

Revista **Trastornos del Ánimo**

ISSN 07 18-2015

**Unidad de Trastornos Bipolares
Clínica Psiquiátrica Universitaria
Hospital Clínico
Facultad de Medicina Universidad de Chile**

*Sociedad Chilena de Trastornos Bipolares
Capítulo Chileno de la ISBD*

Revista Trastornos Del Ánimo

ISSN 0718 - 2015

La revista Trastornos del Ánimo publica artículos originales provenientes de trabajos de investigación, revisiones sobre temas de actualidad, estudios clínicos, informes breves, cartas al editor y comunicaciones personales. Acepta trabajos provenientes de áreas afines a la psiquiatría y psicopatología, incorporando temáticas de profesiones vinculadas con el campo de la salud mental.

Editores/Editors in Chief

Fernando Ivanovic-Zuvic R.
Eduardo Correa D.

Editor Asistente/Assistant Editor

Luis Risco N.

Comité Editorial Nacional/ National Editorial Board

Enrique Jadresic
Juan Carlos Martínez
Pedro Retamal
Graciela Rojas
Hernán Silva
Gustavo Figueroa
Muriel Halpern
Paul Vohringer

Comité Editorial Internacional/ International Editorial Board

Renato Alarcón (USA)
José Luis Ayuso (Spain)
Kiki Chang (USA)
Francesc Colom (Spain)
Alberto Fernández (Peru)
Miguel Gutiérrez (Spain)
John Kelsoe (USA)
Flavio Kapczinski (Brazil)
Manuel Ortega (Venezuela)
Roy Perlis (USA)
Jan Scott (United Kingdom)
Sergio Strejilevich (Argentina)
Jorge Téllez (Colombia)
Leonardo Tondo (Italy)
Eduard Vieta (Spain)
Sydney Zisook (USA)

Representante Legal:

Fernando Ivanovic-Zuvic R.

Toda correspondencia y trabajos a ser publicados deben ser enviados a los editores:

Fernando Ivanovic-Zuvic R.

Eduardo Correa D.

Callao 2970 of. 604

Las Condes, Santiago, Chile

E-Mail: ferlore@gmail.com

Prohibida su reproducción total o parcial, con fines comerciales, sin autorización escrita de los editores

Índice / Index

Editorial	4
------------------------	---

Artículos de Revisión / Review Articles

Consideraciones respecto a la actividad física en el trastorno bipolar, mecanismos, recomendaciones y limitaciones Considerations regarding physical activity in bipolar disorder, mechanisms, recommendations and limitations <i>Antonio Morales R.</i>	6
---	---

Trastornos del ánimo en tiempos de COVID-19: Desafíos y oportunidades. Mood Disorders in time of Covid-19: Challenges and Opportunities. <i>Daniela Weissbluth P.</i>	16
--	----

Depresión y Bienestar Psicológico en estudiantes universitarios: Una Revisión Teórica Depression and psychological well-being in university students: A Theoretical Review. <i>José Luis Rossi M., Juan Pablo Jiménez D., Paulina Barros V., Bárbara Said P.</i>	26
---	----

Trastornos del humor en el teletrabajo En contexto al covid -19 Mood Disorders in Teleworking in the context of Covid-19 <i>María Gisela Vallejo H.</i>	43
--	----

Depresión y Tratamientos Psicológicos: ¿Cuáles son las voces expertas? Depression and Psychological Treatments: ¿Who are the expert Voices? <i>Víctor Gómez P., Wilsa Szabo L., Mirko Martinic J.</i>	50
--	----

Casos Clínicos / Clinical Cases

Análisis de un Caso Clínico de Trastornos afectivo bipolar y Covid-19 Analysis of a clinical case of Bipolar affective disorder and Covid-19 with a Phenomenological approach. <i>María Consuelo Saavedra A.</i>	58
---	----

Para estos editores es un agrado presentar un nuevo número de la Revista Trastornos del Animo. Al inmenso cambio que significa poder tener la publicación en el sitio web de la Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile, se suma la Antigua aspiración de presentar a nuestros autores y lectores una edición bilingüe, inglés y español. Es un gran salto que permitirá acceder a mayor número de lectores, así como entusiasmar a académicos e investigadores a publicar en nuestra revista, la que será más citada que hasta ahora.

La versión en inglés ha constituido un hito, está siendo muy bien acogida por nuestros lectores y, como lo señalábamos, por aquellos que aportan con sus artículos.

Este número está dedicado al mayor desafío sanitario que ha tenido la humanidad en los últimos 100 años, cual es la irrupción del virus SARS COVID-19 del cual conocemos las consecuencias no solo para la salud de todos los habitantes del planeta sino también sus repercusiones económicas, sociales y culturales, cuyas consecuencias aún no se avizoran en todas sus dimensiones aunque seguramente impactarán la forma de vida de quienes poblamos el planeta, independiente de sus ideas y creencias (donde cada país no se ha liberado de esta peste de alcances pandémicos.)

Debido al impacto de esta pandemia, la mayoría de los artículos están vinculados con este tema. Es así como se presenta un trabajo sobre el COVID-19, sus desafíos y oportunidades en relación con los trastornos del ánimo. Otro interesante artículo se refiere al teletrabajo a través de medios digitales en el contexto de la pandemia y un caso clínico seleccionado aborda el vínculo entre COVID-19 y los trastornos del ánimo. Pensamos que estos artículos estimularan vuestro interés para conocer en el aquí y en el ahora el enorme

desafío que representa la pandemia para la salud mental en general y para los trastornos del ánimo en particular.

