

Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad cardiovascular durante la pandemia COVID-19

Trastornos del sueño y depresión en la enfermedad de Parkinson

Condiciones laborales del personal de salud mental al comienzo de la pandemia por COVID-19 en Argentina

Impacto subjetivo de la pandemia de COVID-19 en los trabajadores de salud mental de la Argentina

Adaptación de la práctica psiquiátrica en instituciones de salud mental públicas y privadas de la Ciudad de Buenos Aires durante la pandemia de COVID-19

Inteligencia emocional percibida y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados de Montería, Colombia

Asociación de la diseminación del COVID-19 con síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios



# REDACCIÓN

**Director** Juan Carlos Stagnaro (Universidad de Buenos Aires).

**Sub-directores** Santiago Levín (Universidad de Buenos Aires).  
Martín Nemirovsky (Proyecto Suma).  
Daniel Matusevich (Hospital Italiano de Bs.As.).

**Directores asociados** **América Latina:** Cora Lugercho.  
**Europa:** Dominique Wintrebert, Martín Reza, Eduardo Mahieu, Federico Ossola.  
**EE. UU. y Canadá:** Daniel Vigo.

**Comité científico** **Argentina:** L. Almirón, M. Cetkovich Bakmas, A. Goldchluk, J. Nazar, J. Pellegrini, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, A. Ravenna, E. Rodríguez Echandía, A. Sassatelli, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, M.A. Vera, H. Vezzetti.  
**Bélgica:** J. Mendlewicz. **Brasil:** J. Mari. **Colombia:** R. N. Córdoba.  
**Chile:** A. Heerlein, F. Lolas Stepke. **España:** R. Huertas, V. Barembli.  
**Francia:** Th. Tremine, B. Odier. **Italia:** F. Rotelli. **México:** S. Villaseñor Bayardo. **Perú:** R. Alarcón. **Reino Unido:** G. Berrios. **Suecia:** L. Jacobsson.  
**Suiza:** Nelson Feldman **Uruguay:** H. Casarotti, A. Lista. **Venezuela:** C. Rojas Malpica.

**Consejo de redacción** **Martín Agrest** (Proyecto Suma), **Norberto Aldo Conti** (Hospital "José T. Borda"), **Juan Costa** (Cesac 6 y 24, Hospital "P. Piñero"), **Natalia Fuertes** (Hospital Italiano de Buenos Aires), **Gabriela S. Jufe** (Consultor independiente), **Eduardo Leiderman** (Universidad de Palermo), **Alexis Mussa** (Consultor independiente), **Esteban Toro Martínez** (Cuerpo Médico Forense de la Corte Suprema de Justicia de la Nación), **Fabián Triskier** (PAMI e INECO), **Ernesto Walhberg** (Consultor independiente), **Silvia Wikinski** (CONICET, Universidad de Buenos Aires).

**Comité de redacción** **Secretario:** Martín Nemirovsky.  
Daniel Abadi, Julián Bustin, José Capece, Pablo Coronel, Sebastián Cukier, Laura Fainstein, Edith Labos, Elena Levy Yeyati, Silvina Mazaira, Mariana Moreno, Mariano Motuca, Nicolás Oliva, Federico Pavlovsky, Ramiro Pérez Martín, Diana Zalzman, Judith Szulik, Juan Tenconi.

**Corresponsales** **México:** María Dolores Ruelas Rangel. **Colombia:** Jairo González.  
**Venezuela:** Miguel Ángel De Lima Salas. **Francia:** Eduardo Mahieu.  
**Reino Unido:** Catalina Bronstein.

Vertex Revista Argentina de Psiquiatría es una publicación de periodicidad trimestral. Reg. Nacional de la Propiedad Intelectual: Nro. 207187 - ISSN 2718-904X (versión en línea). Hecho el depósito que marca la ley. Vertex Revista Argentina de Psiquiatría. (2021). 32(153): 5-84.

Todos los derechos reservados. © Copyright by Vertex. Vertex Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Polemos SA.

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin previo consentimiento de su Editor Responsable. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

**Coordinación de edición** Carolina Pangas - edicion@polemos.com.ar

**Diseño y diagramación** D.I. Pilar Diez - mdpdiez@gmail.com - [www.mdpdiez.wixsite.com/pdestudio.com](http://www.mdpdiez.wixsite.com/pdestudio.com)

Imagen de tapa: Estructura arquitectónica moderna - [www.freepik.es](http://www.freepik.es)



---

## EDITORIAL

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), conocida por su siglas en inglés (CRPD), vino a cambiar muchas cosas en variados terrenos. En el nuestro, inaugura un nuevo paradigma que promueve la autonomía del sujeto con una discapacidad mental y deja atrás el viejo modelo tutelar en el que las decisiones eran tomadas por terceros, con independencia de la voluntad del interesado y suponiendo a la discapacidad como un impedimento intrínseco para tomar decisiones. Tres hitos marcan su ingreso en nuestro sistema legal: en 2008 la Argentina ratifica la CRPD, que adquiere así rango constitucional; en 2010 se sanciona la Ley 26657 (conocida como Ley Nacional de Salud Mental), que porta este nuevo paradigma como uno de sus ejes fundamentales; y en 2015 se sanciona el nuevo Código Civil y Comercial Unificado, que también incorpora estos novedosos principios marcando una clara frontera entre pasado y futuro.

La discapacidad no es un obstáculo para ejercer la autonomía, pero ¿qué sucede con la persona que experimenta una alteración transitoria de su estado de conciencia? Estos estados transitorios, que los psiquiatras llamamos “episodios de descompensación mental”, pueden obedecer a diversas causas y cursar con sintomatología variada. En estos casos, la conducta a adoptar en la urgencia psiquiátrica es un punto clave a considerar.

Si, por ejemplo, el estado alterado de la conciencia se debiera al consumo excesivo de alcohol en un sujeto que conduce un automóvil, nadie duda de que el Estado debe intervenir, privando a esa persona de la libertad de manejar su vehículo mientras dure la intoxicación. Si el acento se pone en el resguardo del derecho a la libertad y en el concepto de “dignidad del riesgo”, esa persona que es considerada legalmente capaz pero sufre una alteración transitoria de la conciencia puede quedar desprotegida, abandonada a la posibilidad de que su situación empeore, incluso de un modo irreparable. Esto sucede tanto si se limita una internación psiquiátrica -tomando la negativa a internarse del sujeto descompensado como la expresión genuina de su voluntad-, como si se ordena la finalización abrupta, precoz, de una internación en curso, por circunstancias similares. Empujando a ese sujeto a un riesgo de consecuencias impredecibles, se respeta su derecho a la libertad y la dignidad del riesgo -sin considerar su estado de conciencia actual-, pero a la vez se vulnera su derecho a recibir el más alto nivel posible de atención de su salud mental. Es importante aclarar que a esta zona gris se agrega la falta de recursos reales, desde lo sanitario, para la intervención. Quienes pagan los platos rotos son, en primer lugar, los usuarios y, en segundo lugar, los trabajadores de la salud. Estos últimos cargan la responsabilidad de tomar decisiones en un escenario desbalanceado. El Estado parece haber diseñado una arquitectura institucional con





---

## EDITORIAL

mayores recursos para controlar a posteriori lo actuado que para dotar a los profesionales de la salud de herramientas suficientes para asumir las decisiones sanitarias que la regulación les delega.

Pero hay más. Idealmente, los derechos humanos son un marco conceptual y jurídico que es transversal a las distintas ramas clásicas del Derecho. Pero las internaciones se dirimen en el fuero civil de familia (el mismo que se expide sobre divorcios, tenencias y adopciones), la responsabilidad profesional de los trabajadores de la salud en el fuero penal, y los daños reparables pecuniariamente en el fuero civil patrimonial. Y el entorno penal es un universo muy distante al espíritu de la CRPD, en el que los cambios culturales parecieran venir muy retrasados. Esta desconcertante diferencia entre los paradigmas vigentes en el fuero civil y el penal (y entre sus respectivas variantes) debe ser, de alguna manera, tramitada. Porque a la hora de las responsabilidades penales no se considera la dignidad del riesgo y el derecho a la autonomía sino todo aquello que se podría haber hecho y no se hizo, y el peso suele recaer sobre la figura del médico psiquiatra, y no del equipo interdisciplinario.

Por último, los tiempos. El profesional que atiende una situación urgente debe pensar y actuar en pocos minutos, a veces segundos. Pero sus decisiones, en caso de ser objeto de escrutinio judicial, son evaluadas por decenas de técnicos en un lapso que se prolonga por años. He allí otra discordancia que debe ser reflexionada y desandada.

Las y los psiquiatras tenemos vocación de justicia y vocación de trabajo en equipo. Sabemos que sin normas no hay cultura ni salud mental, y sabemos que nuestra materia de trabajo es tan compleja que precisa de abordajes múltiples, y que ninguno de ellos capta la totalidad del fenómeno sino solo una parcialidad del mismo. No pedimos inmunidad ni fueros especiales. No reclamamos supremacía. Solo pedimos reglas claras para poder ayudar a quienes más nos necesitan en los momentos de mayor vulnerabilidad.

Precisamos un nuevo acuerdo entre quienes hacen las normas, quienes las aplican y quienes trabajamos en el terreno clínico en situaciones que, a veces, requieren de decisiones instantáneas. Lo que está en juego es demasiado importante.

*Santiago Levín*



# ÍNDICE

---

## 2 Editorial

### Artículos

5 Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad cardiovascular durante la pandemia COVID-19. *Gustavo H. Cerezo, Augusto Vicario*

13 Trastornos del sueño y depresión en la enfermedad de Parkinson. *Fernanda Farfán Alé, Agustín Folgueira, Sofía Luján, Agustina Furnari, Marcela Ponce de León, Stella Maris Valiensi*

21 Condiciones laborales del personal de salud mental al comienzo de la pandemia por COVID-19 en Argentina. *Maximiliano Cesoni, Viviana A. Peskin, Diana Milena Berrio Cuartas, Cora Lugercho*

29 Impacto subjetivo de la pandemia de COVID-19 en los trabajadores de salud mental de la Argentina. *Martín Agrest, Melina Rosales, Marina A. Fernández, Rocío Alonso, Alberto Rodolfo Velzi Díaz, Andrés Pablo Matkovich, Sara Ardila-Gómez*

40 Adaptación de la práctica psiquiátrica en instituciones de salud mental públicas y privadas de la Ciudad de Buenos Aires durante la pandemia de COVID-19. *Melany Oppel, Sebastián Camino, José María Smith, Antonella Godoy, Sergio Strejilevich*

45 Inteligencia emocional percibida y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados de Montería, Colombia. *Francisco Javier Vásquez De la Hoz, Gonzalo Daniel Galván, Manuel Francisco Guerrero-Martelo, Marlen Raquel Simancas Fernández, William Andrés Tribales Huertas*

53 Asociación de la diseminación del COVID-19 con síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *Daniel Vigo, Laura Jones, Richard Munthali, Julia Pei, Jean Westenberg, Lonna Munro, Carolina Judkowitz, Angel Y. Wang, Brianna Van den Adel, Joshun Dulai, Michael Krausz, Randy P. Auerbach, Ronny Bruffaerts, Lakshmi Yatham, Anne Gadermann, Brian Rush, Hui Xie, Krishna Pendakur, Chris Richardson*

70 **El rescate y la memoria**  
Introducción al texto de Phillipe Pinel sobre la Melancolía de 1816. *Juan Manuel Ferraro Melancolía. Phillipe Pinel*

83 **Lecturas**  
En el estanque (Diario de un nadador), Al Alvarez. *Daniel Matusevich*

## Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad cardiovascular durante la pandemia COVID-19

*Prevalence of anxiety and depression in patients with cardiovascular disease during the COVID-19 pandemic*

**Gustavo H. Cerezo<sup>1</sup>, Augusto Vicario<sup>1</sup>**

### Resumen

**Introducción:** La pandemia COVID-19 y las medidas sanitarias implementadas impactaron sobre la salud mental de las poblaciones más vulnerables. **Objetivo:** Conocer la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad cardiovascular y/o factores de riesgo después de finalizada la cuarentena y compararla con la prevalencia durante la cuarentena y antes de la pandemia COVID-19. **Métodos:** Se envió un cuestionario on-line a los 150 días de finalizada la cuarentena. Se utilizó la escala de Ansiedad-Depresión Hospitalaria (HAD, por sus siglas en inglés) y se registraron los datos clínicos y demográficos. Los resultados fueron comparados con las muestras obtenidas durante la cuarentena y el estudio EPICA realizado en 2016 antes de la pandemia COVID-19. **Resultados:** Las muestras incluyeron 1076, 3542 y 1035 pacientes respectivamente. La prevalencia de ansiedad fluctuó pero no cambió (20.8%, 13.5% y 21% respectivamente). La depresión incrementó su prevalencia (9.8%, 16.7% y 19.7% respectivamente). La depresión se asoció con la enfermedad coronaria y las conductas de riesgo (fumar cigarrillos y sedentarismo). **Conclusión:** La depresión duplicó su prevalencia durante la pandemia COVID-19 en pacientes con enfermedad cardiovascular y/o factores de riesgo. Los efectos de la pandemia parecen extenderse más allá de la duración de la cuarentena.

**Palabras clave:** Ansiedad - Depresión - COVID-19 - HAD - Enfermedad cardiovascular.

### Abstract

**Introduction:** The COVID-19 pandemic and the sanitary measures implemented had an impact on the mental health of the most vulnerable populations. **Aims:** To know the prevalence of anxiety and depression in patients with cardiovascular disease and/or vascular risk factors after the end of quarantine and compare it with the prevalence during quarantine and before the COVID-19 pandemic. **Methods:** An online questionnaire was sent 150 days after the quarantine ended. The Hospital Anxiety Depression (HAD) scale was used and clinical and demographic data were recorded. The results were compared with samples obtained during quarantine and the EPICA study conducted in 2016 before the COVID-19 pandemic. **Results:** The samples included 1076, 3542 and 1035 patients respectively. The prevalence of anxiety fluctuated but did not change (20.8%, 13.5% and 21% respectively). Depression increased its prevalence (9.8%, 16.7% and 19.7% respectively). Depression was associated with coronary heart disease and risk behaviors (cigarette smoking and sedentary lifestyle). **Conclusion:** Depression doubled its prevalence during the COVID-19 pandemic in patients with cardiovascular disease and/or vascular risk factors. The effects of the pandemic appear to extend beyond the duration of the quarantine.

**Keywords:** Anxiety - Depression - COVID-19 - HAD - Cardiovascular disease.

---

RECIBIDO 7/7/2021 - ACEPTADO 13/9/2021

<sup>1</sup>Unidad Corazón y Cerebro. Departamento de Epidemiología y Prevención Cardiovascular. Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (ICBA), Argentina.

### Autor de referencia:

Augusto Vicario

[avicario@icba.com.ar](mailto:avicario@icba.com.ar)

[augusto.vicario@gmail.com](mailto:augusto.vicario@gmail.com)

Lugar de realización del estudio: Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (ICBA), Argentina.

## Introducción

Las emociones negativas, tales como el miedo, la tristeza, la desesperanza o la angustia presentes durante la cuarentena o “Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio” (ASPO, como fue denominado en Argentina) implementado por la pandemia del *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19), impactaron sobre la salud mental de las personas más vulnerables. Diversas publicaciones dieron cuenta del aumento en la prevalencia de trastornos psicológicos y/o neuropsiquiátricos como consecuencia de la estricta cuarentena (Qiu et al., 2020; Brooks et al., 2020) o de la infección por COVID-19 (Taquet et al., 2021). Una encuesta realizada por nuestro grupo de investigación en una muestra de personas con enfermedad cardiovascular y/o factores de riesgo vasculares en el día 90 del ASPO reveló que el 13.5% presentaba ansiedad y el 16.7% depresión (Vicario et al., 2020). Estos porcentajes contrastan con los obtenidos en el estudio realizado en población general en la Argentina que arrojaron 16,4% y 12,3% respectivamente, medidos con la Entrevista Internacional Compuesta (CIDI)) (Stagnaro et al., 2018) y en poblaciones con enfermedad cardiovascular (20.8% y 9.8% respectivamente) (Cerezo et al., 2018).

El desconocimiento sobre la pandemia COVID-19 hace que ignoremos cómo impacta la enfermedad sobre las funciones afectivas y cuáles podrían ser las consecuencias a largo plazo sobre la salud mental no solo de aquellos que se contagiaron el SARS-CoV-2, desarrollaron la enfermedad y se recuperaron, sino también de quienes solo soportaron las políticas sanitarias de restricciones impuestas por la pandemia (aislamiento social). Es así que la pandemia COVID-19 debiera ser considerada como un “evento traumático” para la salud mental, homologable a las catástrofes naturales, los conflictos bélicos, los ataques terroristas u otras epidemias pasadas, responsable de la persistencia de síntomas psicológicos o del aumento en la prevalencia de trastornos conductuales como la ansiedad y/o la depresión. Por lo cual, el objetivo de la presente investigación, realizada 150 días después de finalizar el ASPO, fue explorar las consecuencias a largo plazo sobre la salud mental (prevalencia de ansiedad y depresión) y compararla con dos muestras previas (antes de la pandemia COVID-19 y durante el ASPO) realizadas con la misma metodología a fin de conocer la trayectoria de los trastornos neuropsiquiátricos en el tiempo y el impacto que pudo causar tanto el ASPO prolongado implementado en nuestro país (7 meses y 6 días) como la enfermedad COVID-19.

## Métodos

En la presente muestra fueron analizados los datos de 1076 cuestionarios (encuestas) completos. La metodología utilizada fue descripta en extenso en dos publicaciones previas (Vicario et al., 2020; Cerezo et al., 2018). En forma resumida, se utilizó la escala de Ansiedad-Depresión Hospitalaria (HAD, por sus siglas en inglés), considerando como puntos de corte: 0-7 puntos “normal”; 8-10 puntos: “caso probable” y 11-21 puntos: “caso” de ansiedad y/o depresión según el artículo original de Zigmond y Snaith (1983). El cuestionario (diseñado sobre una plataforma Jot Form) registró los datos clínicos (hipertensión, diabetes, dislipidemia, enfermedad cardiovascular, etc.) y demográficos (edad, sexo). A diferencia de las dos encuestas anteriores se agregaron 2 preguntas referidas a la enfermedad COVID-19 (contagio, internación, requerimiento de oxígeno, etc.). El cuestionario fue enviado el 07 de abril de 2021 y re-enviado en forma automática el 09 de abril de 2021 (a los 150 días de finalizado el ASPO) a las direcciones de correo electrónico de la base de datos del Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (ICBA) (personas  $\geq 16$  años de edad) que respondieron la encuesta anterior realizada durante el ASPO ( $n=4.316$ ) (Vicario et al., 2020). Se obtuvo una tasa de respuesta del 41.5% ( $n=1320$ ) y una tasa de retención del 82.2% ( $n=1086$ ). Fueron excluidas 10 respuestas por no haber aceptado el consentimiento informado.

La encuesta anterior se realizó 3 meses después que las autoridades de Argentina decretaran el ASPO por la pandemia COVID-19 (día 90 del ASPO, 20 de junio de 2020) (Vicario et al., 2020). Esta fue enviada a 45.088 direcciones de correo electrónico pertenecientes a pacientes con enfermedades cardiovasculares y/o factores de riesgo vascular,  $\geq 16$  años de edad, atendidos en el ICBA, entre 2018 y 2019. La tasa de respuesta fue 21.5% y la tasa de retención 14.1% ( $n=3542$ ). Para comparación de las dos encuestas realizadas durante la pandemia COVID-19 se utilizaron los resultados del estudio EPICA (Estudio sobre la prevalencia de depresión en pacientes cardiovasculares) (Cerezo et al., 2018), realizado entre octubre y noviembre de 2016. En aquella oportunidad fueron encuestados, en forma voluntaria, en la sala de espera de los consultorios de cardiología del ICBA, pacientes  $\geq 16$  años edad con enfermedad cardiovascular y/o factores de riesgo vascular ( $n=1035$ ). En las tres muestras, las encuestas fueron no personalizadas, no hubo incentivos, fueron auto-administradas y se utilizó la misma escala para medir la ansiedad y la depresión (HAD), y el mismo cuestionario para registrar los datos clínicos y demo-

gráficos. La escala HAD está validada para el idioma español y presenta rangos de sensibilidad entre 0,74 y 0,84 y de especificidad entre 0,78 a 0,80. Además, es una escala que sustituye los síntomas somáticos que pueden presentar los pacientes con enfermedades cardiovasculares por otros específicos de la esfera psíquica. Así quedaron conformadas tres muestras de pacientes  $\geq 16$  años edad, con enfermedad cardiovascular y/o factores de riesgo vascular atendidos en la misma institución cardiológica: primera encuesta “antes de la pandemia COVID-19” (n=1035), segunda encuesta “durante el ASPO” (n=3542) y tercera encuesta “después del ASPO” (n=1076).

El diseño del estudio fue de corte transversal y descriptivo. Las variables categóricas se expresaron en porcentajes y las continuas por su media  $\pm$  desvío estándar (DE). Para las comparaciones se utilizó el test de  $\chi^2$  ajustado o Mann Whitney de acuerdo a la naturaleza de las variables. En todos los casos se trabajó con un nivel de confianza del 95%. El estudio cumplió con todas las reglamentaciones locales e internacionales vigentes y respetó las normas éticas para los estudios de investigación en seres humanos. El protocolo del estudio así como el consentimiento informado fue aprobado por el Comité de Ética Independiente del ICBA (código de registro: 4270). Todos los encuestados firmaron el consentimiento informado para participar del estudio y las respuestas fueron procesadas en forma anónima no siendo posible asociar los datos con las personas que los originaron cumpliendo con la ley nacional de protección de datos personales (Ley N° 25.326).

## Resultados

Un total de 1076 participantes completaron la encuesta. La *tabla 1* resume las características clínicas y demográficas de la muestra estudiada. La edad promedio de la muestra fue  $63.3 \pm 12.1$  años (rango 21-95 años) y el 59.8% (n=644) fueron mujeres. Se registraron 91 casos de COVID-19 (8.45%), el 64.8% fueron mujeres (n=59) y el 12% fueron formas moderadas a graves que requirieron internación y suplemento de oxígeno (ningún caso requirió internación en la unidad de cuidados intensivos ni asistencia ventilatoria mecánica).

La prevalencia en la muestra total de “caso” de ansiedad fue 21% (n=227) y “caso” de depresión 19.7%, siendo más frecuente en las mujeres (ansiedad 25.6% vs. 14.3%,  $p < 0.0001$ ; depresión 22.0% vs. 16.2%,  $p 0.019$ ). No hubo diferencias en la prevalencia de ansiedad y depresión entre contagiados (COVID +) y no contagiados (COVID -) (ansiedad 19.7% vs 21%,

$p 0.767$  y depresión 19.7% vs 19.7%,  $p 0.986$ ). No hubo diferencia estadística entre los puntajes de la escala de depresión entre categorías de edad, en tanto la ansiedad fue más prevalente en jóvenes (categoría  $\leq 40$  años). El mayor puntaje en la escala de ansiedad ( $9.3 \pm 5.4$  puntos) fue en la categoría  $\leq 40$  años y el menor ( $5.2 \pm 4.3$  puntos) en la categoría  $\geq 71$  años (ver *tabla 2*).

La *tabla 3* muestra las diferencias absolutas y relativas en la prevalencia de ansiedad y depresión en las tres muestras examinadas. Las características clínicas y demográficas de la muestra pre-pandemia y la muestra durante el ASPO fueron descriptas en sus respectivas publicaciones (Cerezo et al., 2018; Vicario et al., 2020). La prevalencia de depresión se duplicó (diferencia relativa 2.0) durante la pandemia COVID-19 comparada con la prevalencia pre-pandemia. En tanto la prevalencia de ansiedad presentó un comportamiento fluctuante, descendió durante el ASPO (cuarentena) para luego retornar a la prevalencia pre-pandemia (20.0%, 13.5% y 21% respectivamente).

La *tabla 4* muestra las características demográficas de las tres muestras y la asociación con la depresión en cada una de ellas. La edad, el riesgo de fumar y la inactividad física se asociaron con los “casos” de depresión en las tres muestras. El sedentarismo presentó una relación dosis-respuesta con la severidad del síntoma depresión: antes de la pandemia COVID-19 (sin depresión 42.8%, probable 56.1% y depresión 71.5%), durante el ASPO (sin depresión 61.2%, probable 81.1% y depresión 86.1%) y pos ASPO (sin depresión 55.1%, probable 66.1% y depresión 77.3%). En tanto la depresión se asoció con la enfermedad coronaria en la segunda muestra realizada durante el ASPO (enfermedad coronaria  $p 0.03$ , infarto de miocardio  $< 0.0001$  y angioplastia 0.05) y en la primera muestra pre-pandemia, pero solo en el sexo masculino. El 71.5% de la muestra presentó algún trastorno del sueño, el 31.1% consumía psicofármacos y el 12.8% incrementó la dosis durante la pandemia. Los participantes con ansiedad “caso” y depresión “caso” realizaron más consultas médicas en los servicios de emergencia o en los consultorios médicos (ansiedad 45.8% vs 18.8% y depresión 40.5% vs 20.6% respectivamente,  $p < 0.0001$ ).

## Discusión

El hallazgo más relevante del presente estudio fue la elevada prevalencia de ansiedad y depresión observada 150 días después de haber concluido el período de ASPO (21% y 19.7% respectivamente). En esta muestra, el elevado porcentaje de ansiedad y depresión podría atribuirse a los efectos traumáticos de la pandemia COVID-19 (pérdida de familiares y amigos por la

**Tabla 1.** Características clínicas y demográficas de la muestra pos ASPO (n=1076)

Variable	Totales	Femenino	Masculino	Valor p
Muestra	1076	644	431	
Edad (años-media ± DE)	63.3 ± 12.1	61.8±12.4	65.7±11.2	<b>0.000</b>
Rango (edad)	21-95	21-95	26-90	
Género femenino (%)		59.8%	40.2%	<b>0.000</b>
<b>Factores de riesgo vascular</b>				
Hipertensión	44.7 (482)	38.1 (246)	54.7 (236)	<b>0.000</b>
Diabetes	11.6 (125)	6.9 (45)	18.5 (80)	<b>0.000</b>
Dislipidemia	16.0 (173)	16.7 (108)	15.0 (65)	0.460
Fumador	6.3 (68)	7.1(46)	4.8 (21)	0.131
Sedentario	61.5 (662)	64.9 (418)	56.6 (244)	<b>0.006</b>
<b>Enfermedades cardiovasculares</b>				
Enfermedad Coronaria (*)	19.5 (210)	7.2(47)	37.8 (163)	<b>0.000</b>
IM	6.9 (75)	2.7(18)	13.2 (57)	<b>0.000</b>
CRM	9.0 (97)	2.4 (16)	18.7 (81)	<b>0.000</b>
ATC (con o sin stent)	10.6 (115)	3.5(23)	21.3 (92)	<b>0.000</b>
FA	5.0 (54)	3.4(22)	7.4 (32)	<b>0.003</b>
ACV	2.3 (25)	1.7 (11)	3.2 (14)	0.101
<b>Característica enfermedad COVID-19</b>				
Contagios COVID-19	8.4 (91)	61.5 (59)	35.1 (32)	<b>0.000</b>
Aislamiento domiciliario	87.9 (80)	62.5 (50)	37.5 (30)	<b>0.002</b>
Requerimiento O <sub>2</sub>	12.0 (11)	81.8 (9)	18.1 (2)	<b>0.003</b>
<b>Trastornos afectivos</b>				
Ansiedad (probable)	15.3 (165)	18.0 (116)	11.3 (49)	<b>0.003</b>
Ansiedad "caso"	21.0 (227)	25.6 (165)	14.3 (62)	<b>0.000</b>
Depresión (probable)	18.1 (195)	21.5 (139)	12.9 (56)	<b>0.000</b>
Depresión "caso"	19.7 (212)	22.0 (142)	16.2 (70)	<b>0.019</b>

Abreviaturas: (\*) representa la suma de pacientes con infarto de miocardio, angioplastia y cirugía de revascularización; IM: infarto de miocardio; CRM: cirugía de revascularización miocárdica; ATC: angioplastia transluminal coronaria; FA: fibrilación auricular; ACV: ataque cerebrovascular.

**Tabla 2.** Puntajes de ansiedad y depresión (escala HAD) por categoría de edad

Categoría por edad	≤40	41-50	51-60	61-70	≥71	Valor p
n	52	114	228	358	324	
HAD-Ansiedad	9.3±4.5	7.0±4.8	7.7±4.4	5.8±4.5	5.2±4.3	0.002
HAD-Depresión	6.6±4.4	6.6±4.8	6.8±4.5	6.3±4.8	6.2±4.3	ns

Puntaje de ansiedad: la categoría ≤ 40 años es el mayor puntaje diferente a todos. La categoría ≥ 71 años es el menor puntaje diferente a todos. La categoría 41-50 años y 51-60 años son iguales y diferentes al resto. La categoría 61-70 años y ≥ 71 años son iguales y diferentes al resto. Puntaje de depresión: No hubo diferencias con significación estadística en los puntajes de depresión entre categorías de edad.

**Tabla 3.** Características demográficas y prevalencia de ansiedad y depresión en las 3 muestras antes de la pandemia COVID-19 y durante y después del ASPO

Variable	Antes COVID-19 <sup>[a]</sup>	Durante ASPO COVID-19 <sup>[b]</sup>	Después ASPO COVID-19 <sup>[c]</sup>	Diferencia <sup>[a-c]</sup>	
				Absoluta	Relativa
Muestra	1035	3542	1076		
Género (%)	44.6%	54.7%	59.8%		
Hombres	573 (55.3)	1602 (45.2)	432 (40.2)		
Mujeres	462 (44.6)	1940 (54.7)	644 (59.8)		
Edad (años-media ± DE)	61.2 ± 0.4	60.2±14	63.3±12		
<b>Trastornos afectivos</b>					
Sin ansiedad	611 (59.0)	2482 (70.0)	684 (63.5)	4.5	1.0
Ansiedad (probable)	208 (20.0)	580 (16.3)	165 (15.3)	-4.7	-0.7
Ansiedad "caso"	216 (20.8)	480 (13.5)	227 (21.0)	0.2	1.0
Sin depresión	794 (76.7)	2314 (65.3)	699 (62.1)	-14.7	-0.8
Depresión (probable)	139 (13.4)	636 (17.9)	195 (18.1)	4.7	1.3
Depresión "caso"	102 (9.8)	592 (16.7)	212 (19.7)	9.9	2.0

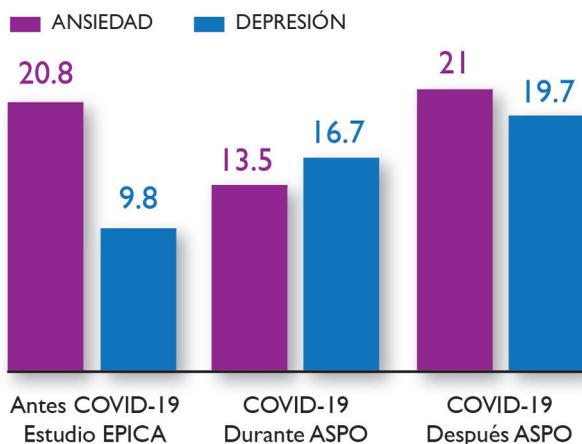
**Tabla 4.** Características demográficas de las tres muestras (antes de la pandemia COVID-19 (estudio EPICA), durante y después del ASPO. Comparación de la muestra total con los "casos" de depresión

Variable	Antes COVID-19 (EPICA)			Durante ASPO-COVID-19			Después ASPO-COVID-19		
	Nro. (%)			Nro. (%)			Nro. (%)		
Muestra	Total (n=1035)	Depresión "Caso" (n=102)	Valor p	Total (n=3542)	Depresión "Caso" (n=592)	Valor p	Total (n=1076)	Depresión "Caso" (n=212)	Valor p
Edad (años-media ± DE)	61.2±0.4	63.1±13.2	<0.0001	60.2±14	65.7±11.2	<0.0001	63.3±12.1	62.7±12.1	0.50
Rango (edad)	18-92	32-83		18-99	26-90		21-95	22-95	
Género femenino (%-n)	462 (44.6)	47 (46)	0.78	1940 (54.7)	372 (40.2)	<0.0001	644 (59.8)	142 (66.9)	0.05
<b>Factores de riesgo vascular</b>									
Hipertensión	561 (54.2)	65 (63.7)	0.06	1362 (38.4)	212 (35.8)	0.22	482 (44.7)	108 (50.9)	0.10
Diabetes	158 (15.2)	16 (15.6)	0.91	355 (10.0)	61 (10.3)	0.99	125 (11.6)	26 (12.2)	0.78
Dislipidemia	337 (32.7)	32 (31.3)	0.80	518 (14.6)	104 (17.5)	0.06	173 (16.0)	49 (23.1)	0.01
Fumador	103 (9.9)	20 (19.6)	0.003	251 (7.0)	58 (9.7)	0.02	68 (6.3)	21 (9.9)	0.06
Sedentario	473 (45.7)	73 (71.5)	<0.0001	2497 (70.4)	510 (86.1)	<0.0001	662 (61.5)	164 (77.3)	<0.0001
<b>Enfermedades cardiovasculares</b>									
Enfermedad Coronaria (*)	375 (36.3)	42 (41.1)	0.32	605 (17.0)	80 (13.5)	0.03	210 (19.5)	37 (17.4)	0.48
IM	332 (32.0)	39 (38.2)	0.20	184 (5.1)	35 (5.9)	<0.0001	75 (6.9)	16 (7.5)	0.76
CRM	117 (11.3)	17 (16.6)	0.10	266 (7.5)	33 (5.5)	0.09	97 (9.0)	18 (8.4)	0.80
ATC/ stent	185 (17.8)	20 (19.6)	0.66	351 (9.9)	44 (7.4)	0.05	115 (10.6)	20 (9.4)	0.58
FA				157 (4.4)	28 (4.7)	0.74	54 (5.0)	12 (5.6)	12 (5.6)
ACV				54 (1.5)	9 (1.5)	0.99	25 (2.3)	8 (3.7)	0.22

Abreviaturas: (\*) Representa la suma de infarto de miocardio, angioplastia y cirugía de revascularización. IM: infarto de miocardio; CRM: cirugía de revascularización miocárdica; ATC: angioplastia transluminal coronaria; FA: fibrilación auricular; ACV: ataque cerebrovascular.

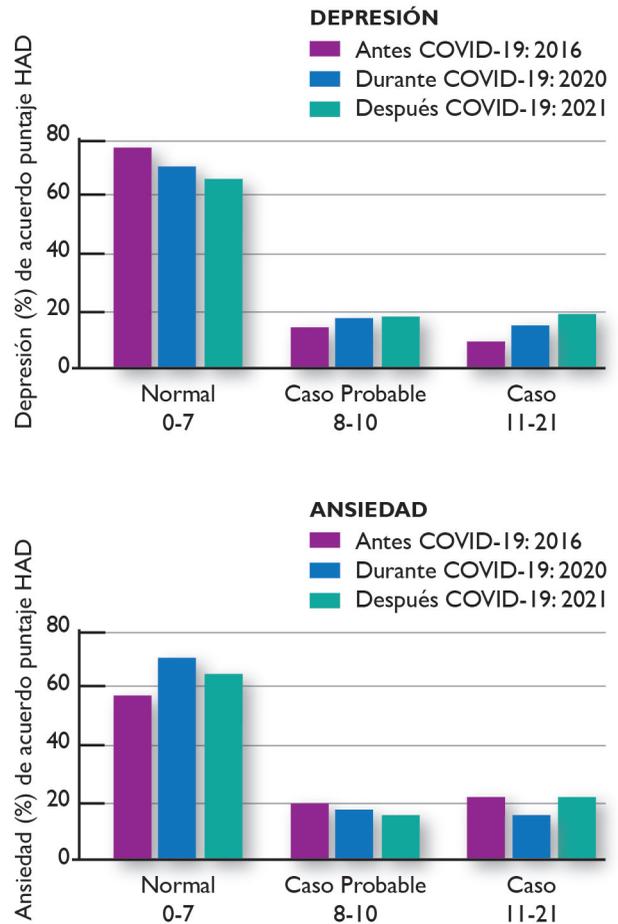
enfermedad COVID-19) y sus consecuencias sociales y económicas (restricciones a la circulación, aislamiento social, caída de la economía, pérdida laboral, etc.) más que a la enfermedad COVID-19. Habida cuenta que, según nuestros resultados, la prevalencia de ansiedad y depresión no fue más elevada en personas que se contagiaron con el SARS-CoV-2 y desarrollaron la enfermedad (si bien en la muestra analizada no hubo formas graves de la enfermedad o que requirieran internación en unidades de cuidados intensivos). En línea con estos resultados, otro estudio informó una prevalencia de ansiedad 6 meses después de la infección por COVID-19 entre el 17%-39%, no limitado a las formas graves (Taquet et al., 2021). Coincidente con otras investigaciones (Qiu et al., 2020; Rogers et al., 2020) y nuestras encuestas previas, la prevalencia de ansiedad y depresión continúa siendo más elevada en el género femenino. En cuanto a las categorías por edad, la ansiedad fue más prevalente en los jóvenes (categoría de  $\leq 40$  años), en tanto la prevalencia de depresión no mostró diferencias entre las categorías de edad en la muestra pos ASPO. Comparada con la muestra realizada durante el ASPO, la ansiedad mostró el mismo comportamiento, siendo más prevalente en los jóvenes (categoría  $\leq 40$  años), pero la depresión fue más prevalente en los adultos mayores ( $\geq 71$  años). Si bien son tres muestras distintas (no se siguió a la misma población), todas las personas incluidas presentaban enfermedad cardiovascular y/o factores de riesgo y todos fueron atendidos e integran la base de datos del ICBA. La comparación de la presente encuesta con las dos encuestas previas (Figura 1) muestra un aumento sostenido en la prevalencia de depresión y un comportamiento fluctuante en la prevalencia de ansiedad.

**Figura 1.** Prevalencia de ansiedad y depresión en las 3 muestras, antes de la pandemia COVID-19, durante y después del ASPO (cuarentena)



Un resultado similar se observó cuando se categorizó a los participantes de acuerdo a la intensidad del síntoma ansiedad y depresión (puntaje de la escala HAD) (Figura 2).

**Figura 2.** Prevalencia de ansiedad y depresión de acuerdo al puntaje obtenido en la escala HAD (Antes de la pandemia COVID-19, durante y después del ASPO)



Estas diferencias podrían ser explicadas por la “carga” de emociones negativas (incertidumbre, miedo) generadoras de ansiedad que fueron variando en el tiempo de acuerdo a las características cambiantes de la pandemia (número de contagios y fallecimientos, estatus sanitario, “olas de contagio”, disponibilidad de vacunas, etc.).

La ansiedad fue elevada en pacientes con enfermedad cardiovascular antes de la pandemia COVID-19 (20.8%), disminuyó a los 3 meses del confinamiento (13,5%), período en el cual en Argentina el impacto de la pandemia (contagios y fallecimientos) era muy bajo y aumentó en la última encuesta (19.7%), período coincidente con el inicio de la “segunda ola de contagios” y una profunda crisis económica. En tanto los síntomas

depresivos (desesperanza, anhedonia y tristeza) han presentado un aumento sostenido relacionado, tal vez, a variables que se mantuvieron constantes durante la pandemia, tales como el aislamiento social, la movilidad restringida, el fallecimiento de familiares, la crisis económica y social y la pérdida laboral, entre otros.

Desde hace más de dos décadas se ha reconocido a la depresión como un factor de riesgo independiente para la enfermedad coronaria, con efecto dosis-respuesta y un indicador pronóstico de mortalidad, con un riesgo atribuido a la enfermedad, similar a la hipertensión arterial (Ford et al., 1998). A su vez, la depresión se asocia con conductas de riesgo (inactividad física, consumo de cigarrillos, obesidad y mala adherencia a tratamientos) que predisponen, en forma indirecta, a la enfermedad cardiovascular. Es así que, la *American Heart Association* en forma conjunta con la *American Psychiatric Association* ha recomendado su tamizaje en la evaluación del riesgo cardiovascular de los pacientes (Lichtman et al., 2008; Lichtman, et al., 2014). Nuestras observaciones, coincidentes con otros estudios (Ettman et al., 2020), muestran que la prevalencia de depresión se duplicó respecto a la prevalencia estimada antes de la pandemia COVID-19 (9.8% a 19.7%, diferencia relativa 2.01) y se cuadruplicó con respecto a las estimaciones en la población general (4.7% a 19.7%, diferencia relativa 4.19). En las tres muestras estudiadas hubo una asociación significativa con dos factores de riesgo o conductas de riesgo: el fumar cigarrillos y el sedentarismo o actividad física <150 minutos semanales. En los tres casos existió una relación dosis-respuesta entre el nivel de sedentarismo y el puntaje de la escala HAD-depresión, siendo las cifras más elevadas las observadas en la muestra obtenida durante el ASPO, explicada, tal vez, por las mayores restricciones a la movilidad implementadas en ese período. En tanto, los otros factores de riesgo (hipertensión, diabetes, dislipemia) no encontraron asociación alguna con el puntaje de la escala HAD (ansiedad y/o depresión). Finalmente, la asociación entre la enfermedad coronaria y la depresión solo fue observada en el sexo masculino en la muestra anterior a la pandemia COVID-19 y en ambos sexos en la muestra obtenida durante el ASPO. La muestra actual (post ASPO) no encontró asociación estadística, pudiendo este comportamiento ser explicado por el tamaño muestral.

Nuestro estudio plantea algunas limitaciones que debemos mencionar. La primera, responde a las características de los datos obtenidos a través de encuestas on-line. Sin embargo, en las tres encuestas la tasa de retención (respuestas completas) alcanzada ha sido muy elevada. La segunda limitación podría atribuirse a la comparación realizada entre tres estudios de corte transversal (antes de la pandemia COVID-19, durante y después del ASPO) al encuestar individuos diferentes (no se hizo un seguimiento de los mismo individuos en el tiempo). No obstante, se utilizó la misma herramienta validada (escala HAD) para tamizar los síntomas de ansiedad y depresión (si bien se sabe que el diagnóstico de depresión y/o ansiedad debe ser clínico), se encuestaron personas  $\geq 16$  años de edad con enfermedad cardiovascular y/o factores de riesgo vascular asistidas en la misma institución (ICBA) y en todos los casos el cuestionario fue voluntario, auto-administrado y sin incentivos.

## Conclusión

En suma, la pandemia COVID-19 y sus consecuencias físicas, sociales y económicas ha impactado en forma negativa sobre la salud mental de las personas. La prevalencia de los trastornos depresivos aumentó en forma considerable siendo, en muchas circunstancias, asociada con síntomas de ansiedad. Aún desconocemos si son solo trastornos o síntomas reactivos y temporarios a la pandemia, a las medidas sanitarias implementadas o constituyen un cambio en la prevalencia de la depresión. No obstante, cualquiera sea la explicación, este crecimiento acelerado plantea un desafío para la medicina clínica que deberá abordar la problemática en forma multidisciplinaria, entendiendo que la salud mental y las enfermedades cardiovasculares mantienen una relación bidireccional.

**Conflictos de intereses:** los autores declaran no tener conflictos de intereses ni recibieron financiación para realizar el presente trabajo.

**Agradecimientos:** Los autores quieren expresar su agradecimiento a la Dra. Ruth Henquin, presidente del Comité de Ética e Investigación del Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (ICBA) y al Sr. Nicolás Berney, miembro del Departamento de Comunicaciones del Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (ICBA).

## Referencias bibliográficas

- Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395(10227): 912-920. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Cerezo, G.H., Vicario, A., Fernández, R., Enders, J. (2018). Prevalencia de depresión y ansiedad en la consulta cardiológica. Estudio EPICA. (Estudio sobre la prevalencia de depresión en pacientes cardiovasculares). *Rev Fed Arg Cardiol*, 47(1):26-31.
- Ettman, C.K., Abdalla, S.M., Cohen, G.H., Sampson, L., Vivier, P.M., Galea, S. (2020). Prevalence of Depression Symptoms in US Adults Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open*; 3(9):e2019686. doi: [10.1001/jamanetworkopen.2020.196](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.196)
- Ford, D.E., Mead, L.A., Chang, P.P., Cooper-Patrick, L., Wang, N.Y., Klag, M.J. (1998). Depression is a risk factor for coronary artery disease in men: the precursors study. *Arch Intern Med*, 158(13):1422-6.
- Lichtman, J.H., Bigger, J.T. Jr., Blumenthal, J.A., Frasure-Smith, N., Kaufmann, P.G., Lesperance, F., et al.; AHA Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing; AHA Council on Clinical Cardiology; AHA Council on Epidemiology and Prevention; AHA Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research; APA. (2008). Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the AHA Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the APA. *Circulation*, 118(17):1768-75. doi: [10.1161/CIRCULATIONAHA.108.190769](https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.190769)
- Lichtman, J.H., Froelicher, E.S., Blumenthal, J.A., Carney, R.M., Doering, L.V., Frasure-Smith, N., Kenneth, E., Freedland, Jaffe, A. S., Leifheit-Limson, E. C., Sheps, D. S., Vaccarino, V., Wulsin, L., and American Heart Association Statistics Committee of the Council on Epidemiology and Prevention and the Council on Cardiovascular and Stroke Nursing. (2014). Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 129(12):1350-69. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000019>
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *Gen Psychiatr*, 33(2): e100213. doi: [10.1136/gpsych-2020-100213](https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213)
- Rogers, J. P., Chesney, E., Oliver, D., Pollak, T.A., McGuire, P., Fusar-Poli, P., et al. (2020). Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*, 7(7):611-627. doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30203-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30203-0)
- Stagnaro, J. C., Cía, A., Vázquez, N., Vommaro, H., Nemirovsky, M., Serfaty, E., Sustas, S. E., Medina Mora M. E., Benjet, C., Aguilar Gaxiola, S., Kessler, R. (2018). Estudios epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. *Vertex Rev Arg Psiquiatr*, 29(142), 275-299. PMID: 30785970
- Taquet, M., Geddes, J.R., Husain, M., Luciano, S., Harrison, P.J. (2021). 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. *Lancet Psychiatry*, 8(5):416-427. doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00084-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00084-5)
- Vicario, A., Fernández, R., Enders, J., Alves de Lima, A., Cerezo, G.H. (2020). Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedades cardiovasculares durante la pandemia COVID-19. *Rev Fed Arg Cardiol*, 49(3):115.
- Zigmond, A.S., Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67:361-70.

