

REVISTA CHILENA DE

MEDICINA

familiar



VOLUMEN XVI N°1 DICIEMBRE 2022 SANTIAGO DE CHILE

ARTÍCULO ORIGINAL

Herramienta breve para la valoración de un Perfil Socioeconómico en Salud de la Persona Mayor en Atención Primaria De Salud

ARTÍCULO ORIGINAL

Comparación de la incidencia de trastornos ansiosos, depresivos y de estrés postraumático en adultos con antecedente de infección por COVID-19 versus no expuestos a un año de seguimiento

WWW.REVISTACHILENADEMEDICINA.CL

ISSN 0717-5965

Vol XVI, N°1, Diciembre de 2022
ISSN 0717-5965

Portada: Imagen de jcomp en Freepik - www.freepik.es

La Revista Chilena de Medicina Familiar es una publicación oficial de la Sociedad Científica de Medicina Familiar y General de Chile, fundada en 1999. Está dirigida a los equipos de salud que se desempeñan en el ámbito de la Salud Familiar y Comunitaria.

Su objetivo es la publicación y consulta de trabajos originales, revisión de temas de interés, análisis de casos y experiencias locales que lleven a fortalecer los pilares del modelo de Medicina Familiar a través de profundización de temas de utilidad común.

Este número pretende retomar el curso de las publicaciones anteriores a la edición especial sobre Persona Mayor, incorporando una editorial sobre el año en que vivimos el miedo a la pandemia.

Como comité editorial esperamos se sigan entusiasmando con el envío de propuestas para generar una dinámica de revisión y contraste de la información en donde se enriquezca la experiencia literaria desde la perspectiva científica.

Directores Editoriales

Diana Carolina Cáceres Vásquez
Fernando Alexis Cáceres Herrera

Editores Ejecutivos

Eleana Oyarzún Neumann
Isabel Segovia Dreyer

Revisores

Angela Malebran
Cristell Hanne
Rossana Betancur Escobar
Ilse López
Catalina Maldonado
Macarena Moral

- 3** EDITORIAL:
La complejidad de la escritura
Revistas científicas y los nuevos desafíos
- 4** COMENTARIO BIOÉTICO:
De la ética del cuidado
- 5** ARTÍCULO ORIGINAL:
Herramienta breve para la valoración de un Perfil
Socioeconómico en Salud de la Persona Mayor en Atención
Primaria De Salud
- 12** ARTÍCULO ORIGINAL:
Comparación de la incidencia de trastornos ansiosos,
depresivos y de estrés postraumático en adultos con
antecedente de infección por COVID-19 versus no expuestos
a un año de seguimiento



Política de acceso abierto

Esta revista proporciona un acceso abierto inmediato a su contenido, amigable con el medio ambiente y basado en el principio de solidaridad que ofrece al público un acceso libre a las investigaciones que ayudan a un mayor intercambio global de conocimiento.

La complejidad de la escritura Revistas científicas y los nuevos desafíos

La redacción científica es una tarea que demanda tiempo, dedicación y, por sobre todo, motivación. Exige, además, aventurarse a explorar temas relevantes, revisar datos históricos y actuales, utilizar estrategias literarias para difundir el trabajo de investigación de la manera más clara y precisa posible, porque el uso de la palabra puede construir realidades, pero también, distorsionarlas.

La experiencia que adquirimos durante la reciente pandemia nos dejó abundantes publicaciones que contribuyeron a la construcción de nuevas formas de presentación de la evidencia, de cómo desarrollar recelo frente a las noticias sin respaldo y así, perfeccionar la mirada crítica que contrasta con las vivencias del autor.

Por su parte, cada lector tiene la misión de contrastar los datos, cuestionarlos y conocer los métodos de recolección. Somos testigos del aumento de las páginas de verificación de la veracidad de la información entregada en cada publicación. Están dedicados a revisar en detalle las fuentes de los datos publicados y el análisis estricto del contenido de esta.

Las revistas académicas se construyen gracias al trabajo colaborativo de sus editores y revisores quienes contribuyen con su tiempo, conocimiento y, por cierto, su experiencia. Se soportan por el apoyo de las Instituciones a través de sus bibliotecas o de las Sociedades Científicas, mediante el aporte invaluable de sus socios, que permiten cumplir con el desafío de publicaciones permanentes.

Los autores saben lo que significa el proceso editorial y las dificultades asociadas al logro de una publicación de calidad. Como Comité Editorial agradecemos a todos quienes han finalizado el proceso de publicación por elegir nuestra revista. Sabemos que buscan revistas reconocidas, de calidad e indexadas que, además, no generen cobros por derechos de publicación. Esperamos en el futuro cumplir con el proceso de indexación.

Invitamos a redactar manuscritos de sus investigaciones, experiencias y buenas prácticas para ser publicadas como un testimonio y aporte de la Medicina Familiar, la salud familiar y la Atención Primaria en Salud, teniendo en cuenta que todo resultado es valioso y nos permite seguir avanzando.

Comité editorial
Revista SOCHIMEF

Referencias

1. Ioannidis JPA (2005) Why Most Published Research Findings Are False. PLoS Med 2(8): e124. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0020124>
2. GD Gopen , JA Swan La ciencia de la escritura científica. Am Sci , 78 (1990) , págs. 550 – 558
3. Javier Eslava-Schmalbach, Oscar Gilberto Gómez-Duarte
La escritura científica, un aspecto olvidado de la formación profesional
Revista Colombiana de Anestesiología, Volumen 41, Número 2, Abril–Junio 2013, Páginas 79-81.

De la ética del cuidado

Personas que cuidan Personas fue el lema del Congreso Nacional de Medicina Familiar, la ética del cuidado va de la mano con el sentido de la reciprocidad.

Considerar el cuidado del que cuida es velar que en el proceso de cuidar no se arriesgue el bienestar ni de unos ni de otros. Reconocer las dificultades que muestran los profesionales en su tarea de cuidar es el comienzo del cuidado hacia sí mismos. El esfuerzo físico, el desgaste emocional, la autoexigencia o la postergación de la vida personal como posibles problemas prevenibles y no son abordados con la reflexión necesaria. Si bien ofrecer cuidados sanitarios son actividades con beneficios intangibles como la gratitud, la compensación interior del deber cumplido, la evolución positiva de la persona cuidada, el crecimiento de los propios valores y el aprendizaje vital, estos no justifican el descuido personal del profesional que cuida.

La ética de la reciprocidad lleva implícito el intercambio y la cooperación, pero también ciertos límites que en el caso de los profesionales sanitarios, se establecen en el auto-cuidado y en alcanzar el justo equilibrio entre cuidarse y cuidar de otros, reconociéndose como un ser vulnerable, dependiente

de afecto y con necesidad de ser cuidado también. Cuidarse implica relevar la necesidad de mantener la integridad como persona en lo valórico, familiar, social y espiritual.

Diana Cáceres
Coordinadora Comité Editorial
Revista SOCHIMEF

Referencias

1. Prados-Torres A, del Cura-González I, Prados-Torres JD, Leiva-Fernández F, López-Rodríguez JA, Calderón-Larrañaga A, et al. Multimorbilidad en medicina de familia y los principios Ariadne. Un enfoque centrado en la persona. *Aten Primaria*. 2017;49(5):300–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.11.013>
2. Oltra Sandra. El autocuidado, una responsabilidad ética. *Rev GPU* 2013; 9; 1: 85-90. disponible en: https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2013/09/SANDRA-OLTRA-El_autocuidado.pdf
3. Feito-Grande Lydia. Los cuidados en la ética del siglo XXI, *Enfermería Clínica*, Volume 15, Issue 3, 2005, Pages 167-174, ISSN 1130-8621, disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(05\)71104-9](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(05)71104-9).

