



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

LICENCIATURA EN MEDICINA

PROYECTO URBANO EN SALUD

INFORME DE SERVICIO SOCIAL SOBRE:

**DEPRESIÓN Y COVID-19: EFECTOS COLATERALES DE LAS MEDIDAS DE
CONTENCIÓN Y AISLAMIENTO EN LA PANDEMIA.**

ELABORA:

YUBIA HERNÁNDEZ NÁJERA

MATRÍCULA: 99238098

ASESOR: DR. VICTOR RÍOS CORTÁZAR

CIUDAD DE MÉXICO JUNIO DE 2023

ÍNDICE

Introducción	02
1. Generalidades del COVID-19	07
1.1. Los coronavirus y sus características	07
1.2. El COVID-19, origen, rasgos y peculiaridades	09
1.3. Formas de contagio, signos, síntomas y riesgo del COVID-19	11
1.4. La expansión del virus, de la epidemia a la pandemia	14
1.5. Medidas de contención del virus	18
2. La depresión como problema de salud pública	22
2.1. Definición y características de la depresión	22
2.2. Tipos de depresión y síntomas	25
2.3. Complicaciones	27
2.4. Impacto epidemiológico de la depresión	31
3. Efectos de la pandemia por COVID-19 en la prevalencia de los trastornos depresivos actuales	36
3.1. Discusión metodológica	37
3.1.1. Fuentes de datos y estrategia de investigación	37
3.1.2. Extracción de datos vía revisiones sistemáticas	38
3.1.3. Análisis estadístico de datos	39
3.2. Presentación de las revisiones sistemáticas y metanálisis encontrados	39
3.3. Análisis de las revisiones sistemáticas y resultados finales	53
3.3.1. Prevalencia de la depresión durante el COVID-19	53
3.3.2. Causas del incremento en los casos de depresión durante la pandemia	55
Conclusiones	59
Bibliografía	63

INTRODUCCIÓN

En los últimos años el mundo ha atravesado por una de las peores crisis sanitarias de todos los tiempos. Esta crisis, que fue resultado de la pandemia por coronavirus (COVID-19), ha tenido efectos catastróficos en todos los sistemas de salud del planeta y en todos los regímenes políticos existentes. Tal ha sido la gravedad de esta enfermedad, que las autoridades sanitarias de casi todos los países del orbe tuvieron que implementar protocolos rigurosos para poder hacer frente a esta emergencia que estaba cobrando cientos de miles de vidas. Las primeras acciones emprendidas incluyeron el cierre de fronteras, la suspensión de labores no esenciales, el uso obligatorio de mascarillas, la prohibición de todas las actividades sociales, la suspensión de actividades escolares presenciales en todos los niveles educativos, el cierre de espacios públicos con alta afluencia social, el aumento de la capacidad hospitalaria, el aislamiento de pacientes infectados y el confinamiento general de la población.

Desafortunadamente, a pesar de la implementación de todas estas acciones de contención de la enfermedad, el desconocimiento de los mecanismos de contagio del virus, su rápida propagación, la incapacidad médica para establecer un diagnóstico oportuno, así como la asociación errónea de la enfermedad con cuestiones políticas por parte de la población y su falta de capacidad para adaptarse al confinamiento, provocaron un crecimiento exponencial no solo del número de contagios, sino también del número de muertes en casi todos los rincones del mundo, sobre todo de aquellas personas que presentaban enfermedades crónicas degenerativas como el síndrome metabólico, hipertensión, diabetes mellitus, enfisema pulmonar crónico, etc.

Esto último generó que, tanto la pandemia por el virus, como sus medidas de contención, se prolongaran por más de dos años, teniendo severos efectos secundarios que las propias autoridades sanitarias de las distintas regiones del mundo no pudieron prever. El confinamiento de la población, el aislamiento de las personas infectadas y el temor provocado por todos los elementos implicados por

dicha enfermedad, fueron generando una serie de trastornos mentales que también resultaban graves sino se les identificaba y se les trataba a tiempo. Los casos de depresión, por ejemplo, tuvieron un incremento considerable a partir de que las autoridades sanitarias implementaron las medidas de confinamiento y aislamiento de la población para contener la enfermedad. De hecho existen datos oficiales que muestran el incremento de casos de suicidio, como consecuencia de la depresión que tales medidas han provocado. Por esta razón en la presente investigación nos surgió el interés por conocer ¿Cuál ha sido la prevalencia de casos de depresión como consecuencia de la crisis por COVID-19? ¿Cómo ha influido tanto la propia crisis del COVID-19, como sus medidas de contención en el desarrollo de esta patología? ¿Cuál ha sido la población que más ha sido susceptible a desarrollar este padecimiento? Y ¿En qué medida lograr detectar oportunamente las señales de depresión causada por el confinamiento puede ayudar a evitar complicaciones más graves a través del tiempo?

Todos estos cuestionamientos son relevantes debido a la naturaleza poco valorada de las implicaciones que las enfermedades mentales como la depresión presentan. De acuerdo con algunas investigaciones recientes, la naturaleza social del ser humano resulta contradictoria con las medidas impuestas por las autoridades sanitarias para la contención de enfermedades como la COVID-19. Esto significa que el confinamiento de un grupo social, una cuarentena o el aislamiento de un paciente infectado, pueden desencadenar en los individuos sentimientos de angustia, desesperación, culpa, nerviosismo, tristeza o miedo, afectando severamente el rendimiento físico, la capacidad de concentración y las habilidades para relacionarse socialmente. Los efectos de la depresión pueden incluir trastornos alimenticios, alteraciones en el ciclo del sueño y alteraciones metabólicas en individuos con enfermedades con comorbilidades, como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial o enfermedades crónico-degenerativas como el enfisema pulmonar, la fibrosis pulmonar o el cáncer, entre otros. Asimismo, estos trastornos afectan considerablemente el funcionamiento de las relaciones personales o familiares, el rendimiento laboral o escolar y la capacidad financiera de los afectados. Por lo tanto, una enfermedad como la depresión puede agravar

drásticamente el ciclo natural de la enfermedad por COVID-19 y provocar complicaciones no contempladas por las autoridades sanitarias.

Dadas estas circunstancias, la presente investigación se ha planteado como prioridad principal analizar si las medidas de contención del COVID-19, han tenido un impacto en la prevalencia de la depresión en la población en general durante el tiempo que ha durado esta pandemia. No obstante, para poder alcanzar dicho propósito, en este documento se ha considerado relevante desarrollar previamente los siguientes objetivos específicos:

- Comprender la naturaleza del COVID-19 y todos sus elementos.
- Observar los efectos de la enfermedad a nivel mental de las distintas poblaciones afectadas.
- Evaluar el impacto que la COVID-19 tiene en el desarrollo de enfermedades como la depresión.
- Examinar los estudios que a nivel internacional se han realizado sobre esta problemática y evaluar sus implicaciones generales.
- Analizar posibles rutas de acción para poder minimizar los efectos que las medidas de contención de la COVID-19 presenten sobre la depresión.

Cada uno de estos propósitos abonará a esta investigación toda la información necesaria no sólo para poder responder cada uno de los cuestionamientos arriba planteados, sino también, servirá para poder alcanzar el objetivo general que ya se ha definido.

En términos metodológicos, su desarrollo requerirá una revisión más profunda de la literatura existente sobre la problemática planteada. Dicha metodología consistirá en el análisis, comparación e interpretación de las múltiples revisiones sistemáticas y metanálisis que se publicaron, a nivel mundial, sobre la prevalencia de la depresión durante la pandemia de COVID-19, desde la aparición de los primeros brotes en 2020 hasta los primeros meses del 2022. Estas revisiones sistemáticas y metanálisis se obtendrán de las distintas bases de datos existentes como PubMed, Web of Science, EMBASE, MEDLINE y Cochrane Library entre otros. De estas investigaciones se revisarán solo aquellas que hayan analizado el

impacto del COVID-19 en la salud mental de la población. Sin embargo, no se considerarán dentro del análisis aquellos elementos que aborden temas como la ansiedad, el insomnio y el estrés, debido a que dichos elementos no forman parte de los objetivos de la investigación, los cuales se centran únicamente en el impacto del COVID-19 sobre la prevalencia de la depresión.

Para cumplir estos propósitos, el trabajo se ha estructurado en tres capítulos fundamentales: Generalidades del COVID-19, La depresión como problema de salud pública y Efectos de la pandemia por COVID-19 en la prevalencia de la depresión. En el primer capítulo, denominado “Generalidades del COVID-19” se revisarán detalladamente las características principales de esta enfermedad, centrándonos en su origen, características, signos y síntomas, formas de contagio, su proceso de expansión y las medidas de contención tomadas a nivel mundial.

En el segundo capítulo, titulado “La depresión como problema de salud pública”, se explorarán las características generales de la depresión, sus tipos, signos y síntomas, así como sus complicaciones y su impacto epidemiológico, a fin de comprender el peligro que esta enfermedad puede representar para la población mundial si no se le dan las consideraciones necesarias para contención.

En el tercer y último capítulo, denominado “Efectos de la pandemia por COVID-19 en la prevalencia de la depresión”, se comenzará por describir de manera detallada los pasos que se habrán de seguir, así como las estrategias que se habrán de utilizar para poder alcanzar los objetivos que se plantearon previamente, posteriormente se realizará la correspondiente comparación entre las diversas revisiones sistemáticas y metanálisis observados y, por último, se presentarán los resultados obtenidos de dicho análisis, centrándonos en cómo la pandemia de COVID-19 y las estrategias de contención empleadas por las autoridades sanitarias, así como los factores de riesgo que la propia enfermedad presenta, se convierten en elementos detonantes de los síntomas de la depresión en la población en general.

Finalmente, se expondrán las conclusiones de la investigación donde se revisará de manera general cuál ha sido la prevalencia de la depresión que se ha

presentado a partir de la pandemia por COVID-19, así como algunas de las implicaciones clínicas que la depresión generada por la pandemia puede producir si no se le da la debida atención. Adicionalmente, este apartado culminará estableciendo un conjunto de recomendaciones fundamentales para que las autoridades sanitarias y los creadores de políticas de salud puedan considerar en los futuros mecanismos de contención de las diversas pandemias que se pueden presentar a nivel global.

1. GENERALIDADES DEL COVID-19

1.1. Los coronavirus y sus características

Los coronavirus son diversos tipos de virus, que van de los 120 a los 160 nanómetros, y que por lo general pueden afectar a múltiples especies de animales, ya sean estas aves o mamíferos, aunque también son capaces de afectar al ser humano (Reina & Fraile, 2020). Su nombre se debe a su peculiar forma de esfera lipídica rodeada de protuberancias o espículas ancladas a la membrana viral que a la vista de un microscopio electrónico semejan a una corona solar. Taxonómicamente hablando, este tipo de virus pueden clasificarse en cuatro grupos conocidos como Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus y Deltacoronavirus, que en su conjunto forman la familia Coronaviridae (Díaz-Castrillón & Toro-Montoya, 2020).

Dentro de los Alphacoronavirus, se encuentran algunos coronavirus como el Porcino TGEV, el Felino CoV-FIPV 1146, el humano HCoV NL63 y el de algunos murciélagos como el BatCoV HKU2 46, entre otros. En el grupo de los Betacoronavirus encontramos algunos coronavirus causantes de infecciones respiratorias leves como el Bovino CoV ENT, el virus de la Hepatitis de los Roedores, los humanos HCoV HKU1 y el HCoV OC43, y los de diversos murciélagos como el BatCoV YNLF 31C, BatCoV GCCDC1 356, BatCoV HKU5 1 y el BatCoV Ra TG13, aunque cabe destacar que dentro de este mismo grupo se encuentran coronavirus más agresivos como el SARS CoV 1, el SARS CoV 2 y el MERS CoV Human, que pueden ser capaces de provocar epidemias severas. Por lo que respecta al de los Deltacoronavirus encontramos principalmente el de los delfines Dolphins CoV y el del Beluga Whale CoV. Finalmente, en el grupo de los Gammacoronavirus podemos hallar diversos coronavirus de aves como el ruiseñor con el Bulbul CoV, el de la gallinula con el Common Moorhen CoV y los tordos con Thrush CoV.

De todos estos coronavirus, los coronavirus humanos arriba señalados son causantes de enfermedades respiratorias leves. De hecho, se estima que producen

entre el 10% y el 30% de los resfriados que regularmente afectan a la población del mundo (Díaz-Castrillón & Toro-Montoya, 2020). En cuanto al resto de los coronavirus animales (zoonóticos), pese a que la mayoría no son graves y duran solo por periodos breves, existen variaciones como el SARS CoV 1 y 2, provenientes de los murciélagos, y el MERS CoV proveniente de los dromedarios, que pueden ser de alto riesgo para la población humana debido a que su alto nivel de contagio y la letalidad de sus efectos orgánicos, pueden ser causantes de pandemias globales como la que actualmente se ha vivido.

El SARS CoV 1 o Síndrome Respiratorio Agudo Severo, por ejemplo, fue un tipo de coronavirus que se identificó por primera vez en noviembre de 2002 en la provincia de Guangdong, sin embargo, sería hasta el 12 de marzo del 2003 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró un estado de alerta mundial por la presencia de este virus, que en aquel momento había alcanzado la cifra de 305 casos (Bu Figueroa, 2003). No obstante, la capacidad de réplica de este virus provocó que para finales de junio de ese mismo año se alcanzara un total de 8,460 casos con 799 fallecimientos (Thompson, 2003), siendo Canadá, Singapur, Hong Kong, Tailandia, Indonesia, Taiwán y Filipinas los países más afectados (INFOMED, 2023).

En todos estos casos, las manifestaciones de este coronavirus comenzaron con los habituales síntomas del resfriado común, es decir, fiebre de más de 38°C, odinofagia, cefalea y mialgias, sin embargo, después de siete días se comenzaba con tos seca, disnea e hipoxemia, las cuales en múltiples casos llegaban a complicarse en Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda, requiriendo apoyo mecánico ventilatorio e intubación, aunque en la mayoría de los casos el paciente no sobrevivía (Cruz-Martínez, Borja-Terán, Hernández-Rojas, & Velázquez-Zúñiga, 2003).

Por lo que respecta al MERS-CoV o Síndrome Respiratorio de Oriente Medio, fue un tipo de coronavirus que apareció por primera vez en Arabia Saudita en el año 2012 y que se propagó rápidamente por países Francia, Alemania, Reino Unido, Italia y Túnez (Moreira-Soto, Troyo, & Corrales-Aguilar, 2014). Algunos estudios

sugirieron que los camellos fueron una de las principales fuentes de esta enfermedad. Su característica principal fue que atacaba por lo general a personas del sexo masculino mayores de 50 años, ocasionándoles en un principio fiebre, mialgia, tos seca, disnea, fatiga y diarrea, sin embargo, a medida que la enfermedad evolucionaba los pacientes infectados presentaban el síndrome de dificultad respiratoria agudo, daño cardíaco agudo y/o neumonía severa (Peña-López & Rincón-Orozco, 2020). De hecho, de acuerdo con datos de la OMS, el 35% de los pacientes infectados por este virus fallecía (Organización Mundial de la Salud, 2022). Cabe destacar que, a pesar de la letalidad de esta enfermedad, la OMS no estableció medidas estrictas de contención y confinamiento para evitar su propagación debido a que el riesgo infectocontagioso era solo si había un contacto directo con la persona infectada.

En cualquiera de los dos casos, tanto el SARS-CoV como el MERS-CoV fueron un ejemplo de virus zoonóticos, es decir, que traspasaron la barrera de las especies, transmitiéndose de los animales salvajes a las personas. Así, tanto el SARS-CoV como el MERS-CoV fueron transmitidos al humano por animales como la civeta y el dromedario respectivamente, siendo estos a su vez afectados previamente por murciélagos que actuaban como un reservorio natural de estos coronavirus (INFURG-SEMES, 2020).

1.2. El COVID-19, origen, rasgos y peculiaridades

Igual que como lo vimos con el SARS-CoV y el MERS-CoV, a finales del 2019, en la ciudad de Wuhan en China, volvió a tenerse reportes de la aparición de casos de un nuevo coronavirus con una aparente similitud a los coronavirus del 2002 surgidos en Guangdong y del 2012 aparecido en Oriente Medio. En un principio, los especialistas en el ramo viral encargados del análisis de estos casos, consideraron estos brotes como un tipo de neumonía grave a la que denominaron neumonía de Wuhan, no obstante, a medida que se fueron realizando estudios epidemiológicos se logró reconocer una estrecha asociación evolutiva con los coronavirus ya señalados, sobre todo con el SARS-CoV por su aparente relación con el virus proveniente de los murciélagos. Esto llevó a que los especialistas y epidemiólogos

nombrarán de forma provisional a esta enfermedad como 2019-nCoV (Secretaría de Salud, 2020). Para el 09 de enero del 2020 el Centro Chino para el Control y la Prevención de Enfermedades informó a las autoridades sanitarias mundiales que la epidemia que estaba azotando esta región de China era causada por un virus completamente nuevo pero que sí estaba relacionado con el virus causante del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (Organización Panamericana de la Salud, 2020). Esta relación con el SARS fue una de las razones por las que el 11 de Febrero de 2020 el Comité Internacional de Taxonomía de los Virus (ICTV) le denominó a este nuevo virus como SARS-CoV-2, aunque cabe destacar que en esa misma fecha la OMS de acuerdo con las directrices de la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) anunció que el nombre de esta enfermedad sería COVID-19 (Organización Mundial de la Salud, 2023). Es de señalar que, debido a que el acrónimo en inglés de esta enfermedad es *coronavirus disease*, la Real Academia de Medicina indicó que se podría utilizar el género femenino alternativamente para el nombre de esta enfermedad pudiéndose llamar el COVID-19 o la COVID-19 (FundéuRAE, 2021).