Se completa este número revisitando temas de interés como la actividad física en el tratamiento y recuperación en el trastorno bipolar, indicación muy relevante para cualquier paciente que cursa con este cuadro clínico. Medidas no farmacológicas como éstas puede ser de gran ayuda al paciente. Una revisión sobre la salud mental de estudiantes universitarios permite comprender las potenciales dificultades que tienen los alumnos para adquirir conocimientos y formarse más integralmente como personas en el ámbito universitario.

Las terapias psicológicas han sido probadamente exitosas sinergizando los tratamientos bio-médicos. Una revisión de este acercamiento integral se presenta con el fin de ilustrar respecto de la mejor evolución en los pacientes, pretendiendo no solo alcanzar la disminución de la sintomatología, sino buscando que el sujeto se reincorpore integralmente, considerando los aspectos de su vida psíquica y orgánica, alcanzando gracias a la respuesta terapéutica completa, la remisión funcional.

Debemos también compartirles que nuestra Unidad de Trastornos Bipolares (UTB) de la Clínica Psiquiátrica Universitaria, inició un diplomado dirigido a profesionales de la salud mental no psiquiatras, el que ha sido muy bien recibido y cuenta con un numeroso alumnado. Este diploma responde a la inquietud de psicólogos y otros profesionales relacionados en el tratamiento de los trastornos del ánimo. Esta primera versión, al igual que todas las anteriores, permitirá que los trabajos finales mejor logrados, sean publicados en nuestra revista.

Además, pronto iniciaremos la cuarta versión del diploma en trastornos del

ánimo dirigido a psiquiatras, esta vez internacional, donde seis destacados especialistas extranjeros se integrarán como docentes. Esperamos que colegas de otros países de Latinoamérica se integren a esta nueva iniciativa que traspasa nuestras fronteras tanto por el grupo docente como por las facilidades de conexión que tendrán psiquiatras y

alumnos provenientes de otros países.

Esperamos que este número sea de vuestro interés así como que nuestros diplomados nacional e internacional cumplan las expectativas de perfeccionamiento académico propias de nuestra querida Universidad de Chile, la que nos cobija en sus ya más que centenarias aulas.

Los editores

Consideraciones respecto a la actividad física en el trastorno bipolar, mecanismos, recomendaciones y limitaciones.

Considerations regarding physical activity in bipolar disorder, mechanisms, recommendations and limitations

Antonio Morales R.¹

RESUMEN

Existe una larga historia en la recomendación de actividad física para el mantenimiento del bienestar y la salud en la historia de la medicina, generándose progresivamente recomendaciones cada vez más específicas para el manejo puntual de algunas patologías según el nuevo conocimiento. En las últimas décadas, se ha publicado una cantidad importante de literatura que aborda el impacto de la actividad física en el Trastorno Bipolar (TB), donde se ha propuesto que existen algunos cambios fisiopatológicos que podrían ser modificados positivamente con la actividad física, sugiriéndose algunos mecanismos para ello, así como también ayudar al manejo de las comorbilidades somáticas y algunas dificultades psicosociales que se generan en este grupo de pacientes. En este trabajo se revisan algunos aspectos de la relación mutidimensional entre actividad física y bipolaridad, mecanismos de cambio sugeridos, limitaciones y sugerencias para la prescripción en el manejo clínico de pacientes.

Palabras clave: actividad física, ejercicio, bipolar, deporte.

ABSTRACT

There is a long history of recommendation of physical activity for the maintenance of well-being and health in the history of medicine, progressively generating more and more specific recommendations for the specific management of some pathologies in accordance to new knowledge. In recent decades, a significant amount of literature addressing the impact of physical activity in Bipolar Disorder (BD) has been published, where it is proposed that some pathophysiological changes could be positively modified with physical activity--suggesting some mechanisms for this, as well as helping to manage somatic comorbidities and some psychosocial difficulties generated in this group of patients. Some aspects of the multidimensional relationship between physical activity and bipolarity, suggested change mechanisms, limitations, and suggestions for prescription in the clinical management of patients are reviewed in this work.

Keywords: physical activity, exercise, bipolar, sport.

Recibido: Agosto 2020

Aceptado: Septiembre 2020

¹ Psiquiatra en consulta privada.

INTRODUCCIÓN

Desde hace ya varios años, hay conocimiento de que la actividad física está recomendada para la mantención de la salud en forma global, con un desarrollo progresivo en recomendaciones cada vez más precisas en cuanto a frecuencia, duración, intensidad y tipo de ejercicio. Hay antecedentes de que la actividad física ha estado integrada desde la antigüedad a la visión de salud y bienestar. Aproximadamente en el año 600 a.d C, Susruta, un reconocido médico de Benares (India), ya mencionaba la importancia de la actividad física en sus clases universitarias, además de recomendarla a sus pacientes en una intensidad y tiempo de ejecución determinados, con una evaluación médica completa previo a la prescripción, y alertándolos acerca de los riesgos de una actividad física desmesurada. Desde entonces, existen registros médicos en diferentes civilizaciones perfeccionando la indicación de la actividad física para la mantención de la salud y el tratamiento de enfermedades. Hipócrates es reconocido como el primer médico del que se tiene registro en indicar, como prescripción escrita detallada, la actividad física a un paciente.⁽¹⁾

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud, se sugiere para la mantención de la salud de la población a nivel global, la realización de 150 minutos semanales de actividad aeróbica moderada o 75 minutos semanales de actividad aeróbica intensa⁽²⁾. Por otra parte, según las recomendaciones del American College of Sports Medicine en conjunto con la American Heart Association, para individuos entre 18 y 65 años, sugieren la práctica de 150 minutos de ejercicio aeróbico moderado a la semana, en sesiones de 30 minutos durante 5 días a la semana⁽³⁾. Estas recomendaciones se han relacionado a un impacto favorable e importante sobre morbilidad

y mortalidad en población general, principalmente en enfermedades metabólicas, cardiovasculares, mentales, oncológicas y bienestar general, entre otros. (3)