Herramienta breve para la valoración de un Perfil Socioeconómico en Salud de la Persona Mayor en Atención Primaria De Salud

A Brief Tool for the assessment of a Socioeconomic Health Profile for Elderly Patients in Primary Health Care

Glasinovic A.^{1,3,5}, Ulloa R.², Cardona V.², Fuentes F.², Silva A.^{3,4}, Canessa J.^{1,3,5}

Resumen

Un buen apoyo social y situación socioeconómica determinan mejores resultados en salud y un envejecimiento exitoso. Actualmente, existen múltiples escalas de evaluación social, pero ninguna de ellas es lo suficientemente rápida y fácil de aplicar en la atención primaria de salud (APS) y tampoco sugieren conductas que orienten al equipo de salud en APS. Es a partir de lo anterior que surge el “Perfil de Apoyo Socioeconómico en Salud de la Persona Mayor en APS”, una herramienta desarrollada por los autores para determinar el perfil socioeconómico de las personas mayores, de fácil y rápida aplicación en la consulta estándar de APS. Ésta consta de tres preguntas claves, dos de ellas evalúan al apoyo social de manera cualitativa y cuantitativa, así como también la última evalúa el aspecto económico con foco en la percepción de satisfacción de necesidades económicas básicas. Luego de aplicar las tres preguntas e incorporando el juicio clínico del profesional, se clasifica al paciente en un perfil de apoyo socioeconómico alto, moderado o bajo, a partir de lo cual se sugieren conductas inmediatas a seguir en un contexto de APS.

Palabras Clave

Adulto Mayor, Análisis Socioeconómico, Atención Primaria de Salud.

Abstract

A good social support and socioeconomic situation determines better health outcomes and successful aging. Currently, there are multiple social assessment scales, but none of them are fast and easy enough to apply in primary health care (PHC) and they do not suggest behaviors that guide the PHC health team. Because of the previously mentioned, we created the “Socioeconomic Profile of the Elderly”, a tool developed by the authors to assess the socioeconomic environment of the elderly, that can be easily and quickly applied in the standard PHC consultation. This consists of 3 key questions, which evaluate social support in a qualitative and quantitative way, as well as evaluating the economic aspect with a focus on the perception of satisfaction of basic needs. After applying the 3 questions and incorporating the clinical judgment of the professional, the patient can be classified in a high, moderate or low socioeconomic support profile, from which behaviors are suggested to be followed in a PHC setting.

Keywords

Aged, Elderly, Socioeconomic Analysis, Primary Health Care.

¹ Médico Familiar, Mención Adulto.

² Alumno/a de la Escuela de Medicina, Universidad de Los Andes, Chile.

³ Profesor/a del Departamento de Medicina Familiar y APS, Universidad de Los Andes, Chile.

⁴ Médico Geriatra.

⁵ Comité Persona Mayor, Sociedad Chilena de Medicina Familiar.

Introducción

El envejecimiento poblacional acelerado en las últimas décadas ha llevado a un dramático aumento de la población adulta mayor en Chile. Según la última Encuesta Nacional de Inclusión y Exclusión del Adulto mayor, en Chile un 17 % de la población tiene más de 60 años, y se espera que para el 2050 esta cifra se duplique y las personas mayores representen aproximadamente al 33%¹. Considerando que la expectativa de vida en Chile va en aumento, debemos poner énfasis en herramientas que mejoren el bienestar y calidad de vida de la persona mayor (PM).

Dentro de los determinantes sociales de salud, encontramos condiciones culturales, medioambientales, apoyo social y la situación económica. Las intervenciones en salud que incorporen los determinantes sociales podrían reducir las inequidades en salud y morbilidad. Específicamente, aquellas intervenciones que consideren el apoyo social y la situación económica, podrían determinar mejores resultados en salud y un envejecimiento exitoso en la persona mayor^{2,3}.

Según Hornby-Turner et al, existe una fuerte evidencia de que puntuaciones más altas de salud autoevaluada, de bienestar psicológico y satisfacción con la vida, fueron asociados con una mejor salud en la vejez. La red social y el contacto con familiares y amigos, además de la participación en actividades sociales y de ocio, fueron mecanismos de apoyo importantes. Así mismo, la educación y los recursos financieros han demostrado constantemente ser un activo clave para la salud en adultos mayores⁴.

En este artículo se revisará brevemente la relevancia del apoyo social y situación económica en la salud de las personas mayores, para luego proponer una herramienta que nos permita clasificar en un perfil socioeconómico de la PM de una manera práctica, con el fin de incorporar este perfil en las futuras intervenciones en salud en un contexto de APS.

Desarrollo

Apoyo Social

El apoyo social se define como una “serie de recursos psicológicos proveniente de otras personas que son significativos para un individuo y que lo hacen sentirse estimado y valorado”⁵. Éste puede entenderse a partir

de dos perspectivas, una cuantitativa y otra cualitativa. La primera evalúa la cantidad de vínculos o relaciones que establece el individuo con su red social, en tanto la segunda se centra en la existencia de relaciones significativas percibidas por el individuo. De acuerdo con la evidencia disponible, tanto la cantidad como la calidad de apoyo social parecen tener efectos significativos en el bienestar y la salud⁶. Diversos estudios han demostrado que el apoyo social es un elemento protector de la salud en los adultos mayores, al moderar los efectos negativos del estrés y contribuir así al bienestar y satisfacción con la vida⁷. Además, la evidencia sugiere una fuerte asociación entre factores psicosociales, redes sociales, apoyo social y resultados a distintos niveles en salud, como salud mental, artritis, VIH, insuficiencia renal y cáncer. En particular, existe evidencia suficiente para vincular el apoyo social y las redes sociales con efectos en salud cardiovascular⁸. La principal asociación de beneficios en salud, se da con el apoyo social percibido y disponibilidad de personas para el apoyo^{9,10}. Según Holt-Lunsted et al, existiría un 50% más de probabilidad de supervivencia para personas con relaciones sociales sólidas en comparación a aquellos que no las tenían, sin diferencias según edad, sexo, estado de salud inicial, causa de la muerte y el período de seguimiento¹¹.

En la Encuesta Nacional de Dependencia de las Personas Mayores “ENADEAM” realizada en 2009, se evidenció que la realidad de apoyo social en nuestro país es deficiente, ya que existe baja participación de las PM en organizaciones comunitarias, además un 14,7% de la población vive solo. En lo que se refiere a la autopercepción de apoyo social, definido como tener alguien a quien recurrir si necesita ayuda de cualquier tipo, dos tercios de las personas mayores reportan tener alguien a quien recurrir en caso de necesidad, mientras que el tercio restante no cuenta con nadie a quien recurrir¹².

Actualmente hay poca evidencia que apoye intervenciones específicas para mitigar los efectos en la salud de pacientes en aislamiento social o soledad. La Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) afirma que, pese a la falta de evidencia, existen intervenciones prometedoras como promover la actividad física y social, las cuales conectan PM socialmente aisladas con los servicios de salud¹³.

Situación económica

Es sabido que las personas de niveles socioeconómicos bajos tienen peor salud y menor esperanza de vida en comparación a personas con mayores ingresos ¹⁴. ENADEAM evidenció que aquellas PM con una situación económica estable o que reciben mayores ingresos tienen mejor salud y percepción de calidad de vida ¹². Un 23,7% de la población de personas mayores declara que sus ingresos no son suficientes para cubrir sus necesidades básicas y un 47,4% de ellos no se siente satisfecho con sus necesidades económicas ¹².

La percepción de un bajo estatus socioeconómico dado por el nivel de ingresos y educación, se ha asociado a invalidez funcional y peores resultados en salud ¹⁵, por lo tanto, se debe buscar dirigidamente la percepción de necesidades básicas insatisfechas de forma rápida y concisa, dado que las intervenciones conducentes a mejorar esta percepción, podrían mejorar la funcionalidad de la persona mayor.

