common psychiatric entities and clinical perspectives in times of crisis*

*Horacio Vargas-Murga<sup>1,2a</sup>, Kenneth Vargas-Suárez<sup>1,3b</sup>*

## Resumen

El presente artículo revisa las entidades psiquiátricas frecuentes y las perspectivas clínicas durante tiempos de crisis, analizando su impacto en la salud mental. Las crisis, clasificadas en pandemias, desastres naturales, conflictos armados y crisis económicas, aumentan significativamente la prevalencia de trastornos mentales y exacerbaban condiciones preexistentes, desafiando los alcances y posibilidades de los sistemas de salud mental. La pandemia de COVID-19, por ejemplo, ha incrementado las hospitalizaciones psiquiátricas en niños y adolescentes debido al uso excesivo de medios digitales. El artículo analiza diversos trastornos psiquiátricos, como psicosis, cuadros afectivos, ansiedad, trastornos del sueño, alimentarios, obsesivo-compulsivo y relacionados con el estrés. Se puntualizan definiciones, síntomas, factores de riesgo, impactos durante períodos de crisis y estrategias de tratamiento. Destaca la importancia del apoyo social para mitigar los efectos negativos de las crisis en la salud mental, recomendando redes comunitarias sólidas y servicios accesibles. Además, sugiere integrar tecnología, como aplicaciones móviles y telemedicina, para ofrecer apoyo y tratamiento psicológico en circunstancias de crisis. Se enfatiza la necesidad de un enfoque multidimensional y adaptativo para un manejo eficaz, promoviendo una respuesta más efectiva y resiliente del sistema de salud mental. Se resalta asimismo la importancia de fortalecer estos sistemas y desarrollar estrategias terapéuticas adaptativas para enfrentar las necesidades emergentes en épocas de crisis.

**Palabras clave:** *Trastornos psiquiátricos, salud mental en crisis, tiempos de crisis.*

## Abstract

This article reviews common psychiatric entities and clinical perspectives during times of crisis, analyzing their impact on mental health. Crises, categorized as pandemics, natural disasters, armed conflicts, and economic crises, significantly increase the prevalence of mental disorders and exacerbate preexisting conditions, posing challenges to the outreach and possibilities of mental health systems. The COVID-19 pandemic, for instance, has led to increased psychiatric hospitalizations among children and adolescents due to excessive use of digital media. The article analyzes several psychiatric disorders, such as psychoses, mood, anxiety, sleep, eating, obsessive-compulsive, and stress-related disorders, describing their definitions, symptoms, risk factors, impacts during crises, and treatment strategies. It highlights the importance of social support in mitigating the negative effects of crises on mental health, recommending solid community networks and accessible mental health services. Additionally, it suggests integrating technology, such as mobile applications and telemedicine, to provide psychological support and treatment during crises. The need for a multidimensional and adaptive approach for the management of psychiatric disorders is emphasized, promoting a more effective and resilient response from the mental health system. The importance of strengthening these systems and developing adaptive therapeutic strategies to address emerging needs in times of crisis is also remarked.

**Keywords:** *Psychiatric disorders, mental health crises, times of crisis.*

## Introducción

Las crisis financieras, desastres naturales, conflictos bélicos y las emergencias sanitarias, como la pandemia de COVID-19, han demostrado tener un impacto profundo en la salud mental de las poblaciones afectadas<sup>(1)</sup>. Estas situaciones no

solo aumentan la prevalencia de trastornos mentales, sino que también exacerbaban las condiciones preexistentes, creando un desafío significativo para los sistemas de salud mental<sup>(2)</sup>. Las crisis globales afectan la salud de la población de manera significativa y pueden clasificarse en varios tipos, cada uno con un impacto poderoso y único en la salud mental<sup>(1-3)</sup>:

<sup>1</sup>Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Medicina, Departamento de Clínicas Médicas. Lima, Perú. <sup>2</sup>Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Lima, Perú. <sup>3</sup>Asociación Civil Impacta y Educación. Lima, Perú. <sup>4</sup>Doctor. Psiquiatra. ID ORCID: 0000-0001-5174-6089. <sup>b</sup>Médico Cirujano. ID ORCID: 0009-0009-9039-0201.

1. **Pandemias:** La propagación global de enfermedades infecciosas, como COVID-19, que afectó a millones de personas en todo el mundo.

2. **Desastres naturales:** Fenómenos como terremotos, huracanes, inundaciones o incendios forestales que generan notable estrés y trauma en las comunidades afectadas.

3. **Conflictos bélicos:** Guerras y conflictos armados, que provocan desplazamientos forzados, pérdidas humanas y destrucción.

4. **Crisis económicas:** Recesiones y depresiones económicas que incrementan la inseguridad financiera y el estrés, contribuyendo a la aparición o aumento de trastornos mentales.

Durante las crisis económicas, se ha observado un aumento en la incidencia de problemas tales como depresión, ansiedad y conductas suicidas<sup>(2,3)</sup>. Factores como desempleo, pobreza y las deudas agravan estos problemas<sup>(1)</sup>. La pandemia de COVID-19 ha añadido complejidad, con el confinamiento y distanciamiento social afectando negativamente la salud mental<sup>(3)</sup>. Además, la combinación de desastres naturales, como los tifones en Filipinas, con la pandemia en sí, ha devastado la salud mental de las comunidades<sup>(4)</sup>. Este artículo analiza las entidades psiquiátricas frecuentes y sus manifestaciones clínicas en tiempos de crisis, explorando perspectivas clínicas y diferentes enfoques terapéuticos.

### Estrategias de búsqueda bibliográfica

Para asegurar una revisión exhaustiva y actualizada de las entidades psiquiátricas frecuentes en tiempos de crisis y sus perspectivas clínicas, se realizó una búsqueda sistemática en diversas bases de datos científicas. La estrategia de búsqueda empleada fue la siguiente:

1. **Bases de datos:** PubMed, PsycINFO, Scopus y Cochrane Library.
2. **Palabras clave:** “psychiatric disorders”, “anxiety disorders”, “depression”, “sleep disorders”, “psychotic disorders”, “crisis”, “disaster”, “pandemic”, “clinical perspectives”, “mental health interventions”.
3. **Criterios de inclusión:**
  - Artículos publicados en los últimos 10 años (2014-2024).
  - Estudios en diversas poblaciones humanas.
  - Artículos en inglés y español.
  - Revisión sistemática, meta-análisis, estudios de cohorte, ensayos clínicos y estudios de casos.
4. **Criterios de exclusión:**
  - Artículos no revisados por pares.
  - Estudios en animales.
  - Publicaciones en idiomas diferentes a inglés y español.

5. **Proceso de selección:** La selección inicial se basó en la lectura de títulos y resúmenes, seguida de una revisión a texto completo de los artículos pertinentes. Se empleó el software de gestión bibliográfica Zotero para organizar las referencias y eliminar duplicados.

## Entidades Psiquiátricas

### Trastornos Psicóticos

#### Definición

Los trastornos psicóticos son condiciones psiquiátricas graves caracterizadas por una desconexión con la realidad, presentando síntomas tales como delusiones, alucinaciones, desorganización del pensamiento y comportamientos anómalos que distorsionan cognición, afectividad y percepción<sup>(5)</sup>. La psicosis, un síndrome común en condiciones como la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo, también aparece en el trastorno del ánimo con síntomas psicóticos, afectando profundamente la funcionalidad del individuo y limitando sus capacidades sociales y ocupacionales<sup>(5,6)</sup>.

#### Tipos

Los trastornos psicóticos abarcan varios diagnósticos específicos<sup>(5-7)</sup>, incluyendo:

- **Esquizofrenia:** Caracterizada por delusiones persistentes, alucinaciones, discurso desorganizado y deterioro cognitivo.
- **Trastorno esquizoafectivo:** Presenta síntomas tanto de esquizofrenia como de trastornos del estado de ánimo (depresión o trastorno bipolar).
- **Trastorno psicótico breve:** Una condición a corto plazo con inicio súbito de síntomas psicóticos, que dura menos de un mes.
- **Trastorno delusivo:** Implica delusiones persistentes sin otros síntomas psicóticos importantes.
- **Trastorno psicótico inducido por sustancias:** Psicosis desencadenada por el uso o abstinencia de sustancias.

#### Manifestaciones Clínicas

Las manifestaciones clínicas de los trastornos psicóticos pueden variar ampliamente, pero típicamente incluyen:<sup>(5,7)</sup>

- **Delusiones:** Creencias fuertemente sostenidas que no se basan en la realidad (por ejemplo, paranoia, grandiosidad).
- **Alucinaciones:** Experiencias sensoriales sin estímulos externos, siendo las auditivas (“escuchar voces”) las más comunes.
- **Pensamiento desorganizado:** Discurso incoherente y dificultad para organizar pensamientos.
- **Síntomas negativos:** Reducción de la expresión emocional, falta de motivación y auto-aislamiento social.
- **Deterioro cognitivo:** Dificultades de memoria, atención y funciones ejecutivas.



### Factores de Riesgo

Varios factores aumentan el riesgo de desarrollar trastornos psicóticos:<sup>(5,7)</sup>

- **Predisposición genética:** Historia familiar de trastornos psicóticos aumenta significativamente el riesgo.
- **Estresores ambientales:** Traumas infantiles, crianza en entornos urbanos y migración son factores notables de riesgo.
- **Uso de sustancias:** El uso de drogas como cannabis, anfetaminas y catinonas sintéticas puede desencadenar o exacerbar psicosis.
- **Factores del Neurodesarrollo:** Complicaciones durante el embarazo o el parto, como la hipoxia, están asociadas con un mayor riesgo.
- **Desventajas socioeconómicas:** Bajo estatus socioeconómico y aislamiento social están vinculados con una mayor incidencia.

### Impacto Psicológico en períodos de crisis

Durante épocas de crisis, como recesiones económicas o pandemias, la incidencia y gravedad de los trastornos psicóticos pueden aumentar. Los eventos estresantes y el aislamiento social pueden exacerbar los síntomas, llevando a tasas más altas de hospitalización y peores resultados. Por ejemplo, la pandemia COVID-19 se ha asociado con un aumento de episodios psicóticos, debido al estrés intensificado y a la interrupción de los servicios de salud mental<sup>(9,13,17)</sup>.

### Tratamiento y Manejo

El manejo de los trastornos psicóticos generalmente involucra una combinación de intervenciones farmacológicas y psicosociales:<sup>(5-7)</sup>

- **Medicamentos antipsicóticos:** Los antipsicóticos son esenciales en el tratamiento para reducir síntomas como delusiones y alucinaciones. Medicamentos comunes incluyen risperidona, olanzapina y aripiprazol, aún cuando pueden causar efectos secundarios como aumento de peso, diabetes y síntomas extrapiramidales.
- **Psicoterapia:** La terapia cognitivo-conductual (TCC) es efectiva para abordar las delusiones y mejorar las estrategias de afrontamiento.
- **Apoyo social:** Los servicios basados en la comunidad, la terapia familiar y los grupos de apoyo son cruciales para la reintegración social y la reducción de las tasas de recaída.
- **Intervención en crisis:** El apoyo inmediato e intensivo durante los episodios agudos puede prevenir el deterioro y mejorar los resultados a largo plazo.

### Estudios de Casos

Los estudios de casos individuales ofrecen perspectivas valiosas sobre la aplicación de tratamientos y la variabilidad en las respuestas de los pacientes. A manera de ejemplo, se presentó

el caso de un hombre de 44 años sin historial psiquiátrico que desarrolló síntomas psicóticos tras contraer COVID-19, sugiriendo que el virus puede desencadenar trastornos psicóticos en personas sin antecedentes clínicos<sup>(8)</sup>. Igualmente, una mujer de 29 años fue diagnosticada con un trastorno psicótico breve tras una infección por COVID-19, destacando el potencial del virus para inducir episodios psicóticos agudos en personas previamente sanas<sup>(9)</sup>. Cinco pacientes con trastornos psicóticos preexistentes sufrieron descompensaciones por interrupciones en la atención y cambios en sus rutinas durante la pandemia, destacando su vulnerabilidad en crisis de salud pública<sup>(10)</sup>.

### Trastornos afectivos o del estado de ánimo

#### Definición

Los trastornos del estado de ánimo son condiciones de salud mental que alteran el estado emocional, impactando la capacidad para funcionar diariamente. Pueden causar tristeza persistente, irritabilidad o fluctuaciones entre extrema alegría y profunda tristeza<sup>(11)</sup>. Existe dentro de este grupo, una serie de cuadros clínicos, cada uno con características nosológicas definidas.

### Trastornos depresivos

#### Definición

Los trastornos depresivos son condiciones médicas caracterizadas por tristeza persistente y anhedonia, con síntomas como desesperanza, culpa, baja autoestima, ansiedad, irritabilidad, fatiga crónica, alteraciones de apetito y sueño y dolores inexplicables<sup>(11,12)</sup>. Estos trastornos afectan la funcionalidad del individuo, perjudicando su desempeño laboral y la gestión de tareas diarias, lo que puede llevar al aislamiento social y, en casos severos, a ideación e intentos suicidas<sup>(12)</sup>.

#### Tipos<sup>(11)</sup>

- **Trastorno depresivo mayor (TDM):** Caracterizado por sentimientos persistentes e intensos de tristeza y pérdida de interés en actividades previamente disfrutadas.
- **Trastorno depresivo persistente (Distimia):** Una forma crónica de depresión con síntomas menos severos, pero de mayor duración.
- **Trastorno afectivo estacional (SAD):** Depresión que ocurre en una época específica del año, generalmente en invierno.
- **Depresión postparto:** Depresión severa y duradera que ocurre después del parto.
- **Depresión psicótica:** Depresión severa acompañada de algunas manifestaciones psicóticas como delirios o alucinaciones.

### Manifestaciones clínicas<sup>(11,12)</sup>

- **Síntomas emocionales:** Tristeza persistente, ansiedad; sentimientos de desesperanza o pesimismo; irritabilidad; sentimientos de culpa, inutilidad o impotencia.

- **Síntomas físicos:** Fatiga o disminución de energía, cambios en el apetito y peso, trastornos del sueño (insomnio o hipersomnia) y dolores físicos sin causa clara.
- **Síntomas cognitivos:** Dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones; pensamientos de muerte o suicidio.

#### Factores de riesgo<sup>(11,13)</sup>

- **Genéticos:** La presencia de antecedentes familiares de depresión incrementa significativamente el riesgo de desarrollar la enfermedad.
- **Bioquímico/fisiológicos:** Incluyen anomalías en la regulación de neurotransmisores como serotonina y noradrenalina, así como desbalances hormonales, particularmente del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal (HPA).
- **Ambientales:** La exposición a eventos traumáticos, el estrés persistente y cambios significativos en la vida, como la muerte de un ser querido, cambio de empleo o reubicación, son estresores que pueden desencadenar o exacerbar la depresión en individuos susceptibles.
- **Psicosociales:** Estatus socioeconómico bajo y falta de una red de apoyo social aumentan la vulnerabilidad a la depresión. Las adversidades en la infancia, como el abuso y la negligencia, están fuertemente vinculadas a depresión en la vida adulta.

#### Impacto psicológico en períodos de crisis

Durante crisis como la pandemia de COVID-19, la incidencia y severidad de los trastornos del estado de ánimo pueden aumentar debido a eventos estresantes, aislamiento social e inestabilidad económica, lo que incrementa las tasas de depresión y ansiedad<sup>(13)</sup>. Un estudio encontró que el 50.8% de los pacientes experimentaron trastornos del estado de ánimo post-COVID-19, con síntomas comunes como apatía (78.7%), ansiedad (66.7%) y fatiga (60.6%)<sup>(12)</sup>.

#### Tratamiento y manejo<sup>(11,13)</sup>

- **Tratamientos farmacológicos:** Incluye el uso de antidepresivos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) y, ocasionalmente, antidepresivos tricíclicos, adaptados a las necesidades y respuestas del paciente.
- **Psicoterapia:** La terapia cognitivo-conductual (TCC) es eficaz para cambiar patrones de pensamiento negativos. La terapia psicodinámica puede explorar problemas subyacentes y la terapia interpersonal (TIP) ayuda a mejorar la adaptación social y las relaciones interpersonales.
- **Modificaciones en el estilo de vida:** Es importante adoptar una rutina diaria regular, con suficiente sueño y actividad física. Una dieta saludable y técnicas para manejar el estrés, como la meditación (en especial la llamada mindfulness) y ejercicios de respiración, también han demostrado ser beneficiosas.

- **Intervención en crisis:** En situaciones de crisis o cuando hay riesgo de autoinjuria, es crucial asegurar un soporte adecuado mediante líneas de emergencia y acceso a atención psiquiátrica urgente. Las redes de apoyo, incluyendo familia y amigos, desempeñan un papel vital en la provisión de un apoyo emocional consistente.

#### Estudio de casos

Un estudio analizó el efecto del aislamiento social y la soledad en adultos mayores con trastornos depresivos, evaluados durante la pandemia. Los casos mostraron cómo los adultos mayores resilientes manejaron su salud mental a pesar de los desafíos. Los resultados destacaron la importancia de las conexiones sociales y los sistemas de apoyo para reducir los síntomas depresivos en crisis similares<sup>(14)</sup>. Otro estudio utilizó el marco provisto en el Manual Diagnóstico Psicodinámico (PDM-2) para tratar a un adolescente de 16 años con trastorno depresivo mayor durante la pandemia. La evaluación mostró deterioro en las capacidades mentales y el funcionamiento de la personalidad, subrayando la necesidad de planes de tratamiento personalizados para adolescentes con trastornos depresivos en situaciones de crisis<sup>(15)</sup>. De otro lado, un estudio longitudinal de cohortes en los Países Bajos examinó el impacto de la pandemia en la salud mental durante el primer año, incluyendo a individuos con y sin trastornos depresivos, de ansiedad u obsesivo-compulsivos. Los resultados revelaron desafíos significativos de salud mental, destacando la necesidad de apoyo e intervenciones continuas durante crisis prolongadas<sup>(16)</sup>.

#### Trastorno Bipolar

##### Definición

El trastorno bipolar es una condición psiquiátrica crónica que muestra variaciones extremas del ánimo, alternando entre fases de manía o hipomanía y depresión profunda. Estas alteraciones superan las emociones normales e implican cambios disruptivos en sueño, energía, actividad, juicio y conducta<sup>(17)</sup>. En la manía, los pacientes pueden tener más energía, necesitar menos sueño, sentir euforia o irritabilidad, ser impulsivos y distraerse fácilmente. Durante la depresión, pueden presentar baja motivación y energía, alteraciones del sueño, tristeza persistente, inutilidad y, en casos graves, pensamientos suicidas<sup>(17,18)</sup>. Un diagnóstico y manejo tempranos son vitales para mejorar los resultados a largo plazo y minimizar el impacto en la funcionalidad y la calidad de vida del paciente. El tratamiento combina psicofármacos y terapias psicosociales para estabilizar el ánimo y prevenir recaídas<sup>(17,18)</sup>.

##### Tipos

- **Trastorno Bipolar I:** Caracterizado por episodios maníacos que duran al menos siete días o por síntomas maníacos tan severos que requieren atención hospitalaria inmediata. También pueden presentar episodios depresivos, que pueden durar por lo menos dos semanas.
- **Trastorno Bipolar II:** Definido por un patrón de

episodios depresivos e hipomaniacos, no los maníacos que son típicos del Trastorno Bipolar I.

- **Trastorno Ciclotímico:** Períodos de síntomas hipomaniacos y depresivos que duran al menos dos años (un año en niños y adolescentes), pero sin llenar plenamente los requisitos diagnósticos de un episodio hipomaniaco o depresivo<sup>(23,24,30,38-44)</sup>.

#### *Manifestaciones clínicas*<sup>(17,18)</sup>

- **Síntomas maníacos:** Estado de ánimo elevado, aumento de energía, reducción de la necesidad de dormir, grandiosidad y comportamiento impulsivo.
- **Síntomas depresivos:** Tristeza persistente, desesperanza, fatiga, cambios en el apetito y patrones de sueño, y pérdida de interés en actividades.
- **Síntomas mixtos:** Ocurrencia simultánea de síntomas depresivos y maníacos, particularmente en el trastorno bipolar.