En cualquier caso, la trascendencia que representó para los investigadores, epidemiólogos y virólogos, el reconocer que la enfermedad de Wuhan se trataba de un nuevo tipo de coronavirus, permitió poder realizar un análisis genético más profundo de esta enfermedad. Lo primero que se descubrió fue que, en el COVID-19, no se encontraron sustituciones de aminoácidos en los dominios de unión a receptores que interactúan directamente con la enzima convertidora de angiotensina 2 (ECA2), que es la proteína del receptor humano (Peña-López & Rincón-Orozco, 2020) y que si están presentes tanto en el SARS-CoV, como en el MERS-CoV. El SARS-CoV, por ejemplo, si utiliza esta ECA2 como uno de los principales receptores y la complementa con el antígeno CD209L como receptor alternativo (Peña-López & Rincón-Orozco, 2020). Por su parte, el MERS-CoV utiliza el antígeno CD26 como receptor primario, que actúa de manera muy similar a la enzima convertidora del SARS-CoV. Adicionalmente a esto, este nuevo coronavirus presentaba diversas mutaciones en los dominios de unión a receptores,

modificando severamente su capacidad para infectar a otra célula o tejido, lo cual lo volvía altamente contagioso y considerablemente más letal.

Un segundo elemento que se logró descubrir con la investigación genética del virus fue que se reconoció el factor “huésped”, como componente que influye en el desarrollo, contagio y evolución de la enfermedad. Esto significa que, las personas con enfermedades crónico-degenerativas e inmunodeprimidas, poseen proteínas virales que pueden contribuir a la patogénesis de la enfermedad, volviendo a esta población altamente vulnerable al SARS-CoV-2 (Yan-Rong, y otros, 2020).

1.3. Formas de contagio, signos, síntomas y riesgo

Dada la estructura genética del SARS-CoV-2, este virus posee la capacidad para realizar una adaptación de su proteína S a nivel del antígeno RBD para así mejorar su eficiencia en la unión a la ECA2 y mejorar la invasión de las células epiteliales alveolares (INFURG-SEMES, 2020). Esto quiere decir que, elementos como la saliva, la tos, los estornudos o cualquier tipo de contacto directo, pueden convertirse en vehículos diseminadores de este nuevo coronavirus volviéndolo sumamente peligroso. De hecho, en febrero de 2020 algunas muestras tomadas en heces fecales de pacientes con neumonía grave, permitieron identificar la presencia de este virus también en el plano gastrointestinal (Yan-Rong, y otros, 2020). En este sentido, un paciente infectado con el virus del SARS-CoV-2 puede presentar abundante proteína ECA2 tanto en las células epiteliales alveolares como en los enterocitos del intestino delgado volviéndolo aún más contagioso (Yan-Rong, y otros, 2020).

Por otro lado, dado que el virus del SARS-CoV-2 posee un periodo de incubación medio de entre 5 o 6 días, pudiendo variar de entre 1 a 14 días (Organización Mundial de la Salud, 2021), una persona infectada con dicho virus puede transmitirlo a todas las personas con las que entre en contacto, ya sean estos amigos, familiares, compañeros de trabajo o cualquier tipo de persona que haya tenido proximidad con el infectado en algún espacio cerrado o medio de transporte, aún si dicho contacto se realiza por un breve lapso de tiempo. Asimismo, estos

últimos pueden seguir contagiando a una gran cantidad de personas mucho antes de presentar cualquier tipo de síntoma, incluso se han presentado una gran cantidad de casos en donde una persona portadora del virus puede ser asintomática y, aun así, infectar a todas las personas con las que entre en contacto. De esta manera el virus puede propagarse rápidamente a cualquier zona o región del mundo mucho antes de que se descubran los medios para su posible control.

De acuerdo con la OMS, una vez que una persona se ha infectado con el virus del SARS-CoV-2, ésta puede presentar múltiples signos y síntomas dependiendo la evolución que la enfermedad tenga en el paciente. Los síntomas más habituales, presentados durante la fase inicial de la enfermedad son la fiebre, con picos febriles entre 37.5 a 38.5°C, acompañada de tos persistente, ya sea seca o con secreciones y los recurrentes cuadros de cansancio (Organización Mundial de la Salud, 2021). De hecho, algunos metanálisis recientemente elaborados han demostrado que, las personas infectadas presentan fiebre en un 53.8%, tos en un 67.4%, y fatiga en un 36.4%. (Martínez-Salazar, Juárez-González, Castillo-Pérez, & VázquezVega, 2022).

No obstante, existen datos que sugieren la presencia de otros síntomas complementarios como son: anosmia, ageusia, cefalea, mialgias, artralgias, disfagia, conjuntivitis, rinitis, vértigo, dermatitis, náusea, vómito, diarrea y escalofríos (Organización Mundial de la Salud, 2021). La anosmia, por ejemplo tiene una presencia del 28%, mientras que la ageusia del 24.8%, sin embargo, algunos datos sugieren que el 41% de los pacientes infectados con COVID-19 presentan ambas. En el caso de la cefalea está tiene una presencia del 21.9%, las mialgias un 26.6%, la diarrea un 11.6% y un 5.4% presenta náusea o vómito (Martínez-Salazar, Juárez-González, Castillo-Pérez, & VázquezVega, 2022).

Cabe destacar que, si la enfermedad evoluciona rápidamente y adquiere un cuadro grave, los pacientes infectados también pueden presentar disnea, pérdida del apetito, confusión, dolor, opresión en el pecho e hipoxia. Incluso, existen casos documentados en donde se han presentado accidentes cerebrovasculares y edema cerebral (Organización Mundial de la Salud, 2021).

En todo caso, el nivel más extremo de esta enfermedad es la muerte del paciente. No obstante, el riesgo de este nuevo coronavirus no radica únicamente en el daño orgánico que le pueda generar a un individuo infectado, sino más bien, en su capacidad para replicarse y transmitirse. La rapidez con la que este virus se propaga en la población es tan alta, que en tan solo unos meses casi toda la población del mundo se ha visto afectada. Sin embargo, a pesar de que el índice de mortalidad del virus es tan solo del 3%, sus efectos en los individuos que presentan obesidad, hipertensión, diabetes, enfermedad renal o asma, es altamente preocupante. Estudios recientes han demostrado que existe una correlación lineal positiva entre las comorbilidades de los pacientes infectados y el desenlace que estos pueden tener, es decir, a mayor número de complicaciones, mayor es la probabilidad de fallecer después de haberse contagiado por COVID-19 (Guzmán Pérez, Oliva Corujo, Ferrer Castro, & Serra Rodríguez, 2021). En este sentido, el efecto que el COVID-19 puede producir en un paciente con alguna de estas comorbilidades puede ser desde un Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda (SDRA) y un Choque Séptico, hasta una Trombosis Aguda.

El SDRA, por ejemplo, es una de las complicaciones severas más frecuentes del COVID-19, debido a que se identifica como un edema pulmonar que aparece tras una lesión directa o indirecta de la membrana alveolocapilar, provocando una inflamación pulmonar intensa y una hipoxemia grave (Guerín, 2017), la cual, dependiendo de su nivel de gravedad, requerirá desde oxígeno complementario, hasta la asistencia ventilatoria mecánica y en pronó, aunque no son garantía de la supervivencia del paciente infectado.

En el caso del Choque Séptico, esta complicación se asocia con el COVID-19 debido a que este tipo de coronavirus puede inducir una tormenta de citoquinas en el paciente, desencadenándole una elevación de mediadores inflamatorios agravando su estado de salud y pudiendo ocasionarle la muerte (Rámirez-Guerrero, y otros, 2022). Sus signos pueden incluir alteración del estado mental, alteraciones respiratorias, oxigenación baja, taquicardia, hipotensión arterial y piel marmórea,

entre otros (Martínez-Salazar, Juárez-González, Castillo-Pérez, & VázquezVega, 2022).

Finalmente, la trombosis aguda es otra de las consecuencias que la enfermedad del COVID-19 puede producir. Su característica principal radica en la hipercoagulabilidad que el virus genera en el organismo, pudiendo producir una embolia pulmonar o una trombosis venosa profunda y, en algunos casos, una trombosis arterial con afectación al sistema nervioso central (Coiras, Mayte; Meijón-Ortigueira, María del Mar; Jiménez-Yuste, Víctor, 2020), cuyas consecuencias pueden terminar con la vida del paciente o dañarlo de modo definitivo.

Cabe hacer notar que estas complicaciones se vuelven aún más riesgosas para aquellas personas mayores de 50 años y que además padezcan las comorbilidades señaladas.

1.4. La expansión del virus, de la epidemia a la pandemia

Como se ha podido observar, las características etiológicas así como la estructura viral del COVID-19 hicieron que el brote de esta nueva enfermedad rápidamente se propagará en la ciudad de Wuhan y sus alrededores. Los primeros casos correspondían a personas que habían tenido algún tipo de relación con el Huanan Seafood Wholesale Market, el cual se dedicaba no solo a la compra, venta y distribución de carne de animales acuáticos, sino también, a la venta, preparación y consumo de algunos animales exóticos (Díaz-Castrillón & Toro-Montoya, 2020), entre los que probablemente se encontraba un hospedador intermediario de este virus propio de los murciélagos.

Rápidamente, los casos de inflamación pulmonar ocasionados por este virus, para ese entonces desconocido, se propagaron por toda la provincia de Hubei alarmando a las autoridades sanitarias. Sin embargo, sería hasta el 31 de diciembre de 2019 cuando el gobierno chino notificara a la OMS sobre la aparición de una enfermedad desconocida que estaba ocasionando una epidemia de casos de neumonía atípica. Las primeras acciones tomadas por el gobierno de este país asiático se encaminaron a tratar de descubrir el lugar donde se originó el contagio

para evitar que se presentaran nuevos casos. Esto llevó a que el 1 de enero de 2020 se ordenara el cierre del mercado mayorista de mariscos de Huanan después de que todos los casos de contagio de la enfermedad coincidieran en la visita a dicho mercado (Aytekin, 2020).

El primer deceso del que se tuvo conocimiento, fue el caso de un hombre de 61 años que murió el 11 de enero de 2020 después de haberse contagiado aparentemente en el mercado de Huanan, sin embargo, días más tarde comenzaron a registrarse múltiples casos fuera de China. Así, el 13 de enero se registró el primer caso en Tailandia, tres días más tarde se registró otro caso en Japón y para el día 21 y 25 de ese mismo mes se registraron los primeros casos en Estados Unidos y Australia respectivamente (Aytekin, 2020). Para el 22 de enero se contaba con un registro de 550 casos y un total de 17 muertes, lo que obligó a las autoridades sanitarias del país asiático a implementar una cuarentena a la ciudad de Wuhan y a impedir el acceso a todos los territorios que formaban parte de la provincia de Hubei (Aytekin, 2020).

Sería hasta el 30 de enero del 2020, ya con un registro de 7,818 casos confirmados en China y 82 casos distribuidos en 18 países (Enriquez & Saénz, 2021), cuando la OMS declarararía el brote de esta nueva enfermedad como una emergencia de salud pública mundial (Mora-Alvarado, 2022), aunque aún no utilizaría la clasificación de pandemia.

Durante el mes de febrero de ese mismo año, tanto el número de casos, como el número de muertes registradas en el mundo, aumentó exponencialmente. El primer fallecimiento en Europa ocurrió el 13 de febrero y se trató de un hombre de Valencia, España, que recién había viajado a Nepal. Para el 14 de febrero se registraron los primeros casos en África: uno en Egipto y otro en Nigeria. Aunque dichos casos no llegaron directamente de China, sino de Europa y Estados Unidos (Mora-Alvarado, 2022). El 19 de febrero se registraron en Irán los primeros casos y las primeras muertes por esta enfermedad, y para el día 21 de ese mes se tuvieron los primeros registros en Italia, en la región de Lombardía. Cabe destacar que, el 22 de febrero, en tan solo un día se registraron un total de 229 casos en la ciudad de

Daegu, en Corea del Sur, convirtiéndose en el segundo país con más casos de COVID-19 después de China (Aytekin, 2020).

En América Latina sería hasta finales de febrero cuando se registraron los primeros casos. De hecho, fue Brasil el primer país que registró su primer caso el 26 de febrero, como consecuencia del viaje que una persona había realizado a la península italiana (Aytekin, 2020). Sin embargo, para ese momento ya se tenía un registro de 1,344 casos confirmados en el mundo, por lo que la OMS tomó la decisión de aumentar el nivel de riesgo de la epidemia por COVID-19 de alto a muy alto, aunque aún no consideraba necesario clasificar la epidemia como una pandemia.

Para la OMS, el uso del concepto “pandemia” podía generar miedo, sufrimiento e incertidumbre innecesarios, ya que significaba que la enfermedad se había extendido por todo el mundo sin lograr contenerse. No obstante, cuando se lograron confirmar la existencia de 118,000 casos en 114 países con un total de 4,291 personas fallecidas por causa de la epidemia del COVID-19, la OMS no dudó en clasificar dicha enfermedad como una pandemia debido al inminente riesgo que ésta podía representar si no se tomaban acciones contundentes a nivel global (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Desafortunadamente, pese a todos los esfuerzos internacionales y las medidas de contención tomadas, la agresiva replicación genética del virus y su alta capacidad para adaptar sus proteínas para mejorar la eficacia de su unión, provocaron que la propagación del virus se extendiera indefinidamente por todos los rincones del mundo, generando una verdadera crisis global en todos los aspectos de la vida humana. Durante los primeros meses de la pandemia, se registró un crecimiento exponencial en el número de personas infectadas y también en el número de muertes. Estados Unidos, por ejemplo, alcanzó la cifra de 1 millón 577 mil 287 casos confirmados al 22 de mayo de 2020. España, por su parte registró 234 mil 842 casos en la misma fecha. Italia alcanzó un total de 228 mil casos en el mismo periodo y Alemania llegó a 177 mil 212 casos. Aunque cabe destacar que para este periodo China logró mantener los 84 mil casos que había alcanzado desde

febrero de ese año gracias a sus medidas rigurosas de contención. En el caso de otros países de Asia, podemos señalar a Japón, que logró mantener una trayectoria controlada en el número de contagios alcanzando los 16 mil 513 casos, así como Corea del Sur, que logró mantenerse en los 11 mil 142 casos gracias a sus correspondientes gestiones públicas de salud (Martínez S & Vargas F, 2020).

En todos estos casos se pudo observar que las curvas de contagio, después de un acelerado crecimiento, alcanzaban un punto máximo para después descender. Aunque la amplitud de la curva y su altura variaba dependiendo la población de cada país, las medidas tomadas por sus gobiernos y la resiliencia que presentaban sus ciudadanos. No obstante, en muchos casos se volvían a presentar nuevamente incrementos exponenciales en el número de contagios hasta alcanzar nuevos puntos máximos y descender nuevamente. De hecho, debido a estas tendencias de incremento y descenso en el número de contagios y muertes, las autoridades sanitarias internacionales las denominaron olas de contagios.

Para finales del año 2020, la pandemia había llegado a 218 países en el mundo con un total de 83.4 millones de personas contagiadas. Sin embargo, el 79.29% de estos contagios se concentró solamente en 20 países, siendo los más representativos Estados Unidos con 8 millones 2 mil 326 casos, Francia con 2 millones 361 mil 242 casos, Reino Unido con 1 millón 221 mil 109 casos y Brasil con 733 mil 932 casos (Torres-Ramírez & Orozco, 2021). Un mes después, es decir, para el 30 de enero de 2021, el mundo había alcanzado ya los 100 millones de casos, siendo el continente americano el que más registros presentaba con un total de 44 millones 965 mil 763 contagiados, seguido del continente europeo con 32 millones 572 mil 430 casos y el continente asiático con 20 millones 810 mil 102 registros confirmados (RTVE, 2023). No obstante, la mutación del virus en sus variantes “delta” y “ómicron” provocaron que el número de casos se incrementara vertiginosamente.

El 27 de diciembre de 2021, el número de casos alcanzaba un total de 276 millones 436 mil 619 contagios y 5 millones 374 mil 744 fallecidos, siendo los Estados Unidos el país con más casos registrados con 51 millones 574 mil 787

contagios, seguido de la India con 34 millones 765 mil 976 casos, Brasil con 22 millones 219 mil 477 y el Reino Unido con 11 millones 769 mil 421 casos (Departamento de Seguridad Nacional, 2021). Esto a pesar de que durante este año se había dado inicio a una amplia campaña de inmunización que se implementó a nivel global y que fue resultado de los avances científicos que se fueron logrando en el reconocimiento del virus.

Para finales de diciembre de 2022 el número de contagios alcanzaba la cifra de 660 millones 369 mil 452 casos y más de 6 millones de muertes (STATISTA, 2023). Aunque, de acuerdo con la OMS, es probable que el número de contagios y el número de fallecimientos exceda por mucho los registros oficiales de los distintos países del mundo. Lo anterior debido al debilitamiento de los sistemas de salud, el aislamiento tecnológico de algunas regiones y la precariedad en las acciones políticas y sanitarias de algunos estados.

1.5. Medidas de contención del virus.

Después de que la OMS logró reconocer el riesgo que esta enfermedad representaba para la población mundial y después de identificar que su periodo de incubación oscilaba entre los 2 a 7 días y que podría extenderse hasta 14 días, decidió emitir diversas medidas de contención que coadyuvaran a reducir su propagación. Lo primero en proponer fue romper con la cadena de contagios para que el virus no viajara de una persona a otra. Para esto, les recomendaba a todos los países identificar los casos de contagio, aislarlos y rastrear las personas con quien estos hubieran tenido contacto, darles seguimiento a esos contactos por 14 días y romper la cadena de contagios por medio de su aislamiento (Martínez Soria, Torres Ramírez, & Orozco Rivera, 2020). Asimismo, recomendó el uso de mascarillas higiénicas con un mínimo de tres capas, con el objetivo de que el usuario no contaminara su entorno o que él se contamine de ese mismo entorno (Romero-Saritama, 2021).

Según la OMS, el uso de las mascarillas evitaba, no solo la propagación del virus por medio de las gotas de saliva que se emiten al hablar y que podían durar

en el aire hasta 18 minutos, sino también, evitaba que la gente se tocara nariz y boca con las manos, ya que estas tendían a estar en contacto con superficies donde el virus podía haberse depositado y en donde podía sobrevivir hasta por varios días, volviéndose un medio de contagio altamente riesgoso.

Cabe destacar que, debido que el virus podía sobrevivir en algunas superficies hasta por 7 días sin perder su capacidad de infección, la OMS también, recomendó el lavado de manos de manera exhaustiva con agua y jabón durante un aproximado de 40 segundos para asegurar la destrucción del virus, o en su defecto, el uso de algunos solventes orgánicos como el alcohol etílico, el éter o el cloroformo, o desinfectantes como el cloro y el ácido peroxiacético (Romero-Saritama, 2021).