Cuando nos aproximamos a la relación entre actividad física y salud mental, es posible observar cómo hay un creciente interés en la literatura médica por conocer la dimensión del impacto de ésta en la aparición, curso y tratamiento de enfermedades mentales, así como el perfil específico de la actividad recomendada según paciente y patología; calidad, tiempo e intensidad. Además, se sugiere al clínico trabajar de una manera muy estructurada al indicar actividad física a sus pacientes, ejemplo de ello es el modelo de las 5A (Assess, Advise, Agree, Assist, Arrange) – en castellano - Evaluar, Aconsejar, Acordar, Asistir y Organizar-, modelo desarrollado para programar la actividad física en contexto de salud.⁽⁴⁾

Dentro de esta inquietud creciente por la actividad física en salud, no ha estado exento el interés por estudiar y conocer el impacto en múltiples dimensiones de la actividad física en el Trastorno Bipolar (TB), su real efecto, sus probables mecanismos, las mejores formas de indicarlo desde la prescripción médica práctica, además de las problemáticas, limitaciones en relación al conocimiento actual y otros aspectos asociados a este, sobre lo cual estará centrado este texto.

EJERCICIO Y BIPOLARIDAD, RELACIONES MÚLTIMENSIONALES.

Se ha ido desarrollando un interés creciente respecto del impacto de la actividad física sobre el TB, esto debido, entre otras razones, a los buenos resultados publicados en terceras enfermedades mentales estudiadas, como la depresión mayor y los distintos trastornos de ansiedad⁽⁵⁾.

Es importante advertir la ausencia de estudios clínicos multicéntricos, aleatorios y

randomizados explorando el impacto de la actividad física en el curso sintomático del TB⁽⁶⁾. A pesar de esto, ya en algunas guías internacionales, como en la guía de Trastorno Bipolar del National Institute for Health and Clinical Excellence⁽⁷⁾ se menciona a la actividad física como una recomendación para este grupo de pacientes, sin embargo, aparece de manera general y con poca claridad operacional, mas bien focalizada en los cambios de estilos de vida y en el manejo de comorbilidades, sin hacer algún alcance acerca del impacto o indicación en relación a los núcleos sintomáticos de la enfermedad y sin referencias en cuanto a frecuencia, tipo e intensidad del ejercicio, imprecisando así su utilización en la práctica médica. En la versión anterior de esta misma guía, se hacía además el siguiente alcance “Si bien el ejercicio puede ser una forma saludable de utilizar el exceso de energía en una persona con manía y una distracción útil, podría despertar aún más el cuerpo fisiológicamente, aumentando la energía, el contacto social y la autoeficacia, exacerbando los síntomas maníacos y potencialmente aumentando la tensión cardiovascular” sugiriendo que la práctica de la actividad física podría tener incluso un efecto deletéreo en fases específicas de la enfermedad⁽⁸⁾.

En el contexto de esta relación multidimensional, se podría deducir además una potencial bidireccionalidad. Ejemplo de esto es la relación que habría entre grupos de atletas que practican cierto tipo de deportes, particularmente los extremos o de alto riesgo, con una mayor prevalencia de bipolaridad, como lo sugiere un estudio por Dudek y colaboradores, donde $\frac{1}{3}$ de los atletas hombres y mujeres encuestados presentaron puntajes altos en el Mood Disorder Questionary. También se ha documentado la respuesta en el rendimiento en deportistas de alto rendimiento según las fases anímicas⁽⁹⁾. Es en este mismo grupo, donde se ha señalado también, que la

práctica deportiva y el entrenamiento de alta exigencia podría dificultar el correcto diagnóstico por la tendencia a normalizar la conducta y el alto nivel de energía que despliegan, planteándose además que el monto de energía podría ser indicador del curso del trastorno⁽¹⁰⁾.

Acerca de los posibles efectos del ejercicio sobre el curso del TB, se ha mencionado a la actividad física como una “espada de doble filo”, mencionando, tal como se señaló anteriormente, algunos posibles efectos nocivos del ejercicio en casos puntuales. Esto debido a publicaciones que postulan cierta relación entre el aumento de la actividad física y la facilitación de fases maníacas o hipomaniacas en algunos grupos de pacientes, a través de estudios de tipo cualitativo que analiza la experiencia individual de los pacientes en torno a la actividad física⁽¹¹⁾. Es destacable mencionar, que en estos mismos análisis cualitativos, se indica que el ejercicio también ha producido un efecto calmante de la misma fase anímica (manía o hipomanía), lo cual ha sugerido que la prescripción del ejercicio en pacientes bipolares debe ser individualizada, tal como ocurre en otras enfermedades, considerando la experiencia previa del paciente con la actividad física, y que el seguimiento y cumplimiento de la misma podría entregar valor importante en la evolución del TB.

En esta relación entre fase anímica y actividad física, es que se ha estudiado también la interacción entre ésta y el gatillo de fases depresivas. De manera interesante se ha informado que una disminución de la actividad física en un pacientes bipolares con historia de actividad física frecuente, podría facilitar la aparición episodios depresivos, según lo publicado por Proudfoot y colaboradores, donde a través de una entrevista semiestructurada en 209 personas con diagnóstico clínico de TB entre 18 y 30 años se buscaron distintos gatillantes según fase anímica, describiéndose entre

los gatillantes de episodios depresivos la reducción o cese de la actividad física⁽¹²⁾.