#### *Factores de Riesgo*<sup>(17-19)</sup>

- **Predisposición genética:** El trastorno bipolar muestra una fuerte agregación familiar, sugiriendo una base genética significativa. Estudios indican que individuos con familiares de primer grado con trastorno bipolar tienen una mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad en comparación con la población general.
- **Factores biológicos:** Variaciones en la actividad de neurotransmisores, como la serotonina, la dopamina y el glutamato, influyen en la regulación del ánimo y están implicadas en el trastorno bipolar. Además, la desregulación del sistema endocrino, especialmente en el eje hipotálamo-pituitaria-adrenal (HPA), se asocia con ciclos anormales de ánimo.
- **Estresores ambientales:** Aunque los factores genéticos y biológicos son predominantes, eventos vitales estresantes también contribuyen al desarrollo y exacerbación del trastorno bipolar. Incidentes como la muerte de un ser querido, el estrés laboral o académico intenso y otras situaciones traumáticas pueden desencadenar episodios maníacos y/o depresivos en individuos susceptibles.
- **Factores psicosociales:** El apoyo social insuficiente, el estrés crónico y las dinámicas familiares complicadas pueden influir en la manifestación y el manejo del trastorno bipolar. Estudios indican que el estrés interpersonal y la falta de redes de apoyo pueden precipitar recaídas y afectar negativamente el pronóstico a largo plazo.

#### *Impacto psicológico en crisis*

Durante crisis como la pandemia COVID-19, la incidencia y severidad del trastorno bipolar pueden aumentar. Los eventos estresantes, el aislamiento social y la inestabilidad económica exacerbaban los síntomas, resultando en mayores tasas de hospitalización y peores resultados. Durante la pandemia, se ha observado un aumento de episodios psicóticos debido al estrés intensificado por el confinamiento y la interrupción de los servicios de salud mental<sup>(20-22)</sup>.

#### *Tratamiento y manejo*<sup>(17,18)</sup>

- **Tratamientos farmacológicos:** El manejo farmacológico del trastorno bipolar incluye el uso de estabilizadores del ánimo como el litio, agentes anticonvulsivos como valproato, lamotrigina y carbamazepina, y antipsicóticos como olanzapina, risperidona y quetiapina en casos de manía o manifestaciones psicóticas.
- **Psicoterapia:** Incluye terapia cognitivo-conductual (TCC) para modificar pensamientos y comportamientos destructivos, terapia interpersonal y de ritmo social para estabilizar rutinas diarias (TIP), y psicoeducación para informar al paciente y a su familia sobre el manejo y comprensión del trastorno.
- **Modificaciones del estilo de vida:** Establecer un horario regular, especialmente para el sueño, mantener una alimentación saludable y realizar ejercicios físicos regularmente resulta beneficioso para el estado de ánimo. Las técnicas de manejo de estrés, como yoga y meditación también han demostrado tener un efecto positivo.
- **Intervención en crisis:** Es importante fortalecer el soporte emocional mediante redes de apoyo familiares y comunitarias, principalmente durante los episodios agudos, para prevenir una exacerbación de los síntomas a futuro.

#### *Estudio de casos*

Un estudio que analizó una base de datos de historias clínicas electrónicas de más de 61 millones de pacientes encontró que aquellos diagnosticados recientemente con depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar y TDAH presentaban mayores probabilidades de infectarse con COVID-19 en comparación con pacientes sin trastornos mentales. Las razones de probabilidades ajustadas (ORaj) fueron depresión (ORaj=7.64, IC 95%: 7.45?7.83, p<0.001), esquizofrenia (ORaj=7.34, IC 95%: 6.65?8.10, p<0.001), TDAH (ORaj=5.82, IC 95%: 5.46?6.20, p<0.001) y trastorno bipolar (ORaj=5.72, IC 95%: 5.35?6.10, p<0.001). Además, estas personas enfrentaron tasas más altas de hospitalización y muerte debido a complicaciones por COVID-19<sup>(20)</sup>. Por otra parte, un informe de caso describió a un paciente sin historial psiquiátrico previo que experimentó un primer episodio de manía durante el tratamiento de COVID-19. El paciente mostró un estado de ánimo elevado, delusiones de grandeza e irritabilidad, síntomas que fueron manejados con olanzapina<sup>(21)</sup>.

#### **Trastornos de Ansiedad**

##### *Definición*

Los trastornos de ansiedad son condiciones psiquiátricas caracterizadas por miedo, preocupaciones excesivas y angustia concomitante manifestadas en diversas alteraciones conductuales y emocionales. Estos trastornos se definen por una respuesta de ansiedad persistente y desproporcionada ante situaciones percibidas como amenazantes o estresantes, incluso cuando son objetivamente benignas<sup>(23)</sup>. Los síntomas más comunes de los trastornos de ansiedad incluyen tensión muscular, problemas de

sueño, dificultad para concentrarse, irritabilidad y vigilancia e inquietud constantes. Estos trastornos pueden manifestarse como ansiedad generalizada, pánico, fobia social y ansiedad por separación, entre otros. Afectan negativamente la capacidad para funcionar en entornos laborales, académicos y sociales, deteriorando significativamente la calidad de vida<sup>(23)</sup>.

### Tipos

Los trastornos de ansiedad incluyen varios diagnósticos específicos, entre ellos:<sup>(23,24)</sup>

- **Trastorno de ansiedad generalizada (TAG):** Caracterizado por preocupación crónica y excesiva sobre diversos aspectos de la vida.
- **Trastorno de pánico:** Involucra ataques de pánico recurrentes e inesperados y preocupación persistente con la ocurrencia de más ataques.
- **Trastorno de ansiedad social (Fobia social):** Miedo intenso a situaciones sociales donde uno teme ser juzgado o criticado por otros.
- **Fobias específicas:** Miedo excesivo a objetos o situaciones específicas, como alturas o arañas.
- **Agorafobia:** Miedo y evitación de lugares o situaciones variadas de las que escapar sería muy difícil o no podría contarse con ayuda disponible durante, por ejemplo, un ataque de pánico.
- **Trastorno de ansiedad por separación:** Miedo excesivo o ansiedad ante iminentes (aún cuando breves) separaciones de figuras de apego.

### Manifestaciones Clínicas

Las manifestaciones clínicas de los trastornos de ansiedad pueden variar ampliamente, pero típicamente incluyen:<sup>(23)</sup>

- **Síntomas físicos:** Palpitaciones, sudoración, temblores, dificultad para respirar y molestias gastrointestinales.
- **Síntomas cognitivos:** Preocupación persistente, dificultad para concentrarse y miedo a perder el control.
- **Síntomas conductuales:** Evitación de situaciones que provocan ansiedad, inquietud e hipervigilancia.
- **Síntomas emocionales:** Sensaciones de pavor, irritabilidad y nerviosismo.

### Factores de Riesgo

Varios factores aumentan el riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad:<sup>(23)</sup>

- **Predisposición genética:** La historia familiar de trastornos de ansiedad aumenta significativamente el riesgo.
- **Estresores ambientales:** Eventos traumáticos, estrés crónico y cambios significativos en la vida.
- **Rasgos de personalidad:** Ciertos rasgos de personalidad, como la timidez o la inhibición del comportamiento, están asociados con un mayor riesgo.

- **Condiciones médicas:** Enfermedades crónicas, como el asma y la esclerosis múltiple, pueden estar asociadas con tasas más altas de trastornos de ansiedad.
- **Uso de sustancias:** El uso o la abstinencia de sustancias como cafeína, alcohol y drogas pueden desencadenar o empeorar síntomas de ansiedad.

### Impacto psicológico en períodos de crisis

Durante períodos de crisis, como la pandemia, la incidencia y severidad de los trastornos de ansiedad pueden aumentar. Factores como el aislamiento social, el miedo a la infección, la inestabilidad económica y la desinformación contribuyen a niveles elevados de ansiedad<sup>(22)</sup>. Un estudio conducido durante la pandemia encontró que el 42.2% de los enfermeros clínicos experimentaron síntomas de ansiedad, destacando el significativo impacto psicológico de la crisis dentro de los trabajadores de la salud<sup>(25)</sup>.

### Tratamiento y manejo

El manejo de los trastornos de ansiedad generalmente involucra una combinación de intervenciones farmacológicas y psicosociales:<sup>(23,24)</sup>

- **Farmacoterapia:** Medicamentos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), benzodiacepinas y beta-bloqueadores son comúnmente utilizados para manejar los síntomas de ansiedad.
- **Psicoterapia:** La terapia cognitivo-conductual (TCC) es altamente efectiva para tratar los trastornos de ansiedad al abordar patrones disfuncionales de pensamiento y comportamiento.
- **Modificaciones en el estilo de vida:** El ejercicio físico regular, las prácticas de atención plena y las técnicas de manejo del estrés pueden ayudar a reducir los síntomas de ansiedad.
- **Sistemas de apoyo:** La presencia de familiares, amigos y grupos de apoyo social son cruciales para el manejo de estos trastornos.
- **Intervención en crisis:** El apoyo inmediato e intensivo durante los episodios agudos puede prevenir el deterioro y mejorar los resultados a largo plazo.

### Estudio de casos

Los estudios de casos ofrecen perspectivas valiosas sobre la aplicación de tratamientos y la variabilidad en las respuestas de los pacientes. Un estudio longitudinal en Países Bajos examinó el impacto ansiogénico del primer año de la pandemia<sup>(26)</sup>. Una revisión sistemática determinó la prevalencia de ansiedad, depresión y trastorno por estrés posttraumático en individuos expuestos a desastres naturales, incluyendo 22 estudios con 8,357 participantes. Se centró en los períodos preparto y posparto, encontrando tasas significativas de las condiciones de salud mental y, en particular, una alta prevalencia de ansiedad y trastornos relacionados en las poblaciones afectadas<sup>(27)</sup>. Un estudio de caso se centró en un adolescente de 14 años con trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y

trastorno depresivo persistente (TDP), desarrollado previamente y tratado mediante telemedicina durante la pandemia. El tratamiento incluyó 29 sesiones de terapia cognitivo-conductual (TCC) con el Protocolo Unificado para Adolescentes (UP-A). El estudio reportó reducciones significativas en los síntomas de ansiedad y mejoras moderadas en las relaciones con pares, demostrando la efectividad de las intervenciones de telemedicina para adolescentes durante la pandemia<sup>(28)</sup>.

## Trastornos del sueño

### Definición

Los trastornos del sueño son condiciones heterogéneas que afectan el sueño reparador nocturno, con causas que pueden ser médicas, psicológicas, ambientales o conductuales. Los más comunes incluyen insomnio, dificultades para dormir; apnea del sueño, interrupciones respiratorias; síndrome de “piernas inquietas” y narcolepsia, somnolencia diurna y ataques repentinos de sueño<sup>(29)</sup>. Estos trastornos afectan seriamente la calidad de vida y pueden tener consecuencias físicas y mentales. El insomnio se relaciona a menudo con trastornos psiquiátricos como depresión y ansiedad, mientras que el apnea aumenta el riesgo de problemas cardiovasculares y metabólicos. Su manejo efectivo requiere un enfoque diagnóstico y terapéutico integrado, con tratamientos que pueden incluir farmacoterapia, psicoterapia y cambios de estilo de vida para mejorar los patrones de sueño y la calidad de vida del paciente<sup>(29,30)</sup>.

### Tipos<sup>(29,30)</sup>

1. **Insomnio:** Dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido.
2. **Apnea del sueño:** Interrupciones (que pueden ser obstructivas o centrales) de la respiración durante el sueño.
3. **Síndrome de piernas inquietas (RLS):** Sensación incómoda en las piernas y un impulso incontrolable de moverlas.
4. **Narcolepsia:** Trastorno que afecta el control del sueño y la vigilia.

### Manifestaciones clínicas<sup>(29,30)</sup>

- **Insomnio:** Dificultad para conciliar el sueño, despertares frecuentes durante la noche y, al despertar, sensación de no haber descansado.
- **Apnea del sueño:** Ronquidos fuertes, pausas en la respiración, somnolencia diurna excesiva y fatiga.
- **RLS:** Sensaciones incómodas en las piernas, especialmente en la noche, que se alivian con el movimiento.
- **Narcolepsia:** Somnolencia diurna excesiva, ataques de sueño repentinos, cataplejía (pérdida repentina del tono muscular) y alucinaciones hipnagógicas.

### Factores de Riesgo<sup>(29,30)</sup>

- **Genéticos:** Historia familiar de trastornos del sueño.
- **Ambientales:** Exposición a ruidos, luz y temperaturas extremas.

- **Estilo de vida:** Consumo de cafeína, alcohol y tabaco.
- **Condiciones médicas:** Obesidad, hipertensión, enfermedades cardíacas y trastornos neurológicos.

## Impacto psicológico en crisis

La polifacética crisis global desencadenada por la pandemia por COVID-19 ha tenido un profundo impacto en los patrones de sueño de muchas personas. Las medidas de cuarentena y confinamiento implementadas para mitigar la propagación del virus han provocado un aumento significativo de trastornos del sueño, especialmente el insomnio. En cuanto a la población general, factores como el cambio en el estilo de vida y los antecedentes de enfermedades mentales han contribuido también al aumento del insomnio. Esta situación resalta la importancia de implementar estrategias de higiene del sueño como parte integral de la respuesta ante tiempos de crisis<sup>(31)</sup>.

### Tratamiento y manejo<sup>(29,30)</sup>

- **Terapias psicológicas:** Terapia cognitivo-conductual para el insomnio (CBT-I), terapia de relajación y técnicas de manejo del estrés.
- **Intervenciones farmacológicas:** Hipnóticos, anti-depresivos y medicamentos específicos para RLS y narcolepsia.
- **Cambios en el estilo de vida:** Mejora de la higiene del sueño, reducción del consumo de cafeína y alcohol y establecimiento de rutinas regulares de sueño.
- **Dispositivos médicos:** CPAP (presión positiva continua en las vías respiratorias) para el apnea del sueño.

### Estudios de casos

Un estudio en China a inicios de la pandemia reportó un aumento en la prevalencia del insomnio del 26.2% al 33.7% tras la confirmación de la transmisión persona-a-persona del virus. Un estudio similar en Grecia encontró que el 37.6% de los participantes experimentaban insomnio, más prevalente en mujeres y residentes urbanos. Ambos estudios destacaron cómo el confinamiento y el estrés asociado a la pandemia afectaron globalmente los patrones de sueño<sup>(31)</sup>. Un estudio sobre el impacto del Gran Terremoto del Este de Japón y el tsunami de 2011 evaluó mediante encuestas transversales la prevalencia del insomnio y la salud mental en tres momentos: antes del terremoto en 2009, cuatro meses después en 2011 y 18 meses después en 2012; los hallazgos fueron reveladores, 11.7%, 21.2% y 10.6%, respectivamente<sup>(32)</sup>.

## Trastornos de la conducta alimentaria

### Definición

Los trastornos de la conducta alimentaria son afecciones persistentes y graves que afectan negativamente la salud, las emociones y la capacidad de funcionar en áreas importantes de la vida. Los principales tipos de estos trastornos son anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y el trastorno “por atracón”<sup>(33,34)</sup>.

### *Tipos* <sup>(33,34)</sup>

1. **Anorexia nerviosa:** Caracterizada por una restricción extrema de la ingesta de alimentos, un miedo intenso a ganar peso y una imagen corporal distorsionada.

2. **Bulimia nerviosa:** Implica episodios recurrentes de atracones seguidos de comportamientos compensatorios inapropiados, como vómito autoinducido, uso excesivo de laxantes o ejercicio excesivo.

3. **Trastorno “por atracón”:** Caracterizado por episodios recurrentes de ingesta alimenticia excesiva, impulsada por una sensación de pérdida de control sin comportamientos compensatorios regulares.

### *Manifestaciones clínicas* <sup>(33,34)</sup>

- **Anorexia nerviosa:** Pérdida significativa de peso, desnutrición, amenorrea, bradicardia, hipotensión, osteoporosis y problemas gastrointestinales.
- **Bulimia nerviosa:** Inflamación de la garganta, hipertrofia de glándulas salivales, erosión del esmalte dental, problemas gastrointestinales y desequilibrio electrolítico.
- **Trastorno “por atracón”:** Aumento de peso, obesidad, hipertensión, diabetes tipo 2 y problemas cardiovasculares.

### *Factores de riesgo* <sup>(33,34)</sup>

- **Genéticos:** Historia familiar de trastornos alimentarios o de problemas de salud mental.
- **Psicológicos:** Perfeccionismo, baja autoestima, trastornos de ansiedad y depresión.
- **Socioculturales:** Presión social hacia la delgadez, idealización de la misma en medios de comunicación y redes sociales y experiencias de acoso o bullying.
- **Eventos negativos de vida:** Traumas, abuso y eventos estresantes significativos.

### **Impacto psicológico en crisis**

Durante crisis como la pandemia COVID-19, los pacientes con trastornos alimentarios experimentaron un empeoramiento significativo, presentando durante el confinamiento niveles significativamente más altos de estrés, ansiedad y depresión, en comparación con los no afectados. Además, se observó un aumento en la demanda de tratamientos especializados debido al empeoramiento de la psicopatología <sup>(33,35)</sup>.

### *Tratamiento y manejo* <sup>(33,34)</sup>

- **Terapias psicológicas:** Terapia cognitivo-conductual (TCC), terapia basada en la mentalización (MBT), terapia dialéctica conductual (DBT) y terapia interpersonal (IPT).
- **Intervenciones farmacológicas:** Antidepresivos, antipsicóticos y estabilizadores del ánimo, dependiendo de síntomas comórbidos.
- **Enfoques integrados:** Combinación de yoga y

enfoques psicológicos, y técnicas experienciales como la terapia centrada en las emociones han demostrado ser beneficiosas.

- **Manejo nutricional:** Planes de alimentación supervisados por dietistas especializados.

### *Estudios de Casos*

Un estudio multicéntrico internacional encontró que los pacientes con trastorno por atracón experimentaron el mayor impacto en peso y síntomas del cuadro, debido al confinamiento. Los pacientes con bulimia nerviosa y anorexia nerviosa mostraron menos impacto sintomático, y los individuos asiáticos y más jóvenes parecieron ser más resilientes <sup>(35)</sup>. En un estudio longitudinal en Italia, se observó que durante el confinamiento, los pacientes con trastornos alimentarios experimentaron niveles significativamente más altos de estrés, ansiedad y depresión en comparación con los controles sanos <sup>(33)</sup>.

### **Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)**

#### *Definición*

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es un trastorno caracterizado por la presencia de pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes e intrusivas (obsesiones) que causan ansiedad o malestar significativo y comportamientos repetitivos o actos mentales (compulsiones) que la persona se siente impulsada a realizar para conseguir alivio <sup>(36)</sup>.

#### *Tipos*

Aunque el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5-TR) no especifica subtipos de TOC, los síntomas pueden clasificarse en diferentes categorías según el contenido de las obsesiones y compulsiones: <sup>(36)</sup>

1. **TOC de contaminación:** Obsesiones relacionadas con gérmenes, suciedad, enfermedades y compulsiones de limpieza excesiva.
2. **TOC de simetría/orden:** Obsesiones por el orden, la simetría y la necesidad de que las cosas estén “perfectas”, con compulsiones de ordenar y alinear.
3. **TOC de duda/verificación:** Obsesiones sobre si se ha hecho algo mal o peligroso, con compulsiones de verificación repetitiva.
4. **TOC de acumulación:** Dificultad para deshacerse de objetos inútiles en la creencia de que podrían ser necesarios en el futuro.

#### *Manifestaciones clínicas* <sup>(36)</sup>

- **Obsesiones comunes:** Miedo a la contaminación, dudas persistentes, necesidad de simetría, pensamientos violentos o sexuales no deseados.
- **Compulsiones comunes:** Lavado excesivo de manos, verificación repetitiva, ordenar y contar, acumular objetos.
- **Ansiedad y angustia significativas:** Causadas por las obsesiones y compulsiones.

• **Deterioro en el funcionamiento:** Social, ocupacional o en otras áreas importantes de la vida diaria.

#### *Factores de Riesgo*<sup>(36)</sup>

- **Genéticos:** El TOC tiene una fuerte base genética, con un riesgo más alto en familiares de primer grado.
- **Neurobiológicos:** Disfunción en los circuitos cerebrales que involucran la corteza orbitofrontal, el núcleo caudado y el tálamo.
- **Ambientales:** Infecciones por estreptococo en la infancia (PANDAS), eventos estresantes, experiencias traumáticas.
- **Psicológicos:** Perfeccionismo, intolerancia a la incertidumbre, déficits en la regulación emocional.