Screening y Escalas de evaluación socio-económicas

La habilidad de identificar efectivamente a los pacientes cursando por aislamiento social es limitada.

La US Preventive Task Force (USPTF) sostiene que no hay suficiente evidencia de la efectividad de su screening sistemático, dado que no existen intervenciones validadas dirigidas ante una valoración. Sin embargo, la Academia Americana de Médicos Familiares sugiere que el screening podría considerarse en personas en riesgo, como, por ejemplo, aquellos pacientes que hayan sufrido eventos estresantes, en situación de pobreza, policonsultantes, con problemas psicosociales o síntomas de salud mental ¹⁶.

Para evaluar el aspecto socio-económico de los pacientes se han creado diversas escalas. No obstante, ninguna de ellas es lo suficientemente rápida y simple de aplicar en atención primaria ni tampoco entregan recomendaciones para que el profesional del equipo de APS pueda realizar intervenciones.

En Chile, una de las escalas más conocidas para evaluar el apoyo social es la Escala Social UC Chile, desarrollada por la Pontificia Universidad Católica de Chile ¹⁷. Esta

es una forma simplificada de dimensionar la fuerza del soporte social y la disponibilidad de este último, ya que permite en forma rápida saber si la PM dispone o no de apoyo social, si es de un familiar o no familiar y el tiempo, clasificado como indefinido frente a un apoyo temporal. Esta escala clasifica al paciente desde un “Apoyo social óptimo” a un “Nulo apoyo social” ¹⁷. La principal ventaja de esta escala es su rápida aplicación e identificación de personas con alto riesgo social. Sin embargo, no tiene preguntas establecidas para una correcta clasificación y tampoco plantea conductas de intervención que permitan orientar al profesional cómo seguir con los resultados.

Otra escala validada en nuestro medio es la “Mental Health Continuum-Short Form” (MHC-SF), diseñada para evaluar los componentes emocionales, psicológico y social del bienestar personal. Fue traducida al español y aplicada en más de 3000 individuos chilenos entre 20 y 83 años¹⁸. Esta escala mostró una alta confiabilidad, sin embargo, al constar de 14 preguntas ¹⁹, es difícil de aplicar en la práctica médica en APS, ya que habitualmente se cuenta con menos de 15 a 20 minutos de atención por paciente, lo que muchas veces imposibilita realizar una valoración socio-económica adecuada.

En este mismo sentido, otra herramienta que permite evaluar el apoyo social es la “Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS)”, la cual consta de 20 ítems, dividido en 4 dimensiones que evalúan el apoyo social percibido (interacción social positiva, apoyo afectivo, instrumental y emocional/informacional). Esta se encuentra ampliamente validada en la literatura, fue adaptada a nuestra realidad nacional y tiene buenas propiedades psicométricas en nuestra población. Sin embargo, tiene un tiempo promedio de aplicación de aproximadamente 10 min, por lo que tomaría más de la mitad del tiempo de la consulta aplicar este instrumento (8). Respecto al ámbito económico, no existe mayor evidencia de guías o escalas que sean rápidas y aplicables en APS ²⁰.

En base a lo expuesto anteriormente, se crea la necesidad de implementar una herramienta breve, concisa y práctica, a partir de la cual, durante la misma consulta, logre

determinar un perfil socioeconómico de la persona mayor, así como también un plan de acción que sirva como guía de intervención para los diferentes profesionales de la atención primaria. Esta herramienta se podría aplicar en especial, en personas mayores en que existan antecedentes de fragilidad o dependencia, problemas psicosociales, pobreza, policonsulta o multimorbilidad.

Perfil de Apoyo Socioeconómico de la Persona Mayor

Esta herramienta busca clasificar a la persona mayor en tres grandes perfiles de apoyo socioeconómico (alto, moderado y bajo), en base a tres preguntas simples, sumado al juicio clínico del profesional. Su objetivo es identificar a aquellas personas en riesgo social y establecer una guía global para potenciales recomendaciones a seguir.

Para su aplicación, se deben formular 3 preguntas (Tabla 1):

1. En una escala del 1 al 7 ¿Qué nota le pondría a su grado de satisfacción con su red de apoyo ante algún problema de salud?: El paciente otorga una nota del 1 al 7 y según esto se clasifica en un perfil alto, moderado o bajo grado.
2. ¿Cuántas personas podrían apoyarlo frente algún problema de salud relevante?: El paciente debe responder en números. Se considera como alto apoyo un número mayor o igual a 3 personas
3. Entre una calificación alta, moderada o baja ¿Cómo califica su satisfacción de sus necesidades económicas básicas?: El paciente debe responder si su satisfacción económica es alta, moderada o baja.

Luego de aplicar las 3 preguntas, sumado a el juicio clínico del profesional, se clasifica a la PM en uno de los perfiles de apoyo socioeconómico (alto, moderado o bajo), según la siguiente tabla:

Preguntas	Perfil Alto	Perfil Moderado	Perfil Bajo
	Criterio	Criterio	Criterio
En una escala del 1 al 7, ¿Qué nota le pondría usted a su grado de satisfacción con su red de apoyo ante algún problema de salud?	6,0 a 7,0	4,0 a 5,9	1,0 a 3,9
	Alto grado	Moderado grado	Bajo grado
¿Cuántas personas podrían apoyarlo frente a algún problema de salud relevante?	3 o más personas	1 a 2 personas	Ninguna persona
Entre una calificación alta, moderada o baja ¿Cómo califica su satisfacción de sus necesidades económicas básicas?	Alta satisfacción	Moderada satisfacción	Baja satisfacción

Tabla 1. Perfil de apoyo socioeconómico en salud de la persona mayor.

Posteriormente, según el perfil del paciente, se plantean posibles recomendaciones a realizar en un contexto de APS en Chile, las cuales son flexibles

quedando a criterio del profesional que aplica esta herramienta y los recursos disponibles en el centro de salud.

Perfil Alto	Perfil Moderado	Perfil Bajo
<ol style="list-style-type: none"> 1. Fomentar relaciones sociales y actividades comunitarias. 2. Invitar al programa MAS de personas mayores autovalentes si califica. 3. Invitar a realizarse EMPAM (si no está al día) 	<p>A las del perfil alto se suman:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Considerar un genograma y ecomapa para identificar mejor la estructura y relaciones familiares, además de las redes de apoyo. 2. Preguntar de manera más específica por los medios económicos con que cuenta para vivir. 3. Invitar a participar en actividades locales que contribuyen a generar lazos, como por ejemplo, los talleres de bienestar emocional, participación en centros diurnos municipales, grupos de personas mayores, etc. 4. Considerar interconsulta a enfermería si no se dispone de tiempo para esta valoración o no se conocen las actividades disponibles a nivel local. 	<p>Además de las intervenciones del perfil alto y moderado, se suman:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Interconsulta a trabajador/a social para valoración socioeconómica más profunda. 2. Considerar presentar el caso en reunión de equipo de sector del centro de salud. 3. Considerar contactar al SENAMA y postular al ELEM si el paciente y familia lo ven como alternativa. 4. Búsqueda activa de historia o signos de maltrato o negligencia en el cuidado de la PM. 5. Evaluar derivar a programa de cuidadores en pacientes con dependencia moderada o severa. 6. Considerar postular a viviendas tuteladas para PM.

Tabla 2. Intervenciones según perfil socioeconómico en salud de la PM en APS.

Conclusiones

La falta de apoyo social y situación de pobreza socioeconómica de las PM en Chile, constituyen problemas importantes, en el cual no existe una manera sistemática de valorar y orientar las conductas a estos importantes determinantes sociales de la salud. Esta herramienta constituye un primer esfuerzo por lograr sistematizar una herramienta fácil y aplicable que determine un perfil

socioeconómico de la PM que oriente conductas a seguir al equipo de salud en APS. Esta herramienta es una propuesta cuyas preguntas de valoración deben ser aún validadas en este contexto, además que sus recomendaciones a seguir luego de la clasificación en un perfil, requieren un consenso técnico más amplio, antes de ser aplicada de una manera más amplia a nivel nacional, lo cual quedará como un importante desafío para los próximos años.