Adicionalmente, debido a que múltiples estudios demostraron que al hablar durante un minuto, una persona era capaz de emitir un promedio de 1,000 núcleos de gotículas que contienen el virus (Romero-Saritama, 2021) y al tiempo que dicho virus podía sobrevivir tanto en el aire como en las superficies sólidas, la OMS consideró necesario tomar medidas de distanciamiento físico, social y de confinamiento. No obstante, estas recomendaciones fueron aplicadas de maneras distintas por cada uno de los países del mundo. China por ejemplo, estableció de manera inmediata el confinamiento de toda su población, la suspensión de eventos masivos y clases, la prohibición del uso privado de automóviles, la salida a la calle sin permiso, el endurecimiento de controles fronterizos y el establecimiento de restricciones para el ingreso de viajeros internacionales (Martínez Soria, Torres Ramírez, & Orozco Rivera, 2020).

Estados Unidos, por su parte comenzó por restringir el ingreso de extranjeros provenientes de las zonas con mayor número de contagios, prohibió las reuniones de más de mil personas y estableció sanciones como multas y arrestos a quienes incumplieran estas normas y, a partir del 17 de marzo de 2020, decretó una orden de aislamiento obligatorio en casa (Martínez Soria, Torres Ramírez, & Orozco Rivera, 2020).

En el caso de Italia, las autoridades sanitarias declararon a todo el país como zona roja, confinando a toda su población y permitiendo la salida a la calle sólo de aquellas personas que trabajaran en actividades esenciales. Adicionalmente, se prohibió cualquier tipo de reunión pública, eventos deportivos y el movimiento a través del país sin permiso. También se ordenó el cierre de todos los bares, restaurantes, escuelas y centros universitarios (Martínez Soria, Torres Ramírez, & Orozco Rivera, 2020).

En países como España y Francia las medidas fueron muy similares. Ambos países ordenaron el cierre de escuelas, universidades y guarderías en las zonas con alto número de contagios, la suspensión de eventos deportivos o su realización a puerta cerrada, así como la prohibición de cualquier tipo de reunión pública ya fuera de orden comercial, cultural, social o religiosa. En el plano laboral, se optó por reducir el número de horas en el trabajo y en la mayoría de los casos se empleó la estrategia de teletrabajo (Martínez Soria, Torres Ramírez, & Orozco Rivera, 2020).

Finalmente, en el caso de México las medidas incluyeron la suspensión de actividades consideradas como no esenciales y las reuniones de más de 50 personas, el confinamiento obligatorio para personas mayores de 60 años o con comorbilidades (Gobierno de México, 2020), así como el establecimiento de una jornada nacional de Sana Distancia y el programa #Quédate en casa. En el caso de la jornada nacional de sana distancia, la Secretaría de Salud ordenó mantener una distancia de entre 1.5 y 2.25 metros entre una persona y otra al realizar cualquier actividad, además, se prohibía saludar de beso, mano o abrazo y se obligaba a no salir de casa.

Por lo que respecta a la campaña #Quédate en casa, se prohibieron los eventos públicos masivos, reprogramándolos para cuando la pandemia pudiera ser controlada, y el cierre de comercios considerados como no esenciales. Dentro de estos últimos se incluía el cierre de museos, parques, iglesias, cines, gimnasios, teatros, zoológicos, bares, centros nocturnos, antros, salones de fiestas, y todos los centros educativos de todos los niveles (Medel Palma, Rodríguez Nava, Jiménez Bustos, & Martínez Rojas Rustrián, 2020).

Cabe destacar, que estas medidas fueron radicalmente diferentes cuando se trataba de casos positivos o probables. Si el paciente resultaba ser positivo en una prueba rápida de detección de antígenos o en una PCR, pero no mostraba síntomas o signos de la enfermedad, lo que se recomendaba era un aislamiento de diez a catorce días al principio de la pandemia, aunque para finales del 2022 esta cantidad se redujo a sólo cinco días de aislamiento. Por su parte si sólo existía la sospecha de contagio por haber estado en contacto con una persona con infección confirmada o probable, también se recomendaba mantener una cuarentena de 14 días a partir del último día de contacto (Organización Mundial de la Salud, 2021).

En el caso de los pacientes positivos confirmados esta situación cambiaba dependiendo los síntomas que presentaban. Aquellos pacientes sintomáticos que presentaban casos leves, moderados o sin compromiso inmunológico severo, se les recomendaba un aislamiento de diez días desde la manifestación del primer síntoma hasta su desaparición y por lo menos un día sin fiebre (Quiroz-Aldave, y otros, 2021). Por lo que respecta a los pacientes sintomáticos que presentaban síntomas graves o con compromiso inmunológico severo, se recomendaba un aislamiento que podía ir de los diez a los veinte días a partir del primer síntoma y hasta su desaparición con por lo menos 24 horas sin fiebre (Quiroz-Aldave, y otros, 2021).

Finalmente, en el caso del personal de salud, las directrices establecidas por las autoridades sanitarias de algunos países establecieron convenios con el ramo hotelero para poner a disposición del personal médico las habitaciones necesarias para que estos pudieran seguir desarrollando sus actividades laborales sin poner en riesgo a sus familiares y amigos. Sólo en el caso de que el personal de salud resultara positivo las medidas aplicadas incluían también el aislamiento.

2. LA DEPRESIÓN COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Como se pudo apreciar en el capítulo anterior, en casi todos los países del mundo las medidas de contención del COVID-19 incluyeron la cuarentena, el aislamiento y el confinamiento como una estrategia fundamental para disminuir la propagación de esta enfermedad. Sin embargo, para muchas personas, dichas medidas de contención provocaron enfermedades de orden mental que no se habían considerado. La depresión, por ejemplo, fue en muchos casos una consecuencia recurrente para todos aquellos que tuvieron que ser aislados o confinados por haber resultado positivos o por haber estado en contacto con alguna persona positiva al COVID-19. Es por esto que en el presente apartado se analizará de manera detallada todo ese conjunto de elementos que distinguen y caracterizan a la depresión como un problema de salud pública, con el propósito de sembrar las bases para poder entender si existe una relación entre las medidas de confinamiento y el aumento en los casos de depresión que se ha registrado en los últimos años.

2.1. Definición y características de la depresión

Aunque en la actualidad existen muchas definiciones que tratan de conceptualizar a la depresión utilizando sus principales rasgos distintivos o sus posibles consecuencias, la realidad es que sólo unas pocas definiciones han logrado capturar la naturaleza intrínseca de este padecimiento. Para el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V), la depresión puede ser vista como un estado del ánimo en donde existe una reducción del gusto por las actividades que comúnmente generaban placer (Elsevier, 2023). No obstante, a pesar de su alta aceptación, esta definición resulta ser demasiado amplia y, hasta cierto punto, ambigua, debido a que no considera el rango de tiempo que puede durar dicho estado de ánimo, ni las variaciones que este pueda presentar.

Por su parte, la OMS también considera a la depresión como un trastorno mental afectivo caracterizado por cambios en el ánimo con síntomas cognitivos y físicos (Corea Del Cid, 2021), aunque en su definición tampoco se considera el

factor tiempo como un elemento preponderante, sino más bien, lo reducen a una herramienta diagnóstica simple.

La depresión, a diferencia de un sentimiento de tristeza común que se caracteriza por durar solo unas horas o quizá algunos días, se distingue por prolongar ese estado de tristeza y desánimo a lo largo de todo el día, todos los días y por más de dos semanas (Mayo Clinic, 2022). Por lo tanto, si se toma en consideración el factor tiempo para establecer una definición completa e integral de este padecimiento, se puede considerar a la depresión como un trastorno emocional que genera un sentimiento de tristeza constante y una pérdida por el agrado de aquellas actividades por las que se tenía predilección (Mayo Clinic, 2022). En este sentido, la variable “constante” añadida a esta definición establece una diferencia significativa y relevante para su comprensión y análisis.

Por lo que respecta a los elementos que provocan esta enfermedad, se puede señalar que actualmente se tienen identificados tres posibles factores que pueden ser sus principales detonantes: el genético, el químico y el hormonal. El primero de ellos ha sido un factor ampliamente analizado a lo largo del tiempo por los genetistas, quienes han establecido la hipótesis de que la baja producción de las hormonas vinculadas con la depresión puede ser un problema hereditario. Esto lo han demostrado algunas investigaciones realizadas tanto en Estados Unidos como en el Reino Unido, donde se ha identificado una región del cromosoma 3 que contiene hasta 90 genes relacionados con la depresión severa (Hernández, Marañón, & Mato, 2016).

Por su parte, algunas otras investigaciones que analizaron el genoma de más de cinco mil mujeres con depresión, identificaron dos genes en el cromosoma diez relacionados directamente con la depresión. El primer gen reconocido es el SIRT1, que también es conocido como “sirtuina”, es una proteína que está implicada en la generación de mitocondrias y la homeostasis metabólica, lo cual explica las razones por las que una persona que padece depresión presenta un mayor ADN mitocondrial (Hernández, Marañón, & Mato, 2016). El segundo gen es el LHPP también conocido como fosfolisina fosfohistidina que tiene la propiedad de ser un supresor tumoral y

que puede servir como un marcador para el diagnóstico de esta enfermedad ya que normalmente se le relaciona con la función tiroidea.

Cabe señalar que, la existencia de estas dos variantes genéticas en los individuos que padecen depresión, no significa necesariamente que quien padece depresión transmitirá dicha enfermedad a sus descendientes. Sin embargo, existe una alta predisposición de dicha descendencia a ser susceptibles a padecer este trastorno si se le generan las condiciones propias de él.

En lo referente al segundo factor (factor químico), podemos señalar que todos los individuos que son susceptibles genéticamente a padecer depresión, cuando sufren un exceso de estrés, tienden a alterar la relación existente entre la serotonina (5-HT), la noradrenalina (NA), el sistema inmune y el eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA), provocando un incremento en la actividad del eje HPA y del sistema inmune alterando los niveles de serotonina y noradrenalina provocando las conductas propias de la depresión (Pérez-Padilla, Cervantes-Ramírez, Hijuelos-García, Pineda-Cortés, & Salgado-Burgos, 2017). Esto se debe a que el sistema límbico se regula por diversas vías nerviosas que liberan transmisores químicos como la noradrenalina (NA), la dopamina (DA), la serotonina (5-HT) y la acetilcolina (ACh), las cuales dan origen a las emociones (Pérez-Padilla, Cervantes-Ramírez, Hijuelos-García, Pineda-Cortés, & Salgado-Burgos, 2017).

Finalmente, en lo relacionado con el factor hormonal, estudios recientes han señalado que en los cambios endócrinos en donde existe un aumento de las hormonas folículo estimulantes (FSH) y luteinizante (LH), o en donde exista variabilidad en los niveles de estrógenos, se pueden presentar cuadros de depresión (Estrada-Camarena, 2021). Esto significa que, para las mujeres en periodo premenstrual, perimenopáusico o en postparto la elevación de los niveles de FSH, LH y los bajos niveles de estrógenos y progestinas, pueden provocar síntomas de depresión aún en aquellas mujeres que no están predispuestas genéticamente a este trastorno (Estrada-Camarena, 2021).

2.2. Tipos de depresión y sus síntomas

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5 (DSM-5), en la actualidad se pueden reconocer diversos trastornos depresivos que impactan en el desarrollo personal, familiar, educativo o laboral de los individuos. Dentro de tales trastornos se encuentran: trastorno de depresión mayor, trastorno depresivo persistente o distimia, trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por una sustancia, trastorno depresivo debido a otra afección médica, otros trastornos.

El primero de estos trastornos depresivos, identificado como trastorno de depresión mayor, ocurre cuando la persona experimenta por al menos dos semanas un estado de ánimo deprimido y una pérdida de interés de todas las actividades que le generaban placer. Su característica principal radica en el hecho de que este estado de ánimo deprimido se mantiene la mayor parte del día y casi todos los días con al menos cinco o más síntomas a lo largo de todo este periodo. Estos síntomas incluyen: sentimientos de tristeza, vacío o desesperanza; pérdida o aumento de peso, complementado con un aumento o disminución del apetito; insomnio o hipersomnia; agitación o desgano al realizar cualquier actividad; fatiga o debilidad; sentimientos de inutilidad, culpa o autorreproches; pérdida de la concentración y de la capacidad para tomar decisiones; y finalmente un pensamiento de muerte o deseo suicida recurrente (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

El segundo trastorno, conocido como trastorno depresivo persistente o distimia, es un estado de ánimo similar al trastorno depresivo mayor pero que, a diferencia de éste, su duración se puede prolongar por más de un año en niños y adolescentes, y por más de dos años en adultos. Su característica radica en presentar por lo menos dos síntomas de los siguientes síntomas: baja autoestima, sentimientos de desesperanza, falta de concentración, incapacidad para tomar decisiones, fatiga, insomnio o hipersomnia, y pérdida o aumento del apetito (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Por lo que respecta al trastorno disfórico premenstrual, este consiste en un estado de ánimo caracterizado por una labilidad afectiva intensa, irritabilidad, sentimientos de desesperanza o autodesprecio, ansiedad y tensión. Este trastorno ocurre regularmente una semana antes del inicio del ciclo menstrual, los cuales van disminuyendo a medida que transcurre dicho ciclo, desapareciendo en su totalidad hasta después de una semana de haber terminado la menstruación. Cabe destacar, que estos síntomas por lo general van acompañados de una fatiga intensa, sensación de agobio, pérdida del interés por las actividades cotidianas y cambios en el apetito (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

En cuanto al trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, se puede señalar que este trastorno se distingue porque la persona afectada presenta un estado de ánimo deprimido y una disminución notable del interés de casi todas las actividades que le generaban placer, con síntomas similares a los del trastorno depresivo mayor después de haberse expuesto a un medicamento o sustancia química como el alcohol o las drogas. Sin embargo, dicho trastorno puede permanecer incluso un mes después de haber sufrido la intoxicación (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

El quinto trastorno depresivo, identificado como trastorno depresivo debido a otra afección médica, es un estado de ánimo también similar al trastorno depresivo mayor, pero que es resultado de la existencia de otra u otras afectaciones médicas que la persona afectada este padeciendo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Finalmente, existen otros trastornos depresivos que aunque presentan algunos síntomas de los trastornos anteriores, su permanencia y duración no cumplen con los criterios establecidos para poderlos clasificar dentro de los trastornos anteriores. Esto provoca que dichos cuadros depresivos se consideren como depresión breve recurrente, episodios depresivos de corta duración o episodios depresivos con síntomas insuficientes (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Cabe destacar que, a pesar de que estos trastornos depresivos son los más usuales en el ambiente médico, existen otros trastornos depresivos poco utilizados pero sumamente relevantes por sus características intrínsecas. Entre estos trastornos encontramos la depresión perinatal y el trastorno afectivo estacional. El primero consiste en un cuadro de depresión mayor sufrido por una mujer durante su embarazo o después del parto. El segundo consiste también en un cuadro de depresión mayor pero que es resultado del cambio en las estaciones del año siendo más frecuente, a finales del otoño o principios de invierno y desapareciendo en la primavera. Estos trastornos también son relevantes por que los cuadros depresivos pueden afectar las condiciones laborales, familiares y sociales de los individuos que las padecen (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2021).

2.3. Complicaciones

La depresión, por su propia naturaleza, es un trastorno severo que puede conllevar a una múltiple variedad de complicaciones con efectos devastadores para quien la padece. Entre los más comunes se encuentran: sobrepeso u obesidad, dolor, aislamiento social, conductas autolesivas, ansiedad, alcoholismo, drogadicción y suicidio. En el caso del sobrepeso u obesidad, diversas investigaciones han identificado la existencia de una fisiopatología común en los casos de obesidad y los del trastorno depresivo mayor, la cual podría corresponder a un efecto directo a nivel de la toxicidad cerebral que genera la obesidad (Alonso & Olivos, 2020). De hecho, de acuerdo con algunos estudios, existe una relación inversa entre la obesidad y la autoestima de los individuos, es decir, entre mayor sea el grado de obesidad de una persona, menores serán sus niveles de autoestima y esto a su vez producirá una relación inversa entre la autoestima y la depresión, es decir, entre más baja sea la autoestima de una persona mayores niveles de depresión poseerá (Ocampo, Guerrero, Espín, Guerrero, & Aguirre, 2017). La insatisfacción con la propia apariencia, resultado del sobrepeso, la obesidad y los estándares sociales que establecen un patrón de belleza asociado con un cuerpo esbelto, incrementa los niveles de depresión que regularmente este tipo de personas padecen (Ocampo, Guerrero, Espín, Guerrero, & Aguirre, 2017). No obstante, también existen casos en

donde una persona con el trastorno de depresión mayor tiende a refugiarse en el consumo excesivo de alimentos con alto contenido calórico para distraerse de lo que le genera la depresión, provocándose un trastorno alimenticio y en consecuencia un incremento continuo en su talla y por tanto de sus niveles de insatisfacción consigo mismo.

Por lo que respecta al dolor, aunque no existen muchas investigaciones que permitan establecer una relación clara entre este elemento y el trastorno depresivo, algunos estudios han identificado la presencia de esta complicación en casi todos los casos de depresión, de hecho, hay quienes sugieren que la presencia de una favorece la existencia de la otra, es decir, quienes padecen altos umbrales de dolor pueden desarrollar depresión y a su vez, quienes padecen un trastorno depresivo mayor pueden manifestar dolor crónico (Fuentes, Ortiz-Msc, Wolfensonb, & Schonffeldt, 2019). Es por esto que en muchos casos, el uso de antidepresivos tricíclicos han resultado efectivos para poder inhibir esta complicación, incluso sus efectos han provocado el estudio de la noradrenalina como un importante neurotransmisor para tratar esta patología (Fuentes, Ortiz-Msc, Wolfensonb, & Schonffeldt, 2019). Cabe destacar que, para algunos investigadores, la relación existente entre la depresión y el dolor también puede estar dada por algunos factores genéticos, sobre todo de aquellos relacionados con el transporte de la serotonina (Fuentes, Ortiz-Msc, Wolfensonb, & Schonffeldt, 2019).