En estos últimos años, han aparecido diversas publicaciones científicas estudiando otro aspecto que impacta en la indicación de actividad física en pacientes bipolares, esto es, la importante comorbilidad somática asociada en este grupo, donde la malnutrición por exceso, las patologías metabólicas y cardiovasculares aparecen en el primer plano de enfermedades, y donde además la práctica de actividad física ya tiene mayor validez y fuerza de recomendación⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾. Es interesante considerar que algunos de estos aspectos, como la malnutrición por exceso, se ha ligado a peores resultados de tratamiento en los pacientes portadores de TB⁽¹⁵⁾. También es conocido que los pacientes bipolares tienen una tasa de mortalidad de 2 a 3 veces mayor comparados con población general⁽¹⁶⁾.

A esto se agrega la evidencia en torno a lo relacionado a estilos de vida y tratamiento en pacientes bipolares. Se ha informado que los pacientes bipolares presentarían indicadores de sedentarismo mayores a la población general, así como otros problemas ligados a los estilos de vida, que se agregan a los efectos colaterales de diversos fármacos utilizados ampliamente para el control y manejo de la enfermedad, como los estabilizadores del ánimo y antipsicóticos, que se asocian a alteraciones metabólicas y cardiovasculares, más aún si se considera que son indicados durante periodos prolongados, reforzando la indicación de considerar la prescripción de actividad física como algo de rutina en este grupo de pacientes.⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾

En relación al impacto de la actividad física sobre los síntomas del TB y sus fases, uno de los primeros estudios que hace alcance a este tema fue el realizado por Ng y colaboradores en el año 2007, donde en un estudio de tipo retrospectivo, realizado en una pequeña muestra de pacientes hospitalizados con el diagnóstico de TB, se

les invitó a participar voluntariamente de un grupo de caminata durante su estadía hospitalaria, comparándose los resultados con el grupo de pacientes que no participaron, y observándose un impacto favorable en quienes participaron en la intervención, medido a través de una escala que evaluó síntomas ansiosos, depresivos y relacionados al estrés, obteniéndose una mejoría en todas las subescalas de la evaluación⁽¹⁹⁾. A pesar de las limitaciones metodológicas del estudio, estos resultados incentivaron el interés por conocer el alcance de la actividad física en la enfermedad más allá las indicaciones asociadas a las comorbilidades y recomendaciones generales de bienestar en salud.

También se ha señalado en la importancia de la percepción individual respecto al beneficio según tipo y escenario de actividad física elegida. Suto y colaboradores, en un estudio de tipo cualitativo, evaluaron distintas estrategias utilizadas por pacientes con diagnóstico de TB para mantener el adecuado control de su enfermedad, destacándose la actividad física como una estrategia ampliamente utilizada, donde además los participantes hicieron referencia a como el escenario donde realizaban la práctica deportiva (por ejemplo, deportes al aire libre) y el tipo de ejercicio era importante para lograr ese objetivo según su experiencia.⁽²⁰⁾

Otro de los aspectos que se ha estudiado es el efecto regulador de la actividad física sobre el sueño, con una mejoría de la calidad de éste⁽¹¹⁾, estableciéndose además una relación entre actividad física y calidad de sueño de tipo bidireccional, influyendo de manera positiva o negativa una sobre la otra⁽²¹⁾. También es conocido como una mala calidad de sueño se relaciona a la aparición de comorbilidades somáticas (cardiopatía coronaria, enfermedad cerebrovascular, diabetes, obesidad, entre otros)⁽²²⁾ frecuentes en pacientes bipolares, ante lo cual, la intervención en actividad física

sica podría mejorar tanto aspectos relacionados a las comorbilidades como a factores que inciden o manifiestan cambios de la bipolaridad misma.

Además del efecto intrínseco propuesto en ánimo y comorbilidades, la realización continua de actividad física puede brindar estructura al día y motivación, sobre todo al encontrar un tipo de actividad física en la cual se sienta comprometido y su práctica resulte altamente gratificante, con la aparición en corto plazo de realizado el ejercicio, de sensaciones agradables y ligadas al bienestar, como se ha señalado en algunos reportes en población general⁽²³⁾⁽²⁴⁾ lo cual permite integrarlo de manera tal que ayude a organizar de mejor forma el día, optimizar las redes comunitarias y mantener la motivación frente al futuro, muchas veces con un nuevo argumento para avanzar en la recuperación.

MECANISMOS FISIOLÓGICOS Y NEUROBIOLÓGICOS PROPUESTOS EN LA INTERACCIÓN ACTIVIDAD FÍSICA Y BIPOLARIDAD.

Se han estudiado múltiples mecanismos fisiológicos y neurobiológicos para comprender el alcance multidimensional que podría tener la actividad física en los pacientes bipolares. Uno de ellos es el sistema serotoninérgico, esto debido a evidencia que sugiere una disminución de la actividad central de este sistema de neurotransmisión en las fases depresivas y también en eutimia⁽²⁵⁾. A esto se suma que en un estudio realizado por Drevets y colaboradores utilizando Tomografía por Emisión de Positrones, se observó una disminución del potencial de unión del receptor 5HT_{1A} en el rafe, hipocampo y amígdala, mayor en el grupo de bipolares y de individuos con Trastorno Depresivo Mayor con antecedente de familiar bipolar.⁽²⁶⁾ Además, en relación al mismo sistema serotoninérgico, se propone que la actividad muscular re-

quiere la absorción de aminoácidos de cadena ramificada. Normalmente compiten con el triptófano, el precursor de la serotonina, que se transporta a través de la barrera hematoencefálica. Al reducir la cantidad de aminoácidos competitivos a través de la absorción muscular, el ejercicio aeróbico aumenta las posibilidades de que el triptófano cruce la barrera hematoencefálica y, por lo tanto, tiene el potencial de aumentar la serotonina en el cerebro.⁽²⁷⁾ También se ha observado, a través de estudios con la técnica de diálisis intracerebral, un aumento relacionado a la actividad física de Serotonina extracelular y su metabolito ácido 5 - hidroxilindolacético en varias zonas cerebrales, incluido hipocampo y corteza cerebral.⁽²⁸⁾