# Trastornos del sueño y Depresión en la enfermedad de Parkinson

## *Sleep Disorders and depression in Parkinson's Disease*

**Fernanda Farfán Alé<sup>1</sup>, Agustín Folgueira<sup>1</sup>, Sofía Luján<sup>1</sup>, Agustina Furnari<sup>1</sup>, Marcela Ponce de León<sup>1</sup>, Stella Maris Valiensi<sup>1</sup>**

### Resumen

Los trastornos del sueño son comunes en la enfermedad de Parkinson. El objetivo de este trabajo de tipo retrospectivo fue diagnosticar disturbios del sueño analizando la macroestructura del sueño y otras variables en pacientes con enfermedad de Parkinson. *Método:* Se evaluaron variables sociodemográficas, clínico/farmacológicas, escala de somnolencia de Epworth, Índice de depresión de Beck y polisomnografía de pacientes con enfermedad de Parkinson. Se utilizó media, desvío estándar, t test student y chi-square. Se consideró significativa una  $p < 0.05$ . Se usó SPSS (Chicago SPSS Inc.) 18. El estudio fue aprobado por el comité de bioética de la investigación. Se estudiaron 44 pacientes, 33 varones, edad media 71 (rango 52-90), escala de somnolencia de Epworth:  $7.7 \pm 6$  (normal), Índice de depresión de Beck:  $13 \pm 8$  puntos (patológico). *Resultados:* A mayor edad, el tiempo despierto después de iniciado el sueño ( $p=0.03$ ) fue mayor y menor la eficiencia de sueño ( $p=0.02$ ). La media de estadio N3 fue 37.2% mujeres vs 24.7% en los varones ( $p=0.02$ ). El índice de apneas hipopneas fue de grado patológico en 79.5% ( $n=35$ ). Se diagnosticó síndrome de apneas-hipopneas en la mayoría de los pacientes, seguido de insomnio y parasomnias del REM. El incremento del porcentaje de estadio N3 pocas veces fue reportado en la literatura. A mayor edad, se constataron más cambios en la macroestructura y disturbios del sueño.

**Palabras clave:** Enfermedad de Parkinson - Polisomnografía - Trastornos del sueño.

### Abstract

*Objectives:* Sleep disorders are common in Parkinson's disease (PD). To diagnose sleep disturbances analyzing the sleep macrostructure and other variables in PD. *Method:* The cross-sectional, retrospective study in PD patients. Sociodemographic, clinical/pharmacological variables, Epworth sleepiness scale (ESS), Beck depression index (BDI) and polysomnography of patients with Parkinson's disease. Frequency, mean, standard deviation analysis were obtained. The variables were compared using t test student, univariate ANOVA and chi-square. A  $p < 0.05$  was considered significant. SPSS (Chicago SPSS Inc.) 18 was used. The  $n$  were 44 patients, 33 men, mean age 71 (range 52-90), ESS  $7.7 \pm 6$  (normal), BDI  $13 \pm 8$  points (pathological). *Conclusions:* At older age, the time awake after sleep began ( $p=0.03$ ) was greater and lower sleep efficiency ( $p=0.02$ ). The average percentage of stage of N3 sleep was 37.2% in women vs 24.7% in men ( $p=0.02$ ). Hypopnea apnea index was pathological grade at 79.5% ( $n=35$ ). We diagnose apnea hypopnea syndrome in the majority, insomnia and REM parasomnias. The increase in the percentage of stage N3 was rarely reported in the literature. At older age were more changes in the macrostructure and more sleep disturbances.

**Keywords:** Parkinson Disease - Polysomnography - Sleep disorders.

RECIBIDO 6/5/2021 - ACEPTADO 19/9/2021

<sup>1</sup>Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

#### Autoras de referencia:

Fernanda Farfán Alé

[mfernandafarfanale@gmail.com](mailto:mfernandafarfanale@gmail.com)

Stella Maris Valiensi

[stellamaris.valiensi@hospitalitaliano.org.ar](mailto:stellamaris.valiensi@hospitalitaliano.org.ar)

Lugar de realización del trabajo: Laboratorio de sueño de adultos, Servicio de Neurología, Hospital Italiano de Buenos Aires.

## Introducción

Los disturbios del sueño (DS) son comunes en la enfermedad de Parkinson (EP) y afectan negativamente a la calidad de vida de estos pacientes (Chaudhuri, Healy & Schapira, 2006; Menza et al., 2010).

Los trastornos de sueño que presentan incluyen insomnio; trastornos respiratorios; trastornos del movimiento como el Síndrome de Piernas Inquietas (SPI) o como los Movimientos Periódicos de las Extremidades durante el Sueño (PLMS); parasomnias como son los Trastornos del Comportamiento del Sueño REM (RBD) y alteraciones del ritmo circadiano (Chaudhuri, Healy & Schapira, 2006; Menza et al., 2010; Zoccolella et al., 2011). También experimentan Somnolencia Excesiva Diurna (ESD) causada por disturbios nocturnos durante el sueño, uso de medicamentos dopaminérgicos, depresión o por hipersomnia de origen central (Arnulf & Leu-Semenescu, 2009; Littner et al., 2005; Menza et al., 2010; Mitra & Chaudhuri, 2009; Zoccolella et al., 2011).

La polisomnografía nocturna (PSG) es el método de medición objetiva de parámetros de la arquitectura del sueño que se utiliza para diagnósticos de disturbios del sueño (Epstein et al., 2009; Kushida et al., 2005; Littner et al., 2003). Mediante este método (Cochen De Cock et al., 2010; Comella et al., 1993; Diederich et al., 2005a; Diederich et al., 2005b; Eisen-sehr et al., 2001; Gonzalez-Naranjo et al., 2019; Happe et al., 2005; Maria et al., 2003; Rye et al., 2000; Shpirer et al., 2006; Trotti & Bliwise, 2010; Wailke et al., 2011; Wetter et al., 2001), se ha podido relacionar estos disturbios con la evolución de la enfermedad. Son pocos los estudios objetivos realizados para diagnosticarlos y evaluar la posibilidad de tratamiento a fin de mejorar la calidad de vida, por lo que con este trabajo se procedió a diagnosticar estos disturbios analizando la macroestructura del sueño y otras variables en EP.

## Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, en el cual se analizó una base de datos de recolección sistemática de 5622 polisomnografías nocturnas con oximetría, en pacientes adultos, durante 26 meses, incluyéndose sólo pacientes con diagnóstico de EP idiopática confirmado por historia clínica que, por diversos motivos de consulta relacionados a patologías del sueño, habían sido derivados al laboratorio de sueño para realizarse el estudio en forma ambulatoria desde las 22:30 hasta 06:30 horas. Se dividió en grupos de 40 a 69 años (grupo 1) y de 70 o más (grupo 2).

Como criterios de inclusión los pacientes debían tener diagnóstico de EP idiopática, y se excluyeron otros parkinsonismos, pacientes internados, los casos con tiempo total de registro inferior a 120 minutos constatado por PSG y a aquellos que no habían respondido ninguna de las preguntas del cuestionario solicitado rutinariamente por el laboratorio.

Se registró peso y talla, uso de fármacos como levodopa o agonistas dopaminérgicos, antidepresivos y benzodiazepinas en forma rutinaria el último mes, auto-reporte de la Escala de somnolencia de Epworth (ESE), que aporta información acerca de los estados de somnolencia y consta de ocho ítems, con un rango 0-24 y punto de corte patológico mayor de 10 (Jimenez Correa et al., 2009).

Algunos sujetos completaron además el Inventario de Depresión de Beck (IDB). Los puntos de corte aceptados para graduar la severidad fueron: depresión ausente 0-9 puntos; depresión leve 10-18 puntos; depresión moderada 19-29 puntos; depresión grave 30 o más puntos (Breñilla & Rodríguez, 2006; Vázquez & Sanz, 1999).

La PSG registraba electroencefalograma, electro-oculograma, electromiograma de mentón, electrocardiograma, cinturón torácico y abdominal, flujo aéreo sensado por cánula y/o termistor nasal, ronquidos, electromiograma de miembros inferiores, oximetría de pulso y posición corporal. Los datos fueron procesados de acuerdo con el Manual de Scoring de la Asociación Americana de Medicina del Sueño (Berry et al., 2015; Iber et al., 2007).

Se analizó el tiempo total del sueño (TTS), que corresponde al tiempo de sueño durante el tiempo del registro; la eficiencia de sueño, es decir, el TTS dividido el tiempo total de registro, multiplicado por 100, considerando un valor normal  $\geq 85\%$ ; la latencia de inicio del sueño (LIS), que es el tiempo que la persona tarda en dormirse desde que se apagaron las luces (normal de 5 a 30 minutos); la latencia de inicio de sueño REM (lat. REM), o sea el tiempo desde que el sujeto se queda dormido hasta primer estadio de sueño REM (normal de 70 a 120 minutos); el tiempo despierto después de iniciado el sueño (WASO), o sea el tiempo que permaneció despierto después de iniciado el sueño (patológico  $\geq 60$  minutos); el número de arousal, que es el número de micro despertares definidos como cambios en el EEG en los diferentes estadios de sueño de  $>3$  segundos y  $<15$  segundos de duración (patológico  $>15$  por hora); los porcentajes de estadios de sueño considerados normales para la vigilia o W (por su abreviatura en inglés) que es  $<5\%$ ,

y para sueño estadio N1=2-5%, N2= 45-55%, N3=13-23% y REM= 20-25% (Kryger et al., 2017). En cuanto a la función respiratoria, apnea e hipopnea, se definieron como cese total o parcial de la respiración por 10 o más segundos. El índice de apneas e hipopneas por hora de sueño (IAH) se consideró normal con menos de 5 eventos por hora.

Los diagnósticos de desórdenes de sueño diagnosticados por PSG fueron: insomnio consistente en la presencia de sueño fragmentado, aumento de la latencia de inicio del sueño y/o WASO incrementado.

El síndrome de apneas hipopneas (SAH) fue definido como de grado leve cuando el IAH era de 5-14.9, moderado de 15-29.9 y severo de 30 o más.

Las parasomnias del REM se definieron como la presencia de REM sin atonía y/o trastorno del comportamiento del sueño REM (RBD) con actividad muscular excesiva sostenida en, al menos, el 50% de la época de 30 segundos o la presencia de actividad muscular transitoria excesiva en, al menos, 5 mini períodos de 3 segundos y/o documentación de conductas anormales en REM observadas mediante video.

Para los movimientos periódicos de las extremidades durante el sueño, consistentes en movimientos de extremidades, abruptos y periódicos, que interrumpen la continuidad del sueño, se estableció un índice patológico = > 15.

Para el análisis estadístico se realizó análisis de frecuencia, media y desvío standard. Las variables fueron comparadas utilizando t test student, ANOVA univariado y chi-square. Se consideró significativa una  $p < 0.05$ . Se usó SPSS (Chicago SPSS Inc.) 18.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Italiano de Buenos Aires con el número 3862.

## Resultados

Se incluyeron 44 pacientes, de los cuales el 75% (33) fueron varones, la edad (rango 52-90 años), media de  $71 \pm 8$  años, el índice de masa corporal (IMC) fue de  $28.6 \pm 4.57$  kg/m<sup>2</sup> (rango 19-41,5).

En la *tabla 1* se describen las características de la PSG y otras variables como la ESS que fue de  $7.77 \pm 5.94$  (rango 0-24) encontrándose la mayoría dentro de los valores normales. El IDB fue evaluado en 28/44 pacientes, con una media de  $13 \pm 8.4$  puntos (rango 0-29), compatible con síndrome depresivo leve.

En la *tabla 2* se expresan los diagnósticos obtenidos siendo el SAHS el de mayor porcentaje, seguido de insomnio.

En la *tabla 3*, donde se comparan las variables polisomnográficas según la edad de los pacientes con

EP, el grupo 2 (70 o más años) tuvo más cambios en la macroestructura como WASO mayor; tendencia a tener mayor porcentaje de N3 ( $p=0.09$ ) y menor porcentaje de N2 ( $p=0.08$ ), sumado a menor eficiencia del sueño y menor número de arousals.

Al comparar mediante t de student, el efecto farmacológico sobre variables anómalas de la macroestructura del sueño, como el porcentaje de N3 y REM (*ver Tabla 4*), se encontró que los pacientes que tomaban antidepresivos tuvieron menor porcentaje de REM.

No halló influencia de las parasomnias del REM sobre los porcentajes de N3.

## Discusión

Como diagnóstico de disturbios del sueño por polisomnografía se verificó que más de la mitad de los pacientes tuvieron nóstico de SAHS, si bien la literatura reporta un porcentaje de 20-40%. Las teorías que favorecen la presencia de SAHS en EP son la disfunción autonómica, la respuesta ventilatoria a la hipoxia y a la hipercapnia anómala que altera el control ventilatorio; la hipocinesia y la rigidez de la vía aérea superior, que favorece los eventos obstructivos; la fragmentación del sueño y la colapsabilidad de la vía aérea. El SAHS produce cambios hemodinámicos que favorece el depósito patológico de alfa sinucleína (que se encuentra en los enfermos con EP), cuya depuración se realizaría al dormir, por lo que el SAHS favorece el incremento del estrés oxidativo y neuroinflamación, favoreciendo el deterioro cognitivo (Gaig & Iranzo, 2012; Kaminska et al., 2015; Parra et al., 2018) en esta enfermedad.

El insomnio fue el segundo diagnóstico. Los reportes encontrados en la bibliografía refieren que afecta a más del 75% de los EP y en nuestro estudio se verificó en más de la mitad de los sujetos estudiados. Se observó un incremento del número de arousals y despertares prolongados, encontrando valores de arousal patológico sobre todo durante los primeros años; y WASO patológico, que origina la pérdida de la continuidad del sueño (Wetter et al., 2000), además de correlacionarse con la gravedad del trastorno subyacente, incrementando el temblor, la rigidez o la bradicinesia. Existen factores que predicen la aparición de insomnio en esta enfermedad como por ejemplo el sexo femenino que fue solo un tercio en nuestra muestra, pero además la coexistencia de depresión, y el tiempo de evolución de la enfermedad. Las consecuencias del insomnio suelen ser somnolencia diurna, cuya presencia no se pudo demostrar mediante la ESS, pero también fatiga, ansiedad, reducción de la calidad

**Tabla 1.** Evaluación de variables polisomnográficas, somnolencia y depresión en EP

Variables de polisomnografía evaluadas	EP n=44			
	Mínimo	Máximo	Media	DS
Tiempo total de registro (min.)	197,5	669,0	410,55	97,36
Tiempo total de sueño (min.)	103,0	401,5	268,23	61,43
Latencia de inicio de sueño (min.)	0,0	211,0	38,193	50,45
Latencia de inicio de REM (min.)	36,5	311,5	151,69	66,72
Despertares (número)	2	61	15,95	13,04
Despierto luego de dormido (min.)	3,8	219,0	86,66	56,54
Eficiencia de sueño (%)	33	98,0	67,43	17,05
Porcentaje N1	0,6	13,4	4,489	3,03
Porcentaje N2	18,1	82,4	53,11	14,78
Porcentaje N3	5,3	70,9	27,86	15,64
Porcentaje REM	1,0	29,0	14,54	7,77
Saturación mínima de oxígeno	62,8	93,5	87,01	6,74
Saturación media de oxígeno	84,6	97,0	93,33	2,14
Saturación de oxígeno menor 90%	0,0	163,2	14,37	31,35
Duración evento respiratorio promedio	11,4	53,0	25,04	9,25
Duración de evento respiratorio más prolongado en minutos	12,8	151,8	70,91	33,79
Frecuencia cardíaca media (latidos por minuto)	47,3	88,5	65,26	9,89
Índice de apneas hipopneas e/h (IHA) total	0,3	96,7	19,62	19,22
Índice de apneas hipopneas e/h en NREM (IHA NREM)	0,0	95,7	18,77	19,46
Índice de apneas hipopneas e/h en REM (IHA REM)	0,0	113,1	22,43	22,35
Índice de apneas hipopneas centrales	0,0	9,9	0,28	1,50
Movimientos periódicos de las extremidades (PLMS)	0	58	15,79	16,70
Escala de somnolencia de Epworth	0	24	7,77	5,94
Índice de depresión de Beck	0	29	13	8,4

**Tabla 2.** Diagnósticos realizados mediante polisomnografía de desórdenes del sueño en EP

Diagnósticos realizados por polisomnografía	n	% del total
Estudio normal	1	2,3%
SAHS de grado leve	13	29,5%
SAHS de grado moderado	11	25,0%
SAHS de grado severo	11	25,0%
Movimientos periódicos de piernas (PLMS)	19	43,2%
Insomnio	24	54,5%
Parasomnias del sueño REM (RWA + RBD)	26	59,1%
Parasomnia del sueño REM específicamente RBD	10	22,7%

SAHS: síndrome de apneas hipopneas; RWA: REM sin atonía; RBD: trastorno del comportamiento del sueño REM.

**Tabla 3.** Comparación de variables polisomnográficas según la edad en los pacientes con EP

Variables polisomnográficas evaluadas	40 a 69 años n=21		70 o más años n=23		p
	Media	DS	Media	DS	p
Tiempo total de registro (min.)	394,41	93,02	425,28	100,91	0,299
Tiempo total de sueño (min.)	284,4	59,9	253,46	60,93	0,095
Latencia de inicio de sueño (min.)	27,17	47,53	48,26	51,95	0,169
Latencia de inicio de REM (min.)	131,76	53,08	169,89	73,57	0,057
Despertares (número)	20,10	15,09	12,17	9,69	<b>0,043</b>
Despierto luego de dormido (min.)	67,60	43,59	104,06	62,09	<b>0,031</b>
Eficiencia de sueño (%)	73,73	14,70	61,67	17,28	<b>0,017</b>
Porcentaje N1	4,72	3,11	4,27	2,99	0,628
Porcentaje N2	57,19	11,79	49,39	16,43	<b>0,080</b>
Porcentaje N3	23,79	10,16	31,59	18,80	<b>0,099</b>
Porcentaje REM	14,30	7,94	14,76	7,78	0,848
Saturación mínima de oxígeno	86,25	6,96	87,71	6,60	0,480
Saturación media de oxígeno	93,07	1,60	93,57	2,55	0,451
Saturación de oxígeno menor 90%	15,31	27,35	13,51	35,19	0,851
Duración evento respiratorio promedio	23,10	9,19	26,80	9,14	0,188
Duración de evento respiratorio más prolongada en minutos	70,11	39,14	71,65	28,94	0,882
Frecuencia cardíaca media (lat. p minuto)	67,36	11,9	63,34	8,31	0,180
Índice de apneas hipopneas (IAH) total	24,46	23,81	15,20	12,81	0,111
Índice de apneas hipopneas e/h en NREM (IAH NREM)	23,67	24,05	14,30	13,07	0,112
Índice de apneas hipopneas e/h en REM (IAH REM)	25,61	27,08	19,52	17,04	0,372
Índice de apneas hipopneas centrales	0,075	0,34	0,470	2,06	0,391
Movimientos periódicos de las extremidades	11,45	16,65	19,75	16,07	0,100
Escala de somnolencia de Epworth	8	6,46	7,57	5,55	0,81
Índice de depresión de Beck	12,67	9,69	13,38	6,98	0,826

**Tabla 4.** Comparación de efectos de fármacos sobre el porcentaje de estadio N3 y porcentaje del sueño REM, mediante prueba T de student

Fármacos	Porcentaje de N3					Porcentaje de REM			
	Medicados		No medicados		p	Medicados		No medicados	
	n	media/DS	n	media/DS		media/DS	media/DS	p	
Benzodiazepinas	11	22.9±10.1	33	29.5±17	0.23	13.9±8.1	33	14.7±7.8	0.77
Levodopa	32	28.9±17.2	12	25±10.4	0.45	14.9±7.5	12	13.3±	0.55
Agonistas dopaminérgicos	8	26.45±15.6	36	28.2±15.8	0.78	13.6±10.4	36	14.7±7.23	0.70
Antidepresivos	10	34.81±18.3	34	25.8±14.4	0.11	25.8±14.4	34	16±8.02	0.02

de vida y mayor depresión, cuya media fue patológica en la mitad de los pacientes que realizaron el estudio con IDB. El tratamiento sugerido es con inhibidores de recaptación de serotonina y antidepresivos tricíclicos (Carpizo Alfayate, 2014), pero pocos pacientes afectados estaban medicados.

El RBD fue el tipo de parasomnia, más frecuente. Su presencia varió de 15 a 58% (Carpizo Alfayate, 2014; Diederich et al., 2005; Eisensehr et al., 2001; Wetter et al., 2001), pero no se presentó todas las noches. Fue diagnosticado en el 22.7% de los pacientes de la muestra, ascendiendo al 59% si se incluía además aquellos pacientes con REM sin atonía. Su prevalencia refleja el compromiso de estructuras cerebrales que modulan el sueño REM. Su presencia se ha asociado con peor pronóstico y duración más prolongada del parkinsonismo. Los síntomas del trastorno mejoran con una dosis nocturna de clonazepam que solo refirieron consumir 11 pacientes.

Los trastornos del movimiento como PLMS suele estar incrementados en EP (Zucconi et al., 2006). En este estudio fue diagnosticado en menos de la mitad de los pacientes.

En cuanto a las alteraciones del ritmo circadiano no se pudo demostrar su presencia dado que casi el total de las PSG realizadas presentaron alteración en la arquitectura del sueño.

La literatura reporta que al menos la mitad de los pacientes con EP refieren ESD, es decir, más que en otras enfermedades neurodegenerativas, en este estudio se constató un valor medio de ESS normal. Su gravedad se asoció con fármacos, con la gravedad de la enfermedad y con mayor duración de tratamiento con levodopa, pero no se pudo afirmar que la levodopa o los agonistas dopaminérgicos fueran los responsables (Arnulf et al., 2002; Poryazova et al., 2010). Se presume que podría reflejar la progresión del proceso degenerativo.

Al analizar la macroestructura del sueño se encontró un incremento patológico del porcentaje de N3, fenómeno que ha sido explicado por acción de la acetilcolinesterasa (Neiman, 2017) en las demencias por Cuerpos de Lewy, en lesiones experimentales del globo pálido y del circuito cortico-estriado-palidal (Mei-Hong, 2018) o por la coexistencia con RBD, como fue descrito por Shenck y Mahowal (2005). En este estudio no se pudo demostrar esa coexistencia, pero este hallazgo orienta a sospechar la causa neurodegenerativa como etiología.

Los cambios en la latencia REM (Yong, 2011) y la disminución del porcentaje de periodos REM se han relacionado con daño del locus coeruleus (Carpizo Alfayate, 2014).

Los fármacos antiparkinsonianos también modifican la macroestructura, como el TTS que se ve influenciado por la dosis y tiempo de tratamiento con levodopa (Happe et al., 2005). Dosis bajas promueven el sueño profundo (N3), aumentan los REM y reducen la vigilia, al contrario que las dosis altas, posiblemente debido a la diferente activación de los receptores D1 y D2 (Chaudhuri & Schapira, 2009). Habitualmente se indican agonistas y levodopa de liberación prolongada, comúnmente por la noche, pero no está bien establecido si disminuyen el TTS o lo aumentan, o si disminuyen el tiempo total de vigilia (Chaudhuri & Schapira, 2009; Barone et al., 2004; Dhawan et al., 2006; Korczyn, 2006; Stocchi et al., 1998; Chaudhuri & Logishetty, 2009).

La levodopa demostró efecto supresor sobre el sueño REM en estadios avanzados de la enfermedad (Carpizo Alfayate, 2014). En este trabajo no encontramos que estos fármacos modifiquen en forma significativa estos estadios.

El uso de benzodiazepinas y antidepresivos, en la población general también producen cambios en la macroestructura pero, no se encontró en la bibliografía estudios realizados en pacientes con EP que los hayan analizado. En este estudio se observó un incremento del porcentaje de fase REM en los sujetos que consumían antidepresivos, comparados con los que no los recibían. Esta fase puede incrementarse por suspensión brusca de antidepresivos.

Finalmente, la PSG es el estudio diagnóstico por excelencia dado que evalúa sueño y no sólo eventos respiratorios, siendo un buen complemento para diagnóstico/tratamiento de varios desórdenes, además de poder evaluar candidatos a cirugía cerebral profunda en EP la cual tiene un efecto beneficioso mejorando el sueño (Hjort, 2004).

Limitaciones: El presente trabajo posee todas las limitaciones de un estudio retrospectivo de este tipo. Por otro lado, cabe señalar que se basó en el estudio de una sola noche, donde los cambios en la motilidad de estos pacientes pueden provocar ciertos artificios.

Sin embargo, los dispositivos usados y la técnica de lectura realizada por médicos expertos, fueron similares a poblaciones estudiadas en otros centros. No se consideró el tiempo de evolución de la enfermedad, pero el número de pacientes evaluados fue igual o superior a los publicados en la literatura.

## Conclusión

El SAHS fue el diagnóstico más frecuente en este estudio. Varios fueron los cambios en la macroestructura, pero el incremento de porcentaje de N3 fue llamativo y pocas veces reportado siendo mayor en los pacientes de más edad, por lo que la causa neurodegenerativa sería la más probable. La depresión puede ser concomitante a los cambios iniciales de la enfermedad o secundaria al dormir mal (insomnio) durante varios años.

**Conflictos de intereses:** los autores declaran no tener conflictos de intereses.

## Referencias bibliográficas

- Arnulf, I., & Leu-Semenescu, S. (2009). Sleepiness in Parkinson's disease. *Parkinsonism & related disorders*, 15 Suppl 3, S101–S104. [https://doi.org/10.1016/S1353-8020\(09\)70792-8](https://doi.org/10.1016/S1353-8020(09)70792-8)
- Arnulf, I., Konofal, E., Merino-Andreu, M., Houeto, J. L., Mesnage, V., Welter, M. L., Lacomblez, L., Golmard, J. L., Derenne, J. P., & Agid, Y. (2002). Parkinson's disease and sleepiness: an integral part of PD. *Neurology*, 58(7), 1019–1024. <https://doi.org/10.1212/wnl.58.7.1019>
- Barone, P., Amboni, M., Vitale, C., & Bonavita, V. (2004). Treatment of nocturnal disturbances and excessive daytime sleepiness in Parkinson's disease. *Neurology*, 63(8 Suppl 3), S35–S38. [https://doi.org/10.1212/wnl.63.8\\_suppl.3.s35](https://doi.org/10.1212/wnl.63.8_suppl.3.s35)
- Berry, R. B., Gamaldo, C. E., Hardin, S. M., Lloyd, R. M., Marcus, C. L., Vaughn, B. V. (2015). *The AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associated Event: Rules, Terminology and Technical Specifications*, Version 2.2. American Academy of Sleep Medicine.
- Brenlla, M. E. & Rodríguez, C. M. (2006). *Adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck (BDIII)*. Paidós.
- Carpizo Alfayate, M. R. (2014). Tema 21. Los trastornos del sueño en el envejecimiento normal y patológico y en las enfermedades neurodegenerativas. Máster en sueño: fisiología y medicina. 8va edición, Módulo clínico. Viguera.
- Chaudhuri, K. R., & Logishetty, K. (2009). Dopamine receptor agonists and sleep disturbances in Parkinson's disease. *Parkinsonism & related disorders*, 15 Suppl 4, S101–S104. [https://doi.org/10.1016/S1353-8020\(09\)70845-4](https://doi.org/10.1016/S1353-8020(09)70845-4)
- Chaudhuri, K. R., & Schapira, A. H. (2009). Non-motor symptoms of Parkinson's disease: dopaminergic pathophysiology and treatment. *The Lancet. Neurology*, 8(5), 464–474. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(09\)70068-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(09)70068-7)
- Chaudhuri, K.R., Healy, D.G., Schapira, A.H. (2006). Non-motor symptoms of Parkinson's disease: diagnosis and management. *Lancet Neurol*, 5(3):235-45. [doi: 10.1016/S1474-4422\(06\)70373-8](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(06)70373-8).
- Cochin De Cock, V., Abouda, M., Leu, S., Oudiette, D., Roze, E., Vidailhet, M., Similowski, T., & Arnulf, I. (2010). Is obstructive sleep apnea a problem in Parkinson's disease?. *Sleep medicine*, 11(3), 247–252. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2009.05.008>
- Comella, C. L., Tanner, C. M., & Ristanovic, R. K. (1993). Polysomnographic sleep measures in Parkinson's disease patients with treatment-induced hallucinations. *Annals of neurology*, 34(5), 710–714. <https://doi.org/10.1002/ana.410340514>.
- Dhawan, V., Healy, D. G., Pal, S., & Chaudhuri, K. R. (2006). Sleep-related problems of Parkinson's disease. *Age and ageing*, 35(3), 220–228. <https://doi.org/10.1093/ageing/afj087>
- Diederich, N. J., Vaillant, M., Leischen, M., Mancuso, G., Golinval, S., Nati, R., & Schlessler, M. (2005). Sleep apnea syndrome in Parkinson's disease. A case-control study in 49 patients. *Movement disorders : official journal of the Movement Disorder Society*, 20(11), 1413–1418. <https://doi.org/10.1002/mds.20624>
- Diederich, N. J., Vaillant, M., Mancuso, G., Lyen, P., & Tiete, J. (2005). Progressive sleep 'destructuring' in Parkinson's disease. A polysomnographic study in 46 patients. *Sleep medicine*, 6(4), 313–318. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2005.03.011>.
- Eisensehr, I., v Lindeiner, H., Jäger, M., & Noachtar, S. (2001). REM sleep behavior disorder in sleep-disordered patients with versus without Parkinson's disease: is there a need for polysomnography? *Journal of the neurological sciences*, 186(1-2), 7–11. [https://doi.org/10.1016/s0022-510x\(01\)00480-4](https://doi.org/10.1016/s0022-510x(01)00480-4)
- Epstein, L. J., Kristo, D., Strollo, P. J., Jr, Friedman, N., Malhotra, A., Patil, S. P., Ramar, K., Rogers, R., Schwab, R. J., Weaver, E. M., Weinstein, M. D., & Adult Obstructive Sleep Apnea Task Force of the American Academy of Sleep Medicine (2009). Clinical guideline for the evaluation, management and long-term care of obstructive sleep apnea in adults. *Journal of clinical sleep medicine: JCSM : official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 5(3), 263–276.
- Gaig, C., & Iranzo, A. (2012). Sleep-disordered breathing in neurodegenerative diseases. *Current neurology and neuroscience reports*, 12(2), 205–217. <https://doi.org/10.1007/s11910-011-0248-1>
- González-Naranjo, J. E., Alfonso-Alfonso, M., Grass-Fernandez, D., Morales-Chacón, L. M., Pedroso-Ibáñez, I., Ricardo-de la Fe, Y., & Padrón-Sánchez, A. (2019). Analysis of Sleep Macrostructure in Patients Diagnosed with Parkinson's Disease. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, 9(1), 6. <https://doi.org/10.3390/bs9010006>.
- Happe, S., Klösch, G., Lorenzo, J. et al. (2005). Perception of sleep: Subjective versus objective sleep parameters in patients with Parkinson's disease in comparison with healthy elderly controls. *J Neurol* 252, 936–943. <https://doi.org/10.1007/s00415-005-0785-0>
- Hjort, N., Østergaard, K., & Dupont, E. (2004). Improvement of sleep quality in patients with advanced Parkinson's disease treated with deep brain stimulation of the subthalamic nucleus. *Movement disorders : official journal of the Movement Disorder Society*, 19(2), 196–199. <https://doi.org/10.1002/mds.10639>
- Iber, C., Ancoli-Israeli, S., Chesson, A. L., Quan, S. F., for the American Academy of Sleep Medicine. (2007). *The AASM Manual for the scoring of sleep and associated events: Rules, Terminology and technical specifications*. American Academy of Sleep Medicine.
- Jiménez-Correa, U., Haro, R., Poblano, A., Arana-Lechuga, Y., Terán-Pérez, G., González-Robles, R., & Velázquez-Moctezuma, J. (2009). Mexican Version of the Epworth Sleepiness Scale. *The Open Sleep Journal*, 2, 6–10.
- Kaminska, M., Lafontaine, A. L., & Kimoff, R. J. (2015). The Interaction between Obstructive Sleep Apnea and Parkinson's Disease: Possible Mechanisms and Implications for Cognitive Function. *Parkinson's disease*, 2015, 849472. <https://doi.org/10.1155/2015/849472>
- Korczyn A. D. (2006). Management of sleep problems in Parkinson's disease. *Journal of the neurological sciences*, 248(1-2), 163–166. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2006.05.041>
- Kryger, M., Roth, T., Dement, W. (2017). *Principles and Practice of sleep Medicine*. Sixth edition. Elsevier.
- Kushida, C. A., Littner, M. R., Morgenthaler, T., Alessi, C. A., Bailey, D., Coleman, J., Jr, Friedman, L., Hirshkowitz, M., Kapen, S., Kramer, M., Lee-Chiong, T., Loube, D. L., Owens, J., Pancer, J. P., & Wise, M. (2005). Practice parameters for the indications for polysomnography and related procedures: an update for 2005. *Sleep*, 28(4), 499–521. <https://doi.org/10.1093/sleep/28.4.499>
- Littner, M. R., Kushida, C., Wise, M., Davila, D. G., Morgenthaler, T., Lee-Chiong, T., Hirshkowitz, M., Daniel, L. L., Bailey, D., Berry, R. B., Kapen, S., Kramer, M., & Standards of Practice Committee of the American Academy of Sleep Medicine (2005). Practice parameters for clinical use of the multiple sleep latency test and the maintenance of wakefulness test. *Sleep*, 28(1), 113–121. <https://doi.org/10.1093/sleep/28.1.113>
- Littner, M., Hirshkowitz, M., Kramer, M., Kapen, S., Anderson, W. M., Bailey, D., Berry, R. B., Davila, D., Johnson, S., Kushida, C., Loube, D. I., Wise, M., Woodson, B. T., American Academy of Sleep Medicine, & Standards of Practice Committee (2003). Practice parameters for using polysomnography to evaluate insomnia: an update. *Sleep*, 26(6), 754–760. <https://doi.org/10.1093/sleep/26.6.754>

- Maria, B., Sophia, S., Michalis, M., Charalampos, L., Andreas, P., John, M. E., & Nikolaos, S. M. (2003). Sleep breathing disorders in patients with idiopathic Parkinson's disease. *Respiratory medicine*, 97(10), 1151–1157. [https://doi.org/10.1016/s0954-6111\(03\)00188-4](https://doi.org/10.1016/s0954-6111(03)00188-4)
- Menza, M., Dobkin, R.D., Marin, H., Bienfait, K. (2010). Sleep disturbances in Parkinson's disease. *Mov Disord*, 25 (Suppl 1):S117-22. [doi: 10.1002/mds.22788](https://doi.org/10.1002/mds.22788).
- Mitra, T., Chaudhuri, K.R. (2009). Sleep dysfunction and role of dysautonomia in Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord*, Suppl 3:S93-5. [doi: 10.1016/S1353-8020\(09\)70790-4](https://doi.org/10.1016/S1353-8020(09)70790-4).
- Neiman, E. S. (2017). EEG in dementia and Encephalopathy. Medscape. <https://emedicine.medscape.com/article/1138235-overview>.
- Parra, O., Dalmases Cleries, M. (2018). *SAHS y alteraciones neurológicas*. Master en avances en diagnóstico y tratamiento de los trastornos durante el sueño. Sociedad Española de Neumonología y cirugía Torácica de España. SEPAR.
- Poryazova, R., Benninger, D., Waldvogel, D., & Bassetti, C. L. (2010). Excessive daytime sleepiness in Parkinson's disease: characteristics and determinants. *European neurology*, 63(3), 129–135. <https://doi.org/10.1159/000276402>
- Qiu, M. H., Vetrivelan, R., Fuller, P. M., & Lu, J. (2010). Basal ganglia control of sleep-wake behavior and cortical activation. *The European journal of neuroscience*, 31(3), 499–507. <https://doi.org/10.1111/j.1460-9568.2009.07062.x>
- Rye, D. B., Bliwise, D. L., Dihenia, B., & Gurecki, P. (2000). FAST TRACK: daytime sleepiness in Parkinson's disease. *Journal of sleep research*, 9(1), 63–69. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2869.2000.00201.x>
- Schenck, C. H., & Mahowald, M. W. (2005). Rapid eye movement sleep parasomnias. *Neurologic clinics*, 23(4), 1107–1126. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2005.06.002>
- Shpirer, I., Miniovitz, A., Klein, C., Goldstein, R., Prokhorov, T., Theitler, J., Pollak, L., & Rabey, J. M. (2006). Excessive daytime sleepiness in patients with Parkinson's disease: a polysomnography study. *Movement disorders : official journal of the Movement Disorder Society*, 21(9), 1432–1438. <https://doi.org/10.1002/mds.21002>
- Stocchi, F., Barbato, L., Nordera, G., Berardelli, A., & Ruggieri, S. (1998). Sleep disorders in Parkinson's disease. *Journal of neurology*, 245 Suppl 1, S15–S18. <https://doi.org/10.1007/pl00007731>
- Trotti, L. M., & Bliwise, D. L. (2010). No increased risk of obstructive sleep apnea in Parkinson's disease. *Movement disorders : official journal of the Movement Disorder Society*, 25(13), 2246–2249. <https://doi.org/10.1002/mds.23231>
- Vazquez, C., Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, vol. 10 nro. 1, págs. 59-81.
- Wailke, S., Herzog, J., Witt, K., Deuschl, G., & Volkmann, J. (2011). Effect of controlled-release levodopa on the microstructure of sleep in Parkinson's disease. *European journal of neurology*, 18(4), 590–596. <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2010.03213.x>
- Wetter, T. C., Collado-Seidel, V., Pollmächer, T., Yassouridis, A., & Trenkwalder, C. (2000). Sleep and periodic leg movement patterns in drug-free patients with Parkinson's disease and multiple system atrophy. *Sleep*, 23(3), 361–367.
- Wetter, T. C., Trenkwalder, C., Gershanik, O., & Högl, B. (2001). Polysomnographic measures in Parkinson's disease: a comparison between patients with and without REM sleep disturbances. *Wiener klinische Wochenschrift*, 113(7-8), 249–253.
- Yong, M. H., Fook-Chong, S., Pavanni, R., Lim, L. L., & Tan, E. K. (2011). Case control polysomnographic studies of sleep disorders in Parkinson's disease. *PLoS one*, 6(7), e22511. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0022511>
- Zoccollella, S., Savarese, M., Lamberti, P., Manni, R., Pacchetti, C., Logroscino, G. (2011). Sleep disorders and the natural history of Parkinson's disease: the contribution of epidemiological studies. *Sleep Med Rev*, 15(1):41-50.
- Zucconi, M., Ferri, R., Allen, R., Baier, P. C., Bruni, O., Chokroverty, S., Ferini-Strambi, L., Fulda, S., Garcia-Borreguero, D., Hening, W. A., Hirshkowitz, M., Högl, B., Hornyak, M., King, M., Montagna, P., Parrino, L., Plazzi, G., Terzano, M. G., & International Restless Legs Syndrome Study Group (IRLSSG) (2006). The official World Association of Sleep Medicine (WASM) standards for recording and scoring periodic leg movements in sleep (PLMS) and wakefulness (PLMW) developed in collaboration with a task force from the International Restless Legs Syndrome Study Group (IRLSSG). *Sleep medicine*, 7(2), 175–183. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2006.01.001>

## Condiciones laborales del personal de salud mental al comienzo de la pandemia por COVID-19 en Argentina

*Working conditions among Mental Healthcare workers at the beginning of COVID-19 pandemic in Argentina*

Maximiliano Cesoni<sup>1</sup>, Viviana A. Peskin<sup>2</sup>, Diana Milena Berrio Cuartas<sup>3</sup>, Cora Luguercho<sup>4</sup>

### Resumen

**Introducción:** El contexto de pandemia por COVID-19 subraya y resalta las distintas dificultades de los trabajadores de la salud. La Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) confeccionó una encuesta, que se difundió entre trabajadores de la Salud Mental. El objetivo del estudio fue medir y conocer cuáles eran las condiciones laborales del personal que se desempeñó en el campo de la Salud Mental en Argentina al comienzo de la pandemia. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo transversal en una muestra de conveniencia. A tal fin se diseñó una encuesta, en formato digital, y se difundió desde APSA. Esta constaba de 27 preguntas y una opción de comentarios, incluyendo variables sociodemográficas, datos específicos de la labor desempeñada y actos de discriminación padecidos. **Resultados:** La encuesta fue respondida por 710 personas. 32% de las respuestas provenientes de trabajadores del sector público, indicaron que debían proveer su propio equipo de protección personal, comparado con 56% en el sector privado. Cerca del 82% de las respuestas del sector público indicaron que existían protocolos para pacientes con síntomas compatibles con COVID-19, en comparación con 58% en el sector privado. Para pacientes nuevos en una internación, las respuestas desde el sector público indicaron que más del 50% tenía protocolos de manejo, en tanto menos de la mitad en el privado. **Conclusiones:** Los resultados de la encuesta permiten conocer cuáles fueron las condiciones laborales al comienzo de la pandemia por COVID-19 en la Argentina. Tener un plan en función de lo que se sabe y se tiene, permite un abordaje más adecuado, para los trabajadores y para quienes dependen de ellos en los cuidados.

**Palabras clave:** Salud Mental - Condiciones laborales -Pandemia COVID-19 - Profesionales de Salud Mental y pandemia.

### Abstract

**Introduction:** The current COVID-19 pandemic highlights the different difficulties that healthcare workers have to face in this context. In order to quantify some aspects of the current working situation, the Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) designed a survey for Mental Healthcare workers. The goal was to: measure and know what are the working conditions of those working in Mental Health in Argentina, in this pandemic context. **Methods:** Cross sectional descriptive study. Convenience sample. The survey was designed and sent in a digital format, thru APSA means of communication. The survey had 27 questions and one comments option. Questions explored sociodemographic variables, worked related aspects and discrimination suffered by participants. **Results:** The survey, in its digital format, was answered

RECIBIDO 13/6/2021 - ACEPTADO 14/9/2021

<sup>1</sup>Médico de planta del Hospital "José T. Borda". Prosecretario de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).

<sup>2</sup>Médica Especialista en Psiquiatría (UBA). Coordinadora Revista Sinopsis Digital. Miembro del Capítulo Investigación en Psiquiatría (APSA).

<sup>3</sup>Médico Psiquiatra (APSA). Psiquiatra de consulta externa Hospital Británico de Buenos Aires. Miembro del Capítulo de Psiquiatría antropológica de APSA, Coordinadora Revista Sinopsis Digital.

<sup>4</sup>Secretaria de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). Especialista en psiquiatría. Ex directora de Salud Mental comunitaria de Chubut. Presidenta honoraria de la Asociación de Psiquiatras del Chubut (APCHU).

### Autor de referencia:

Maximiliano Cesoni

[maxcesoni@gmail.com](mailto:maxcesoni@gmail.com)

Lugar de realización del estudio: Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).

red by 710 participants. 32% of those in the public sector pointed out that people needed to bring their own personal protective equipment, compared to 56% in the private sector. For protocols in place, nearly 82% of public sector responses said there is a protocol for COVID-19 compatible symptoms in patients, compared to 58% in the private sector. And for new patients in an inpatient facility, responses showed that more than 50% had a protocol in the public sector, vs less than half in the private setting. Conclusions: This survey and the results allows to know and have evidence on which were the working conditions at the beginning of the pandemic. Having a plan considering what is known and what is available, allows a more appropriate approach, for both the workers and those who depend on them for care.

**Keywords:** Mental Health - Working conditions - Pandemic COVID-19 - Mental Health workers and pandemic.

## Introducción

El contexto actual de la pandemia por COVID-19 pone de relieve, y acentúa, distintas realidades sobre las condiciones laborales de los trabajadores de la salud en la Argentina. Más allá de la percepción subjetiva de los distintos profesionales, que surge en los intercambios informales entre colegas, el poder objetivarlas permite conocer esa realidad, y pensar mejores estrategias para abordarla.

El ámbito de desempeño de los profesionales de la salud es muy importante tanto para los mismos, como para la población que recibe su atención. En los últimos años se ha investigado mucho acerca del tema y se ha observado que un ambiente laboral adverso, genera efectos negativos físicos y mentales a largo plazo (Kapinos et al, 2012; Sobrequés et al, 2003; West et al, 2018; WPA, 2018).