Bibliografía

- (1) Arnold, M; Herrera, F; Massad, C; Thumala, D. Quinta Encuesta Nacional Inclusión y Exclusión Social de las Personas Mayores en Chile 2017. Gobierno de Chile, SENAMA, Colección de Estudios. 2017. Disponible en: http://www.senama.gob.cl/storage/docs/SENAMA_libro_5ta_encuesta_BAJA_libro_final_JULIO.pdf
- (2) Campos, F; León, D; Rojas, M. Guía calidad de vida en la vejez. Herramientas para vivir mejor. Programa Adulto Mayor, Centro de Geriátrica y Gerontología, Pontificia Universidad Católica de Chile. 2011. Disponible en: http://adultomayor.uc.cl/docs/guia_calidad_de_vida.pdf
- (3) Rosell, J; Herrera, MS; Fernández, MB; Rojas, M. Chile y sus Mayores: 10 años de la encuesta Calidad de Vida en la Vejez. Pontificia Universidad Católica de Chile y Caja Los Andes. 2016. Disponible en: http://adultomayor.uc.cl/docs/Libro_CHILE_Y_SUS_MAYORES_2016.pdf
- (4) Hornby-Turner YC, Peel NM, Hubbard RE. Health assets in older age: a systematic review. *BMJ Open* 2017;7:e013226. doi:10.1136/bmjopen-2016-013226
- (5) Pérez Bilbao, J. El apoyo social. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. 1999. Disponible en: https://www.insst.es/documents/94886/326962/ntp_439.pdf/148113c8-bbba-40b3-86c7-81db7869d737
- (6) Barra, E. Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, julio - diciembre de 2004; 14 (2): 237-243. Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/download/848/1562>.
- (7) Barra, E; Vivaldi, F. Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia psicológica*, 2012; 30(2): 23-29. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000200002>. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000200002
- (8) Poblete, F; Glasinovic, A; Sapag, J; Barticevic, N; Arenas, A; Padilla, O. Apoyo social y salud cardiovascular: adaptación de una escala de apoyo social en pacientes hipertensos y diabéticos en la atención primaria chilena. Departamento de Medicina Familiar, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. *Revista Atención Primaria*, 2015; 47 (8), 523-531. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.10.010>
- (9) Cornwell, E. Y; Waite, L. J. Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *Journal of health and social behavior*, 2009; 50(1), 31-48. <https://doi.org/10.1177/002214650905000103>
- (10) De Maria M et al. Perceived social support and health-related quality of life in older adults who have multiple chronic conditions and their caregivers: a dyadic analysis. *Soc Sci Med*. 2020 Oct; 262:113193. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113193
- (11) Holt-Lunsted J; Smith tb, Layton JB. Social Relationships and Mortality Risk: A meta-analytic Review. *PLoS Med*. 2010 Jul 27;7(7):e1000316. doi: 10.1371/journal.pmed.1000316.
- (12) Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores. Gobierno de Chile, SENAMA. 2009. Disponible en: <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Dependencia-Personas-Mayores-2009.pdf>
- (13) Rita M. Lahlou MD, MPH and Timothy P. Daaleman DO. Addressing Loneliness and Social Isolation in Older Adults. *American Family Physician*, Julio 2021; 104 (1), 85-87. Disponible en: <https://www.aafp.org/afp/2021/0700/p85.html>.
- (14) Celis-Morales, C; Cigarroa, I; Concha-Cisternas, Y; Díaz, X; Leiva, AM; Martínez-Sanguinetti, MA; Martorell, M; Nazar, G; Petermann-Rocha, F; Ramírez-Alarcón, K; Troncoso-Pantoja, Claudia. Personas mayores en Chile: el nuevo desafío social, económico y sanitario del Siglo XXI. *Revista Médica de Chile*, 2020; 148(6), 799-809. Obtenido de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000600799>. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000600799
- (15) Sachs-Ericsson N., Schatschneider C., & Blazer, D. G. Perception of unmet basic needs as a predictor of physical functioning among community-dwelling older adults. *Journal of aging and health* [Internet]. 2006 [citado 2021 Sep 25]; 18(6), 852-868. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0898264306293261>
- (16) Rita M. Lahlou MD, MPH and Timothy P. Daaleman DO. (Julio 2021). Addressing Loneliness and Social Isolation in Older Adults. *American Family Physician*, 104, 85-87. Obtenido de: <https://www.aafp.org/afp/2021/0700/p85.html>
- (17) MINSAL. Actualización: Manual de Geriátrica para Médicos. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. 2019. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/08/2019.08.13_MANUAL-DE-GERIATRIA-PARA-MEDICOS.pdf

(18) Guadalupe Echeverría et al. “Validation of a Spanish Version of the Mental Health Continuum-Short Form Questionnaire”. *Psicothema*. 2017, 29 (1): 96-102. DOI: 10.7334/psicothema.2016.3

(19) AACU.ORG [Internet]. [citado el 2021 20 de diciembre]. Disponible en <https://www.aacu.org/sites/default/files/MHC-SFEnglish.pdf>

(20) Sepúlveda R, C; Rivas, E; Bustos, ML; Illesca P, M. Perfil socio-familiar en adultos mayores institucionalizados: Temuco, Padre Las Casas y Nueva Imperial. *Ciencia y Enfermería* [Internet], 2010 dic [citado 2021 sep. 25] ; 16(3): 49-61. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300007&lng=e

Comparación de la incidencia de trastornos ansiosos, depresivos y de estrés postraumático en adultos con antecedente de infección por COVID-19 versus no expuestos a un año de seguimiento

Comparison of the incidence of anxiety, depressive and post-traumatic stress disorders in adults with a history of COVID-19 infection versus those not exposed after one year of follow-up

Moya Letelier C^{1,2}, Inostroza Quilodrán C¹, Yáñez González C¹. Colaboradora: Díaz Torrejón D³.

Resumen

La evidencia muestra que quienes han tenido infección por COVID-19 pueden presentar síntomas depresivos, ansiosos y de estrés postraumático a corto plazo, pero se desconoce si estos se mantienen en el tiempo. Con el objetivo de evaluar si existe una asociación a largo plazo, se realizó un estudio de cohorte que incluyó a quienes hayan tenido COVID-19 un año atrás y quienes no lo hayan tenido, pertenecientes a los Centros de Salud Familiar (CESFAM) Áncora de la Red Salud UC Christus. Los participantes fueron entrevistados vía telefónica, correo electrónico o en forma presencial por profesionales de la salud, mediante encuestas que incluyen datos sociodemográficos y las escalas: Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12) para Trastorno Depresivo, Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) para Trastorno de Ansiedad, y Checklist de estrés post traumático (PCL-5), para Trastorno de estrés postraumático (TEPT). Quienes resultaron con escalas alteradas, fueron contactados vía telefónica, y si era requerido, derivados a su centro para diagnóstico y tratamiento. Se hizo un análisis mediante modelo de regresión logística, considerando variables confundentes, para cuantificar la asociación por medio de una razón de incidencia de ambos grupos. Como resultado se observa que el grupo con antecedente de COVID-19 presenta una mayor incidencia de Trastornos de Salud Mental que el grupo sin el antecedente. (40,9 % v/s 25,4 %). Con estos datos podemos afirmar que existe un Riesgo Relativo (RR) de 1,612 (Intervalo de confianza (IC) 95% 1,125 - 2,308) veces más posibilidades de presentar una patología de Salud Mental para quienes han padecido infección por COVID-19 a un año del cuadro, respecto a quienes no lo han padecido.

Palabras Clave

Salud mental, atención primaria de salud, COVID-19.