En el sistema dopaminérgico, se ha realizado la hipótesis de un estado de hiperdopaminergia en estados maniacales, específicamente elevaciones en la disponibilidad de receptores D₂ y D₃ y una red de procesamiento de recompensa hiperactiva. En el caso de los estados depresivos, sin bien existe abundante literatura de la importancia del sistema dopaminérgico en Depresión Mayor, no hay hallazgos consistentes en los estados depresivos de pacientes bipolares, esto según lo publicado por Ashock y colaboradores en una búsqueda sistemática de estudios postmortem, estudios farmacológicos y de neuroimágenes in vivo.⁽²⁹⁾ El ejercicio aeróbico ha demostrado, en distintos estudios animales, un incremento en los niveles de dopamina en el estriado, hipotálamo, mesencéfalo y tronco encefálico, lo cual refuerza la idea del efecto positivo de la actividad física, especialmente la de tipo aeróbica, en ánimo y cognición.

También se ha estudiado el rol de la Fenil-etilamina, neuroamina endógena, que es metabolizada selectivamente por la monoamino oxidasa B en ácido fenilacético, el cual es medible en orina, y que se ha asociado a energía física, ánimo, atención, y

que además posee una acción también en sinapsis noradrenérgicas y dopaminérgicas. Además, se ha observado que tiende a disminuir sus valores en orina de pacientes deprimidos unipolares y bipolares. En un estudio realizado por Szabo y colaboradores, midieron los niveles de ácido fenilacético en varones con historia de actividad física regular previa, luego de 30 minutos de actividad física moderada al 70% de la capacidad cardíaca total, observándose un incremento significativo de éste en orina en relación al mismo grupo cuando no realizó actividad física.⁽³⁰⁾

En el eje hipotalámico- hipófisis adrenal, se reportan anomalías importantes en pacientes bipolares y en pacientes con depresión psicótica unipolar. Se ha determinado que hasta en la mitad de los pacientes bipolares deprimidos fallan en el test de supresión de cortisol con dexametasona, sugiriendo una relación alterada en la retroalimentación negativa del eje. También, en estudios post mortem, se ha observado una reducción en la expresión de ARN mensajero de receptores de glucocorticoides en muestras de tejido cerebral de pacientes bipolares.⁽³¹⁾ Además, se ha publicado que la actividad física regular permite la posibilidad de reducir el alza de cortisol en situaciones de alto estrés psicosocial.⁽³²⁾

Un posible rol de los endocannabinoides también ha sido estudiado, esto debido a sus efectos psicológicos similares, como ansiolisis, sedación y sensación de bienestar. Existe una alta densidad de receptores de endocannabinoides tipo 1 en corteza frontal, amígdala, hipocampo e hipotálamo. Una sola sesión de actividad física al 70%-80% de la frecuencia cardíaca máxima, entrega un óptimo incremento de los endocannabinoides. Uno de los endocannabinoides más importantes en relación al ejercicio, sería la Anandamida. Este endocanabinoide cruza con facilidad la barrera hematoencefálica, y es central en el beneficio de la actividad aeróbica sobre el

ánimo. Es producido tanto a nivel central como periférico, tiende a disminuir bajo estrés psicosocial y a aumentar luego de la actividad física, además tendría un rol importante dado su efecto regulatorio sobre la hiperactividad de la amígdala, en ansiedad y depresión.⁽²⁷⁾

Otra molécula estudiada es el Factor Neurotrófico Cerebral (BDNF), quien tiene un rol importante en la neuroplasticidad de los pacientes con TB. Se ha observado su tendencia a decrecer en las fases maniacales y depresivas de la enfermedad.⁽³³⁾ Una de las dificultades que podría ocurrir, asociado a la disminución de BDNF en células del hipocampo, es la reducción de la llamada "resiliencia celular", esto es, una menor capacidad de resistencia a noxas, como al exceso de glucocorticoides secundario a la hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis -adrenal y a otras injurias, sobre todo en neuronas hipocampales.⁽²⁸⁾ Se ha informado que una sesión aislada de actividad física aumenta los niveles de BDNF, así como también, que este efecto en el caso de quienes realizan actividad física continua es mayor, y además en ese grupo, tiende a aumentar los valores de BDNF incluso en reposo. Preliminarmente, se ha señalado que el tamaño del efecto positivo del ejercicio físico aeróbico sobre BDNF sería menor en mujeres que en hombres, y con mayor claridad reportado a intensidad moderada a alta de ejercicio.⁽³⁴⁾