#### **Impacto psicológico en crisis**

En situaciones de crisis, los síntomas pueden agravarse, especialmente los relacionados con la contaminación y el lavado de manos, como se observó durante la pandemia de COVID-19. Eventos como éste son factores altamente estresantes para las personas con TOC, lo que puede no solo acentuar sus síntomas, sino también desencadenar nuevas obsesiones y compulsiones.<sup>(37,38)</sup>

#### *Tratamiento y manejo*<sup>(36)</sup>

- **Terapia cognitivo-conductual (TCC):** Especialmente la exposición con prevención de respuesta (ERP), que implica exponer al paciente a sus obsesiones mientras se abstiene de realizar compulsiones.
- **Farmacoterapia:** Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como fluoxetina, sertralina y paroxetina son medicamentos de primera línea.
- **Terapias combinadas:** El uso de TCC junto con farmacoterapia ha demostrado ser más efectivo que cada tratamiento por separado.

#### *Estudios de casos*

Un estudio longitudinal en una población de niños y adolescentes de Canadá durante la pandemia, encontró que entre el 19.7% y el 22.6% de los jóvenes con TOC experimentaron agravamiento de sus obsesiones y compulsiones<sup>(38)</sup>. Por otra parte, un estudio en Australia destacó que la exposición a desastres naturales aumenta el riesgo de desarrollar múltiples trastornos psiquiátricos, incluido el TOC. La exposición a desastres provocados por el hombre, como incendios, explosiones y otros, se asoció con un mayor riesgo de TOC<sup>(39)</sup>.

#### **Trastornos relacionados con el estrés**

##### *Definición*

Estos trastornos son condiciones de salud mental que se desarrollan en respuesta a eventos estresantes o traumáticos. Incluyen el trastorno por estrés postraumático (TEPT), el trastorno de estrés agudo y el trastorno de adaptación<sup>(40)</sup>.

#### *Tipos*<sup>(40)</sup>

1. **Trastorno por estrés postraumático (TEPT):** Se desarrolla después de la exposición a un evento traumático real o amenazante que puede involucrar muerte, lesiones graves o violencia sexual. Los síntomas incluyen reviviscencias, evitamientos, hiperactivación, problemas cognitivos y alteraciones negativas del estado de ánimo.
2. **Trastorno de estrés agudo:** Respuesta transitoria a un evento traumático, con síntomas similares al TEPT, pero con duración de entre 3 días y 1 mes después del evento.
3. **Trastorno de adaptación:** Respuesta emocional o conductual desproporcionada a un evento estresante identificable, con deterioro significativo en el funcionamiento social, ocupacional o en otras áreas importantes.

#### *Manifestaciones Clínicas*<sup>(40)</sup>

- **TEPT:** Reviviscencias (pesadillas, flashbacks), evitamiento de estímulos relacionados con el trauma, alteraciones negativas en estado de ánimo y cognición (culpa, vergüenza, dificultad para recordar), síntomas de hiperactivación (hipervigilancia, problemas de sueño, irritabilidad).
- **Trastorno de estrés agudo:** Síntomas similares al TEPT, pero de duración más corta (3 días a 1 mes).
- **Trastorno de adaptación:** Ansiedad, depresión, comportamientos disruptivos, problemas de sueño, síntomas somáticos.

#### *Factores de Riesgo*<sup>(41,42)</sup>

- **Genéticos:** Historia familiar de trastornos de ansiedad o depresión.
- **Neurobiológicos:** Alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HPA), disfunción en el circuito del miedo.
- **Ambientales:** Exposición a traumas, falta de apoyo social, eventos estresantes de la vida.
- **Psicológicos:** Trastornos mentales comórbidos, estrategias inadecuadas de afrontamiento.

#### **Impacto psicológico en crisis**

La pandemia de COVID-19 y otros eventos traumáticos han exacerbado los síntomas de trastornos relacionados con estrés. Durante estas crisis, los individuos con TEPT han presentado empeoramiento de sus síntomas, primordialmente con aumento de reviviscencias e hipervigilancia<sup>(41)</sup>.

#### *Tratamiento y manejo*<sup>(41,42)</sup>

- **Terapia cognitivo conductual (TCC):** Especialmente terapia de exposición prolongada y terapia cognitiva en el manejo de TEPT.
- **Terapia EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares):** Efectiva para el tratamiento de TEPT.

- **Farmacoterapia:** Antidepresivos (ISRS, ISRN), ansiolíticos, estabilizadores del ánimo según los síntomas comórbidos.
- **Intervenciones psicosociales:** Terapia de pareja y familiar, grupos de apoyo.

### Estudios de casos

Una investigación en España durante la pandemia de COVID-19 analizó los síntomas de TEPT, ansiedad, depresión, agotamiento y resiliencia entre trabajadores sanitarios, encontrando una prevalencia significativa de TEPT en el 56.6% de los participantes<sup>(41)</sup>. Otro estudio sobre el TEPT después del terremoto de Nepal en 2015 mostró que el 18.9% de los supervivientes sufría de TEPT tres años después, con factores como el género, la educación y el apoyo social influyendo significativamente en su presencia<sup>(42)</sup>.

### Otros trastornos frecuentes en tiempos de crisis

#### Trastornos por uso de sustancias

Una revisión sistemática encontró variaciones mixtas en el consumo de alcohol durante la pandemia, con rangos del 21.7% al 72.9% en la población general; algunos estudios reportaron aumento, otros disminución, en tanto que algunos no mostraron cambios significativos. En contraste, el consumo de otras sustancias mostró una tendencia clara al aumento, variando del 3.6% al 17.5% en la población general<sup>(43)</sup>. Otro estudio resaltó la relación significativa entre la exposición temprana a desastres naturales y el desarrollo de trastornos mentales en la adultez y por uso de sustancias<sup>(44)</sup>. Asimismo, el conflicto en Ucrania y la pandemia de COVID-19 han incrementado el consumo de sustancias y alcohol entre veteranos, desplazados internos y sobrevivientes civiles, subrayando la necesidad de más investigación y financiación en estas áreas<sup>(45)</sup>.

#### Trastornos disruptivos y de comportamiento

Los desastres naturales pueden inducir traumas psicológicos con comportamientos agresivos que pueden escalar a conductas ilegales o disturbios grupales, afectando la estabilidad y la seguridad social. Además, estos desastres pueden agravar los síntomas del TDAH en niños, aumentando la ansiedad, hiperactividad y falta de atención. Un estudio con pares sin TDAH reveló que estos niños tenían períodos de atención más cortos, menor compromiso en el aprendizaje a distancia y menor autonomía, presentando también cambios conductuales como inquietud, agresividad y ansiedad al lado de dificultades académicas más marcadas<sup>(46)</sup>.

#### Trastornos de personalidad

Durante la pandemia de COVID-19, los pacientes con trastornos de personalidad, especialmente trastorno límite (TLP) o borderline, enfrentaron desafíos debidos a las restricciones y al distanciamiento social, lo que exacerbó sentimientos de soledad y temor al abandono. Un estudio nórdico mostró un aumento en síntomas de ansiedad, depresión y agresión en estos pacientes. La telepsiquiatría, aunque

complicada, resultó eficaz para mantener la continuidad del tratamiento. En el Hospital Eginition de Atenas, las sesiones online de terapia grupal para pacientes con TLP se mantuvieron sin incidentes graves, destacando la importancia de adaptar certeramente los servicios de salud mental en épocas de crisis<sup>(47)</sup>.

### Perspectivas clínicas en tiempos de crisis

#### Adaptación de estrategias

Durante períodos de crisis, las estrategias de intervención deben adaptarse a las necesidades específicas de la población afectada, incluyendo programas de salud mental de emergencia, telemedicina y formación en primeros auxilios psicológicos<sup>(48,49)</sup>. Durante la pandemia de COVID-19, se implementaron programas específicos de apoyo a los trabajadores de salud con altos niveles de estrés, ansiedad y depresión<sup>(48)</sup>. La telemedicina se convirtió en una herramienta esencial para proporcionar atención continua a pacientes con trastornos mentales mediante consultas remotas y seguimiento terapéutico sistemático<sup>(49)</sup>.

#### Importancia del apoyo social

El apoyo social es crucial para mitigar los efectos de situaciones de crisis en la salud mental. Las redes de apoyo comunitario y servicios accesibles de salud mental son esenciales para ofrecer un sentido de pertenencia y recursos necesarios en el afronte de adversidades. Numerosos estudios han demostrado que el apoyo social reduce significativamente los síntomas de ansiedad y depresión en poblaciones afectadas<sup>(48)</sup>.

#### Integración de tecnologías

El uso de tecnologías, como aplicaciones móviles y plataformas de telemedicina, ha sido eficaz para proporcionar apoyo y tratamiento psicológico en períodos de crisis. Durante la pandemia por COVID-19, el uso incrementado de servicios de telemedicina para atención psiquiátrica, demostró una eficacia comparable a la atención presencial<sup>(28,49)</sup>. Además, las tecnologías de la información y comunicación (TIC) han mejorado la enseñanza y el aprendizaje en la educación superior, facilitando la continuidad educativa y el apoyo emocional a los estudiantes<sup>(50)</sup>.

### Conclusiones

Crisis como la pandemia COVID-19 han tenido un impacto significativo en la salud mental, aumentando la prevalencia y severidad de una variedad de trastornos. Estos efectos varían según la edad y condición, afectando especialmente a niños, adolescentes y adultos mayores. Las estrategias terapéuticas deben adaptarse a las necesidades específicas de la población durante las crisis, i.e., telemedicina y programas de emergencia en salud mental.

El apoyo social es crucial para mitigar los efectos negativos, y tecnologías como las aplicaciones móviles y plataformas de telemedicina, han demostrado ser eficaces en



medidas de tratamiento y apoyo psicológico. Los estudios de casos durante la pandemia revelaron la efectividad de combinar terapias psicológicas y farmacológicas en un escenario con definido apoyo comunitario.

En resumen, es esencial fortalecer los sistemas de salud mental e integrar tecnologías y apoyo social para mejorar la atención y el bienestar en tiempos de crisis, promoviendo una respuesta más efectiva y resiliente del sistema de salud mental.

### Referencias bibliográficas

1. PubMed [Internet]. National Library of Medicine. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
2. Leung CMC, Ho MK, Bharwani AA, Cogo-Moreira H, Wang Y, Chow MSC, et al. Mental disorders following COVID-19 and other epidemics: a systematic review and meta-analysis. *Transl Psychiatry* [Internet]. 2022;12(1):205. doi:10.1038/s41398-022-01946-6
3. Fountoulakis KN, Karakatsoulis G, Abraham S, Adorjan K, Ahmed HU, Alarcón RD, et al. Results of the COVID-19 mental health international for the general population (COMET-G) study. *Eur Neuropsychopharmacol* [Internet]. 2022;54:21-40. doi:10.1016/j.euroneuro.2021.10.004
4. Fountoulakis KN, Vrublevska J, Abraham S, Adorjan K, Ahmed HU, Alarcón RD, et al. Non-binary gender, vulnerable populations and mental health during the COVID-19 pandemic: Data from the COVID-19 Mental health international for the general population (COMET-G) study. *J Affect Disord* [Internet]. 2024; doi:10.1016/j.jad.2024.02.050
5. Fountoulakis KN, Karakatsoulis GN, Abraham S, Adorjan K, Ahmed HU, Alarcón RD, et al. The effect of different degrees of lockdown and self-identified gender on anxiety, depression and suicidality during the COVID-19 pandemic: Data from the international COMET-G study. *Psychiatry Res* [Internet]. 2022;315:114702. doi:10.1016/j.psychres.2022.114702
6. Fountoulakis KN, Karakatsoulis GN, Abraham S, Adorjan K, Ahmed HU, Alarcón RD, et al. Somatic multimorbidity and disability in patients with psychiatric disorders in comparison to the general population: a quasi-epidemiological investigation in 54,826 subjects from 40 countries (COMET-G study). *CNS Spectr* [Internet]. 2024;29(2):126-49. doi:10.1017/S1092852924000026
7. N Fountoulakis K, N Karakatsoulis G, Abraham S, Adorjan K, Ahmed HU, Alarcón RD, et al. Results of the COVID-19 mental health international for the health professionals (COMET-HP) study: depression, suicidal tendencies and conspiracism. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2023;58(9):1387-410. doi:10.1007/s00127-023-02438-8
8. Lee BEC, Ling M, Boyd L, Olsson C, Sheen J. The prevalence of probable mental health disorders among hospital healthcare workers during COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* [Internet]. 2023;330:329-45. doi:10.1016/j.jad.2023.03.012
9. Lin Y-K, Saraghi ID, Lin C-J, Liu H-L, Chen C-W, Yeh Y-S. Global prevalence of anxiety and depression among medical students during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychol* [Internet]. 2024;12(1):338. doi:10.1186/s40359-024-01838-y
10. Zhang SX, Batra K, Xu W, Liu T, Dong RK, Yin A, et al. Mental disorder symptoms during the COVID-19 pandemic in Latin America - a systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci* [Internet]. 2022;31:e23. doi:10.1017/S2045796021000767
11. Saavedra JE, Aliaga Giraldo K, Castillo Martell WH, Huamán Pineda J, Luna Solís Y, Nicolás Hoyos Y, et al. Estudio epidemiológico sobre el impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental de la población de Lima Metropolitana. *Diagnóstico* [Internet]. 2022 [citado el 3 de septiembre de 2022];61(3):e374-e374. doi:10.33734/diagnostico.v61i3.374
12. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012. Informe General. *Anales de Salud Mental*. 2013;29(Supl 1):1-392.
13. Alvarez M, Arias J-P, Morón G, Ramírez R, Cayo J, Pomalima R. Impacto en la salud mental de los niños y adolescentes de Lima Metropolitana en el contexto de la COVID-19. *Rev Psicol Hered* [Internet]. 2022 [citado el 25 de junio de 2024];15(1):21-34. doi:10.20453/rph.v15i1.4301
14. Cutipé Y, Caballero J, Ugaz ME, Cortez C, Rojas C, Vargas-Machuca R, et al. La salud mental de niñas, niños y adolescentes en el contexto de la COVID-19: Estudio en línea, Perú 2020. Perú: UNICEF; 2021.
15. Caballero-Peralta J, Antiporta DA, Cutipé Y, Vargas-Machuca R, Rojas C, Cortez-Vergara C, et al. Caregiver and Youth Mental Health during COVID-19: Risk and Resilience Factors in a Large National Sample in Peru. *COVID* [Internet]. 2022 [citado el 12 de noviembre de 2022];2(11):1594-608. doi:10.3390/covid2110115
16. Rusca-Jordán F, Cortez-Vergara C, Tirado-Hurtado BC, Strobbe-Barbat M. Una aproximación a la salud mental de los niños, adolescentes y cuidadores en el contexto de la COVID-19 en el Perú. *Acta Médica Peruana* [Internet]. 2020;37(4). doi:10.35663/amp.2020.374.1851
17. Fernández-Arana A, Olórtegui-Yzú A, Vega-Dienstmaier JM, Cuesta MJ. Depression and anxiety symptoms and perceived stress in health professionals in the context of COVID-19: Do adverse childhood experiences have a modulating effect? *Brain Behav* [Internet]. 2021;e2452. doi:10.1002/brb3.2452
18. Pedraz-Petrozzi B, Krüger-Malpartida H, Arevalo-Flores M, Salmavides-Cuba F, Anculle-Arauco V, Dancuart-Mendoza M. Emotional Impact on Health Personnel, Medical Students, and General Population Samples During the COVID-19 Pandemic in Lima, Peru. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2021;50(3):189-98. doi:10.1016/j.rcpeng.2021.04.002
19. Huarcaya-Victoria J, Barreto J, Aire L, Podestá A, Caqui M, Guija-Igreda R, et al. Mental Health in COVID-2019 Survivors from a General Hospital in Peru: Sociodemographic, Clinical, and Inflammatory Variable Associations. *Int J Ment Health Addict* [Internet]. 2023;21(2):1264-85. doi:10.1007/s11469-021-00659-z
20. Sun Y, Wu Y, Fan S, Dal Santo T, Li L, Jiang X, et al. Comparison of mental health symptoms before and during the covid-19 pandemic: evidence from a systematic review and meta-analysis of 134 cohorts. *BMJ* [Internet]. 2023;380:e074224. doi:10.1136/bmj-2022-074224
21. Vega-Dienstmaier JM. Teorías de conspiración y desinformación entorno a la epidemia de la COVID-19. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2020 [citado el 30 de octubre de 2020];83(3):135-7. doi:10.20453/rnp.v83i3.3792

**Contribución de autoría:** HVM y KVS han participado en la concepción del artículo, redacción, revisión y aprobación de la versión final.

**Conflicto de interés:** Los autores no tienen conflicto de interés con la publicación de este trabajo.

**Financiamiento:** Autofinanciado.

**Citar como:** Vargas-Murga H, Vargas-Suárez K. Entidades psiquiátricas frecuentes y perspectivas clínicas en tiempos de crisis. Diagnóstico (Lima). 2024;63(3)162-173.

**DOI:** <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v63i3.542>

**Autor Corresponsal:** Horacio Vargas Murga.

**Correo electrónico:** [horacio.vargas@upch.pe](mailto:horacio.vargas@upch.pe)



# FUNDACIÓN INSTITUTO HIPÓLITO UNANUE

CORREO ELECTRÓNICO:

[fihu-diagnostico@alafarpe.org.pe](mailto:fihu-diagnostico@alafarpe.org.pe)

WEB:

[www.fihu.org.pe](http://www.fihu.org.pe)



Revista  
DIAGNÓSTICO



Revista  
DIAGNÓSTICO



Revista  
DIAGNÓSTICO

<https://revistadiagnostico.fihu.>



# Atención en Salud Mental por médicos no psiquiatras

*Mental Health care by non-psychiatry physicians*

*José Luis Calderón-Viacava<sup>1</sup>, María Edith Baca-Cabrejos*

## Resumen

El presente artículo está orientado a fundamentar la importancia del rol de los médicos no psiquiatras en la integración de la atención de la salud física con la salud mental, como una unidad en la que ambas muestran un impacto recíproco. A partir de la comprensión de la salud en un contexto globalizado, se examinan las bases conceptuales de la atención en salud desde un enfoque multidimensional que incorpora los desafíos del bienestar identificando los nudos críticos vigentes cuya superación facilitaría una ruta hacia el cuidado integral postulado por la medicina centrada en la persona. Este paradigma renovado necesita iniciarse con la detección y el diagnóstico, asociando la salud física y mental como una unidad dinámica. Para lograrlo, se presenta información sobre la situación de salud mental y su manejo en los servicios de salud y se propone, finalmente, un marco de atención adecuada a postulados de la medicina centrada en la persona.

*Palabras clave:* Salud mental, salud integral, bienestar, medicina centrada en la persona.

## Abstract

The main objective of this article is to substantiate the importance of the non-psychiatrist physicians' role in the integrating process of physical and mental health care as a unit in which both exhibit a reciprocal impact. On the basis of a globalized context in the understanding of health, conceptual bases of health care are examined from a multidimensional perspective that incorporates the challenges of wellbeing, identifying the current critical knots whose improvement would facilitate a route to the integral care postulated by the person-centered medicine. This renewed paradigm requires to start with detection and diagnosis linking both physical and mental health as a dynamic unit. To reach such purpose, information about mental health and its management within the health services is presented to, finally, suggest a care frame adequate to postulates of the person-centered medicine.

*Key words:* Mental health, integral health, wellbeing, person-centered medicine.

## Introducción

El objetivo fundamental del presente artículo se orienta a sensibilizar a los médicos no psiquiatras en torno a la importancia de la salud mental en la salud general y en la vida de las personas. Se trata de proponer conceptos y estrategias colaborativas en el diagnóstico y tratamiento de la salud mental y comprometerlos al desarrollo de habilidades clínicas esenciales para detectar la disfunción mental. Las razones en favor de estos propósitos tienen que ver con las características distintivas de los problemas de salud mental: prevalencia alta,

compromiso sistémico, curso crónico y progresivo, generalmente manejables; grados o niveles clínicos (leve, moderado y severo), alto grado de afeción, dolencia y padecimiento, frecuente discapacidad (moderada a severa), diagnósticos difíciles, tratamientos complejos y gran impacto social y económico.

### La salud en un contexto globalizado

Desde su constitución fundacional en 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como

<sup>1</sup>Especialista en Medicina Interna. Maestría y Doctorado en Medicina. Miembro Titular de la Sociedad Peruana de Medicina Interna. Miembro Fundador de la Asociación Peruana de Medicina Centrada en la Persona. Profesor Emérito de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). Académico de Número de la Academia Nacional de Medicina. ID ORCID: 0009 0006 9943 9671.  
<sup>2</sup>Psicóloga licenciada en la Universidad Ricardo Palma (URP). Lima. Postgrado en Psicología Clínica en la Humboldt Universität zu Berlin, Alemania. Maestría de Salud Pública en la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima. Integrante de la Plataforma de Derechos y Salud. ID ORCID: 0009 0006 9943 9671.