Abstract

The evidence shows that those who have had COVID-19 infection may present symptoms of depression, anxiety and post-traumatic stress in the short term, but it is unknown if these are maintained over time. In order to assess whether there is a long-term association, a cohort study was carried out that included those who had COVID-19 a one year ago and those who had not, belonging to the Ancora Family Health Centers (CESFAM) of the UC Christus Health Network. The participants were interviewed by telephone, email or in person by health professionals, through surveys that included sociodemographic data and the scales: Goldberg General Health Questionnaire (GHQ-12) for Depressive Disorder, Beck Anxiety Inventory (BAI) for Anxiety Disorder, and Post Traumatic Stress Checklist (PCL-5), for Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). Those who had altered scales were contacted by telephone and, if required, referred to their center for diagnosis and treatment. An analysis was made using a logistic regression model, considering confounding variables, to quantify the association by means of an incidence ratio for both groups. As a result, it is

¹ Médica Familiar Mención Adultos, Pontificia Universidad Católica de Chile.

² Miembro Sociedad Chilena Medicina Familiar.

³ Psicóloga, Universidad de Playa Ancha, Chile.

observed that the group with a history of COVID-19 has a higher incidence of Mental Health Disorders than the group without the history. (40.9% v/s 25.4%). With these data we can affirm that there is a Relative Risk (RR) of 1.612 (95% Confidence Interval (CI) 1.125 - 2.308) times more likely to present a Mental Health pathology for those who have suffered from COVID-19 infection one year after the infection, with respect to those who have not suffered it.

Keywords

Mental health, primary health care, COVID-19.

Introducción

En el mundo, debido a la pandemia por COVID-19, las prevalencias de síntomas relacionados con ansiedad, depresión y estrés aumentaron en quienes han estado en aislamiento^{1,2,3} y en Chile, según estudios actuales, tendría la misma tendencia al incremento de síntomas.⁴ Por otro lado, el impacto psicológico del COVID-19 entre las personas que dan positivo en la prueba es un problema de salud mundial. Aunque las dimensiones psicológicas del COVID-19 aún no se han entendido, estudios previos sugieren que los brotes infecciosos afectan críticamente la salud mental (SM) de los pacientes que pueden experimentar síntomas de ansiedad, miedo y falta de esperanza respecto a las incertidumbres en el tratamiento y los resultados de salud. Una Revisión Sistemática (RS) realizada a inicios del 2020 que incluyó a 3559 personas, mostró que los pacientes hospitalizados por infección por coronavirus en las epidemias del SARS y MERS, tenían prevalencias de 14,9% (IC del 95%: 12,1-18,2) de trastorno depresivo mayor (TDM), 14,8% (IC del 95%: 11,1-19,4) de trastornos de ansiedad y 32,2% (IC del 95%: 23,7-42,0) de trastorno de estrés postraumático (TEPT) en la etapa posterior a la enfermedad (60 días a 12 años de seguimiento)⁵. Otra RS realizada el 2020, evaluó la prevalencia de morbilidades psicológicas en población general, trabajadores de salud y pacientes infectados con COVID-19, mostrando que la prevalencia de síntomas fue mayor en el grupo de pacientes con infección respecto a trabajadores y población general, tanto para síntomas depresivos (42% v/s 24% y 19%), ansiosos (37% v/s 26% y 24%) y de estrés postraumático (96% v/s 15% y 13%)⁶.

Actualmente se desconoce la carga neuropsiquiátrica de esta pandemia. En base a los resultados de las investigaciones de epidemias recientes de SARS-COV-1 y MERS-COV, es posible suponer que un porcentaje significativo de sujetos que se recuperan de neumonía, no recuperan completamente

su estado emocional y habilidades cognitivas anteriores. De hecho, un estudio de las consecuencias neuropsiquiátricas del SARS-COV-1 realizado a los 30 y 50 meses después de la infección demostró una ocurrencia del 40% de TEPT, 36,4% de depresión y una igual incidencia para los trastornos de ansiedad⁷. Los estudios existentes y descritos antes respecto a trastornos de SM e infección por COVID-19, se basan en pacientes hospitalizados y en la etapa inmediatamente posterior a la enfermedad. Es importante poder cuantificar la carga adicional de trastornos de SM en pacientes que hayan sido infectados por COVID-19, indistinto de su gravedad, y confirmar que esta se mantiene en el tiempo, ya que permitirá planificar un seguimiento adecuado y priorizar intervenciones tempranas en esa área para prevenir la sobrecarga de los sistemas de salud, especialmente del nivel primario de atención, especialmente si consideramos las altas prevalencias de trastornos de ánimo y ansiedad en Chile, mayor a las mundiales descritas por la OMS (9% y 5% respectivamente)⁹.

El objetivo general del estudio es evaluar si existe o no asociación entre el antecedente de infección por COVID-19 y la incidencia de Trastornos de Salud Mental (TSM) Depresivos, Ansiosos y TEPT. De forma específica, es evaluar la incidencia de estos a los 12 meses post resolución de infección por COVID-19, así como en quienes no han enfermado por COVID-19, y comparar sus incidencias.

Métodos

El estudio corresponde a una cohorte no concurrente (retrospectivo). El grupo expuesto o grupo COVID-19, está conformado por pacientes de 18 años y más que tuvieron el diagnóstico de COVID-19, ya sea por clínica (caso probable) o por laboratorio (caso confirmado), con 12 meses de evolución desde su confirmación diagnóstica, pertenecientes a los CESFAM Áncoras Juan Pablo II, San Alberto Hurtado y Madre Teresa de Calcuta de la Red de

Salud UC Christus en la Región Metropolitana. El grupo no expuesto o grupo no COVID, está conformado por pacientes de 18 años y más que al momento del estudio no hayan tenido el diagnóstico de COVID-19, también pertenecientes a los 3 CESFAM. Los criterios de exclusión fueron: haber tenido diagnóstico de COVID-19 hace menos de 12 meses; haber sido considerado contacto estrecho de paciente COVID-19, pero que no haya presentado síntomas y haber sido diagnosticado previamente con algún TSM que se encuentren en tratamiento o no haya sido dado de alta según el registro en ficha clínica.

Para el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula “cálculo de tamaño muestral” cuando se desconoce la desviación estándar de la población, obteniéndose una muestra de 129 personas por grupo. Para obtener la muestra de pacientes con antecedente de infección por COVID-19, se extrajeron los datos de usuarios de forma aleatoria desde la base de datos del registro de los 3 CESFAM, en el transcurso de 10 meses (entre mayo 2021 a febrero del 2022), reclutando pacientes que hayan cumplido los 12 meses desde la infección por COVID-19. Para el grupo control se seleccionó otra muestra aleatoria de la población inscrita de los 3 CESFAM, inscrita a diciembre de 2020. Posterior a obtener la muestra aleatoria, se realizó la revisión de fichas clínicas para evaluar si los pacientes cumplían criterios de inclusión y exclusión, y se obtuvieron los números telefónicos de cada uno. De existir dudas sobre alguna ficha, se discutía entre las investigadoras. Las entrevistas fueron realizadas por médicos y psicólogos vía telefónica para solicitar el consentimiento informado mediante una atención grabada. La entrevista consistía en un cuestionario sociodemográfico y 3 escalas de tamizaje para TSM (Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12) para evaluar Trastorno Depresivo, Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) para evaluar Trastorno de Ansiedad, y Checklist de estrés post traumático (PCL-5), para evaluar TEPT). Ésta podía ser contestada vía telefónica, correo electrónico o de manera presencial. La entrevista tenía una duración aproximada de 30 minutos. Todas las respuestas fueron registradas en formato Google Forms de acceso exclusivo a los entrevistadores del proyecto. Los pacientes que resultaron con cuestionarios alterados para patología de SM fueron contactados y evaluados telefónicamente

por alguna de las investigadoras, para determinar si correspondía o no la derivación al programa de SM de su centro y obtener tratamiento.