Se ha explorado también el cambio en la respuesta inflamatoria, esto debido a un patrón de perfil proinflamatorio presente en pacientes bipolares, con predominio de citoquinas proinflamatorias como TNF α , Interleuquina 6 y 8, además de una reducción de Interleuquina 4, la cual tiene acción antiinflamatoria, tanto en fases maníacas como depresivas, sin embargo, el rol de la Interleuquina 6 es más complejo, pues su acción podría ser pro o antiinflamatoria dependiendo al receptor al cual se una. La actividad física provocaría una activación

de la unión de Interleuquina 6 a receptores principalmente antiinflamatorios, lo cual impactaría secundariamente de manera favorable en los niveles de BDNF y somatomedina. Esto se asocia al posible mecanismo de reducción de daño cognitivo a través de la disminución de inflamación hipocampal.⁽²⁸⁾ Además, se propone que existiría una relación estrecha entre ejercicio físico, aumento del endocanabinoide Anandamida y aumento de BDNF, lo cual se ha intentado mostrar, bloqueando receptores canabinoides tipo 1 en ratas, generando como resultado una menor respuesta de alza de BDNF en ellos posterior al ejercicio.⁽³⁵⁾

Se sugiere, dentro de los mecanismos, el impacto positivo de la actividad física en la probable disfunción mitocondrial presente en el TB, así como ocurre en otras enfermedades con compromiso mitocondrial, donde la actividad física ha mostrado beneficio a través de este mecanismo⁽³⁶⁾. Esta disfunción mitocondrial se propone debido a las alteraciones observadas del metabolismo energético cerebral, el impacto de los estabilizadores del ánimo en la mitocondria, el incremento de delecciones de ADN mitocondrial en tejido neural de pacientes bipolares y la asociación de mutaciones y polimorfismos de ADN mitocondrial con bipolaridad⁽³⁷⁾. También se ha sugerido que el ejercicio se relacionaría a la activación de una proteína kinasa activada por AMP, que provocaría efectos positivos en aprendizaje, memoria, neurogénesis y expresión génica asociado a la función mitocondrial en el hipocampo.⁽³⁸⁾

CONCLUSIONES

Existe una larga tradición médica que integra la indicación de la actividad física como tratamiento de enfermedades, y el caso del TB no debiese ser la excepción. Si bien no se han publicado estudios concluyentes al respecto, existe una cantidad

importante de literatura que recomienda la práctica de la actividad física continua o frecuente, principalmente actividad aeróbica de moderada o de alta intensidad, lo cual es posible de hacer operativo en pacientes adultos sin impedimento somático que lo contraindique, y con el conocimiento de sus limitaciones, a través del entrenamiento del paciente en la medición de su frecuencia cardiaca durante el ejercicio y estimando, mediante el uso de algunas fórmulas de alta difusión en la práctica deportiva, como las de Fox⁽³⁹⁾ o Tanaka⁽⁴⁰⁾, parámetros de frecuencia cardiaca sugeridos para la sesión de entrenamiento del paciente, siempre considerando una previa evaluación médica general pesquizando la ausencia de contraindicaciones para realizar el ejercicio físico.

Según la información disponible en la actualidad, es posible decir que es altamente sugerente que la actividad física regular presente un impacto favorable en el control de distintos aspectos del TB, como la atenuación síntomas de estado, tanto del ánimo como cognitivos, disminución del riesgo o del impacto de las comorbilidades somáticas, así como también favoreciendo el contacto comunitario, sentido de agencia y motivación respecto al desarrollo personal.

El clínico debe realizar un esfuerzo a la luz de la historia anímica del paciente, de una evaluación médica general de posibles comorbilidades y de condiciones médicas específicas del paciente, así como la experiencia previa de éste con la actividad física, para recomendarla de manera estructurada, considerando frecuencia, intensidad, hora del día, relación con la alimentación, duración y tipo de ejercicio, entre otros aspectos, debiendo realizarse de manera personalizada, y recogiendo posteriormente la experiencia, tolerancia y adherencia a lo prescrito, así como también la relación del paciente con la actividad física como posible testigo de las oscilacio-

nes anímicas. A pesar de existir ciertas recomendaciones donde se explica a través de teorías neurobiológicas y fisiológicas la aparición de mecanismos favorables tanto para la enfermedad y comorbilidades, la prescripción debe realizarse de tal forma de no dificultar el acceso del paciente a ella, conociendo que los mayores beneficios en morbimortalidad general aparecen al pasar de una vida completamente sedentaria, a iniciar pequeños cambios en el sentido de mejorar la actividad física.⁽⁴¹⁾