“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. El concepto de bienestar se refiere a las áreas física, mental, psicológica, emocional, social y espiritual que funcionan como una unidad indisoluble y que debe estar basada en “los principios de derechos humanos, justicia social y ambiental, solidaridad, equidad de género e intergeneracional y paz”<sup>(1)</sup>.

Las evidencias científicas, a su turno, señalan que el bienestar está impactado por determinantes sociales, poblacionales, culturales, económicos, políticos, ambientales y comerciales. Esta influencia determinante convierte al bienestar en el mayor desafío de la medicina y la salud pública en un momento en que la carga de enfermedad mundial y la precariedad de los sistemas de salud son realmente dramáticas.

### Bases conceptuales de la atención de la salud

La salud es un proceso continuo que se grafica como “salud-enfermedad-atención-salud” y que es resultado de la relación que la persona establece con su medio (naturaleza, sociedad y cultura) y de cómo el medio impacta a la persona<sup>(2)</sup>.

El mapa conceptual de este proceso fundamentado en el bienestar se presenta en la matriz siguiente (Tabla 1):

**Tabla 1**  
**Dimensiones de la salud integral desde el bienestar**

SALUD FÍSICA Bien estar	SALUD EMOCIONAL Bien sentir	SALUD MENTAL Bien pensar	SALUD ESPIRITUAL Bien ser	SALUD SOCIAL Bien actuar
<b>Bienestar</b>	Estabilidad Fortaleza Disfrute	Reflexión Racionalidad Razonabilidad Flexibilidad	Vitalidad Realización Trascendencia	Relaciones y vínculos saludables.
<b>Estructura y función</b>	Emociones Sentimientos Pasiones	Pensamiento Lenguaje Atención Concentración Memoria	Principios Valores Virtudes	Comportamiento Conducta Saludables

Según estudios de la OPS (2018), los trastornos mentales, en la mayoría de los países de la Región de las Américas, representan la mayor carga de enfermedad, afectando la calidad de vida de las personas. Desde principios del siglo XVIII, Arthur Schopenhauer puntualizó que la “salud no lo es todo, pero cuando falta, todo lo demás es nada”. Esta afirmación prospectiva de la salud, basada en el transcurrir de los milenios, lleva a que la OMS valore la salud mental como una dimensión esencial e indivisible de la salud, definiéndola entonces como “un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar

de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad”<sup>(3)</sup>.

Desde esta comprensión holística y multidimensional de la salud mental, la OMS reconoce que ésta se haya impactada por los determinantes sociales señalados arriba. La comprensión de esta naturaleza multidimensional plantea el desafío médico de buscar el equilibrio (homeostasis) en el proceso de salud-enfermedad-atención-salud y exige una atención holística, integrada, integral, temprana y oportuna de la salud; es decir la plasmación de un mandamiento: “No hay salud sin salud mental”<sup>(4)</sup>.

### Nudos críticos para abordar la salud desde un enfoque integral

Estudiantes de pregrado en cualquier disciplina de ciencias de la salud, debido a la importancia de profundizar cuanto antes en la llamada “especialización” se ven instados a abordar a la persona humana de manera fragmentada y tubular. Este sesgo aprendido en la formación universitaria se convierte en una barrera omnipresente cuando se trata de atender, cuidar, curar y mejorar la salud de una persona en forma integrada e integral y no como un conjunto de órganos despersonalizados.

El no tratar de manera integrada e integral la salud-enfermedad-salud se expresa en los sesgos siguientes:

1. La diferencia entre “curar” y “cuidar” la salud.
2. La separación de la medicina clínica con respecto a la salud pública.
3. La separación de la medicina clínica y salud mental.
4. El debilitamiento conceptual de la medicina.

### Salud y medicina centrada en las personas

La salud centrada en las necesidades, problemas, perspectivas y expectativas de las personas-pacientes trasciende el significado de la atención basada en un concepto administrativo de salud. Así, son más relevantes los procedimientos administrativos tales como completar formatos y gestionar citas y tiempos de atención que un abordaje centrado en la persona, esto es, empezar el proceso a través de la acogida con contacto visual y escucha activa y empática, libre de sanción, estigma y/o discriminación. El dar un paso adelante significa superar la “unidad de admisión” por una “unidad de acogida”.

Por esta razón, “la medicina centrada en la persona es un principio y una estrategia clínica fundamental”<sup>(6)</sup> y la OMS ha convertido a la “atención centrada en las necesidades y problemas de las personas usuarias de servicios de salud” en un mandato expresado en varias resoluciones mundiales y regionales que constituyen el fundamento del Objetivo N°4 Salud y Bienestar de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Este desafío de la Atención Primaria de Salud (APS) renovada luego de más de 40 años, conduce a superar el enfoque de tratar y curar órganos dañados para reorientarlo al verdadero cuidado de la salud y el bienestar de las personas. Este proceso se grafica de la manera siguiente (Figura 1):



Figura 1. El proceso de cuidado de la salud.

En este renovado paradigma de la salud, confluye un conjunto de disciplinas y especialidades que contribuyen a abordar la causalidad de los problemas de salud-enfermedad-atención-salud de manera integral (Figura 2).

### El abordaje del diagnóstico en la medicina centrada en la persona

Según definiciones, basadas en evidencias, la persona es una unidad bio-psico-espiritual y socioambiental. Todas las dimensiones de esta unidad deben estar integradas tanto en la

práctica clínica centrada en las personas como en la salud pública.

La psicología, biología, bioquímica y biofísica son ciencias de la salud específicas y especializadas desde la dimensión “bio-psico”. La sociología contribuye con la determinación social en salud. La antropología aporta la comprensión de la salud desde perspectivas culturales y espirituales. Y la filosofía es esencial para construir y deconstruir paradigmas en el transcurrir histórico y evolutivo de las sociedades. En conjunto, estas disciplinas aportan a la dimensión social de las personas en el intento de identificar las causas de las causas de los problemas de salud y enfermedad en contextos globalizados y a la vez territorializados.

Según el Colegio Internacional de Medicina Centrada en la Persona, la atención médica tiene las siguientes cuatro variables:

1. **Medicina de la persona.**
2. **Medicina para la persona.**
3. **Medicina por la persona.**
4. **Medicina con la persona.**

La comprensión de la medicina centrada en la persona implica una manera multidimensional de diagnosticar, que trasciende el diagnóstico de solo enfermedades. Entre las

variables a valorar desde este enfoque, se cuentan las siguientes:

- Una o más enfermedades.
- Factores de riesgo a nivel individual, familiar y en el entorno domiciliario, como violencia, pobreza o vulnerabilidad.
- Factores de protección a nivel individual, familiar y en el entorno domiciliario, como las redes de apoyo y soporte.
- Estado de bienestar según calidad de vida y resiliencia.

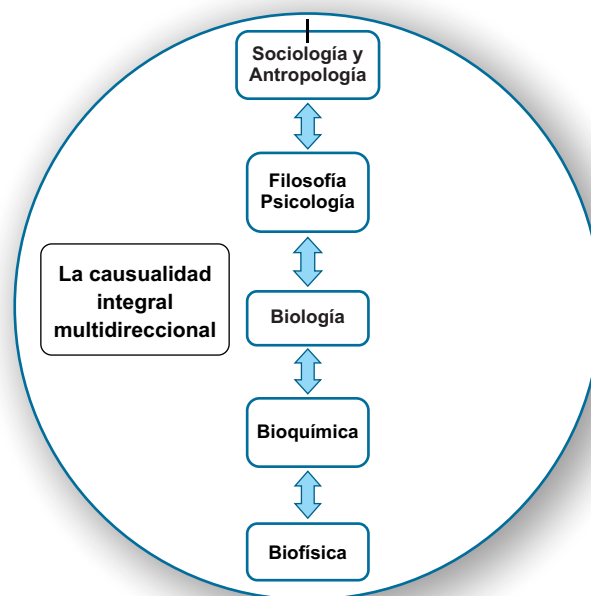


Figura 2. Causalidad multidireccional del proceso salud-enfermedad-atención-salud.

- Estado de la funcionalidad.
- Conciencia de enfermedad.
- Deseo y voluntad de curarse.

Tabla 2  
**Valoración de funciones biológicas y sociales como parte indispensables para el diagnóstico**

Funciones biológicas básicas	Funciones sociales básicas
Apetito	Actividad física
Orina	Estado de ánimo
Deposiciones	Competencias cognitivas
Sueño	Salud familiar
Sed	Salud laboral
Sudor	Salud social
Temperatura	Salud sexual
Peso	

Tabla 3  
**El diagnóstico orientado hacia la recuperación total**

Valoración del estado de salud actual	Orientación de la recuperación de la salud y bienestar
<b>Personas saludables</b>	Bienestar y promoción de la salud
<b>Personas en riesgo</b>	Detección temprana y disminución de riesgo
<b>Personas enfermas</b>	Detección temprana, tratamiento oportuno, integral y efectivo
<b>Personas con limitación funcional</b>	Adaptación, continuidad de cuidados y rehabilitación psicosocial
<b>Personas dependientes de ayuda especial</b>	Adaptación, continuidad de cuidados y rehabilitación psicosocial

### Integrando la salud mental al concepto de la salud

Los profesionales médicos tienen un rol protagónico en este desafío y para ejercerlo necesitan mejorar su nivel de información, formación y motivación, de modo tal que les permita colocar como fin último de la medicina y la salud pública, el bienestar en el cuidado integral del sufrimiento físico, emocional, mental y social de las personas que buscan en los servicios públicos y privados de salud una respuesta efectiva y oportuna.

Para hacerlo, hay que partir de datos clave en relación con el estado actual de la salud global. Según estimaciones sanitarias de la OMS (2019), antes de la pandemia del COVID 19, “siete de las 10 principales causas de muerte son enfermedades no transmisibles”. En el contexto pandémico, la situación se agravó. La Organización Panamericana de la Salud (2022), reporta que “la Región de las Américas ha sido una de las que ha sufrido mayores efectos a consecuencia de la pandemia, con 29% de los casos y 44% de las muertes confirmados, en comparación con 13% de la población mundial”<sup>(6)</sup>.

Todo dolor físico a corto, mediano y largo plazo desencadena sufrimiento mental, psíquico y emocional que aún no se ha terminado de medir globalmente, aunque algunos países de la región latinoamericana, como el Perú, han dado luces sobre el impacto de la pandemia en la salud mental.

Históricamente, la salud mental era concebida como la cenicienta de la salud, tanto en el imaginario social como para el mundo médico y económico. Aunque durante varios decenios la OMS ha procurado relevarla y convertirla en un pilar (Objetivo 4) de los Objetivos de Desarrollo Sostenible

(Naciones Unidas, 2015). Asimismo, asegura que la salud mental sea un elemento integral de salud general y como un derecho básico y fundamental constituyendo hoy en día “un componente esencial del acceso y cobertura sanitaria universal”<sup>(7)</sup>.

### El peso de la carga de enfermedad por trastornos mentales

La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas (2018), en etapa prepandémica, de acuerdo con estimaciones de la OPS representaba el 19% de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), del total de enfermedades no transmisibles (59%). A su vez, en el informe regional de carga de enfermedad (2018)<sup>(8)</sup>, el Perú ocupa el sexto lugar entre 33 países que tienen mayor carga de trastornos mentales (Figura 3).

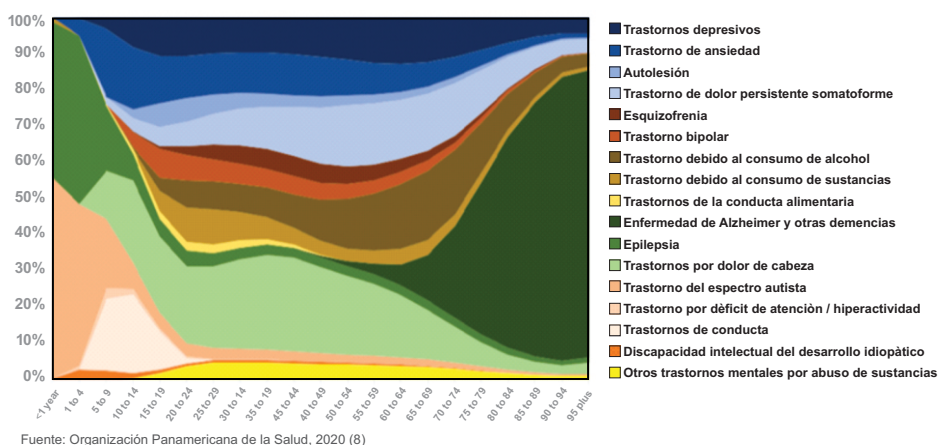


Figura 3. Carga de enfermedad por trastornos mentales y del neurodesarrollo y edad en el Perú.

De acuerdo con el estudio de carga de enfermedad realizado por el Ministerio de Salud en Perú (2016), las enfermedades neuropsiquiátricas ocupaban el primer lugar, representando el 17,5% del total. No obstante, en el último reporte (Perú, 2019)<sup>(9)</sup>, estas enfermedades ocupan el cuarto lugar de la carga, en la medida que se desagregaron las lesiones no intencionales y las condiciones neurológicas. Este último detalle no se da en los estudios de carga de trastornos mentales que presenta la OPS/OMS.

Lo más relevante es que en menos de una década el país ha logrado reducir un 20% de la brecha de atención (que en el 2015 ascendía a más del 90%) gracias al nuevo marco legal, normativo y presupuestal en salud mental.

### Cifras invisibles en la medicina

En el Perú, una de cada cuatro personas, cada año, sufre de un trastorno mental y solo dos personas de cada 10, reciben algún tipo de atención especializada. Según datos nacionales, se estima que, en el Perú, existen 295 mil personas con limitaciones permanentes para relacionarse, debido a

dificultades en pensamiento, sentimientos, emociones o conductas. De estas, 67,8% (200 mil personas) presentan discapacidad moderada y severa. La depresión unipolar es la de mayor carga de enfermedad, causa la pérdida de 224 535 años de vida saludables (3,9% del total) y determina 7,5 años perdidos por cada mil habitantes, especialmente en el componente de discapacidad<sup>(10)</sup>.

Dependencia y abuso del alcohol es otro problema presente especialmente en la población de 15 a 44 años, seguido por demencias, la esquizofrenia, violencia y adicción a distintas drogas. Asimismo, como parte de la violencia autoinfligida, aproximadamente 1000 personas mueren cada año por suicidio, más del 80% de las familias peruanas son escenario de actos violentos contra mujeres, y/o niños y el 20% de adolescentes mujeres y hombres manifiestan haber sido víctimas de violencia sexual en los últimos 12 meses<sup>(10)</sup>.

### El impacto de la pandemia en la salud mental de niños, niñas y adolescentes

En el contexto del COVID 19, niñas y niños adolescentes fueron más vulnerables a los problemas de salud mental, aumentando su dolor psíquico por el encierro, el miedo, la incertidumbre, el estado de salud de sus padres o cuidadores y el duelo generalizado<sup>(11)</sup>.

Según un estudio realizado por el Ministerio de Salud y UNICEF (2021), el 36,5% de las niñas y niños de 1.5 a 5 años estuvo en la categoría de riesgo para presentar un problema de salud mental de tipo emocional, conductual o atencional. Un porcentaje similar (32,6%) de las niñas y niños de 6 a 11 años también ocupó la categoría de riesgo para presentar problemas similares. En el caso de adolescentes (12 a 17 años), la cifra fue de un 29,6%.

La presencia de problemas de salud mental en las niñas, niños y adolescentes es más frecuente en aquellos cuyos cuidadores principales tienen síntomas depresivos (69,4%), comparado a aquellos sin síntomas depresivos (29%)<sup>(12)</sup>.

Tabla 4

**La respuesta actual en los servicios públicos especializados en salud mental**

Servicios de salud mental	Servicios implementados del 2015 - 2017	Servicios implementados 2022	Servicios implementados 2023	Meta de implementación al 2028
Centros de salud mental comunitaria	31	248	276	393
Unidades de hospitalización en salud mental y adicciones en hospitales generales	20	43	48	77
Hogares protegidos	6	87	94	150
Establecimientos de primer nivel de atención con profesionales de psicología.	1,104	1,434	1,434	1,750

El 82 % de los CSMC se encuentran ubicados en todas las regiones y en 132 de las 196 provincias.

**La respuesta en los servicios de salud no especializados en salud mental**

La tarea de los profesionales de la salud como los médicos que ejercen la medicina centrada en la persona tienen el rol estratégico de transformar el paradigma de atención del proceso salud-enfermedad. Se trata de hacerlo transitar de un modelo reclusorio a un modelo de cuidado integrado e integral fundamentado en la comunidad, allí donde la gente vive, estudia, trabaja, juega y ama<sup>(13)</sup>, protegiendo la libertad y dignidad de las personas con sufrimiento psíquico o mental. Esta concepción transformadora, se fundamenta, como ya se ha señalado, en la Agenda Mundial 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)<sup>(14)</sup>.

Al manejar los problemas y trastornos de salud mental fuera de los linderos de las instituciones psiquiátricas, se abre el campo para una actuación conjunta multisectorial y multidisciplinaria orientada a la reducción de las brechas de atención en este campo. Para tales efectos, la OMS (2011) publicó la primera versión (1.0) de su Programa de Acción denominado “Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada” dirigido especialmente a profesionales que no son psicólogos ni psiquiatras.

La versión 2.0 actualizada (en español) fue lanzada por la Organización Panamericana de la Salud en el 2017; con ella cual se viene entrenando con éxito a profesionales de la salud de todos los países de la Región de las Américas que trabajan en el sector público de la salud. Sin embargo, el sector privado aún tiene este desafío. El mhGAP Versión 2.0<sup>(15)</sup> desarrollan los contenidos siguientes:

- Atención y prácticas esenciales de salud
- Esquema principal

- Psicosis
- Epilepsia
- Trastornos mentales y conductuales del niño y el adolescente
- Demencia
- Trastornos por el consumo de sustancias
- Autolesión/Suicidio
- Otros padecimientos de salud mental importantes

Sin embargo, existen las clasificaciones internacionales de enfermedades que ayudan a subclasificaciones más finas y específicas:

- CIE-10: Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, trastornos mentales y del comportamiento, descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. (OMS,1992). De hecho, la CIE-11 fue aprobada ya el año pasado y está en proceso de aprobaciones nacionales.
- DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (APA, 2013), y texto Revisado (2023).

Se considera que estas herramientas son suficientes para el involucramiento de los profesionales médicos en una respuesta unificada en torno a componentes físicos, psíquicos y sociales de la salud mental en los servicios públicos y privados de salud.

- Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (APAL2012).



### Un marco de acción para la atención de la salud mental en la medicina centrada en la persona (Tabla 5)

Tabla 5  
La salud mental en la medicina

Especialidades	Psicología clínica	Tratamiento integral	Psicofármacos	Tratamiento farmacológico
• Médico no psiquiatra.	• Evaluación psicológica clínica/psicosocial.	• Psicoterapia.	• Utilización racional.	• Esquizofrenia.
• Médico psiquiatra.	• Evaluación neuropsicológica.	• Farmacoterapia	• Reacciones adversas.	• Depresión mayor.
• Médico neurólogo.	• Psicoterapia.	• Rehabilitación psicosocial.	• Interacciones medicamentosas adversas.	• Trastorno bipolar.
• Psicólogo clínico.		• Terapia neurofisiológica.	• Interacciones medicamentosas adversas.	• Trastornos de ansiedad.
• Médico general/de familia.		• Terapia de rehabilitación.	• Modificaciones de los parámetros de laboratorio.	• Trastornos de la conducta alimentaria.
			• Fármaco-economía.	• Trastorno límite de la personalidad.
			• Farmacogenética.	• Excitación psicomotriz.
			• Efecto placebo.	• Trastornos del sueño.
				• Déficit de atención con hiperactividad.
				• Trastornos en el embarazo y lactancia.
				• Demencias.
				• Trastornos mentales en las personas adultas mayores.

Atender la salud como unidad bio-psico-espiritual y socioambiental no es un cambio sencillo, en la medida que implica cambios previos en los enfoques existentes sumamente fragmentados. Un escollo es, como ya se ha señalado, la formación tubular en los estudios de pregrado, tanto en medicina como en todas las ciencias de la salud. Junto con la graduación viene la repartición territorial de la disciplina elegida y de los órganos corporales adscritos a cada una de estas. Otro obstáculo es el modelo administrativo prevalente en la atención de la salud para el cual más importante que centrarse en la persona, es hacerlo primero en los formatos administrativos previos a la consulta.