Resultados

Características

Se realizó el reclutamiento de pacientes entre el 15 de mayo del 2021 al 15 de febrero del 2022. Se revisaron un total de 1181 fichas clínicas, de las cuales 436 del grupo COVID y 350 del grupo no COVID cumplían criterios de inclusión y exclusión. Posteriormente se realizaron entrevistas entre el 1 de julio de 2021 hasta el 1 de marzo de 2022. Se entrevistaron a 262 personas entre 19 y 88 años, de ellas 132 presentaban antecedente de COVID-19 y 130 entrevistados no tenían antecedente de COVID-19. Respecto del género, la muestra se encuentra desbalanceada, siendo más del doble de las entrevistadas mujeres (175 v/s 86 hombres). El 67% de los entrevistados provenían de la comuna de Puente Alto, 23% de la comuna de La Pintana y un 9% de otras comunas. 97% eran de nacionalidad chilena. La mayor proporción (87%) de los entrevistados tiene educación media o superior (más de 9 años de estudio). Sin embargo, todas las características mencionadas son similares entre ambos grupos de estudio.

Trastornos de Salud Mental (TSM) y antecedente de infección por COVID-19

En la tabla 1 se puede observar que el 40,9% de los entrevistados que se infectaron por COVID-19, presentan algún TSM 12 meses post resolución de la infección, mientras que, para el grupo de no infectados, solamente el 25,4% manifiesta algún trastorno. Esto se traduce en un RR de 1,612 (IC 95% 1,125 - 2,308) de presentar algún TSM en pacientes con antecedente de COVID-19 respecto a quienes no lo han padecido, siendo estadísticamente significativo.

Del grupo con antecedente de COVID-19 y TSM, el 68,5% presenta una sola escala alterada, seguido del 20,4% con las tres escalas alteradas. Al analizar a nivel individual cada escala de tamizaje y su relación con el COVID-19 (Tabla 1), se observa que para screening de Depresión el 16,7% de los infectados de COVID presentan una alteración en el cuestionario; mientras que el 10,8% de los no infectados

manifiesta alteración. En el caso de Trastorno Ansioso el 28,0% del grupo COVID-19 y el 22,3% de los no infectados presentan alteración. Mientras que para TEPT se observó una alteración en el 17,4% de los entrevistados infectados de COVID-19 y en el 13,1% de los no infectados.

VARIABLES GRUPO COVID-19

De los 132 entrevistados infectados de COVID-19 respondieron 125 respecto al sentimiento de apoyo. De ellos el 87,2% sintió apoyo de su familia y/o vecinos o comunidad durante su enfermedad, de los cuales el 36,7% presenta algún TSM (Tabla 3). Respecto de quienes no tuvieron apoyo, si bien sólo corresponde al 5,6% de las personas que estuvieron infectadas de COVID, se observa que más de la mitad de ellos manifiesta algún TSM; sin embargo, la muestra es muy pequeña para poder hacer mayores análisis. Por otro lado, un 10% estuvo aislado en una residencia sanitaria; de los cuales 46,2% presenta algún TSM versus 39,5% de quienes no estuvieron en residencias. (Tabla 4). Respecto al antecedente de hospitalización, ocurre algo similar. Representan un 10% del total y más de la mitad presenta algún TSM. (Tabla 5)

Características sociodemográficas y Trastorno Salud Mental

Al analizar la población total entrevistada respecto a la distribución de edad y diagnóstico de SM, se observa una proporción mayor en los menores de 29 años y una disminución en el grupo de 69 años y más (Tabla 6). Se observa que el 37,7% de las mujeres presenta algún TSM; mientras que sólo el 23,3% de los hombres lo presenta, con una diferencia de casi 15 puntos porcentuales entre ambos grupos (Tabla 7). Existe una distribución muy similar de diagnóstico de SM entre las distintas comunas, exceptuando La Pintana que posee una tasa entre 6 y 7 puntos porcentuales mayor al resto. (Tabla 8). Respecto al nivel educacional, para aquellos con educación básica completa o menor nivel educacional, se observa una proporción levemente mayor de personas con algún TSM en comparación a los otros niveles educacionales (38,2% versus 33 y 32%). (Tabla 9.)

Otras variables

Las personas que han presentado un duelo o problemas financieros en los últimos 12 meses o aquellos con

enfermedades o condiciones de riesgo presentan más TSM que aquellos que no, con una diferencia porcentual de 14, 24 y 11% respectivamente. (Tabla 10, 11 y 12). Ocurre algo similar entre aquellos que se sienten inseguros en el lugar donde viven (Tabla 13).

Modelo de Regresión logística

De acuerdo con las estadísticas descriptivas realizadas junto con el análisis de la muestra de entrevistados, se realizó un modelo que permite estimar el efecto de distintos determinantes sobre la probabilidad de presentar algún TSM (Anexo 3). La tabla 14 muestra los resultados del Modelo Regresión Logística Logit. Se especificaron 3 modelos donde la variable dependiente es si la persona tiene o no TSM. El modelo 1 solo tiene la variable COVID-19 (tuvo o no); el modelo 2, COVID-19 y variables sociodemográficas; y en el modelo 3, se agregan otras que indagan en la situación personal del paciente. En primer lugar, observar que, en los 3 modelos, la variable COVID-19 es estadísticamente significativa (al menos al 5%) e influye positivamente en la probabilidad de tener TSM. De las variables sociodemográficas, son estadísticamente significativas la edad y el género. En el primer caso, esta incide negativamente a medida que aumenta la edad y en el segundo, es más probable tener TSM cuando se es mujer. En el modelo 3, el “duelo” y los “problemas financieros” implican una mayor probabilidad de TSM. Los resultados de los coeficientes no son interpretables, dado que, la relación de los coeficientes no es lineal con el outcome, por lo que, a diferencia de una regresión lineal, el coeficiente no representa el efecto marginal de esa variable. Es por eso que los efectos marginales se estiman en la tabla 15. De todas las variables del modelo que cambian la probabilidad de tener TSM, la más relevante es la del COVID-19. En el Modelo 1 la probabilidad de tener TSM se incrementa en 15,5 puntos porcentuales (pp.) en promedio cuando el paciente tuvo COVID-19 respecto de aquel que no tuvo; en Modelo 2 crece 16,5 pp. y en el Modelo 3 aumenta 12 pp. La tabla 16 resume este resultado, y muestra la probabilidad base de cada modelo (línea base es sin COVID-19) y la probabilidad “final” o con COVID-19. Adicional a lo anterior, en cuanto a otras variables de interés, se tiene por ejemplo que la probabilidad de tener TSM aumenta 14,4 pp. cuando se es mujer. En el caso de la edad, cuando se incrementa en un año la edad de una persona, la probabilidad

de tener TSM disminuye -0,391 pp. Esto es equivalente a que con un incremento de 10 años en la edad del paciente, la probabilidad disminuye casi 4 puntos porcentuales en tener TSM. El gráfico 1 muestra esta situación, donde se observa que en este grupo la probabilidad de tener TSM disminuye a medida que aumenta la edad. Finalmente, desde el modelo 3 se desprende que “duelo” y “problemas financieros” incrementan la probabilidad en 11,2 pp. y 17,1 pp.

Discusión

Los resultados del análisis demuestran que los síntomas de TSM siguen siendo más frecuentes a largo plazo en pacientes que tuvieron infección por COVID-19, respecto a quienes no la han padecido. Así como en epidemias pasadas (SARS y MERS), parece ser, que el adquirir una infección con tratamiento y pronóstico inicialmente desconocido, el estigma asociado, el aislamiento físico y sus consecuencias económicas y sociales, produciría síntomas depresivos, ansiosos y de estrés postraumático, que pueden mantenerse por largo tiempo llegando a constituir una patología de salud mental que requiera tratamiento. También podría existir una relación directa del virus en sí mismo con síntomas neuropsiquiátricos que fueron descritos en estudios de pacientes hospitalizados en las epidemias de SARS y MERS.