Una de las entidades clínicas descripta es el síndrome de *burnout*, con estudios realizados tanto a nivel mundial y local en distintas profesiones vinculadas a las tareas asistenciales en salud (Berrio Cuartas et al, 2017; Bianchini Matamoros, 1997; Bonadeo et al, 2005; Kumar, 2007; Peckham, 2015; Wolfberg, 2003). En 2017, el Capítulo de Psiquiatras en Formación de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), publicó una investigación acerca de la prevalencia del síndrome de *burnout* entre los psiquiatras, y otra, publicada en 2018, sobre distintas características vinculadas a las condiciones laborales de los mismos (Berrio Cuartas et al, 2017; Cesoni et al, 2018).

La irrupción inesperada del virus SARS-COV 2 ha tenido un impacto en la salud mental y general de la población (Ardila Gómez et al, 2021; Johnson et al, 2020; Sánchez Duque et al, 2020). La Organización Mundial de la Salud declaró que el mundo se encontraba atravesando una pandemia en marzo de 2020 (OPS, 2020). Los servicios de atención en salud de todo el mundo no estaban capacitados para responder frente a la amplia demanda de recursos humanos

y técnicos, sumados a la falta de suministros. Además, dada la poca información acerca de la nueva enfermedad, las medidas de contención eran inciertas, lo cual generaba incertidumbre tanto en la población, como entre los profesionales a cargo de su cuidado y de la toma de decisiones. En ese contexto sanitario, se encontró una gran dificultad para planificar, organizar estrategias de protección para evitar contagios y proveer los elementos necesarios para que el personal de salud pudiera realizar su tarea sin aumentar su propio riesgo de contraer la enfermedad (Ardila Gómez et al, 2021).

Los trabajadores del campo de la Salud Mental se vieron enfrentados a muchos cambios en sus prácticas laborales. Algunos profesionales, dadas las características de la disciplina, pudieron continuar la atención a distancia, utilizando distintos recursos digitales. Sin embargo, no siempre esa opción fue posible porque su utilización dependía de múltiples variables que la dificultaban (Stewart & Appelbaum, 2020).

A partir de los relatos de las experiencias y preocupaciones de los profesionales del campo de la Salud Mental, desde APSA se realizó una encuesta cuyo objetivo fue conocer cuáles eran las condiciones laborales del personal que se desempeñaba en ese área en la Argentina en tan difícil contexto, a fin de proponer estrategias, para mejorar su labor y brindarles herramientas adecuadas.

## Materiales y métodos

Se realizó una investigación de corte transversal y descriptiva. A tal efecto, un equipo de investigación de APSA diseñó una encuesta que fue administrada en forma anónima y voluntaria, distribuida en formato digital por el boletín de APSA y sus redes sociales entre los meses de abril y junio de 2020. Muestra de conveniencia.

La encuesta constaba de 27 preguntas y una opción de comentarios al final (*ver Anexo 1*).

Las primeras preguntas exploraban características sociodemográficas (edad, sexo, profesión, nacionalidad, provincia, ciudad y sector donde ejercían los encuestados). También contenía preguntas específicas de la labor desempeñada en el contexto de la pandemia (atención presencial o a distancia, cumplimiento de las excepciones para las tareas asistenciales presenciales por parte del empleador y pago del salario, medidas de desinfección en el ámbito laboral y sector de desempeño, equipo de protección personal, quién lo proveía, protocolos de manejo para pacientes con sintomatología de COVID-19 en la admisión, cumplimiento del mismo, existencia y cumplimiento de protocolos por COVID-19 en salas de internación). Finalmente se consultó sobre si el encuestado había padecido algún acto de discriminación por su labor como personal de salud.

La encuesta fue respondida por 710 personas que se desempeñaban laboralmente en el campo de la Salud Mental, entre ellos: psiquiatras, psicólogos/as, trabajadores sociales, acompañantes terapéuticos/as, administrativo/a, enfermeros/as, farmacéuticos/as, psicopedagogos/as, terapeutas ocupacionales, musicoterapeutas, nutricionista, médicos/as de otras especialidades, sociólogos/as, psicólogo/a social.

## Resultados

La edad promedio de aquellos que respondieron la encuesta fue de 44,3 años (edad mínima: 24 años, edad máxima: 80 años). 517 de los encuestados se identificaron de género femenino (72,8%), 191 de género masculino (26,9%) y 2 no especificaron el género. La muestra incluyó: 474 psiquiatras (66,7%), 168 psicólogos/as (23,7%), 16 trabajadores/as sociales (2,3%), 1 administrativo/a, 5 acompañantes terapéuticos/as, 2 farmacéuticos/as, 18 enfermeros/as, 4 terapeutas ocupacionales, 2 musicoterapeutas, 1 nutricionista, 1 psicólogo/a social, 3 psicopedagogos/as, 1 psicoterapeuta, 11 médicos/as de distintas especialidades, 1 sociólogo/a.

En la *tabla 1* se detalla la distribución por provincia de los profesionales que respondieron la encuesta.

En relación al sector donde se desempeñaban los participantes de la encuesta, 275 (38,7%) refirieron realizar sus tareas tanto en el sector público como en el privado, 220 (31%) sólo en el privado, 213 (30%) sólo en el público y 2 en otros.

Dentro del sector público, 402 (82,3%) contestaron que realizaban su trabajo en forma presencial. En el caso del sector privado, 181 (43%) respondieron también que asistían a su ámbito laboral.

**Tabla 1.**

Regiones y Provincias	Cantidad de respuestas
Buenos Aires (CABA, Provincia de Buenos Aires)	437
Centro (Córdoba, La Pampa)	25
Cuyo (Mendoza, San Juan, San Luis)	81
Litoral (Santa Fe, Entre Ríos)	41
Noreste (Misiones, Corrientes, Chaco, Formosa)	71
Noroeste (Jujuy, Salta, Catamarca, La Rioja, Tucumán, Santiago del Estero)	28
Patagonia (Chubut, Río Negro, Neuquén, Santa Cruz, Tierra del Fuego)	27

Frente a la consulta sobre el origen del equipo de protección personal, 466 encuestados pertenecientes al sector público respondieron de la siguiente manera: 231 (50%) indicaron que fueron provistos en el lugar de trabajo, 150 (32%), tuvieron que proveerse a su costo y solamente 52 (cerca del 11%) los obtuvieron por medio de donaciones, el resto de las respuestas indican múltiples orígenes.

Sobre el origen del equipo de protección personal en el sector privado respondieron 337 profesionales; 132 (cercano al 39%) indicaron que los proveía el empleador, 189 (56%) contestaron que debía procurárselos el trabajador, 6 (1,8%) lo obtuvieron por donaciones, y 10 (3,2%) los obtuvo de múltiples orígenes.

Ante la pregunta de si existía un protocolo de manejo para pacientes que se presentaban con alguno de los síntomas descritos de COVID-19, 391 (82%) profesionales del sector público y 200 (58%) del sector privado, indicaron que sí.

Frente al ingreso de nuevos pacientes en una institución de internación, desde el sector público han respondido que hay un protocolo 229 (57%) participantes, pero desde el sector privado 98 (39%) han indicado que existe una guía de aislamiento para pacientes nuevos.

Cuando se preguntó a los participantes de la encuesta si les resultaban suficientes las medidas de desinfección tomadas en su ámbito laboral, 164 (35%) del sector público y 196 (53%) del sector privado respondieron que sí.

En la *tabla 2* se encuentran las respuestas en relación a haber padecido actos de discriminación, agresiones verbales o físicas a raíz de su condición de trabajador de la salud.

Al final de la encuesta, fue incluida una opción de comentarios.

**Tabla 2.**

Preguntas	Sí	No	No sabe/ No contesta
¿Ha sufrido algún acto de discriminación, por su condición de profesional de la salud, en la vía pública?	51	628	8
¿Ha sufrido algún acto de discriminación en su vivienda?	33	647	7
¿Ha sufrido alguna agresión verbal por su condición de profesional de la salud desde el inicio de la pandemia?	57	628	3
¿Ha sufrido alguna agresión física por su condición de profesional de la salud desde el inicio de la pandemia?	7	677	2

## Discusión

A partir de la preocupación reinante en el seno de APSA por las noticias sobre las condiciones de trabajo de los colegas se decide realizar una encuesta intentando reflejar las condiciones laborales del personal que se desempeñaba en el campo de la Salud Mental en Argentina en 2020. La inquietud ante la llegada de la pandemia, se dio en el marco de un panorama laboral ya problemático que se había dado a conocer en el año 2018 a partir de una investigación realizada por el Capítulo de Psiquiatras en Formación de APSA (Cesoni et al, 2018).

Este estudio presenta limitaciones, vinculadas al modo de selección de la muestra, que podría introducir un sesgo en los resultados observados. Aquellos/as con mayores deseos de visibilizar el malestar en su ámbito laboral, podrían llevar a una sobrevaloración de ciertas dificultades planteadas. Sin embargo, dado el n de participación y la característica anónima de la encuesta, entendemos que los resultados aquí observados son relevantes, y sobre los cuales hay que pensar en estrategias a futuro. Se podrían pensar también, análisis estadísticos posteriores sobre los resultados obtenidos, de orden inferencial, centrados en explorar las respuestas por profesión, sector de desempeño, lugar de ejercicio, entre otros... Creemos que esta presentación, meramente descriptiva de los datos, permitirá, a partir de los intercambios que en torno a ellos se genere, futuros estudios y reevaluación de los datos aquí presentados.

En septiembre de 2020, a posteriori de la realización de la encuesta, se publicó una declaración de la

directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Carissa F. Etienne, que afirmaba: “El personal de la salud es especialmente vulnerable a la pandemia del COVID-19, y en la Región de las Américas, tenemos la mayor cantidad de trabajadores de la salud infectados en el mundo” (Naciones Unidas, 2020). Se suma al riesgo de contagio, las consecuencias de desarrollar las tareas entre tanta incertidumbre, con guías en construcción, que se iban y van modificando en función de la nueva evidencia disponible, pero que daba (y da) cuenta de todo lo desconocido. No había evidencia suficiente para construir conocimiento sobre el cual apoyarse para la toma de decisiones. Un claro ejemplo de esto fueron las discusiones en torno al uso o no de tapabocas. Era necesario, no lo era, hubiera sido deseable pero escaseaba, cómo decidir quién tenía que usarlo y quién no. Vacunación mediante, continúa el debate en este sentido.

Entre los profesionales de la salud, surgieron preocupaciones sobre la falta de entrenamiento en el uso del equipo de protección personal, ya que muchos desempeñaban sus tareas en consultorios externos u otros ámbitos laborales diferentes a los que cumplían antes de la pandemia. En este sentido, algunos profesionales fueron enviados a realizar actividades no vinculadas con su formación como psiquiatras. De los encuestados en esta oportunidad, la mayoría de los que se desempeñaban en el ámbito público, asistían presencialmente a sus lugares de trabajo (82,3% vs 43% en el ámbito privado). Estos resultados nos permiten considerar que el personal que se desempeña en el sector público estuvo y está más expuesto al riesgo de contagio. Se requerirían estudios más específicos respecto a las condiciones laborales por sector y cómo se modificaron a lo largo de la pandemia.

Se observa cierta variabilidad en torno a la presencia de protocolos para el manejo de personas que consultan en Salud Mental con síntomas compatibles con COVID-19, al igual que en el caso de las internaciones. El sector público presenta más respuestas dando cuenta de la existencia de protocolos, en comparación con el sector privado. Las guías de manejo son herramientas muy importantes en estos contextos, donde la comunicación clara y concisa, permite una mejor toma de decisión por parte de los profesionales de la salud actuantes. Sería interesante ver, ya transcurrido más de un año de la encuesta, si estos protocolos se encuentran presentes, y explorar si son conocidos por los trabajadores de la salud de cada institución. La comunicación intrainstitucional es fundamental para una respuesta ordenada frente a la incertidumbre.

Durante la pandemia, en todo el mundo, las prestaciones en salud, que por su motivo de consulta lo permitiera, han podido realizarse a distancia (de manera virtual) y han estado indicadas como medida preferencial desde que se instaló el Aislamiento Social Preventivo Obligatorio (Boletín oficial de la República Argentina), resguardando al paciente, pero también al profesional. Como fue mencionado, eso dependía y depende de las características de la patología a tratar, y de ciertos aspectos socio-culturales de quien consulta (el acceso a internet y tecnológico a la atención, contar con espacio de intimidad suficiente para recibir la atención específica, entre otras) (Markowitz et al., 2020). De más está decir que la atención en forma remota no escapa a la brecha digital (Negueruela & Torres, 2020) que se ve reflejada a nivel social en el acceso a la escolarización, al trabajo remoto, etc.

Es de importancia mencionar que algunas investigaciones dan cuenta de los efectos en la Salud Mental de la población general en el contexto de pandemia: ansiedad, depresión, estrés postraumático, insomnio, irritabilidad y estados conductuales alterados, incluso violencia (Johnson et al., 2020; Ardila Gómez et al., 2021; Taquet et al., 2020; Stewart y Appelbaum, 2020). Dentro de las principales cuestiones que mencionan, sugieren que los psiquiatras continúen con los tratamientos individuales y grupales de sus pacientes e incluso intenten el cuidado de sus colegas en cuanto al mantenimiento de hábitos y rutinas saludables, horas de sueño, ejercicio, entre otras y consultar a un profesional de la salud mental si comienzan a tener ansiedad, depresión, u otros síntomas de la esfera psíquica (Stewart & Appelbaum, 2020). Los trabajadores de la salud se encuentran, al igual que la población general, en riesgo de desarrollar la sintomatología mencionada. En este punto, varias asociaciones e instituciones del campo de la Salud Mental, brindaron su saber, su experiencia, para acompañar a aquellos colegas que se encontraban a diario sosteniendo a los pacientes con COVID-19 y sus familiares. Esos puentes trazados, tanto en Argentina como en otros lugares del mundo, permitieron una construcción solidaria para pensar en una respuesta desde el entretendido social, cada uno sumando desde sus saberes y recursos. Se vieron ejemplos de estas iniciativas en distintos ámbitos como fábricas que transformaban su producción a barbijos, otras a mascarillas, a guantes, mecanismos de sanitización, etc...

Así como mencionamos, varias situaciones de construcción social colectiva para hacer frente a la pandemia, nos pareció importante conocer si los profesionales habían sufrido situaciones de discrimina-

ción o maltrato por su ámbito laboral. Consideramos que merece ser más estudiado en el futuro y ver cómo fue evolucionando. Son variadas las situaciones presentadas, las cuales sucedieron en muchos lugares del mundo. La población, al tener gran temor al contagio, rechazó, en algunos contextos, el contacto con personal médico, aquellos que realizaban tareas asistenciales o en ámbitos de atención en pandemia (INADI, 2020; Valdés et al., 2020).

Entre los encuestados, 51 participantes reportaron vivir actos de discriminación en la vía pública por ser profesionales de la salud, 33 actos de discriminación en su vivienda y 57 han contestado haber sufrido alguna agresión verbal por su condición de profesional de la salud desde el inicio de la pandemia. Inclusive, 7 participantes de los encuestados, han reportado haber sufrido alguna agresión física desde el inicio de la pandemia.

Nos parece importante dar cuenta del total de participantes que reportaron estos hechos. Así como el miedo puede promover el armado de lazos, pensar en estrategias colectivas para una salida del contexto de crisis, también el miedo puede llevar a buscar en el otro, en el par, la amenaza. Surge la pregunta, desde el campo de la Salud Mental, de cómo trabajar para pasar de un "otro amenazante", a un "otro par" con quien pensar e implementar una salida conjunta.

## Conclusiones

La decisión de realizar la presente encuesta, con el objetivo de conocer y cuantificar algunos aspectos de las condiciones laborales de los profesionales de la Salud Mental fue el primer paso para hacer un diagnóstico, y construir soluciones en un momento de incertidumbre. A pesar de haber sido realizada al comienzo de la pandemia, en donde el contexto y la realidad era otra, el gran dinamismo de la situación actual enseña que, de lo sucedido en Argentina y en otros países, se aprende a pensar estrategias a futuro. Pasar del lugar de queja, a la exploración, conocimiento, y construcción, permite pensar mejores estrategias en donde anclarse. Cada iniciativa en pos del diseño de protocolos, guías, comunicación, construye, organiza, arma lazos, todos ellos fundamentales para atravesar y acompañarnos en este territorio inexplorado. En este sentido, consideramos que nuevos estudios sobre las condiciones laborales de los profesionales en el ámbito de la Salud Mental en Argentina, permitirán reevaluar las variables y objetivar los funcionamientos de las estrategias planteadas.

Conocer las condiciones laborales que se presentaban en ese primer momento de la pandemia habi-

litan a reflexionar, revisar y aprender. Los resultados nos permiten tener un parámetro objetivo, tanto para el personal que desempeña sus tareas laborales en la Salud Mental, como para quienes son responsables de garantizar las condiciones adecuadas de las mismas.

**Conflictos de intereses:** los autores declaran no tener conflictos de intereses.

**Agradecimientos:** Agradecemos a la Asociación de Psiquiatras Argentinos, y en especial a su presidente, Santiago Levin, por permitirnos y alentarnos a llevar adelante esta investigación.

## Referencias bibliográficas

- Ardila Gómez, S., Rosales, M. L., Fernández, M. A., Velzi Díazm A., Matkovich, A., Agrest, M. (2021). Impacto de la pandemia por COVID-19 en los servicios de salud mental en Argentina. *Rev Argent Salud Publica*, 13(Supl. COVID-19:e26). [http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/vol13supl/AO\\_Ardilae26.pdf](http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/vol13supl/AO_Ardilae26.pdf)
- Berrio Cuartas, D. M., Mazzoglio y Nabar, M., Peskin, V., Furman, M., Falicoff, J., Muñoz, M., Reynoso, F., Diez, C. (2017). Burnout en psiquiatras en formación a nivel nacional. *Revista Intra Med*, 6(3). <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenido=91835&pagina=1>
- Bianchini Matamoros, M. (1997). El Síndrome del Burnout en personal profesional de la salud. *Medicina Legal de Costa Rica*, 13-14(2-1-2), 189-192. [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00151997000200017&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00151997000200017&lng=en&tlng=es).
- Boletín oficial de la República Argentina. Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), 3 de julio, 2021. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320%20agregar%20>
- Bonadeo, M. A., Marengi, M., Bassi, F., Fernández, M. E., Lago, M. I., Piacentini, A., Rodríguez Bertoni, C. (2005). Evaluación del grado de satisfacción del personal médico en un hospital de pediatría. *Arch argent pediatr*, 103(6), 491-496. [https://www.sap.org.ar/docs/archivos/2005/arch05\\_6/491.pdf](https://www.sap.org.ar/docs/archivos/2005/arch05_6/491.pdf)
- Cesoni, M., Peskin, V. A., BerrioCuartas, D. M., Tenconi, J. C., Furman, M., Pereyra, W., Furman, M., Ibañez, B., Baratti, M., Lagos, D., García, N., Mendieta, M., Sanchez, F. (2018). Condiciones Laborales de los psiquiatras en Argentina. *Vertex Rev Arg Psiquiatr*, 29(140), 299- 306.
- Instituto Nacional contra la Discriminación (INADI). (2020). La xenofobia y el racismo. Discriminación y Coronavirus. [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/discriminacion\\_y\\_coronavirus.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/discriminacion_y_coronavirus.pdf)
- Johnson, M. C., Saletti-Cuesta, L., Tumas, N. (2020). Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(Supl.1), 2447-2456. [doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10472020](https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10472020)
- Kapinos, K. A., Fitzgerald, P., Greer, N., Rutks, I. (2012). The Effect of Working Conditions on Patient Care: A Systematic Review [Internet]. Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK114447>
- Kumar, S. (2007). Burnout in psychiatrists. *World Psychiatry*, 6(3), 186-189. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2175073/?report=classic>
- Markowitz, J.C., Milrod, B., Heckman, T. G., Bergman, M., Amsalem, D., Zalman, H., Ballas, T., Neria, Y. (2021). Psychotherapy at a Distance. *Am J Psychiatry*, 178:3. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20050557>
- Naciones Unidas. Información Oficial México (2020, 2 de septiembre). Cerca de 570.000 trabajadores de la salud se han infectado y 2.500 han muerto por COVID-19 en las Américas. <https://coronavirus.onu.org.mx/cerca-de-570-000-trabajadores-de-la-salud-se-han-infectado-y-2-500-han-muerto-por-covid-19-en-las-americas>
- Negueruela, A., Torres, B. (2020). La brecha digital impacta en la educación. <https://www.unicef.es/educa/blog/covid-19-brecha-educativa>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020, 11 de marzo). La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia. <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>
- Peckham, C. (2015). Medscape Psychiatrist lifestyle report. [http://www.medscape.com/features/slideshow/lifestyle/2015/psychiatry?src=wnl-edit\\_specol&uac=198826ET#1](http://www.medscape.com/features/slideshow/lifestyle/2015/psychiatry?src=wnl-edit_specol&uac=198826ET#1)
- Sánchez Duque, J. A., Arce Villalobos, L. R., Rodríguez Morales, A. J. (2020). Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en América Latina: papel de la atención primaria en la preparación y respuesta. *Aten Primaria*, 52(6), 369-372. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.04.001>
- Sobrequés, J., Cebría, J., Segurac, J., Rodríguez, C., García, M., Juncosa, S. (2003). La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*, 31(4), 227-33. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)791](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)791)
- Stewart, D. E., Appelbaum, P. S. (2020). COVID-19 and psychiatrists' responsibilities: a WPA position paper. *World Psychiatry*, 19(3), 406-407. <https://doi.org/10.1002/wps.20803>
- Taquet, M., Sierra, L., Geddes, J. R., Harrison, P. J. (2020). Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. [www.thelancet.com/psychiatryhttps://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30462-4](http://www.thelancet.com/psychiatryhttps://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30462-4)
- Valdés, P. R., Cámara, L. A., De la Serna, M., Abuabara Turbay, Y., Carballo Zárate, V., Hernández Ayazo, H., Sierra Merlano, R. M., Viera Jaraba, A., Rodríguez Hurtado, D., Vaucher Rivero, A., Melgar Cuéllar, F., Ibañez Guzmán, C., Araya Fonseca, C., Betancourt-Torres, I., Montúfar Guardado, R., Nitsch Montiel, C., Brav Mejía, C. R., Salgado Guevara, D. A., Bustillo y Valeriano, P. L.(...), Carrasco Dueñas, S. Foro Internacional de Medicina Interna (FIMI). (2020). Ataque al personal de la salud durante la pandemia de COVID-19 en Latinoamérica. *Acta Med Colomb*, 45(3), 1-10. [doi:https://doi.org/10.36104/amc.2020.1975](https://doi.org/10.36104/amc.2020.1975)
- West, C. P., Dyrbye, L. N., Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 283(6), 516-529. <https://doi.org/10.1111/joim.12752>
- Wolffberg, E. (2003). Crisis social y desgaste ocupacional de los profesionales de la salud: alertas y recursos. *Vertex Rev Arg Psiquiatr*, 14(54), 268-279.
- World Psychiatric Association (WPA). (2008). Entornos positivos para la práctica de los profesionales de atención de salud. [http://www.whpa.org/PPE\\_General\\_information\\_Sp.pdf](http://www.whpa.org/PPE_General_information_Sp.pdf)

**ANEXO I**

Encuesta sobre condiciones laborales durante la Pandemia por COVID-19 en profesionales de Salud Mental en Argentina. Esta encuesta es realizada por la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) con el objetivo de conocer las condiciones en las cuales los profesionales de la Salud Mental en Argentina se encuentran trabajando durante la Pandemia por COVID-19. Se incluyen preguntas demográficas y geográficas sobre el lugar de trabajo y sobre si garantizan las condiciones y elementos de protección personal (EPP) tanto en INSTITUCIONES públicas como privadas.

Es una encuesta ANÓNIMA y VOLUNTARIA. Al completarla autoriza el uso de la información con fines investigativos.

Si tiene consultas sobre esta encuesta contactarse a [apsavirtual@gmail.com](mailto:apsavirtual@gmail.com)

1. Edad (en años): \_\_\_\_\_

2. Sexo: Masculino  Femenino  Otro

3. Profesión:

Psiquiatra  Residente de psiquiatría  Concurrente de psiquiatría  Psicólogo /a   
Residente de psicología  Concurrente de psicología  Enfermero  Trabajador social   
Residente de trabajo social

Otra: \_\_\_\_\_

4. Nacionalidad : \_\_\_\_\_

5. ¿En qué provincia de Argentina ejerce principalmente?

Provincia de Buenos Aires  Ciudad Autónoma de Buenos Aires  Catamarca  Chaco  Chubut   
Córdoba  Corrientes  Entre Ríos  Formosa  La Pampa  La Rioja  Mendoza   
Misiones  Neuquén  Rio Negro  Salta  San Juan  San Luis  Santa Cruz   
Santa Fe  Santiago del Estero  Tierra del Fuego  Tucumán

6. ¿En qué ciudad ejerce principalmente? \_\_\_\_\_

7. ¿En qué sector(es) ejerce? (puede marcar más de uno) Público  Privado  Otro

**TRABAJO EN EL SECTOR PÚBLICO** (en caso de no trabajar en el sector público avance a la pregunta 16)

8. ¿Está asistiendo a su lugar de trabajo de forma presencial?

Sí  No

8.1. ¿Su empleador cumple con exceptuar de realizar tareas clínico/asistenciales a profesionales que se encuentren dentro de la población de riesgo para COVID-19 o a cargo de un menor? (Población de riesgo: embarazadas, comorbilidades).

Sí  No  No sabe/ no contesta

8.2. En caso de estar exceptuado de asistir a su lugar de trabajo ¿su empleador continúa abonando su sueldo completo?

Sí  No  No sabe/ no contesta

9. ¿Le resultan suficientes las medidas de desinfección tomadas en su ámbito laboral? (limpieza de consultorios con productos adecuados, limpieza de áreas de uso común entre profesionales, etc.)

Sí  No  No sabe / no contesta

10. Su ámbito de trabajo es:

Institución monovalente en Salud Mental  Institución polivalente  Otra

11. ¿En qué sector del ámbito se desempeña? (puede seleccionar más de una opción)

Guardia  Servicio de internación  Comunidad Terapéutica  Consultorios Externos  Hospital de día   
Centro de salud  Hogar de adultos mayores  Otra

12. ¿Cuál de los siguientes elementos tanto del equipo de protección personal (EPP) como de higiene cuenta en su trabajo?

Barbijo  Camisolín  Guantes  Protección ocular   
Máscaras (protección plástica transparente que cubre la cara)  Tapa nariz y boca   
Acceso a agua potable y jabón entre pacientes  Alcohol en gel  Ninguno  Otro

13. ¿De dónde obtiene principalmente los EPP para su trabajo cotidiano?

Se proveen en el lugar de trabajo  Donaciones  Llevan los propios trabajadores  Otra

14. ¿Existe en su lugar de trabajo algún protocolo de manejo para pacientes con alguno de los síntomas descriptos para COVID-19?

Sí  No  No sabe

14.1. ¿Se cumple el mismo?

Sí  No  No sabe

**15.** En caso de trabajar en institución con servicios de internación, ¿existe protocolo de aislamiento para nuevos pacientes que ingresan?

Sí  No  No sabe

**15.1.** ¿Se cumple el protocolo?

Sí  No  No sabe

#### TRABAJO EN INSTITUCIONES PRIVADAS (En caso de no trabajar en instituciones privadas avance a la pregunta 24)

**16.** ¿Está realizando su trabajo en forma presencial?

Sí  No

**16.1.** En el caso de estar desempeñando sus tareas laborales en forma virtual/online, ¿recibe los honorarios completos correspondientes?

Sí  No  No sabe/ no contesta

**16.2.** ¿Su empleador cumple con exceptuar de realizar tareas clínico/asistenciales a profesionales que se encuentren dentro de la población de riesgo para COVID-19 o a cargo de un menor? (Población de riesgo: embarazadas, comorbilidades)

Sí  No  No sabe / no contesta

**16.3.** En caso de estar exceptuado de asistir a su lugar de trabajo ¿su empleador continúa abonando su sueldo completo?

Sí  No  No sabe / no contesta

**17.** ¿Le resultan suficientes las medidas de desinfección tomadas en su ámbito laboral? (limpieza de consultorios con productos adecuados, limpieza de áreas de uso común entre profesionales, etc.)

Sí  No  No sabe / no contesta

**18.** Su ámbito de trabajo es:

Institución monovalente en Salud Mental  Institución polivalente  Otra

**19.** ¿En qué sector del ámbito se desempeña? (puede seleccionar más de una opción)

Guardia  Servicio de internación  Comunidad Terapéutica  Consultorios Externos  Hospital de día   
Centro de salud  Hogar de adultos mayores  Otra

**20.** ¿Cuál de los siguientes elementos tanto del equipo de protección personal (EPP) como de higiene cuenta en su trabajo?

Barbijo  Camisolín  Guantes  Protección ocular   
Máscaras (protección plástica transparente que cubre la cara)  Tapa nariz y boca   
Acceso a agua potable y jabón entre pacientes  Alcohol en gel  Ninguno  Otro

**21.** ¿De dónde obtiene principalmente los EPP para su trabajo cotidiano?

Se proveen en el lugar de trabajo  Donaciones  Llevan los propios trabajadores  Otra

**22.** ¿Existe en su lugar de trabajo algún protocolo de manejo para pacientes con alguno de los síntomas descritos para COVID-19?

Sí  No  No sabe / no contesta

**22.1.** ¿Se cumple el mismo?

Sí  No  No sabe

**23.** En caso de trabajar en institución con servicios de internación, ¿existe protocolo de aislamiento para nuevos pacientes que ingresan?

Sí  No  No sabe

**23.1.** ¿Se cumple el protocolo?

Sí  No  No sabe

#### TANTO EN EL ÁMBITO PÚBLICO Y/O PRIVADO: DESCRIPCIÓN (OPCIONAL)

**24.** ¿Ha sufrido algún acto de discriminación, por su condición de profesional de la salud, en la vía pública?

Sí  No  No sabe / no contesta

**25.** ¿Ha sufrido algún acto de discriminación en su vivienda?

Sí  No  No sabe / no contesta

**26.** ¿Ha sufrido alguna agresión verbal por su condición de profesional de la salud desde el inicio de la pandemia?

Sí  No  No sabe / no contesta

**27.** ¿Ha sufrido alguna agresión física por su condición de profesional de la salud desde el inicio de la pandemia?

Sí  No  No sabe / no contesta

**28.** Comentarios

Puede dejar comentarios y/o aportes sobre aspectos que no se hayan abordado en este cuestionario:

## Impacto subjetivo de la pandemia de COVID-19 en los trabajadores de salud mental de la Argentina

*Subjective impact of COVID-19 pandemic among mental health service workers in Argentina*

**Martín Agrest<sup>1</sup>, Melina Rosales<sup>2</sup>, Marina A. Fernández<sup>2</sup>, Rocío Alonso<sup>3</sup>, Alberto Rodolfo Velzi Díaz<sup>4</sup>, Andrés Pablo Matkovich<sup>4</sup>, Sara Ardila-Gómez<sup>2</sup>**

### Resumen

**Introducción:** A nivel internacional se ha estudiado el impacto de la pandemia de COVID-19 en los trabajadores de la salud, pero no se ha analizado suficientemente la situación de los trabajadores de la salud mental. **Metodología:** A fin de caracterizarla se obtuvo la respuesta de 70 trabajadores de la salud mental en cinco regiones de Argentina entre mayo y junio de 2020 respecto del impacto a nivel subjetivo generado por la pandemia. Las respuestas fueron analizadas cuantitativa y cualitativamente. **Resultados:** Los resultados indican emociones y vivencias asociadas a un impacto negativo asociado al cansancio, la incertidumbre, el temor, la angustia y la ansiedad, aunque también se observa un impacto positivo. Más de un tercio de los participantes señalaron aspectos complejos o mixtos como forma de impacto subjetivo, tales como sentirse sorprendidos, ambivalentes, atentos o sensibles. **Conclusiones:** El personal de salud mental se encuentra afectado y experimenta haber sido relegado. Los colegas, el foco en el aprendizaje, la gestión y el acuerdo con políticas macro podrían ser factores protectores frente a las dificultades que impuso la pandemia.

**Palabras clave:** Infecciones por coronavirus - Servicios de salud mental - Personal de salud - COVID-19 en Argentina.

### Abstract

**Introduction:** *The impact of the COVID-19 pandemic on health workers has been studied on an international level. However, mental health workers, who are also called upon to address such ailments both in the general population as well as in the health personnel, have not been asked about their experiences.* **Methods:** *Seventy mental health workers in five regions of Argentina were interviewed between May and June 2020 regarding the subjective impact of changes in their work due to the pandemic. The responses were analyzed quantitatively and qualitatively.* **Results:** *The results indicate emotions and experiences associated with a negative impact, in connection to feelings of tiresome, uncertainty, fear, anguish and anxiety and, to a lesser extent, some positive impacts are also described. More than a third of participants mentioned mixed feelings (i.e., being surprised, ambivalent, alert and sensitive).* **Conclusions:** *The personnel who are supposed to support the rest of the health workers are affected and experience having been relegated one more time to other aspects within the health care system. Focusing on learnings, having management roles, counting on colleagues, and agreeing with macro policies could be protective factors against the difficulties associated with the changes in work that the pandemic has imposed.*

**Keywords:** COVID-19 - Mental health services - Health workers - COVID-19 in Argentina.

---

RECIBIDO 24/9/21 - ACEPTADO 30/9/21

<sup>1</sup>Lic. en Psicología. Magíster en Administración de Sistemas y Servicios de Salud. Proyecto Suma, Buenos Aires, Argentina.

<sup>2</sup>Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

<sup>3</sup>Red de Investigaciones en Salud Mental.

<sup>4</sup>Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario, Argentina.

### Autor de referencia:

Martín Agrest

[magrest66@gmail.com](mailto:magrest66@gmail.com)

Lugar de realización del estudio: Red de Investigaciones en Salud Mental.

## Introducción

La pandemia de COVID-19 ha tenido múltiples impactos a nivel global en términos de un aumento general de la mortalidad (Tallack et al., 2020), afectando la economía mundial de un modo integral y la de la mayoría de las personas en particular (UNDP, 2020), con transformaciones sociales asociadas casi sin precedentes (UN, 2020) y a nivel subjetivo en toda la población (Xiang et al., 2020), aunque también ha subrayado la importancia de consideraciones y estrategias regionales (Buss & Tobar, 2020). La respuesta necesaria y oportuna frente a la pandemia fue el aislamiento social, que habría que denominar más propiamente “distanciamiento físico” (Kaur, 2020). Para los trabajadores esenciales, aquellos que debieron continuar con sus actividades, entre los que se cuentan los trabajadores de la salud, implicó un cambio profundo en sus prácticas y los efectos fueron tanto o más rotundos que en el resto de la población (Lai et al., 2020; Lu et al., 2020; WHO, 2020a).

Numerosos estudios se ocuparon de la salud mental de los trabajadores de la salud afectados al cuidado y la atención de personas con COVID-19, destacando que la situación los estaba exponiendo a un riesgo no solo físico sino moral y de su salud mental en tanto deberían tomar decisiones que podrían perjudicar a algunos para beneficiar a otros (Greenberg et al., 2020; Santos, 2020).

Los trabajadores de salud mental, en cambio, pese a trabajar habitualmente en condiciones menos favorables, debido a una relativa menor financiación del sector comparada con otras especialidades (Vigo et al., 2019), y a que se espera que ellos brinden apoyo a los colegas, han sido menos consultados respecto de cómo han vivido los efectos de la pandemia en conexión con su actividad laboral. El modo en que habrían sido impactados por la pandemia sería de gran relevancia para lo que se anticipa de las futuras “olas” de ésta (Jenkins et al., 2020) y por el hecho de que se estima que el sufrimiento psíquico derivado de esta crisis continuará afectando a las poblaciones incluso cuando se logre controlar la pandemia (Guterres, 2020). En este sentido, se anticipa que la intervención de los trabajadores de salud mental será especialmente requerida.

La mayor parte de los esfuerzos y recursos de los sistemas de salud se concentraron en las necesidades para dar respuesta a los riesgos de vida de las personas contagiadas por COVID-19, relegando nuevamente la salud mental (The Lancet Psychiatry, 2020) y prestando menos atención a los abordajes territorializados, comunitarios y domiciliarios (Medina et al., 2020).

En este contexto, los trabajadores de salud mental vieron fuertemente afectada su actividad (Mezzina et al., 2020; Proyecto Suma, 2020; WHO, 2020b) y habrían acusado el impacto de diferentes maneras que no han sido suficientemente estudiadas.

Cabe mencionar que, a nivel global, la Organización Mundial de la Salud reporta una interrupción de los servicios de salud mental en el 61% de los países que respondieron a una encuesta sobre servicios esenciales durante la pandemia (WHO, 2020c). Se ha señalado que el formato grupal de la atención fue mayormente interrumpido, algunas salas de internación fueron trasladadas, modificadas o cerradas, se adoptaron métodos de testeo y aislamiento -si bien necesarios, también complejos de implementar- en personas de alta vulnerabilidad psicosocial, se priorizó el control de la infección por sobre otros aspectos de la atención en salud mental, los programas intensivos y de rehabilitación sufrieron dramáticas restricciones y transformaciones, y la consulta ambulatoria se reconvirtió a teleconsulta cuando fue posible (Pinals et al., 2020; Vigo et al., 2020). En particular, el desarrollo vertiginoso de la consulta remota -para el cual los trabajadores de salud mental estaban poco preparados- fue especialmente objeto de investigación (Barr Taylor, 2020; Ojha & Syed, 2020; Silva Castro-de-Araujo et al., 2020). En este aspecto también se ha registrado que no todos los países pudieron implementar la migración en favor de la teleconsulta y, en tanto, 80% de los países de altos ingresos pudieron implementarla, menos del 50% de los países de bajos y medianos ingresos pudo hacerlo (WHO, 2020b). La mayor preocupación estuvo centrada en las características de las personas con trastornos severos de salud mental (Silva Castro-de-Araujo et al., 2020) y su potencial riesgo de contagio o de tener problemas clínicos más severos en caso de contagiarse (Chevance et al., 2020).

A nivel regional, en América Latina y El Caribe, algunos informes dan cuenta de los avatares de los servicios de salud mental en tanto en muchos países faltaron elementos de protección personal, sufrieron un incremento en las muertes de personas internadas por motivos de salud mental, y vieron impedidas las comunicaciones entre las personas internadas y sus familias y redes de apoyo (Ardila-Gómez et al., 2020). Aun así, el impacto emocional que todo esto pudiera tener en los trabajadores de la salud mental está pendiente de ser investigado.

En la Argentina, al igual que en otros países del mundo y de la región, diferentes investigaciones han procurado monitorear la salud mental de la población

general (Etchevers, 2020; INECO, 2020; Torrente, 2020), ofreciendo un marco general para el impacto emocional de la pandemia en los trabajadores de salud mental. Un estudio centrado en el impacto emocional del COVID-19 en la población general enseñó la prevalencia de sentimientos de incertidumbre, miedo, responsabilidad y angustia (Echevers, 2020), lo cual debe contextualizarse con características más generales de relevancia de la solidaridad y la reflexión (Fundación UADE, 2018). Otro trabajo sobre la atención especializada en Salud Mental mostró que a un 70% de los trabajadores la modificación en el modo de trabajo le había resultado algo o muy negativa, y que un 75% atendía menos pacientes que antes de la pandemia (Proyecto Suma, 2020).

En base a este estado de situación, y en el marco de una investigación más amplia llevada a cabo por este equipo de investigación acerca del impacto de la pandemia en los servicios de salud mental en la región de América Latina y El Caribe, este trabajo analiza el impacto subjetivo de los trabajadores de salud mental en la Argentina y viene a ocuparse de un vacío importante en la literatura local e internacional.

## Método

### Procedimientos y participantes

Se realizó un estudio transversal exploratorio, entre el 8 de mayo y el 30 de junio de 2020, en el que se contactaron trabajadores ligados a los servicios de salud mental, del sector público, privado y de organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro (ONG), de cinco regiones de la Argentina: Ciudad de Buenos Aires (CABA), Provincia de Buenos Aires (PBA) correspondiente al primer y segundo cordón del Conurbano Bonaerense, Provincia de Santa Fe (Santa Fe), Provincia de Chaco (Chaco) y Provincia de Río Negro (Río Negro). Es de señalar que durante el periodo de estudio, CABA, el Conurbano Bonaerense y la Provincia de Chaco representaban los lugares del país con mayor número de casos y de fallecidos por COVID-19, mientras que las Provincias de Santa Fe y Río Negro presentaban una situación más incipiente de contagios y de circulación comunitaria del virus.

Se utilizó una estrategia de muestreo de "bola de nieve". El contacto se realizó por correo electrónico o WhatsApp y se ofreció la posibilidad de realizar una entrevista por videollamada o de responder un formulario a través de internet.

Respondieron 74 personas vinculadas a diferentes tipos de servicios de salud mental. Cuatro participan-

tes no ofrecieron una respuesta específica para la pregunta referida a "cuál fue el impacto en usted, a nivel subjetivo, de las modificaciones que se han producido por el COVID-19 en el funcionamiento del servicio/institución", dando un total de 70 respuestas para ser analizadas.

Los participantes fueron informados del propósito de la investigación y se requirió su consentimiento de acuerdo al protocolo de investigación aprobado por la Comisión de Evaluación de Conductas Responsables en Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

### Análisis

El análisis siguió dos estrategias complementarias con el fin de aplicar una triangulación de estrategias metodológicas (Heale & Forbes, 2013). Por un lado, las respuestas fueron indexadas mediante códigos creados por dos integrantes del equipo de investigación (MA, MR) de manera independiente siguiendo una estrategia de código abierto. Cada respuesta recibió uno o más códigos. Luego, los investigadores discutieron los códigos de cada respuesta hasta alcanzar un consenso. Una nube de palabras se creó con los códigos para graficar la importancia y el peso de los diferentes códigos según diferentes variables (género, tipo de servicio, localidad). Paralelamente se estableció un cálculo de frecuencias para el uso de estos códigos. Un subgrupo de cuatro investigadores (SA, MF, MA, MR) discutió la pertinencia de agrupar códigos en base a su conexión. Por ejemplo, la ansiedad, el cansancio, la desesperación, la frustración, la impotencia, el miedo, el enojo, la tristeza y la angustia fueron reunidos en un mismo "racimo" de códigos referidos al malestar. Nuevamente, se calcularon las frecuencias del uso de los racimos de códigos. Dado que un participante podía contar con códigos en más de un racimo, la suma de los porcentajes podría totalizar más de 100%.

Una segunda estrategia metodológica consistió en un análisis cualitativo de las respuestas, recurriendo a agrupaciones temáticas emergentes y a una interpretación fenomenológica de las mismas (Smith, 1996). A continuación, estas agrupaciones temáticas fueron asignadas a cuatro categorías: impacto positivo, negativo, mixto y sin impacto. La categoría de impacto positivo fue utilizada para respuestas total o mayoritariamente favorables en cuanto al modo de experimentar la pandemia. La categoría de impacto negativo fue utilizada para respuestas total o mayoritariamente desfavorables o negativas en cuanto al modo de experimentar la pandemia. La categoría de impacto mixto



al rol institucional y distintas dificultades de funcionamiento en los equipos (tales como la pérdida de la especificidad del rol, las dificultades para trabajar en equipo, el peor ambiente laboral, la pérdida del lugar físico de trabajo, el desorden, la arbitrariedad con la que se hacen las cosas, el caos, la desorientación, etc.) abarcó al 30% de los participantes.

Un racimo ligado al cambio y la incertidumbre agrupó al 40% de los participantes. Otro racimo con códigos mixtos (tales como sentirse ambivalente, sensible, impactado, conmovido, sorprendido, alerta, atento, etc.) agrupó al 34% de los participantes.

Finalmente, un 36% dio cuenta de aprendizajes, adaptaciones, desafíos, oportunidades, reflexión, creatividad, y otros aspectos positivos (tales como estar contento, más organizado, trabajar más colectivamente, estar fortalecidos como equipo, experimentar la solidaridad, la importancia de los compañeros de trabajo, el sentirse útil, etc.).

En cuanto a las respuestas según género, pudo observarse un mayor énfasis en el cambio y la angustia en las mujeres; en tanto, los hombres destacaron la importancia que había tenido el equipo (de colaboradores, colegas y supervisores), la ansiedad y la dificultad de modo más general. Según el tipo de servicio, pudo observarse que en los trabajadores en salas de internación de hospitales generales se destacaba el miedo. La incertidumbre y la angustia predominaron en los servicios de rehabilitación y en los consultorios externos.

Según la ubicación de los participantes, el cambio y el miedo se destacaron en la PBA y en el Chaco, seguido del aprendizaje. En CABA, la incertidumbre, la angustia y la pérdida siguieron en importancia al cambio, que también se destaca como lo más significativo. En Río Negro, sobresalen la angustia y la dificultad, en tanto en Santa Fe se observa una mayor dispersión de términos, sin ninguno que tenga centralidad, y un similar peso para la incertidumbre, la pérdida y las referencias al rol profesional.

Los resultados siguientes se organizan de acuerdo al tipo de impacto: negativo, positivo, mixto y neutro.

## Aspectos cualitativos del impacto subjetivo

### Impacto negativo

A partir de un análisis fenomenológico interpretativo se pudo observar que el impacto negativo habría tenido diferentes grados entre los participantes: uno de moderada y otro de mayor intensidad. En el primer caso, se ubican las referencias a la incertidumbre, la preocupa-

ción, el aumento de las dificultades, la exigencia (y en particular aquella asociada al cuidado de sí o de otros), la falta de motivación, el cambio y la exigencia compleja para lograr adaptarse al mismo. En el segundo caso se hizo referencia a un estrés muy elevado, ansiedad y angustia marcadas, cansancio extremo, tristeza, enojo, miedo, impotencia, alteraciones del sueño, y sentirse desorientados en medio del caos o del desorden.