Una atención o medicina centrada en la persona reconoce el valor de la información, pero no la prioriza sobre

las necesidades y problemas de salud del paciente individual. Se debe establecer primariamente un contacto visual, una escucha acogedora, activa y empática, libre de sanciones, reconociendo el nivel de riesgo y auscultando no solo los “órganos despersonalizados”, sino a la persona en todas sus dimensiones<sup>(16)</sup>.

Figurativamente, un médico en posesión razonable de este enfoque necesita usar una lupa o microscopio para identificar las especificidades de las enfermedades físicas, emocionales y mentales y, a la vez, un telescopio que le permita percibir la multidimensionalidad de la persona que busca ayuda en un servicio de salud.

### Referencias bibliográficas

- Organización Mundial de la Salud.** Lograr el bienestar: un marco mundial para integrar el bienestar en la salud pública utilizando un enfoque de promoción de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2024.
- Bronfenbrenner U.** La ecología del desarrollo humano: experimentos en entornos naturales y diseñados. Barcelona: Paidós; 1987.
- Organización Mundial de la Salud. Junio, 2022.** Disponible en web:
- <https://www.who.int/es/news/item/03-06-2022-why-mental-health-is-a-priority-for-action-on-climate-change#:~:text=La%20OMS%20define%20la%20salud,aportar%20algo%20a%20su%20comunidad%C2%BB>
- Organización Panamericana de la Salud.** Oct, 2020. Disponible en web: <https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental>
- Calderón JL.** Medicina y educación médica centradas en la persona. Presentado en el Simposio sobre Medicina y Salud

Centrada en la Persona: Diálogo Universitario y Diálogo Nacional. Casa Honorio Delgado, UPCH, 19 diciembre 2013.

6. **Organización Mundial de la Salud.** Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030 [Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022
7. **Resolución A/RES/74/2 - Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal.** Boletín de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 10 de octubre del 2019.7. Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/salud-mental-perfil-pais-peru>
8. **Organización Panamericana de la Salud.** La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas [Internet]. 2020 Sep. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documento/salud-mental-perfil-pais-peru>
9. **Ministerio de Salud** el Perú. Carga de enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos, 2019. Perú: MINSA/ CDC; 2023. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/6280.pdf>
10. **Saavedra Castillo JE, Paz Schaeffer V, Vargas Murga H, Robles Arana, Pomalima Rodríguez R, González Farfán S, et al.** Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao - Replicación 2012: Publicado: 14 de enero de 2014. Anales de Salud Mental [Internet]. 2023 Oct. 16 [citado 2024 ago 2];29(Suplemento 1): Páginas: 1-397. Disponible en: <https://openjournal.insm.gob.pe/revistas/asm/article/view/7>
11. **Instituto Nacional de Estadística e Informática.** Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016 - Nacional y Regional. Perú; Mayo 2017.
12. **Instituto Nacional de Estadística e Informática.** Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales 2015. Perú; 2015
13. **Ministerio de Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF.** La salud mental de niñas, niños y adolescentes en el contexto de la Covid-19 - Estudio en línea, Perú 2020. Lima - Perú. Abril 2021. Disponible en: <https://bvs.gob.pe/local/MINSA/5531.pdf>
14. **Organización Mundial de la Salud.** Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general [World mental health report: transforming mental health for all. Executive summary]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022.
15. **Organización Panamericana de la Salud.** Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. Washington, D.C.: OPS; 2017.
16. **Antonovsky A.** Health, stress, and coping. San Francisco: Jossey-Bass Publ; 1979.

**Contribución de autoría:** Los autores han participado en la concepción del artículo, redacción, revisión y aprobación de la versión final.

**Conflicto de interés:** Los autores no tienen conflicto de interés con la publicación de este trabajo.

**Financiamiento:** Autofinanciado.

**Citar como:** Calderón-Viacava JL, Baca-Cabrejos ME. Atención en Salud Mental por médicos no psiquiatras. Diagnóstico (Lima). 2024;63(3):174-181.

**DOI:** <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v63i3.543>

**Autor Corresponsal:** José Luis Calderón Viacava

**Correo electrónico:** [jcalderonv@gmail.com](mailto:jcalderonv@gmail.com)



**ALAFARPE**

**ASOCIACIÓN NACIONAL DE  
LABORATORIOS FARMACÉUTICOS**

**CORREO ELECTRÓNICO:**

**[alafarpe@alafarpe.org.pe](mailto:alafarpe@alafarpe.org.pe)**

**WEB:**

**[www.alafarpe.org.pe](http://www.alafarpe.org.pe)**



## Artículos de Revisión

# El dengue: Son necesarios estudios multicéntricos aleatorizados, con las medicinas que en segunda indicación podrían ser efectivas

*Dengue: Randomized multicenter studies are needed with medicines that could be effective as a second indication*

Roberto Alfonso Accinelli<sup>1</sup>

### Resumen

El dengue es la enfermedad viral transmitida por vectores más frecuente, de baja letalidad, un fallecido por cada 1000 enfermos. Su tratamiento es con hidratación, reposo y sintomáticos. La doxiciclina, que interfiere con el ingreso a la célula humana, al impedir cambie la configuración de la proteína E, y detiene su replicación, al actuar en la proteasa NS2BNS3pro del virus, podría ser una alternativa, y cuando la enfermedad ha llegado hasta la tormenta de citoquinas, manifestada por plaquetopenia severa, hemoconcentración y compromiso sistémico, el empleo de pulsos de esteroides o de inmunoglobulinas podría estar indicado. Son necesarios estudios multicéntricos controlados contra placebo que demuestren el efecto de estas medicinas en segunda indicación para que la OMS y el CDC puedan recomendar o no su uso, por lo que por ahora no podemos emplearlos.

**Palabras clave:** Dengue, proteína E, doxiciclina, pulsos de esteroides.

### Abstract

Dengue is the most common vector-borne viral disease, with low fatality rate, one death per 1000 patients. Its treatment consists of hydration, rest and symptomatic treatment. Doxycycline interferes with the entry into human cells, by inhibiting the changing E protein configuration, and stopping its replication by acting on the NS2BNS3pro protease of the virus. Therefore, it could be an alternative, and when the disease has reached the stage of cytokine storm, manifested by severe thrombocytopenia, hemoconcentration and systemic involvement, the use of steroid or immunoglobulin pulses could be indicated. Multicenter placebo-controlled studies are needed to demonstrate the effect of these drugs in secondary indication so that the WHO and CDC can recommend or not their use, so for now we cannot use them.

**Keywords:** Dengue, protein E, doxycycline, steroid pulses.

El virus del dengue (DENV) es ARN monocatenario de la familia Flaviviridae transmitido por la picadura de las hembras de los mosquitos *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*. Es la principal enfermedad tropical desatendida viral transmitida por vectores<sup>(1)</sup>. Existen cuatro serotipos: DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), más del 40% de la población mundial, unos 2500 millones de personas<sup>(2)</sup>, está en riesgo de esta infección infectándose cada año más de 100 millones de personas. Los casos notificados a la OMS aumentaron de 505.430 casos en el año 2000 a 5,2 millones el 2019<sup>(3)</sup>.

En el Perú hasta la semana epidemiológica número 47 de 2023 se habían reportado un total de 272 755 casos de dengue, habiendo sido 58 198 durante el mismo período de

2022 y 63 168 durante todo ese año. Estas diferencias se deben a que en el 2023 se presentó el Niño costero y semejante a lo que sucedió en los años 20's del siglo pasado se espera que el 2024 tengamos el Niño global cuya magnitud dependerá de la intensidad del anticiclón del sur. De ellos han fallecido 448 pacientes, siendo la letalidad 11 veces mayor entre los de 60 o más años que entre los niños menores de 12 años. Las regiones con más casos han sido Piura (80 795 casos), Lambayeque (38 918), Lima (30 671) y La Libertad (28 996), a diferencia del año 2022 en que Piura (12 143) fue también la que más enfermos de dengue tuvo, pero seguida de Loreto (8922), Ica (5083) y Ucayali (4836), habiéndose presentado en La Libertad solo 162, y hasta la semana 47 solo 159, siendo por tanto la cantidad de casos 182 veces más elevada para este año<sup>(4)</sup>.

<sup>1</sup>Instituto de Investigaciones de la Altura. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Hospital Cayetano Heredia. ID ORCID: 0000-0002-9773-8778.

El estado de viremia puede detectarse tan pronto como 24 a 48 horas antes del inicio de los síntomas clínicos y puede durar hasta 10 a 12 días. El espectro de la enfermedad clínica puede ir desde una infección asintomática, hasta el dengue hemorrágico (DHF) que se caracteriza por petequias, púrpura, equimosis, epistaxis, hemorragias del tracto gastrointestinal, fatiga, inquietud, daño hepático, aumento de la permeabilidad vascular, trombocitopenia, y el síndrome de choque por dengue (DSS) que se caracteriza por un pulso débil y una caída de la presión arterial, que es el resultado del colapso del sistema vascular debido a la hipovolemia causada por una fuga vascular. Estas formas graves, que amenazan la vida, están presentes en una pequeña proporción de pacientes (2%). Las formas sintomáticas en la mayoría de los casos se presentan con fiebre, dolor corporal, cefalea, artralgias, dolor retro-orbitario y erupciones cutáneas. La OMS clasifica al DENV según su gravedad en sin signos de alarma, con signos de alarma y grave. Tiene un período de incubación de 4 a 10 días y presenta tres fases clínicas: febril, crítica y de recuperación<sup>(5)</sup>.

El dengue hemorrágico es la forma más grave de la enfermedad y ocurre después de una reinfección con un segundo serotipo del virus. La enfermedad hemorrágica es sintomática de la fiebre hemorrágica del dengue y a menudo produce edema. El síndrome de shock del dengue ocurre cuando la fuga y/o el sangrado son suficientes para inducir el shock. El síndrome de shock del dengue suele ser mortal sin un reemplazo de líquidos bien administrado<sup>(6)</sup>.

### Dengue por segunda vez

La infección secundaria con serotipos heterólogos es más grave que la infección primaria. Según esta teoría, la infección primaria del DENV produce anticuerpos específicos contra el serotipo causal, que confiere inmunidad duradera solo contra el. De ocurrir otra infección por cualquiera de los otros serotipos, los anticuerpos presentes no los neutralizan, sino que forman complejos inmunes con el nuevo serotipo, los que tienen mayor afinidad hacia los receptores Fc $\gamma$  en las superficies de los macrófagos y otras células, que lleva a un incremento del ingreso del virus a estas células, además de permitir su replicación, por lo que la infección secundaria es varias veces más letal<sup>(7)</sup>.

### Diagnóstico

Es por la identificación del ARN genómico viral, de sus antígenos o de los anticuerpos que provoca. Las pruebas de detección de antígenos han sido diseñadas para detectar la proteína NS1 del dengue que se libera de las células infectadas por dengue y aparece temprano en el torrente sanguíneo. Pero la forma más rápida de hacer el diagnóstico de dengue es la clínica, con dos criterios: Fiebre y vivir o haber viajado a una zona endémica de la enfermedad, a lo que se añade la presencia de dos síntomas o signos clásicos de esta enfermedad: Náuseas/vómitos, rash, dolor, test del torniquete positivo,

leucopenia o cualquier signo de alarma<sup>(8)</sup>. La sensibilidad es menor en el dengue secundario, pero cuando se incluye la determinación de IgM, lo que tiene la SD Dengue Duo, la sensibilidad se incrementa a 75.5%, sin variar la especificidad<sup>(9)</sup>. Todas las pruebas de IgM mostraron una mayor sensibilidad en infecciones secundarias<sup>(10)</sup>.

### Vacunas

CYD-TDV, Dengvaxia, de Sanofi Pasteur, compuesta por los cuatro serotipos del virus del dengue, es la única vacuna viva atenuada aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA del inglés Food and Drug Administration) indicada en personas de 9 a 45 años que previamente hayan padecido una infección por virus dengue para evitar el llamado “efecto dengue”, en el que una segunda infección tiene una mayor gravedad clínica que la primera<sup>(11)</sup>.

Denvax (TAK-003) de Takeda se basa en el virus del dengue 2, al que se añade ADN de los otros tres serotipos y son necesarias dos dosis con un intervalo de tres meses. Produce una reducción del 84% de las hospitalizaciones por dengue y una disminución del 61% los casos de dengue sintomático. Se puede usar desde los 4 años<sup>(12)</sup>. No tenemos, por tanto, aún vacunas contra el DENV que se puedan usar universalmente.

### Tratamiento del dengue

En el momento actual el tratamiento consiste en hidratación, reposo y el uso de sintomáticos, no existiendo ninguna medicina recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para impedir la replicación viral.

La utilización en segunda indicación de medicamentos autorizados por la FDA, sería la mejor alternativa, pues se conoce que son altamente seguros, y, como el tiempo de patente ya venció, su costo es mínimo. Diferentes agentes terapéuticos han sido seleccionados como fármacos candidatos habiéndose estudiado in vitro, en modelos animales y en ensayos clínicos, para determinar su potencial como tratamiento contra el DENV, mejorar los síntomas, reducir su gravedad y letalidad.

Aunque la cloroquina tiene un efecto in vitro<sup>(13)</sup>, y en pacientes con dengue les redujo el dolor y se sintieron mejor, no les alteró la duración de la enfermedad ni la intensidad y los días de fiebre<sup>(14)</sup>. En otros estudios no se halló ningún efecto<sup>(15)</sup>. En monos que la recibieron antes de la infección se halló ausencia de anticuerpos IgG específicos, demostrando eficacia de este fármaco en el tratamiento profiláctico<sup>(16)</sup>.

La ivermectina, inhibidor específico de la importación nuclear mediada por importina alfa/beta, es capaz de inhibir la replicación del de los 4 serotipos de DENV in vitro. Pero no hay estudios que demuestren su utilidad clínica, aunque disminuye el aclaramiento de la antigenemia Ns1<sup>(17)</sup>, y la proporción de pacientes con NS1 alta<sup>(18)</sup>.

### Ingreso del virus del dengue a la célula humana

El ingreso de los flavivirus a la célula humana se inicia cuando se pone en relación la proteína E, presente en la envoltura del virus, con la membrana de la célula humana. Si el pH es de aproximadamente 6,3 la proteína E varía su forma de dimérica a trimérica<sup>(19)</sup>. Este reordenamiento acerca la membrana viral y la celular, que es seguido por la fusión de membranas<sup>(20)</sup>.

Por análisis estructural por cristalización se ha determinado que existe un bolsillo revestido por residuos en la proteína E del virus del dengue que influyen en el umbral de pH para la fusión. Este bolsillo, que acepta ligando hidrófobos, es en donde ocurren los primeros cambios que llevan al cambio conformacional en la proteína E, que permite se unan el virus y la célula, finalizando en el ingreso del virus<sup>(21)</sup>.

Cuando en este bolsillo hidrófobo está el detergente noctil-b-D-glucósido (BOG) la proteína E no se puede plegar y por tanto no adquiere su forma trimérica y el virus no entra a la célula humana<sup>(22)</sup>. Este bolsillo es un punto bisagra en esta fusión, por lo que inhibidores en este sitio podrían alterar o incluso bloquear los cambios conformacionales necesarios para la entrada del virus del dengue. Este concepto hizo posible la utilización del tamizaje virtual (VS del inglés virtual screening) basados en estructuras para identificar inhibidores de la infección por el virus del dengue<sup>(23)</sup>. Los avances recientes en biología han traído consigo muchas estructuras proteicas para VS como objetivos farmacológicos<sup>(24)</sup>.

### Identificación de inhibidores del virus del dengue

Se utilizó el método evolutivo genérico para el acoplamiento molecular (GEMDOCK del inglés generic evolutionary method for molecular docking) para realizar tamizaje virtual (VS del inglés virtual screening) en la proteína E del virus del dengue (DV del inglés dengue virus) utilizando la base de datos Química Medicinal Integral (CMC del inglés Comprehensive Medicinal Chemistry) que contenía 5331 moléculas de entre 200 y 800 Dalton, que se les clasificó y se tomó al 3% mejor clasificado. De estos 173 elementos se eligió, según las similitudes estructurales, las posiciones acopladas, las interacciones proteína-ligando y las limitaciones de la disponibilidad comercial, a diez para su uso en el ensayo de formación de placas in vivo por sus posibles efectos inhibidores sobre la propagación del DV en células en cultivo. Como originalmente se añadió una cantidad fija de unidades de formación de placa (PFU del inglés plaque forming units) al cultivo, la reducción en la cantidad de placas sería la porción de la infección del virión inhibida por el compuesto en uso. Con la doxiciclina a 10  $\mu\text{M}$  se redujo al 87% las PFU, pero cuando fue 100  $\mu\text{M}$  disminuyó al 14%, cayendo al 1% con 500  $\mu\text{M}$ , lo que arrojó un valor de CI50 de 55,6  $\mu\text{M}$ . Pero cuando se le administraba al medio de cultivo dos horas después del virus del dengue las PFU solo disminuían a 75%, mostrando que el compuesto pierde potencia si se añade después de haber transcurrido un

tiempo suficiente para que se produjera la infección, demostrando que el efecto inhibidor ocurre antes que los virus entren en las células<sup>(25)</sup>.

Se ha definido el sitio de unión a tetraciclina de la proteína TetR y se ha determinado la estructura mediante cristalografía<sup>(26)</sup>. Se ha hallado que los volúmenes de los sitios de unión en varios cristales TetR varían de 359  $\text{\AA}^3$  a 495  $\text{\AA}^3$  mientras que el sitio de unión BOG en la proteína E del dengue es 481  $\text{\AA}^3$ , lo que permitiría que aquí también encaje la doxiciclina. Por otro lado, se forman enlaces de hidrógeno entre los derivados de tetraciclina y la proteína E del dengue, similares a los que existen con TetR. Los compuestos eficaces contra el dengue, como la doxiciclina, tienen sus núcleos tetracíclicos colocados dentro de la bolsa, mientras que sus cadenas laterales forman enlaces de hidrógeno con los residuos ubicados en los lados opuestos de la pared alrededor de la bolsa, creando un impedimento estérico para el cambio conformacional de la proteína E<sup>(27)</sup>.

### Doxiciclina

La replicación del virus dengue requiere la proteasa viral NS3 (Ns3pro), que necesita para su activación de una región de 47 residuos de NS2B<sup>(26)</sup>. La doxiciclina inhibió la serina proteasa del virus del dengue (DENV2 NS2B-NS3pro) con un valor IC50 de  $52,3 \pm 6,2$  IM a 37°C (temperatura humana normal) y  $26,7 \pm 5,3$  IM a 40°C (fiebre alta). Con 50  $\mu\text{M}$  de doxiciclina durante 72 horas hubo una reducción significativa ( $p < 0,001$ ) en el número de copias virales para todos los serotipos del virus del dengue en comparación con el control, que fue mayor en los serotipos DENV2 y DENV4 ( $p < 0,01$ ) en comparación con DENV1 y DENV3<sup>(29)</sup>.

El día en que se inició un estudio con tetraciclina en 35 pacientes con dengue, doxiciclina en 45, y ningún tratamiento en 34, sus niveles de citoquinas y receptores/antagonistas de citoquinas eran muy elevados. IL-6, IL-1 $\beta$  y TNF permanecieron o se incrementaron más en los no tratados, pero disminuyeron tanto en los con tetraciclina o doxiciclina. Para los días 3 y 7 con doxiciclina, los niveles de IL-1RA y TNF-R1 habían aumentado significativamente ( $P < 0,01$ ) en comparación con los niveles del día 0 de los tres grupos de estudio. La doxiciclina fue más efectiva para modular los niveles de citoquinas y receptores/antagonistas de citoquinas que la tetraciclina. Los autores del artículo indican que la doxiciclina puede proporcionar un beneficio clínico en el tratamiento del dengue al modular la cascada de citoquinas<sup>(30)</sup>.

De 120 pacientes con dengue trombocitopénico, 55 pacientes con leucocitos normales fueron los controles y 65 pacientes con leucopenia se consideraron casos, tratados con doxiciclina los con 50001 a 150000 plaquetas y los con menos de 50001 plaquetas con doxiciclina con carga papaya. Hubo una mejora significativa tanto del recuento medio de plaquetas como el de los leucocitos en el cuarto y séptimo día en orden creciente de controles < grupo de doxiciclina < grupo de

doxiciclina con carica papaya. La duración media de la estancia hospitalaria fue mayor en el grupo de control (9,1 días), seguida del grupo de doxiciclina (8,2 días) y del grupo de doxiciclina con carica papaya (7,3 días)<sup>(31)</sup>.