En este estudio, la patología más frecuente fue el Trastorno de Ansiedad, a diferencia de los estudios disponibles previos donde lo más prevalente fue TEPT, lo que podría explicarse porque en éste se realizó la evaluación principalmente en pacientes ambulatorios y a un año post cuadro infeccioso, y en estudios previos fue en pacientes hospitalizados y con alta reciente.

Una variable que llama la atención es que la incidencia de los TSM disminuye a medida que avanza la edad. Esto podría deberse a que el aislamiento en la población adulta joven y adulta media provocan un mayor impacto en la funcionalidad, situación laboral y entorno social y también a que se tuvo que excluir del estudio a aquellos con diagnósticos de SM previo a la pandemia.

Por otro lado, nuestro estudio posee varias limitaciones. En relación a la metodología aplicada, la entrevista era extensa, de 20 a 30 minutos, a lo que se suma el tiempo del

consentimiento informado de aproximadamente 5 minutos. Esto podría haber implicado que muchos seleccionados no contestaran la encuesta o que fueran mayormente contestadas por personas que vieron un beneficio al participar como recibir atención médica, lo que podría ser un sesgo de selección. Para disminuir este tipo de sesgos, se le dió la posibilidad de contestar la entrevista de forma diferida, ya sea vía telefónica o vía correo electrónico. También se vieron excluidas personas con limitaciones auditivas y visuales según el tipo de entrevista realizada. Otra limitación fue la desactualización de los números telefónicos de la ficha clínica lo cual pudo haber afectado la selección de la muestra. Es importante señalar que un 67% de los que participaron eran mujeres. Esto puede ser multifactorial, desde que la población que se atiende en los CESFAM son mayormente mujeres, hasta que podría existir una mayor disposición a responder este tipo de entrevistas en este género. Por otro lado, el tamaño muestral es pequeño, por lo que no se pudo obtener datos suficientes para hacer otros análisis de subgrupos como COVID-19 con antecedente de hospitalización y aislamiento en residencia sanitaria, por lo que es necesario continuar realizando más estudios que puedan incluir mayor cantidad de pacientes. Es importante mencionar que los cuestionarios aplicados son herramientas validadas como screening de diagnóstico de TSM, sin embargo, no reemplazan el juicio clínico con los criterios diagnósticos establecidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V). Es por esto que los diagnósticos finales podrían variar, sin embargo, esto se vería reflejado en ambos grupos.

Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos podemos concluir que los pacientes que poseen el antecedente de infección por COVID-19 tienen mayor probabilidad de presentar Trastorno Depresivo, de Ansiedad y/o de TEPT a largo plazo, respecto a quienes no han presentado la infección, con un RR de 1,612 (IC 95% 1,125 - 2,308), siendo estadísticamente significativo.

Respecto a la incidencia por patología, observamos que tanto Depresión, Ansiedad y TEPT son más frecuentes en pacientes con antecedente de COVID-19 respecto a quienes no lo han padecido, siendo el Trastorno de Ansiedad lo más frecuente.

Acorde a las estadísticas disponibles, podemos concluir que el sexo femenino está más propenso a padecer uno o más TSM. Independientemente de que la muestra haya estado desbalanceada, posterior al análisis ajustado por esta variable, la diferencia entre los géneros fue significativa.

Con estos resultados, se puede concluir que independientemente de la gravedad del cuadro de COVID-19, los pacientes infectados tienen un riesgo 61% mayor de presentar nuevos TSM al año de seguimiento, que aquellos que no, especialmente en mujeres, aquellos que presentan problemas financieros y que tuvieron duelos. Es por esto, que se podría reforzar el acompañamiento psicológico temprano en este grupo de pacientes con el fin de prevenir TSM posteriores.

Agradecimientos

Al Departamento de Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Católica de Chile, especialmente al Dr. Nicolás Barticevic y Dra. Carla Castañón, con su ayuda en la revisión del proyecto.

Referencias

1. Arias Molina Yordany, Herrero Solano Yosvany, Cabrera Hernández Yuleimy, Guyat Doralvis Chibás, Mederos Yohani García. Manifestaciones psicológicas frente a la situación epidemiológica causada por la COVID-19. Rev haban cienc méd [Internet]. 2020.
2. Rios-González C., Palacios J. Symptoms of Anxiety and

depression during the outbreak of COVID-19 in Paraguay. Scielo 2020.

3. Lei L, Huang X, Zhang S, Yang J, Yang L, Xu M. Comparison of Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression Among People Affected by versus People Unaffected by Quarantine During the COVID-19 Epidemic in Southwestern China, Medical Science, 2020.
4. Bravo D, Errázuriz A, Campos D, Fernández G. Termómetro de la Salud Mental en Chile ACHS-UC, 2020.
5. Rogers J, Chesney E, Oliver D, Pollack T, McGuire P, Fusar-Poli P, Zandi M, Lewis G, David A. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic, Lancet Psychiatry 2020
6. Krishnamoorthy Y., Nagarajan R., Kumar Saya G., Vikas M., Prevalence of psychological morbidities among general population, healthcare workers and COVID-19 patients amidst the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Psychiatry Research, 293 (2020) 113382
7. Liu K, Chen Y, Wu D, Lin R, Wang Z, Pan L. Effects of progressive muscle relaxation on anxiety and sleep quality in patients with COVID-19. Complement Ther Clin Pract. 2020 May; 39:101132.
8. Yang L. et al. Analysis of psychological state and clinical psychological intervention model of patients with COVID-19. medRxiv 2020.03.22.20040899
9. Vicente B, Saldivia S, Pihán R. Prevalencias y brechas hoy, salud mental mañana. Scielo, 2016

Anexos
Tablas y Figuras

COVID-19	Trastorno de Salud Mental				
	No	Si	Total Variable	No (sobre total variable)	Si (sobre total variable)
Sin	97	33	130	74,60%	25,40%
Con	78	54	132	59,10%	40,90%
TOTAL	175	87	262	66,80%	33,20%
Cuestionario de Goldberg alterado					
Sin COVID	116	14	130	89,20%	10,80%
Con COVID	110	22	132	83,30%	16,70%
TOTAL	226	36	262	86,30%	13,70%
Inventario de ansiedad de Beck alterado					
Sin COVID	101	29	130	77,70%	22,30%
Con COVID	95	37	132	72,00%	28,00%
TOTAL	196	66	262	74,80%	25,20%
TEPT Check List alterado					
Sin COVID	113	17	130	86,90%	13,10%
Con COVID	109	23	132	82,60%	17,40%
TOTAL	222	40	262	84,70%	15,30%

Fuente: Elaboración propia en base a resultados obtenidos al 01 de marzo de 2022.

Tabla 1. Resumen de pacientes con y sin antecedentes de COVID y alteración en encuestas de TSM.

COVID	Trastorno de Salud Mental						
	Una escala alterada		Dos escalas alteradas		Tres escalas alteradas		Total
No	16	48,5%	7	21,2%	10	30,3%	33
Si	37	68,5%	6	11,1%	11	20,4%	54
Total	53	60,9%	13	14,9%	21	24,1%	87

Fuente: Elaboración propia en base a resultados obtenidos al 01 de marzo de 2022.

Tabla 2. Porcentajes de escalas de salud mental alteradas en gente con y sin COVID-19

Sintió apoyo	Trastorno de Salud Mental				
	No	Si	Total	No (sobre total)	Si (sobre total)
Si	69	40	109	63,3%	36,7%
No	7	9	16	43,7%	56,3%
No responde	2	5	7	28,6%	71,4%
Total	78	54	132	59,1%	40,9%

Fuente: Elaboración propia en base a resultados obtenidos al 01 de marzo de 2022.