### Intensidad moderada: El cambio y la incertidumbre

Los cambios sucedidos --y los que van sucediendo, también-- impactan en cómo se percibe el futuro y la posibilidad de hacer planes: “No podemos pensar, no podemos proyectar. (...) Vemos todas las capacitaciones que se están ofreciendo en salud mental y no encontramos nada que aporte al trabajo cotidiano, que entiendo que tiene que ver con el contexto, que no hay lugar para la producción. Es una sensación (...) de desmotivación” (Mujer, Primer Nivel, PBA).

Otra entrevistada afirmó: “La incertidumbre no ayuda ni al personal ni a las usuarias. Por ejemplo, uno trata de apaciguar el miedo de una usuaria, y por dentro uno está que explota” (Mujer, Rehabilitación, PBA).

### Intensidad mayor: Estrés, ansiedad y agotamiento

El estrés, la ansiedad, el agotamiento y el cansancio, fueron reiteradamente señalados. Una persona mencionó: “Estamos agotados (...) Nadie sabe qué hacer, entonces todo eso cansa mucho” (Mujer, Consultorios Externos, CABA). Otra indicó: “Si bien trabajamos menos horas, a nivel psíquico estamos el triple de quemados” (Mujer, Consultorios Externos, CABA). Otra participante agregó: “En lo personal, mucha ansiedad. Una extrañeza con el método de trabajo remoto, que parece sencillo, pero no lo es. Me resulta agotador. Es también agotador cada una de las veces que tengo que ir y volver, la rutina para descontaminar mi casa (...) También, mis hijos, que no los veo. Duermo mal. Es agotador este escenario, la incertidumbre. Me encuentro muchas veces injustamente enojándome con la gente que no quiere hacer el aislamiento (...) No trabajo tanto como antes y sin embargo estoy más cansada” (Mujer, Consultorios Externos, Río Negro).

### Intensidad mayor: El caos y el desorden intenso asociado al cambio

Una entrevistada recurrió a una metáfora militar y señaló: “El tener que salir al campo de batalla donde tenés miles de frentes abiertos... Al principio, el nivel de estrés era muchísimo, alteraciones del sueño, in-

somnio, pesadillas... Así estuve todo el primer mes. Y tenía muchísima ansiedad (...) De hecho hubo mucho aumento de consumo de psicofármacos entre los compañeros” (Mujer, Hospital General, PBA).

Otra entrevistada fue terminante y dijo: “Es realmente un caos. La mala sangre que tengo y el stent coronario que me van a tener que hacer por esta situación... Esto fue enloquecedor” (Mujer, Consultorios Externos, CABA). En la misma línea, otro entrevistado señaló: “¿Impacto? ¡Es un quilombo! (...) Marchas y contramarchas. Lo que servía no sirve más. El sistema no estaba preparado para esto (...) Se hacen ajustes y luego todo cambia y no funciona más. Cambió todo el panorama” (Varón, Hospital Especializado, CABA).

### **Intensidad mayor: Lo perdido**

La dificultad para adaptarse a nuevas tareas y la pérdida de roles fueron señaladas por algunos trabajadores como algo sucedido o potencial. Una entrevistada señaló, respecto al traslado del espacio físico del servicio en el que trabaja: “El hecho de que nos quitaran el servicio fue muy angustiante (...) Nos quedamos sin nuestro lugar y tenemos la incertidumbre de que nos regresen nuestro espacio cuando todo esto termine” (Mujer, Consultorios Externos, CABA). Otra entrevistada mencionó: “Algo que la pandemia hace es que todos perdemos (...) Las reuniones de trabajo por medios remotos... es otra cosa... Por ahí trabajas en un horario poco habitual” (Mujer, Hospital General, PBA).

La pérdida de roles también fue destacada entre las respuestas: “Me angustia que (...) se baraje la posibilidad de que tenga que hacer tareas que no son de mi incumbencia (por ejemplo, estar en el triage haciendo preguntas de sintomatología COVID-19 siendo psicóloga)” (Mujer, Hospital Especializado, CABA). Otra entrevistada agregó: “Básicamente nuestro trabajo es hacer el ‘triage’ en la puerta del hospital, anotando todo en una carpeta. Lo cual sí impacta negativamente porque ningún psicólogo y trabajador social fue a la universidad para tomar la temperatura” (Mujer, Urgencias, CABA). Otra participante comentó experimentar “la sensación que la salud mental empieza otra vez a ser olvidada” (Mujer, Primer Nivel, Santa Fe).

### **Intensidad mayor: El miedo**

El miedo a contagiarse y, fundamentalmente, a contagiar ocupó un lugar importante para describir el impacto psicológico, pese a que los trabajadores de salud mental están menos asociados al contacto directo con personas con COVID-19 en los servicios de salud. Una entrevistada señaló: “Hay muchos que tememos

contagiar a nuestros seres queridos. No voy a ver a mi vieja porque tengo miedo. “Le pasa algo a mi hijo y me mato”. Estas ideas circulan” (Mujer, Primer Nivel, CABA). Otra participante agregó que había “mucho malestar en los profesionales por miedo a infectarse” (Mujer, Urgencias, Chaco). Un entrevistado señaló: “Lo otro... es mi casa. Cuando llego no sé si abrazar a mi nena chiquita” (Varón, Hospital General, PBA).

Esta situación fue relacionada por algunos participantes con la frustración y con la relegación de la salud mental: “Veo que está puesta la mirada en el coronavirus y algo de la atención integral que es necesaria queda por fuera (...) hay miedo al virus que hace que haya rechazo a los pacientes en general. (...) La orden es que no vengan, que no circulen, que no entren. Eso es frustrante. Hay un miedo a nivel del hospital que tapa a lo mental y a la atención que requieren los pacientes” (Mujer, Rehabilitación, CABA).

### **Impacto positivo**

Si bien las pérdidas fueron más registradas en términos generales, algunos participantes mencionaron una serie de aprendizajes, “ganancias” o impactos positivos tales como la reflexión, el entusiasmo, la alegría de estar pudiendo aportar soluciones o concretando alternativas creativas, en algún caso incluso sentirse eufóricos, estar profundizando en temas, o viendo que estaban resultando fortalecidos como equipo.

Varios participantes hicieron mención al inicio de una nueva gestión política poco antes del inicio de la pandemia y, en conexión con esta situación, resaltaron algunos aspectos significativamente positivos. Por ejemplo: “A mí me entusiasma muchísimo los movimientos que se están pudiendo dar, eso me alegra, me llena de energía, creo que el COVID da un impulso de rapidez y de obligatoriedad y eso es muy bueno. En otro sentido es una responsabilidad muy grande (Mujer, Hospital Especializado, PBA).

Otra entrevistada enumeró diferentes aspectos positivos del trabajo en este tiempo: “El comité de crisis me parece súper interesante. Generó mucha euforia al principio, aunque ahora estoy un poco más tranquila (...) Se volvió mucho más intenso todo. El servicio empezó a funcionar más colectivamente, más entrelazado, algo que no venía pasando. Eso me incentiva. Fue más positivo” (Mujer, Hospital General, PBA).

Finalmente, otra entrevistada habló del respeto y de valores que podrían incluso servir para el futuro: “Quiero destacar que los profesionales se ubicaron donde querían trabajar y eso es importante: a quien le interesaba quedarse en su unidad ahí está, los que

preferían quedarse en la casa, entraron a llamadas telefónicas de trabajadores, tratamos de respetar eso. (...) Me resulta muy interesante, me gusta el trabajo en territorio, me parece rico, y creo que va a marcar en el futuro en el trabajo, nos va a marcar para el trabajo comunitario” (Mujer, Primer Nivel, PBA).

### **Impacto mixto**

Pese a que algunos códigos habían sido inicialmente categorizados como ligera o moderadamente positivos, al revisar el contexto de las afirmaciones, fue necesario recategorizarlos como mixtos. El sentirse “privilegiado” o algunas referencias a la adaptación presentaban matices que correspondían a impactos positivos, aunque en otras oportunidades eran más mixtos o sin impacto (o impacto “neutralizado”).

### **El cambio y la adaptación a lo largo del tiempo**

En algunos casos, los participantes señalaban una serie de dificultades iniciales para luego comentar, en un tono más positivo, que se encontraban más activos, más organizados o más adaptados, como habiendo logrado amortiguar lo sucedido. Por ejemplo: “En principio me sentí impotente, con miedo y algo paralizada, actualmente más activa, logramos organizarnos y eso me tranquilizó y me ordenó positivamente” (Mujer, Otros servicios, Chaco).

Otro entrevistado indicó: “Al principio me costó reducir el horario laboral y tener que quedarme en casa sintiendo que había mucho por hacer con la comunidad. Eso me produjo cierta frustración, ansiedad y sensación de impotencia. A medida que reorganizamos el trabajo me sentí mejor” (Varón, Primer Nivel, PBA).

### **Emociones encontradas**

En otros casos, se combinaban aspectos positivos y negativos con otros que era difícil encuadrar en esas categorías. Algunos participantes, muchas veces en conexión con el cambio, hicieron referencia a la sorpresa, el cuidado, lo novedoso, la ambivalencia, el incremento en la complejidad, la transitoriedad, y la sensibilidad.

En algunos casos, estos elementos se articulaban e incluían la dimensión de un aprendizaje que tenía un componente claramente positivo aunque también aspectos complejos de la vida personal. Un entrevistado señaló: “Me genera una gran carga emocional ambivalente. Por un lado, mucha angustia por las situaciones que la pandemia generó en sí, en el trabajo cotidiano, en otros trabajadores de la salud. También, tengo nenitas chiquitas, y por ahí surgieron muchos miedos también. La angustia de ver el efecto del encierro en la gente, y más que nada en la gente más vulnerable: a los

ancianos y los niños. Me preocupa mucho lo que queda, los efectos en lo vincular después de la pandemia de este encierro, de no poder dar un beso, compartir unos mates o dar, recibir un abrazo. Por otro lado, me da mucho placer lo que surge en lo cotidiano, la creatividad que veo con mi equipo y otros actores en el pueblo que nunca antes habrían colaborado o hubiéramos pensado en hacer acciones conjuntas si no fuera por esta situación. La solidaridad que surgió en el pueblo” (Varón, Primer Nivel, Río Negro).

Otro entrevistado señaló aspectos contradictorios del impacto de la pandemia y de la complejidad de una situación sin precedentes pese al intento de encontrar alguna referencia en algo familiar o conocido: “Yo no sé si soy médico psiquiatra o fundamentalista árabe. Al mirarme al espejo... miro las series de los conflictos bélicos y no sé en qué serie estoy. Nos impacta mucho. Personalmente, me siento útil y por eso estoy contento. (...) Yo quiero estar acá, me gusta estar acá. Pero, lógicamente tenés miedo de llevar el virus a tu casa” (Varón, Urgencias, CABA).

Otra entrevistada se refirió al estado de alerta, el cambio en las rutinas, el uso de protocolos, aunque con un enfoque positivo al respecto: “Estás mucho más alerta. Hay que tener muchos protocolos para pensar la atención, lo que a veces dificulta [la atención] por estar pensando en todo eso. Se complejiza la transferencia por las medidas de cuidado, que no te vean la cara, por ejemplo. También me implicó salir de mi rutina de trabajo, lo cual [yo] lo tomo positivamente” (Mujer, Otros servicios, Santa Fe).

También un entrevistado señaló las pérdidas a la par que reconoció cómo había impactado positivamente en el equipo de trabajo: “El primer impacto es el distanciamiento con el resto de la guardia, del espacio, del compartir con los compañeros. Eso se perdió (...) Después hay una incertidumbre, como esperando que algo suceda... a la espera de algo. Que puede llegar a ser difícil. Es una instancia de espera y de incertidumbre. Eso se relaciona con las idas y vueltas de determinadas normativas, la falta de capacitación... La falta de certeza, los cambios permanentes, el que un día se diga una cosa y luego otra genera mucha angustia (...) Hemos fortalecido el grupo de salud mental, igual. Compartimos más tiempo. Nos fortalecimos como equipo” (Varón, Urgencias, CABA).

A su vez, otra entrevistada habló de las oportunidades por más que estaba resultando difícil y cansador: “Estoy muy sorprendida de las nuevas oportunidades que se abren. Ha sido muy difícil y cansador, aunque posible, encontrar formas de propiciar la cercanía subjetiva en ausencia de la presencia corporal”

(Mujer, Rehabilitación, Río Negro).

Otro entrevistado realizó un interesante balance de distintos aspectos implicados en la pandemia a nivel personal: “Participo del miedo, pero la forma que a mí me produce es trabajar más (...) Creo que no hay que poner el cuerpo por ponerlo. Hay que tener cuidado con eso, hay que trabajar con compañeros de no creerse que en realidad iban a ser héroes de nada (...) El impacto... para mí es una pandemia, no es una guerra. Eso tiene otros códigos, y entender que es algo nuevo, hay que aprender mucho de esto, hay que tener mucho cuidado, hay que cuidarse. En lo personal fue elaborar más estrategias, tuve que aprender de tecnología (...) pensé que no podía y pude, es una modificación importante” (Varón, Consultorios externos, PBA).

### **Sin impacto (o bien adaptados)**

Algunos participantes mencionaron aspectos referidos al apoyo entre compañeros y a la solidaridad como parte de las estrategias para morigerar el impacto emocional a propósito de la pandemia y el trabajo durante este período. A diferencia de quienes testimoniaron un impacto mixto, para algunos había sido posible adaptarse sin contratiempos. Al respecto una entrevistada señaló: “los lazos sostenidos con los compañeros de trabajo y los usuarios son los que me sostienen en el quehacer cotidiano” (Mujer, Primer Nivel, Santa Fe). En la misma línea otro participante dijo: “soy un privilegiado porque puedo encontrarme con colegas, gente que aprecio mucho y con quienes tengo amistad” (Varón, Urgencias, CABA).

Otra entrevistada comentó: “Creo que nos hemos adecuado bien, que funciona el comité de crisis y que por ahora venimos pudiendo dar respuesta adecuada continuamos con los proyectos terapéuticos con la mayoría de los pacientes” (Mujer, Otros servicios, Santa Fe).

## **Discusión**

### **Tipo de impacto: Impactos negativos, positivos y mixtos**

El impacto negativo ha sido frecuente pero no unánime entre las personas entrevistadas. La incertidumbre, la angustia, el miedo, el cambio y el desorden (que a veces eran vividos como caos), la presión, la preocupación, el cansancio (cuando no el desgaste y el agotamiento), el estrés y el estado de alerta, la frustración, la ansiedad, el dolor de las pérdidas (de los lugares de trabajo, de las rutinas, de la especificidad de sus prácticas, de la libertad para expresar los afectos o empatizar con la persona que consulta), fueron los impactos pre-

dominantes. El impacto positivo, algo más significativo que el anticipado por el equipo de investigación, no solo incluyó el haber realizado un aprendizaje y una “adaptación exitosa” sino también, en algunos casos, el entusiasmo, el fortalecimiento como equipo, la solidaridad y la participación, estar alegre, experimentar placer, el estar agradecido/a y sentirse privilegiado/a por realizar las actividades que hacían.

### **Factores protectores: la gestión y los colegas**

Al analizar la respuesta completa de aquellos participantes en quienes se aplicaban códigos que denotaban un impacto positivo se pudo ver que tan solo unos pocos participantes tuvieron un registro exclusivamente (o predominantemente) positivo. Aquellos trabajadores que desempeñaban roles de gestión institucional mostraron, comparativamente, un impacto más favorable. En la mayoría de los casos se trató de la “oportunidad de hacer ciertas cosas”, la responsabilidad y el compromiso asumido, un mayor énfasis en los aprendizajes realizados y, en algún caso más excepcional, el desafío y la motivación. Es posible suponer que la posibilidad de influir en las decisiones y el acuerdo con directivas a más alto nivel habrían tenido una función protectora y estimulante. Un factor común entre algunos de los participantes que mencionaron el impacto positivo fue que señalaron que estaban comenzando su gestión en la PBA cuando llegó la pandemia. En este punto merece señalarse la situación en la Argentina en tanto la pandemia sucedió tan solo tres meses después de un cambio de gobierno a nivel nacional y también en el distrito más poblado del país, la PBA. Como ha sido señalado en algunos reportes (Devlin & Cannoughton, 2020), el acuerdo con (y la confianza en) el partido o coalición gobernante es un factor que contribuye a otorgar legitimidad, comprender, aceptar y valorar las medidas implementadas de aislamiento y las conductas en relación al fortalecimiento de los sistemas de salud. En tal sentido, el impacto positivo en los participantes, con mayor claridad en la PBA, podría tener conexión con esta dimensión política del atravesamiento de la pandemia.

Resultó destacable la referencia a los equipos de trabajadores, el valor de haberlos conservado o el costo emocional de no contar con ellos como antes. La importancia de los colegas, tanto para recibir apoyo como para dárselo podría ser revelador de cómo quienes trabajan en los servicios de salud mental valoran la producción colectiva por sobre la individualidad. De modo similar, otro estudio con trabajadores de salud mental en la Argentina mostró que los colegas y

el equipo de trabajo habían sido los factores de apoyo más importantes para afrontar el trabajo durante este período (Proyecto Suma, 2020). La mención derivada del reconocimiento de la existencia de otros más desfavorecidos en estos tiempos de pandemia fue frecuente. Varios participantes destacaron que otros (compatriotas o colegas) estaban afrontando la situación con más dificultad e hicieron referencia a la carga de trabajo, la exposición al contagio, el aislamiento o los problemas económicos de los otros. El cuidado y la preocupación por el otro tal vez sea parte esencial del rol de los trabajadores de la salud (y, particularmente, de los trabajadores de la salud mental), lo cual daría cuenta de un refuerzo positivo a su función de especialista en estos tiempos. En esta misma línea, la comunicación oficial del gobierno nacional de Argentina enfatizando la importancia de la solidaridad, la necesidad de afrontar los riesgos de la pandemia “entre todos”, se podrían ver cristalizadas en (o estarían reflejando) un rasgo cultural característico de los argentinos y no solo de los trabajadores de la salud o de la salud mental (Fundación UADE, 2018).

### **Dar apoyo sintiendo miedo**

El personal de salud mental también teme contagiarse y contagiar a sus familiares, especialmente a los hijos y/o a los familiares mayores, sin distinción de género. En tal sentido no están ajenos a lo que le sucede al resto de los trabajadores de la salud, y la población en su conjunto, por más que la expectativa es que ellos conserven la calma necesaria para contener también a sus compañeros. Sus tareas tienen lugar en un contexto de sentimientos de pérdida del rol, de espacios de trabajo y de formas valoradas hasta el inicio de la pandemia, con malestares diversos y profundos en muchos casos. Cómo dar apoyo a otros cuando el sufrimiento personal es tan elevado es, sin duda, un desafío pendiente. Como en otro tipo de catástrofes, con las cuales algunos participantes intentaron asimilar la situación actual, el asistente está envuelto en un contexto comparable al de quien recibe su ayuda, agregando un nuevo nivel de complejidad que fue subrayado por varios participantes.

### **Trabajar en un hospital general**

Uno de los ejes señalados por los consensos internacionales para transformar la atención en salud mental es el privilegio de la atención en hospitales generales por sobre los hospitales psiquiátricos (OMS/OPS, 1990). En el mismo sentido, uno de los objetivos señalados por la Ley Nacional de Salud Mental de Argentina es el cierre de estos últimos para el año 2020 (26657,

2010). Más allá de las limitaciones y dificultades para cumplir con este propósito, puede ser interesante señalar el modo en que los trabajadores de los hospitales generales describieron su impacto emocional en comparación con trabajadores de salud mental de otros servicios. El miedo y la pérdida del rol ocuparon un lugar de centralidad que no tuvieron en ningún otro punto de la red de servicios de salud mental. Es probable que este temor fuera compartido con el resto de los trabajadores en los hospitales generales, en tanto en otros servicios de salud mental el impacto producido por el cambio y las diferentes formas de malestar parecen haber sido más importantes que el temor.

La incidencia de este tipo de atravesamientos y la reflexión sobre la misma resultan fundamentales para pensar el rol de los trabajadores de salud mental y las determinaciones de su lugar como parte del equipo de salud. La gestión política de estos recursos no es dissociable de la subjetividad de estos trabajadores que ha sido impactada por veloces transformaciones y que en muchos casos apenas logran amortiguar.

El momento en que los participantes de diferentes regiones del país respondieron la entrevista, adicionalmente al nivel de circulación comunitaria del virus en las localidades, debe mencionarse a la hora de interpretar y valorar las respuestas de cada región (Johnson et al., 2020). La expectativa de la llegada de la pandemia en Santa Fe, donde se habían registrado muy pocos casos al momento del estudio, podría haber incidido en que la incertidumbre tuviera mayor peso que en las otras regiones analizadas. Aun así, en CABA también se registran destacables menciones a este sentimiento complejo que prepara para lo desconocido a pesar de que en la ciudad más poblada de la Argentina el virus ya circulaba con intensidad. Análogamente a lo señalado respecto del temor y la dificultad de llevar calma cuando al trabajador también le resulta conservarla, la incertidumbre que envuelve a los trabajadores de salud mental podría no ser distinta de aquella que afecta a quienes requieren de sus servicios.

### **Limitaciones y fortalezas del estudio**

El estudio cuenta con una serie de limitaciones que deben señalarse. El muestreo por bola de nieve impone restricciones para extraer conclusiones de mayor validez respecto del impacto de la pandemia en los trabajadores de salud mental. El número relativamente pequeño de participantes, distribuidos numéricamente en diferentes tipos de servicios de un modo heterogéneo, suma dificultades a la hora de realizar el análisis discriminado por servicio y/o género así como para extraer conclusiones específicas según el

tipo de servicio.

Es importante señalar que este estudio se realizó antes de que toda una serie de “conversatorios” se pusieran en marcha en la región de América Latina y El Caribe (OMS/OPS, 2020; DNSMyA, 2020), cuyos objetivos fueron fomentar la difusión de experiencias locales, la creación de redes y el acompañamiento a los trabajadores. Es posible que luego de implementarse estos dispositivos, el impacto pueda ser diferente. La dimensión temporal sería un eje de análisis así como también una limitación para suponer que estos hallazgos se hubieran mantenido sin cambios en los meses posteriores a las entrevistas.

Sin embargo, el alcance de trabajadores de una variedad de servicios de salud mental, de diferentes disciplinas, con variado nivel de experiencia y ocupando roles asistenciales y de gestión, son fortalezas del estudio que deben destacarse.

## Conclusiones

Los trabajadores de salud mental han visto afectada su práctica cotidiana, reformulando su vida cotidiana, su quehacer diario e, inclusive, el lugar físico en donde solían trabajar, con múltiples consecuencias a nivel del impacto subjetivo. Este estudio permitió observar que si bien algunos trabajadores lograron vivir este período de pandemia como un desafío, la posibilidad de poner en práctica habilidades previamente entrenadas, o la sensación de contar con el compromiso y la responsabilidad de aportar soluciones a problemas complejos, la mayoría de los trabajadores lo vivió con intenso estrés, agotamiento, un sinnúmero de pérdidas, miedo, preocupación por la posibilidad de contagiarse y de contagiar a otros, incertidumbre, desesperación, angustia y malestares diversos.

Algunos trabajadores señalaron la dimensión temporal que incluyó aprender, tranquilizarse y adaptarse, con posterioridad a algunos de los afectos de la serie de la preocupación, el duelo o la sobrecarga de trabajo. Es posible que este aprendizaje se hubiera extendido una vez que los conversatorios de salud mental se pusieron en marcha y que los trabajadores hubieran logrado afianzar sus posibilidades de adaptación al cambio.

Los principales encargados formales de cuidar de la salud mental de la población y de auxiliar a otros trabajadores de la salud expuestos más directamente a la atención de personas con COVID-19 parecen necesitar cuidado para seguir cumpliendo sus tareas y, como dice Baff (2020), “el cuidado no es un acto [único] sino una tarea permanente e invariablemente

demandante” (p. 393). A fin de no continuar relegando la salud mental, es imprescindible prestar atención, monitorear y acompañar el impacto subjetivo y la salud mental de los trabajadores de salud mental.

**N. B.:** *Los racimos de códigos y las nubes de palabras formuladas por hombres, mujeres y participantes de los diversos servicios y provincias, respectivamente, pueden solicitarse por e-mail al autor de referencia (vide supra).*

**Conflictos de intereses:** *los autores declaran no tener conflictos de intereses ni recibieron financiación para realizar el presente trabajo.*

**Agradecimientos:** *los autores agradecen a los trabajadores de salud mental que, en momentos complejos para el desempeño de su labor, ofrecieron su visión y dieron testimonio de su práctica y del modo en que estaban experimentando esta situación.*

## Referencias bibliográficas

- Ardila-Gómez, S., Velzi-Díaz, A., Fernández, M., Rosales, M., Matkovich, A., Alonso, R., & Agrest, M. (2020). Investigaciones en Salud Mental. Impacto del COVID-19 en la provisión de servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. 2020. Disponible en: <https://img1.wsimg.com/blobby/go/1d1639cf-2f64-4730-be61-73abd44e0db8/downloads/S%-C3%8DNTESIS%20ESTUDIO%20SERVICIOS%20SM%20Y%20COVID%20EN%20AM%C3%89RI.pdf?ver=1602344017805>
- Baff, L. (2020). Caring and being cared for in the practice of health operators. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(2), 392-393. <http://orcid.org/0000-0001-7633-3360>
- Barr Taylor, C., Fitzsimmons, E. E., & Graham, A. K. (2020). Digital technology can revolutionize mental health services delivery: The COVID-19 crisis as a catalyst for change. *International Journal of Eating Disorders*, 53(7), 1155-1157. doi: 10.1002/eat.23300
- Buss, P. M. & Tobar, S. (2020). La COVID-19 y las oportunidades de cooperación internacional en salud. *Cadernos de Saúde Pública*, 36 (4), e00066920. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00066920>
- Chevance, A., Gourion, D., Hoertel, N., Llorca P. M., Thomas, P., Bocher, R., Moro, M. R., Laprévotte, V., Benyamina, A., Fossati, P., Masson, M., Leaute, E., Leboyer, M. & Gaillard, R. (2020). Ensuring mental health care during the SARS-CoV-2 epidemic in France: A narrative review. *L'Encéphale*, 46, 193-201. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.005>
- Congreso de la Nación Argentina (2010). Ley 26657, *Ley Nacional de Salud Mental*. Buenos Aires: Congreso de la Nación Argentina.
- Devlin, K., & Cannoughton, A. (2020). Most Approve of National Response to COVID-19 in 14 Advanced Economies. Pew Research Center. [Actualizado 27 ago 2020; citado 13 oct 2020] Disponible en: <https://www.pewresearch.org/global/2020/08/27/most-approve-of-national-response-to-covid-19-in-14-advanced-economies/>
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2020). Conversatorio por streaming: Pandemia, DDHH y Salud Mental: ¿Se viene una pandemia de padecimiento mentales? Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=rsm9ulp4fR4>
- Etchevers, M. J., Garay, C. J., Putrino, N., Grasso, J., Natalí, V. & Helmich, N. (2020). Salud Mental en Cuarentena. Relevamiento del impacto psicológico a los 7-11, 50-55 y 115-124 días de cuarentena en población argentina. Observatorio de Psicología Social Aplicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Disponible en: <http://www.psi.uba.ar/opsa/#informes>
- Fundación UADE. (2018). Valores que representan a los argentinos. Informes de Opinión Pública – CIS UADE-VOICES! Disponible en: <https://>

[www.uade.edu.ar/media/wvln0b32/informe-cis-2018-n-1-valores-que-representan-a-los-argentinos-issn-2618-2173.pdf](http://www.uade.edu.ar/media/wvln0b32/informe-cis-2018-n-1-valores-que-representan-a-los-argentinos-issn-2618-2173.pdf)

Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S. & Wessely, S. (2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during COVID-19 pandemic. *BMJ*, 368, m1211. doi: 10.1136/bmj.m1211

Guterres, A. (2020). Mental health services are an essential part of all government responses to COVID-19. Disponible en: <https://www.un.org/en/coronavirus/mental-health-services-are-essential-part-all-government-responses-covid-19>

Heale, R. & Forbes, D. (2013). Understanding triangulation in research. *Evidence Based Nursing*, 16 (4). <http://dx.doi.org/10.1136/eb-2013-101494>

INECO. (2020). La otra pandemia: aseguran que muchos argentinos sufrirán estrés postraumático por el coronavirus. Disponible en: <https://www.fundacionineco.org/la-otra-pandemia-aseguran-que-muchos-argentinos-sufriran-estres-postraumatico-por-el-coronavirus/>

Jenkins, E., Gadermann, A. & McAuliffe, C. (2020). Mental health impact of coronavirus pandemic hits marginalized groups hardest. Disponible en: <https://theconversation.com/mental-health-impact-of-coronavirus-pandemic-hits-marginalized-groups-hardest-142127>

Johnson, M. C., Saletti-Cuesta, L. & Tumas, L. (2020). Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1), 2447-2456. doi: 10.1590/1413-81232020256.1.10472020

Kaur, H. (2020). Forget 'social distancing'. The WHO prefers we call it 'physical distancing' because social connections are more important than ever. CNN. Disponible en: <https://www.cnn.com/2020/04/15/world/social-distancing-language-change-trnd/index.html>

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z. & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease. *JAMA Netw. Open*, 3, e203976.1. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976

Lu, W., Wang, H., Lin, Y. & Li, L. (2020). Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry Research*, 288, e112936. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112936

Medina, M. G., Giovanella, L., Bousquat, A., Magalhães de Mendonça, M. H. & Aquino, R. (2020). Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cadernos de Saúde Pública*, 36(8):e00149720. doi: 10.1590/0102-311X00149720

Mezzina, R., Sashidharan, S., Rosen, A., Killaspy, H. & Saraceno, B. (2020). Mental health in the age of coronavirus: time for change. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55, 965-968. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01886-w>

Ojha, R., & Syed, S. (2019). Challenges faced by mental health providers and patients during the coronavirus 2019 pandemic due to technological barriers. *Internet Interventions*. PMID: PMC7267786. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100330>

Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS). (1990). Declaración de Caracas. Washington, MD: OPS/OMS.

Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud. (2020). Conversatorio: Salud mental en medio de la pandemia por COVID-19: una prioridad para los derechos humanos de las mujeres. Disponible en: <https://www.paho.org/es/eventos/conversatorio-salud-mental-medio-pandemia-por-covid-19-prioridad-para-derechos-humanos>

Pinals, D., Hepburn, B., Parks, J., & Stephenson A. (2020). The behavioral health system and its response to COVID-19: A snapshot perspective. *Psychiatric Services (in Advance)*, 71(10), 1070-1074. doi: 10.1176/appi.ps.202000264

Proyecto Suma. (2020). Cambios en el proceso de atención clínica, cuidado y autocuidado en el campo de la Salud Mental en la Argentina a partir de la declaración del COVID-19 como pandemia. Disponible en: <http://proyectosuma.org.ar/wp-content/uploads/2020/11/Investigacion-C3%B3n-Cambios-en-el-proceso-de-atencion-clinica.pdf>

Santos, C. F. (2020). Reflections about the impact of the SARS-COV-2/COVID-19 pandemic on mental health. *Braz. J Psychiatry*, 42(3), 329-332. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0981>

Sheridan Rains, L., Johnson, S., Barnett, P., Steare, T., Needle, J. J., Carr, S., Lever Taylor, B., Bentivegna, F., Edbrooke-Childs, J., Scott, H. R., Rees, J., Shah, P., Lomani, J., Chipp, B., Barber, N., Dedat, Z., Orma, S., Morant, N. & Simpson, A. on behalf of The COVID-19 Mental Health Policy Research Unit Group.(2020). Early impacts of the COVID-19 pandemic on mental health care and on people with mental health conditions: framework synthesis of international experiences and responses. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01924-7>

Silva Castro-de-Araujo, L. F. & Borges Machado, D. (2020). Impact of COVID-19 on mental health in a Low and Middle-Income Country. *Ciência & Saúde Coletiva* 25(1), 2457-2460. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10932020>

Smith, J. A. (1996). Beyond the divide between cognition and discourse: Using interpretative phenomenological analysis in health psychology. *Psychology and health*, 11(2), 261-271. <https://doi.org/10.1080/08870449608400256>

Tallack, C., Finch, D., Mihaylova, N., Barclay, C. & Watt, T. (2020). Understanding excess deaths: variation in the impact of COVID-19 between countries, regions and localities. The Health Foundation. Disponible en: <https://www.health.org.uk/news-and-comment/charts-and-infographics/understanding-excess-deaths-countries-regions-localities>

The Lancet Psychiatry. (2020). Mental health and COVID-19: change the conversation. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 463. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30194-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30194-2)

Torrente F, Yoris, A. E., Low, D., Lopez, P., Beckinschtein, P., Cetkovich, M., & Manes, F. (2020). Sooner than you think: a very early affective reaction to the COVID-19 pandemic and quarantine in Argentina. Medrxiv. Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.07.31.20166272v1>

United Nations Development Programme (UNDP). (2020). COVID-19. Socioeconomic impact. Disponible en: <https://www.undp.org/content/undp/en/home/coronavirus/socio-economic-impact-of-covid-19.html>

United Nations (UN). (2020). Everyone Included: Social Impact of COVID-19. Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/dspd/everone-included-covid-19.html#:~:text=The%20COVID%2D19%20outbreak%20affects,%2C%20youth%2C%20and%20indigenous%20peoples>

Vigo, D., Kestel, D., Pendakur, K., Thornicroft, G. & Atun, R. (2019). Disease burden and government spending on mental, neurological, and substance use disorders, and self-harm: cross-sectional, ecological study of health system response in the Americas. *The Lancet* 4 (2), e89-e96. [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30203-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30203-2)

Vigo, D., Thornicroft, G. & Gureje, O. (2019). The Differential Outcomes of Coronavirus Disease 2019 in Low- and Middle-Income Countries vs High-Income Countries. *JAMA Psychiatry*. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.2174

Wind, TR., Rjkeboer, M., Andersson, G. & Riper, H. (2020). The COVID-19 pandemic: The 'black swan' for mental health care and a turning point for e-health. *Internet Interventions*. PMID: PMC7104190. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.04.005>

World Health Organization (WHO). (2020a). Mental Health and Psychosocial Considerations during the COVID-19 Outbreak. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>

World Health Organization (WHO). (2020b). COVID-19 disrupting mental health services in most countries, WHO survey. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/detail/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>

World Health Organization (WHO). (2020c). Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. Interim report. August 27, 2020.

Xiang, Y. T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T. & Ng, CH. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel Coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*, 7, 228-229. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8)

## Adaptación de la práctica psiquiátrica en instituciones de salud mental públicas y privadas de la Ciudad de Buenos Aires durante la pandemia de COVID-19

*Adaptation of psychiatric practice in public and private mental health institutions of the City of Buenos Aires during the COVID-19 pandemic*

Melany Oppel<sup>1</sup>, Sebastián Camino<sup>2</sup>, José María Smith<sup>2</sup>, Antonella Godoy<sup>2</sup>, Sergio Strejilevich<sup>2</sup>

### Resumen

**Objetivos:** Uno de los impactos indirectos más significativos de la pandemia de COVID-19 recaerá sobre la salud mental de la población. En este trabajo relevamos la capacidad de adaptación que han tenido los más representativos Servicios de Salud Mental (SSM) de la Ciudad de Buenos Aires (CABA) frente a este nuevo escenario. **Métodos:** Se diseñó una encuesta con 10 preguntas cerradas de carácter autoadministrable y anónima. Fue enviada a determinados profesionales de SSM privados y públicos de CABA a 2 meses de iniciada la cuarentena. **Resultados:** Obtuvimos un total de 38 respuestas, 2 se negaron a responder. 34% pertenecía al sector privado y 66% al público. 81% del total informó haber implementado la atención por telemedicina. 24% del total informó haber recibido capacitación sobre abordaje de pacientes en este contexto. 69% perteneciente al sector privado y 12% al público informó haber recibido capacitación sobre herramientas de telemedicina. 69% perteneciente al sector privado y 36% al público informó que su servicio elaboró algún material instructivo para usuarios. 68% del total refirió que su servicio se ha organizado correctamente. 40% perteneciente al sector público habría sido reasignado a realizar nuevas tareas. 40% del total reportó una menor capacidad de atención. **Conclusiones:** Los SSM de CABA habrían podido migrar su atención a telepsiquiatría aunque con diferencias en el nivel de entrenamiento. Se precisaría mayor capacitación en esta modalidad de atención.

**Palabras clave:** Psiquiatría - Salud Mental - COVID-19 - Telemedicina - Telepsiquiatría.

### Abstract

**Background:** One of the most significant indirect impacts of the COVID-19 pandemic will be seen on the mental health of the population. On this study, we will take into account the adapting capacity that the most representative mental health services (MHS) of Buenos Aires (BA) City have had as to this new situation. **Methods:** We designed an online survey including 10 self-administered closed questions, strictly anonymous. It has been sent to targeted professionals who work in public and private MHS of BA after 2 months of the beginning of the lockdown. **Results:** We got 38 answers. 2 professionals rejected to answer. 34% belonged to private institutions and 66% to public ones. 81% of the total were able to implement online assistance but only 24% had been trained on how to treat patients in this context. 69% of the private and 12% of the public sector professionals informed to have been trained on telemedicine tools. 69% of the private and 36% of the public sector professionals informed to have prepared materials for the users on telemedicine resources. 68% mentioned that their service was properly organized. 40% of the public sector professionals may have been reassigned to work on tasks related to the pandemic. 40% of the total informed a reduced capacity of assistance.

RECIBIDO 7/6/2021 - ACEPTADO 13/9/2021

<sup>1</sup> Médico especialista en Psiquiatría, Magister. Área, Asistencia e investigación en trastornos del ánimo.

<sup>2</sup> Médico especialista en Psiquiatría. Área, Asistencia e investigación en trastornos del ánimo.

### Autor de referencia:

Sebastián Camino

dr.scamino@gmail.com

Lugar de realización del estudio: Área, Asistencia e investigación en trastornos del ánimo, Buenos Aires, Argentina.

**Conclusions:** *The MHS of BA may have been able to migrate their assistance to telemedicine, however we have noticed differences in the training levels. A better capacity of training on this modality might be needed.*

**Keywords:** *Psychiatry - Mental Health - COVID-19 - Telemedicine - Telepsychiatry.*

## Introducción

Se ha señalado que uno de los impactos indirectos más significativos de la pandemia de COVID-19, recaerá sobre la salud mental (Brooks, 2020). Esto se vería reflejado en tres escenarios posibles. En primer lugar, se ha señalado que aquellas personas que sufrían previamente patologías psiquiátricas podrían experimentar un agravamiento de sus enfermedades (Vindegaard, 2020). Esto se daría, tanto por las dificultades de acceso a los dispositivos de tratamiento determinado por las medidas de aislamiento social, como por el incremento súbito y sostenido del estrés en este contexto. Por otra parte, sería esperable que se observe un incremento en la incidencia de problemas de salud mental en personas que no presentaban antecedentes de este tipo de padecimientos (Moreno, 2020), como consecuencia de las pérdidas humanas y económicas secundarias a la pandemia y el impacto psicológico que determinan las medidas de aislamiento social. Estas situaciones son las que han sido difundidas por los medios como la “Cuarta ola” del impacto en salud por la pandemia. Sumado a esto, se espera que un porcentaje significativo de los profesionales de la salud que hayan trabajado de manera directa con la pandemia sufran consecuencias psicológicas negativas de forma secundaria (Salazar, 2020). Datos recogidos durante las epidemias de SARS y MERS han mostrado que alrededor del 25% del personal sanitario que trabajó en dicho contexto, sufrió condiciones relacionadas con el *burnout* (Maunder, 2006). Un estudio de prevalencia realizado en China durante la pandemia actual ha reportado una alta prevalencia de síntomas psiquiátricos en trabajadores de la salud tratando de forma directa pacientes diagnosticados con COVID-19: 50% reportó síntomas de depresión, 45% de ansiedad, 34% de insomnio, y 72% de distrés (Lai, 2020).

Más allá de que estas predicciones resulten más o menos acertadas, es evidente que la fortaleza y capacidad de adaptación del sistema de salud mental a esta situación emergente debe ser examinada con el fin de afrontar de mejor manera este probable desafío. Dentro de las medidas básicas que han debido adoptar los sistemas de salud mental de todo el mundo, posiblemente la más determinante ha sido la brusca necesi-

dad de migrar el sistema de atención ambulatoria a dispositivos de telemedicina (De Girolamo, 2020). Si bien tanto la psiquiatría como la psicología son dos de las disciplinas que mejor se adaptan a esta modalidad y un número significativo de datos han demostrado que la misma es segura y efectiva, su uso estaba reservado a situaciones puntuales, generalmente para la asistencia de poblaciones aisladas (Cowan, 2019) o en situación de catástrofe. Por lo tanto, la brusca emigración a esta modalidad de atención, más allá de los datos que la avalan, ha determinado un desafío para la mayoría de los sistemas de salud mental en el mundo.

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) en Argentina, es una de las ciudades que ha sido sometida a medidas de aislamiento social más prolongadas durante esta pandemia. Al momento de escribir este reporte se llevan más de 120 días de cuarentena que, si bien ha logrado un enlentecimiento en la curva de contagios, también habría determinado un significativo impacto en la economía y bienestar psicológico de sus habitantes. En esta ciudad, el sistema de salud general y el de salud mental en particular es mixto: público y privado. El sistema privado de salud a su vez es múltiple y heterogéneo ya que está compuesto por aseguradoras privadas de salud y obras sociales sindicales a los que se suman un número no determinado de profesionales que trabajan de manera independiente y fuera de instituciones. La última estimación oficial dio cuenta que el 81% de la población de CABA tiene acceso al sistema privado de salud, mientras que el 19% cuenta únicamente con cobertura de salud pública (INDEC, 2010). En este contexto, es de destacar que al momento no existe un sistema integrado de datos que permita monitorear la capacidad y disposición de ambos sistemas, así como tampoco un sistema que integre los datos epidemiológicos del sistema público y privado de salud mental.

El objetivo de este trabajo fue relevar de manera sucinta la forma en que se están adaptando las principales instituciones de salud mental públicas y privadas de esta ciudad frente a la situación de aislamiento social por COVID-19, haciendo foco en la migración a la telemedicina.

## Métodos

A los fines de realizar el relevamiento se diseñó una encuesta *on-line* con 10 preguntas cerradas de carácter autoadministrable. Este instrumento fue enviado al menos a dos profesionales de cada una de las principales instituciones privadas y públicas de salud mental elegidas como foco del presente relevamiento, procurando que los mismos fuesen un coordinador o jefe de unidad y el otro un profesional de planta permanente. Dado que los datos a relevar son sensibles y están relacionados con la calidad de las instituciones, se presumió que los informantes podrían ver condicionadas sus respuestas si no se aseguraban las medidas de anonimato. Por esta razón no se consignó la identidad, así como tampoco la institución en la que trabajan, evitándose al mismo tiempo que el sistema *on-line* (*Google forms*) recogiera los emails de las personas que contestaran la misma. Esta encuesta se envió durante el mes de mayo, a 2 meses de haber comenzado el aislamiento social preventivo y obligatorio en Argentina.

Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva sin realizarse pruebas de comparación cualitativa, dado el tamaño de la muestra.

## Resultados

Obtuvimos un total de 38 respuestas. 2 profesionales se negaron a responder el cuestionario por temor a represalias por parte de su institución, según reportaron. El 34% de los encuestados informó trabajar en instituciones de salud mental del ámbito privado, mientras que el 66% en el sector público (de los cuales un 52% refirió pertenecer a instituciones que brindan asistencia monovalente y un 48% polivalente). Un 60,5% re-

firió desempeñarse como profesional de planta, 18,5% como jefe y 16% como residente. Las respuestas a las preguntas principales se encuentran en la *tabla 1*.

Adicionalmente se solicitó una valoración respecto de si la capacidad actual de atención de la institución es similar que previo al contexto de aislamiento social, con respuestas similares en los 2 sectores: 40% del público y 38,5% del privado reportaron una menor capacidad de atención.

## Discusión

Según nuestro conocimiento, este es el primer relevamiento destinado a tener una visión inicial sobre el modo en que se ha adaptado el sistema de salud mental de la CABA a la situación planteada por la pandemia de COVID-19.