En cuanto al aislamiento social, podemos señalar que esta complicación ha sido definida a lo largo de los años como una situación objetiva e involuntaria de tener mínimos contactos con otras personas, ya sean estos amigos o familiares (Moreno Izquierdo, 2019). Su grado de severidad se clasifica casi al mismo nivel que enfermedades como el tabaquismo o la hipertensión arterial. De hecho, este comportamiento ha sido utilizado por muchos investigadores de la salud como un importante predictor de la mortalidad de quienes padecen depresión. Esto se ha demostrado al analizar las redes sociales de este tipo de individuos, ya que en todos los casos, el tamaño de su red social es mucho menor a las del resto de las personas normales, manifestándose a su vez en una menor conciencia de la complicación y

en una mayor tasa de hospitalización (Malagón Amor, 2020). Quienes se aíslan socialmente por culpa de la depresión tienden a carecer de un sentimiento de pertenencia y compromiso social, sus contactos sociales son pocos y la calidad de sus relaciones es muy baja (Malagón Amor, 2020) lo cual puede provocar conductas autolesivas o suicidas.

La cuarta complicación asociada con la depresión es la conducta autolesiva. Ésta se caracteriza por realizar cualquier tipo de daño sobre su persona para producir efectos bioquímicos en los neurotransmisores asociados a las emociones y liberar la tensión provocada por la depresión y sus efectos en la serotonina y en las endorfinas (Flores-Soto, Cancino-Marentes, & Figueroa Varela, 2018). Las autolesiones pueden ir desde cortaduras o quemaduras de la piel, rascarse o autogolpearse, picarse con agujas, morderse los dedos o jalarse los cabellos, hasta lesiones graves como, enucleación de ojos, castración, amputación de una extremidad o comerse la propia carne (Flores-Soto, Cancino-Marentes, & Figueroa Varela, 2018). De acuerdo con múltiples investigaciones las autolesiones tienen como objetivo apagar un dolor emocional y de esta manera hacer notar su inconformidad o molestia (Flores-Soto, Cancino-Marentes, & Figueroa Varela, 2018).

En lo referente a la ansiedad, esta complicación, aunque pudiera parecer contradictoria a la depresión, presenta casos en donde un cuadro depresivo desencadena síntomas de ansiedad, siendo esta última la que más predomina. Regularmente, quien padece ansiedad después de un cuadro depresivo tiende a padecer inquietud, agitación e hiperdinamia (Top Doctors México, 2023). No obstante, no debe confundirse con el trastorno de ansiedad común. La depresión ansiosa es un estado de tristeza y ansiedad persistente que tiene una duración de por lo menos un mes y aunque sus síntomas son similares a los de un cuadro de depresión mayor, estos se complementan con ataques de pánico, anhedonia, inquietud y preocupación por una posible pérdida del control o eventos (Top Doctors México, 2023). Cabe destacar que, de acuerdo con algunas investigaciones el 58%

de los pacientes que presentan depresión sufren algún tipo de ansiedad (Arango-Dávila & Rincón-Hoyos, 2018).

La siguiente complicación de la depresión es indudablemente el alcoholismo y la drogadicción. Esto se debe a que el trastorno depresivo mayor puede provocar en los individuos un nivel tan bajo en su autoestima que estos pueden recurrir al consumo de alcohol, drogas y otras sustancias psicotrópicas para salir de tal estado de ánimo. No obstante, dado que estas sustancias no favorecen la eliminación del estado depresivo del individuo, este tiende a incrementar progresivamente las dosis consumidas, volviéndolo altamente codependiente, haciéndolo abandonar planes, metas y objetivos (Conciencia2s, 2023). Esto significa, que a mayor nivel de malestar depresivo es más factible que se inicie el consumo de drogas, afectando no sólo el estado físico y emocional del individuo sino también el medio en donde se encuentra (García Blancas, 2002). En el caso del alcohol, es una sustancia depresora e inhibidora que le permite a sus consumidores desconectarse temporalmente de sensaciones y pensamientos negativos causados por la depresión, sin embargo, cuando los pacientes del trastorno depresivo mayor consumen esta sustancia pueden bloquear la absorción de los fármacos antidepresivos empeorando gravemente los síntomas de la depresión (Ccadicciones, 2021).

La última de las complicaciones, y quizá la más grave de todas, es sin duda alguna el suicidio. De acuerdo con algunas investigaciones recientes, una persona con un cuadro de depresión mayor posee una alta probabilidad de atentar contra su vida en comparación con el resto de la población. Aproximadamente un 15% de los pacientes que padecen algún tipo de depresión realizan algún intento de suicidio (Gastó & Navarro, 2007). Las personas más susceptibles pueden ser los adultos mayores, los desempleados, los que han perdido algún familiar directo, las que tienen algún padecimiento o comorbilidad grave y aquellas que sufren algún tipo de aislamiento social (Gastó & Navarro, 2007). Todas estas condiciones son factores que pueden incrementar los síntomas de ansiedad, culpa y/o desesperanza que una

persona con depresión padece, aumentando la posibilidad de que dicho individuo pueda intentar atentar contra su propia existencia.

2.4. Impacto epidemiológico de la depresión

Como hemos podido observar en los apartados anteriores, la naturaleza intrínseca del trastorno depresivo es tan compleja que en muchos ámbitos no se le da la importancia que debería tener. La dificultad que implica poder reconocerla y diagnosticarla adecuadamente, ha provocado que dicho trastorno sea de los menos tratados a nivel mundial. No obstante, su naturaleza incapacitante y generadora de dependencia por parte de quien la padece, representa un costo (directo o indirecto) tan elevado para los gobiernos, que sea colocado por encima de las principales enfermedades que afectan a la población en general. De hecho, algunos estudios e investigaciones recientes han señalado que, al menos en primer nivel, el 50% de los casos de depresión fueron infradiagnosticados (Zarragoitía Alonso, 2011).

De acuerdo con la OMS, lo anterior es una situación preocupante debido a que en la actualidad más de 300 millones de personas han sido diagnosticadas con el trastorno depresivo mayor (Vergel Hernández & Barrera Robledo, 2021), sin embargo, se estima que el número de personas con depresión sea mucho más grande si se consideran aquellos individuos que no han sido diagnosticados apropiadamente o aquellos que no han buscado ayuda profesional.

Algunos estudios internacionales, por ejemplo, han realizado estimaciones muy relevantes sobre la prevalencia de los trastornos depresivos. Dentro de sus resultados se ha logrado identificar que entre el 5% y 10% de la población adulta padece depresión y en promedio un 15% la ha padecido en algún momento de su vida. Asimismo, de este porcentaje se ha logrado estimar que del 10% al 15% son mujeres y que del 5% al 12% son hombres. En estos estudios se ha destacado también que, la edad más frecuente en la que se presenta este trastorno oscila entre los 35 y los 45 años, sin embargo, a medida que la población aumenta su edad los niveles de depresión pueden subir hasta un 15% (Martín García-Sancho & Hernández Vera, 2020).

Estos datos son relevantes ya que el trastorno depresivo mayor es una de las principales causas del suicidio en el mundo. De acuerdo con la OMS, cada año se suicidan alrededor de 700,000 personas como consecuencia de este trastorno. De hecho, también de acuerdo con la OMS, el suicidio por depresión se ha convertido en la cuarta causa de muerte en los individuos de entre 15 y 29 años. (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Cabe destacar que, a nivel regional, las poblaciones que más sufren depresión son las que se encuentran en el Medio Oriente, África del Norte, África Subsahariana, Europa del Este y el continente americano (The Washington Post, 2013). De acuerdo con un artículo publicado en la revista PLOS Medicine, más del 5% de la población en estas regiones padecen depresión (Kohan, 2013). Por otro lado, las regiones que presentan menor prevalencia de depresión en su población son las de Asia Oriental, seguida de Australia, Nueva Zelanda y el sudeste de Asia (Ferrari, y otros, 2013).

En el caso de los países del Medio Oriente, los que tuvieron una prevalencia en la depresión mayor al 7% fueron: Yemen, Abu Dabi, Catar, Israel, Jordania, Siria, Irán y Bahrein. Aunque también se puede resaltar que Afganistán también tuvo una prevalencia superior al 7% sin ser este parte de los países del Medio Oriente. Por lo que respecta a Turquía, ésta se distinguió por tener una prevalencia del 6%. Por su parte Arabia Saudita, Omán y Egipto se caracterizaron por mantener una prevalencia superior al 5%. Finalmente, Irak se distinguió por tener una prevalencia mayor del 4% (The Washington Post, 2013). En cada uno de estos casos la depresión encontró su origen en los conflictos religiosos, las ofensivas militares, las continuas ocupaciones en sus territorios, los constantes desplazamientos de la población y las ejecuciones públicas. En Afganistán, por ejemplo, la guerra, la pobreza y la falta de recursos son la causa de que 300 clínicas de las 1,500 existentes en el país se dediquen al tratamiento de los trastornos mentales (Sudabah, 2017). Asimismo, en el caso de muchas mujeres afganas que han desarrollado algún tipo de depresión, esta se origina fundamentalmente en la violencia doméstica asociada a sus tradiciones culturales.

Por lo que respecta al continente africano, los países que tuvieron una prevalencia en la depresión superior al 7% fueron: Argelia, Túnez, Sudán, Libia, Guinea Ecuatorial y Botsuana. Asimismo, países como Marruecos, Somalia, Tanzania, Zimbabue y Congo se distinguieron por poseer una prevalencia en la depresión del 6% (Kohan, 2013). Por su parte, países como Mali, Zambia, República Democrática del Congo, Chad, Angola, Namibia, Madagascar y Kenia tuvieron una prevalencia en los casos de depresión de más del 5%. Finalmente, países como Níger, Ghana, Benín, Camerún, Sudáfrica, Mozambique, Mauritania, Guinea y Senegal tuvieron una prevalencia superior al 4% (Kohan, 2013). Cabe destacar, que los factores que influyen en estos datos, sobre todo de aquellos países cuya prevalencia es mayor al 5%, se debe fundamentalmente a los niveles de pobreza extrema que se vive en ellos, así como las continuas crisis alimentarias, los brotes de pandemia como el Ébola o el Dengue entre otras, la falta de acceso a medicinas o a sistemas de salud eficiente y a la presencia de grupos paramilitares que reclutan o someten a sus habitantes. No obstante, existen también condiciones de violencia de género ocasionadas por la costumbre de forzar a las mujeres al matrimonio infantil, el abuso sexual y la mutilación genital femenina, lo que provoca el desarrollo de estos cuadros depresivos en la mayor parte de la población femenina (Iñiguez de Heredia, 2022).

En cuanto al continente Europeo, podemos señalar que los países que tuvieron una prevalencia en la depresión superior al 7% fueron solamente los Países Bajos y Croacia. Sin embargo, fueron más los que tuvieron una prevalencia superior al 6%. Dentro de estos últimos se encuentran Suiza, Liechtenstein, Montenegro, Estonia, Letonia y Bielorrusia. Por su parte, los países que tuvieron una prevalencia superior al 5% fueron, Dinamarca, Austria, Albania, Macedonia, Noruega y Finlandia. Finalmente, los que tuvieron una prevalencia mayor del 4% fueron, Portugal, España, Serbia, Rumania, Moldavia, Francia, Alemania, Italia, Grecia, Bulgaria y Suecia (Ferrari, y otros, 2013). En todos estos casos, la mayor parte de los factores que dieron origen a los trastornos depresivos estuvieron relacionados con las cuestiones laborales. La disminución de los ingresos, la pérdida de puestos de trabajo, la carga laboral excesiva, las malas condiciones laborales o las jornadas

extensas de trabajo son ejemplos de las principales causas que provocan por lo menos un evento de depresión al año entre los ciudadanos del continente Europeo (Justicia Díaz, 2022). De hecho, el costo relacionado con estos casos de depresión en el trabajo asciende a 617,000 millones de Euros anuales. Esto se debe al impacto financiero que provocan cuestiones como el absentismo, la pérdida de la actividad, los gastos en salud y las indemnizaciones por discapacidad (Arredondo-Aldana & Gutiérrez-Izquierdo, 2022).

Finalmente, el continente americano se caracterizó por poseer solamente al país de Honduras como el único con una prevalencia de la depresión superior al 7%, y solamente Colombia, Paraguay y Guyana con una prevalencia superior al 6%. El resto de los países del continente se distinguió por presentar una prevalencia de entre el 4% y el 6%, a excepción de México, Chile y Bolivia que tuvieron un porcentaje menor (Ferrari, y otros, 2013). Es de resaltar que, en todos estos países, el trastorno depresivo se origina por la situación precaria en la que viven sus pobladores, los continuos movimientos migratorios y las pésimas condiciones laborales que padecen los trabajadores de primera línea (Rialda Kovacevic, Bayona García, & Gordillo Tobar, 2022). Asimismo, estos trastornos se agravan en los países latinoamericanos y del caribe por la exclusión social, la discriminación, los estigmas culturales, la trata de personas y el consumo de drogas (Pamamerican Life Insurance Group, 2022).

Cabe distinguir que, sobre todo en América Latina, cada año mueren 63,000 personas por este trastorno, además de que el 20% de la población femenina sufre este padecimiento durante el embarazo y el 40% la padece como una depresión postparto. En el caso de los adultos mayores, América Latina también se destaca por que el 30% de su población presenta depresión (Organización Panamericana de la Salud, 2021). Esta situación se vuelve más complicada debido a que, a diferencia de lo ocurrido en otros países, el porcentaje del presupuesto sanitario destinado a la salud mental en América Latina es menor al 2%, lo cual explica porque solo el 40% de su población recibe tratamiento para este trastorno, aunque esto no garantiza que dicho tratamiento sea efectivo ya que la falta de preparación

de los profesionales de la salud en estos temas, dificultan su diagnóstico temprano, sobre todo en el primer nivel de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

Por lo que respecta a los países de Asia Oriental, Australia, Nueva Zelanda y el sudeste de Asia, que poseen una menor prevalencia en sus tipos de depresión, se puede señalar que esta baja prevalencia puede deberse a la falta de conciencia y a las dificultades que presentan sus ciudadanos para acceder a los servicios de salud mental, lo cual se ve reflejado en un reducido seguimiento estadístico de lo que en realidad está ocurriendo en su población. En este sentido, y de acuerdo con lo señalado por la OPS, los tabúes contra los trastornos de salud mental pueden reducir la eficiencia en los procesos de seguimiento de dichos trastornos. De hecho, en algunos países que se encuentran en condiciones de pobreza extrema ni siquiera existen registros sobre este tipo de trastorno (Kohan, 2013).

3. EFECTOS DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS ACTUALES

Como hemos podido apreciar en los dos capítulos precedentes, tanto el COVID-19 como la depresión, son enfermedades que han tenido un alto impacto en la salud pública de la mayor parte de los habitantes del mundo. Sin embargo, algo que no se había podido reconocer es que con la llegada de la pandemia por COVID-19 el número de casos de depresión se disparó considerablemente, llegando a hacer pensar a la comunidad científica que existía una relación directa entre las medidas de contención tomadas por las autoridades sanitarias de todos los gobiernos del mundo y los factores detonantes de los trastornos depresivos, convirtiendo a esta enfermedad en una especie de pandemia silenciosa paralela al COVID-19.

De hecho, a medida que se fueron implementando las medidas de contención del COVID-19 y se observaron sus efectos en el desarrollo de los trastornos depresivos, comenzaron a aparecer en todo el mundo diversas investigaciones que trataron de mostrar la existencia de esta correlación, obteniendo resultados positivos en sus análisis y ratificando que tales medidas de contención sí tenían un impacto en el desarrollo de estos trastornos depresivos. Es por eso que en el presente apartado se pretende realizar un análisis de dichas investigaciones para tratar de entender cuál ha sido la prevalencia de casos de depresión como consecuencia de la crisis por COVID-19 y cómo ha influido tanto la propia crisis del COVID-19, como sus medidas de contención en el desarrollo de esta patología.

Para realizar dicho análisis el presente capítulo se ha dividido en tres apartados. El primero de ellos, denominado “Discusión metodológica”, será el espacio en donde se presentará las estrategias que habrá de seguir esta investigación para poder dar respuesta a estas interrogantes, así como las razones de porqué se utilizará el método de análisis de revisiones sistemáticas y metanálisis como instrumento de comprensión de este fenómeno. En el segundo apartado, denominado “Presentación de las revisiones sistemáticas y metanálisis encontrados”, se presentaran todas las revisiones sistemáticas y metanálisis

encontrados en las principales bases de datos a nivel internacional, con el propósito de identificar los principales resultados de cada estudio y establecer un análisis general de cada uno de ellos. Finalmente, en el apartado denominado “Análisis de las revisiones sistemáticas y resultados finales”, se expondrán los principales hallazgos sobre el impacto que la pandemia por COVID-19 tuvo sobre la prevalencia de la depresión.

3.1. Discusión metodológica

Como hemos señalado previamente, a medida que se fue identificando la existencia de una correlación directa entre las medidas de contención contra el COVID-19 y el incremento en el número de casos con depresión, se desarrollaron múltiples investigaciones que trataron de probar tal hipótesis. No obstante, dada la imposibilidad de realizar un análisis holístico de todas y cada una de estas investigaciones, en este trabajo se ha decidido utilizar las diversas revisiones sistemáticas y metanálisis existentes, que sobre este mismo tema se han desarrollado a lo largo de los últimos años. Tales revisiones sistemáticas y metanálisis contienen las observaciones, los datos, la interpretación y el resumen de todos los trabajos que sobre el tema de la prevalencia de la depresión durante la pandemia del COVID-19 se han realizado en alguna región o país determinado, permitiendo de esta manera la posibilidad de tener un panorama más amplio de los resultados que todas las investigaciones han arrojado.

3.1.1. Fuentes de datos y estrategia de investigación

Las revisiones sistemáticas y los metanálisis utilizados para realizar esta investigación fueron localizadas en las publicaciones científicas de bases de datos como Pubmed, MEDLINE, Web of Science, Scielo, EMBASEM, Cochrane Library, Google Scholar, Scopus, PsycINFO, CNAHL, PsyArxiv, MedRxiv y ResearchGate. En dichas bases de datos se buscaron conceptos como depresión, COVID-19, coronavirus, SARSCoV-2, síndrome respiratorio agudo severo 2, trastorno depresivo, metanálisis, revisiones sistémicas, impacto del COVID-19 en la depresión, prevalencia de la depresión, pandemia, factores de riesgo del COVID-

19, salud mental, síntomas de depresión durante el COVID-19 e impacto psicológico del COVID-19, entre otros. No obstante, de la gran cantidad de resultados que arrojaron tales bases de datos, se seleccionaron sólo los estudios publicados entre Enero de 2020 y Diciembre de 2022 que incluyeran estos conceptos y que arrojaran información relevante para la comprensión de nuestro fenómeno a investigar.