REFERENCIAS

- 1.- Tipton C. The history of "Exercise Is Medicine" in ancient civilizations. *Adv Physiol Educ.* 2014; 38(2):109-17.
- 2.- Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Suiza, 2010.
- 3.- Riebe D, Ehrman J, Liguori G, Magal M. ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. (Tenth edition.). The American College of Sports Medicine. Philadelphia: Wolters Kluwer. 2018
- 4.- Meriwether R, Lee J, Schroeder A, Wiseman P. *Am Fam Physician.* 2008; 77: 1129-1136.
- 5.- Carek P, Laibstain S, Carek S. Exercise for the treatment of depression and anxiety. *Int J Psychiatry Med.* 2011; 41:15-28.
- 6.- Thomson D, Turner A, Lauder S, Giggler ME, Berk L, Singh AB, et al. A brief review of exercise, bipolar disorder, and mechanistic pathways. *Front Psychol* 2015; 6: 147
- 7.- National Institute for Health and Clinical Excellence. Bipolar Disorder. 2017
- 8.- National Institute for Health and Clinical Excellence. Bipolar disorder. 2006
- 9.- Dudek D, Siwek M, Jaeschke R, Drozdowicz K, Styczeń K, Arciszewska A, et al. Web-based study of bipolarity and impulsivity in athletes engaging in extreme and high-risk sport. *Acta Neuropsychiatrica.* 2016. 28:179-183
- 10.- Currie A, Gorczynski P, Rice S, Purcell R, McAllister-Williams H, Hitchcock M, et al. Bipolar and psychotic disorders in elite athletes: a narrative review *Br J Sports Med* 2019;53:746–753
- 11.- Wright K, Armstrong T, Taylor A, Dean S. 'It's a double edged sword': a qualitative analysis of the experiences of exercise amongst people with Bipolar Disorder. *J Affect Disord* 2012; 136 :634-642.
- 12.- Proudfoot J, Whitton A, Parker G, Doran J, Manicavasagar V, Delmas K. Triggers of mania and depression in young adults with bipolar disorder. *J Affect Disord* 2012;143: 196–202.
- 13.- Forty L, Ulanova A, Jones L, Jones I, Gordon-Smith K, Fraser C, et al. Comorbid medical illness in bipolar disorder. *Br J Psychiatry.* 2014; 205:465-72.
- 14.- Prieto M, Schenck L, Kruse J, Klaas J, Chamberlain A, Bobo W, et al. Long-term risk of myocardial infarction and stroke in bipolar I disorder: A population-based Cohort Study. *J Affect Disord* 2016; 194:120-127.
- 15.- Kemp D, Gao K, Chan P, Ganocy S, Findling R, Calabrese J. Medical comorbidity in bipolar disorder: relationship between illnesses of the endocrine/metabolic system and treatment outcome. *Bipolar Disord* 2010; 12:404-13.
- 16.- Walker E, McGee, R, Druss, B, 2015. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psych* 2015; 72: 334-341.
- 17.- Vancampfort D, Firth J, Schuch F, Rosenbaum S, De Hert M, Mugisha J, et al. Physical activity and sedentary be-

- havior in people with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2016; 201:145-152.
- 18.- Vancampfort D, Stubbs B, Mitchell A, De Hert M, Wampers M, Ward PB, et al. Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *World Psych* 2015; 14: 339-47
- 19.- Ng F, Dodd S, Berk M. The effects of physical activity in the acute treatment of bipolar disorder: A pilot study. The effects of physical activity in the acute treatment of bipolar disorder: A pilot study *J Affect Disord* 2007; 101: 259–262.
- 20.- Suto M, Murray G, Hale S, Amari E, Michalak E. What works for people with bipolar disorder? Tips from the experts. *J Affect Disord* 2010; 124: 76–84.
- 21.- McGlinchey E, Gershon A, Eidelman P, Kaplan K, Harvey A. Physical activity and sleep: Day-to-day associations among individuals with and without Bipolar Disorder. *Ment Health Phys Act* 2014; 7:183-190.
- 22.- Grandner M, Jackson N, Pak V, Gehrman P. Sleep disturbance is associated with cardiovascular and metabolic disorders. *J Sleep Res* 2012; 21:427-433.
- 23.- Pittsinger, R., Kress, J, Crussemeyer, J. The Effect of a Single Bout of Surfing on Exercise-Induced Affect. *Int Exerc Sci* 2017; 10: 989–999.
- 24.- Daley A, Welch A. The effects of 15 min and 30 min of exercise on affective responses both during and after exercise. *J Sports Sci* 2004; 22: 621–628.
- 25.- Mahmood T, Silverstone T. Serotonin and bipolar disorder. *J Affect Disord* 2001; 66: 1–11.
- 26.- Drevets W, Frank E, Price J, Kupfer D, Holt D, Greer P, et al. PET Imaging of Serotonin 1A Receptor Binding in Depression. *Biol Psych* 1999; 46:1375–1387.
- 27.- Heijnen S, Hommel B, Kibele A, Colzato LS. Neuromodulation of Aerobic Exercise-A Review. *Front Psychol* 2016; 6:1890.
- 28.- Alsuwaidan M, Kucyi A, Law C, McIntyre R. Exercise and Bipolar Disorder: A Review of Neurobiological Mediators. *Neuromol Med* 2009; 11:328–336.
- 29.- Ashok A, Marques T, Jauhar S, Nour M, Goodwin G, Young A, et al. The dopamine hypothesis of bipolar affective disorder: the state of the art and implications for treatment. *Mol Psych* 2017; 22:666-679.
- 30.- Szabo A, Billett E, Turner J. Phenylethylamine, a possible link to the antidepressant effects of exercise? *Br J Sports Med* 2001; 35, 342-343.
- 31.- Aerobic Physical Exercise as a Possible Treatment for Neurocognitive Dysfunction in Bipolar Disorder. *Postgrad Med* 2010; 122:107-116.
- 32.- Wood C, Clow A, Hucklebridge F, Law R, Smith N. Physical fitness and prior physical activity are both associated with less cortisol secretion during psychosocial stress. *J Anx Stress Cop* 2018. 31;135-145.
- 33.- Grande I, Fries G, Kunz M, Kapczinski F. The role of BDNF as a mediator of neuroplasticity in bipolar disorder. *Psych Investig* 2010; 7:243-250.
- 34.- Szuhany K, Bugatti M, Otto M. A meta-analytic review of the effects of exercise on brain-derived neurotrophic factor. *J Psych Res* 2015; 60:56-64.
- 35.- Ferreira-Vera T, Bastos C, Pereira G, Moreira F, Massensini A. A Role for the Endocannabinoid System in Exer-