Más de la mitad de los profesionales relevados de ambos sectores opinaron que sus instituciones se habían organizado correctamente respecto de evitar la propagación del virus. Coherente con esto, aunque con asimetrías, las instituciones relevadas habrían podido cambiar su modalidad de atención ambulatoria a telemedicina. Mientras que el 100% de los profesionales de instituciones privadas informó haber migrado la atención ambulatoria a telemedicina, solo el 70% de los profesionales del sector público lo informó del mismo modo. Sin embargo, esta asimetría se hace mayor respecto del entrenamiento que habrían recibido los profesionales respecto de esta modalidad de trabajo. Mientras el 69% de los profesionales del sector privado relevados reportó haber sido instruido sobre el uso de herramientas de telemedicina, solo lo hizo el 12% de los profesionales del sector público. Asimetría

**Tabla 1.** Resultados principales

	Total (n: 38 = 100%)		Público (n: 25 = 66%)		Privado (n: 13 = 34%)	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
¿Se ha implementado la telemedicina o video llamada como forma de atención remota?	81.5	18.5	72	28	100	0
¿Ha sido instruido sobre el uso de herramientas de telemedicina o se ha elaborado algún tutorial sobre atención remota?	31.5	68.5	12	88	69	31
¿Ha recibido alguna capacitación específica sobre abordaje o asistencia de pacientes en este contexto?	23.7	76.3	24	76	23	77
¿Su servicio ha elaborado algún material informativo/instructivo para los usuarios (pacientes)?	47.5	52.5	36	64	69	31
En su opinión, ¿en su servicio se ha organizado correctamente la asistencia de los profesionales para reducir la propagación del virus?	68.5	31.5	60	40	84.5	15.5
¿Ha sido reasignado a realizar tareas que normalmente no realiza (por ej. trabajar en una unidad de pacientes febriles)?	26.3	73.7	40	60	0	100

similar a la que se encontró en el reporte de la disponibilidad de información para usuarios. En este contexto, el 40% de los profesionales relevados de salud mental del sector público informo haber sido reasignado a tareas que habitualmente no realizaba, particularmente aquellas que podrían estar relacionadas con la contención de la pandemia y que, a su vez suponen un mayor riesgo de contraer la enfermedad. En cambio, ninguno de los profesionales del sector privado informó haber sido reasignado a tareas no habituales.

El aspecto en el cual se denotó una mayor coherencia entre ambos sectores fue en la disminución de la capacidad de atención de los profesionales: un 40% de los profesionales de ambos sectores reportó disminución en la capacidad de atención de su servicio, lo cual nos hace suponer que un número de pacientes se ha quedado sin acceso a sus tratamientos.

La telemedicina, y la telepsiquiatría en particular, son modalidades de trabajo que han demostrado ser efectivas, bien recibidas por los usuarios y más costo-efectivas que la atención presencial. Es posible que las circunstancias de la pandemia de COVID-19 que han obligado al uso de esta modalidad, facilite en un futuro que la misma sea usada como recurso habitual y no solo extraordinario. Como ejemplo, en un relevamiento realizado entre los pacientes de nuestro centro, el 88,5% de los pacientes calificó como buena o muy buena la experiencia con la atención a través de entrevistas y 24% expresó que prefiere seguir con esta modalidad de atención, el 49% lo considera muy probable y sólo el 24% espera volver pronto a las entrevistas presenciales (Strejilevich et al., datos sin publicar).

## Conclusiones

En este trabajo hemos encontrado que, si bien las instituciones de los sectores público y privado habrían podido migrar su modalidad de atención a la telemedicina, el entrenamiento de los profesionales y la información disponible para los usuarios sería significativamente menor en el sector público. Consideramos que este es un dato relevante y sobre el cual debería realizarse un seguimiento ya que el mejor coeficiente de costo efectividad (básicamente por evitar los desplazamientos de los usuarios) que permite la telepsiquiatría, sería especialmente conveniente para los sistemas públicos de atención, donde un número significativo de usuarios no viviría en la cercanía de las instituciones en donde consulta.

El presente reporte tiene como limitación principal que sus datos provienen del informe de profesionales que no fueron seleccionados de forma aleatoria y el hecho de que no se haya podido ligar su información con las instituciones en las que trabajan. Esto presupone un importante sesgo y falta de precisión en la información, pero a la hora de diseñar este relevamiento supusimos que de no hacerlo de este modo, no íbamos a encontrar cooperación por parte de los mismos (hecho que en parte fue corroborado ya que aun, con estas medidas para garantizar la confidencialidad de la información, algunos profesionales prefirieron no brindar la misma). A su vez, las 38 respuestas obtenidas no son una muestra representativa de la totalidad de los servicios de salud mental de la Ciudad de Buenos Aires, tanto del ámbito público como privado.

Finalmente, debe entenderse que un informe de estas características y limitaciones se hace necesario por la falta de un sistema de información adecuado desde donde obtener estos datos.

**Conflictos de intereses:** *el artículo no ha recibido ayuda de ninguna agencia de financiación. Los autores Opiel, Camino, Smith y Godoy no presentan conflicto de interés en el tema expuesto. El autor Strejilevich podría presentar potenciales conflictos de interés por ser speaker de los laboratorios: Janssen, TEVA y Ariston.*

## Referencias bibliográficas

- Arango, C. (2020). How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *The Lancet. Psychiatry*, 7(9), 813–824. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30307-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30307-2)
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet (London, England)*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Coronavirus Disease 2019. *JAMA network open*, 3(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Cowan, K. E., McKean, A. J., Gentry, M. T., & Hilty, D. M. (2019). Barriers to Use of Telepsychiatry: Clinicians as Gatekeepers. *Mayo Clinic proceedings*, 94(12), 2510–2523. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.04.018>
- De Girolamo, G., Cervera, G., Clerici, M., Monzani, E., Spinogatti, F., Starace, F., et al. (2020). Mental Health in the Coronavirus Disease 2019 Emergency-The Italian Response. *JAMA Psychiatry*, Published Online Apr 30. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.1276.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC)[Internet]. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. <https://www.indec.gov.ar/>. (Último acceso 20 de Julio de 2021).
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA network open*, 3(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>

- Moreno, C., Wykes, T., Galderisi, S., Nordentoft, M., Crossley, N., Jones, N., Cannon, M., Correll, C. U., Byrne, L., Carr, S., Chen, E., Gorwood, P., Johnson, S., Kärkkäinen, H., Krystal, J. H., Lee, J., Lieberman, J., López-Jaramillo, C., Männikkö, M., Phillips, M. R., ... Maunder, R. G., Lancee, W. J., Balderson, K. E., Bennett, J. P., Borgundvaag, B., Evans, S., Fernandes, C. M., Goldbloom, D. S., Gupta, M., Hunter, J. J., McGillis Hall, L., Nagle, L. M., Pain, C., Peczeniuk, S. S., Raymond, G., Read, N., Rourke, S. B., Steinberg, R. J., Stewart, T. E., VanDeVelde-Coke, S., ... Wasylenki, D. A. (2006). Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. *Emerging infectious diseases*, 12(12), 1924–1932. <https://doi.org/10.3201/eid1212.060584>
- Salazar de Pablo, G., Vaquerizo-Serrano, J., Catalan, A., Arango, C., Moreno, C., Ferre, F., Shin, J. I., Sullivan, S., Brondino, N., Solmi, M., & Fusar-Poli, P. (2020). Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 275, 48–57. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.022>
- Vindegaard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, behavior, and immunity*, 89, 531–542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>

## Inteligencia emocional percibida y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados de Montería, Colombia\*

*Perceived emotional intelligence and consumption of psychoactive substances in scholarshipped adolescents of Montería, Colombia*

Francisco Javier Vásquez-De la Hoz<sup>1</sup>, Gonzalo Daniel Galván<sup>2,3</sup>, Manuel Francisco Guerrero-Martelo<sup>1</sup>, Marlen Raquel Simancas Fernández<sup>3</sup>, William Andrés Tribales Huertas<sup>4</sup>

### Resumen

Este estudio descriptivo y transversal comparó el nivel de inteligencia emocional percibida (IEP) con la prevalencia o no prevalencia de vida de uso de sustancias psicoactivas (PVU SPA o nPVU-SPA) en 559 adolescentes escolarizados de la ciudad de Montería, Colombia [varones 49,69% y mujeres 50,4%, edad media de 15, rango 12-18 años]. Se aplicó un cuestionario *ad hoc* para obtener datos sociodemográficos y clínicos valorando la PVU-SPA, y el cuestionario TMMS-24 para la IEP. Aparece con mayor prevalencia de vida de uso el alcohol, seguida del cannabis y el tabaco. Cuando se compararon los grupos según su PVU-SPA o nPVU-SPA, frente a las dimensiones de la IEP, se halló que aquellos que nunca usaron alcohol presentaron una mejor claridad emocional. Las mujeres sin prevalencia de vida de uso de alcohol perciben con mayor claridad sus emociones y las de los demás, pero no se halló diferencias significativas en los grupos y las otras sustancias frente a la IEP. Esta sería un factor protector para el consumo de drogas, particularmente el alcohol y evitaría la aparición temprana del consumo de SPA. Una IEP baja puede llevar al consumo de alcohol, pero su consumo también afectaría las habilidades de la IEP. Se recomienda el desarrollo de investigaciones que midan las habilidades de la inteligencia emocional (IE), trascendiendo solo su percepción. Así mismo, el diseño de programas psicoeducativos en IE para la prevención del consumo de SPA.

**Palabras claves:** Inteligencia emocional - Consumo de sustancias psicoactivas - Prevalencia de vida de uso - Alcohol - Cannabis - Tabaco.

### Abstract

*It was compared the level of perceived emotional intelligence (PEI) with prevalence or not prevalence of life of use of psychoactive substances (PLU-PS or n-PLU-PS) in 559 school adolescents in the city of Montería, Colombia [men 49.69%, women 50.4%, average age 15 and range 12-18 years]. In this descriptive and cross-sectional study, an ad hoc questionnaire was applied to obtain socio-demographic and clinical data that evaluate the PLU-PS and the TMMS-24 questionnaire for the PEI. It appears with a higher prevalence of life of use alcohol, followed by cannabis and tobacco.*

\* Este artículo deriva de la investigación titulada *Caracterización del contexto familiar de una muestra de adolescentes escolarizados en la ciudad de Montería (Universidad Cooperativa de Colombia, Sede Montería)*.

RECIBIDO 7/5/2021 - ACEPTADO 21/9/2021

<sup>1</sup>Investigadores del grupo Neurocognición de la Universidad Cooperativa de Colombia, Sede Montería. Investigadores del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (SNCTI) del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación (MinCiencias) de Colombia.

<sup>2</sup>Universidad Nacional de la Patagonia Austral. Puerto San Julián, Santa Cruz, Argentina.

<sup>3</sup>Universidad de Monterrey, Nuevo León, México.

<sup>4</sup>Psicólogo de la Universidad Cooperativa de Colombia, Sede Montería.

### Autor de referencia:

Francisco Javier Vásquez-De la Hoz

[franciscoj.vasquez@campusucc.edu.co](mailto:franciscoj.vasquez@campusucc.edu.co)

[vasquezdelahoz@gmail.com](mailto:vasquezdelahoz@gmail.com)

ORCID: [orcid.org/0000-0003-1380-7711](https://orcid.org/0000-0003-1380-7711)

Lugar de realización del estudio: Ciudad de Montería, Colombia.

When the groups were compared according to their PLU-PS or n-PLU-PS, in relation to the dimensions of the PEI, it was found that those who never used alcohol presented a better emotional clarity. The women with not prevalence of life of use of alcohol, perceived their emotions more clearly and those of others, but no significant differences were found in the groups and the other substances against the PEI. This would be a protective factor for the drug use, particularly alcohol and avoid the early appearance of PLU-PS. A low PEI can lead to consumption of alcohol, but its consumption would also affect the abilities of PEI. It is recommended the development of investigations the measuring the skills of emotional intelligence (EI), transcending only its perception. Likewise, the design of psychoeducational programs in EI for the prevention of psychoactive substances use.

**Keywords:** Emotional intelligence - Use of psychoactive substances - Prevalence of life of use of psychoactive substances - Alcohol - Cannabis - Tobacco.

## Introducción

El aumento de consumo de drogas, tanto lícitas como ilícitas, representa un problema de salud pública. Se estima que el 5% de la población entre 15 y 64 años usaron drogas al menos una vez en el año 2015, de este total el 0,6% sufriría de un trastorno relacionado con el uso de sustancias (United Nations Office on Drugs and Crime, 2017), estando el mayor consumo en las Américas (United Nations Office on Drugs and Crime, 2018). La Encuesta Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud-Colciencias, 2015) encontró que el 20,4% de los adolescentes colombianos entre 11 y 17 de años usó alcohol alguna vez en la vida y el 17,8% el último año; además, que el 3,5% usó cannabis alguna vez en su vida y el 1,75% en los últimos 12 meses, y, con respecto al tabaco, el 5,8% lo probó al menos una vez en la vida y el 3,4% en el último año.

Por otra parte, mientras un estudio español encontró que se inicia el consumo de alcohol a los 16 años de edad (Méndez Garrido & Azaustre Lorenzo, 2017) otros realizados en adolescentes de Montería (Colombia) evidencian una prevalencia de vida de uso de cannabis del 13,5% y una edad de inicio de consumo un poco antes de los 12 años (Guerrero-Martelo et al., 2015; Galván et al., 2017).

La ascendente preocupación social en torno al consumo de drogas es natural dadas las consecuencias psicológicas, sociales y de salud pública que provocan: accidentes de tráfico, violencia callejera, comportamientos sexuales de riesgo, aparición a mediano plazo de enfermedades, patologías orgánicas (Fernández & Bejar, 2009), abuso crónico de sustancias (Mascaraque Muñoz, 2015), conductas disruptivas, descenso en el rendimiento académico y desadaptación escolar (Limónero et al., 2013), baja empatía (Mohagheghi et al., 2015), acoso o intimidación escolar (Herazo-Beltrán et al., 2017), embarazos no planificados y actividades

delictivas (Odger et al., 2008; Vásquez-De la Hoz & Galván, 2019).

Siendo los adolescentes uno de los grupos etarios con más incidencia en el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) como el alcohol, cannabis y tabaco, son múltiples las áreas, roles y capacidades en las que ellos se ven afectados (Oliva et al., 2008). Dentro de estas capacidades afectadas está, por ejemplo, el manejo de sus estados emocionales, lo cual tiene repercusiones importantes en su conducta social (Becoña Iglesias, 2000).

A este manejo emocional se le denomina inteligencia emocional (IE) la cual permite acceder y/o generar sentimientos, procesar la información emocional y utilizar esta información como una guía para el pensamiento, la conducta y la solución de problemas (Mayer & Salovey, 2007; Mayer et al., 2008; Mestre et al., 2008), limitando los estados emocionales negativos y prolongando los positivos (Salguero et al., 2009). De esta forma, la Inteligencia Emocional Percibida (IEP) será la capacidad de percepción en cuanto a la atención prestada a los estados emocionales (atención emocional), discriminar entre ellos (comprensión emocional) y repararlos (regulación emocional) (Rey et al., 2011; Rey & Extremera, 2012).

Hoy se cuenta con el *Trait Meta-Mood Scale-24* (TMMS-24), o Escala Rasgo de Meta-conocimiento Emocional de Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004a; 2004b), que es una medida de autoinforme que arroja un índice de inteligencia emocional percibida (IEP) que evalúa el metaconocimiento de las habilidades emocionales (Fernández-Berrocal et al., 2002); es decir, una estimación subjetiva de las propias habilidades emocionales (Extremera & Fernández-Berrocal, 2004) en contraste a la capacidad real (Rey et al., 2011), siendo así la medida de IEP más usada en Hispanoamérica (Fernández-Berrocal & Extremera, 2005).

Se deben advertir tres cosas: a) Las medidas de autoinforme tienen grandes ventajas en tanto son fáciles de implementar porque, por ejemplo, tienen instrucciones simples y pueden ser administradas colectivamente, requieren menos costos logísticos y entrenamiento fácil para los participantes; son muy oportunas para obtener resultados porque requieren menos tiempo y menos ítems para obtener un puntaje, proporcionando una estimación precisa de un índice confiable; además, parten de la confianza en los procesos introspectivos como una forma efectiva de indagar aspectos emocionales humanos (Fernández-Berrocal & Extremera, 2005); y el TMMS-24 en particular incluye un *insight* emocional que permite la evaluación procesos emocionales conscientes (Extremera & Fernández-Berrocal, 2004); b) La utilización de la misma forma de evaluación para ambos constructos, autoinforme, tal y como ocurre en este estudio para las dos variables abordadas, parece presentar mejores resultados, en lugar de usar medidas diferentes para cada una de estas (Aguilar-Luzón et al., 2012); c) Si bien son pocos los estudios realizados, hay pocos acuerdos entre los investigadores en cuanto a si existen o no diferencias en la IE de hombres y mujeres (Candela Agulló et al., 2002; Gartzia et al., 2012; Suárez Colorado et al., 2012; Valadez Sierra et al., 2013), y cuando se hallaron, estuvieron en la dimensión de atención emocional (Palomera Martín, 2005; Sánchez Gutiérrez & Araya-Vargas, 2014; Taramuel Villareces & Zapata Achi, 2017).

En todo caso, para la psicología de la salud la IE se constituye en un factor protector cuando actúa como variable protectora del comportamiento final frente al consumo de SPA (García del Castillo-López et al., 2012; García del Castillo et al., 2013) o en un factor preventivo en tanto los adolescentes con IE potencian sus estados positivos (Trinidad & Johnson, 2002) y no les es necesario recurrir a otro tipo de regulador externo, como las drogas, para reparar los estados emocionales negativos producto de eventos vitales y acontecimientos estresantes (Ruiz-Aranda et al., 2006).

Entonces, a mayor nivel de IE, menor vulnerabilidad hacia problemas de salud y consumo de drogas y otras adicciones (García, 2012); más estilos de vida saludables generadores de bienestar, más inmunógenos conductuales y menos hábitos nocivos (Oblitas, 2003; Fiorentino, 2014); mejor ajuste psicosocial (Salguero et al., 2011) y psicológico, y un menor consumo de tabaco y alcohol (Ruiz-Aranda et al., 2006). Es un recurso promotor de la adaptación al producir una

sensación bienestar emocional (Juárez, 2011; Vergara et al., 2015), todo ello desde la prolongación de las emociones positivas (Salovey et al., 1995).

Pero, los adolescentes con baja IE tienen menor probabilidad de manejar sus emociones, mayor conducta desviada, inadaptación y relaciones negativas con amigos (Brackett et al., 2004); problemas de salud como ansiedad, trastornos del estado de ánimo, problemas psicofisiológicos, alteraciones del sistema inmune, cambios en los hábitos de conductas saludables o mayor prevalencia de conductas adictivas (Fernández & Bejar, 2009), por ejemplo al alcohol, tabaco y otras sustancias (Kun & Demetrovics, 2010) lo que a su vez afectaría la IE, reiniciando de esta forma el círculo vicioso.

Cabe señalar que, no obstante el desacuerdo que hay en cuanto a si existen o no diferencias en las habilidades de IE de hombres y mujeres (Candela Agulló et al., 2002; Suárez Colorado et al., 2012; Valadez Sierra et al., 2013) y que, desde medidas de autopercepción, la IE general no arroja diferencias claras entre hombres y mujeres, cuando el análisis se realiza concretamente desde sus dimensiones se ha reportado que las mujeres tienden a puntuaciones altas en atención y expresión emocional, y los hombres en regulación, diferencias estas que se explicarían mejor desde la variable identidad de género entendida como la identificación con, o adopción de, unos rasgos estereotipados masculinos (instrumentales) o femeninos (expresivos), pero estos en función de los roles sociales, laborales y profesionales que se ocupan en la sociedad, y no por sexo en sí mismo (Gartzia et al., 2012).

Con esto, es importante diseñar e implementar programas psicoeducativos para la promoción de la salud en general, pero que particularmente fomenten la IE (Sarrionandia & Garaigordobil, 2017). No obstante, a la fecha de hoy, en la ciudad de Montería (Colombia) no se tiene conocimiento de las primeras investigaciones que den sustento a tales programas; que en lo particular establezcan la relación entre las percepciones que se tienen de las dimensiones de la IE, o IEP, y el consumo de drogas. Es por ello que el objetivo de este estudio fue comparar el nivel de IEP en adolescentes escolarizados de la ciudad de Montería, con la prevalencia de vida de uso de sustancias psicoactivas (PVU-SPA) y no prevalencia de vida de uso de sustancias psicoactivas (nPVU-SPA).

## Método

### Diseño

Estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal.

## Participantes

De una población aproximada de 1500 adolescentes escolarizados, de entre 12 y 18 años de edad del departamento de Córdoba (Colombia), se seleccionó de manera aleatorizada y estratificada una muestra de 559 alumnos de enseñanza secundaria de uno y otro género de una institución educativa del sector oficial de la ciudad de Montería. La distribución de los estudiantes se realizó de acuerdo a la PVU-SPA, manera tal que los grupos se dividieron en dos: un grupo con PVU-SPA y otro grupo de nPVU-SPA.

## Instrumentos

### Cuestionario sociodemográfico ad hoc

Un instrumento *ad hoc* fue aplicado para obtener datos sociodemográficos y clínicos que incluye género, edad, estrato económico, con quién vive, número de hermanos, edad desde que asiste al colegio, repetición de algún curso, país de origen, dinero que recibe semanal, si practica deporte, estatura y peso. Datos clínicos relacionados con la prevalencia de vida de uso de drogas en el último año, o seis y tres meses, incluyendo las siguientes sustancias: alcohol, tabaco, cannabis.

### Inteligencia Emocional Percibida

*Trait Meta-Mood Scale-24* (TMMS-24) o Escala Rasgo de Metaconocimiento Emocional de Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004a y b), basada en la *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS-48) de Salovey et al. (1995), evalúa la IEP en jóvenes y adultos. Contiene tres dimensiones claves de la IE con 8 ítems cada una de ellas: Atención Emocional, Claridad de Sentimientos y Reparación Emocional. Cada ítem se puntúa en una escala que va de 1 a 5 (1 nada de acuerdo y 5 totalmente de acuerdo). El TMMS-24, en sus versiones originales presenta un Alpha de Cronbach de .85 o más (Fernández-Berrocal, Extremera, & Ramos, 2004a; Fernández-Berrocal & Extremera, 2006) y en población colombiana, un Alfa de Cronbach de .88 (Vásquez-De la Hoz et al., 2010) y de .74 (Vásquez-De la Hoz et al., 2015).

## Procedimiento

Previamente se explicó a los participantes el objetivo de la investigación, y acerca de la naturaleza voluntaria del ingreso al estudio y la confidencialidad de las respuestas. Un formato de consentimiento informado fue firmado por los padres de los participantes menores de edad, los mayores de 18 años diligenciaron su propio consentimiento. La aplicación de los instrumentos de evaluación fue realizada de manera colectiva, en grupos de 25-35 participantes. La administra-

ción de los autoinformes se realizó bajo la supervisión de dos investigadores con la ayuda de estudiantes de últimos semestres de Psicología, con entrenamiento previo. En este artículo no aparecen datos de identificación de los participantes. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los participantes referidos en el artículo.

## Análisis estadístico

Para el tratamiento de los datos se utilizaron estadísticos descriptivos y de frecuencia, junto a esto, la prueba t de Student para la diferencia de medias. El programa estadístico SPSS 23.0 (*Statistical Package for the Social Science*, 2013) fue utilizado para la ejecución de los análisis (IBM Corp. Released, 2013).

## Resultados

### Datos sociodemográficos

La muestra total del estudio fue de  $n=559$  alumnos de escuela secundaria. Edad media 15 años [rango 12-18],  $n=277$  (49,69%) y mujeres  $n=282$  (50,4%). El estrato económico medio fue 1,66 (DE 0,92). Más del 50% de la muestra vivía con ambos padres y casi el 95% tiene al menos un hermano. La edad media desde la que asisten al colegio es de 10,11 años (DE 3,66). Más del 35% ha repetido casi dos cursos académicos en su vida escolar.

### Prevalencia de vida de uso de sustancias

Dada la baja prevalencia de algunas de las sustancias solo se escogieron para los análisis alcohol, cannabis y tabaco. Así, las PVU-SPA para la muestra total de las diferentes sustancias fueron: 39,15% alcohol, 8,98% cannabis y 6,44% tabaco. En la muestra de varones las PVU-SPA fueron de 44,76% para alcohol, y de 9,74% para cannabis y tabaco. En el caso de las mujeres las PVU-SPA se establecieron en 37,94% para el alcohol, 9,21% para el cannabis y 3,9% para el tabaco.

### Comparación entre IEP y los grupos con PVU drogas y nPVU - PSA

Los datos recogidos en la muestra de adolescentes escolarizados de uno y otro género de la ciudad de Montería no evidencian diferencias estadísticamente significativas que, en general, sugieran que exista relación entre la IEP y la PVU-SPA. No obstante, cuando se compararon los datos de las dimensiones claridad emocional y PVU de alcohol en la muestra total, se evidencia una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,05$ ) entre el grupo de escolarizados con PVU de alcohol y el grupo de nPVU de esta sustancia, siendo

los puntajes más altos en este último grupo en cuanto a la percepción que tienen de su claridad emocional (Ver *tabla 1*).

Datos similares se hallaron en este estudio cuando se compararon, entre el grupo de escolarizados de género femenino, estas mismas dimensiones (claridad emocional y PVU de alcohol vs nPVU de alcohol). Se encontraron puntajes más altos en la percepción que tienen sobre la claridad de sus emociones ( $p=0$ ) en el grupo de mujeres con nPVU alcohol (Ver *tabla 3*).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de las adolescentes frente a las otras sustancias (PVU vs nPVU cannabis y tabaco) y las dimensiones de IEP, como tampoco en los adolescentes varones (Ver *tabla 3 y 2*, respectivamente).

## Discusión

Los datos obtenidos no evidencian una relación estadísticamente significativa entre la IEP y el consumo de

SPA en general, situación similarmente hallada en el estudio de Mascaraque (2015), pero cuando se compararon los dos grupos de adolescentes, PVU alcohol vs nPVU alcohol, y a diferencia de otros estudios (Ruiz-Aranda et al., 2006), se hallaron diferencias significativas en cuanto a la percepción de claridad que se tiene sobre las emociones, siendo más alta en los que reportaron nunca haber ingerido alcohol en sus vidas, especialmente en el grupo de mujeres.

Como ya se mencionó, los resultados acá encontrados evidencian diferencias significativas en la percepción de claridad en las emociones, siendo más alta en el grupo de las mujeres; no obstante, estos hallazgos no coinciden con la de otros estudios (Palomera Martín, 2005; Sánchez Gutiérrez & Araya-Vargas, 2014; Taramuel Villacreces & Zapata Achi, 2017) cuyas diferencias estuvieron en el componente de percepción de atención a las emociones en el grupo de las mujeres.

Quizás estas diferencias, que favorece a las mujeres en la percepción de ciertas habilidades de la IE, obe-

**Tabla 1.** Inteligencia emocional percibida y prevalencia de vida de uso de sustancias psicoactivas en muestra total

	nPVU de Alcohol (n=328)	PVU de Alcohol (n=231)	Sig.	nPVU de Cannabis (n=506)	PVU de Cannabis (n=53)	Sig.	nPVU de Tabaco (n=521)	PVU de Tabaco (n=38)	Sig.
Atención (DE)	23,39(7,66)	24,54(7,85)	0,08	23,90(7,81)	23,49(7,21)	0,7	23,78(7,79)	25,05(7,23)	0,33
Claridad (DE)	27,06(7,58)	25,80(7,41)	<b>0,05*</b>	26,66(7,51)	25,33(7,09)	0,22	26,58(7,53)	25,92(7,57)	0,59
Reparación (DE)	28,57(7,59)	28,33(7,60)	0,7	28,58(7,59)	27,45(7,59)	0,3	28,59(7,58)	26,86(7,65)	0,17

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

**Tabla 2.** Inteligencia emocional percibida y prevalencia de vida de uso de sustancias psicoactivas en varones

	nPVU de Alcohol en Varones (n=158)	PVU de Alcohol en Varones (n=124)	Sig.	nPVU de Cannabis en Varones (n=255)	PVU de Cannabis en Varones (n=27)	Sig.	nPVU de Tabaco en Varones (n=255)	PVU de Tabaco en Varones (n=27)	Sig.
Atención (DE)	22,77(7,66)	23,83(7,90)	0,25	23,08(7,89)	24,74(6,42)	0,24	23,04(7,93)	25,14(5,76)	0,18
Claridad (DE)	26,92(7,76)	26,91(7,22)	0,99	26,94(7,56)	26,66(7,20)	0,85	26,96(7,49)	26,48(7,86)	0,75
Reparación (DE)	28,60(7,50)	28,84(7,07)	0,78	28,64(7,37)	29,29(6,67)	0,84	28,81(7,26)	27,70(7,47)	0,45

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

**Tabla 3.** Inteligencia emocional percibida y prevalencia de vida de uso de sustancias psicoactivas en mujeres

	nPVU de Alcohol en Mujeres (n=170)	PVU de Alcohol en Mujeres (n=107)	Sig.	nPVU de Cannabis en Mujeres (n=251)	PVU de Cannabis en Mujeres (n=26)	Sig.	nPVU de Tabaco en Mujeres (n=266)	PVU de Tabaco en Mujeres (n=11)	Sig.
Atención (DE)	23,95(7,63)	25,37(7,76)	0,13	24,74(7,66)	22,19(7,86)	0,18	24,49(7,59)	24,81(10,35)	0,89
Claridad (DE)	27,19(7,42)	24,50(7,44)	<b>0*</b>	26,38(7,58)	23,96(6,84)	0,19	26,22(7,56)	24,54(6,94)	0,47
Reparación (DE)	28,55(7,10)	27,73(8,16)	0,43	28,51(7,82)	25,53(8,13)	0,06	28,37(7,86)	24,81(8,04)	0,14

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

dezcán a que en la mayoría de las sociedades tienen un rol cuidador, asumen la educación socio-emocional de las personas y se las estimula a una mayor expresividad emocional respecto a los hombres, tanto a nivel verbal y como no verbal (Palomera Martín, 2005). Es por esto que algunos investigadores sugieren comparar la IE frente a la identidad de género, o identificación con rasgos estereotípicos masculinos o femeninos, y no frente a diferencias sexuales o sexo, en tanto las formas de socialización de hombres y mujeres influyen en las formas de sentir, pensar y actuar (Gartzia et al., 2012). Siendo esto una limitación en este estudio, sería importante generar investigaciones que trasciendan la variable sexo y explicar el funcionamiento de la identidad de género y los rasgos estereotipados en la IE, o ir más allá, y entender cómo la complementariedad de ambos rasgos (androginia o no estereotipada) ayuda al desarrollo de la IE.

Por otra parte, los resultados acá encontrados son contrarios a los hallados en otros estudios que reportan diferencias significativas en la percepción de regulación emocional (Kun & Demetrovics, 2010), atención emocional (Mascaraque Muñoz, 2015) y el consumo de alcohol. De acuerdo con Mascaraque (2015), esta contradicción se explica porque no todas las dimensiones de la IE se afectan de la misma manera con el consumo de SPA, o con el alcohol como en este caso.

Si bien los datos no son definitivos ni estadísticamente significativos, son importantes por cuanto una eventual relación negativa entre alcohol y la capacidad de percibir con claridad en los estados emocionales, coloca a los adolescentes en situaciones cada vez más difíciles de identificar reconocer aquello que le da origen a sus emociones; de anticipar los cambios que sucederán durante la experiencia emocional (fisiológicos, cognitivos y conductuales); y de identificar, describir y comprender las emociones cotidianas propias y las de los demás (Fernández & Bejar, 2009).

Estudios similares indican que la baja IE está asociada con un uso intensivo de tabaco, alcohol y otras drogas (Kun & Demetrovics, 2010); a individuos poco empáticos (Mohagheghi et al., 2015) y, en el caso de los varones, a mala adaptación, conducta desviada y malas relaciones con amigos (Brackett et al., 2004), lo que a su vez los llevaría al consumo de alcohol (Méndez Garrido & Azaustre Lorenzo, 2017).

En el tema del alcohol, es socialmente preocupante no solo por las variables a las que está asociada, sino también por la edad de inicio de su consumo; por ejemplo, mientras estudios españoles confirman que la edad de inicio es a los 16 años (Méndez Garrido

& Azaustre Lorenzo, 2017), en Colombia, particularmente en la ciudad de Montería, se encontró que esta edad se reduce drásticamente hasta antes de los 12 años (Galván et al., 2017). Respecto a lo anterior, se sabe que a menor edad (sobre todo antes de los 15) de inicio de consumo de cualquier SPA, existe una mayor probabilidad de sufrir consecuencias a largo plazo tales como implicarse en actividades de riesgo, fallar académicamente, actividades criminales y embarazos no deseados, entre otras (Odgers, y otros, 2008).

Contrario a esto, los adolescentes que nunca han consumido alcohol se perciben como muy hábiles en cuanto a su capacidad de claridad para entender las emociones propias y de otros, tienen menor tensión en las relaciones sociales (Salguero et al., 2011) y cuentan con relaciones empáticas con la familia, docentes y compañeros de aula, ayudándoles al establecimiento de relaciones interpersonales adecuadas, favoreciendo la amistad, facilitando la convivencia pacífica, disminuyendo las posibilidades de acoso o intimidación escolar (Vásquez-De la Hoz et al., 2017).

Al margen de los hallazgos, no se puede desconocer la importancia de las habilidades en IE; es decir, comprender y reparar las emociones negativas, y mantener o prolongar las emociones positivas, pues de no ser así, los adolescentes tendrían mayor probabilidad de consumo de SPA buscando aliviar o controlar, erróneamente, cualquier carencia emocional (Limonero et al., 2013), por lo que la IE es factor predictivo para el bienestar subjetivo (Vergara et al., 2015) y como protector del consumo o abuso de SPA (García del Castillo et al., 2012), convirtiéndose en una herramienta más para el afrontamiento de lo que se ha convertido en un problema de salud pública de cada vez más temprana aparición en la sociedad (Guerrero-Martelo et al., 2015; Galván et al., 2017).

Por la preocupación de parte de un grupo de investigadores de la IE sobre las limitaciones del TMMS-24, y por lo que sugieren el uso de instrumentos de medición que evalúen directamente las dimensiones de la IE desde tareas de ejecución cognitiva (habilidades o ejecución) y no solo a través de la valoración o percepción subjetiva de la IE debido al sesgo cognitivo (capacidad de introspección y memoria) que, en general, estas escalas tienen (auto-informe), tal vez sea necesario desarrollar futuras investigaciones que indaguen las habilidades de IE propiamente dichas, quizás combinadas con las medidas de autoinforme como las de la Escala mencionada; es decir, el desarrollo de un instrumento que integre ambos tipos de medidas, que permita abor-

dar la IE de manera más amplia y compleja (González Robles et al., 2018), como también para tener mayores probabilidades de generalización y predicción.

De todas formas, los resultados hasta ahora obtenidos en torno a la IE y su rol preventivo son sumamente alentadores pues, aun cuando incipientes, hay suficiente evidencia empírica publicada que así lo corrobora (Sarrionandia & Garaigordobil, 2017), razón por la cual el diseño de programas psicoeducativos, preventivos del consumo de SPA que tengan como estrategia la IE, cada vez adquieren mayor importancia.

**Conflictos de intereses:** los autores declaran no tener conflictos de intereses.

## Referencias bibliográficas

- Aguilar-Luzón, M., Calvo-Salguero, A., Monteoliva-Sánchez, A. (2012). La inteligencia emocional percibida y su relación con el apego adulto. *Behavioral Psychology*, 20(1), 119-135.
- Becoña Iglesias, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 77, 25-32.
- Brackett, M., Mayer, J., Warner, R. (2004). Emotional intelligence and its relation to everyday behavior. *Personality and Individual Differences*, 36(6), 1387-1402.
- Candela Agulló, C., Barberá Heredia, E., Ramos López, A., Sarrió Catalá, M. (2002). Inteligencia emocional y la variable género. *Revista Española de Motivación y Emoción*, 5(10).
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P. (2004). El uso de las medidas de habilidad en el ámbito de la inteligencia emocional. *Boletín de Psicología*, 80, 59-77. <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N80-3.pdf>
- Fernández, B., Jorge, V., Bejar, E. (2009). Función protectora de las habilidades emocionales en la prevención del consumo de tabaco y alcohol: una propuesta de intervención. *Psicooncología*, 6(1), 243 - 256. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909120243A>
- Fernández-Berrocal P, Salovey P, Vera A, Ramos N, Extremera P. (2002). Cultura, inteligencia emocional percibida y ajuste emocional: un estudio preliminar. *Revista Española de Motivación y Emoción*, 3(8-9), 159-167.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2004a). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological reports*, 94(3 Pt 1), 751-755. <https://doi.org/10.2466/pr0.94.3.751-755>
- Fernández-Berrocal P, Extremera N, & Ramos N. (2004b). Validity and reliability of the Spanish Modified Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS-24). *Psychological Reports*, 94(3 Pt 1), 751-755. <https://doi.org/10.2466/pr0.94.3.751-755>
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. (2005). La inteligencia emocional y la educación de las emociones desde el modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 19(3), 63-93. <https://www.redalyc.org/pdf/274/27411927005.pdf>
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. (2006). Emotional intelligence: a theoretical and empirical review of its first 15 years of history. *Psicothema*, 18 Suppl, 7-12.
- Fiorentino, M. (2014). Conductas de la salud. En L. Oblitas, *Psicología de la salud y calidad de vida*. (pp. 47-68). Thomson Learning.
- Galván G., Guerrero-Martelo, M., Vásquez-De la Hoz, F. (2017). Cannabis: una ilusión cognitiva. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(2): p. 95-102. [doi: 10.1016/j.rcp.2016.04.002](https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.04.002)
- García, J. (2012). Concepto de vulnerabilidad psicosocial en ámbito de la salud y las adicciones. *Health and Addictions*, 15(1), 5-14. <https://www.redalyc.org/pdf/839/83938758001.pdf>
- García del Castillo-López, A., García del Castillo Rodríguez, J., Marzo Campos, J. (2012). La relevancia de la inteligencia emocional en la prevención del consumo de alcohol. *Información Psicológica*, 104, 100-111.
- García del Castillo, J., García del Castillo-López, A., Gázquez Pertusa, M., Marzo Campos, J. (2013). La inteligencia emocional como estrategia de prevención de las adicciones. *Salud y Drogas*, 13(2) 89-97. <https://www.redalyc.org/pdf/839/83929573001.pdf>
- Gartzia, L., Arizeta, A., Balluerka, N., Barbera Heredia, E. (2012). Inteligencia emocional y género: más allá de las diferencias sexuales. *Anales de Psicología/ Annals of Psychology*, 28(2), 567-575. <https://doi.org/10.6018/analesps.28.2.124111>
- González Robles, A., Peñalver González, J., Bresó Esteve, E. (2011). La evaluación de la inteligencia emocional: ¿autoinformes o pruebas de habilidad? *Fórum de Recerca*, (16), 699-712. <http://hdl.handle.net/10234/77307>
- Guerrero-Martelo, M., Galván, G., Pinedo-López, J., Vásquez-De la Hoz, F., Torres-Hoyos, F., Torres-Oviedo, J. (2015). Prevalencia de vida de uso de cannabis y rendimiento académico en adolescentes. *Salud Uninorte*, 31(3), 467-678. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=817453780046>.
- Herazo-Beltrán, A., Campo-Tertera, L., García-Puello, M., Suarez-Villa, M., Méndez, O., Vásquez-De la Hoz, F. (2017). Estilos de vida saludables de niños, niñas y adolescentes. *Salud Uninorte*, 33(3), 419-428.
- IBM Corp. Released. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0 Armonk, NY: IBM Corp; 2013.
- Juárez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 70-79. <https://www.redalyc.org/pdf/2990/299022819009.pdf>
- Kun, B., Demetrovics, Z. (2010). Emotional intelligence and addictions: a systematic review. *Subst Use Misuse*, 45(7-8), 1131-1160. <https://doi.org/10.3109/10826080903567855>
- Limonero, J., Gómez-Romero, M., Fernández-Castro, J., Tomás-Sábado, J. (2013). Influencia de la inteligencia emocional percibida y la impulsividad en el abuso de cannabis en jóvenes. *Ansiedad y Estrés*, 19(2-3), 211-222.
- Mascaraque Muñoz A. (2015). Inteligencia Emocional y consumo de sustancias en una muestra de mujeres universitarias. ¿Cómo se relacionan? Tesis de Maestría. Madrid: Universidad Pontificia Comillas. Facultad de Ciencia Humanas y Sociales. <http://hdl.handle.net/11531/1136>
- Mayer J, Salovey P. (2007). ¿Qué es la inteligencia emocional? En J. M. Mestre Navas y P. Fernández-Berrocal P. (Eds.). *Manual de inteligencia emocional* (pp. 24-43). Ediciones Pirámide.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2008). Emotional intelligence: new ability or eclectic traits? *The American psychologist*, 63(6), 503-517. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.6.503>
- Méndez Garrido J, Azaustre Lorenzo M. (2017). El consumo de alcohol en universitarios. Estudio de las relaciones entre las causas y los efectos negativos. *Rev complu educ*, 28(3), 689-704. [doi: https://doi.org/10.5209/rev\\_RCED.2017.v28.n3.49725](https://doi.org/10.5209/rev_RCED.2017.v28.n3.49725)
- Mestre J, Guil R, Brackett M, Salovey P. (2008). Inteligencia emocional: definición, evaluación y aplicaciones desde el modelo de habilidades de Mayer y Salovey. En F. Palomero y F. Martínez-Sánchez F. (Eds.). *Motivación y emoción*. McGraw-Hill.
- Ministerio de Salud-Colciencias. (2015). Encuesta de salud mental. Tomo 1.
- Mohagheghi, A., Amiri, S., Mousavi Rizi, S., & Safikhanelou, S. (2015). Emotional intelligence components in alcohol dependent and mentally healthy individuals. *The Scientific World Journal*, 2015, 841039. <https://doi.org/10.1155/2015/841039>
- Oblitas, L. (2003). *Psicología de la salud*. En R. Ardilla. *El legado de Rubén Ardila. Psicología: de la Biología a la Cultura* (pp. 229-259). Universidad Nacional de Colombia.
- Odgers, C., Nagin, D., Piquero, A., Slutke, W., Milne, B. et al. (2008). Is it important to prevent early exposure to drugs and alcohol among adolescents? *Psychol Sci*, 10(10), 1037-1044.

- Oliva A, Parra, Á., Sánchez-Queija, I. (2008). Consumo de sustancias durante la adolescencia: trayectorias evolutivas y consecuencias para el ajuste psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 153-169. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33780111>
- Palomera Martín, R. (2005). Desarrollo de la inteligencia emocional percibida. Diferencias individuales en función del género y edad. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 443-457. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832486033.pdf>
- Rey, L., Extremera, E., Pena, M. (2011). Perceived emotional intelligence, self-esteem and life satisfaction in adolescents. *Psychosocial Intervention*, 20(2), 227-234. <https://doi.org/10.5093/in2011v20n2a10>
- Rey L, Extremera N. (2012). Inteligencia emocional percibida, felicidad y estrategias distractoras en adolescentes. *Boletín de Psicología*, 104, 87-101. <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N104-5.pdf>
- Ruiz-Aranda, D., Fernández-Berrocal, P., Cabello, R., Extremera N. (2006). Inteligencia emocional percibida y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 223-230. <https://psycnet.apa.org/record/2009-05721-007>
- Salguero J, Fernández-Berrocal P, Ruíz-Aranda D, Cabello R. (2009). Propiedades psicométricas de la versión reducida de la Trait Meta-Mood Scale: TMMS 12. En P. Fernández-Berrocal, N. Extremera, R. Palomera, D. Ruíz-Aranda, J. Salguero, R. Cabello (Eds). *Avances en el estudio de la inteligencia emocional* (pp. 129-135). Fundación Marcelino Botín.
- Salguero, J., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D., Castillo, R., Palomera, R. (2011). Inteligencia emocional y ajuste psicossocial en la adolescencia: El papel de la percepción emocional. *European Journal of Education and Psychology*, 4(2), 143-152.
- Salovey, P., Mayer, J., Goldman, S., Turvey, C., Palfai, P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence and repair: Exploring emotional intelligence. En J. Pennebaker. *Emotion, Disclosure, and Health* (pp. 125-154). American Psychological Association.
- Sánchez-Teruel, D., Robles-Bello, M. (2018). Instrumentos de evaluación en inteligencia emocional: una revisión sistemática cuantitativa. *Perspectiva Educativa, Formación de Profesores*, 57(2), 27-50.
- Sarrionandia, A., Garaigordobil, M. (2017). Efectos de un programa de inteligencia emocional en factores socioemocionales y síntomas psicossomáticos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 49(2), 110-118. <https://doi.org/10.1016/j.rlp.2015.12.001>
- Suárez Colorado, Y., Guzmán García, K., Medina Alfonso, L., Ceballos Ospino, G. (2012). Características de inteligencia emocional y género en estudiantes de Psicología y Administración de Empresas de una universidad pública de Santa Marta, Colombia: un estudio piloto. *Duazary*, 9(2), 132-139.
- Taramuel Villacreces, J., Zapata Achi, V. (2017). Aplicación del test TMMS-24 para el análisis y descripción de la Inteligencia Emocional considerando la influencia del sexo. *Revista Publicando*; 4(11-1), 162-181.
- Trinidad, D., Johnson, C. (2002). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual*, 32(1), 95-105. [doi:10.1016/S0191-8869\(01\)00008-3](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00008-3)
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2017). *World Drug Report*. United Nations.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2018). *World Drug Report*. United Nations.
- Valadez Sierra, M., Borges de Rosal, M., Ruvalcaba Romero, N., Villegas, K., Lorenzo, M. (2013). La inteligencia emocional y su relación con el género, el rendimiento académico y la capacidad intelectual del alumnado universitario. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 11(2), 395-412. <https://www.redalyc.org/pdf/2931/293128257005.pdf>
- Vásquez-De la Hoz, F., Ávila Lugo, N., Márquez Chaparro, L., Martínez González, G., Mercado Espinosa, J, Severiche Jiménez, J. (2010). Inteligencia emocional e índices de bullying en estudiantes de Psicología de una universidad privada de Barranquilla, Colombia. *Psicogente*, 13(24), 306-328.
- Vásquez-De la Hoz, F., Escudero, J., Pineda, W., Mercado, M. (2015). Inteligencia emocional y buen trato desde la perspectiva de los estilos de vida saludables para la convivencia pacífica. En Y. Vásquez, F. Vásquez-De la Hoz, W. Pineda, Y. Martínez (Eds). (pp.155-182). *Estudios actuales en Psicología*. Ediciones Universidad Simón Bolívar.
- Vergara, A., Alonso-Alberca, N., San-Juan, C., Aldás, J., Vozmediano, L. (2015). Be water: Direct and indirect relations between perceived emotional intelligence and subjective well-being. *Australian Journal of Psychology*, 67(1), 47-54.