Cabe destacar, que en la estrategia de búsqueda de esta investigación sólo se seleccionaron aquellas investigaciones que estuvieron publicadas tanto en el idioma inglés como en español, no importando el país, la región o el continente donde se hubiera realizado el estudio, sin embargo, se fue muy puntual en el hecho de que las revisiones sistemáticas o los metanálisis incluyeran la relación depresión-COVID-19, como base fundamental de sus argumentos. Adicionalmente, se incluyeron solo estudios que estuvieran completos, que describieran claramente su metodología utilizada y que arrojaran datos transversales sobre el impacto de la pandemia sobre la prevalencia de la depresión. Por otro lado, dado que múltiples estudios conjuntaban el impacto del COVID-19 con otros trastornos mentales como la ansiedad, insomnio y el estrés, se decidió también seleccionarlos pero limitando su análisis solo a las partes relacionadas directamente con los trastornos depresivos.

3.1.2. Extracción de datos vía revisiones sistemáticas

A pesar de que esta investigación no realizó directamente un análisis de las investigaciones que revisaban la prevalencia de la depresión como consecuencia del brote de COVID-19, la técnica de la extracción de datos vía revisiones sistémicas le permitió a esta investigación poder utilizar los datos de cada una de las revisiones sistemáticas y metanálisis localizados para poder crear una interpretación de mayor alcance. De esta manera, de todas las revisiones sistemáticas seleccionadas se extrajeron datos específicos que permitieran identificar la correlación existente entre las medidas de contención implementadas para reducir el impacto del COVID-19 y sus efectos en el desarrollo de algún trastorno depresivo. Así, las variables a considerar de cada una de las revisiones sistemáticas fueron: autor, región o país, fecha de publicación, número de estudios, tamaño de la muestra, rangos de edad y

tasas de prevalencia de la depresión. También se incluyeron variables como: prevalencia de depresión en mujeres, en mujeres embarazadas, en trabajadores de la salud, en estudiantes, en pacientes hospitalizados, en pacientes ambulatorios y en pacientes en aislamiento. No obstante, como se verá más adelante, las revisiones sistemáticas y los metanálisis seleccionados no arrojaron información cuantificable sobre este último grupo de variables. Lo único que incluyeron fueron explicaciones cualitativas sobre el impacto de las medidas de contención del COVID-19 en la prevalencia de la depresión en la población de mujeres embarazadas, estudiantes, trabajadores de la salud y pacientes, así como de sus posibles causas.

3.1.3. Análisis estadístico de datos

Para realizar el análisis estadístico de los datos de las 15 revisiones sistemáticas seleccionadas se utilizó la versión 16.72 del programa Excel de Microsoft. En dicho programa se realizó una tabla con las variables ya señaladas y se procedió a analizar cada una de las revisiones sistemáticas para identificar la información correspondiente a cada variable. A medida que se iba realizando dicha exploración, se fue realizando el llenado de la tabla principal. Con dicha tabla completa se procedió a utilizar la herramienta “Tablas Dinámicas” del programa Excel para poder realizar un análisis más específico, de cada variable definida. Una vez que se agruparon los datos por cada una de las variables, se procedió a realizar un análisis estadístico con la herramienta complementaria del programa Excel denominada “Análisis de Datos” para poder identificar el comportamiento de los datos de todas las revisiones sistemáticas en conjunto. Con dicha información, se procedió finalmente a realizar la interpretación de los datos y su posterior presentación en el apartado de resultados.

3.2. Presentación de las revisiones sistemáticas y metanálisis encontrados

Para poder identificar si existe una correlación entre las medidas de contención implementadas por las autoridades sanitarias de todos los países del mundo para controlar el COVID-19 y el incremento en el número de casos de depresión durante

toda la pandemia, esta investigación se planteó realizar un análisis de las diversas revisiones sistémicas y metanálisis que también se han planteado esta misma interrogante. No obstante, a pesar de la trascendencia de esta problemática y sus posibles implicaciones en materia de salud pública, después de revisar las principales bases de datos existentes, sólo pudieron ser identificadas 15 revisiones sistemáticas que específicamente abordaban este tema.

La primera de las revisiones fue elaborada por Juan Bueno Notivol, Patricia Gracia García, Beatriz Olaya y otros (2020), y se denominó “Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis of community-based studies”. Este documento realizó una revisión sistemática de doce estudios publicados en Pubmed y Web of Science sobre la prevalencia de casos de depresión como consecuencia de la crisis del COVID-19. En él se logra reconocer que los casos de depresión aumentaron en promedio siete veces más de lo que se habían presentado en 2017. Según sus autores, de los doce artículos revisados siete fueron de China, uno de Vietnam, uno de la India y tres de Europa (Italia, Dinamarca y El Reino Unido). El tamaño de la muestra osciló entre los 600 y 7,236 participantes, con una media de edad de los 32 y los 49 años (Bueno Notivol, y otros, 2020).

En esta revisión sistemática se destaca que las mujeres tienen un mayor porcentaje de prevalencia de la depresión en comparación con los hombres, es decir, una oscilación que va del 46.8 al 71.6%, dependiendo del estudio. Aunque el documento concluye que la prevalencia de la depresión en los doce estudios es del 25%. Con estos datos el estudio consideró que el tema de la depresión durante la crisis debía ser parte de las agendas de salud pública de todos los países del mundo. Sin embargo, reconocen que los criterios utilizados pueden diferir con otros estudios y otros metanálisis que utilizan herramientas distintas de evaluación (Bueno Notivol, y otros, 2020).

La segunda de las revisiones sistemáticas y metanálisis fue elaborada por, Stephen X. Zhang, Richard Z. Chen, Wen Xu, Allen Yin y otros (2022). Esta investigación, que llevó por título “A Systematic Review and Meta-Analysis of

Symptoms of Anxiety, Depression, and Insomnia in Spain in the COVID-19 Crisis” se realizó para calcular la prevalencia de la ansiedad, la depresión y el insomnio en la población adulta española (tanto trabajadores de atención médica, como estudiantes adultos). Utilizó un metanálisis de efectos aleatorios para poder realizar esta estimación. Según sus autores el documento incluye la revisión de 28 estudios con 38 muestras individuales, identificando la prevalencia de la depresión en 22 artículos que tuvieron una muestra total de 82,890 individuos, de los cuales el 22% presentaron síntomas depresivos a partir de la crisis del COVID-19 (Zhang, y otros, 2022).

Esta prevalencia, de acuerdo con sus análisis, puede deber su tendencia a la continua preocupación de las personas analizadas no solo por su salud sino también por la de sus seres queridos. En este sentido, esta evidencia permitió identificar que las tasas de prevalencia de los síntomas de depresión durante la crisis del COVID-19 fue mucho más alta en la población española que en las tasas de prevalencia de países como China. Ante estos resultados, la revisión sistemática hizo un llamado a las autoridades sanitarias y a los investigadores a reconocer el riesgo que esta problemática puede representar para la población (Zhang, y otros, 2022).

La tercera investigación, denominada “A systematic review involving 11,187 participants evaluating the impact of COVID-19 on anxiety and depression in pregnant women”, fue elaborada por Fengli Sun, Jianfeng Zhu, Hejian Tao, Yongchun Ma y Weidong Jin (2021), con el propósito de analizar el impacto del COVID-19 en la salud mental de las mujeres embarazadas, específicamente en los aspectos relacionados con la prevalencia de la depresión en dicha población. Esto último debido a que los autores consideraban que el coronavirus podía ser considerado un factor externo adverso para la situación mental de este tipo de mujeres. En la revisión sistemática que ellos realizaron se analizaron un total de 11,187 sujetos que fueron incluidos en 15 estudios, dando como resultado una prevalencia del 30% en depresión y de un 18% en depresión combinados con ansiedad. El método utilizado por estos investigadores, para el análisis de datos fue

el de Revman y la fuente de la literatura se encontró en los buscadores de MEDLINE, EMBASEM, Cochrane Library, entre muchos otros (Sun, Zhu, Tao, Ma, & Jin, 2021).

Cabe destacar, que para esta revisión sistémica todos los estudios cumplieron con los criterios de inclusión, pues, de acuerdo con los autores, en todos ellos el sujeto de análisis fueron mujeres embarazadas, aunque de los 15 estudios, 14 fueron en inglés y uno en chino. De acuerdo con la revisión, para poder lograr determinar la prevalencia del 30% de depresión en los estudios realizados se utilizó el modelo de efectos aleatorios, ya que en 11 de los estudios el rango de prevalencia de depresión oscilaba de 11% a 65%. Aunque el estudio concluye que el incremento en la prevalencia de depresión en mujeres embarazadas puede deberse a múltiples factores como son: El hecho de ser mujer, el hecho de estar embarazada, el riesgo de contagio por COVID, los mitos y la desinformación en torno al propio COVID, el confinamiento, etc. Cabe destacar que, al igual que las dos revisiones anteriores, esta investigación también realiza un llamado a todo el personal médico y gineco-obstétrico a tomar en cuenta el impacto que crisis sanitarias como el COVID pueden tener en la prevalencia de la depresión en las mujeres embarazadas (Sun, Zhu, Tao, Ma, & Jin, 2021).

Otra de las revisiones sistemáticas que también trataron de analizar la prevalencia de la depresión como consecuencia de la crisis del COVID-19, fue la realizada por Kai Yuan, Yong-Bo Zheng, Yi-Jie Wang y otros autores (2022). Esta investigación titulada “A systematic review and meta-analysis on prevalence of and risk factors associated with depression, anxiety and insomnia in infectious diseases, including COVID-19: a call to action” fue diseñada para investigar la prevalencia y el riesgo de los factores asociados con la depresión durante el brote del COVID-19. Para realizarlo los autores buscaron en base de datos conocidas (PubMed, Embase, etc.) con el fin de identificar investigaciones que reportaran este propósito. La población a estudiar no sólo incluía a trabajadores de la salud y grupos universitarios, sino a todo público en general, ya fueran pacientes infectados, sobrevivientes de infección o mujeres embarazadas (Yuan, y otros, 2022).

La revisión sistemática recuperó un total de 17,506 artículos, sin embargo, solo 283 investigaciones cumplieron con sus criterios de inclusión. De acuerdo con los autores, la revisión sistemática mostró que la depresión tenía una prevalencia del 23.1%, es decir, que de las 948,882 personas sobrevivientes que sufrieron COVID-19 durante la pandemia, 219,191 personas sufrieron algún síntoma de depresión. Esto significó, de acuerdo con sus resultados, que esta enfermedad mental se vio incrementada durante la pandemia. Cabe destacar, que esta revisión sistemática identificó como factores causantes de tal incremento el hecho de tener colegas o familiares infectados, el alto riesgo de exposición, la preocupación por la epidemia, el tener trastornos psiquiátricos o físicos y/o ser mujer. Asimismo, reconocieron que el ejercicio y un apoyo social apropiado, reducía el riesgo de padecer dicho desorden psicológico. Finalmente, el estudio concluyó que era necesario atender este problema mental para poder mejorar el bienestar de la población (Yuan, y otros, 2022).

Otra revisión sistemática que también se elaboró con el propósito de identificar la prevalencia de la depresión durante el primer confinamiento por COVID-19, fue la elaborada por Luca Marie Dettmann, Sally Adams y Gemma Taylor (2022) en el Reino Unido. En su documento, los autores trataron de identificar el impacto de dicho confinamiento en la salud mental de su población. De acuerdo con sus herramientas metodológicas, para realizar esta revisión sistemática se consultaron bases de datos como Embase, Medline, Web of Science, entre otros, para poder llevar a cabo un estudio de cruce seccional que permitiera identificar tal prevalencia. Lamentablemente, para la revisión de los 90 estudios identificados, sólo se reconocieron 14 estudios transversales que cumplían con los criterios de inclusión (Dettmann, Adams, & Taylor, 2022).

Estos estudios, que involucraron un total de 46,158 participantes, estimaron que, durante el primer confinamiento, entre el 18.85% y el 48.93% de la población experimentó algún síntoma de depresión. Según sus análisis, esto significó una prevalencia de la depresión del 32%, lo cual es relevante ya que la prevalencia de la depresión antes de la pandemia era del 4.12%, es decir, a partir del confinamiento

se registró un incremento del 27.88% en los casos de depresión. De acuerdo con lo planteado por esta revisión sistemática, estos datos son relevantes para poder informar a los creadores de políticas públicas y de salud mental que el tratamiento de esta enfermedad mental, y su correspondiente intervención, era urgente y requería tiempo, esfuerzo y fondos sustanciales para su tratamiento (Dettmann, Adams, & Taylor, 2022).

La siguiente revisión sistemática que también encaminó sus esfuerzos a analizar el nivel de depresión de la población en los primeros momentos del COVID-19 y su correlación con factores demográficos, exposición a las redes sociales y algunos factores psicológicos estresantes, fue la elaborada por Chung Yi Lin y Ying Li Lin (2020). Esta investigación que llevó por título “Anxiety and depression of general population in the early phase of COVID-19 pandemic: A systematic review of cross-sectional studies”, comenzó realizando una búsqueda electrónica en los sitios PubMed, Medline, Embase, entre otros, con el fin de encontrar investigaciones que comprobaran dicha correlación (Lin & Lin, 2020).

De acuerdo con los autores, esta revisión sistemática logró identificar un total de 1016 artículos, que abordaba la problemática estudiada, no obstante, de acuerdo con sus criterios de inclusión, solamente 20 artículos cumplieron con los criterios definidos, involucrando a un total de 59,891 sujetos de estudio. Cabe destacar, que todos los participantes fueron seleccionados de escuelas, pacientes hospitalizados, ambulatorios y en autoaislamiento, logrando identificar que las personas de 21 a 30 años tenían niveles más altos de depresión debido a su exposición en las redes sociales, pérdidas económicas y cargas financieras. No obstante, los autores también lograron observar que las personas con un estado de salud deficiente o con enfermedades psiquiátricas previas, así como ingresos familiares muy bajos, presentaban un mayor riesgo de padecer depresión, por lo que la investigación terminó por reconocer a todos estos elementos como factores estresores causantes de la depresión durante la crisis del COVID-19 (Lin & Lin, 2020).

La siguiente revisión sistemática que se elaboró con el propósito de identificar los efectos de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de la población, fue la

realizada por Vimala Balakrishnan, Kee Seong Ng, Wandeeep Kaur, Kumanan Govaichelvan y Zhen Lek Lee (2022) en Asia Pacífico. Su elaboración utilizó las pautas del Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analysis (PRISMA) de los artículos publicados desde enero de 2021 hasta finales de marzo de ese mismo año, en los sitios PubMed, Google Scholar y Scopus. En este proceso de búsqueda de artículos, los autores lograron identificar un total de 82 documentos que tuvieron una participación total de 201,953 encuestados. De este total se identificó que el 39.8% de las encuestas fueron realizadas a la población en general, el 27.7% a los trabajadores de la salud, el 18% a los estudiantes y el resto a los pacientes con afecciones médicas preexistentes. La revisión sistemática dio como resultado una prevalencia general de depresión del 34%, en un rango del 29 al 38% (Balakrishnan, Seong Ng, Kaur, Govaichelvan, & Lek Lee, 2022).

Cabe destacar, que en esta revisión se logró identificar al miedo a la infección por COVID-19, como causa principal del desarrollo de esta enfermedad mental, sin embargo, los autores reconocieron al género, el deterioro de las condiciones médicas, la interrupción de los ingresos, el aumento en la carga de trabajo y el agotamiento laboral, entre otros, como otras posibles causas de su desarrollo. Por esta razón, el estudio también finaliza haciendo un llamado a las autoridades tanto políticas, como sanitarias, a realizar una acción inmediata que permita abordar y solucionar esta problemática ya que se considera que a mayor apoyo familiar y social, así como el aprendizaje de métodos de aprendizaje efectivos se ayuda a reducir la probabilidad de padecer depresión (Balakrishnan, Seong Ng, Kaur, Govaichelvan, & Lek Lee, 2022).

La octava metarevisión realizada con el propósito de evaluar el impacto de la pandemia de COVID-19, en los síntomas depresivos del público en general, fue la que elaboraron Geovan Menezes de Sousa Júnior, Vagner Deuel de Oliveira Tavares y otros (2021). Esta investigación, que se denominó “Mental Health in COVID-19 Pandemic: A Meta-Review of Prevalence Meta-Analyses”, se elaboró mediante un estudio de múltiples metanálisis localizados en bases de datos como PubMed, EMBASE y Web of Science. En total se localizaron 18 metanálisis, que

arrojaron una prevalencia de depresión del 26.93% como consecuencia del aislamiento por COVID -19, es decir, 22.53% mayor que los niveles de depresión registrados por la OMS en el 2017. De acuerdo con sus autores, esta revisión sistemática y de metanálisis se realizó de acuerdo con las recomendaciones de Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analysis (PRISMA). Aunque los análisis estadísticos se realizaron por medio del paquete meta del software R.

Es de señalar que, en relación con lo indicado por Geovan Menezes de Sousa Júnior, Vagner Deuel de Oliveira Tavares y otros, en una primera revisión se recuperaron 372 estudios, sin embargo, solo 18 metanálisis cumplieron con sus criterios definidos. Asimismo, de estos 18 estudios solamente 13 evaluaron los casos de depresión, aunque con ellos fue suficiente para determinar que la depresión tenía una prevalencia del 27%, con lo cual, el estudio demostró que el confinamiento por COVID-19 tenía un efecto pequeño pero significativo sobre la depresión (Menezes de Sousa Júnior, y otros, 2021).

Una siguiente revisión sistemática que también tenía como propósito analizar los datos existentes sobre los casos de depresión a causa de la pandemia de COVID-19, fue la planteada por Mogesie Necho, Mekonnen Tsehay, Mengesha Birkie, Gebyaw Biset y Erkihum Tadasse (2021), quienes revisaron la literatura existente en la web, en bases de datos como, PubMed, Google scholar, Scopus, Africa Journal online y utilizaron el Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analysis (PRISMA), así como un modelo stata-11 para el análisis de los datos. En esta revisión sistemática, los autores realizaron un análisis de subgrupos y de sensibilidad. En general, analizaron 16 estudios que evaluaron un total de 78,225 participantes dando como resultado una prevalencia de la depresión de 34.31%, siendo China el país con mayores tasas de depresión a raíz de la pandemia (Necho, Tsehay, Birkie, Biset, & Tadesse, 2021).