Ciento dieciséis pacientes con dengue hemorrágico, con fiebre, trombocitopenia (<100 x 10<sup>9</sup> por litro) y evidencia de fuga de plasma (hematocrito >20%, derrame pleural o albúmina sérica baja), al azar recibieron tratamiento estándar más doxiciclina oral y 115 solo lo recomendado por OMS, presentando los primeros una mortalidad un 46% menor que la observada en el grupo no tratado (11,2% [13/116] vs 20,9% [24/115], p=0,05), y además una disminución (p<0,01) de TNF e IL-6 versus los controles durante el seguimiento (días 3, 5 y 7). Los pacientes que murieron en ambos grupos poseían niveles (p<0,01) más altos de TNF e IL-6 en comparación con los que sobrevivieron en todos los momentos. Los hallazgos anteriores sugieren que la doxiciclina puede proporcionar un beneficio clínico a los pacientes con dengue con alto riesgo de complicaciones. Este efecto podría estar mediado por la disminución de los niveles de citoquinas proinflamatorias<sup>(32)</sup>.

Las tetraciclinas fueron colocadas en el grupo D de la clasificación de 1979 de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA del inglés Food and Drug Administration)<sup>(33)</sup>, no recomendándose usar durante el embarazo y durante los primeros siete años de vida<sup>(34,35)</sup>. Por ello se desarrollaron nuevas tetraciclinas como la doxiciclina, cuyo uso prenatal no se asoció con manchas dentales, retrasos en el crecimiento o toxicidad hepática materna, lo que sugiere que es probable que estos riesgos sean bajos. Hubo una baja prevalencia de paladar hendido (11/10.000 nacidos vivos), con un posible factor de confusión por la enfermedad febril materna, por lo que es probable que este riesgo también sea bajo<sup>(36)</sup>. En el 2015, la FDA cambió a una Norma de Etiquetado sobre Embarazo y Lactancia (PLLR del inglés Pregnancy and Lactation Labeling Rule), en que el uso de medicamentos durante el embarazo debe individualizarse y realizarse después de consultar con un médico<sup>(37)</sup>. Las restricciones a la doxiciclina podrían levantarse para el tratamiento dirigido o empírico durante la primera mitad del embarazo y para niños menores de 8 años, si la dosis diaria no excede los 200 mg/día durante una duración máxima de 14 días<sup>(38)</sup>.

### Inflamación

En infecciones las citoquinas proinflamatorias, como IL-6, IL-1 $\beta$  y TNF, causan la mayoría de los síntomas, como fiebre, malestar y coagulopatías. El grado de desequilibrio entre citoquinas y sus homólogos anti-inflamatorios puede ser el principal indicador pronóstico del resultado de la enfermedad<sup>(40)</sup>.

En el caso del dengue, los pacientes con dengue hemorrágico tenían niveles 25 veces más altos de IL-10 que aquellos con solo dengue febril, y al inicio de la enfermedad estos niveles elevados son indicadores de una respuesta antiviral alterada que potencialmente contribuye a la gravedad de la enfermedad<sup>(41)</sup>.

### Esteroides

En un ensayo controlado doble ciego en 98 niños con síndrome de shock por dengue ocurrieron nueve muertes entre los 48 (tasa de letalidad del 18,75%) que recibieron una dosis única de 25 mg/kg hidrocortisona intravenoso, seguida de 15 mg/kg el día 2, y 10 mg/kg el día 3; y hubo 22 muertes en los 50 casos (tasa de letalidad del 44%) en el grupo sin esteroides, siendo la diferencia estadísticamente significativa<sup>(41)</sup>.

De once de los niños con síndrome de choque por dengue (DSS) severo que recibieron 10 a 30 mgr/Kgr/dosis de metilprednisolona (MP) sobrevivieron 9, mientras que los 11 que recibieron solo reemplazo con salino y plasma fallecieron todos. En los que recibieron MP hubo aumento de la presión del pulso de 20.14 mmHg a 40.50 mmHg (p<0.005), disminución de la frecuencia cardíaca de 139 a 102 latidos por minuto (p<0.001), un incremento de la presión venosa central de 6.9 a 14.4 cmH<sub>2</sub>O (p<0.001), decremento de 52 a 30 respiraciones por minuto (p<0.05), disminución de la circunferencia abdominal a nivel umbilical de 53.5 a 50.5 cms (p<0.005) y desaparición de los síntomas cerebrales (inquietud, somnolencia, coma). El reemplazo de líquidos también fue menor pues los niños en MP recibieron 37.56 ml/Kgr mientras que los que solo estaban en soporte 144-28 ml/Kgr (p<0.001). Los dos niños que recibiendo MP fallecieron tenían un DSS bien establecido con pulmón de choque con hemorragia pulmonar y derrame pleural masivo<sup>(42)</sup>.

Los resultados encontrados en estudios en humanos con dengue con doxiciclina demuestran que esta tetraciclina lleva a una reducción de la replicación viral en las células infectadas, ya que la doxiciclina impide el ingreso del virus en la célula humana al bloquear que le proteína E del virus adquiera su estructura trimérica y al interferir además con la proteasa del virus del dengue<sup>(43)</sup>. Pero es necesario realizar trabajos controlados doble ciego multicéntricos en que se pueda evaluar si tiene un efecto real en los pacientes con dengue y esperar, si los resultados son buenos, a que las autoridades de la OMS y del CDC decidan si este es un tratamiento que impacta en la evolución de estos pacientes. Igual debemos decir sobre el empleo de pulsos de esteroides en síndrome de shock por dengue, pues los estudios se han hecho en población pediátrica, y se necesita se efectúen en estudios aleatorizados multicéntricos con enfermos de todas las edades, para poder los expertos mundiales decidir si tienen algún efecto en estos pacientes.

En conclusión, el dengue es la enfermedad viral transmitida por vectores más frecuente, con una baja letalidad que aumenta varias veces cuando el paciente presenta un segundo cuadro por un serotipo diferente al inicial. La OMS y el CDC no reconocen ningún tratamiento farmacológico, pero en la búsqueda de algún medicamento en segunda indicación que pueda ser efectivo se ha encontrado que la doxiciclina, usado millones de veces y durante varios meses por distintas indicaciones, como el acné, con un margen grande de seguridad, podría ser una alternativa cuyo efecto real debe ser profundizado en estudios doble ciego. Para los pacientes en quienes la enfermedad ha llegado hasta la tormenta de

citoquinas, manifestada por plaquetopenia y compromiso sistémico, el empleo de pulsos de esteroides podría tener indicación, pero se necesitan estudios de suficiente tamaño

multicéntricos aleatorizados que por ahora no existen. Es por ello que la OMS y el CDC no recomiendan ninguno se estos tratamientos

## Referencias bibliográficas

- Suchanti S, Stephen BJ, Chaurasia TP, Raghuwanshi AP, Singh G, Singh A, Mishra R. In-Silico CLEC5A mRNA expression analysis to predict Dengue susceptibility in cancer patients. *Biochem Biophys Rep.* 2023 Jun 26; 35:101501. doi: 10.1016/j.bbrep.2023.101501. PMID: 37415850; PMCID: PMC10320400.
- Messina JP, Brady OJ, Golding N, Kraemer MUG, Wint GRW, Ray SE, Pigott DM, Shearer FM, Johnson K, Earl L, Marczak LB, Shirude S, Davis Weaver N, Gilbert M, Velayudhan R, Jones P, Jaenisch T, Scott TW, Reiner RC Jr, Hay SI. The current and future global distribution and population at risk of dengue. *Nat Microbiol.* 2019 Sep;4(9):1508-1515. doi: 10.1038/s41564-019-0476-8. Epub 2019 Jun 10. PMID: 31182801; PMCID: PMC6784886.
- World Health Organization. Dengue and Dengue Severe <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue> (2023, accessed 15 December 2023).
- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud del Perú. Sala situacional del dengue. <https://www.dge.gob.pe/sala-situacional-dengue/#grafico01>
- Guidelines for the Clinical Diagnosis and Treatment of Dengue, Chikungunya, and Zika. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2022. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275124871>.
- Geiss BJ, Stahla H, Hannah AM, Gari AM, Keenan SM. Focus on flaviviruses: current and future drug targets. *Future Med Chem.* 2009 May;1(2):327-44. doi: 10.4155/fmc.09.27. PMID: 20165556; PMCID: PMC2822355.
- Soo KM, Khalid B, Ching SM, Chee HY. Meta-Analysis of Dengue Severity during Infection by Different Dengue Virus Serotypes in Primary and Secondary Infections. *PLoS One.* 2016 May 23;11(5):e0154760. doi: 10.1371/journal.pone.0154760. PMID: 27213782; PMCID: PMC4877104.
- World Health Organization (WHO) and the Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR). Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control. WHO/HTM/NTD/DEN/2009.1
- Tricou V, Vu HT, Quynh NV, Nguyen CV, Tran HT, Farrar J, Wills B, Simmons CP. Comparison of two dengue NS1 rapid tests for sensitivity, specificity and relationship to viraemia and antibody responses. *BMC Infect Dis.* 2010 May 28;10:142. doi: 10.1186/1471-2334-10-142. PMID: 20509940; PMCID: PMC2895602.
- Kulkarni R, Modak M, Gosavi M, Wani D, Mishra AC, Arankalle VA. Comparative assessment of commercial enzyme-linked immunosorbent assay & rapid diagnostic tests used for dengue diagnosis in India. *Indian J Med Res.* 2020 Jan;151(1):71-78. doi: 10.4103/ijmr.IJMR\_613\_18. PMID: 32134017; PMCID: PMC7055168.
- <https://www.vacunas.org/tag/vacuna-frente-al-dengue/>
- <https://www.ambito.com/informacion-general/llego-la-vacuna-contra-el-dengue-cuanto-cuesta-y-partir-cuando-se-aplicara-n5868590>
- Farias KJ, Machado PR, de Almeida Junior RF, de Aquino AA, da Fonseca BA. Chloroquine interferes with dengue-2 virus replication in U937 cells. *Microbiol Immunol.* 2014 Jun;58(6):318-26. doi: 10.1111/1348-0421.12154. PMID: 24773578; PMCID: PMC7168487.
- Borges MC, Castro LA, Fonseca BA. Chloroquine use improves dengue-related symptoms. *Mem Inst Oswaldo Cruz.* 2013 Aug;108(5):596-9. doi: 10.1590/s0074-02762013000500010. PMID: 23903975; PMCID: PMC3970591.
- Tricou V, Minh NN, Van TP, Lee SJ, Farrar J, Wills B, Tran HT, Simmons CP. A randomized controlled trial of chloroquine for the treatment of dengue in Vietnamese adults. *PLoS Negl Trop Dis.* 2010 Aug 10;4(8):e785. doi: 10.1371/journal.pntd.0000785. Erratum in: *PLoS Negl Trop Dis.* 2012 Jun;6(6). doi:10.1371/annotation/8683caec-b309-46d7-bc47-dc9cc27108e4. Erratum in: *PLoS Negl Trop Dis.* 2012 Jun;6(6). doi:10.1371/annotation/c5c14905-8792-4d2e-8179-f8c70064e773. Erratum in: *PLoS Negl Trop Dis.* 2012 Jun;6(6). doi:10.1371/annotation/e00ee8fb-4ab9-46db-be8e-3696bb362db4. PMID: 20706626; PMCID: PMC2919376.
- Farias KJ, Machado PR, Muniz JA, Imbeloni AA, da Fonseca BA. Antiviral activity of chloroquine against dengue virus type 2 replication in Aotus monkeys. *Viral Immunol.* 2015 Apr;28(3):161-9. doi: 10.1089/vim.2014.0090. Epub 2015 Feb 9. PMID: 25664975; PMCID: PMC4390208.
- Suputtamongkol Y, Avirutnan P, Mairiang D, Angkasekwinai N, Niwattayakul K, Yamasmith E, Saleh-Arong FA, Songjaeng A, Prommool T, Tangthawornchaikul N, Puttikhunt C, Hunnangkul S, Komoltri C, Thammapalo S, Malasit P. Ivermectin Accelerates Circulating Nonstructural Protein 1 (NS1) Clearance in Adult Dengue Patients: A Combined Phase 2/3 Randomized Double-blinded Placebo Controlled Trial. *Clin Infect Dis.* 2021 May 18;72(10):e586-e593. doi: 10.1093/cid/ciaa1332. PMID: 33462580.
- Eakkawit Yamasmith1 Fadhil A-hamad Saleh-arong1 Panisadee Avirutnan2 Nasikarn Angkasekwinai 1 Dumrong Mairiang2 Ekkarat Wongsawat 1 Sawalee Tanrumluk1 Usanee Fongsril Yupin Suputtamongko. Efficacy and Safety of Ivermectin against Dengue Infection: A Phase III, Randomized, Double-blind, Placebo-controlled Trial. The 34th Annual Meeting The Royal College of Physicians of Thailand 'Internal Medicine and One Health' 26th - 28th April 2018, PEACH Royal Cliff Beach Resort, Pattaya, Chonburi, Thailand.
- Allison SL, Schalich J, Stiasny K, Mandl CW, Kunz C, Heinz FX. Oligomeric rearrangement of tick-borne encephalitis virus envelope proteins induced by an acidic pH. *J Virol.* 1995 Feb;69(2):695-700. doi: 10.1128/JVI.69.2.695-700.1995. PMID: 7529335; PMCID: PMC188630.
- Weissenhorn W, Dessen A, Calder LJ, Harrison SC, Skehel JJ, Wiley DC. Structural basis for membrane fusion by enveloped viruses. *Mol Membr Biol.* 1999 Jan-Mar;16(1):3-9. doi: 10.1080/096876899294706. PMID: 10332732.
- Modis Y, Ogata S, Clements D, Harrison SC. A ligand-binding pocket in the dengue virus envelope glycoprotein. *Proc*

- Natl Acad Sci U S A. 2003 Jun 10;100(12):6986-91. doi: 10.1073/pnas.0832193100. Epub 2003 May 20. PMID: 12759475; PMCID: PMC165817.
22. **Modis Y, Ogata S, Clements D, Harrison SC.** Structure of the dengue virus envelope protein after membrane fusion. *Nature*. 2004 Jan 22;427(6972):313-9. doi: 10.1038/nature02165. PMID: 14737159.
23. **Yang JM, Chen YF, Tu YY, Yen KR, Yang YL.** Combinatorial computational approaches to identify tetracycline derivatives as flavivirus inhibitors. *PLoS One*. 2007 May 9;2(5):e428. doi: 10.1371/journal.pone.0000428. PMID: 17502914; PMCID: PMC1855430.
24. **Ghosh S, Nie A, An J, Huang Z.** Structure-based virtual screening of chemical libraries for drug discovery. *Curr Opin Chem Biol*. 2006 Jun;10(3):194-202. doi: 10.1016/j.cbpa.10.1016/j.cbpa.2006.04.002. Epub 2006 May 3. PMID: 16675286.
25. **Yang JM, Chen YF, Tu YY, Yen KR, Yang YL.** Combinatorial computational approaches to identify tetracycline derivatives as flavivirus inhibitors. *PLoS One*. 2007 May 9;2(5):e428. doi: 10.1371/journal.pone.0000428. PMID: 17502914; PMCID: PMC1855430.
26. **Orth P, Schnappinger D, Hillen W, Saenger W, Hinrichs W.** Structural basis of gene regulation by the tetracycline inducible Tet repressor-operator system. *Nat Struct Biol*. 2000 Mar;7(3):215-9. doi: 10.1038/73324. PMID: 10700280.
27. **Yang JM, Chen YF, Tu YY, Yen KR, Yang YL.** Combinatorial computational approaches to identify tetracycline derivatives as flavivirus inhibitors. *PLoS One*. 2007 May 9;2(5):e428. doi: 10.1371/journal.pone.0000428. PMID: 17502914; PMCID: PMC1855430.
28. **Erbel P, Schiering N, D'Arcy A, Renatus M, Kroemer M, Lim SP, Yin Z, Keller TH, Vasudevan SG, Hommel U.** Structural basis for the activation of flaviviral NS3 proteases from dengue and West Nile virus. *Nat Struct Mol Biol*. 2006 Apr;13(4):372-3. doi: 10.1038/nsmb1073. Epub 2006 Mar 12. PMID: 16532006.
29. **Rothan HA, Mohamed Z, Paydar M, Rahman NA, Yusof R.** Inhibitory effect of doxycycline against dengue virus replication in vitro. *Arch Virol*. 2014 Apr;159(4):711-8. doi: 10.1007/s00705-013-1880-7. Epub 2013 Oct 19. PMID: 24142271.
30. **Castro JE, Vado-Solis I, Perez-Osorio C, Fredeking TM.** Modulation of cytokine and cytokine receptor/antagonist by treatment with doxycycline and tetracycline in patients with dengue fever. *Clin Dev Immunol*. 2011;2011:370872. doi: 10.1155/2011/370872. Epub 2011 Mar 28. PMID: 21461372; PMCID: PMC3065216.
31. **Pambhar V, Mathur N, Mehta A, Mathur M, Kumawat DC, Mangalia R, Verma A, Patyal A.** Effect of doxycycline and doxycycline with carica papaya on thrombocytopenia and leucopenia in acute dengue fever patients. *J Family Med Prim Care*. 2022 Jun;11(6):3270-3275. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc\_53\_22. Epub 2022 Jun 30. PMID: 36119216; PMCID: PMC9480729.
32. **Fredeking TM, Zavala-Castro JE, González-Martínez P, Moguel-Rodríguez W, Sanchez EC, Foster MJ, Diaz-Quijano FA.** Dengue Patients Treated with Doxycycline Showed Lower Mortality Associated to a Reduction in IL-6 and TNF Levels. *Recent Pat Antiinfect Drug Discov*. 2015;10(1): 51-8. doi: 10.2174/1574891x10666150410153839. PMID: 25858261.
33. **FDA Pregnancy Categories.** <https://www.drugs.com/pregnancy/> - <https://www.drugs.com/pregnancy-categories.html>
34. **Smilack JD.** The tetracyclines. *Mayo Clin Proc*. 1999ul;74(7): 727-9. doi: 10.4065/74.7.727. PMID: 10405705.
35. **FDA Pregnancy Categories.** <https://www.drugs.com/pregnancy-categories.html>
36. **Meaney-Delman D, Rasmussen SA, Beigi RH, Zotti ME, Hutchings Y, Bower WA, Treadwell TA, Jamieson DJ.** Prophylaxis and treatment of anthrax in pregnant women. *Obstet Gynecol*. 2013 Oct;122(4):885-900. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182a5fdfd. PMID: 24084549; PMCID: PMC4710136.
37. **Jin J.** Safety of Medications Used During Pregnancy. *JAMA*. 2022 Aug 2;328(5):486. doi: 10.1001/jama.2022.8974. PMID: 35916845.
38. **Cross R, Ling C, Day NP, McGready R, Paris DH.** Revisiting doxycycline in pregnancy and early childhood--time to rebuild its reputation? *Expert Opin Drug Saf*. 2016;15(3):367-82. doi: 10.1517/14740338.2016.1133584. Epub 2016 Jan 25. PMID: 26680308; PMCID: PMC4898140.
39. **van Dissel JT, van Langevelde P, Westendorp RG, Kwappenberg K, Frölich M.** Anti-inflammatory cytokine profile and mortality in febrile patients. *Lancet*. 1998 Mar 28;351(9107):950-3. doi: 10.1016/S0140-6736(05)60606-X. PMID: 9734942.
40. **Dayarathna S, Jeewandara C, Gomes L, Somathilaka G, Jayathilaka D, Vimalachandran V, Wijewickrama A, Narangoda E, Idampitiya D, Ogg GS, Malavige GN.** Similarities and differences between the 'cytokine storms' in acute dengue and COVID-19. *Sci Rep*. 2020 Nov 16;10(1):19839. doi: 10.1038/s41598-020-76836-2. PMID: 33199778; PMCID: PMC7670444.
41. **Min M, U T, Aye M, Shwe TN, Swe T.** Hydrocortisone in the management of dengue shock syndrome. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 1975 Dec;6(4):573-9. PMID: 131976.
42. **Futrakul P, Vasanauthana S, Poshyachinda M, Mitrakul C, Cherdboonchart V, Kanthirat V.** Pulse therapy in severe form of dengue shock syndrome. *J Med Assoc Thai*. 1981 Oct;64(10):485-91. PMID: 7310249.
43. **Rothan HA, Mohamed Z, Paydar M, Rahman NA, Yusof R.** Inhibitory effect of doxycycline against dengue virus replication in vitro. *Arch Virol*. 2014 Apr;159(4):711-8. doi: 10.1007/s00705-013-1880-7. Epub 2013 Oct 19. PMID: 24142271.