Tabla 3. Porcentaje de sentimiento de apoyo al tener COVID-19 y TSM.

Estuvo aislado	Trastorno de Salud Mental				
	No	Si	Total	No (sobre total)	Si (sobre total)
Si	7	6	13	53,8%	46,2%
No	69	45	114	60,5%	39,5%
No responde	2	3	5	40,0%	60,0%
Total	78	54	132	59,1%	40,9%

Fuente: Elaboración propia en base a resultados obtenidos al 01 de marzo de 2022.

Tabla 4. Porcentaje de aislamiento por COVID-19 y TSM

Estuvo hospitalizado	Trastorno de Salud Mental				
	No	Si	Total	No (sobre total)	Si (sobre total)
Si	6	7	13	46,2%	53,8%
No	70	43	113	61,9%	38,1%
No responde	2	4	6	33,3%	66,7%
Total	78	54	132	59,1%	40,9%

Fuente: Elaboración propia en base a resultados obtenidos al 01 de marzo de 2022.

Tabla 5. Porcentaje de pacientes hospitalizados por COVID-19 y TSM.

Tramo de edad	Trastorno de Salud Mental				
	No	Si	Total	No (sobre total)	Si (sobre total)
Entre 19 y 28	32	22	54	59,3%	40,7%
Entre 29 y 38	36	18	54	66,7%	33,3%
Entre 39 y 48	34	17	51	66,7%	33,3%
Entre 49 y 58	28	14	42	66,7%	33,3%
Entre 59 y 68	23	12	35	65,7%	34,3%
Entre 69 y más	22	4	26	84,6%	15,4%
Total	175	87	262	66,8%	33,2%

Fuente: Elaboración propia en base a resultados obtenidos al 01 de marzo de 2022.

Tabla 6. Porcentaje de tramos de edad en entrevistados y TSM.

¿Con qué género se identifica Ud.?	Trastorno de Salud Mental				
	No	Si	Total	No (sobre total)	Si (sobre total)
Hombre	66	20	86	76,7%	23,3%
Mujer	109	66	175	62,3%	37,7%
Prefiere no decirlo	0	1	1	0,0%	100,0%
Total	175	87	262	66,8%	33,2%

Fuente: Elaboración propia en base a resultados obtenidos al 01 de marzo de 2022.

Tabla 7. Porcentaje de género y TSM.

¿En qué comuna reside?	Trastorno de Salud Mental				
	No	Si	Total	No (sobre total)	Si (sobre total)
Puente Alto	121	55	176	68,8%	31,2%
La Pintana	37	24	61	60,7%	39,3%
Otra	17	8	25	68,0%	32,0%
Total	175	87	262	66,8%	33,2%

Fuente: Elaboración propia en base a resultados obtenidos al 01 de marzo de 2022.

Tabla 8. Porcentaje de comunas de residencia de entrevistados y TSM.

¿Qué estudios tiene Ud.?	Trastorno de Salud Mental				
	No	Si	Total	No (sobre total)	Si (sobre total)
Menor a 9	21	13	34	61,8%	38,2%
Entre 9 y 12	71	35	106	67,0%	33,0%
Mayor a 12	83	39	122	68,0%	32,0%
Total	175	87	262	66,8%	33,2%

Fuente: Elaboración propia en base a resultados obtenidos al 01 de marzo de 2022.

Tabla 9. Porcentaje de nivel de estudios de entrevistados y TSM.

¿Ha tenido Ud. algún duelo en los últimos 12 meses? (muerte de familiar, amigos/as)	Trastorno de Salud Mental				
	No	Si	Total	No (sobre total)	Si (sobre total)
No	101	37	138	73,2%	26,8%
Si	74	50	124	59,7%	40,3%
Total	175	87	262	66,8%	33,2%

Fuente: Elaboración propia en base a resultados obtenidos al 01 de marzo de 2022.

Tabla 10. Porcentaje de antecedente de duelo reciente en entrevistados y TSM.

¿Ha tenido Ud. problemas financieros en los últimos 12 meses? (cesantía, pérdida de ingresos, etc.)	Trastorno de Salud Mental				
	No	Si	Total	No (sobre total)	Si (sobre total)
No	106	29	135	78,5%	21,5%
Si	69	58	127	54,3%	45,7%
Total	175	87	262	66,8%	33,2%

Fuente: Elaboración propia en base a resultados obtenidos al 01 de marzo de 2022.

Tabla 11. Porcentaje de entrevistados que consideran tener problemas económicos en el último año y TSM.

¿Se siente Ud. inseguro en el lugar dónde vive?	Trastorno de Salud Mental				
	No	Si	Total	No (sobre total)	Si (sobre total)
Si	42	27	69	60,9%	39,1%
No	128	53	181	70,7%	29,3%
No sé	5	7	12	41,7%	58,3%
Total	175	87	262	66,8%	33,2%

Fuente: Elaboración propia en base a resultados obtenidos al 01 de marzo de 2022.

Tabla 13. Porcentaje de sensación de seguridad en lugar de residencia de los entrevistados y TSM.

VARIABLES	COVID	COVID y variables sociodemográficas	COVID, sociodemográficas y otras
Tuvo COVID = 1, Si	0.710***	0.792***	0.627**
	(0.268)	(0.278)	(0.294)
Edad		-0.0190**	-0.0260**
		(0.00958)	(0.0110)
Género = 1, Mujer		0.722**	0.584*
		(0.308)	(0.331)
Nivel de estudios = 2, Entre 9 y 12		-0.482	-0.663
		(0.438)	(0.467)
Nivel de estudios = 3, Mayor a 12		-0.682	-0.573
		(0.470)	(0.497)
Duelo en los Últimos 12 meses = 1, Si			0.579*
			(0.296)
Problemas financieros en los Últimos 12 meses = 1, Si			0.863***
			(0.296)
Inseguro en el lugar donde vive = 1, Si			0.0533
			(0.330)
Alguna enfermedad o condición de riesgo = 1, Si			0.440
			(0.317)
Trabajador de la salud = 1, Si			-0.498
			(0.442)
Constante	-1.078***	-0.297	-0.706
	(0.202)	(0.727)	(0.808)
Observaciones	262	261	261

Errores Estándar en paréntesis
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Tabla 14. Resultados regresión logística (LOGIT)

VARIABLES	COVID	COVID y variables sociodemográficas	COVID, sociodemográficas y otras
Tuvo COVID = 1, Si	0.155*** (0.0573)	0.165*** (0.0560)	0.120** (0.0557)
Edad		-0.00391** (0.00192)	-0.00492** (0.00201)
Género = 1, Mujer		0.144** (0.0574)	0.109* (0.0594)
Nivel de estudios = 2, Entre 9 y 12		-0.105 (0.0968)	-0.131 (0.0936)
Nivel de estudios = 3, Mayor a 12		-0.145 (0.101)	-0.114 (0.100)
Duelo en los Últimos 12 meses = 1, Si			0.112** (0.0569)
Problemas financieros en los Últimos 12 meses = 1, Si			0.171*** (0.0583)
Inseguro en el lugar donde vive = 1, Si			0.0101 (0.0629)
Alguna enfermedad o condición de riesgo = 1, Si			0.0833 (0.0593)
Trabajador de la salud = 1, Si			-0.0903 (0.0758)
Observaciones	262	261	261

Errores Estándar en paréntesis
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Tabla 15. Efecto marginal promedio entre variables.

	Modelo (1)	Modelo (2)	Modelo (3)
COVID = 0	25,4%	24,61%	26,6%
COVID = 1	40,9%	41,06%	38,6%
Incremento (pp.)	15,5	16,5	12,0

Tabla 16. Efecto marginal promedio de tener COVID sobre la probabilidad de presentar algún TSM. Probabilidad base y final.