Es importante señalar que, después de realizar un análisis de sensibilidad, los autores demostraron la existencia de un estudio que influyó y afectó el promedio de la prevalencia de la depresión, sin embargo, cuando éste fue excluido, el

promedio de la prevalencia fue del 27.26%. Finalmente, la revisión sistemática concluyó también que la razón de la prevalencia de la depresión durante la pandemia se había debido fundamentalmente al bajo nivel de conciencia de la comunidad sobre los mecanismos de transmisión y al hecho de que fue China en donde se originó el COVID-19. Con estos datos esta revisión sistemática planteó que era necesario considerar a la depresión a causa del confinamiento y el aislamiento, como un problema de salud mental que debería de ser reconocido y tratado de manera inmediata (Necho, Tsehay, Birkie, Biset, & Tadesse, 2021).

La décima revisión sistemática, que fue elaborada con el propósito de poner en evidencia las consecuencias psicológicas provocadas por la pandemia del COVID-19 y sus mecanismos de control, fue la planteada por Ismail Hosen, Firoj al-Mamun y Mohammed A. Mamun a finales de 2021. En su investigación, denominada “Prevalence and risk factors of the symptoms of depression, anxiety, and stress during the COVID-19 pandemic in Bangladesh: a systematic review and meta-analysis”, se buscó revisar la literatura de Bangladesh relacionada específicamente con el tema de depresión durante la pandemia por medio de las recomendaciones del Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analysis (PRISMA). Para su elaboración, buscaron bibliografía en las bases de datos de Medline, PubMed, Scopus, PsycINFO, Web of Science, CNAHL, Google Scholar, PsyArxiv, MedRxiv, y ResearchGate (Hosen, al-Mamun, & Mamun, 2021).

Como los autores indicaron, en total fueron identificados 24 estudios con un total de 49,806 participantes que tuvieron un promedio de edad de entre 21 y 31 años. Dentro de sus principales resultados, el estudio logro identificar una prevalencia de depresión del 47%, siendo el subgrupo de los jóvenes el que estaba padeciendo mayores niveles de depresión. El estudio concluyó que las causas principales de la prevalencia de la depresión eran: el género, la edad, el ingreso familiar, el nivel educativo, las toxicomanías y la exposición a las noticias y a las redes sociales (Hosen, al-Mamun, & Mamun, 2021).

Asimismo, esta revisión logró identificar adicionalmente tres factores de riesgo básico:

1. *Los factores sociodemográficos.* Que incluyen elementos Como la edad, el género, los ingresos familiares, estado civil, educación y residencia.
2. *Los factores relacionados con el comportamiento y la salud.* Que incluyen el consumo de alcohol, tabaquismo, ejercicio físico, exposición a las redes sociales, salud y condiciones psicológicas.
3. *Los factores relacionados con el COVID-19.* Que incluyen protección insuficiente de recursos, miedo a la enfermedad, síntomas siendo sospechosos o estando infectados y aislamiento, entre otros (Hosen, al-Mamun, & Mamun, 2021).

Finalmente, al igual que todas las investigaciones presentadas, esta revisión sistemática consideró que era necesaria la sensibilización de las autoridades por medio de la aportación de conocimientos adecuados y el apoyo psicológico eficaz, lo cual significaba que las autoridades debían transmitir información específica en los medios de comunicación para reducir la carga psicológica (Hosen, al-Mamun, & Mamun, 2021).

Otra revisión sistemática que planteó como su propósito principal analizar todos los aportes existentes sobre salud mental durante la pandemia del COVID-19, agrupando y profundizando sobre los factores psicológicos de mayor atención y riesgo, fue la realizada por Carmen N. León y Edith S. Olivera (2022). Para desarrollar esta investigación las autoras realizaron una revisión de los artículos científicos publicados dentro de bases de datos de Scielo, Dialnet, Web of Science y SCOPUS, siguiendo las pautas por Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analysis (PRISMA). En total, analizaron 91 artículos de investigación, sin embargo, solo 51 artículos cumplieron con los requisitos de elegibilidad que las autoras se habían planteado para la revisión. Dentro de los principales resultados encontraron un aumento de patologías negativas como la depresión a partir del periodo del aislamiento por causa del COVID-19 (León & Olivera, 2022).

De acuerdo con sus análisis, la falta de interacción social, y el aumento en el uso de las redes sociales promovió un estado de alarma y temor a la incertidumbre que la enfermedad del COVID-19 estaba provocando. Según las autoras, este incremento en los problemas psicológicos obligó a los especialistas, nosocomios y autoridades sanitarias a considerar estos trastornos mentales, como una consecuencia directa del confinamiento, el aislamiento y el resto de las medidas tomadas por las autoridades para contener la pandemia (León & Olivera, 2022).

Con respecto al tema de la depresión, esta revisión sistemática identificó un incremento en los niveles de esta enfermedad por efecto de la soledad, frustración, desesperación e inutilidad que estaba provocando el aislamiento social. Según sus análisis, dicho aislamiento también provocaba alteraciones del ciclo del sueño, intensificando las patologías anímicas como la depresión, llegando a provocar incluso pensamientos suicidas en los pacientes. Cabe destacar que, de acuerdo con los datos obtenidos por la revisión, la depresión tuvo una prevalencia del 25% en todos los casos (León & Olivera, 2022), sin embargo, a pesar de la trascendencia de este dato, el hecho de que la revisión sistemática presentada por estas autoras no especificara el tamaño de la muestra que sirvió de base para realizar sus análisis, impide considerar esta prevalencia en el análisis final que se presentará más adelante.

La siguiente revisión sistemática que resultó relevante para este trabajo fue la de Silvana Alba Scortegagna, Eduardo dos S. de Lima, Sonia Regina Pasian y Deise M. do Amparo (2021). Esta investigación, titulada “Mental health in health professionals facing Covid-19: A systematic review”, se planteó como objetivo analizar el impacto que la pandemia de COVID-19 tuvo en la salud mental de los profesionales de la salud. Para su elaboración, las autoras utilizaron también la guía Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analysis (PRISMA), para revisar estudios publicados en base de datos como: PubMed, PsycINFO, PePSIC y Scielo. En total revisaron 1,158 publicaciones, sin embargo, después de eliminar los estudios duplicados y aquellos que no cumplieron con los criterios de inclusión que ellas habían definido, quedaron solamente 28 artículos científicos

útiles para su revisión sistemática (Scortegagna, Dos S. de Lima, Pasian, & Do Amparo, 2021).

De acuerdo con sus evaluaciones, en dichas publicaciones se logró identificar que el 67.8% de los artículos provenían de China, el 7.1% provenían de la India y Alemania y solo un 3.5% provenían de Italia, Jordania, España, Pakistán y Estados Unidos. En total revisaron 14,866 participantes entre los que se encontraban médicos, enfermeras, dentistas, personal administrativo, técnicos farmacéuticos y personal de logística. Esta revisión sistemática identificó una prevalencia de los síntomas depresivos del 39.28% entre los profesionales de la salud que estaban trabajando para combatir el COVID-19 (Scortegagna, Dos S. de Lima, Pasian, & Do Amparo, 2021).

De acuerdo con estos resultados, las autoras consideraron que los factores causantes de dicho incremento en los síntomas depresivos del personal de salud se debían fundamentalmente al riesgo que su actividad profesional presenta, seguido del agotamiento y el desgaste personal implicado. Específicamente, la revisión hace referencia a la frecuente exposición a pacientes infectados y a las altas tasas de transmisión del COVID-19 en profesionales de la salud, así como una reducción en el contacto de estos mismos con sus familiares y amigos. Finalmente, el estudio concluye que es necesario que las autoridades sanitarias consideren las condiciones de salud mental de los profesionales de la salud como un elemento fundamental para poder combatir enfermedades como la COVID-19 (Scortegagna, Dos S. de Lima, Pasian, & Do Amparo, 2021).

Una revisión más que se elaboró con el propósito de identificar la prevalencia de la depresión durante la pandemia de COVID-19, fue la de Alba de Juan Pérez (2021), que se tituló: "Revisión sistemática y metanálisis sobre la prevalencia de depresión, ansiedad e insomnio en trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID-19". Esta revisión sistemática, aunque se orientó más hacia la depresión en los trabajadores sanitarios, fue relevante para este documento porque también revisó las principales bases de datos bibliográficas con el objetivo de identificar

artículos científicos que abordaran el problema de la depresión durante la pandemia por COVID-19 (De Juan Pérez, 2021).

En dicha revisión la autora identificó 13 estudios con un análisis de 33,062 participantes. Dentro de sus principales resultados se logró reconocer una prevalencia en los casos de depresión del 22.8%, que de acuerdo con la autora es equiparables a las tasas reportadas para la población en general de países como China. Cabe señalar que esta revisión logró identificar también que las tasas de prevalencia de depresión pareció ser más alta entre el personal de primera línea (médicos y enfermeras) y entre el personal femenino. Por último, el estudio concluye señalando que estos resultados son relevantes para poder cuantificar las necesidades de apoyo del personal sanitario y definir intervenciones que ayuden a corregir esta problemática (De Juan Pérez, 2021).

Otra revisión sistemática que se plantó como objetivo, analizar la evidencia existente sobre la prevalencia de la depresión entre los trabajadores de la salud durante el brote del COVID-19, fue la revisión titulada “Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis” que elaboraron Sofia Pappa, Vasiliky Ntella, Timoleon Giannakas y otros autores en 2020. Esta investigación, también para su elaboración consultó múltiples bases de datos bibliográficas con base en las recomendaciones de PRISMA y la lista de verificación MOOSE (Meta-analyses Of Observational Studies in Epidemiology). Dentro de las bases de datos que los autores consultaron se encontraron sitios como Medline, PubMed, Google Scholar, Medrxiv y SSRN. En total, los autores revisaron 10 estudios que cumplieron con los criterios definidos por ellos mismos, analizando la participación de un total de 33,062 individuos y dando como resultado una prevalencia en la depresión del 22.8% en los trabajadores de la salud durante el COVID-19 (Pappa, y otros, 2020).

Cabe destacar, que en esta revisión sistemática la tasa de prevalencia de la depresión pareció ser mayor en las mujeres, siendo el personal de enfermería quien exhibió estimaciones más altas en depresión. De acuerdo con los autores, lo anterior puede deberse al hecho de que son las enfermeras quienes enfrentan un

mayor riesgo de exposición a pacientes con COVID-19. Finalmente, el estudio concluye considerando la necesidad de realizar intervenciones tempranas para poder el impacto de esta enfermedad mental (Pappa, y otros, 2020).

Una última revisión sistemática que también se elaboró para evaluar la prevalencia de la depresión durante el COVID-19, fue la titulada: “Different prevalence trend of depression and anxiety among healthcare workers and general public before and after the peak of COVID-19 occurred in China: A meta-analysis”. Esta investigación que se realizó en China para analizar la prevalencia de la depresión tanto en la población en general como en los trabajadores de la salud, fue elaborada por Yongyan Deng, Yifang Chen y Bin Zhang (2021). Para su elaboración los autores realizaron búsquedas en bases de datos como: PubMed, Web of Science, Cochrane Library, China National Knowledge Infrastructure (CNKI), WANGFANG DATA. En total, la revisión encontró 1,856 estudios, no obstante, solo 34 artículos cumplieron con los criterios planteados por los autores. Estos 34 estudios incluyeron la participación de 29,996 individuos, siendo todos los estudios transversales (Deng, Chen, & Zhang, 2021).

Entre los resultados principales los autores lograron identificar una mayor prevalencia de depresión entre los trabajadores de la salud que entre el público en general, de esta manera se identificó que la prevalencia agrupada del público en general fue del 26%, mientras que la prevalencia de la depresión de los trabajadores de la salud fue del 31%. Cabe resaltar que, después del pico del COVID-19, la prevalencia entre los trabajadores de la salud disminuyó al 22%, mientras de que se detectó un aumento al 33% en la prevalencia en el público en general (Deng, Chen, & Zhang, 2021).

De acuerdo con la revisión sistemática, lo anterior fue resultado de las limitaciones en las actividades sociales y la preocupación emergente que la enfermedad estaba generando, esto se debió a que los trabajadores de la salud estaban mejor informados sobre el COVID-19 y sus efectos que la población en general, la cual estaba bombardeada por una abrumadora cantidad de información falsa o errónea (Deng, Chen, & Zhang, 2021).

3.3. Análisis de las revisiones sistemáticas y resultados finales

Como pudo verse en el apartado anterior, todas las revisiones sistemáticas presentadas coinciden en que la prevalencia de la depresión tuvo un fuerte incremento a partir del desarrollo de la crisis por COVID-19 y las correspondientes medidas de contención implementadas por las autoridades sanitarias de todos los países del mundo. No obstante, cada una de estas investigaciones ha presentado prevalencias tan diversas y ambivalentes, que se ha considerado necesario analizarlas con un mayor detenimiento para poder reconocer el impacto que dichas medidas de contención han tenido sobre la salud mental de toda la población en general.

3.3.1. Prevalencia de la depresión durante el COVID-19

En las revisiones sistemáticas analizadas, lo primero que se puede observar es que la prevalencia de la depresión oscila entre el rango que va de 22% de acuerdo con lo presentado por el estudio de X-Zhang et al. y el 47% de acuerdo con lo presentado por el estudio de Holsen et al. (Véase figura 1).

Figura 1. Prevalencia de la depresión por cada revisión sistemática

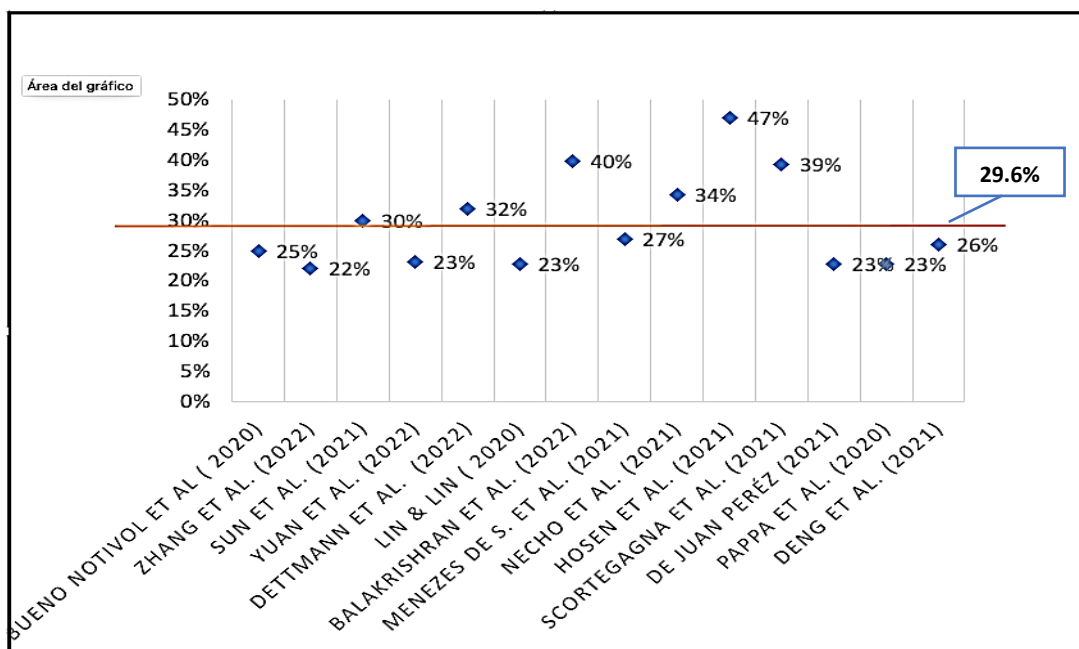
No.	Estudio	Prevalencia de depresión
1	Bueno Notivol et al. (2020)	25%
2	Zhang et al. (2022)	22%
3	Sun et al. (2021)	30%
4	Yuan et al. (2022)	23%
5	Dettmann et al. (2022)	32%
6	Lin & Lin (2020)	23%
7	Balakrishnan et al. (2022)	40%
8	Menezes de S. et al. (2021)	27%
9	Necho et al. (2021)	34%
10	Hosen et al. (2021)	47%
11	Scortegagna et al. (2021)	39%
12	De Juan Pérez (2021)	23%
13	Pappa et al. (2020)	23%
14	Deng et al. (2021)	26%

Fuente: Elaboración propia con base en datos de las revisiones analizadas

No obstante, se puede señalar que la mayoría de los estudios ofrecen una prevalencia que oscila entre el 22% y el 34%, sino se consideran las prevalencias de Holsen et al., Balakrishrant et al. y Scortegagna et al. Esto significa que el 69.5% de las revisiones tienen una prevalencia menor que 34% y mayor que el 22%. Cabe destacar, que la mayoría de los estudios realizados en el 2020 tuvieron una prevalencia que oscilaba entre el 22% y 25%, los estudios hechos en el 2021 tuvieron una mayor variación, oscilando entre el 22% y 47% y las revisiones elaboradas en el 2022 tuvieron una oscilación entre el 22% y el 40% de prevalencia.

Por lo que respecta a la prevalencia media de la depresión durante la pandemia del COVID-19, identificada en todas las revisiones sistemáticas analizadas, se logró reconocer que la prevalencia de la depresión fue de 29.6% (Véase figura 2).

Figura 2. Prevalencia media de la depresión



Fuente: Elaboración propia con base en datos de las revisiones analizadas.

Esto significó que la prevalencia de la depresión aumentó más de siete veces durante la pandemia del COVID-19 en comparación con las prevalencias registradas a nivel mundial en los periodos previos a la pandemia. Es decir, en tan

solo un periodo de dos años los casos de depresión pasaron de una prevalencia del 4%, a una prevalencia del 29.6%. Cabe destacar que esta prevalencia media identificada tiene los efectos del estudio de Holsen et al. (2021) cuya prevalencia fue de 47%. No obstante, a pesar del impacto que dicho estudio pudiera presentar en el cálculo de la prevalencia media señalada, su omisión no genera una mayor variación en el resultado, confirmando que el aumento en los casos de depresión fue de siete veces más que lo registrado antes de la pandemia.

Con estos datos encontrados se puede corroborar la idea de que la pandemia por COVID-19 si tuvo un impacto significativo en el incremento de los casos de depresión, aunque aún quedaría pendiente evaluar si dicho incremento fue resultado de las medidas de contención tomadas por las autoridades sanitarias de todos los países del mundo.