**Contribución de autoría:** El autor participó en la concepción y diseño del trabajo; redacción del artículo; revisión crítica del artículo y aprobación de su versión final.

**Conflicto de interés:** El autor no tiene conflicto de interés con la publicación de este trabajo.

**Financiamiento:** Autofinanciado.

**Citar como:** Accinelli RA. El dengue: Son necesarios estudios multicéntricos aleatorizados con las medicinas que en segunda indicación podrían ser efectivas. *Diagnóstico (Lima)*. 2024;63(3):182-187.

**DOI:** <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v63i3.533>

**Autor Corresponsal:** Roberto Alfonso Accinelli.

**Correo electrónico:** roberto.accinelli@upch.pe

**Dirección:** Av. Honorio Delgado 430, Urb. Ingeniería. Lima, Perú 15102 Teléfono: 998-119480





## Casos Clínicos

# Torsión omental simulando apendicitis aguda

## Reporte de un caso y revisión de la literatura

### Omental torsion mimicking acute appendicitis

#### Case report and literature review

Fátima Manrique-Sila<sup>1</sup>, Angel F. Vera-Portilla<sup>1</sup>, Daniela Velásquez-Farfán<sup>1</sup>,  
George Manrique-Sila<sup>2</sup>, Walter Vera-Portilla<sup>2</sup>

#### Resumen

La torsión del epiplón mayor (TE) es una causa rara de dolor abdominal agudo, con síntomas inespecíficos que imitan frecuentemente a la apendicitis aguda. Presentamos el caso de una mujer de 44 años con cuadro compatible de apendicitis aguda. Fue intervenida mediante laparoscopia, observándose epiplón mayor adherido a pared abdominal anterior, devitalizado, torcido sobre su propio eje, la cual fue resuelta con omentectomía laparoscópica y apendicectomía complementaria. La TE es potencialmente grave, que requiere tratamiento urgente. El estudio tomográfico es útil, pero la mayoría se diagnostican intraoperatoriamente. Por lo tanto, debe incluirse en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo. El tratamiento definitivo es el quirúrgico, siendo de elección la omentectomía laparoscópica. Aunque existe un tratamiento conservador si se diagnostica previamente mediante radiología.

**Palabras clave:** Apendicitis, apendicitis aguda, epiplón, anomalía torsional, torsión mecánica.

#### Abstract

Torsion of the greater omentum (TE) is a rare cause of acute abdominal pain, with nonspecific symptoms that frequently mimic acute appendicitis. We present the case of a 44-year-old woman with symptoms compatible with acute appendicitis. She underwent laparoscopy, revealing the greater omentum adhered to the anterior wall of the abdomen, devitalized, twisted on its own axis, which was resolved with laparoscopic omentectomy and complementary appendectomy. ET is potentially serious, requiring urgent treatment. Tomographic study is useful, but most are diagnosed intraoperatively. Therefore, it should be included in the differential diagnosis of acute abdomen. The definitive treatment is surgical, with laparoscopic omentectomy being the choice. Although there is conservative treatment if it is previously diagnosed through radiology.

**Keywords:** Appendicitis, acute Appendicitis, omentum, torsion abnormality, mechanical torsion.

#### Introducción

La torsión del epiplón mayor (TE) o ligamento gastrocólico<sup>(1)</sup>, es una causa rara de dolor abdominal agudo<sup>(2,3)</sup>, siendo el 1,1 % de los casos de dolor abdominal<sup>(1,4,5)</sup>. Ocurre en 0.0016-0.37%(<0.4%) de la población<sup>(4,6-11)</sup>. Conocerla es importante para el cirujano, porque imita las causas comunes del abdomen quirúrgico<sup>(2,4,12,13)</sup> (Tabla 1). La mayoría como un cuadro de apendicitis aguda<sup>(2,7,10)</sup> (AA), cuya probabilidad contra un caso de AA es de 4:1000; y se diagnostica en el 0.05-0.1% de

laparotomías por AA<sup>(8)</sup>. Además, el diagnóstico preoperatorio de la enfermedad omental en ausencia de afectación intestinal o de órganos sólidos es un desafío, y requiere un alto índice de sospecha<sup>(12)</sup>, por lo que rara vez se diagnostica antes de la operación<sup>(2)</sup>.

La TE es una afección en la que un pedículo del delantal omental se tuerce sobre su eje mayor hasta tal punto que su vascularidad se ve comprometida<sup>(2,13,15)</sup>. No se ha establecido la patogénesis de la TE, pudiendo tener factores predisponentes

<sup>1</sup>Médico Especialista en Cirugía General, Hospital Edmundo Escomel, Arequipa, Perú. <sup>2</sup>Médico Especialista en Cirugía General, Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, Perú. **FZMS**; ID ORCID: 0009-0006-8899-5867. **AFVP**; ID ORCID: 00-0002-4128-8990. **DFVF**; ORCID: 0009-0000-6395-6606. **GCMS**; ID ORCID: 0000-0001-7660-6701, **WVP**; ID ORCID: 000-0003-3578-5218.

Tabla 1  
Diagnóstico diferencial de la torción omental

<b>Adultos</b>	Apendicitis aguda
	Colecistitis aguda
	Úlcera gastroduodenal perforada
	Diverticulitis cecal
	Obstrucción intestinal
<b>Mujeres</b>	Síndrome de Fitz -Hugh - Curtis
	Salpingitis aguda
	Embarazo ectópico
	Torsión quiste de ovario
	Hemorragia ovárica
	Endometriosis de pared abdominal
<b>Niños</b>	Diverticulitis de Meckel
	Torsión diverticular
	Linfadenitis mesentérica
	Ruptura esplénica
	Tumor retroperitoneal

(Tabla 2), como las malformaciones anatómicas y vasculares del epiplón<sup>(2,16)</sup>, y la obesidad<sup>(4,6,12,17)</sup>. Y factores desencadenantes (Tabla 2), que conducen a un aumento de la presión intraabdominal, hiperperistaltismo<sup>(2,4,10,16)</sup>, e incluso el embarazo<sup>(4)</sup>; los que provocarían el desplazamiento pasivo del epiplón<sup>(2)</sup>.

### Pueden ser de dos tipos primarias y secundarias<sup>(3,6,9)</sup>:

En la TE primaria (TEP) el segmento móvil y engrosado del epiplón gira alrededor de un punto fijo proximal en ausencia de cualquier patología intraabdominal<sup>(2,13)</sup>. Cualquiera puede verse afectado, pero es más frecuente entre 30-50<sup>(2,5,11,14)</sup> o 40-50<sup>(1,4,6,8)</sup> años, y varones(5:1)<sup>(1,2,4,6,8,14)</sup>. Probablemente debido al contenido de grasa relativamente mayor en el epiplón masculino<sup>(15)</sup>.

Su patogénesis no se ha establecido completamente<sup>(2)</sup> y su causa sigue siendo desconocida, sugiriendo múltiples factores predisponentes (Tabla 2) como la obesidad<sup>(2,16,18)</sup>, variantes anatómicas del epiplón<sup>(2,3)</sup> y vascularización anómala, que modifican el peso del epiplón<sup>(2,10)</sup>.

La TE secundaria (TES) es más común que la TEP, y se asocia con alguna patología preexistente<sup>(2-4,13)</sup>. Se relaciona con traumatismos externos, masas patológicas, patologías que conduzcan a adherencias<sup>(3,4,6)</sup>, o hernias (la más común)<sup>(2,11,13)</sup>, en especial hernias inguinales<sup>(11)</sup>, del lado derecho<sup>(1)</sup>, los cuales pueden sufrir dolores abdominales recurrentes<sup>(2)</sup> (Tabla 2). También, debido a focos inflamatorios, como casos de apendicitis o colecistitis leve o que remiten, en los que el foco

original desaparece, pero los cambios inducidos por contigüidad en el epiplón adyacente, persisten<sup>(2)</sup>.

### Reporte de caso

Presentamos el caso de una mujer de 44 años, con antecedente de colelitiasis, que un día antes de su ingreso presentó dolor abdominal intermitente, en hemiabdomen derecho, que posteriormente se localiza en fosa iliaca derecha (FID), con náuseas, sin vómitos, ni fiebre. A su ingreso por emergencia se encontró hemodinámicamente estable, e IMC 30Kg/m<sup>2</sup>. Al examen preferencial un abdomen distendido con dolor en FID y flanco derecho, signos de McBurney y Blumberg positivos, Murphy y Rovsing negativos. La analítica mostró leucocitos, hemoglobina, creatinina, perfil de coagulación y sedimento urinario dentro de parámetros normales, solo el resultado de glucosa ligeramente elevado en 142mg/dl (V.N.70-110). La ecografía abdominal informó colelitiasis y ausencia de líquido en cavidad abdominal.

Se indicó una laparoscopia diagnóstica con el diagnóstico presuntivo de AA; y se evidenció: en cuadrante superior derecho, el omento mayor adherido a pared abdominal anterior (PAA), rotado 3 veces sobre su propio eje, con segmento distal con signos de necrosis (Figura 1 y 2); y presencia de líquido libre serohemático +-100ml en fondo de saco de Douglas; además un apéndice cecal que impresionó ligeramente edematoso (congestivo). Por lo que se realizó la liberación de adherencias, omentectomía parcial con uso de dispositivo de energía bipolar, aspiración de líquido y apendicectomía a muñón libre, todo mediante laparoscopia. La paciente cursó con una evolución favorable, toleró dieta líquida a las 6 horas, y es dada de alta al tercer día, sin molestias, afebril, tolerando vía oral.

### Discusión

Las enfermedades omentales primarias que provocan dolor abdominal son raras<sup>(12)</sup>, pero potencialmente graves, que exigen atención inmediata<sup>(3)</sup>. De ellas, La TE es una patología rara<sup>(2)</sup> en la población adulta más joven<sup>(15)</sup>. Además, el infarto de epiplón es poco común debido a su rica vascularidad<sup>(12)</sup>, suministrada por arterias gastroepiploicas derecha e izquierda<sup>(10,13)</sup>.

La obesidad es un factor de riesgo importante<sup>(4,6,12,17,18)</sup>, presente en el 70% de pacientes<sup>(5)</sup>. Infiere en la distribución anormal de la grasa en el epiplón, lo que genera mayor peso, y mayor riesgo de torsión<sup>(4)</sup>. Además, el lado derecho del epiplón, representado por la arteria gastroepiploica derecha, es la parte más frecuentemente afectada, probablemente debido a su mayor longitud y movilidad<sup>(1,6,10,12,13,15)</sup>; diferente del izquierdo, fijado por los ligamentos gastroesplénicos y esplenocólicos<sup>(10)</sup>.

La TE determina el giro del epiplón alrededor de un punto de pivote, generalmente en el sentido de las agujas del reloj<sup>(2,13)</sup>. La ingurgitación de las venas tortuosas, que se comprimen más fácilmente, puede comprometer el retorno



II. Secundaria

(a) Unipolar<sup>a</sup>

(b) Bipolar<sup>b</sup>

(más común)

1.- Quistes y tumores del omento

2.- Hernia interna (Hiato de Winslow, etc)

3.- Hernia externa

4.- Asociado a procesos patológicos intrabdominales

1.- Hernia externa hernia inguinal

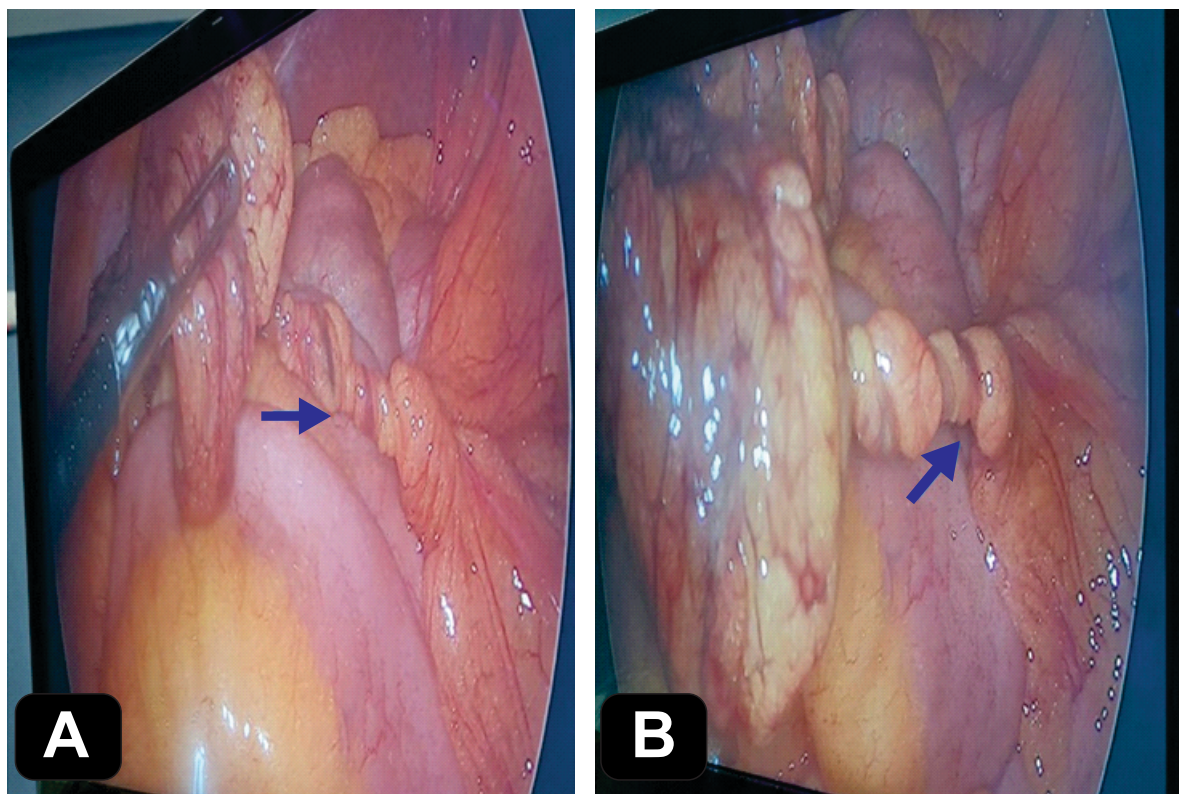
2.- Adherencias post operatorias

3.- Tumores causando fijación omental quistes y tumores abdominales

\*: **Clasificación de Adams 1973** Factores predisponentes y desencadenantes (6, 10, 16)

**a: Unipolar:** torsión del extremo/segmento libre móvil y, en el otro extremo un punto de fijación alrededor del cual ocurre la torsión (6, 13, 14)

**b: Bipolar:** ambos extremos son fijos la base fija y el otro extremo del epiplón adherido. Es más frecuente que las primarias (4, 8, 13, 14)

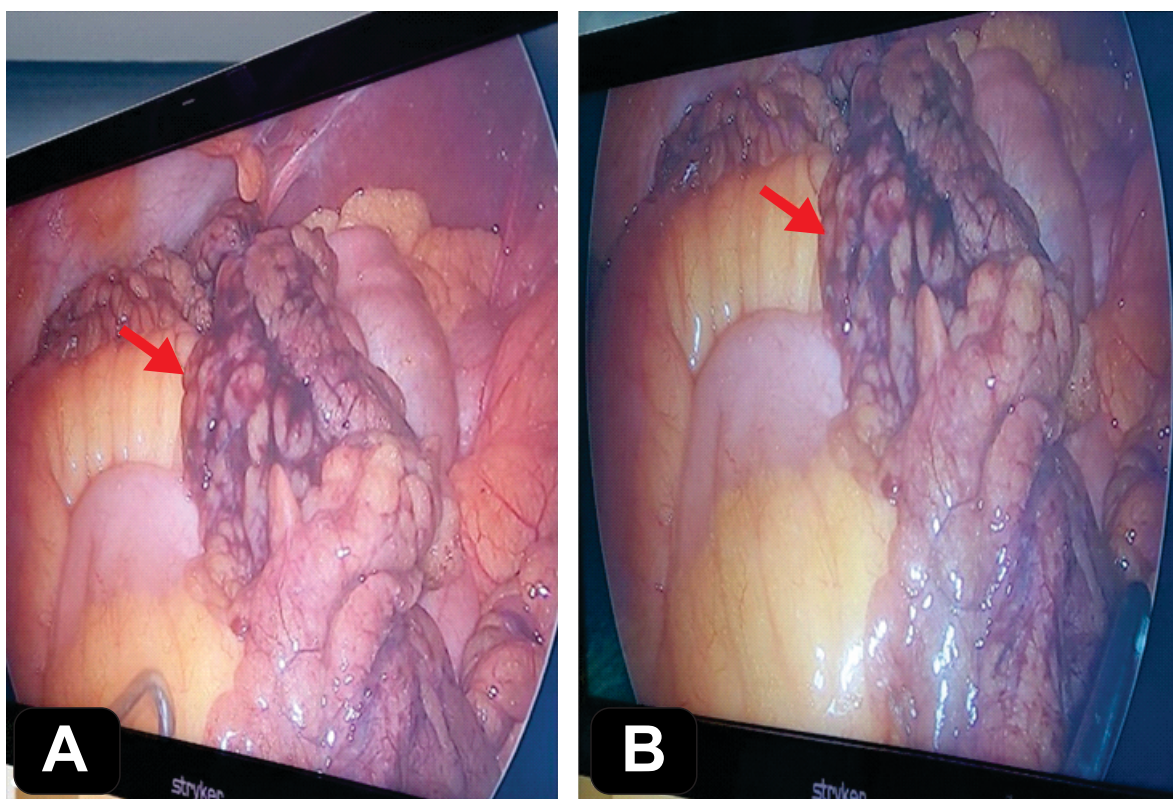


**Figura 1. Laparoscopia diagnóstica. A y B.** Torsión de epiplón sobre su propio eje y adherido a la pared abdominal anterior (flecha azul).

venoso, y el epiplón distal se congestiona y se vuelve edematoso. Puede recuperarse o continuar el proceso. Las extravasaciones hemorrágicas resultantes crean un líquido serosanguinolento característico dentro del epiplón mayor y en la cavidad peritoneal. A medida que la torsión progresa, provoca una oclusión arterial que conduce a un infarto hemorrágico agudo y, finalmente, a la necrosis<sup>(2,10,13)</sup>.

Clínicamente, la TEP y TES se presentan de manera similar<sup>(2,14)</sup>. Siendo un desafío diagnóstico en este grupo etéreo,

debido a los síntomas inespecíficos como dolor abdominal, en la FID (el más frecuente)<sup>(2,4,8,15)</sup> o en el lado derecho del abdomen<sup>(1,5,12,19)</sup>, de aparición repentina, constante, no irradiado y de intensidad creciente<sup>(2,4,14)</sup>; con hipersensibilidad en la zona afectada<sup>(5,6)</sup>. La mayoría se presentan con un episodio único de dolor abdominal, pero el dolor recurrente puede sugerir una TE<sup>(2,4,14)</sup>. El 50% presenta leucocitosis y febrícula (<38°C)<sup>(2,6,14)</sup>, puede haber aumento de la Proteína C Reactiva, e incluso hiperbilirrubinemia, probablemente debido a la hemólisis<sup>(10,16)</sup>. El 50-60% presenta distensión, hipersensibilidad, náuseas y



**Figura 2. Laparoscopia diagnóstica. A y B.** Evidencia de tejido omental desvitalizado, con signos de necrosis, de +-10cm de longitud (Flecha roja).

vómitos<sup>(6,8)</sup>. Aunque, el dolor abdominal en ausencia de síntomas gastrointestinales (náuseas, vómitos diarrea o estreñimiento), permite sospechar en TE, ya que la peristalsis intestinal no está alterada<sup>(4)</sup>. También, manifiestan menos malestar general<sup>(15)</sup> y temperatura  $<38.0^{\circ}\text{C}$ <sup>(16)</sup>, que los pacientes con AA.

Al examen, el 50-55% de los pacientes presentan una masa abdominal y peritonitis localizada<sup>(2,13,15)</sup>; o simular un plastrón<sup>(8)</sup>. Por todo ello, es difícil diferenciarlo de otros trastornos inflamatorios del lado derecho, como la AA(66%)<sup>(2,12)</sup> y la colecistitis aguda(22%)<sup>(2,14)</sup> (Tabla 1). Y muchas veces requiere quedar en observación, sin embargo, el cirujano no debe dejar progresar el cuadro más de 48h<sup>(7)</sup>. Adicionalmente, el signo de Carnett puede ser positivo (aumento del dolor abdominal mientras el paciente tensa los músculos abdominales levantando la cabeza y los hombros), en caso la TE esté adherida a la PAA<sup>(14)</sup>.