## Asociación de la diseminación del COVID-19 con síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios

*Association of COVID-19 dissemination with symptoms of anxiety and depression among university students*

Daniel Vigo<sup>1</sup>, Laura Jones<sup>1</sup>, Richard Munthali<sup>1</sup>, Julia Pei<sup>1</sup>, Jean Westenberg<sup>1</sup>, Lonna Munro<sup>1</sup>, Carolina Judkowitz<sup>1</sup>, Angel Y. Wang<sup>1</sup>, Brianna Van den Adel<sup>1</sup>, Joshun Dulai<sup>1</sup>, Michael Krausz<sup>1</sup>, Randy P. Auerbach<sup>2</sup>, Ronny Bruffaerts<sup>3</sup>, Lakshmi Yatham<sup>1</sup>, Anne Gadermann<sup>4</sup>, Brian Rush<sup>5</sup>, Hui Xie<sup>6</sup>, Krishna Pendakur<sup>7</sup>, Chris Richardson<sup>8</sup>

### Resumen

**Antecedentes:** A medida que las comunidades se preparan para oleadas futuras de la pandemia del COVID-19 se necesitan pruebas sobre su impacto en la salud mental de sub-poblaciones específicas, como es el caso de los estudiantes universitarios. **Objetivos:** Estudiar la asociación de la proximidad del COVID-19 con síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. **Métodos:** Este estudio de tendencias analizó encuestas transversales semanales de muestras probabilísticas de estudiantes de la Universidad de Columbia Británica durante 13 semanas durante la primera ola del COVID-19. La principal variable evaluada fue la proximidad del COVID-19, definida como “conocer a alguien con un test positivo para COVID-19”, que se especificó en diferentes niveles: “conocer a alguien en cualquier lugar del mundo, en Canadá, en Vancouver, en su curso universitario, o en su domicilio”. La proximidad del COVID-19 se incluyó en regresiones lineales multivariadas para evaluar su asociación con los resultados primarios, incluidos los síntomas de ansiedad y/o depresión durante los últimos 30 días. **Resultados:** De 1388 encuestados (tasa de respuesta ajustada =50%), el 5,6% conocía a alguien con COVID-19 en Vancouver, el 0,8% en su curso universitario y el 0,3% en su domicilio. El 10% de los encuestados se sintió abrumado y no pudo acceder a asistencia. “Conocer a alguien en Vancouver”, se asoció con un aumento de 11 puntos porcentuales en la probabilidad de presentar síntomas de ansiedad durante los últimos 30 días (EE =0,05;  $p \leq 0,05$ ), moderado por género, con una interacción significativa de la exposición, y ser mujer (coeficiente = - 20 (EE =0,09),  $p \leq 0,05$ ). No se encontró asociación con síntomas depresivos. **Conclusión:** La proximidad de los casos de COVID-19 puede aumentar la probabilidad de síntomas de ansiedad en los estudiantes, particularmente entre los hombres. La mayoría de los estudiantes informa que se las arregla bien, pero se necesitan apoyos adicionales para una minoría emocionalmente abrumada que informa que no puede acceder a asistencia.

**Palabras clave:** Estudiantes universitarios y COVID-19 – Síntomas de ansiedad y COVID-19 – Salud mental en estudiantes universitarios y COVID-19.

RECIBIDO 10/6/2021 - ACEPTADO 19/8/2021

<sup>1</sup>Department of Psychiatry, University of British Columbia, Canada.

<sup>2</sup>Department of Psychiatry, Columbia University, New York, United States.

<sup>3</sup>Center for Public Health Psychiatry, Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven, Belgium.

<sup>4</sup>School of Population and Public Health, University of British Columbia, Vancouver, British Columbia, Canada.

<sup>5</sup>Department of Psychiatry & School of Public Health, University of Toronto, Toronto, Canada.

<sup>6</sup>Faculty of Health Sciences, Simon Fraser University, Burnaby, British Columbia, Canada.

<sup>7</sup>Department of Economics, Simon Fraser University, Burnaby, British Columbia, Canada.

<sup>8</sup>School of Population and Public Health, University of British Columbia, Vancouver, British Columbia, Canada.

### Autor de referencia:

Daniel Vigo

[daniel.vigo@ubc.ca](mailto:daniel.vigo@ubc.ca)

Lugar de realización del estudio: Department of Psychiatry, University of British Columbia, Canadá.

## Abstract

**Background:** Evidence about the impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of specific subpopulations—such as university students—is needed as communities prepare for future waves. **Aims:** To study the association of proximity of COVID-19 with symptoms of anxiety and depression in university students. **Methods:** This trend study analyzed weekly cross-sectional surveys of probabilistic samples of students from the University of British Columbia for 13 weeks through the first wave of COVID-19. The main variable assessed was propinquity of COVID-19, defined as “knowing someone who tested positive for COVID-19”, which was specified at different levels: knowing someone anywhere globally, in Canada, in Vancouver, in their course, or at home. Proximity was included in multivariable linear regressions to assess its association with primary outcomes, including 30-day symptoms of anxiety and/or depression.

**Results:** Of 1,388 respondents (adjusted response rate=50%), 5.6% knew someone with COVID-19 in Vancouver, 0.8% in their course, and 0.3% at home. Ten percent were overwhelmed and unable to access help. Knowing someone in Vancouver was associated with an 11 percentage-point increase in the probability of 30-day anxiety symptoms ( $SE=0,05$ ;  $p\leq 0,05$ ), moderated by gender, with a significant interaction of the exposure and being female (coefficient= 20( $SE=0,09$ ),  $p\leq 0,05$ ). No association was found with depressive symptoms. **Conclusion:** Proximity of COVID-19 cases may increase the likelihood of anxiety symptoms in students, particularly amongst men. Most students report coping well, but additional supports are needed for an emotionally overwhelmed minority who report being unable to access help.

**Keywords:** College Students and COVID-19 - Anxiety Symptoms and COVID-19 - Mental health in college students and COVID-19.

## Introducción

El COVID-19 y las medidas introducidas para prevenir su propagación han cambiado la vida cotidiana en todo el mundo.

Dado su naturaleza multisistémica y el impacto de las restricciones generalizadas en el ámbito físico, social y en las actividades económicas, son esperables resultados adversos para la salud mental (Choi et al., 2020; Dubey et al., 2020; Holmes et al., 2020; Vigo et al., 2020). Se ha informado un aumento de las tasas de ansiedad y depresión entre los trabajadores de la salud de primera línea, los trabajadores migrantes, los ancianos y los adultos jóvenes, en particular los estudiantes universitarios (Cao et al., 2020; Huang & Zhao, 2020; Kaparounaki et al., 2020; Odriozola-González et al., 2020; Que et al., 2020; Qiu et al., 2020; Vindegaard & Benros, 2020; Wang et al., 2020a; Zhang et al., 2020). Aunque estos datos emergentes son informativos, deben interpretarse con precaución porque muchos estudios han utilizado muestreo no probabilístico, que da como resultado una representatividad y generalizabilidad insuficientes (Pierce et al., 2020).

Una comprensión más detallada del impacto de la primera ola de COVID-19 en diferentes subpoblaciones es relevante para manejar las restricciones futuras (Leung et al., 2020; Xu & Li, 2020). Las universidades y colegios desempeñan un rol social clave al capacitar a una fuerza laboral profesional y académica que

contribuye al progreso científico, la innovación tecnológica y el crecimiento económico. También desempeñan un rol de guía con los jóvenes en edad de transición a medida que pasan de la adolescencia y la familia nuclear a la edad adulta y la vida pública. En el contexto de la pandemia del COVID-19 muchas instituciones de Canadá están renunciando a la educación presencial para el semestre que comienza en el otoño (Crawford et al., 2020; Wyres & Taylor, 2020). Aunque los riesgos de reanudar la educación presencial son claros, las consecuencias de la actividad virtual en las universidades que se conectan en línea no se comprenden completamente, incluidos los impactos en organizaciones, profesores, personal y estudiantes (Bolatov et al., 2020; Odriozola-González et al., 2020; Roy & Covelli, 2021; Sahu, 2020; U.S. Immigration and Customs Enforcement, 2020; Zhai & Du, 2020).

Los síntomas comunes relacionados con la salud mental, especialmente la ansiedad y la depresión, son generalizados entre los estudiantes universitarios, y se puede esperar que los factores estresantes asociados con la pandemia exacerben los resultados adversos (Auerbach et al., 2016; Auerbach et al., 2018; Ballester et al., 2020; Cao et al., 2020; McLafferty et al., 2017; Taquet et al., 2021). Durante la pandemia, los sentimientos de miedo y preocupación por salud personal y la de sus seres queridos, los problemas para concentrarse, las interrupciones en los patrones de sueño, la disminución de las interacciones sociales y una mayor

preocupación por el rendimiento académico, han sido frecuentemente reportados por los estudiantes como factores que contribuyen al aumento de los niveles de estrés, ansiedad y pensamientos depresivos (Son et al., 2020). De manera alarmante, en un estudio de encuesta transversal de más de 2.000 estudiantes universitarios de los EE. UU., casi el 50% informó niveles de depresión de moderados a graves, cerca del 40% informó niveles de ansiedad de moderados a graves y una quinta parte informó haber tenido pensamientos suicidas durante la pandemia COVID-19 (Wang et al., 2020c). La caída en la salud mental general entre los estudiantes se ha asociado con un cambio observado en las prioridades de los estudiantes desde lo académico hacia preocupaciones relacionadas con la salud y con sus condiciones económicas (Keckojevic et al., 2020). Además, la interrupción de la provisión de los servicios de salud mental pueden agravar los efectos de la pandemia (Li & Leung, 2020; Xiang et al., 2020). Los servicios presenciales y los grupos de apoyo de pares se han cancelado o han restringido considerablemente su capacidad, mientras que el apoyo telefónico o en línea puede ser difícil y desalentador para los estudiantes (Lee, 2020; Seidel et al., 2020).

Para tomar decisiones racionales de salud pública, es necesario conocer el impacto de la primera ola de COVID-19. Examinamos la diseminación del COVID-19 en un gran Campus universitario en Columbia Británica, Canadá, centrándonos en cómo evolucionaron los síntomas de ansiedad y depresión durante parte del período de invierno de 2020 (febrero a mayo), cuando la primera ola se extendió a nivel mundial y llegó a dicho Campus, alcanzó su punto máximo y retrocedió. Nuestro objetivo fue explorar la asociación de la proximidad geográfica y social de los casos de COVID-19 con la probabilidad de manifestar síntomas de ansiedad y/o depresión y comprender cómo el COVID-19 afecta a la población estudiantil en general (que incluye pero no se limita a aquellos que cumplen criterios para un trastorno). También buscamos comprender si las características específicas de la población interactúan con el COVID-19 en su asociación con estos síntomas.

## Métodos

### Diseño del estudio

Este estudio de tendencias se basa en datos recopilados a través del despliegue transversal repetido de la encuesta Internacional de Salud Mental Mundial en Estudiantes Universitarios (WMH-ICS) de la Or-

ganización Mundial de la Salud (OMS). La encuesta WMH-ICS es una entrevista autoadministrada basada en la Entrevista de Diagnóstico Internacional Compuesta de Salud Mental Mundial de la OMS (OMS WHO-CIDI) y es parte de la Iniciativa de la Encuesta Mundial de Salud Mental de la OMS (The WHO World Mental Health International College Student (WMH-ICS), 2020; The World Health Organization World Mental Health Composite International Diagnostic Interview (WHO WMH-CIDI), 2020). Se ha desarrollado para ayudar a coordinar la investigación epidemiológica entre estudiantes universitarios de todo el mundo, y se ha utilizado repetidamente en la literatura (Ballester et al., 2019; Bruffaerts et al., 2018; Kessler & Üstün, 2004; Mortier et al., 2018). Utiliza instrumentos de detección validados para generar estimaciones de la presencia de una amplia gama de trastornos mentales, junto con preguntas de sondeo para evaluar los síntomas, gravedad, comportamiento de búsqueda de ayuda y otras preguntas relacionadas con el episodio (The WHO World Mental Health International College Student (WMH-ICS), 2020).

La encuesta se implementó originalmente para capturar variaciones en los síntomas en respuesta a factores estresantes predecibles e impredecibles durante todo el año, tales como exámenes, graduación, así como desastres naturales y provocados por el hombre. En la primera semana de marzo de 2020 (semana 4 de la encuesta), cuando el COVID-19 surgió como una causa de interés, se incluyeron preguntas para evaluar las variaciones semanales en la proximidad social y geográfica del COVID-19. En la semana 9, se incluyó una pregunta adicional para indagar si los encuestados se sentían emocionalmente afectados o abrumados, y si habían podido acceder a ayuda (*ver Apéndice, Cuadro 1*). Conocer a alguien que dio positivo por COVID-19 representó la exposición de interés.

### Medición de resultados

Nuestras medidas de resultado primarias se derivaron de las preguntas de cribado del CIDI que evaluaban la ansiedad de 30 días (4 ítems) y la depresión (4 ítems) (*ver Apéndice, Cuadro 2*).

Estos ítems se seleccionaron para capturar síntomas de ansiedad y depresión. Los síntomas de ansiedad y depresión se evaluaron a través de respuestas de tipo Likert a la frecuencia con la que los encuestados tuvieron tales síntomas durante los últimos 30 días. Las opciones de respuesta fueron "Nunca", "Pocas veces", "Algunas veces", "Muchas veces" y "Todo o casi todo el tiempo". Se consideró que los participantes

que respondieron “Algunas veces” o más a al menos un ítem tuvieron un resultado positivo para experimentar “síntomas de ansiedad o depresión”, “síntomas de ansiedad” y / o “síntomas de depresión”.

## Procedimiento

Este estudio cubrió 13 semanas del semestre que terminó en mayo de 2020, coincidiendo aproximadamente con la primera ola del COVID-19 en Vancouver, Canadá. Cada semana, la encuesta se envió a una nueva muestra de 350 estudiantes generada a través de un muestreo aleatorio estratificado (por programa, año, estatus de estudiante internacional, género y edad) de todos los estudiantes actualmente matriculados. Para cada una de las 13 semanas, el reclutamiento inicial de 350 estudiantes se realizó mediante correos electrónicos de invitación y recordatorio. Diez días después de enviar el correo electrónico de invitación inicial, se realizó un procedimiento de reclutamiento de segunda fase y luego se siguió con una submuestra aleatoria de 70 personas que no respondieron con llamadas telefónicas, mensajes de texto o invitaciones personales por correo electrónico para participar según un protocolo específico para “difíciles de alcanzar” y estudiantes “muy difíciles de alcanzar” (ver Apéndice, Cuadro 3). El objetivo del seguimiento asertivo fue aumentar la tasa de respuesta diversificando el método de extensión y explicando la importancia de obtener respuestas de quienes no respondieron inicialmente. La tasa de respuesta ajustada fue del 50% utilizando el cálculo de la tasa de respuesta ponderada de investigación 1 (RR1w) de la Asociación Estadounidense de Opinión Pública para diseños de muestra de dos fases (*The American Association for Public Opinion Research*, 2016). El Apéndice contiene una Tabla con las características de los encuestados en las diferentes submuestras, así como la metodología para obtener la RR1w (Apéndice, Tabla 4 y Cuadro 1).

## Recaudos éticos

Los autores afirman que todos los procedimientos que contribuyeron a este trabajo cumplen con las normas éticas de los comités nacionales e institucionales pertinentes sobre experimentación humana y con la Declaración de Helsinki de 1975, revisada en 2008. Todos los procedimientos que involucran seres humanos fueron aprobados por Comité de Ética de la Investigación del Comportamiento de la Universidad de Columbia Británica (H19-02538). Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todos los sujetos antes de completar la encuesta WMH-ICS.

## Análisis

En primer lugar, se presentan hallazgos descriptivos, así como el aumento gradual en la proximidad social y geográfica del COVID-19 al Campus. Se utilizaron las pruebas de chi-cuadrado y exacta de Fisher para identificar diferencias en los resultados de ansiedad y/o depresión entre grupos definidos por características sociodemográficas y condiciones de salud mental preexistentes.

En segundo lugar, se muestra el porcentaje de estudiantes que se sintieron emocionalmente no afectados, afectados o abrumados por la pandemia, así como si se las arreglaron bien o si pudieron acceder a ayuda.

En tercer lugar, se examina la asociación entre la exposición primaria de interés (es decir, conocer a alguien que dio positivo en la prueba de COVID-19) y cada uno de los resultados de salud mental (síntomas de ansiedad o depresión en 30 días; síntomas de ansiedad en 30 días; síntomas de depresión en 30 días), se realizaron regresiones lineales univariadas con la exposición y otras variables relevantes. Luego, se ejecutaron tres regresiones lineales multivariadas (una para cada resultado) que incluían todas las covariables: sexo, edad, síntomas de ansiedad de por vida, síntomas de depresión de por vida, un conjunto de variables ficticias o indicadores para la semana de finalización (un indicador de tiempo), encuestado tipo (fácil versus difícil versus muy difícil de alcanzar), origen étnico, programa, año del programa, estatus de estudiante internacional/canadiense y tipo de vivienda. Por último, se realizaron tres regresiones lineales multivariadas que incluyeron interacciones entre la exposición y covariables específicas que, según la experiencia clínica, pueden moderar las asociaciones de la exposición con los resultados: género, historial de síntomas de ansiedad y/o depresión de por vida, así como semana de finalización de la encuesta que sirvió como indicador de tiempo.

Para todos los análisis, se utilizó un enfoque de análisis de casos completo y el límite de significación se estableció en 5% ( $p < 0,05$ ). Se utilizaron regresiones lineales multivariadas para obtener diferencias de riesgo absoluto entre los grupos expuestos y los no expuestos, ajustando las covariables. Cuando la variable de resultado es dicotómica, es común en la literatura epidemiológica utilizar regresión logística, en lugar de mínimos cuadrados ordinarios (MCO), para estimar el efecto de las variables de tratamiento sobre las variables de resultado. Si el modelo se especifica correctamente, ambos enfoques producen estimaciones no sesgadas a medida que el tamaño de la muestra crece

hasta el infinito (es decir, son consistentes). Sin embargo, si el modelo se especifica incorrectamente, las estimaciones de la regresión logística son difíciles de interpretar. Por el contrario, si el modelo se especifica incorrectamente, el estimador de MCO aún conserva una interpretación útil: da el mejor estimador lineal de la función de expectativa condicional (Angris & Jörn-Steffen, 2009). Por esta razón, se utilizó la regresión de MCO a lo largo de este artículo. El estimador MCO que usamos corresponde al “modelo de probabilidad lineal”, donde la expectativa condicional de la variable de resultado es la probabilidad de que tome el valor 1, condicional a un índice lineal de las covariables. Por lo tanto, se puede interpretar que los coeficientes estimados dan el efecto marginal de un cambio de una unidad en una covariable sobre la probabilidad condicional de que Y sea igual a 1. Las regresiones lineales se ejecutaron utilizando la estimación por mínimos cuadrados ordinarios con la opción de errores estándar robustos VCE (robusto) para proporcionar errores estándar válidos, valores p y estimaciones no sesgadas. Se utilizó Qualtrics para administrar la encuesta y los datos se analizaron con Stata15.1 (Qualtrics. Qualtrics XM, 2020; StataCorp., 2017).

## Resultados

Los detalles de la distribución de las variables de estratificación en los encuestados y en la población estudiantil general se pueden ver en el *Apéndice, Tabla 4*. Ambas poblaciones son notablemente consistentes, con la excepción de una fracción más alta de mujeres (63% de los encuestados vs 56% de la población general), y una fracción menor de estudiantes sin título (1,5% frente a 4,5%).

Los datos de 1388 encuestados indican que, durante los últimos 30 días, el 61% refirió síntomas de depresión, 71% síntomas de ansiedad y 78% síntomas de ansiedad o depresión “algunas veces” o más (*ver Tabla 1*). Además, nuestros resultados muestran que hubo diferencias estadísticamente significativas en los síntomas de ansiedad de 30 días según el género, el tipo de encuestado, los síntomas de ansiedad y/o depresión de por vida, y el conocer a alguien que dio positivo por COVID-19 en general y en Vancouver. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los síntomas de depresión de 30 días entre los grupos definidos por género, síntomas de ansiedad y/o depresión a lo largo de la vida, año de estudios, origen étnico y tipo de vivienda (*ver Tabla 1*).

**Tabla 1.** Características de subpoblaciones en estudio por síntomas de ansiedad, síntomas de depresión y síntomas de ansiedad o depresión †

Variables	Ansiedad n (%)		Depresión n (%)		Ansiedad o depresión n (%)	
	No	Sí	No	Sí	No	Sí
Género		***		***		***
Masculino	178 (46.11)	283 (29.92)	220 (41.75)	251 (30.02)	137 (46.28)	332 (31.38)
Femenino	206 (53.37)	648 (68.50)	304 (57.69)	570 (68.18)	159 (53.72)	709 (67.01)
Tipo de comunicación a la que respondió el participante		*				
Encuesta inicial (grupo de referencia)	299 (77.26)	791 (83.62)	421 (79.73)	697 (83.37)	230 (77.44)	879 (83.08)
Difícil de consultar telefónicamente	73 (18.86)	124 (13.11)	88 (16.67)	112 (13.40)	56 (18.86)	144 (13.61)
Fácil de consultar telefónicamente	15 (3.88)	31 (3.28)	19 (3.60)	27 (3.23)	11 (3.70)	35 (3.31)
¿Antecedentes de depresión?		***		***		***
No	244 (63.21)	325 (34.50)	320 (60.84)	265 (31.81)	200 (67.57)	378 (35.86)
Sí	142 (36.79)	617 (65.50)	206 (39.16)	568 (68.19)	96 (32.43)	676 (64.14)
¿Antecedentes de ansiedad?		***		***		***
No	166 (42.89)	132 (14.0)	185 (35.04)	117 (14.01)	133 (44.78)	166 (15.70)
Sí	221 (57.11)	813 (86.03)	343 (64.96)	718 (85.99)	164 (55.22)	891 (84.30)
¿Conoce a alguien que dio positivo al test de COVID-19?		*		*		*
No	350 (90.44)	811 (85.73)	473 (89.58)	716 (85.65)	270 (90.91)	912 (86.20)
Sí	37 (9.56)	135 (14.27)	55 (10.42)	120 (14.35)	27 (9.09)	146 (13.80)

**Tabla 1.** Características de subpoblaciones en estudio por síntomas de ansiedad, síntomas de depresión y síntomas de ansiedad o depresión † (Continuación tabla1 - página 57)

Variables	Ansiedad n (%)		Depresión n (%)		Ansiedad o depresión n (%)	
	No	Sí	No	Sí	No	Sí
¿Conoce a alguien en Vancouver que dio positivo al test de COVID-19?		*		*		**
No	375 (96.90)	885 (93.55)	507 (96.02)	782 (93.54)	291 (97.98)	991 (93.67)
Sí	12 (3.10)	61 (6.45)	21 (3.98)	54 (6.46)	6 (2.02)	67 (6.33)
¿Estuvo con alguien con síntomas respiratorios o de gripe en sus clases? n=988		*		*		*
No	256 (87.07)	564 (81.27)	344 (86.00)	492 (80.79)	198 (87.61)	633 (81.57)
Sí	38 (12.93)	130 (18.73)	56 (14.00)	117 (19.21)	28 (12.39)	143 (18.43)
Tipo de estudiante				**		
1er.Año de pregrado	66 (17.60)	152 (16.78)	87 (17.13)	142 (17.71)	49 (17.13)	176 (17.32)
2do.Año de pregrado	56 (14.93)	148 (16.34)	70 (13.78)	139 (17.33)	41 (14.34)	166 (16.34)
3er.Año de pregrado	64 (17.07)	162 (17.88)	82 (16.14)	149 (18.58)	50 (17.48)	181 (17.81)
4to.Año de pregrado	62 (16.53)	153 (16.89)	75 (14.76)	143 (17.83)	46 (16.08)	172 (16.93)
Graduado	91 (24.27)	229 (25.28)	140 (27.56)	184 (22.94)	72 (25.17)	250 (24.61)
Otro	36 (9.60)	62 (6.84)	54 (10.63)	45 (5.61)	28 (9.79)	71 (6.99)
Etnia				*		
Blanco	120 (31.09)	341 (36.08)	192 (36.43)	275 (32.93)	96 (32.43)	371 (35.10)
Pueblos originarios, Inuit o Mestizo	8 (2.07)	24 (2.54)	12 (2.28)	21 (2.51)	5 (1.69)	28 (2.65)
Chino	128 (33.16)	269 (28.47)	171 (32.45)	233 (27.90)	102 (34.46)	298 (28.19)
Otra minoría étnica	130 (33.68)	311 (32.91)	152 (28.84)	306 (36.65)	93 (31.42)	360 (34.06)
Convivencia				*		
Vive con los padres u otros parientes	103 (26.61)	257 (27.17)	121 (22.92)	249 (29.78)	73 (24.58)	296 (27.98)
Vive en su propia casa o apartamento	113 (29.20)	285 (30.13)	174 (32.95)	232 (27.75)	95 (31.99)	307 (29.02)
Vive en una residencia o pensionado de propiedad u operada por la universidad	101 (26.10)	197 (20.82)	128 (24.24)	178 (21.29)	78 (26.26)	225 (21.27)
Vive en casa, apartamento o piso compartido	65 (16.80)	196 (20.72)	98 (18.56)	168 (20.10)	47 (15.82)	218 (20.60)
Otro	5 (1.29)	11 (1.16)	7 (1.33)	9 (1.08)	4 (1.35)	12 (1.13)

\*p≤0.05; \*\*p≤0.01; \*\*\*p≤0.001; se utilizaron las pruebas de Chi-cuadrado y exacta de Fisher cuando los recuentos de celdas fueron pequeños.  
n = 1388

† Solo se muestran resultados significativos, solicitar Tabla completa al autor de referencia.

‡ El contenido de la celda se ha eliminado debido a su pequeño número.

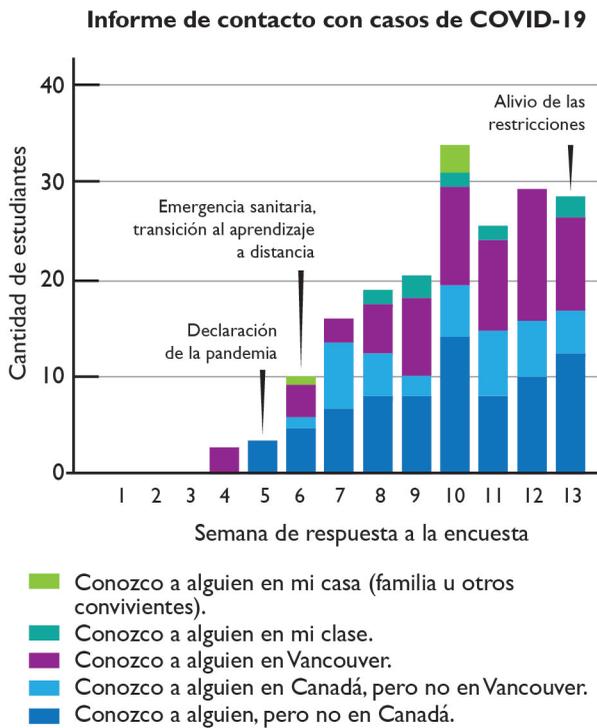
### Proximidad geográfica y social del COVID-19

La figura 1 muestra el aumento a lo largo del tiempo de la proximidad del COVID-19 al Campus, así como las exposiciones a nivel de población clave: declaración de una pandemia global y de una emergencia de salud pública local; transición al aprendizaje a distancia; y flexibilización de las restricciones. La encuesta se lanzó el 9 de febrero, se agregaron preguntas COVID-19 el 2 de marzo y se incluyó una pregunta adicional COVID-19 el 9 de abril. Se notificaron 3 casos positivos en la zona de captación de Vancouver en febrero y 10 casos durante la primera semana de marzo (semana

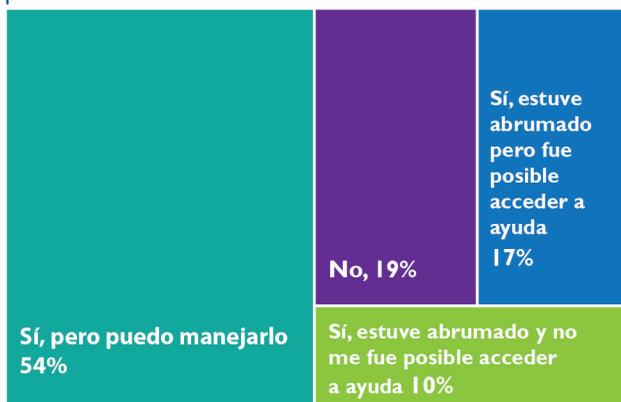
4) (BC Centre for Disease Control. British Columbia COVID-19 Dashboard, 2020). De todas las personas que completaron la encuesta durante la semana 4 (después de 13 casos acumulados), solo 1 encuestado conocía a alguien con COVID-19 localmente. Antes de la semana 1, hubo un caso en el área de captación de Vancouver, 0 casos durante las semanas 1 y 2, y 2 casos durante la semana 3. Dado que después de 13 casos acumulados, solo un encuestado conocía a alguien con COVID-19, los encuestados de las semanas 1 a 3 (durante los cuales hubo 3 casos acumulativos en Vancouver) se imputaron “no” a la pregunta “conoce a alguien en Vancouver”.

En general, el 5,6% de los encuestados conocía a alguien que dio positivo por COVID-19 en Vancouver, el 0,8% conocía a alguien en su clase y el 0,3% conocía a alguien en su domicilio, lo que significa que los encuestados conocían hasta 7 estudiantes en su clase que estaban infectados por COVID-19 (algunos pudieron haber conocido al mismo estudiante), mientras que 3 compartieron su casa con un caso confirmado.

**Figura 1.** Cantidad de participantes que informan que conocen a alguien con COVID-19



**Figura 2.** Mapa de árbol de las respuestas a la pregunta “¿La pandemia de COVID-19 ha afectado su bienestar emocional?”\*



\* Pregunta agregada durante la semana 9; n=501

**Impacto en la salud mental de los estudiantes**

Como primer paso para comprender cómo los estudiantes evaluaron el impacto de la pandemia en su bienestar emocional y su capacidad para obtener ayuda, se resumieron sus respuestas a través de un mapa de árbol, que muestra que, aunque la mayoría no se vio afectada o lo pudo manejar, una minoría importante se vio abrumada y no pudo acceder a ayuda (ver Figura 2).

Nuestra variable de exposición podía tomar tres valores positivos: conocer a alguien fuera de Canadá que dio positivo, conocer a alguien en Canadá pero no en Vancouver y conocer a alguien en Vancouver (se les pidió a los encuestados que eligieran la opción más cercana geográficamente a Vancouver). Una pregunta de seguimiento fue sobre si vivían juntos o estaban en la misma clase que el caso de COVID-19 (ver Apéndice, Cuadro 1). La Tabla 1 muestra que “conocer a alguien que dio positivo por COVID-19 en Vancouver”, se asoció significativamente con un aumento de los síntomas. De los encuestados que conocían casos locales de COVID-19, la proporción de personas con síntomas de ansiedad o depresión frente a personas sin síntomas fue > 10: 1. Dado que esta proximidad pareció capturar el efecto más significativo, esta variable fue dicotomizada (“conocer a alguien en Vancouver que dio positivo por COVID-19”) para todos los modelos de regresión lineal que se presentan a continuación.

La Tabla 2 muestra los coeficientes, errores estándar y valores de p para las variables con estimaciones estadísticamente significativas en modelos de regresión lineal donde la variable de resultado es un indicador de que el encuestado tuvo síntomas de ansiedad o depresión durante los últimos 30 días. Se presentan estimaciones para 3 tipos de regresiones: univariable (variable por variable) en el panel de la izquierda; multivariable sin interacciones en el panel central; y multivariable con interacciones en el panel de la derecha, con síntomas de ansiedad o depresión de 30 días como resultado. Las estimaciones para todos los coeficientes (estadísticamente significativos o no) se encuentran en el Apéndice 2. En estos modelos lineales, los coeficientes dan el cambio estimado en la probabilidad (en puntos porcentuales) de experimentar ansiedad o depresión asociada con un cambio unitario en una covariable. En el panel de la izquierda, se observa que en los modelos univariados, conocer a cualquier persona en Vancouver que dio positivo por COVID-19 se asocia con un aumento en la probabilidad de cualquier síntoma de 14 puntos porcentuales (SE = .03; p≤0.001).

**Tabla 2.** Análisis univariable, multivariable y multivariable con regresiones lineales de interacción para síntomas de ansiedad o depresión †

Predictor	Univariable $\phi$	Multivariable sin interacciones $\gamma$	Multivariable con interacciones $\gamma$
	Coefficiente (robusto SE)	Coefficiente (robusto SE)	Coefficiente (robusto SE)
<b>Género</b>			
Masculino (grupo de referencia)	Referencia	Referencia	Referencia
Femenino	0.11 (0.02) ***	0.07 (0.03) **	0.08 (0.03) **
Otro	0.29 (0.02) ***	0.18 (0.04) ***	0.19 (0.04) ***
<b>Semana de respuesta a la encuesta</b>			
1 (grupo de referencia)	Referencia	Referencia	Referencia
2	-0.13 (0.07)	-0.13 (0.07)	-0.13 (0.07)
3	-0.05 (0.07)	-0.00 (0.07)	-0.00 (0.07)
4	-0.08 (0.06)	-0.06 (0.07)	-0.06 (0.07)
5	-0.08 (0.06)	-0.06 (0.07)	-0.06 (0.07)
6	-0.10 (0.07)	-0.06 (0.07)	-0.10 (0.07)
7	-0.18 (0.07) **	-0.09 (0.07)	-0.10 (0.07)
8	-0.10 (0.06)	-0.07 (0.07)	-0.06 (0.07)
9	-0.09 (0.07)	-0.06 (0.07)	-0.06 (0.07)
10	-0.06 (0.06)	-0.01 (0.07)	-0.03 (0.07)
11	-0.07 (0.07)	-0.02 (0.06)	-0.02 (0.07)
12	-0.06 (0.06)	-0.01 (0.07)	-0.02 (0.07)
13	-0.09 (0.07)	-0.10 (0.07)	-0.01 (0.07)
<b>Tipo de comunicación a la que respondió el participante</b>			
Inicio de la encuesta (grupo de referencia)	Referencia	Referencia	Referencia
Difícil de encontrar telefónicamente	-0.07 (0.03) *	-0.04 (0.04)	-0.04 (0.04)
Difícil de contactar sin teléfono	-0.03 (0.06)	0.01 (0.06)	0.01 (0.06)
Antecedentes de depresión	0.22 (0.02) ***	0.15 (0.03) ***	0.16 (0.03) ***
Antecedentes de ansiedad	0.29 (0.03) ***	0.21 (0.04) ***	0.21 (0.04) ***
Conoció a alguien en Vancouver que dio positivo al test de COVID-19	0.14 (0.03) ***	0.11 (0.04)	0.21 (0.22)
<b>Convivencia</b>			
Vive con sus padres u otros parientes (grupo de referencia)	Referencia	Referencia	Referencia
Vive solo en casa o apartamento (propio o alquilado)	-0.04 (0.03)	-0.07 (0.03) *	-0.08 (0.03) *
Vive en una residencia o pensionado de propiedad u operada por la universidad	-0.06 (0.03)	-0.05 (0.04)	-0.05 (0.04)
Vive en casa, apartamento o piso compartido	0.02 (0.03)	-0.02 (0.04)	-0.02 (0.04)
Otro	-0.05 (0.11)	-0.11 (0.10)	-0.10 (0.10)

\* $p \leq 0.05$ ; \*\* $p \leq 0.01$ ; \*\*\* $p \leq 0.001$ † Solo se muestran los predictores con resultados significativos.  $\phi n = 1388$ ;  $\gamma n = 1188$  (solo se incluyeron los participantes con datos completos).

**Tabla 3a.** Análisis univariable, multivariable y multivariable con regresiones lineales de interacción para síntomas de ansiedad †

Predictor	Univariable $\phi$	Multivariable sin interacciones $\gamma$	Multivariable con interacciones $\gamma$
	Coefficiente (robusto SE)	Coefficiente (robusto SE)	Coefficiente (robusto SE)
<b>Género</b>			
Masculino (grupo de referencia)	Referencia	Referencia	Referencia
Femenino	0.14 (0.03) ***	0.11 (0.03) ***	0.11 (0.03) ***
Otro	0.27 (0.08) ***	0.15 (0.09)	0.15 (0.09)
<b>Semana de respuesta a la encuesta</b>			
1 (grupo de referencia)	Referencia	Referencia	Referencia
2	-0.13 (0.07)	-0.13 (0.07)	-0.13 (0.07)
3	-0.05 (0.07)	-0.00 (0.07)	-0.00 (0.07)
4	-0.08 (0.06)	-0.06 (0.07)	-0.06 (0.07)
5	-0.10 (0.07)	-0.06 (0.07)	-0.06 (0.07)
6	-0.18 (0.07) **	-0.09 (0.07)	-0.10 (0.07)
7	-0.10 (0.07)	-0.07 (0.07)	-0.06 (0.07)
8	-0.10 (0.06)	-0.07 (0.07)	-0.06 (0.07)
9	-0.09 (0.07)	-0.06 (0.07)	-0.06 (0.07)
10	-0.06 (0.06)	-0.01 (0.07)	-0.03 (0.07)
11	-0.07 (0.07)	-0.02 (0.06)	-0.02 (0.07)
12	-0.06 (0.06)	-0.01 (0.07)	-0.02 (0.07)
13	-0.09 (0.07)	-0.10 (0.07)	-0.01 (0.07)
<b>Tipo de comunicación a la que respondió el participante</b>			
Inicio de la encuesta (grupo de referencia)	Referencia	Referencia	Referencia
Difícil de encontrar telefónicamente	-0.10 (0.04) **	-0.05 (0.04)	-0.05 (0.04)
Difícil de contactar sin teléfono	-0.05 (0.07)	-0.02 (0.06)	-0.02 (0.07)
Antecedentes de depresión	0.24 (0.03) ***	0.15 (0.03) ***	0.15 (0.03) ***
Antecedentes de ansiedad	0.34 (0.03) ***	0.26 (0.04) ***	0.27 (0.04) ***
Conoció a alguien en Vancouver que dio positivo al test de COVID-19	0.13 (0.05) **	0.11 (0.05) *	0.39 (0.26)
<b>Etnia</b>			
Blanco (grupo de referencia)	Referencia	Referencia	Referencia
Pueblos originarios, Inuit or Mestizo	0.01 (0.08)	0.01 (0.07)	-0.01 (0.08)
Chino	-0.06 (0.03) *	-0.03 (0.03)	-0.02 (0.04)
Otra minoría étnica	-0.03 (0.03)	-0.01 (0.03)	-0.01 (0.03)
<b>Conoce el género de alguien que dio positivo por COVID-19 con quien interactuó en Vancouver</b>			
Hombre - Sí (grupo de referencia)	Referencia	Referencia	Referencia
Mujer - Sí	-	-	-0.20 (0.09) *

\* $p \leq 0.05$ ; \*\* $p \leq 0.01$ ; \*\*\* $p \leq 0.001$ 

† Solo se muestran los resultados significativos, solicite la Tabla completa al autor de referencia.

 $\phi_n = 1388$ ;  $\gamma_n = 1188$  (solo se incluyeron los participantes con datos completos)

**Tabla 3b.** Análisis univariable, multivariable y multivariable con regresiones lineales de interacción para síntomas de depresión

Predictor	Univariable $\phi$	Multivariable sin interacciones $\psi$	Multivariable con interacciones $\psi$
	Coficiente (robusto SE)	Coficiente (robusto SE)	Coficiente (robusto SE)
<b>Género</b>			
Masculino (grupo de referencia)	Referencia	Referencia	Referencia
Femenino	0.12 (0.03) ***	0.11 (0.03) ***	0.11 (0.03) ***
Otro	0.30 (0.09) ***	0.18 (0.09)	0.18 (0.09)
<b>Edad</b>			
18 años o menos (grupo de referencia)	Referencia	Referencia	Referencia
19	0.04 (0.05)	-0.02 (0.07)	-0.01 (0.07)
20	-0.04 (0.06)	-0.15 (0.08)	-0.14 (0.08)
21	-0.02 (0.06)	-0.17* (0.09)	-0.16 (0.09)
22	0.06 (0.06)	-0.07 (0.09)	-0.06 (0.09)
23	-0.04 (0.06)	-0.16 (0.09)	-0.15 (0.09)
24	-0.00 (0.07)	-0.06 (0.10)	-0.04 (0.10)
25 años o más	-0.07 (0.05)	-0.06 (0.09)	-0.05 (0.09)
<b>Semana de respuesta a la encuesta</b>			
1 (grupo de referencia)	Referencia	Referencia	Referencia
2	-0.05 (0.08)	0.01 (0.07)	0.01 (0.08)
3	-0.03 (0.07)	0.00 (0.07)	-0.00 (0.08)
4	-0.09 (0.07)	-0.05 (0.07)	-0.06 (0.07)
5	-0.14 (0.08)	-0.10 (0.08)	-0.10 (0.08)
6	-0.16 (0.07) *	-0.06 (0.07)	-0.11 (0.08)
7	-0.10 (0.07)	-0.09 (0.07)	-0.05 (0.07)
8	-0.12 (0.07)	-0.04 (0.08)	-0.09 (0.08)
9	-0.07 (0.07)	-0.01 (0.08)	-0.02 (0.08)
10	-0.09 (0.07)	0.03 (0.08)	-0.04 (0.08)
11	-0.05 (0.07)	0.00 (0.08)	0.02 (0.08)
12	-0.04 (0.07)	0.00 (0.07)	-0.01 (0.08)
13	-0.05 (0.07)	-0.03 (0.08)	-0.02 (0.08)
<b>Tipo de comunicación a la que respondió el participante</b>			
Inicio de la encuesta (grupo de referencia)	Referencia	Referencia	Referencia
Difícil de encontrar telefónicamente	-0.06 (0.04)	-0.04 (0.04)	-0.04 (0.04)
Difícil de contactar sin teléfono	-0.04 (0.07)	0.02 (0.07)	0.02 (0.07)
Antecedentes de depresión	0.28 (0.03) ***	0.23 (0.03) ***	0.23 (0.03) ***
Antecedentes de ansiedad	0.30 (0.03) ***	0.17 (0.04) ***	0.19 (0.04) ***
Conoció a alguien en Vancouver que dio positivo al test de COVID-19	0.11 (0.05) *	0.06 (0.06)	0.33 (0.22)
<b>Tipo de estudiante</b>			
1er Año de pregrado (grupo de referencia)	Referencia	Referencia	Referencia
2do Año de pregrado	0.04 (0.05)	0.08 (0.06)	0.08 (0.06)
3er Año de pregrado	0.02 (0.05)	0.10 (0.07)	0.09 (0.07)
4to Año de pregrado	0.04 (0.05)	0.08 (0.08)	0.07 (0.08)

**Tabla 3b.** Análisis univariable, multivariable y multivariable con regresiones lineales de interacción para síntomas de depresión (Continuación tabla 3b - página 62)

Predictor	Univariable $\phi$	Multivariable sin interacciones $\gamma$	Multivariable con interacciones $\gamma$
	Coefficiente (robusto SE)	Coefficiente (robusto SE)	Coefficiente (robusto SE)
Graduado	-0.05 (0.04)	-0.02 (0.08)	-0.02 (0.08)
Otro	-0.17 (0.06) **	-0.09 (0.09)	-0.08 (0.09)
<b>Etnia</b>			
Blanco (grupo de referencia)	Referencia	Referencia	Referencia
Pueblos originarios, Inuit or Mestizo	0.05 (0.09)	0.02 (0.08)	0.02 (0.09)
Chino	-0.01 (0.03)	-0.02 (0.04)	-0.01 (0.04)
Otra minoría étnica	0.08 (0.03) *	0.07 (0.03) *	0.08 (0.04) *
<b>Tipo de vivienda</b>			
Vive con sus padres u otros parientes (grupo de referencia)	Referencia	Referencia	Referencia
Vive solo en casa o apartamento propio o alquilado	-0.10 (0.03) **	-0.12 (0.04) **	-0.13 (0.04)
Vive en una residencia o pensionado de propiedad u operada por la universidad	-0.09 (0.04) *	-0.08 (0.04)	-0.08 (0.04)
Vive en casa, apartamento o piso compartido	-0.04 (0.04)	-0.05 (0.04)	-0.06 (0.04)
Otro	-0.11 (0.13)	-0.18 (0.13)	-0.19 (0.13)

\* $p \leq 0.05$ ; \*\* $p \leq 0.01$ ; \*\*\* $p \leq 0.001$ 

† Solo se muestran los resultados significativos, solicite la Tabla completa al autor de referencia.