3.3.2. Causas del incremento en los casos de depresión durante la pandemia

Aunque pueden ser muchos los factores que pudieron desencadenar el incremento en los casos de depresión durante la pandemia de COVID-19, existe cierta tendencia a reconocer como sus principales detonantes a las medidas tomadas por las autoridades sanitarias para lograr contener la propagación de este nuevo tipo de coronavirus. De acuerdo con lo señalado por las revisiones sistemáticas analizadas, la incertidumbre que se vivió durante el confinamiento así como la angustia que provocaba el no saber cuánto podía durar dicho confinamiento, pueden ser un factor que explique el incremento de los casos de depresión.

Según lo señalado por Bueno-Notivol et al. (2020) cuando un individuo se ve sometido a un evento incontrolable, tiende a mostrar impotencia y falta de motivación provocando como resultado altos niveles de depresión. Es decir, las percepciones relacionadas con la interrupción de la vida normal a causa de la pandemia de COVID-19, están directamente relacionadas con un incremento en los síntomas de depresión (Hosen, al-Mamun, & Mamun, 2021). Es por esto, que la población joven podría ser considerada una población vulnerable debido a la incertidumbre que la pandemia generó sobre sus trabajos carreras o cuestiones

económicas (Bueno Notivol, y otros, 2020). Asimismo, los estudiantes tendían a sufrir mayores niveles de depresión debido a su constante preocupación por la salud tanto de sí mismos como de sus seres queridos (Zhang, y otros, 2022), y al hecho de poseer más información sobre los efectos del virus, debido a su continuo uso de las redes sociales, que muchas veces tendían a difundir información abrumadora y falsa sobre el COVID-19 (Deng, Chen, & Zhang, 2021). Esta afirmación es corroborada por el estudio de Chung-Yi Lin y Ying-Li Lin (2020) que reconoció a los estudiantes de secundaria, en sus grados superiores, como la población que presentaba mayores síntomas depresivos (Lin & Lin, 2020).

Por su parte, algunos autores consideran que quedarse en casa en lugar de volver al trabajo durante las epidemias podía asociarse con un mayor riesgo de padecer depresión. De hecho, para las poblaciones geriátricas, el aislamiento social y el confinamiento pueden desencadenar un mayor sentimiento de soledad y en consecuencia de depresión (Yuan, y otros, 2022). Por otro lado, para el resto de la población, quedarse en casa significó estar más expuesto a las redes sociales y por lo tanto a más información emocional negativa sobre la gravedad de la enfermedad, provocando un incremento considerable en los síntomas depresivos (Lin & Lin, 2020). Estas problemáticas se agravan cuando las áreas de vivienda son reducidas o el número de habitantes en tales viviendas es elevado. Según Hosen et al. (2021), vivir en una zona urbana con familias de más de cinco miembros ha reportado tener mayores problemas de depresión, sobre todo si en dichas unidades familiares habitan niños menores de cinco años o adultos de mayores de 50 años (Hosen, al-Mamun, & Mamun, 2021).

Cabe destacar que, para el caso de las personas que fueron aisladas por estar infectadas o presentar síntomas, el quedarse en casa representó una mayor carga emocional y por ende mayores niveles de depresión como consecuencia del temor a perder la vida por la enfermedad del COVID-19, a sufrir daños irreparables en su organismo (Lin & Lin, 2020) o a perder apoyo comunitario (Balakrishnan, Seong Ng, Kaur, Govaichelvan, & Lek Lee, 2022).

Por otro lado, según lo señalado por Hosen et al. (2021), la cuarentena y el aislamiento son situaciones que aumentan el riesgo de padecer un trastorno depresivo. De acuerdo con sus análisis, los participantes que estuvieron en cuarentena reportaron 3.67 veces mayor riesgo de padecer depresión. Adicionalmente, se identificó que las mujeres tenían 4.8 veces más riesgo de presentar depresión que los hombres (Hosen, al-Mamun, & Mamun, 2021).

En el caso de los trabajadores de la salud, algunos estudios sugieren que ellos tendieron a padecer un mayor grado de depresión debido al constante estrés laboral al que se veían sometidos y que era consecuencia no solo de su experiencia y el contacto cercano con pacientes infectados o con alto riesgo de exposición, sino también, de la mayor actividad laboral que se les demandaba (Yuan, y otros, 2022) resultado de la insuficiente cantidad de profesionales de la salud. En otras palabras, los altos niveles de depresión que presentaron los trabajadores de la salud, se debió más a la sobrecarga laboral que al riesgo implicado por el propio virus del COVID-19 (Necho, Tsehay, Birkie, Biset, & Tadesse, 2021). Asimismo, la inseguridad que los profesionales de atención médica de primera línea que sufrieron por la escasez de equipo preventivo adecuado también contribuía al desarrollo de cuadros depresivos (Hosen, al-Mamun, & Mamun, 2021), sobre todo por el miedo a contagiar a personas de su propia familia (Scortegagna, Dos S. de Lima, Pasian, & Do Amparo, 2021).

Otros factores asociados con el aumento de los niveles de depresión pueden estar relacionados con el estado de salud autopercebido de un individuo, la existencia de un familiar infectado, los antecedentes de enfermedades crónicas (Bueno Notivol, y otros, 2020) y el miedo a ser infectado. De acuerdo con Hosen et al. (2021), padecer enfermedades como hipertensión, asma, diabetes, enfermedades cardíacas o enfermedades renales, al convertirse en un factor de riesgo significativo durante la pandemia de COVID-19, generó que quienes las padecían desarrollaran también algunos de los diversos trastornos relacionados con la depresión.

La relevancia de la depresión en los profesionales de la salud radica fundamentalmente en los efectos que dicha enfermedad puede provocar en el ejercicio de sus funciones profesionales, disminuyendo sus capacidades de atención, comprensión y toma de decisiones (De Juan Pérez, 2021).

Finalmente, las medidas de contención que implicaron el confinamiento de gran parte de la población y el cierre de un sin número de establecimientos, provocó también que todos aquellos trabajadores independientes o pertenecientes al sector informal, desarrollaran cuadros depresivos debido a la imposibilidad de satisfacer sus propias necesidades y las de sus familiares por causa de dicho confinamiento (Hosen, al-Mamun, & Mamun, 2021).

CONCLUSIONES

Como se ha podido observar a lo largo de esta investigación, la depresión es una enfermedad grave que puede causar en quien la padece, sentimientos de angustia, tristeza, nerviosismo, culpa, miedo y desesperación, al grado de afectar su capacidad de concentración, su rendimiento laboral y sus habilidades para relacionarse socialmente. Como se ha señalado, en los casos extremos este trastorno puede llevar no sólo al intento de suicidio, sino incluso a la consumación de este hecho, provocando una gran cantidad de pérdidas humanas a nivel global. No obstante, a pesar de la naturaleza intrínseca de este padecimiento, esta enfermedad había mantenido un nivel de prevalencia de tan solo el 4% en todos los países del mundo hasta antes de la pandemia. Fue por esto que, al observar que las medidas de contención empleadas por las autoridades sanitarias de todos los países del mundo para combatir el COVID-19, incluían aislamiento, confinamiento y cuarentena, y al conocer los efectos que dichas medidas podían poseer en el desarrollo de los síntomas depresivos, en esta investigación surgió el interés por conocer si tales medidas tendrían algún efecto en los niveles de prevalencia de dicho trastorno depresivo.

A partir del planteamiento de esta problemática, la presente investigación se encaminó a realizar una exploración no sólo de las características y las implicaciones del COVID-19 en el desarrollo de los trastornos depresivos, sino también, de los rasgos distintivos de la propia depresión, así como del análisis de las distintas investigaciones que a nivel mundial se habían realizado sobre esta problemática. Para lograr esto, fue necesario dedicar todo un capítulo al reconocimiento de los aspectos generales de esta nueva enfermedad llamada COVID-19, donde se analizaría no sólo su origen, formas de contagio, signos y síntomas, sino también, las formas en cómo se había expandido esta enfermedad y las acciones encaminadas a lograr su contención.

En un segundo capítulo, fue necesario identificar todas las características y peculiaridades de la depresión como problema de salud pública, incluyendo sus tipos, síntomas, complicaciones e impacto epidemiológico. Sin embargo, para

comprender el impacto que las medidas de contención podían presentar sobre la prevalencia en los casos de depresión, resultaba necesario construir un tercer capítulo, donde se expusieran las revisiones sistemáticas más representativas que a nivel mundial se habían estado realizando, para evaluar el impacto que la pandemia por COVID-19 estaba teniendo en la prevalencia de la depresión. Con estos materiales y con el análisis de sus principales observaciones, se construirían los argumentos fundamentales que habrían de dar respuesta a cada una de las preguntas que esta investigación se planteó en sus inicios.

La primera pregunta en responderse fue la relacionada con la prevalencia de casos de depresión como consecuencia de la crisis por COVID-19. Esta pregunta encontró solución cuando se analizaron todas las prevalencias señaladas en las revisiones sistemáticas expuestas. Sin embargo, los datos por sí mismos no permitían identificar una prevalencia general que resultara útil para el propósito de esta investigación. Fue necesario entonces, realizar el cálculo de una prevalencia media que englobara todas las prevalencias señaladas por cada estudio y que permitiera identificar un dato alrededor del cual se encontrarán tales prevalencias. Lo relevante ocurrió cuando se identificó que la prevalencia media de los casos de depresión era de 29.6%, es decir, siete veces más que la registrada antes de la pandemia. Este dato, a su vez resultaba útil para poder responder a la segunda pregunta que esta investigación se planteó y que estaba relacionada con conocer cómo había influido la crisis del COVID-19 y sus medidas de contención en el desarrollo de este trastorno, pues mostraba a primera vista que la pandemia había desencadenado un incremento considerable en el número de casos que presentaban esta enfermedad.

A partir de ahí, fue sencillo reconocer los factores que provocaban el incremento en la prevalencia de la depresión como consecuencia de las medidas de contención, confirmando que el confinamiento, el aislamiento y la cuarentena, provocaban tal nivel de incertidumbre en los individuos, que estos últimos tendían a desarrollar algunos de los múltiples síntomas que caracterizan a la depresión.

En lo referente a la pregunta relacionada con la población que había sido más susceptible a desarrollar este padecimiento, la investigación permitió identificar principalmente a tres poblaciones como las más susceptibles de padecer depresión como consecuencia de la crisis por COVID-19. La primera de ellas era sin duda la población de jóvenes debido al alejamiento de sus espacios educativos, al distanciamiento de sus compañeros de clase y el continuo bombardeo de información al que se veían sometidos por el continuo uso de las redes sociales. La segunda población en ser afectada era la población de adultos mayores debido al miedo que generaba el poseer enfermedades crónico-degenerativas y que los volvía una población altamente vulnerable en caso de contagiarse de COVID-19.

Finalmente, estaba la población correspondiente al personal de la salud que, por la naturaleza intrínseca de sus actividades, se encontraba en contacto directo con el virus y sus posibles efectos. Esta población desarrollaba los efectos de la depresión no solamente por el hecho de estar en contacto con pacientes infectados, sino además, por el miedo continuo a contagiarse y a contagiar a sus familiares directos.

Cabe destacar que, aunque en el capítulo tres no se menciona a la población de las mujeres como población vulnerable, algunos de los autores revisados, señalan a las mujeres embarazadas como un sector altamente propenso a desarrollar algún síntoma de la depresión como consecuencia del miedo que la crisis de COVID-19 le puede representar a su evolución prenatal.

Todos estos hallazgos, no sólo sirvieron para responder las preguntas planteadas al inicio de esta investigación y cumplir así los objetivos establecidos, sino también, fueron útiles para poder identificar algunas acciones a emprender para poder hacer frente a la depresión ante la aparición de posibles nuevas pandemias. En este sentido, la presente investigación considera necesario:

- Evitar a toda costa la difusión de información falsa o errónea sobre el desarrollo de una pandemia.

- Procurar que las autoridades sanitarias no tomen el confinamiento prolongado como una medida viable para contener una crisis sanitaria.
- Sancionar a los partidos políticos de oposición que utilicen el manejo de una crisis sanitaria como una plataforma para posicionarse ante una población votante.
- Equipar oportunamente los hospitales o instituciones de salud con los recursos necesarios para poder hacerle frente a cualquier crisis sanitaria que pudiera presentarse en el corto o mediano plazo.
- Crear un fondo para la prevención de desastres epidemiológicos.
- Elaborar oportunamente programas de difusión sobre cómo prevenir e identificar la depresión durante una crisis sanitaria.

Todas estas propuestas deben estar acompañadas de un amplio reconocimiento de las implicaciones y los riesgos que las crisis sanitarias pueden poseer sobre la salud mental de todos los sectores vulnerables de la población, y que su no atención puede representar un alto costo para la población, no sólo en términos monetarios, sino también humanos.

Bibliografía

- Alonso, R., & Olivos, C. (2020). La relación entre la obesidad y estados depresivos. *REVISTA MÉDICA CLÍNICA LAS CONDES*, 31(2), 130-138. Obtenido de <https://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2020/05/La-relaci%C3%B3n-entre-la-obesidad-y-estados-depresivos.pdf>
- Arango-Dávila, C. A., & Rincón-Hoyos, H. G. (2018). Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(1), 46-55. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v47n1/0034-7450-rcp-47-01-00046.pdf>
- Arredondo-Aldana, K. S., & Gutiérrez-Izquierdo, M. A. (Marzo de 2022). NIVELES DE DEPRESIÓN EN PERSONAS CON TRABAJO REMUNERADO Y DESEMPLEADAS DURANTE LA CRISIS SANITARIA DEL SARS-COV-2. *Revista Científica Arbitrada en Investigaciones de la Salud*, 5(9), 19. Obtenido de <https://journalgestar.org/index.php/gestar/article/view/57/100>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. Londres, Inglaterra: Asociación Americana de Psiquiatría. Obtenido de <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Aytekin, E. (06 de Marzo de 2020). *La rápida propagación del coronavirus en todo el mundo*. Obtenido de Anadolu Agency: <https://www.aa.com.tr/es/mundo/la-r%C3%A1pida-propagaci%C3%B3n-del-coronavirus-en-todo-el-mundo/1757243#>
- Balakrishnan, V., Seong Ng, K., Kaur, W., Govaichelvan, K., & Lek Lee, Z. (2022). presentaban un mayor riesgo de padecer depresión, por lo que la investigación terminó por reconocer a todos estos elementos como factores estresores causantes. *Revista de Trastornos Afectivos*, 298, 9. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032721012672>
- Bu Figueroa, E. (2003). Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS). *Revista Medica Hondureña*, 71(1), 42-47. Obtenido de <https://www.revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol71-1-2003-10.pdf>
- Bueno Notivol, J., Gracia García, P., Olaya, B., Lasheras, I., López Antón, R., & Santabárbara, J. (2020). Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis of community-based studies. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11. Obtenido de

<https://www.elsevier.es/en-revista-international-journal-clinical-health-psychology-355-pdf-S1697260020300545>

- Cadicciones. (2021). *La relación entre alcohol y depresión*. Obtenido de <https://www.cadicciones.es/la-relacion-entre-alcohol-y-depresion/>
- Coiras, Mayte; Meijón-Ortigueira, María del Mar; Jiménez-Yuste, Víctor. (2020). *INFORME DEL GRUPO DE ANÁLISIS CIENTÍFICO DE CORONAVIRUS DEL ISCIII (GACC-ISCIII) PROBLEMAS DE COAGULACIÓN Y TROMBOS EN PACIENTES CON COVID-19*. Instituto de Salud Carlos III. España: Ministerio de Ciencia e Innovación. Recuperado el 8 de Febrero de 2023, de Ministerio de Ciencia e Innovación: https://www.conprueba.es/sites/default/files/informes/2020-06/PROBLEMAS%20DE%20COAGULACION%20Y%20TROMBOS%20EN%20PACIENTES%20CON%20COVID-19_0.pdf
- Conciencia2s. (2023). *¿Depresión por drogas o drogadicción por depresión?* Obtenido de <https://www.conciencia2s.es/drogadiccion-por-depresion/#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20causada%20por%20el,familiar%20de%20salud%20y%20personal.>
- Corea Del Cid, M. T. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista Médica Hondureña*, 89(1), 1-68. Obtenido de <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2021/pdf/Vol89-S1-2021-14.pdf>
- Cruz-Martínez, E., Borja-Terán, B., Hernández-Rojas, M. E., & Velázquez-Zúñiga, C. (Marzo-Abril de 2003). Síndrome Agudo Respiratorio Severo (SARS). *Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*, 17(2), 56-79. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2003/ti032d.pdf>
- De Juan Pérez, A. (2021). Revisión sistemática y metanálisis sobre la prevalencia de depresión, ansiedad e insomnio en trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID-19. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 24(3), 310-315. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/aprl/v24n3/1578-2549-aprl-24-03-310.pdf>
- Deng, Y., Chen, Y., & Zhang, B. (2021). Different prevalence trend of depression and anxiety among healthcare workers and general public before and after the peak of COVID-19 occurred in China: A meta-analysis. *Revista Asiática de Psiquiatría*, 56, 20. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876201821000034>
- Departamento de Seguridad Nacional. (27 de Diciembre de 2021). *Coronavirus (COVID-19) - 27 de diciembre 2021*. Obtenido de <https://www.dsn.gob.es/es/actualidad/sala-prensa/coronavirus-covid-19-27-diciembre-2021>