Nuestro caso trató de una mujer<sup>(9,10,14,20)</sup>, distinto a la mayoría de reportes; con antecedente de obesidad<sup>(15,18)</sup>. Ingresó con cuadro doloroso abdominal que simuló un cuadro apendicular<sup>(4,6-8,10,15,16,20)</sup>, pero sin leucocitosis<sup>(7,16,19,20)</sup>, ni tampoco hiperbilirrubinemia<sup>(16)</sup>.

La ecografía puede mostrar una masa compleja con mezcla de material sólido<sup>(2,14)</sup> hiperecogénico con bordes hipocogénicos, incompresible, con hipersensibilidad local,

que se adhiere a la PAA, de forma ovoide<sup>(4,6,10,15)</sup>; y líquido libre<sup>(2,4,6,10)</sup>. Sin embargo, este hallazgo puede no estar presente en todos los casos<sup>(12)</sup>. Pero, permite descartar otras patologías<sup>(12,13)</sup>.

La tomografía (TEM) de abdomen con contraste es de elección para diagnosticar el infarto de epiplón<sup>(12)</sup> y para excluir otras causas de abdomen agudo<sup>(17)</sup>. Muestra una masa ovoide, adherida a PAA<sup>(5,6,10)</sup>, en la región umbilical o anterolateral, o en el tercio medio del colon transversal<sup>(4)</sup>. Los signos clásicos de TE son confusos, pero el “Signo del torbellino” puede confirmar la TE, mostrando una masa turbia de grasa, con líneas concéntricas, con torsión de los vasos sanguíneos dentro del epiplón mayor, que giran alrededor de una línea vascular central<sup>(4,6)</sup>; y en caso de infarto, además, un halo periférico hiperdenso<sup>(17)</sup>. Sin embargo, este signo puede no estar presente en todos los casos, especialmente si la imagen no es perpendicular al plano de torsión<sup>(11)</sup>; y puede estar presente en malrotación del intestino delgado, vólvulo de sigmoides y torsión ovárica, aunque en diferentes ubicaciones del abdomen<sup>(11)</sup>. Por lo que la TEM es sensible para mostrar una masa omental pero no específica para hacer un diagnóstico de torsión<sup>(2)</sup>.

La ecografía y TEM son obligatorias como herramienta de diagnóstico preoperatorio, esto puede ayudar en el diagnóstico oportuno de la TEP<sup>(2,13)</sup>; aunque 0.6-4.8%(<5%) se diagnostican antes de la operación<sup>(4,5,9,18)</sup>. Y en casos

seleccionados, pueden evitar la cirugía y tratarse de manera conservadora<sup>(2,13,17)</sup>. Sin embargo, son ineficaces en el diagnóstico diferencial entre infarto de epiplón mayor y TE<sup>(2)</sup>. Por lo que, la herramienta diagnóstica y tratamiento de elección es la laparoscopia<sup>(2,8,13,15)</sup>. También ayuda a considerar la TE cuando los datos imagenológicos no son consistentes con AA, pero existe dolor abdominal intenso<sup>(9)</sup> o la apéndice, vesícula biliar y la cavidad pélvica son normales<sup>(2)</sup>. El líquido libre estéril, serosanguinolento, también es un hallazgo característico<sup>(2,6,15)</sup>. En nuestro caso, la ecografía fue negativa<sup>(7,20)</sup>, no mostró líquido libre<sup>(10)</sup>, ni periapendicular<sup>(4,6,12)</sup>, ni signos de AA<sup>(4)</sup>. Sin embargo, por la alta sospecha clínica de apendicitis, no se solicitó la TEM.

### El tratamiento de la TE incluye:

#### i) El tratamiento conservador:

Tradicionalmente, el infarto omental idiopático primario (IEP) se trataba mediante cirugía<sup>(12,18)</sup>. Pero a mayor número de casos diagnosticados mediante radiología, se planteó que es una enfermedad autolimitada y que puede recibir tratamiento médico<sup>(12,15)</sup>. Esto requiere un diagnóstico radiológico preciso<sup>(18)</sup>, y consiste en analgésicos orales, antiinflamatorios y antibióticos profilácticos<sup>(3,4,17)</sup>, con seguimiento clínico<sup>(18)</sup> y radiológico<sup>(14)</sup> del paciente. Los cuales mejoran clínicamente entre las 12-120 horas (la mayoría >3 días)<sup>(9)</sup>. Sin embargo, hasta el 25% reingresa por dolor recurrente o continuo<sup>(12)</sup>; todo ello incrementando la estancia hospitalaria<sup>(20)</sup>. También, predispone a la aparición de adherencias<sup>(4,10,14,17)</sup>; de abscesos omentales<sup>(4,10,14,17)</sup> (que pueden necesitar drenaje quirúrgico)<sup>(12,13)</sup>; o incluso omisión de una afección subyacente, que puede quedar enmascarada por los síntomas<sup>(3,17)</sup>. Solo en algunos casos, poco probables, la TE se puede resolver espontáneamente<sup>(3,8,20)</sup>.

#### ii) El tratamiento quirúrgico:

Considerado el tratamiento definitivo; sin embargo, el tratamiento farmacológico para el manejo del dolor es fundamental<sup>(3)</sup>. Consiste en la ligadura y resección de la porción del epiplón dañado ya sea por vía abierta o laparoscópica<sup>(6,7,10)</sup>, sin destorcer la porción involucrada, debido al riesgo de trombosis vascular y necrosis tardía<sup>(8)</sup>. En caso de TES se corrige la condición principal y se da un seguimiento

radiológico<sup>(6)</sup>. Actualmente, la omentectomía laparoscópica es el procedimiento de elección en caso de TE aguda<sup>(2,4,10,13,19)</sup>, ya que permite la exploración completa de la cavidad abdominal y las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva<sup>(4,10,18,19)</sup>. Indicada en casos de fracaso del tratamiento médico<sup>(4,12,18)</sup>, como en casos de persistencia de dolor intenso a pesar de analgesia adecuada<sup>(9,17)</sup>, fiebre y elevación de marcadores inflamatorios<sup>(18)</sup>; o en los casos de cirugías por dificultad o duda diagnóstica<sup>(4,12,17)</sup>. Sin embargo, en caso la laparoscopia requiera un tiempo quirúrgico prolongado, puede ser útil como diagnóstico, y requerir la conversión a una pequeña incisión para realizar la omentectomía<sup>(2)</sup>. Aunque, en la mayoría de los casos, no es necesaria, ya que la extracción de la muestra resecada se puede lograr a través de los sitios del trocar<sup>(4,10)</sup>. Por otro lado, en caso de observar una apéndice sana, algunos autores no recomiendan la apendicectomía incidental<sup>(7,10)</sup>, debido al aumento de litigios o complicaciones<sup>(7)</sup>; o por su papel en la regulación inmune de la flora bacteriana y su relación con enfermedades como la enfermedad inflamatoria intestinal<sup>(10)</sup>. Otros mencionan realizarla para evitar problemas diagnósticos en el futuro<sup>(15)</sup>.

En nuestro caso la laparoscopia mostró la TE, adherido a la PAA<sup>(14,16)</sup>, y se resolvió mediante omentectomía parcial laparoscópica<sup>(6,7,9)</sup>. Además se observó líquido libre serohemático<sup>(10,12)</sup>, y se complementó con una apendicectomía<sup>(5,6,8,9,12,15,16,20)</sup>, sin necesidad de cirugía abierta<sup>(1,20)</sup> o conversión.

La TEP es una causa rara de dolor abdominal, potencialmente grave, que requiere intervención oportuna. De difícil diagnóstico preoperatorio, pudiendo imitar muchas patologías abdominales agudas, en especial la AA. Aunque la ausencia de síntomas gastrointestinales es una característica importante. La TEM es útil cuando muestra el "signo del remolino"; pero la mayoría se diagnostican intraoperatoriamente. Por lo tanto, debe incluirse en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal del lado derecho, en pacientes adultos jóvenes, varones y obesos; sobre todo en pacientes cuya anamnesis y examen físico sean incompatibles con otras causas. También, debe considerarse la exploración del epiplón, frente a una laparoscopia negativa. El tratamiento definitivo es el quirúrgico, siendo de elección la omentectomía laparoscópica. Aunque existe un tratamiento conservador si se diagnostica preoperatoriamente.

### Referencias bibliográficas

- Barahona D, Covarrubias JP, Ahumada Ó. Whirl sign in omental torsion: apropos of a case. *Rev Chil Radiol*. 2023;29(2):79-82. doi: 10.24875/RCHRAD.23000004.
- Ghosh Y, Arora R. Omental torsion. *J Clin Diagnostic Res*. 2014;8(6):6-7. doi: 10.7860/JCDR/2014/9024.4479.
- Celi Yanongómez VN, Plazarte Michilena MM, Quinapaxi González MA, Guerrero Nejer KS. Abordaje Farmacológico y quirúrgico en la torsión omental. *Cienc Lat Rev*. 2024;8(1):426-435. doi: https://doi.org/10.37811/cl\_rcm.v8i1.
- Carrillo LM, Marín-López J de J, Díaz-Barrera O, Olvera Rodríguez JA, Gutiérrez-Gutiérrez LY, Herrera-Gutiérrez J. Omental torsion; an unusual case of acute abdomen. *Case report. Int J Surg Case Rep*. 2023;103:1-4. doi: 10.1016/j.ijscr.2023.107901.
- Ergenç M, Kivılcım Uprak T. Laparoscopic treatment of a rare causes of acute abdomen; primary omental torsion. *Laparosc Endosc Surg Sci*. 2021;28(2):125-127. doi: 10.14744/less.2021.82653.
- Zaleta-Cruz JL, Rojas-Méndez J, Garza-Serna U, González-Ruvalcaba R, Ortiz de Elguea-Lizarraga J,

- Flores-Villalba E. Torsión de epiplón. Reporte de caso. *Cir Cir*. 2017;85(1):49-53. doi: 10.1016/j.circir.2015.08.008.
7. Rodríguez González A, Segovia Lohse HR, Zparate Centurión D, Arzamendia M. Abdomen agudo por torsión de epiplón mayor simulando una apendicitis aguda. *An Fac Cienc Méd*. 2023;56(34):95-98. doi: http://dx.doi.org/10.18004/anales/2023.
  8. Cruz Rodríguez J, González Hernández JA, Duarte Linares Y, Hechevarría Hernández O. Torsión primaria segmentaria del omento mayor?: una causa infrecuente de abdomen agudo quirúrgico. *Medicent Electrón*. 2023;27(1).
  9. Yachi R, Fujiwara S, Akaishi R, Suzuki H, Hoshida T. Torsion of the Greater Omentum: A Mimicker of Acute Appendicitis. *Cureus*. 2023;15(4):1-4. doi: 10.7759/cureus.38165.
  10. Mihețiu A, Sandu A, Bratu D, Mihețiu C. Laparoscopic Management of Primary Omental Torsion. *Case Rep Surg*. 2021;1-6. doi: 10.1155/2021/5536178.
  11. Liu G, Patel M. A case of omental torsion and infarct diagnosed on computed tomography. *J Med Imaging Radiat Oncol*. 2020;65(2):219-221. doi: 10.1111/1754-9485.13129.
  12. Gupta R, Farhat W, Ammar H, Azzaza M, Lagha S, Cheikh Y ben, et al. Idiopathic segmental infarction of the omentum mimicking acute appendicitis: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2019;60:66-68. doi: 10.1016/j.ijscr.2019.03.050.
  13. Thayalan Dias SJ, Gobishangar S, Mary Sureska G, Vaishnavi T, Priyatharsan K, MaznetTheepan JM. Omental torsion - A mimicker of the acute appendicitis - A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2023;112:108958. doi: https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2023.
  14. Sawada I, Gopal Dhoubhadel B, Kato K, Kawauchi N. Omental torsion: An uncommon cause of abdominal pain. *Int J Case Rep Images*. 2022;13:1-6. doi: 10.5348/101304z01is2022cr.
  15. Saad E, Awadelkarim A, Agab M, Babkir A, Yeddi A. Omental Fat Torsion: A Rare Mimicker of a Common Condition. *J Investig Med High Impact Case Reports*. 2022;10:1-4. doi: 10.1177/23247096221076271.
  16. Katagiri H, Honjo K, Nasu M, Fujisawa M, Kojima K. Omental Infarction due to Omental Torsion. *Case Rep Surg*. 2013;2013:1-3. doi: 10.1155/2013/373810.
  17. Nached M, Nached Y, Al Awa A. Idiopathic Omental Infarction Presenting With Recurrent Abdominal Pain. *Cureus*. 2023;15(1):1-4. doi: 10.7759/cureus.33796.
  18. Foula MS, Sharroufna M, Alshammasi ZH, Allothman OS, Almusailh BA, Hassan KA. Non-operative management of primary omental torsion, a case report and literature review. *Clin Case Reports*. 2021;9(7):1-8. doi: 10.1002/ccr3.4474.
  19. Zhao C, Li S, Wen D. Atypical primary omental torsion: An uncommon case report. *Asian J Surg*. 2023;46(2):1067-1068. doi: 10.1016/j.asjsur.2022.07.119.
  20. Al-Bader I, Al-Said Ali A, Al-Sharraf K, Behbehani A. Primary omental torsion: Two case reports. *Med Princ Pr*. 2007;16:158-160. doi: 10.1159/000098372.

**Contribución de autoría:** FMS, AFVP y DVF aportaron la idea de investigación, recolección de información, análisis estadístico, revisión, diseño, bibliografía, información bibliográfica, revisión del texto. GMS y WVP realizaron la revisión, diseño, bibliografía, información bibliográfica, revisión del texto.

**Conflicto de interés:** Los autores no tienen conflicto de interés con la publicación de este trabajo.

**Financiamiento:** Autofinanciado.

**Citar como:** Manrique-Sila F, Vera-Portilla AF, Velásquez-Farfán D, Manrique-Sila G, Vera-Portilla W. Torsión omental simulando apendicitis aguda. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Diagnóstico (Lima)*. 2024;63(2):188-194.

**DOI:** https://doi.org/10.33734/diagnostico.v63i3.536

**Autor Corresponsal:** Angel F. Vera-Portilla. Calle Gonzales Prada N° 218, Urb. 15 de Agosto, Paucarpatá, Arequipa.

**Correo electrónico:** angel.veraportilla218@gmail.com

**Tel.:** 983-771139, 054 462245

# DIAGNÓSTICO

Revista Médica de la Fundación Instituto Hipólito Unanue

Invitamos a los interesados en publicar artículos a remitirlos, de acuerdo a nuestras Normas de Publicación que pueden ser revisadas en nuestra página web: [www.fihu.org.pe](http://www.fihu.org.pe) realizando los siguientes pasos:

Revista - Revista virtual - Autores - Normas para autores

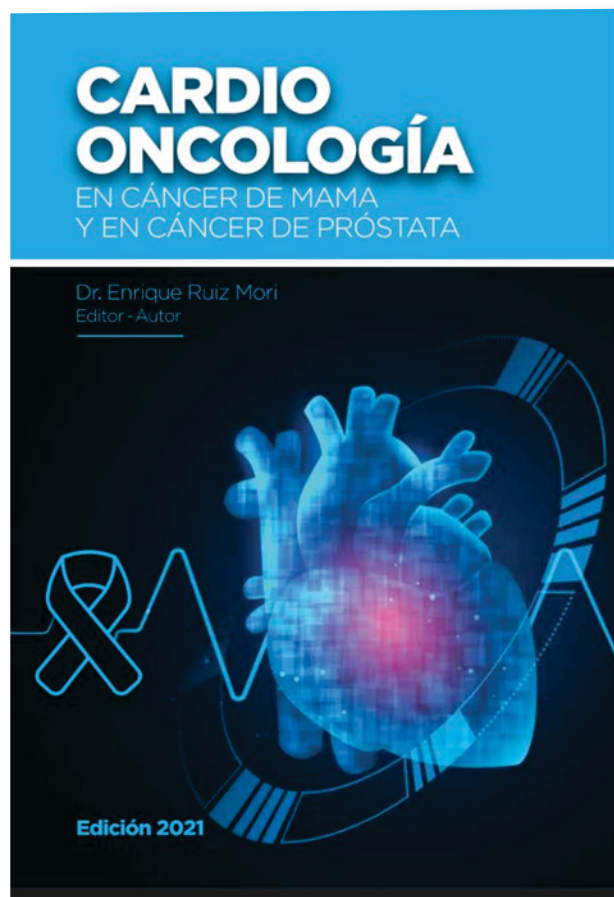
CORREO ELECTRÓNICO:

[fihu-diagnostico@alafarpe.org.pe](mailto:fihu-diagnostico@alafarpe.org.pe)



Esta obra está bajo  
una Licencia Creative Commons  
Atribución 4.0 Internacional.

## Galería del Libro Médico Peruano



### **CardioOncología en cáncer de mama y en cáncer de próstata** Enrique Ruiz Mori (Editor-Autor)

Primera edición, Lima, 2021 (273 páginas)

ISBN N° 978-612-00-6313-2

Depósito legal Biblioteca Nacional del Perú N° 2021-N° 2021-04648

Impresión Corporación Gráfica Universal. Lima.

Menciona el autor en la Presentación: *“La Cardiotoxicidad en los pacientes oncológicos está relacionada con los factores de riesgo cardiovascular, enfermedad cardiovascular preexistente y la terapia oncológica; esta condición clínica conlleva un incremento de la morbimortalidad cardiovascular del superviviente de cáncer, supervivencia que se ha incrementado en los últimos años gracias al diagnóstico precoz y las modernas terapias oncológicas; permitiendo finalmente que se desarrolle una nueva subespecialidad de la cardiología: la CardioOncología...”*

Esta obra se divide en cuatro secciones, el primero que muestra la realidad del cáncer y su supervivencia, la segunda en donde se desarrolla el cáncer de mama y en el tercero el cáncer de próstata, ambas secciones buscan mostrar sus respectivos tratamientos y cómo ellos pueden desencadenar la cardiotoxicidad, presentando las situaciones en que el oncólogo debe derivar al paciente para el cardiólogo, quien a la vez debe estar capacitado para brindar el tratamiento y seguimiento respectivo”.

**Citar como:** Enrique Ruiz Mori. Galería del Libro Médico Peruano. Comentario al libro: CardioOncología en cáncer de mama y en cáncer de próstata. Diagnóstico (Lima). 2024;63(3):195.

**DOI:** <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v63i3.534>



# Liraglutida

## Para niños de 6 a 12 años de edad con obesidad<sup>1</sup>



Actualmente no hay ninguna medicación aprobada para el tratamiento de la obesidad en niños menores de 12 años. El uso de la liraglutida se ha demostrado que induce la pérdida de peso en adultos y adolescentes con obesidad, pero su seguridad y eficacia no ha sido establecida en niños.

Este estudio se desarrolló con niños de 6 a 12 años con obesidad para recibir una dosis diaria de liraglutida en forma subcutánea en una dosis de 30 miligramos o placebo, con modificaciones en el estilo de vida.

El primer punto final fue el porcentaje del cambio en el índice de masa corporal, es decir el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros. Los puntos secundarios fueron el porcentaje del cambio en el peso corporal y una reducción del índice de masa corporal de al menos 5%.

82 participantes fueron distribuidos de la siguiente manera: 56 fueron asignados al grupo de liraglutida y 26% al

grupo de placebo. A la semana 56 el porcentaje del cambio promedio comparado con el peso inicial fue de menos de 5.8% con liraglutida y 1.6% con placebo.

Efectos adversos ocurrieron en 89% y en 88% de los participantes de los dos grupos.

Efectos adversos gastrointestinales fueron más comunes en el grupo de liraglutida (80% versus 54%).

El cambio del peso corporal fue 1.6% con liraglutida y 10% con placebo.

En conclusión, en niños de 6 a 12 años con obesidad el tratamiento de liraglutida por 56 semana junto con modificaciones en el estilo de vida resultó en una mayor reducción del peso corporal comparado con las modificaciones en el estilo de vida.

**Rolando Calderón Velasco**

<sup>1</sup>Claudia K. Fox y cols.  
N.º de Engl. J. Med. .10 de septiembre de 2024. doi: 10.1056/NEJMoa2407379.

**Citar como:** Calderón Velasco R. Revista de Revistas. Liraglutida. Para niños de 6 a 12 años de edad. Diagnóstico (Lima). 2024;63(3):196.

**DOI:** <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v63i3.535>

**Correspondencia:** Rolando Calderón Velasco.

**Correo electrónico:** rocalve@gmail.com