 $\phi n = 1388$ ;  $\gamma n = 1188$  (solo se incluyeron los participantes con datos completos).

Las tablas 3a y 3b muestran modelos análogos cuya variable dependiente es ansiedad o depresión por separado. Los paneles del medio presentan estimaciones de regresión multivariable, sin términos de interacción. Estas estimaciones indican que la exposición está asociada con un aumento en la probabilidad de tener ansiedad de 11 puntos porcentuales (Tabla 3a, EE = .05;  $p = .03$ ) pero no está significativamente asociada con la depresión (Tabla 3b).

Para obtener una comprensión más detallada de la asociación de la exposición con resultados adversos en diferentes subgrupos, en los paneles de la derecha de las Tablas 3a y 3b se agregaron interacciones potencialmente relevantes con el género, síntomas de depresión o ansiedad de por vida y semana de finalización. Solo el término de interacción para el género es estadísticamente significativo, y eso solo en el modelo de ansiedad (en la Tabla 3a). Esto significa que la asociación de la exposición con resultados negativos para la ansiedad está moderada de manera estadísticamente significativa por género: la interacción estadísticamente significativa para el género femenino y conocer a alguien que dio positivo en Vancouver (coeficiente = -20 (EE = 0.09),

$p \leq 0.05$ ) indica que el impacto sobre la ansiedad es 20 puntos porcentuales mayor para los hombres que para las mujeres. Esto sugiere que el aumento de 11 puntos porcentuales observado en el modelo sin interacciones es un promedio de efectos muy grandes para los hombres y efectos mucho menores para las mujeres.

## Discusión

Este estudio buscó rastrear la proximidad social y geográfica de los casos de COVID-19 al Campus; describir el impacto emocional en los estudiantes, así como su capacidad para manejarse bien emocionalmente en ese contexto y acceder a ayuda; y estudiar la asociación de “conocer a alguien con COVID-19 en Vancouver” con la probabilidad de tener síntomas de ansiedad y/o depresión durante los últimos 30 días.

Extrapolando estos hallazgos a la población estudiantil en general (58.375), durante la primera ola de la pandemia, 3.269 estudiantes pudieron haber conocido a alguien en Vancouver, 467 pudieron haber conocido a alguien en su curso y 175 pudieron haber compartido su hogar con un caso confirmado (Planning and Institutional Research (PAIR), 2019).

El conocimiento de los casos locales de COVID-19 se asoció con una probabilidad significativamente elevada de tener síntomas de ansiedad durante 30 días. Esto está en consonancia con otros estudios que también han informado sobre la asociación entre la proximidad social de los casos de COVID-19 y el aumento de los síntomas de ansiedad y depresión (Cao et al., 2020; Gallagher et al., 2020; Wang et al., 2020b). Un historial de ansiedad o depresión también se asoció con una mayor probabilidad de ansiedad o depresión. Esto puede deberse a una mayor susceptibilidad al estrés entre las personas con ansiedad preexistente y sintomatología depresiva, lo que resulta en recaídas o empeoramiento de condiciones de salud mental ya existentes durante el COVID-19 (Yao et al., 2020). Esto complementa un estudio anterior entre estudiantes universitarios confinados en Francia en el que un historial de seguimiento psiquiátrico se asoció significativamente con al menos un resultado de salud mental que incluía pensamientos suicidas autoinformados, angustia severa, estrés, ansiedad y depresión (Wathel et al., 2020). El análisis de interacción sugiere que la asociación de la proximidad de COVID-19 con la ansiedad es moderada por el género y sustancialmente menor entre las mujeres. Estudios anteriores han informado una mayor prevalencia de resultados adversos de salud mental entre las mujeres durante la pandemia de COVID-19, pero hasta donde sabemos, este es el primer estudio que también explora la asociación de la angustia psicológica con la proximidad geográfica de COVID-19 (Kecojevic et al., 2020; Wathel et al., 2020). Tomando en cuenta esta asociación, el aumento significativo de la ansiedad observado en nuestro estudio fue impulsado notablemente por los hombres y, a pesar de tener una ansiedad inicial más alta, las estudiantes mujeres parecen ser más resilientes que los hombres en respuesta a la proximidad de COVID-19.

Nuestros resultados también indican que a pesar de que la gran mayoría de los estudiantes (78%) tuvieron algunos síntomas de ansiedad o depresión durante los últimos 30 días, una cantidad aún mayor (90%) no se vio afectada o pudo hacer frente (con o sin ayuda) cuando la primera ola barrió Vancouver. Este parece ser un hallazgo único; otros estudios han informado que solo una minoría de estudiantes es capaz de lidiar adecuadamente con el estrés relacionado con la situación actual, y la mayoría de los estudiantes exhiben conductas de afrontamiento desadaptativas como la negación y la desconexión para ayudar con el estrés y la ansiedad (Son, 2020; Wang, 2020c).

Cabe destacar que estos síntomas generalizados son subumbrales y muy bien pueden ser respuestas emocionales no patológicas. Sin embargo, también es importante tener en cuenta que una fracción de los encuestados también cumplirá criterios para trastorno y necesitará servicios. Es importante destacar que el 10% informa estar emocionalmente abrumado y no puede acceder a una ayuda.

## Fortalezas y limitaciones

Deben considerarse varias fortalezas y limitaciones en esta investigación. El despliegue semanal fue adecuado para rastrear la proximidad social y geográfica al COVID-19 y sus asociaciones con la salud mental de los estudiantes. Además, una estrategia de muestreo que incluía un abordaje asertivo nos permitió obtener una tasa de respuesta ajustada más alta que en las encuestas típicas de estudiantes universitarios (Nair et al., 2008). A pesar de estos esfuerzos, varios factores desconocidos pueden determinar la falta de respuesta a nuestra encuesta. Con respecto a los factores conocidos, el *Apéndice, Tabla 4* muestra la distribución de las variables de estratificación en nuestros encuestados y en la población estudiantil en general. Con algunas excepciones (como el 63% frente al 56% de mujeres; o el 1,5% frente al 4,5% de estudiantes de programas sin título), la composición es notablemente consistente, lo que da crédito a estos hallazgos. Otra limitación es que las preguntas de COVID-19 se incluyeron en la semana 4, lo que podría significar la ausencia de estudiantes que conocieron a alguien en Vancouver durante las semanas 1 a 3, aunque esto parece poco probable dado que solo se informaron 3 casos acumulativos durante ese tiempo en el área de captación de Vancouver. y que durante la semana 4 (después de 13 casos acumulados) solo 1 encuestado conocía a alguien. Asimismo, este análisis no se enfoca en los muchos factores estresantes asociados al COVID-19 que no son captados por la proximidad de los casos: distanciamiento físico, políticas con respecto a calificaciones y exámenes, interrupción general de la vida entre otros, son variables que también pueden tener influencia en los síntomas mentales. Sin embargo, nuestra inclusión de variables binarias para cada semana en que se administró la encuesta da cuenta parcialmente de los determinantes a nivel de la comunidad que varían en el tiempo. Otra limitación es que nuestro análisis se centra en un subconjunto de síntomas evaluados por las preguntas de detección del CIDI y no captura otros efectos potenciales de la proximidad del COVID-19, como el uso de sustancias o los trastornos mentales binarias

para. También es importante señalar que la naturaleza transversal de los datos examinados en este estudio nos impiden hacer afirmaciones causales. Por último, estos datos se recopilaban en un contexto específico: Vancouver, Canadá, un entorno de altos ingresos con un sistema de salud funcionando y bien financiado.

## Conclusiones

A pesar de estas limitaciones, los resultados obtenidos pueden ofrecer información importante a los responsables de la toma de decisiones. La proximidad de los casos de COVID-19 al Campus se asocia con una mayor probabilidad de ansiedad, pero no con una mayor probabilidad de síntomas depresivos. La asociación de la exposición (sin considerar su interacción con el género) sugiere un aumento general de 11 puntos porcentuales en la probabilidad de cualquier ansiedad. Dado que la prevalencia de síntomas de ansiedad a 30 días en nuestra muestra fue del 71%, esto significa un aumento del 15% en la probabilidad de ansiedad ( $11/71 = 15$ ).

Las estimaciones obtenidas, que incluyen términos de interacción, sugieren que la asociación general de ansiedad está moderada por el género. El término de interacción del género femenino con la exposición muestra que la respuesta de las mujeres es 20 puntos porcentuales más baja que la de los hombres: los hom-

bres son mucho más propensos a sufrir estos síntomas en respuesta a la proximidad de COVID-19, y es probable que la asociación general esté dominada por las respuestas de ansiedad de los hombres. También debe tenerse en cuenta que no hay moderación para los síntomas de por vida: tanto aquellos con síntomas de por vida como aquellos sin ellos, pueden verse igualmente afectados por la proximidad del COVID-19.

Estos hallazgos también pueden tener implicancias políticas. A medida que ocurren oleadas adicionales de la pandemia, los administradores deben darse cuenta de que los estudiantes universitarios parecen resilientes, y que una gran mayoría puede arreglárselas bien o encontrar ayuda. Como se esperaba, los síntomas subumbrales de depresión y ansiedad son extremadamente comunes al inicio del estudio, pero la probabilidad de síntomas depresivos no aumentó a medida que se diseminó el COVID-19, y el aumento de la ansiedad pareció impulsado notablemente por los hombres. Desde una perspectiva de salud mental, la evidencia acumulada puede orientar un enfoque flexible que permita la reapertura parcial de los Campus con monitoreo y ajustes continuos, aprovechando estrategias de mitigación comprobadas, con el objetivo final de minimizar el riesgo de infección, proteger y apoyar a los más vulnerables, además de mantener al mínimo las restricciones generales.

## APÉNDICE

### Cuadro 1. Cuestionario de la encuesta COVID-19

**El Centro de Control de Enfermedades de BC indica que los siguientes síntomas son compatibles con COVID-19: tos, estornudos, fiebre, dolor de garganta y dificultad para respirar. ¿Tiene (o ha tenido en el último mes) alguno de estos síntomas?**

- Sí, y di positivo para COVID-19
- Sí, y di negativo para COVID-19
- Sí, pero no me hice o no pude hacerme la prueba de COVID-19
- No

**¿Conoce a alguien que dio positivo por COVID-19 o cree que dio positivo por COVID-19? (Si conoce personas en más de un lugar, elija la opción más cercana a Vancouver)**

- Sí, conozco a alguien en Vancouver
- Sí, conozco a alguien en Canadá, pero no en Vancouver
- Sí, conozco a alguien pero no en Canadá
- No

**¿Cuántas personas conoce que dieron positivo o cree que dieron positivo para COVID-19?**

[LISTA DESPLEGABLE] 1, 2, 3, 4, 5, más de 5

**¿Cómo lo conoce? (Marque todo lo que corresponda)**

- Vivimos juntos (familia o compañeros de cuarto)
- Estamos en la misma clase
- Somos amigos o familiares pero no vivimos juntos
- Somos conocidos

**¿Alguien en su residencia / casa / apartamento tiene síntomas como tos, estornudos, fiebre, dolor de garganta o dificultad para respirar?**

- Sí, pero dieron negativo para COVID-19
- Sí, y no sé si se hicieron las pruebas
- No

**¿Alguien en sus clases tiene síntomas como tos, estornudos, fiebre, dolor de garganta o dificultad para respirar?**

- Sí, pero dieron negativo para COVID-19  
 Sí, y no sé si se hicieron las pruebas  
 No

**¿La pandemia de COVID-19 ha afectado su bienestar emocional?**

- No  
 Sí, pero pude manejarlo.  
 Sí, estaba / estoy abrumado y no pude / no puedo encontrar ayuda  
 Sí, estaba / estoy abrumado pero pude / puedo obtener ayuda

**Cuadro 2. Escalas de screening de 30 días de la OMS-CIDI para depresión y ansiedad****En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tuvo cada una de las siguientes experiencias?**

	Siempre o casi todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Raramente	Nunca
a. Se sintió triste o deprimido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Se sintió desanimado por cómo estaban las cosas en tu vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Experimentó poco o ningún placer por las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Se sintió mal consigo mismo, no eres bueno o inútil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tuvo cada una de las siguientes experiencias?**

	Siempre o casi todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Raramente	Nunca
a. Se sintió preocupado o ansioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Se sintió preocupado por diversas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. cosas de su vida, como su trabajo, su familia, su salud o sus finanzas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Se sintió preocupado por otras personas en su misma situación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Excesivamente o demasiado preocupado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Cuadro 3. Protocolo de la encuesta**

**Día 0:** Se envía un correo electrónico de invitación a una muestra aleatoria estratificada de 350 estudiantes.

**Día 3:** Se envía un correo electrónico de recordatorio a los que no completaron.

**Día 7:** Se envía un segundo recordatorio por correo electrónico a los que no completaron.

**Día 10:** La encuesta inicial se cierra y 70 estudiantes que no inician la encuesta son seleccionados al azar para el seguimiento. Reciben seguimiento de una de dos formas:

- a. Si hay un número de teléfono válido en el archivo, se envía un correo electrónico al estudiante informándole de su selección para seguimiento y notificándole que será llamado al día siguiente.
- b. Si no hay un número de teléfono válido registrado, se envía un correo electrónico personal del Investigador Principal informándole de su selección para el seguimiento y explicando la importancia de la encuesta y su respuesta. Ambos correos electrónicos contienen un enlace a una copia de la encuesta inicial, denominada “difícil de alcanzar con encuesta telefónica” (a) o “difícil de alcanzar sin encuesta telefónica” (b).

**Día 11:** El grupo de “difícil acceso telefónico” (a) recibe una llamada del equipo de investigación que explica la importancia de la encuesta y su respuesta. Si el alumno no responde a la primera llamada, se realiza una segunda llamada varias horas después. Si el estudiante no responde la segunda llamada, se deja un mensaje de voz. Si no hay un sistema de correo de voz disponible, se envía un mensaje de texto.

**Día 17:** Se cierran las encuestas de “difícil acceso”.

**Tabla 4.** Datos demográficos de la población encuestada y de la población general

	Población encuestada	Población general
<b>Género</b>		
Femenino	63.4%	55.9%
Masculino	35.2%	44.1%
Otro	1.3%	-
<b>Edad</b>		
18 años o menos	9.2%	10.8%
19	14.2%	12.2%
20	11.9%	12.2%
21	11.8%	12.6%
22	10.0%	11.2%
23	7.6%	7.9%
24	4.8%	5.4%
25 años o más	30.5%	27.7%
<b>Estudiantes</b>		
Locales	69.0%	72.0%
Extranjeros	31.0%	28.0%
<b>Programa</b>		
Pre-grado	69.6%	72.5%
Grado	23.4%	19.4%
Post-grado	1.5%	4.5%
Otros	5.6%	3.6%
<b>Años de estudio</b>		
1	23.9%	24.1%
2	22.3%	22.1%
3	24.8%	26.9%
4	28.9%	26.9%

**Disponibilidad de los datos:** Los datos que respaldan los hallazgos de este estudio no están disponibles públicamente debido a que contienen información que podría comprometer la privacidad de los participantes de la investigación, pero están disponibles por pedido al autor correspondiente.

**Conflictos de intereses:** los autores declaran no tener conflictos de intereses potencial con respecto a la investigación, autoría y/o publicación de este artículo. Daniel Vigo recibió apoyo financiero de Health Canada.

## Referencias bibliográficas

- Abel, K. M. (2020). Says who? The significance of sampling in mental health surveys during COVID-19. *The Lancet Psychiatry*, 7(7), 567–568. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30237-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30237-6)
- Angrist, A., & Jörn-Steffen, P. (2009). "Mostly Harmless Econometrics: An Empiricist's Companion." Economics Books, 1, number 8769, October. Princeton University Press.
- Qualtrics. Qualtrics XM. 2020. <https://www.qualtrics.com>.
- Auerbach, R. P., Alonso, J., Axinn, W. G., Cuijpers, P., Ebert, D. D., Green, J. G., Hwang, I., Kessler, R. C., Liu, H., Mortier, P., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H., Benjet, C., Caldas-de-Almeida, J. M., Demyttenaere, K., Florescu, S., ... Bruffaerts, R. (2016). Mental disorders among college students in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Psychological medicine*, 46(14), 2955–2970. <https://doi.org/10.1017/S0033291716001665>
- Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Ebert, D. D., Green, J. G., Hasking, P., Murray, E., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Stein, D. J., Vilagut, G., Zaslavsky, A. M., Kessler, R. C., & WHO WMH-ICS Collaborators (2018). WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of abnormal psychology*, 127(7), 623–638. <https://doi.org/10.1037/abn0000362>
- Ballester, L., Alayo, I., Vilagut, G., Almenara, J., Cebrià, A. I., Echeburúa, E., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Roca, M., Soto-Sanz, V., Blasco, M. J., Castellví, P., Forero, C. G., Bruffaerts, R., Mortier, P., Auerbach, R. P., Nock, M. K., Sampson, N., ... UNIVERSAL study group (2019). Accuracy of online survey assessment of mental disorders and suicidal thoughts and behaviors in Spanish university students. Results of the WHO World Mental Health- International College Student initiative. *PloS one*, 14(9), e0221529. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221529>
- Ballester, L., Alayo, I., Vilagut, G., Almenara, J., Cebrià, A. I., Echeburúa, E., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Roca, M., Soto-Sanz, V., Blasco, M. J., Castellví, P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Auerbach, R. P., Nock, M. K., Kessler, R. C., Jordi, A., ... UNIVERSAL study group (2020). Mental disorders in Spanish university students: Prevalence, age-of-onset, severe role impairment and mental health treatment. *Journal of affective disorders*, 273, 604–613. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.050>
- BC Centre for Disease Control. British Columbia COVID-19 Dashboard. <https://experience.arcgis.com/experience/a6f23959a8b14bfa989e3cda-29297ded>. Último acceso: 25 de julio de 2020.
- Bolatov, A. K., Seisembekov, T. Z., Askarova, A. Z., Baikanova, R. K., Smailova, D. S., & Fabbro, E. (2020). Online-Learning due to COVID-19 Improved Mental Health Among Medical Students. *Medical science educator*, 31(1), 1–10. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s40670-020-01165-y>
- Bruffaerts, R., Mortier, P., Kiekens, G., Auerbach, R. P., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Green, J. G., Nock, M. K., & Kessler, R. C. (2018). Mental health problems in college freshmen: Prevalence and academic functioning. *Journal of affective disorders*, 225, 97–103. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.044>
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry research*, 287, 112934. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>
- Choi, K.R., Heilemann, M.S.V., Fauer, A., Mead, M. (2020). A Second Pandemic: Mental Health Spillover From the Novel Coronavirus (COVID-19). *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 26(4):340-343. [doi:10.1177/1078390320919803](https://doi.org/10.1177/1078390320919803)
- Crawford, J., Butler-Henderson, K., Rudolph, J., Malkawi, B., Glowatz, M., Burton, R., Magni, P. A., Sophia Lam, S. (2020). COVID-19: 20 countries' higher education intra-period digital pedagogy responses. *J Appl Learn & Teach*. 3(1), 9-28. <https://doi.org/10.37074/jalt.2020.3.1.7>

- Dubey, S., Biswas, P., Ghosh, R., Chatterjee, S., Dubey, M.J., Chatterjee, S., Lahiri, D., Lavie, C.J. (2020). Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev*, 14(5):779-788. doi:10.1016/j.dsx.2020.05.035
- Ebert, D. D., Mortier, P., Kaehlke, F., Bruffaerts, R., Baumeister, H., Auerbach, R. P., Alonso, J., Vilagut, G., Martínez, K. I., Lochner, C., Cuijpers, P., Kuechler, A. M., Green, J., Hasking, P., Lapsley, C., Sampson, N. A., Kessler, R. C., & WHO World Mental Health-International College Student Initiative collaborators (2019). Barriers of mental health treatment utilization among first-year college students: First cross-national results from the WHO World Mental Health International College Student Initiative. *International journal of methods in psychiatric research*, 28(2), e1782. <https://doi.org/10.1002/mpr.1782>
- Fountoulakis, K. N. (2020). University students' mental health amidst the COVID-19 quarantine in Greece. *Psychiatry research*, 290, 113111. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113111>
- Gallagher, M. W., Zvolensky, M. J., Long, L. J., Rogers, A. H., & Garey, L. (2020). The Impact of Covid-19 Experiences and Associated Stress on Anxiety, Depression, and Functional Impairment in American Adults. *Cognitive therapy and research*, 1-9. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10143-y>
- Holmes, E.A., O'Connor, R.C., Perry, V.H., et al. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry* 7(6):547-560. doi:10.1016/S2215-0366(20)30168-1
- Huang, Y., Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Res*, 288, 112954. doi:10.1016/j.psychres.2020.112954
- Kaparounaki, C. K., Patsali, M. E., Mousa, D. V., Papadopoulou, E., Papadopoulou, K., & Fountoulakis, K. N. (2020). University students' mental health amidst the COVID-19 quarantine in Greece. *Psychiatry research*, 290, 113111. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113111>
- Kecojevic, A., Basch, C. H., Sullivan, M., & Davi, N. K. (2020). The impact of the COVID-19 epidemic on mental health of undergraduate students in New Jersey, cross-sectional study. *PLoS one*, 15(9), e0239696. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239696>
- Kessler, R. C., & Üstün, T. B. (2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International journal of methods in psychiatric research*, 13(2), 93-121. <https://doi.org/10.1002/mpr.168>
- Lee J. (2020). Mental health effects of school closures during COVID-19. *The Lancet. Child & adolescent health*, 4(6), 421. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30109-7](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30109-7)
- Leung, K., Wu, J.T., Liu, D., Leung, G.M. (2020). First-wave COVID-19 transmissibility and severity in China outside Hubei after control measures, and second-wave scenario planning: a modelling impact assessment. *Lancet*, 395(10233), 1382-1393. doi:10.1016/S0140-6736(20)30746-7
- Li, T., & Leung, C. (2020). Exploring student mental health and intention to use online counseling in Hong Kong during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 74(10), 564-565. <https://doi.org/10.1111/pcn.13117>
- McLafferty, M., Lapsley, C. R., Ennis, E., Armour, C., Murphy, S., Bunting, B. P., et al. (2017) Mental health, behavioural problems and treatment seeking among students commencing university in Northern Ireland. *PLoS ONE*, 12(12), e0188785. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188785>
- Mortier, P., Auerbach, R. P., Alonso, J., Bantjes, J., Benjet, C., Cuijpers, P., Ebert, D. D., Green, J. G., Hasking, P., Nock, M. K., O'Neill, S., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Vilagut, G., Zaslavsky, A. M., Bruffaerts, R., Kessler, R. C., & WHO WMH-ICS Collaborators (2018). Suicidal Thoughts and Behaviors Among First-Year College Students: Results From the WMH-ICS Project. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(4), 263-273. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.01.018>
- Nair, C.S., Adams, P., Mertova, P. (2008). Student engagement: The key to improving survey response rates. *Qual High Educ*, 14(3):225-232. doi:10.1080/13538320802507505
- Odrizola-González, P., Planchuelo-Gómez, Á., Irurtia, M. J., & de Luis-García, R. (2020). Psychological effects of the COVID-19 outbreak and lockdown among students and workers of a Spanish university. *Psychiatry research*, 290, 113108. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113108>
- Planning and Institutional Research (PAIR). (2019). Fact Sheet Winter 2019: University of British Columbia, Vancouver Campus. Vancouver. <http://pair2016.sites.olt.ubc.ca/files/2020/03/Factsheet.pdf>
- Pierce, M., McManus, S., Jessop, C., John, A., Hotopf, M., Ford, T., Hatch, S., Wessely, S., & Abel, K. M. (2020). Says who? The significance of sampling in mental health surveys during COVID-19. *The Lancet. Psychiatry*, 7(7), 567-568. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30237-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30237-6)
- Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *Gen Psychiatr*, 33: e100213. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>
- Que, J., Shi, L., Deng, J., Liu, J., Zhang, L., Wu, S., Gong, Y., Huang, W., Yuan, K., Yan, W., Sun, Y., Ran, M., Bao, Y., & Lu, L. (2020). Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers: a cross-sectional study in China. *General psychiatry*, 33(3), e100259. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100259>
- Roy, S., & Covelli, B. (2021). COVID-19 Induced Transition from Classroom to Online Mid Semester: Case Study on Faculty and Students' Preferences and Opinions. *Higher Learning Research Communications*, 11. doi:10.18870/hlrc.v11i0.1197
- Sahu, P. (2020). Closure of Universities Due to Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Impact on Education and Mental Health of Students and Academic Staff. *Cureus*, 12(4). doi:10.7759/cureus.7541
- Seidel, E. J., Mohlman, J., Basch, C. H., Fera, J., Cosgrove, A., & Ethan, D. (2020). Communicating Mental Health Support to College Students During COVID-19: An Exploration of Website Messaging. *Journal of community health*, 45(6), 1259-1262. <https://doi.org/10.1007/s10900-020-00905>
- Son, C., Hegde, S., Smith, A., Wang, X., & Sasangohar, F. (2020). Effects of COVID-19 on College Students' Mental Health in the United States: Interview Survey Study. *Journal of medical Internet research*, 22(9), e21279. <https://doi.org/10.2196/21279>
- Taquet M, Quoidbach, J., Fried, E.L., Goodwin, G.M. (2021). Mood Homeostasis Before and During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Lockdown Among Students in the Netherlands. *JAMA Psychiatry*, 78(1), 110-112. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.2389
- The WHO World Mental Health International College Student (WMH-ICS) Initiative. [https://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/college\\_student\\_survey.php](https://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/college_student_survey.php). Último acceso: 25 de Noviembre de 2020.
- The World Health Organization World Mental Health Composite International Diagnostic Interview (WHO WMH-CIDI). <https://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/cidi/>. Último acceso: 25 de Noviembre de 2020.
- The American Association for Public Opinion Research. (2016). Standard Definitions: Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys. 9th Edition. AAPOR.
- StataCorp. (2017). Stata 15 Base Reference Manual. College Station, TX: Stata Press.
- Vigo, D., Patten, S., Pajer, K., Krausz, M., Taylor, S., Rush, B., Raviola, G., Saxena, S., Thornicroft, G., & Yatham, L. N. (2020). Mental Health of Communities during the COVID-19 Pandemic. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 65(10), 681-687. <https://doi.org/10.1177/0706743720926676>
- Vindegard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, behavior, and immunity*, 89, 531-542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>

- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., McIntyre, R. S., Choo, F. N., Tran, B., Ho, R., Sharma, V. K., & Ho, C. (2020a). A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 40–48. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.028>
- Wang, Z. H., Yang, H. L., Yang, Y. Q., Liu, D., Li, Z. H., Zhang, X. R., Zhang, Y. J., Shen, D., Chen, P. L., Song, W. Q., Wang, X. M., Wu, X. B., Yang, X. F., & Mao, C. (2020b). Prevalence of anxiety and depression symptom, and the demands for psychological knowledge and interventions in college students during COVID-19 epidemic: A large cross-sectional study. *Journal of affective disorders*, 275, 188–193. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.034>
- Wang, X., Hegde, S., Son, C., Keller, B., Smith, A., & Sasangohar, F. (2020c). Investigating Mental Health of US College Students During the COVID-19 Pandemic: Cross-Sectional Survey Study. *Journal of medical Internet research*, 22(9), e22817. <https://doi.org/10.2196/22817>
- Wathelet, M., Duhem, S., Vaiva, G., Baubet, T., Habran, E., Veerapa, E., Debien, C., Molenda, S., Horn, M., Grandgenèvre, P., Notredame, C. E., & D'Hondt, F. (2020). Factors Associated With Mental Health Disorders Among University Students in France Confined During the COVID-19 Pandemic. *JAMA network open*, 3(10), e2025591. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.25591>
- Wyres, M., Taylor, N. (2020). Covid-19: Using simulation and technology-enhanced learning to negotiate and adapt to the ongoing challenges in UK healthcare education. *BMJ Simul Technol Enhanc Learn*. [doi:10.1136/bmjstel-2020-000642](https://doi.org/10.1136/bmjstel-2020-000642)
- Xiang, Y. T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The lancet. Psychiatry*, 7(3), 228–229. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8)
- Xu, S., Li, Y. (2020). Beware of the second wave of COVID-19. *Lancet*. 2020;395(10233):1321-1322. [doi:10.1016/S0140-6736\(20\)30845-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30845-X)
- Yao, H., Chen, J. H., & Xu, Y. F. (2020). Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *The lancet. Psychiatry*, 7(4), e21. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30090-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30090-0)
- Zhai, Y., & Du, X. (2020). Addressing collegiate mental health amid COVID-19 pandemic. *Psychiatry research*, 288, 113003. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113003>
- U.S. Immigration and Customs Enforcement. SEVP modifies temporary exemptions for nonimmigrant students taking online courses during fall 2020 semester. <https://www.ice.gov/news/releases/sevp-modifies-temporary-exemptions-nonimmigrant-students-taking-online-courses-during-Published-2020>. Accessed July 10, 2020.
- Zhang, W. R., Wang, K., Yin, L., Zhao, W. F., Xue, Q., Peng, M., Min, B. Q., Tian, Q., Leng, H. X., Du, J. L., Chang, H., Yang, Y., Li, W., Shangguan, F. F., Yan, T. Y., Dong, H. Q., Han, Y., Wang, Y. P., Cosci, F., & Wang, H. X. (2020). Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. *Psychotherapy and psychosomatics*, 89(4), 242–250. <https://doi.org/10.1159/000507639>



## EL RESCATE Y LA MEMORIA

### Introducción al texto de Phillippe Pinel sobre la Melancolía de 1816

Juan Manuel Ferraro

*L'Encyclopédie méthodique ou par ordre de matières par une société de gens de lettres, de savants et d'artiste; précédée d'un vocabulaire universel, servant de Table pour tout l'ouvrage* (Enciclopedia metódica o en orden temático por un círculo de escritores, científicos y artistas; precedida por un vocabulario universal, que sirve de índice para toda la obra), fue una enciclopedia estructurada, organizada sistemáticamente por áreas del saber. La versión completa, que se publicó entre 1782 y 1832, llegó a comprender 206 volúmenes, de los cuales se conservan en la Biblioteca de Francia comprende (159 de textos y 47 de láminas). Su principal editor fue Charles-Joseph Panckoucke. Esa obra constituyó una nueva edición, reescrita, reestructurada, ampliada y revisada, de los contenidos de la famosa *Encyclopédie o Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers* (Enciclopedia o diccionario razonado de ciencias artes y oficios) que editó André Le Breton hasta 1772, bajo la dirección de Denis Diderot y Jean d'Alembert.

Para confeccionar la obra Panckoucke convocó a especialistas en los diversos temas que constituían las entradas de su Enciclopedia, entre ellos solicitó a Pinel, a la sazón director del Hospicio parisino de La Salpêtrière, el texto que se presenta a continuación, en el que retoma, ampliando ciertos conceptos y actualizando pasajes, la descripción de la melancolía aparecida en la segunda edición (1809) de su famoso *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* (Tratado médico filosófico sobre la alienación mental)<sup>1</sup>.

---

1. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, Editions Antoine Brosson, 1809 [Versión en castellano: *Tratado médico filosófico sobre la alienación mental*, en *El nacimiento de la psiquiatría*, Colección Clásicos de la Psiquiatría bajo la dirección de Juan Carlos Stagnaro, Buenos Aires: Polemos, 2012].

## Melancolía<sup>2</sup>

Phillipe Pinel

La melancolía es el género LXVI de la nosología de Cullen, quien la define como una locura parcial que no va acompañada de disestesia.

Incluye bajo su título: 1° la enfermedad vulgarmente conocida como panofobia, nacida del terror nocturno; 2° la demonomanía de Sauvages; 3° el delirio melancólico de Hoffmann; 4° la erotomanía de Linnaeus; 5° la nostalgia de los Antiguos; 6° la melancolía nerviosa de Lorry.

La melancolía varía de acuerdo a los objetos sobre los que el enfermo delira. Así pues:

1. Consiste en un juicio erróneo que el enfermo hace sobre el estado de su cuerpo, que cree en peligro por causas leves, o teme que sus asuntos tengan un resultado lamentable. Hay que relacionar a esta variedad la melancolía vulgar, que varía hasta el infinito en razón de los distintos objetos a los que el enfermo se encuentra afectado.
2. La melancolía que consiste en un error agradable sobre el estado de las cosas que conciernen al enfermo.
3. La melancolía que consiste en un amor excesivo, que no va acompañado de satiriasis o ninfomanía.
4. La melancolía que consiste en un temor supersticioso a los acontecimientos futuros: tal es la melancolía religiosa.
5. En una aversión insuperable al movimiento y a todos los deberes de la vida, como sucede en la melancolía atónita.
6. En la ansiedad y la impaciencia de cualquier posición: es la melancolía errática.
7. En el aburrimiento de la vida, como se ve en la melancolía inglesa. A veces esta melancolía ha sido una especie de epidemia.
8. Finalmente, la melancolía que consiste en un error del enfermo sobre la naturaleza de su especie.

La descripción de la melancolía trazada por Areteo, atestigua el talento observador de este último, y el profundo conocimiento que los Antiguos tenían de esta enfermedad. Hay que perdonarle las opiniones vulgares que relata sobre el estado de ánimo atrabiliario, y

los diversos actos que le atribuye, ya que el estado prematuro en que se encontraba entonces la anatomía no le permitía dar nociones más exactas. La observación, por otra parte, confirma cada día lo que este escritor griego dijo de los melancólicos: “Que están sujetos a ideas extravagantes; que algunos temen ser envenenados; que los demás, llenos de aversión por la sociedad de los hombres, se retiran a la soledad, o se entregan a toda clase de supersticiones, a vanos temores, etc.”

Pero antes de considerar la melancolía como una enfermedad, ¿no deberíamos primero examinar si, en el estado actual de nuestros conocimientos, no habría que admitir una disposición física y moral que podríamos llamar temperamento melancólico, sobre el cual el galenismo ha demostrado ser tan fecundo en teorías vanas? Es como por repetición que decimos que los caracteres generales de este temperamento son: un estado de ánimo atrabiliario, redundante, un color moreno, un hábito corporal delgado y reseco, una taciturnidad oscura, etc. Necesitamos buscar conceptos más exactos y precisos en los detalles que nos ha transmitido la historia sobre la vida pública y privada de algunos melancólicos famosos.

Podríamos citar aquí a una multitud de hombres célebres en las bellas artes, las ciencias, la filosofía moral o la vida contemplativa. Pero como los placeres puros del entendimiento, la calma y la tranquilidad de las buenas costumbres, pueden contrarrestar la melancolía natural, fijémonos en algunos rasgos del horrible cuadro de depravación y ferocidad que distinguió al emperador Tiberio y a Luis XI, y que muestran el temperamento melancólico en el grado más alto que se pueda alcanzar. ¡Con qué profundidad y energía, el carácter del emperador romano fue trazado por Tácito! ¿No es curioso verlo reproducirse, quince siglos después, bajo un clima nuevo y en épocas de ignorancia y barbarie, tan contrastantes con las luces del siglo de Augusto?

Una taciturnidad sombría, una severidad dura y repelente, las asperezas de un carácter lleno de caprichos y de exabruptos, la búsqueda de la soledad, una

2. Artículo escrito por Philippe Pinel para la *Encyclopedie Méthodique de Charles-Joseph Panckoucke* (1816), Tomo IX, pp. 589 a 600. Traducción Juan Manuel Ferraro.

mirada de reojo, el tímido pudor de un alma artificial, delatan, desde su juventud, la disposición melancólica de Luis XI. Hay una sorprendente semejanza entre este Príncipe y Tiberio; sólo se distinguen el uno del otro en el arte de la guerra durante la efervescencia de la edad, pues el resto de sus vidas lo pasan en preparativos imponentes, pero sin efectos, en estudiados retrasos, en proyectos ilusorios de expediciones militares, en negociaciones llenas de astucia y de persistencia. Antes de reinar, se exilian el uno y el otro voluntariamente de la corte, y van a pasar varios años en el olvido y la languidez de una vida privada: el uno en la isla de Rodas, el otro la soledad de Bélgica. ¡Qué profundo disimulo, cuántas indecisiones, cuántas respuestas equívocas en la conducta de Tiberio a la muerte de Augusto! ¿Y no ha sido Luis XI el modelo de la política más pérfida y refinada durante toda su vida? Atrapados en sus negras sospechas, en los presagios más siniestros, en los terrores que resurgen sin cesar hacia el final de la vida, van a ocultar su repugnante tiranía: uno en el castillo de Plessis-lès-Tours, el otro en la isla de Capri, morada de atrocidades no menos que de un derroche impotente y desenfrenado.

No es raro encontrar en la sociedad los matices más pronunciados de una melancolía que cayó en la vesania. Una dama de una mente muy cultivada y dotada de cualidades extraordinarias, cede a las comodidades de su categoría y se casa con un hombre próximo a un estado de demencia. El deseo de complacer a su propia familia, y un carácter noble, le hacen soportar mucho tiempo con valentía los disgustos de esta unión. Pero cada día hay una nueva escena que exige su atención y que la entristece: en privado, exabruptos pueriles de su imbécil esposo, amenazas, actos de violencia contra los sirvientes, conducta llena de incoherencias; en público y en medio de la sociedad, son los comentarios más incoherentes y desatinados, a veces los atolondramientos de la extravagancia y de lo absurdo. La presencia física y moral de dos niños a los que ella quiere tiernamente, y los cuidados múltiples que ella les dispensa, le causan los placeres más vívidos en su triste e insípida existencia, pero no impiden el progreso de su melancolía. Su imaginación da a luz cada día nuevos temas de desconfianza y temor. Algunas contrariedades que ocurren ciertos días de la semana, sobre todo los viernes, la convencen de que es un mal día, y se decide a no salir de su habitación. Cuando el mes comienza en viernes, es entonces motivo para los más pusilánimes temores por los días venideros. Y en cierto grado incluso los jueves, como víspera de los viernes, le inspiran las mismas alarmas.

Si en una reunión oye pronunciar el nombre de alguno de estos días, se pone pálida y habla trastornada y con desorden, como si estuviera amenazada por el acontecimiento más funesto. Fue algunos meses antes de la Revolución cuando me pidieron mi opinión sobre esta vesania melancólica, y puse en práctica algunos remedios simples, con los medios morales que este estado debe sugerir. Pero los acontecimientos de 1789, y poco después los reveses familiares y la emigración, sustrajeron de mi conocimiento la continuación de esta enfermedad. No obstante, supongo que una nueva cadena de ideas, un cambio de clima, y tal vez alguna adversidad, han disipado los oscuros vapores de la melancolía.

Las circunstancias propicias para conducir a la melancolía sin una disposición primitiva, son: la tristeza, el miedo, el trabajo de oficina, la interrupción de una forma de vida activa, el amor violento, el exceso de placeres, el abuso de embriagadores o narcóticos, enfermedades anteriores tratadas sin método, supresión del flujo hemorroidal debido a una cauterización, etc. En la melancolía primitiva o adquirida, el pulso es lento y concentrado. Las afecciones espasmódicas, vagas o fijas en una parte, simulan una multitud de otras enfermedades. El descanso es agitado y perturbado por objetos de terror y sus imágenes lúgubres. Siempre están atormentados por algunas ideas singulares, o poseídos por una pasión dominante que se vuelve extrema. Uno tiene una marcada inclinación por la inactividad y la vida sedentaria, pero los afectos del alma son susceptibles de la mayor violencia: el amor es llevado al delirio, la piedad al fanatismo, la ira a una furia frenética, el deseo de venganza a la crueldad más bárbara. Se reúne una ardiente y profunda perseverancia para un objeto idólatra, con la más inconstante labilidad para todo lo que le es ajeno; una taciturnidad sombría y a menudo interrumpida por estallidos pasajeros de una alegría viva y convulsiva.

A medida que avanzan hacia una vejez temprana, el cuerpo se marchita y se reseca, la tristeza natural del carácter se fortalece con el avance de la edad, y el creciente trastorno de la razón termina en una especie de alienación mental, o más bien en una extraña y forzada asociación de un cierto tipo de ideas, con las emociones más vivas y más tumultuosas.

El carácter propio de la melancolía consiste, en general, en una lesión de las funciones intelectuales y afectivas. Es decir que el melancólico está poseído por una idea exclusiva o una serie particular de ideas con una pasión dominante, más o menos extrema, como un estado habitual de miedo, de remordimientos pro-

fundos; una aversión de las más fuertes, o bien el entusiasmo religioso; un amor de los más apasionados, una alegría loca y radiante. Desde este punto de vista, nada es más contrario al método que querer admitir divisiones de esta enfermedad en especies, según el objeto particular sobre el cual se ejerce una idea errónea, o según una pasión exclusiva, y dar como caracteres distintivos la panofobia o el susto nocturno, la demonomanía, o la idea de estar poseído por el demonio; el delirio melancólico del que Hoffmann hizo la historia; la erotomanía o la pasión del amor llevado a su grado más alto; la nostalgia, o el profundo lamento de estar lejos de casa; una especie de ilusión y encanto que hace creer que se disfruta de la felicidad suprema; la preocupación supersticiosa por los castigos en la próxima vida; una aversión insoportable al movimiento, o una movilidad extrema y su inclinación irresistible a moverse y a correr continuamente sin rumbo y sin motivo; la singularidad de creerse haber transformado en perro, en liebre, en lobo, o en cualquier otro animal, con sus tendencias correspondientes. Todas estas direcciones viciosas que puede tomar el entendimiento y la voluntad, son sin dudas muy propicias para dar lugar a los desarrollos más extensos e ingeniosos sobre la naturaleza humana y sobre la enfermedad, pero no pueden ser tomados como fundamento para la división de la melancolía en especies.

Sin embargo, los médicos observadores han sacado mucho provecho de ellas para proponer un tratamiento. En las obras de Houlier, de Tulpius, de Marcellus Donatus, de Bonnet, etc., así como en las *Ephémérides des curieux de la nature* y en todas las recopilaciones de observaciones, se cuentan numerosos ejemplos de curaciones realizadas por algún medio astuto o algún artificio capaz de destruir la idea exclusiva que hace de objeto particular de la melancolía.

Sabemos también que una impresión fuerte y brusca, como aquella que llamamos baño sorpresa, a veces ha cumplido los mismos objetivos. Pero también debemos convenir que cuando la melancolía es de larga data, hay pocas esperanzas de lograr la curación. Y aun cuando sea reciente, le debemos oponer un cambio notable en la manera de vivir, ejercicios corporales variados, la disipación, pasatiempos agradables, viajes a reservorios de aguas minerales. Y en aquellos casos particulares de una melancolía por la repercusión de una afección cutánea, de la supresión de una hemorragia habitual, o la remisión de la gota, dirigir el tratamiento de acuerdo a la causa evidente que ha producido la enfermedad.

Los principios del abordaje de la melancolía son reconocidos desde mucho antes del origen de la medicina griega, e incluso se dice que se remontan hasta los siglos más esclarecidos del antiguo Egipto. A los dos extremos de esta región, que estaba entonces muy poblada y florida, había templos dedicados a Saturno, donde los melancólicos iban en multitud, y donde los sacerdotes, aprovechándose de su constante credulidad, engendraban su supuesta curación milagrosa por todos los medios naturales que el higienismo podía sugerir: juegos, ejercicios recreativos de todo tipo instituidos en esos templos, pinturas voluptuosas, imágenes seductoras expuestas en todas partes a los ojos de los enfermos, los cantos más agradables, los sonidos más metódicos encantando sus oídos. Los enfermos se paseaban por jardines floridos, por arboledas adornadas con arte refinado. A veces se les hacía respirar aire fresco y saludable en el Nilo, en barcos decorados y en medio de conciertos campestres; a veces se los llevaban a islas apacibles, donde bajo el símbolo de alguna divinidad protectora, se les procuraban espectáculos novedosos e ingeniosamente armados. También eran llevados a sociedades agradables y cuidadosamente escogidas. Todos los momentos estaban dedicados a alguna escena cómica, a danzas grotescas, a un sistema de entretenimiento diversificado y sostenido por ideas religiosas. Una dieta variada y escrupulosamente observada; el viaje necesario para llegar a estos lugares sagrados; las fiestas continuas puestas a lo largo del camino; el espíritu fortalecido por la superstición; la habilidad de los sacerdotes para producir una diversión favorable y desechar ideas tristes y melancólicas, ¿podrán dejar de sorprender al sentimiento de dolor, de calmar las inquietudes, y de provocar a la vez cambios saludables, que fueron cuidadosamente valorados, para inspirar confianza y establecer crédito a las divinidades tutelares?

No hay nada más inexplicable y, sin embargo, nada que se note mejor que las dos formas opuestas que puede adoptar la melancolía. A veces se trata de una hinchazón de orgullo y de la idea quimérica de poseer inmensas riquezas o un poder ilimitado; otras veces es el abatimiento más pusilánime, una profunda consternación o incluso la desesperación. Los hospicios de alienados suelen ofrecer ejemplos de estos dos extremos.

– El mayordomo de un gran señor pierde su fortuna en la época de la revolución. Pasa varios meses en la cárcel, siempre con el temor de ser llevado al suplicio. Su razón se extravía; es trasladado como demente a Bicêtre y acaba creyéndose rey de Francia.

– Un jurista, apenado al ver que su único hijo, al que apreciaba tiernamente, le era arrebatado para cumplir servicio militar, se entregó a su profunda pena, perdió la razón y poco después se creyó transformado en el rey de Córcega.

– Mantuve durante mucho tiempo en las enfermerías de Bicêtre a un habitante de Versalles, arruinado por la revolución, y poco después librado a la fantástica ilusión de ser el soberano del mundo.