- Dettmann, L. M., Adams, S., & Taylor, G. (2022). Investigating the prevalence of anxiety and depression during the first COVID-19 lockdown in the United Kingdom: Systematic review and meta-analyses. *British Journal of Clinical Psychology*, 20. Obtenido de <https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/bjc.12360>
- Díaz-Castrillón, F. J., & Toro-Montoya, A. I. (2020). SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. *Medicina & Laboratorio*, 24(3), 183-205. Obtenido de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096519/covid-19.pdf>
- Elsevier. (2023). *La OMS pone foco en la depresión, segunda causa de muerte entre los jóvenes*. Obtenido de <https://www.elsevier.com/es-es/connect/actualidad-sanitaria/la-oms-pone-foco-en-la-depresion,-segunda-causa-de-muerte-entre-los-jovenes>
- Enriquez, A., & Saéñz, C. (2021). *Primeras lecciones y desafíos de la pandemia de COVID-19 para los países del SICA*. México: CEPAL. Obtenido de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46802/1/S2100201_es.pdf
- Estrada-Camarena, E. (Septiembre-Octubre de 2021). Factores que modifican el efecto antidepressivo de los estrógenos: evidencia preclínica. *Salud Mental*, 35(5). Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000500009
- Ferrari, A., Charlson, F., Norman, R., Patten, S., Freedman, G., & Murray, C. (5 de Noviembre de 2013). Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Plos Medicine*, 20. Obtenido de <https://journals.plos.org/plosmedicine/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001547>
- Flores-Soto, M. d., Cancino-Marentes, M. E., & Figueroa Varela, M. d. (2018). Revisión sistemática sobre conductas autolesivas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(4), 200-216. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2018.v44n4/200-216/es>
- Fuentes, C., Ortiz-Msc, L., Wolfensonb, Á., & Schonffeldt, G. (Noviembre - Diciembre de 2019). DOLOR CRÓNICO Y DEPRESIÓN. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(6), 459-465. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-dolor-cronico-y-depresion-S0716864019300902>
- FundéuRAE. (12 de Enero de 2021). *el/la COVID-19, nombre de la enfermedad del coronavirus*. Recuperado el 23 de Enero de 2023

- García Blancas, A. R. (2002). *LA INFLUENCIA DE LA FAMILIA Y EL NIVEL DE DEPRESIÓN*. México: UNAM. Obtenido de http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/tesis/tesis_alma_garcia.pdf
- Gastó, C., & Navarro, V. (2007). *La depresión*. Barcelona: Fundación BBVA. Obtenido de <https://consaludmental.org/publicaciones/DvdDepresion.pdf>
- Gobierno de México. (30 de Marzo de 2020). *Medidas de seguridad sanitaria*. Obtenido de SE DECLARA COMO EMERGENCIA SANITARIA LA EPIDEMIA GENERADA POR COVID-19: <https://coronavirus.gob.mx/medidas-de-seguridad-sanitaria/>
- Guerín, C. (Noviembre de 2017). Síndrome de dificultad respiratoria aguda. *EMC - Anestesia-Reanimación*, 43(4), 1-18. Recuperado el 7 de Febrero de 2023, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1280470317867852>
- Guzmán Pérez, N., Oliva Corujo, L., Ferrer Castro, J. E., & Serra Rodríguez, J. (13 de Abril-Junio de 2021). Complicaciones de pacientes con la COVID-19 y su relación con la evolución y la letalidad. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 50(2), 1-10. Recuperado el 07 de 02 de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572021000200024
- Hernández, M., Marañón, Q., & Mato, X. (2016). *GENÉTICA DE LA DEPRESIÓN*. Universidad Autonoma de Barcelona. Obtenido de http://bioinformatica.uab.cat/base/documents/genetica_gen201516/portfolio/Gen%C3%A9tica%20de%20la%20depresi%C3%B3n2016_6_20P8_43_9.pdf
- Hosen, I., al-Mamun, F., & Mamun, M. (2021). Prevalence and risk factors of the symptoms of depression, anxiety, and stress during the COVID-19 pandemic in Bangladesh: a systematic review and meta-analysis. *Global Mental Health*, 16. Obtenido de <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/4E797C943FAE22451DBA8C37F09ECC34/S2054425121000492a.pdf/prevalence-and-risk-factors-of-the-symptoms-of-depression-anxiety-and-stress-during-the-covid-19-pandemic-in-bangladesh-a-syste>
- INFOMED. (20 de Enero de 2023). *Infecciones por coronavirus*. Obtenido de <https://temas.sld.cu/coronavirus/sars-cov/historia-de-la-epidemia/>
- INFURG-SEMES. (2020). *INFORMACIÓN Y EXPLICACIÓN DE LA PANDEMIA DEL SIGLO XXI COVID-19*. Recuperado el 21 de Enero de 2023, de <https://www.semes.org/wp-content/uploads/2020/05/P%C3%ADdora-1-El-virus.pdf>

- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2021). *Depresión*. Obtenido de <https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/health/publications/espanol/depression-sp/depression.pdf>
- Iñiguez de Heredia, M. (2022). *África y el COVID: Reafirmación de desigualdades y una huella a largo plazo*. Universidad Autónoma de Madrid. Obtenido de <https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=ajNqEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA49&dq=casos+de+depression+en+africa+2022&ots=Gbsn0v1gXW&sig=mNG1n4Ja0VIARYrMJ-BFiJKp8vw#v=onepage&q=casos%20de%20depression%20en%20africa%202022&f=false>
- Justicia Díaz, A. (2022). *Eficacia de la autoayuda guiada online en pacientes con depresión leve y moderada*. Barcelona, España: Universidad Autónoma de Barcelona. Obtenido de <https://www.tdx.cat/handle/10803/675196#page=22>
- Kohan, A. (5 de noviembre de 2013). *Mapa mundial de la depresión psicológica*. Obtenido de <https://dra-adela-b-kohan.webnode.com.ar/news/mapa-mundial-de-la-depresion-psicologica/>
- León, C., & Olivera, E. (2022). Revisión sistemática sobre la salud mental en el contexto COVID-19. *Revista de Investigaciones ULCB*, 9(1), 18. Obtenido de <https://revistas.ulcb.edu.pe/index.php/REVISTAULCB/article/view/220/427>
- Lin, C. Y., & Lin, Y. L. (2020). Anxiety and depression of general population in the early phase of COVID-19 pandemic: A systematic review of cross-sectional studies. *Archives of Clinical Psychiatry*, 47(6), 20. Obtenido de <https://www.scielo.br/j/rpc/a/nvNYqzP9gdFKDhXvmf6F8dz/?lang=en>
- Malagón Amor, M. A. (2020). *Aislamiento Social*. Barcelona, España: Departamento de Psiquiatría. Obtenido de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/670644/mama1de1.pdf;jsessionid=D8B49032FC92DB72F0B7823D7582CF4D?sequence=1>
- Martín García-Sancho, J., & Hernández Vera, M. R. (2020). *GUIA DE PRACTICA CLINICA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS*. Murcia, España: Salud Mental. Obtenido de <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf>
- Martínez S, J., & Vargas F, A. (2020). *Covid-19: evolución y estimaciones de las curvas epidémicas*. Instituto Belisario Domínguez. México: Temas Estratégicos. Recuperado el 18 de Febrero de 2023, de <http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/4877/Reporte%20TE%2078%20Curvas%20epidemicas%20F.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Martínez Soria, J., Torres Ramírez, C., & Orozco Rivera, E. (2020). *Características, medidas de política pública y riesgos de la pandemia del Covid-19*. México: DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN ESTRATÉGICA. Obtenido de <http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/4816/Covid19%20%28doc%20de%20trabajo%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Martínez-Salazar, M., Juárez-González, K., Castillo-Pérez, J. J., & VázquezVega, S. (Julio-Septiembre de 2022). COVID-19: Revisión de la evidencia científica sobre sus manifestaciones. *Revista Médica de la Universidad Autónoma de Sinaloa*, 12(3), 238-256. Recuperado el 03 de Febrero de 2023, de <https://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/articulos/v12/n3/covid19.pdf>
- Mayo Clinic. (14 de Octubre de 2022). *Depresión (trastorno depresivo mayor)*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>
- Medel Palma, C., Rodríguez Nava, A., Jiménez Bustos, G., & Martínez Rojas Rustrián, R. (2020). *MÉXICO ANTE EL COVID-19: ACCIONES Y RETOS* (Primera ed.). México: Camara de Diputados, Universidad Autónoma Metropolitana. Obtenido de <https://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/Mexico-ante-covid-19-acciones-retos.pdf>
- Menezes de Sousa Júnior, G., Deuel de Oliveira Tavares, V., Lara Porpino de Meiroz Grilo, M., Leite Galvão Coelho, M., Lainny de Lima Araújo, G., Barreto Schuch, F., & Leite Galvão Coelho, N. (2021). Mental Health in COVID-19 Pandemic: A Meta-Review of Prevalence Meta-Analyses. *Frontiers in Psychology*. Obtenido de <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.703838/full>
- Mora-Alvarado, D. A. (Mayo de 2022). Sindemia de la “COVID19” en el mundo. *Tecnología en Marcha*, 35, 107-119. Obtenido de <https://doi.org/10.18845/tm.v35i5.6062>
- Moreira-Soto, A., Troyo, A., & Corrales-Aguilar, E. (Enero- Abril de 2014). Síndrome Respiratorio de Medio Oriente causado. *Medicas UIS*, 27(1), 25-33. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192014000100004
- Moreno Izquierdo, A. (2019). ESTUDIO SOBRE EL IMPACTO DEL AISLAMIENTO TERAPÉUTICO EN EL AUTOCUIDADO: UNA APROXIMACIÓN DESDE LA TEORÍA DE OREM. *Operativa del Cuidado*, 1-22. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/ene/v12n3/1988-348X-ene-12-03-1238.pdf>

- Necho, M., Tsehay, M., Birkie, M., Biset, G., & Tadesse, E. (2021). Prevalencia de ansiedad, depresión y angustia psicológica entre la población general durante la pandemia de COVID-19: una revisión sistemática y metanálisis. *Revista Internacional de Psiquiatría Social*, 67(7), 892-906. Obtenido de <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/00207640211003121>
- Ocampo, J., Guerrero, M., Espín, L., Guerrero, C., & Aguirre, R. (2017). Asociación entre Índice de Masa Corporal y Depresión en Mujeres Adolescentes. *International Journal of Morphology*, 35(4), 1547-1552. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n4/0717-9502-ijmorphol-35-04-01547.pdf>
- Organización Mundial de la Salud . (s.f.).
- Organización Mundial de la Salud. (25 de Junio de 2021). *Consideraciones para la cuarentena de los contactos de casos de COVID-19*. Obtenido de Orientaciones provisionales: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342649/WHO-2019-nCoV-IHR-Quarantine-2021.1-spa.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (13 de Septiembre de 2021). *Depresión*. Obtenido de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression#:~:text=Generalidades,personas%20tienen%20de presi%C3%B3n%20\(1\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression#:~:text=Generalidades,personas%20tienen%20de presi%C3%B3n%20(1)).
- Organización Mundial de la Salud. (13 de Mayo de 2021). *Información básica sobre la COVID-19*. Recuperado el 27 de Enero de 2023, de <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>
- Organización Mundial de la Salud. (05 de Agosto de 2022). *Coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV)*. Recuperado el 21 de Enero de 2023, de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-\(mers-cov\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-(mers-cov))
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Los nombres de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) y del virus que la causa*. Recuperado el 23 de Enero de 2023, de [https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it)
- Organización Panamericana de la Salud. (5 de Febrero de 2020). *Actualización Epidemiológica: Nuevo coronavirus (2019-nCoV)*. Recuperado el 23 de Enero de 2023, de <https://covid19-evidence.paho.org/handle/20.500.12663/419>

- Organización Panamericana de la Salud. (11 de Marzo de 2020). *La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia*. Recuperado el 18 de Febrero de 2023, de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15756:who-characterizes-covid-19-as-a-pandemic&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
- Organización Panamericana de la Salud. (9 de Octubre de 2021). *Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente*. Obtenido de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
- Panamerican Life Insurance Group. (2022). *La salud mental en América Latina y el Caribe, la pandemia silenciosa*. PALIG. Obtenido de <https://www.palig.com/Media/Default/Documents/Salud%20Mental%20White%20Paper%20PALIG.pdf>
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalencia de depresión, ansiedad e insomnio entre los trabajadores de la salud durante la pandemia de COVID-19: una revisión sistemática y metanálisis. *ScienceDirect*, 88, 901-907. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S088915912030845X>
- Peña-López, B.-O., & Rincón-Orozco, B. (abril-junio de 2020). Generalidades de la Pandemia por COVID-19 y su asociación genética con el virus del SARS. *Salud UIS*, 52(2). Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/suis/v52n2/2145-8464-suis-52-02-83.pdf>
- Pérez-Padilla, E. A., Cervantes-Ramírez, V. M., Hijuelos-García, N. A., Pineda-Cortés, J. C., & Salgado-Burgos, H. (Mayo-Agosto de 2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista Biomédica*, 28(2). Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-84472017000200073#:~:text=La%20etiolog%C3%ADa%20de%20la%20depresi%C3%B3n%20mayor%20es%20compleja%2C%20puede%20tener,o%20factores%20psicol%C3%B3gicos%20y%20sociales.
- Quiroz-Aldave, J. E., Durand-Vásquez, M. d., Valencia de la Cruz, J., Cabrejo-Paredes, J. E., Castañeda-Sabogal, A., & Ruiz-Barrueto, M. A. (3 de Julio de 2021). Tiempo de contagio de pacientes con SARS-CoV-2: un análisis a diez meses de la pandemia. *Revista de Salud Pública*, 23(5), 1-5. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v23n5/0124-0064-rsap-23-05-e401.pdf>

- Rámirez-Guerrero, G., Baghettill-Hernández, R., Godoy-Tello, C., Villagrán-Cortés, F., Torres-Cifuentes, V., & Garay-Coloma, O. (2022). COVID-19, shock séptico refractario y terapia extracorpórea de purificación sanguínea con OXIRIS®. *Revista Médica de Chile*, 150, 266-270. Recuperado el 08 de 02 de 2023, de <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v150n2/0717-6163-rmc-150-02-0266.pdf>
- Reina, J., & Fraile, P. (2020). Características virológicas y diagnóstico del SARS-CoV-2. *Medicina Balear*, 35(4), 62-68. Obtenido de <http://www.medicinabalear.org/pdfs/Vol35n4.pdf>
- Rialda Kovacevic, J., Bayona García, N., & Gordillo Tobar, A. (20 de Octubre de 2022). *América Latina y el Caribe refuerzan su respuesta ante la creciente demanda de servicios de salud mental*. Obtenido de Investing in Health: <https://blogs.worldbank.org/es/health/america-latina-y-el-caribe-refuerzan-su-respuesta-ante-la-creciente-demanda-de-servicios-de>
- Romero-Saritama, J. M. (09 de Abril de 2021). Medidas de prevención para evitar el contagio por la COVID-19: de lo cotidiano a lo técnico-científico. *Revista Española de Salud Pública*, 95, 1-14. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v95/1135-5727-resp-95-e202104051.pdf>
- RTVE. (27 de Enero de 2023). *Mapa del coronavirus en el mundo: casos, muertes y los últimos datos de su evolución*. Obtenido de <https://www.rtve.es/noticias/20230127/mapa-mundial-del-coronavirus/1998143.shtml>
- Scortegagna, S. A., Dos S. de Lima, E., Pasian, S. R., & Do Amparo, D. M. (2021). Mental health in health professionals. *Psicología: Teoría e Práctica*, 23(1), 23. Obtenido de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v23n1/v23n1a14.pdf>
- Secretaría de Salud. (31 de Enero de 2020). *¿Qué es el Nuevo Coronavirus “2019-nCoV”?* Recuperado el 23 de Enero de 2023, de <https://salud.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/que-es-el-nuevo-coronavirus-2019-ncov>
- STATISTA. (Febrero de 2023). *Número acumulado de casos de coronavirus en el mundo desde el 22 de enero de 2020 hasta el 16 de febrero de 2023*. Obtenido de <https://es.statista.com/estadisticas/1104227/numero-acumulado-de-casos-de-coronavirus-covid-19-en-el-mundo-enero-marzo/>
- Sudabah, E. (14 de Febrero de 2017). *Alarmante incremento de la depresión entre las mujeres afganas*. Obtenido de <https://rebellion.org/alarmante-incremento-de-la-depresion-entre-las-mujeres-afganas/>
- Sun, F., Zhu, J., Tao, H., Ma, Y., & Jin, W. (2021). A systematic review involving 11,187 participants with COVID-19 on anxiety and depression in pregnant

- women. *Revista de Obstetricia y ginecología Psicosomática*, 4. Obtenido de <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0167482X.2020.1857360>
- The Washington Post. (7 de Noviembre de 2013). *A stunning map of depression rates around the world*. Obtenido de <https://www.washingtonpost.com/news/worldviews/wp/2013/11/07/a-stunning-map-of-depression-rates-around-the-world/?noredirect=on>
- Thompson, L. (abril de 2003). Inicio de una nueva epidemia, SARS. *Revista Medica Herediana*, 14(2), 49-50. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v14n2/v14n2e1.pdf>
- Top Doctors México. (2023). *Depresión Ansiosa*. Obtenido de <https://www.topdoctors.mx/diccionario-medico/depresion-ansiosa>
- Torres-Ramírez, C., & Orozco, L.-S. (2021). *Covid-19. Un año con pandemia*. Instituto Belisario Domínguez. México: Temas Estratégicos. Recuperado el 19 de Febrero de 2023, de http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/5130/reporte_87_240121_organized.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Vergel Hernández, J., & Barrera Robledo, M. E. (23 de junio de 2021). Manejo del trastorno depresivo ¿Qué tratamiento elegir? *Revista Médica Risaralda*, 27(1), 10. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672021000100085
- Yan-Rong, G., Qing-Dong, C., Zhong-Si, H., Yuan-Yang, T., Shou-Deng, C., Hong-Jun, J., . . . Yyan, Y. (13 de March de 2020). The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak – an update on the status. *Military Medical Research*, 7(11), 10. Obtenido de <https://mmrjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40779-020-00240-0>
- Yuan, K., Zheng, Y.-B., Wang, Y.-J., Sun, Y.-K., Gong, Y.-M., Huang, Y.-T., . . . Zeng, N. (2022). A systematic review and meta-analysis on prevalence of and risk factors associated with depression, anxiety and insomnia in infectious diseases, including COVID-19: a call to action. *Molecular Psychiatry*, 20. Obtenido de <https://www.nature.com/articles/s41380-022-01638-z.pdf>
- Zarragoitía Alonso, I. (2011). *Depresión, generalidades y particularidades*. La Habana, Cuba: Ciencias Médicas. Obtenido de http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depresion-cuba.pdf
- Zhang, S. X., Chen, R. Z., Xu, W., Yin, A., Kechen Dong, R., Chen, B. Z., . . . Wan, X. (2022). A Systematic Review and Meta-Analysis of Symptoms of. *International Journal Environ Research Public Health*, 15. Obtenido de

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8775436/pdf/ijerph-19-01018.pdf>