Por otro lado, hay muchos ejemplos de una tristeza profunda y concentrada que no cambia de objeto, ¡y que acaba en delirio!

– Un hombre sobrio y tímido hace algunos comentarios poco meditados durante el II año de la República<sup>3</sup>. Se le considera monárquico y se le amenaza con la guillotina. Entra en una perplejidad extrema, pierde el sueño, abandona sus tareas cotidianas. Encerrado entonces en Bicêtre como alienado, permaneció tan profundamente imbuido de la idea de esta siniestra muerte que nunca dejó de provocar la ejecución del supuesto decreto dictado contra él, y que ninguno de los medios que probé pudo hacerle volver en sí.

No sin emoción he visto a dementes, víctimas de un alma sensible y tierna, repetir día y noche el nombre querido de una esposa o de un hijo arrebatado por una muerte prematura, y cuya imagen estaba siempre presente para ellos.

– Un joven extraviado por un amor desdichado, estaba dominado por una ilusión tan poderosa, que toda mujer que llegaba al hospicio, le parecía su antigua amante, a quien designaba con el nombre de Marie-Adelaïde, y no dejaba de hablarle de la manera más apasionada.

La melancolía suele permanecer estacionaria durante varios años, sin que el delirio exclusivo que es su objeto cambie de carácter, sin ninguna alteración en el aspecto moral o físico. Hemos observado a alienados de este tipo en el hospicio de Bicêtre, durante doce, quince, veinte o incluso treinta años. Siempre entregados a las primitivas ideas que señalaban su locura, siempre impulsados por el lento movimiento de una vida monótona que consiste en comer, dormir, aislarse del mundo entero, y vivir sólo con sus fantasías y quimeras. Algunos, dotados de un carácter más vivaz, pasan a un estado declarado de manía por la mera costumbre de ver o escuchar a locos furiosos o extravagantes; otros experimentan, después de varios años, una especie de revolución interior por causas

desconocidas, y su delirio cambia de objeto o adopta una nueva forma.

– Un alienado de este tipo, confiado a mis cuidados durante doce años, y ya avanzado en edad, deliró durante los primeros ocho sólo con la quimérica idea de un supuesto envenenamiento del que se creía amenazado. Durante este período, no hubo ninguna desviación en su conducta, ni ningún otro signo de enajenación. Incluso era extremadamente reservado en lo que decía, convencido de que sus padres intentaban declararlo insano y quitarle sus bienes. La idea de un supuesto veneno no hacía más que angustiarse y sólo se atrevía a comer alimentos sacados a escondidas de la cocina de su pensionado. Hacia el octavo año de encierro, su delirio primitivo cambió de carácter: se creyó primero el mayor potentado, luego el creador y soberano del mundo. Esta idea sigue siendo su felicidad suprema.

## Variedad de melancolía que conduce al suicidio

“Los ingleses –dice Montesquieu– se matan sin que uno imagine razón alguna que los determine a hacerlo. Se matan en el seno mismo de la felicidad. Esta acción, en el caso de los romanos, era el efecto de la educación; se debía a su forma de pensar y a sus costumbres. En el caso de los ingleses, es el efecto de una enfermedad: se debe al estado físico de la máquina...”

El tipo de inclinación al suicidio que indica el autor de *L'esprit des lois*, y que es independiente de los motivos más poderosos para quitarse la vida –como la pérdida del honor o la fortuna– no es una enfermedad propia de Inglaterra. Incluso está lejos de ser rara en Francia. Ya he publicado ejemplos de este tipo en una obra periódica (*La médecine éclairée par les sciences physiques, de Fourcroy*). Me limitaré en esta ocasión a relatar de forma abreviada uno de estos hechos

Un joven de veintidós años es destinado por sus padres al estado eclesiástico –esto era antes de la Revolución–, y al negarse, abandonado a sus propios medios de subsistir, es conducido a un estilo de vida precario.

Por fin parecía disfrutar de la paz y la tranquilidad en una casa en la que era apreciado, pero fue entonces cuando su imaginación se vio abrumada por las ideas más tristes y melancólicas: disgusto por la vida y reflexiones diversas sobre los medios con los cuales darse muerte. Un día meditó en precipitarse desde lo alto de la casa, pero le faltó valor para hacerlo y el pro-

3. N. del T.: Corresponde al año 1793 del calendario gregoriano.

yecto se pospuso. Pocos días después, un arma de fuego le pareció más adecuada para librarse de la carga de la vida; pero en el momento de la ejecución –siempre con temores pusilánimes, siempre con renovadas indecisiones– uno de sus amigos, a quien instruyó sobre sus siniestros planes, vino a comunicármelos y se unió a mí para tomar todos los medios que la prudencia pudiera sugerir: ruegos, invitaciones apremiantes, amonestaciones amistosas, todo fue en vano. El deseo de destruirse a sí mismo impulsó constantemente al desafortunado joven, y rehuyó una familia en la que se le colmó de expresiones de afecto y amistad. No era posible pensar en un viaje lejano y en un cambio de clima, porque el estado de su fortuna se lo prohibía; era necesario suplirlo, como poderoso objeto de diversión, con un trabajo duro y sostenido.

El joven melancólico, consciente del horror de su situación, estuvo de acuerdo conmigo. Cambió de hábitos, fue al Port au Blé y, mezclándose con los demás trabajadores, sólo se distinguió por un mayor celo en ganarse el sueldo.

Sólo pudo soportar este exceso de fatiga durante dos días, y fue necesario recurrir a otro recurso: se le hizo trabajar como obrero para un maestro albañil en los alrededores de París, y fue tanto más bienvenido cuanto que se hizo útil a intervalos en la educación de un hijo único. ¡Qué modo de vida más conveniente y saludable para un melancólico que el trabajar con sus manos y estudiar! Pero aun así, la alimentación sana, la vivienda cómoda, y todos los cuidados dispensados debido a su desgracia, parecen amargar, en lugar de calmar, sus inclinaciones fatales. Volvió quince días después a su antiguo amigo y, con lágrimas en los ojos, le contó la agitación interior que experimentaba y el odioso asco de vida, que le conducía irresistiblemente al suicidio. Los reproches que recibió le penetraron dolorosamente; se retiró consternado y desesperado, y no cabe duda de que se precipitó al Sena, último término de una existencia que se había vuelto insoportable.

## Especie primera de la melancolía

### *Delirio sobre un objeto único*

Causas predisponentes u ocasionales– Supresión de una hemorragia o sangrado habitual, vida sedentaria y exceso de estudio, abuso de placeres venéreos, uso prolongado de narcóticos, penas profundas.

La melancolía se debe a una disposición primitiva, a la impaciencia, a la coloración lívida del rostro, a un carácter muy irascible, a la aversión al movimiento, a la búsqueda de la soledad, a la desconfianza recelosa,

a la tendencia a dar interpretaciones siniestras a todos los acontecimientos. La melancolía accidental puede no tener otro carácter externo que un error de percepción y un delirio sobre un objeto único

## Segunda especie

### *Melancolía con inclinación al suicidio*

Además de las causas ocasionales de las especies anteriores, se puede contar: el disgusto de la vida debido a la decadencia de la salud, la nulidad que entraña el abuso extremo de los placeres, un sentimiento demasiado enérgico de los propios deberes, una imaginación que multiplica al infinito y exagera las desgracias de la vida, las ideas religiosas y el deseo de una felicidad futura.

Síntomas– Abatimiento del coraje, elección particular de un tipo de muerte, búsqueda de la soledad para entregarse únicamente a las ideas y planes de destrucción. A veces, una profunda convicción de que se está privado de intelecto, y de que no se puede cumplir con los deberes de la vida. Otras veces, la inclinación al suicidio combinada con ideas religiosas, puede llevar a cometer un asesinato a sangre fría para obtener el cielo mediante la confesión de su crimen antes de ir al castigo.

Género– Pasión dominante llevada al exceso, delirio exclusivo sobre un objeto, propensión a desconfiar de los motivos más frívolos.

## Tratamiento de la melancolía

Se presentan con frecuencia dos indicaciones principales en el tratamiento de la melancolía: en uno, nos proponemos destruir la idea dominante de los melancólicos, de combatir su delirio exclusivo; el otro, consiste en operar la cura radical de la enfermedad

### **Primer indicación general: hacer cesar el delirio exclusivo**

A veces es muy urgente destruir ciertas ideas quiméricas que dominan a los melancólicos hasta el punto de impedirles, en ciertos casos, satisfacer las necesidades más apremiantes. Pues hemos visto morir a melancólicos por su invencible obstinación en rechazar toda clase de alimentos. A veces se han necesitado los recursos más afortunados, las estratagemas más singulares, para lograr evitar los efectos fatales de las carencias de su imaginación.

Un melancólico se imaginaba estar muerto y, en consecuencia, no quería comer. Todos los medios empleados para hacerle tomar algo de comida fracasaron. Estaba en peligro de perecer de hambre, cuando

uno de sus amigos decidió hacerse el muerto. Éste fue colocado en un ataúd frente al melancólico, y unos instantes después, le llevamos la cena. El melancólico, viendo al falso muerto comer, pensó que podía hacer lo mismo, y se dispuso a imitarlo.

Otro se empeñó en retener su orina durante varios días, por miedo a inundar a sus vecinos. Le dijeron que la ciudad en la que vivía estaba presa de un incendio que la reduciría a cenizas, si no se apresuraba a orinar. Esta estratagema le convenció.

Para cumplir con esta primera indicación de tratamiento se requiere, sobre todo, no sólo de habilidad y sagacidad por parte del médico, sino también delicadeza y, sobre todo, paciencia, pues a menudo vemos que los medios más laboriosos fracasan. No hay nada más repulsivo que tener que tratar con melancólicos desconfiados, a los que todo les molesta, que dan las más siniestras interpretaciones a lo que ven u oyen. Por lo tanto, no se debe decir nada delante de ellos que tenga un doble sentido.

La mayoría de las veces es necesario entrar en sus puntos de vista, parecer convencido de la existencia de sus males imaginarios y, finalmente, razonar con ellos para hacerlos volver a la razón.

Un pintor melancólico creía que todas las partes de su cuerpo se habían ablandado como la cera, y no podía dar un solo paso. Se llamó a Tulpius, quien aparentó estar plenamente convencido de la verdad de su accidente: le prometió remedios infalibles, pero le prohibió caminar durante seis días, tras los cuales le permitió hacerlo. El melancólico, pensando que los remedios necesitaban todo este tiempo para actuar, para fortalecer y endurecer sus huesos, obedeció exactamente, después de lo cual caminó sin miedo ni dificultad.

Un hombre que había sido mordido unos días antes por un perro desconocido, se convenció a sí mismo de que estaba rabioso, e incluso aseguró un día a su hermano que estaba dominado por el deseo de morderle. Éste se mostró reacio a aceptarlo, pero le respondió que con la ayuda de ciertas oraciones o fórmulas, el sacerdote podría curarlo fácilmente. El sacerdote le secunda en este engaño, y el crédulo melancólico ya no duda de su curación. Estos medios morales están respaldados por el uso de una bebida supuestamente anti-hidrófoba. La ilusión se disipa y no queda nada de la idea exclusiva y dominante de la rabia.

Un hombre que desesperaba por su salvación quería suicidarse. Lusitanus le ordenó a un amigo del melancólico que acudiera a él durante la noche en forma de ángel, llevando una antorcha encendida en la mano izquierda y una espada en la derecha. El falso ángel

abrió las cortinas de la cama, despertó al paciente y le anunció que Dios le había concedido la absolución de todos los pecados que había cometido. Esta estratagema tuvo éxito, el alma timorata recuperó su tranquilidad y la salud volvió pronto.

A menudo hemos logrado curar a melancólicos que estaban convencidos de tener serpientes o ranas en el estómago del siguiente modo: el médico, aparentando creer en la verdad del hecho, prescribía el vomitivo, al mismo tiempo que se colocaban subrepticamente ranas o serpientes en el recipiente donde vomitaba. Esta artimaña es específica para el error de la imaginación de estos enfermos.

Hemos visto a melancólicos asegurar fuertemente tener cuernos en la cabeza o pájaros en el cráneo. Hemos fingido que los cuernos fueron aserrados, o que los pájaros habían sido extraídos, pasándoselos a mostrar después, y sus ideas quiméricas de este modo fueron destruidas.

Otros pensaban que tenían narices o labios de un tamaño inmenso. Sólo podíamos curarlos haciéndoles una incisión por la que vieron salir sangre, y luego mostrándoles un gran trozo de carne que se decía que les habían removido.

Si bien se logra devolver el juicio a muchos melancólicos siendo irracionales con y como ellos, también sucede a menudo que, cuando se finge ser de su misma opinión, se complacen en su idea y se aferran con más obstinación. A veces conviene excitar en ellos pasiones que les hagan olvidar el tema de su delirio.

Hemos visto a menudo que una emoción aguda y repentina causa buenos efectos, e incluso duraderos. En especial cuando los melancólicos se encuentran en ese estado de apatía, de indiferencia, sin deseo, sin aversión donde muchas veces se suicidan. Es sobre todo en estos casos, digo, cuando se puede despertar con éxito un afecto vivo, como la ira, por ejemplo. Incluso cuando la enfermedad en sí no sana, la cólera produce en ellos un cambio momentáneo que les beneficia, ya que por el momento da más actividad a ciertas funciones de su economía y experimentan un alivio manifiesto.

Un hombre de letras, sujeto a un consumo excesivo y recientemente curado de una fiebre, experimenta hacia el otoño todos los horrores de una inclinación al suicidio, que a veces se equilibra con una calma espantosa en el probar la elección de los medios adecuados para darse muerte. Un viaje a Londres parece desarrollarle un nuevo grado de energía a su profunda melancolía, y la resolución inquebrantable de acortar el término de su vida. Elige una hora avanzada de la

noche, y se dirige a uno de los puentes de esta capital para precipitarse hacia el Támesis. Pero al momento de su llegada, unos ladrones lo atacan para privarlo de todas sus pertenencias, las cuales eran muy modestas o casi nulas. Está indignado, hace esfuerzos extremos para librarse de sus manos, no sin experimentar el miedo más intenso temor y la mayor confusión.

La lucha cesa e instantáneamente se produce una fuerte revolución en la mente del melancólico. Olvida el propósito principal de su paseo, regresa a casa en el mismo estado de angustia que antes, pero completamente libre de sus planes de suicidio. Su recuperación fue tan completa que, residiendo en París durante diez años, y muchas veces reducido a medios precarios de existencia, ya no sentía el menor disgusto por la vida. Es una vesanía melancólica que ha cedido a la impresión de terror producida por un ataque imprevisto

Boerhaave contaba a sus alumnos la siguiente historia: un hombre muy inteligente se había vuelto melancólico. El objeto de su exclusivo delirio era creer que tenía muslos de cristal. En consecuencia, permanecía siempre sentado, por temor a rompérselos. Una sabia criada dio, mientras barría, tal golpe a los muslos del pobre melancólico, que éste se enfureció violentamente, tanto que se levantó y corrió tras la mujer para golpearla. Cuando volvió en sí, se asombró de poder mantenerse en pie y de encontrarse curado.

Los baños fríos de sorpresa, recomendados por Van-Helmont, y con los que dice haber efectuado varias curas, actúan produciendo una impresión brusca y repentina, un gran susto.

Una dama llevaba mucho tiempo sufriendo una melancolía que no había cedido a ninguno de los remedios que le habían administrado diferentes médicos. Se la convenció de ir a la campiña. La llevaron a una casa donde había un canal, y la tiraron al agua, sin que ella lo esperara. Los pescadores estaban listos para sacarla rápidamente. El susto le devolvió la cordura, que conservó durante siete años. Hemos intentado luego volver a arrojarla a un canal, pero ya desconfía de todos los que se le acercan, y se aleja tan pronto ve agua por los lugares donde camina.

Estos son hechos suficientes para indicar por qué tipo de medios hemos logrado a menudo poner fin al delirio exclusivo de las personas melancólicas y disipar sus ideas fantásticas. A veces, es cierto, estos medios por sí solos producen una cura radical y completa, pero mucho más a menudo esta cura es sólo momentánea, y pronto vuelven a caer en el delirio si no se emplean todos los medios adecuados para producir un cambio duradero.

### Segunda indicación general – Cura radical

Los autores de todos los tiempos han señalado que la melancolía suele ser más difícil de curar cuanto más antigua es. Esta observación es común a todas las enfermedades nerviosas en las que el poder de la costumbre modifica de tal manera la economía instintiva que produce una tendencia irresistible a repetir actos que ya ha realizado con mayor o menor frecuencia. Por lo tanto, es en las primeras etapas donde más debemos esperar cambiar los hábitos físicos y morales de los melancólicos, para excitar en ellos otras inclinaciones, para producir un nuevo orden de modificaciones, que devolverán a su alma al libre ejercicio de sus facultades, y finalmente para devolver la salud.

Es imposible curar radicalmente la melancolía si no se destruyen las causas que la producen. Por lo tanto, es muy necesario tener un conocimiento previo de estas causas. Al recordar las más frecuentes, se sentirá que sólo produciendo en los melancólicos impresiones enérgicas y prolongadas en todos sus sentidos externos, que sólo combinando hábilmente todos los medios del esfuerzo higiénico, puede producirse un cambio duradero, y una feliz distracción a las tristes ideas de los melancólicos, e incluso cambiar su cadena viciosa, y cuán pequeño es el número de casos en que los medicamentos son necesarios

Es con los recursos de un buen régimen físico y moral que debemos hacer consistir principalmente el tratamiento de la melancolía. Corresponde al médico hábil encontrar los medios, determinar su elección y orden, según el conocimiento de la constitución particular del paciente, su edad, su sexo, sus ocupaciones habituales, el país en que vive, y sobre todo las causas ocasionales de la enfermedad y las fases que ha transitado

Los diferentes ejercicios del cuerpo ofrecen muchas ventajas. “Cuando –dice Bacon– la tristeza, la ansiedad y algún afecto violento del alma nos hace vivir en la pena y la ansiedad, debemos cambiar nuestra situación. Debemos ocuparnos, excitarnos al trabajo, fatigar nuestros cuerpos, fortalecernos con toda clase de movimientos y producir en nosotros otras pasiones moderadas para destruir estas ideas desagradables”.

El desarrollo del sistema muscular disminuye la susceptibilidad nerviosa, las funciones de la economía son más activas, la transpiración es más considerable, el apetito mejora, y el cansancio, que resulta al final de cada jornada, procura un buen descanso. Estos ejercicios deben estar adaptados a los gustos de los enfermos, dando preferencia a las actividades que se realizan al aire libre, como la agricultura, la jardinería, etc.

La equitación ha producido a menudo muy buenos efectos en los melancólicos. La variedad de objetos que pueden afectarles agradablemente, y sobre todo la atención que se ven obligados a prestar a los movimientos del caballo, pueden impedirles ocuparse de sus ideas dominantes.

Los mismos efectos, más o menos, resultan de los paseos en carruajes algo toscos. Y especialmente cuando son conducidos por los enfermos.

Además, el ejercicio que requiere la caza despierta una nueva pasión que sólo puede ser favorable.

Se puede sentir qué influencia tienen los diferentes ejercicios del cuerpo sobre la moral: fuerzan a la mente del melancólico a salir de su inmovilidad, por así decirlo, y a comparar las ideas producidas por sensaciones reales, con las quimeras que le ofrece su imaginación errónea. Es excitando otras pasiones lo suficientemente fuertes como para desviar al melancólico de las ideas que lo dominan, que una empresa, un asunto importante, una prueba, han producido a veces su curación.

El cambio de residencia es uno de los puntos más importantes en el tratamiento de los melancólicos. A veces es imposible conseguir su recuperación si no se les aísla por completo de su medio habitual, si no se les aleja de sus familias, donde lo que ven les recuerda a menudo sensaciones desagradables y agrava sus enfermedades. Su nueva estancia debe elegirse, en la medida de lo posible, en el campo, en un lugar agradable. El espectáculo de la naturaleza, la tranquilidad de la moral campestre, la franqueza y la alegría que allí reinan y, en fin, el cambio en todas sus relaciones físicas y morales, producen en los melancólicos impresiones de otro tipo y tienen efectos saludables.

Los viajes son otro de nuestros recursos. Además de los efectos producidos en el paciente por el traqueteo del caballo o el carruaje, y el cambio de clima, la variedad de objetos que presenta un país extranjero interesa su curiosidad y excita su atención. Cada noche, la reflexión que le recuerda las sensaciones que ha experimentado durante el día ocupa su mente de forma agradable, y la fatiga del camino le proporciona un sueño tranquilo y reparador. El éxito que se puede esperar de los viajes será aún más seguro si se les da un propósito, como los negocios, la política, etc.

El tratamiento de las aguas minerales utilizadas en sus fuentes, dice Bourdeu, es sin duda, de todas las ayudas médicas, la más capaz de provocar, para el físico y la moral, todas las revoluciones necesarias y positivas en las enfermedades crónicas. Todo contribuye a ello: el viaje, la esperanza de éxito, la diversidad de

alimentos, el aire que se respira, que baña y penetra en el cuerpo; el asombro en el que se encuentra uno en el lugar, el cambio de las sensaciones habituales, los nuevos conocidos que se hacen, las pequeñas pasiones que surgen en estas ocasiones, la honesta libertad de la que se disfruta. Todo ello cambia, trastorna, destruye los hábitos de malestar y enfermedad a los que están especialmente sujetos los habitantes de las ciudades.

Se sabe que viajar es la forma más exitosa que tienen los ingleses de disipar su sombría melancolía.

La música será uno de los medios más ventajosos. La historia está llena de efectos sorprendentes que ha producido.

“A menudo –dice Gresset (*Discours sur l’harmonie*)– encantaba los males y suspendía el dolor. Pero su poder salutífero era siempre más marcado sobre los dolores profundos del espíritu. Conoce los caminos del corazón; hace que las penas importunas se adormezcan, que las preocupaciones oscuras se apacigüen, que las nubes de oscura melancolía se aligeren.

“Su principal efecto es modificar tanto nuestra sensibilidad que hace surgir afectos en el alma, que varían según sus diferentes acordes”.

Galeno cuenta que un músico que, con el modo frigio, había enfurecido a unos jóvenes borrachos, los devolvió inmediatamente a la mayor tranquilidad con el aulós. La lira de Timoteo excitó la furia de Alejandro con el modo frigio, y luego la suavizó hasta la indecencia con el aulós.

En varios autores encontramos observaciones sobre la melancolía en las que vemos que la música ha producido los mayores beneficios.

Bourdelot (*Histoire de la musique*) cita varios ejemplos de melancólicos curados por la música. Aquí está uno de ellos:

– Una mujer sufría de melancolía causada por un amor infeliz. Se llevaron músicos a su habitación, y tocaron para ella tres veces al día melodías muy adecuadas para su estado. Este método la curó.

He aquí otro ejemplo, citado por William (*Tract. phys. de vi musc. in animos*):

– Un melancólico había probado todo tipo de remedios en vano. Durante un violento ataque, le cantaron una canción que le despertó, le dio placer, le animó a reír y disipó su melancolía para siempre.

La sociedad de unos pocos amigos sinceros puede ser muy útil para el melancólico por su afabilidad, su complacencia; pueden darle valor, esperanza, confianza: *Optimum est amicum fidelem nancisci, in quem secreta nostra infundamus.*

Si un amor desdichado ha provocado la melancolía, el primero de todos los remedios es su goce. Pero a menudo una infinidad de causas impiden satisfacer la pasión. Entonces hay que tratar de destruirla, de borrar la idea dominante por todos los medios posibles de distracción: por el alejamiento del objeto amado, la ausencia de todo lo que pueda evocar su recuerdo, los viajes, la música, el ejercicio sostenido, la sociedad de amigos escogidos, la vida en el campo, etc.

Valleriola (*Observ.*, lib. IV) ha informado de la observación de una melancolía debida al amor, en la que se utilizaron con éxito estos diferentes medios. Pero a menudo las circunstancias obligan al paciente a concentrar su afecto y guardar el más profundo silencio sobre la causa de su enfermedad. Entonces el médico necesita toda la sagacidad que tuvo Erastrato para reconocer la pasión de Antíoco por Estratónice, y la que tuvo Galeno para descubrir el amor de una dama romana por el bailarín Pílates.

Si la melancolía se debe a una causa física, como la supresión de un drenaje, hay que emplear los medios para restablecerlo. Si se debe a la retrocesión de la gota, ésta debe ser retirada al exterior. Si la causa es la repercusión de una erupción cutánea, como la sarna, se hace necesario un exutorio.

Férier, consultado por los amigos de un joven que había caído en la más profunda melancolía, hizo varias preguntas relativas a sus causas. Se enteró que, durante dos años, el paciente había estado sujeto, en la primavera, a una erupción herpética que ocupaba parte de la espalda, extendiéndose hasta el hombro. Y que la desintegración de esta erupción había sido en la época de la invasión de su melancolía. Le prescribió entonces un setón en el cuello. Del tercer al cuarto día se dio la evacuación de una sustancia muy fétida. A partir de entonces el estado moral cambió y mejoró sucesivamente. Una recuperación completa deviene entonces, fruto de un ejercicio físico sostenido, de un régimen tonificante y de bañarse en el mar.

Si la melancolía se debe a la repercusión de la sarna, hay que hacer que el paciente la contraiga de nuevo.

Pero hay que tener en cuenta que estos diversos medios deben combinarse siempre con los que ofrece una buena dieta.

A veces es importante remediar diversos accidentes que son efecto de la enfermedad, o que la agravan. Por ejemplo, hemos visto pacientes melancólicos que han estado estreñidos durante varios días, lo que ha empeorado mucho su estado. Esto se remedia con laxantes suaves.

Otras veces se encuentran en tal estado de abatimiento que los primeros medios a emplear son los analépticos y los tónicos. La combinación de quina con opio ha producido a menudo buenos efectos en estos casos.

La alimentación del enfermo debe variar según su constitución y sus hábitos particulares. En general, los melancólicos deben evitar la comida caliente, la carne salada y ahumada, y el abuso de bebidas alcohólicas; deben comer alimentos fáciles de digerir, hacer uso de la fruta de verano madura, y especialmente una gran cantidad de uvas.

Estos son los medios con los que se debe esperar el mayor éxito.

Pero no hay que ocultar cuántas dificultades experimenta a veces el médico. ¡Qué valor, qué docilidad de ánimo, qué paciencia se necesita de su parte para acomodarse al carácter extraño y turbio de los melancólicos! A veces uno experimenta la mayor resistencia para superar su obstinación en guardar silencio. Hay que elegir un momento favorable para aconsejarles. Cuando los melancólicos están inmersos en sus ensueños, suelen irritarse al tratar de animarlos. Sobre todo, hay que hablarles con cordialidad, franqueza y claridad; la menor oscuridad daría lugar a desafortunadas sospechas. Hay que entrar en sus puntos de vista, parecer compartir sus afectos, tratar de hacerles gustar algún consuelo, ponerles en situación de tranquilizarse, tratar de penetrar en los más recónditos rincones de su alma y, finalmente, encantar su confianza.

## Observaciones sobre la melancolía

### Primera observación

Gilbert nació en Foutenay, en los Vosgos, en 1751. La esmerada educación que le dieron sus padres, aunque muy pobre, y un prematuro trabajo obstinado, desarrollaron en él el germen de un gran talento; pero debilitaron su constitución física, que ya de por sí era delicada.

El gusto extremo por el estudio, el deseo de progresar, le llevó a disfrutar de las ventajas que París ofrece a eruditos y artistas. No estaba del todo instalado allí cuando se vio decepcionado en sus expectativas; en lugar de la ayuda y el consejo que creía encontrar allí, experimentó humillantes rechazos. Entonces su viva susceptibilidad, su ardiente imaginación, dieron lugar a la mayor disposición a la melancolía.

La injusticia de los hombres le había irritado hasta el punto de que ya no tenía otro interés que el de inmolar a los literatos que le molestaban. Así lo hizo en su *Satyre du dix-huitième siècle*, donde tan bien

se describe el estado de su alma. Pero no se veía a sí mismo como objetivo de un grupo poderoso, sino que estaba atormentado por temores que reaparecían constantemente, y lo hacían caer en una profunda melancolía caracterizada por un delirio exclusivo: se creía constantemente perseguido por los filósofos que querían robarle sus escritos.

Su mente se enajenó tanto que un día se dirigió al arzobispo de París, que era su benefactor, y, acercándose a él, gritó con voz sepulcral: “¡Sálvame! ¡Por favor, sálvame! Me persiguen asesinos, sus puñales están a punto de golpearme. ¡Sálvame!”.

Pocos días después, para proteger sus manuscritos de la supuesta crueldad de sus perseguidores, los metió en una caja y se tragó la llave. Este elemento detenido en la entrada de la laringe, asfixió al paciente que murió después de tres días de los más crueles sufrimientos, a la edad de veintinueve años. Sólo después de su muerte se conoció la causa.

Ocho días antes de su accidente, compuso una oda en la que se encuentran las ideas más melancólicas. He aquí una estrofa: *En el banquete de la vida, desafortunado invitado / Aparecí un día y morí / Muero, y en la tumba a la que llego lentamente / Nadie vendrá a derramar lágrimas.*

## Segunda observación

Un joven de veinticinco años, de temperamento sanguíneo, estatura fuerte y salud robusta, vino en el año VII<sup>4</sup> a París para continuar sus estudios. Poco antes de su salida de las provincias, tuvo una discusión, y aceptó zanjarla mediante un duelo con pistolas. Por el desarrollo del combate, este joven creyó que su honor quedó comprometido, y abandonó el campo de batalla con un vivo y concentrado sentimiento de humillación.

En los primeros días de su estancia en París, no le faltó nada para que conociera la melancolía, de la que no tardó en estar afligido, y de la que los siguientes fueron sus características principales: un aire sombrío y soñador, una mirada furiosa, la taciturnidad, la búsqueda de la soledad, la evitación de sus amigos, la propensión a desconfiar de los motivos más frívolos, la más exaltada susceptibilidad moral, el delirio exclusivo sobre un objeto. Todo lo que veía estaba dispuesto para recordarle su supuesta afrenta, y cada individuo que encontraba le parecía un agresor, un hombre que pretendía ultrajarle.

El estornudo, el sonarse la nariz, la tos, la sola mirada involuntaria de un transeúnte, era una señal contra él, un insulto que a veces trataba de digerir y del que conservaba su impresión. El acercarse piadoso de un amigo, y los testimonios de su benevolencia, eran a sus ojos el más amargo sarcasmo, y lo volvían a sumergir en la esfera circunscrita de su idea dominante.

Forzado a estar en numerosas reuniones de jóvenes, era en medio de ellas donde renovaba su rudeza, donde provocaba las escenas más desagradables y donde se entregaba al impulso irresistible que le imprimía su imaginación desbocada. Nadie estaba a salvo de sus reproches, ni siquiera sus amigos, que se ocupaban de sofocar las peleas diarias que suscitaba sin razón.

Uno de ellos pensó que hacía una feliz distracción a sus ideas melancólicas llevándolo al teatro de la República, donde se representaba una de las obras maestras de la escena francesa. En medio de la obra, una estimable actriz, fiel a su papel, estalló en carcajadas con esa naturalidad que caracteriza al verdadero talento. Él se enfadó por ello: “Mira –dijo a su amigo– cómo se ríe de mí mademoiselle C\*\*\*”; e inmediatamente se levantó y abandonó bruscamente la función.

Este amigo, en quien tenía gran confianza, esperaba que razonando con él le haría entrar en razón, y le dijo que en realidad todos estaban riéndose de él. Esta estratagema, inventada con buenos motivos, tuvo el peor de los éxitos, y sólo sirvió para confirmarle en el error de su imaginación.

Poco después, tras una reyerta, se peleó y resultó herido. Su adversario le felicitó por su valor y le dijo que le había confundido con un delator que, el día anterior, había detenido a uno de sus amigos. Esta indiscreción le reforzó la opinión de que llevaba unos rasgos siniestros y peculiares en el rostro que le hacían objeto de la burla pública. A partir de entonces, su melancolía se volvió tormentosa. Alterado y conmovido a la vista de sus amigos, tuvo una irresistible inclinación a suicidarse: se envenenó con opio, lo que fue seguido de violentas convulsiones, pero que fueron detenidas por jugo de limón.

Observaré que razonaba sagazmente sobre todo objeto ajeno que no concernía a su amor propio; que no experimentaba ninguna perturbación en las funciones de la vida interior, ni finalmente las anomalías nerviosas que se advierten en la hipocondría.

4. N. del T.: Corresponde al año 1793 del calendario gregoriano.

No pudiendo ya resistir los tormentos que se creaba cada día, se marchó al campo. Allí –rodeado de hombres que no le conocían, de niños cuyos juegos compartía; variando sus ocupaciones, viviendo en una esfera de continua actividad y liberándose con pasión al ejercicio de la caza, *Pluribus intentus, minor est ad singula sensus*–, perdió de vista el tema de su melancolía, y pronto recuperó su sano juicio y su original urbanidad.

### Tercera observación

Blaise Pascal nació en 1623, en una familia que distinguida de Auvernia a la que honraba con sus virtudes. Anunció, casi desde la cuna, la precoz fama que se justificó con un cúmulo de obras que aún atestiguan la superioridad de su genio.

Una educación esmerada y un estudio precoz desarrollaron en él un gusto exclusivo por las ciencias más abstractas, y el trabajo obstinado pronto mermó su constitución física, que ya era débil y vacilante. A partir de entonces, la salud de Pascal se debilita y nada pudo frenar su ardor por el estudio. Después de una larga ausencia, de vuelta en el seno de su familia, dividió su tiempo entre la sociedad y la meditación. Pero pronto se aisló penosamente, sacrificándolo todo al trabajo intelectual, y como resultado, empezó a decaer notablemente. Para detener el deterioro, su médico le aconsejó el ejercicio de caminar y que evitara cualquier restricción del espíritu.

Pascal retornó al mundo: trajo consigo grandes talentos, grandes virtudes y una fama bien ganada; pero al mismo tiempo un carácter melancólico, una vanidad natural y un deseo pronunciado de indulgencia que concedía a los demás. Ya prefería la sociedad que lo había formado a la soledad, e incluso pensaba en unirse a ella por el vínculo del matrimonio; pero un acontecimiento memorable en la historia de su vida dio a sus ideas un giro completamente diferente.

Todos los días, Pascal paseaba por Neuilly. Una noche, los dos caballos de la parte delantera de su carruaje se desbocaron y se precipitaron desde el puente de Neuilly al Sena. La sacudida, afortunadamente violenta, rompió los enganches que unían el coche a los caballos, y así quedó la caja al borde del precipicio. Pascal no resultó herido, pero sí muy asustado, y un desmayo que duró mucho tiempo fue el primer resultado de este susto. Es fácil imaginar la conmoción física y moral que debió sentir un hombre débil y lánguido.

En la misma época experimentó, en la sombra de la noche, una especie de visión, cuyo recuerdo conservó en un papel que llevaba siempre consigo, y que algunos han considerado como un amuleto y otros

como un modelo de virtudes cristianas. La sensación de este desafortunado suceso, recordado sin cesar por su imaginación, le inquietaba por todas partes; especialmente por la noche, en medio de su insomnio y su decadencia. Siempre pensó que tenía un abismo en su lado izquierdo, y se hizo colocar un asiento allí para tranquilizarse.

No insistiré en las características accesorias de su melancolía, sus miedos, su desconfianza, sus escrúpulos, su pasión dominante o su muda devoción.

Las palabras consoladoras de la amistad calmaron sus temores por un momento; pero, al momento siguiente, Pascal volvía a ver el precipicio, todavía asustado por el mismo fantasma o por esta distracción de su imaginación. Y ocho años después de este desafortunado accidente, Pascal murió a la edad de treinta y nueve años.

### Cuarta observación

Un comerciante de granos muy rico, habiendo guardado trigo en sus graneros durante mucho tiempo, no pudo venderlo por el precio que deseaba. Estaba atormentado por los remordimientos de su conciencia por no haberlo distribuido a los pobres. Su mente estaba tan afectada por esto que se puso triste, experimentó insomnio, y gradualmente cayó en la más profunda melancolía. Este rico comerciante se imaginó que estaba sumido en la última miseria, despojado de todas sus posesiones y condenado a morir de hambre con todos sus sirvientes.

Al principio de su enfermedad acudió a consultar a Forestus, rogándole que le devolviera el sueño del que estaba privado. Pero éste no descubrió la causa última de su afección, y le indicó entonces que tomara humectantes y algunos somníferos ligeros. El uso de estos medios pareció mejorar durante algunos días el estado del enfermo. Pero pronto se abstuvo de ellos, no volvió a ver a Forestus, y su enfermedad progresó de tal manera que se conoció entonces la causa de su delirio y que siempre había ocultado con gran cuidado, pues repetía continuamente que iba a morir de hambre, que esto era un efecto de la venganza divina y que finalmente estaba condenado a los tormentos eternos del infierno.

Forestus, queriendo disuadirlo de su error, citó varios ejemplos de personas melancólicas; pero él respondió que no era melancólico y siguió convencido de su estado de pobreza. Le recordaron que aún tenía una inmensa fortuna y que conservaba joyas en su caja fuerte; eran falsas apariencias a sus ojos, y aún prevalecía la idea de su extrema pobreza.

Era entonces la época de las turbulencias producidas por la religión reformada, y lo que las medicinas o los medios más hábiles, preferidos por Forestus, no pudieron producir, supo hacerlo el más ferviente celo a favor del papismo. El melancólico se liberó día y noche para trabajar, e hizo tan grandes esfuerzos –con sus discursos y escritos– para defender el sacrificio de la eucaristía, que finalmente fue liberado de su melancolía. Pero como este hombre tenía una disposición hereditaria para esta enfermedad –su hermana y sus hijos también se volvieron melancólicos–, fue atacado de nuevo nueve años después.

### Quinta observación

Una señora de alta alcurnia, de treinta años, estaba íntimamente relacionada con una joven de dieciséis. Un día, estando en su casa, fue testigo de cómo le sobrevino a su amiga un ataque de epilepsia. El espectáculo de esta terrible enfermedad asustó tanto a la señora que, muy poco tiempo después, experimentó una melancolía de la que sus fenómenos singulares fueron los siguientes: no quiso admitir en su casa más que a su marido y a uno de sus sobrinos; despidió a sus otros parientes y a todos los criados, porque temía que hubieran tenido alguna relación con los epilépticos. Le tomó aversión a todo tipo de alimentos, temiendo que pudieran haber sido tocados por epilépticos, o incluso por personas que tuvieran alguna relación con ellos.

Esta situación la llevo a que, durante algunos años, se alimentó sólo con el pan que le suministraba un cierto panadero, y sólo bebía el agua que sacaba de un pozo privado. Pero como el pan y el agua pronto se le volvieron también sospechosos, desde hace dos años se alimenta sólo de la leche de una vaca que ella misma ordeña.

Por la misma razón se abstiene de usar los bancos de la iglesia y ha conservado puestas las ropas que tenía el primer día de su enfermedad; y como estas, desde entonces, están gastadas y rotas, ya no se atreve a mostrarse en público. De todos sus muebles, que son abundantes y de la mayor elegancia, sólo usa el tazón donde pone la leche con que se alimenta, y la cama donde duerme. Esta mujer tiene, además, una mente muy sana y razona muy bien en todos los demás asuntos.

Esta historia muestra uno de los efectos que el miedo puede tener en el sexo femenino (M. Pinel).

*Post Scriptum*– En otra parte de este *Diccionario* se ha restringido el significado de la palabra melancolía para aplicarla sólo a aquella especie de delirio o monomanía que se caracteriza por una propensión involuntaria al desconsuelo, a la desconfianza, a las pasiones opresivas en general. (Ver Tomo IX de este *Diccionario*, pág. 148; ver también el artículo “Monomanía”).



## LECTURAS

Daniel Matusevich

### En el estanque (*Diario de un nadador*)

Al Alvarez

*Entropía*, 2018.

Una de las grandes noticias literarias de los últimos años es la traducción al español de la obra casi completa de Al Alvarez, uno de los escritores más inclasificables e interesantes de todos aquellos que pueblan el Olimpo literario. Lo inclasificable no pasa solamente por la obra escrita, sino también por la vida vivida, lo que pondría orgulloso a uno de sus maestros más reconocidos, Ernest Hemingway.

Académico nada convencional, a pesar de haberse graduado con los máximos honores en Oxford, Alvarez tuvo un pasaje por el mundo universitario norteamericano que de alguna forma le permitió combinar lo mejor de ambas tradiciones, a la vez que esquivar cierto aire de superioridad y desdén muy característico de ciertos ámbitos académicos.

Poeta y crítico literario, pero también boxeador, alpinista, jugador profesional de póker y nadador a tiempo casi completo, de la mezcla de todas estas habilidades es que nacen una serie de libros en donde vida y obra se fusionan en proporciones difíciles de calcular. Por ejemplo, la que quizás sea su obra más conocida, *Un dios salvaje* (uno de los mejores libros jamás escritos dedicado al suicidio), nace de la intensa amistad que mantuvo con Silvia Plath, y de la tentativa de suicidio que el mismo Alvarez llevó adelante debido a la certeza de hallarse frente a una crisis matrimonial sin salida. Al leer sobre su vida da la sensación de que no perdió un segundo en hacer nada que realmente no deseara, reflexión que queda reflejada en *Cómo fue que todo salió bien*, texto autobiográfico alejadísimo de las memorias convencionales sobre el cual comenta Fernando Krapp que “Alvarez siempre le dio prioridad a

1. P: ¿Quién quiere vivir hasta los noventa?  
R: Cualquiera que tenga ochenta y nueve.
2. P: ¿Qué le resulta más raro de tener cien años?  
R: Tener un hijo de setenta y cinco.  
Al Alvarez

pasarla bien con la escritura antes que en vivir atormentado por no escribir la gran novela del siglo o el mejor poema de la década”.

Esta vez hemos decidido reseñar el libro en el que Alvarez relata su última y quizás más arriesgada aventura, la de adentrarse en su propia vejez y todas las circunstancias que acompañaron a dicho proceso; publicado en inglés en el año 2013, *En el estanque* es su último libro y uno de los más arriesgados desde el punto de vista estilístico, ya que con la estructura de un diario plantea casi un tratado de filosofía sobre el paso del tiempo y sus efectos.

En el prefacio plantea que “...empecé a darme cuenta de que la vejez no implicaba necesariamente una existencia póstuma: se trataba tan solo de una vida distinta, y más me valía aprovecharla mientras durara. Sí, puede que el cuerpo se me estuviera cayendo a pedazos, pero en cierto modo nunca me había sentido más vivo, ni el mundo me había parecido un lugar más lindo, más deseable, más conmovedor”.

Desde el arranque encontramos varios temas centrales resumidos en un solo párrafo: la negación de la mirada romántica, la vejez como etapa de búsqueda y cambio y el cuerpo en primer plano. La lucidez del planteo hace que la figura del autor desaparezca detrás del personaje y eso nos permite leer el libro como si fuera una obra de ficción, diluyendo los límites entre géneros.

Tal vez el hecho de ser un deportista profesional y haber practicado deportes hasta su muerte hace que les preste una especial atención a los cambios físicos: “...parezco un lémur o el Tío Lucas de Los locos

Adams. Supongo que esto también es parte de envejecer, la parte que sigue a la humillación –la panza, los músculos menguantes, la flaccidez, las arrugas– y también ese ímpetu condescendiente de los más jóvenes por ayudarte, por darte el asiento en el subte y todos esos otros agravios que quieren ser una muestra de amabilidad y buena educación”. Discute con la famosa frase de Yeats que planteaba que el deterioro corporal era sabiduría, para sostener en cambio que el deterioro del cuerpo es una prisión ya que la persona queda encerrada con un carcelero tedioso y vengativo, uno mismo.

El registro minucioso de los cambios en el estanco y las peripecias de continuar nadando con un cuerpo que cada vez funciona menos en realidad son una cronología del paso del tiempo y sus efectos, y, como no, de la llegada de la muerte: “Una vez que comienza la cuenta regresiva, la muerte se te instala en los pensamientos, quieras o no. Yo, por mi parte, siempre estuve demasiado absorbido por el arriesgado oficio de vivir como para preocuparme por el oficio de morir, pero ahora, por los márgenes, veo como empiezan a colarse las premoniciones”.

Más enfocado en el deterioro que en el final y en los ajustes necesarios para vivir una vida con dolores y “achaques”, no hay lugar para una visión melancólica, sino que desgrana un relato cargado de ironía y humor que intenta decodificar como despedirse de un mundo que “cada día se vuelve más lindo, más conmovedor, más placentero, más deseable”.

La adaptación también pasa por la vida en los hospitales: “Tal vez deba considerar este periodo en el hospital como si fuera una investigación, un ejercicio para mi libro sobre la vejez, el único ejercicio que puedo hacer ahora, por otra parte”. Una mirada posible sobre este libro es justamente el de una investigación sobre el envejecimiento escrita por alguien que nunca imaginó cumplir noventa años y estar ahí para contarlo en detalle.

Un elemento clave que se despliega a lo largo de estas páginas es la nostalgia por aquel que Alvarez fue: “...me extraño a mí. El que era antes”, escribe; el escalador, el jugador, el nadador, el boxeador dan paso al sobreviviente cuya única preocupación es vivir un día más.

“Me convertí en otro de esos viejos venerables a los que hay que cuidar, aunque siempre con humor y afecto, sin condescendencia. ¿Qué más puedo pedir?”.