- cise-Induced Spatial Memory Enhancement in Mice. *Hippocampus* 2014; 24:79–88.
- 36.- Huertas J, Casuso R, Agustin P, Cogliati S. Stay Fit, Stay Young: Mitochondria in Movement: The Role of Exercise in the New Mitochondrial Paradigm. *Ox Med Cell Long* 2019; 2019; 7058350.
- 37.- Berka M, Kapczinski F, Adreazza A, Deana O, Giorlandoa F, Maes M, et al Pathways underlying neuroprogression in bipolar disorder: Focus on inflammation, oxidative stress and neurotrophic factors. *Neurosc Biobehav Rev* 2011; 35: 804–817.
- 38.- Ruegsegger G, Booth F. Health Benefits of Exercise. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2018; 8: a02969
- 39.- Fox SM, III, Naughton JP, Haskell WL. Physical activity and the prevention of coronary heart disease. *Ann Clin Res* 1971; 3: 404–432
- 40.- Tanaka H, Monahan KD, Seals DR. Age-predicted maximal heart rate revisited. *J Am Coll Cardiol*. 2001; 37: 153–156.
- 41.- Warburton D, Bredin S. Reflections on Physical Activity and Health: What Should We Recommend? *Can J Cardiol*. 2016; 32: 495- 504.

Trastornos del ánimo en tiempos de COVID-19: Desafíos y oportunidades.

Mood Disorders in Times of COVID-19: Challenges and Opportunities

Daniela Waissbluth P.¹

RESUMEN

Introducción: A menos de un año de sus inicios, la infección por el coronavirus de Wuhan, denominado SRAS-CoV-2, ha implicado profundas repercusiones a nivel mundial. Las manifestaciones de salud son variadas, pero también los aspectos psicosociales involucrados.

Método: Se realizó una búsqueda bibliográfica a través de pubmed. Se incluyeron artículos relacionados a temáticas de salud mental, neuropsiquiatría, trastornos del ánimo y COVID-19.

Resultados: El COVID-19 ha generado manifestaciones de salud mental que se cree podrían mantenerse a lo largo del tiempo, siendo ansiedad y depresión las más significativas reportadas. El virus tiene capacidad de ingresar al sistema nervioso central, ocasionando manifestaciones neuropsiquiátricas. Los pacientes con trastornos del ánimo se presentan como un grupo de riesgo, así como los profesionales de la salud y los sobrevivientes del COVID-19. En cuanto al tratamiento, se debe tener especial cuidado en las interacciones farmacológicas y posibles reacciones adversas severas. El carbonato de litio tiene propiedades que podrían interesar como potencial tratamiento de coronavirus.

Conclusiones: Se debe cambiar la

modalidad habitual de trabajo de los equipos de salud mental. En trastornos del ánimo, considerar aspectos propios de la infección viral, así como los determinantes psicosociales. Plantear estrategias preventivas de suicidio, donde las intervenciones a distancia cobran importancia. Además de los desafíos, este periodo puede considerarse una oportunidad para modificar nuestros paradigmas de atención y generar nuevas líneas de investigación.

Palabras clave: "COVID-19", "coronavirus", "psiquiatría", "salud mental", "trastornos del ánimo", "depresión", "trastorno bipolar", "psicofarmacología".

ABSTRACT

Introduction: Less than a year after it began in Wuhan, the SARS-CoV-2 coronavirus infection has had profound repercussions worldwide. The health manifestations are varied, as are the psychological aspects involved.

Method: A bibliographic search was conducted through PubMed; articles related to mental health topics, neuropsychiatry, mood disorders, and COVID-19 were included.

Results: COVID-19 has generated mental health manifestations that are believed

Recibido: Junio 2020

Aceptado: Agosto 2020

¹ Universidad de Chile, Unidad Salud Mental Hospital Clínico Fuerza Aérea.

could persist over time, with anxiety and depression being the most significant ones reported. The virus has the ability to enter the central nervous system, causing neuropsychiatric manifestations. Patients with mood disorders, as well as health professionals and survivors of COVID-19, are presented as a risk group. Regarding treatment, special care must be taken in terms of drug interactions and possible severe adverse reactions. Lithium carbonate has properties that could be of interest as a potential coronavirus treatment.

Conclusions: The traditional working modalities of mental health teams should be changed. In mood disorders, consider aspects proper to the viral infection, as well as the psychosocial determinants. Propose suicide prevention strategies, where remote interventions become critical. In addition to the challenges, this period can be considered an opportunity to modify care paradigms and generate new research lines.

Keywords: "COVID-19", "coronavirus", "psychiatry", "mental health", "mood disorder", "depression", "bipolar disorder", "psychopharmacology".

INTRODUCCIÓN

Han pasado solo siete meses desde los primeros casos de infección por el entonces denominado "nuevo coronavirus de 2019", detectado en la ciudad de Wuhan, China. En febrero de 2020, la enfermedad fue nombrada por la OMS como "enfermedad por coronavirus" (COVID-19) y el patógeno causante "coronavirus de tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo" (SRAS-CoV-2).

Cuando hablamos de fechas, parece un evento tan reciente, considerando el impacto global que esta pandemia ha tenido. Desde esta vereda del mundo, la sociedad miraba lo que estaba ocurriendo con

la lejanía de un espectador. Mientras miles morían en Asia y Europa, en un veraniego Chile, aún conmocionado por las repercusiones del estallido social, el impacto potencial de la pandemia parecía no sentirse hasta las primeras semanas de marzo.

Pero no solo los desafíos y procesos locales podrían favorecer la vivencia de distancia del riesgo. A lo largo de la historia, la humanidad azotada por diversas pandemias, parece necesitar los textos históricos para recordar la noción de "vulnerabilidad biológica". En una experiencia histórica relativamente reciente, han transcurrido solo cien años desde la Gripe Española, enfermedad que en menos de un año fue responsable de la pérdida de 50 millones de personas a nivel mundial y cuyas múltiples consecuencias de salud, económicas e históricas, pueden haber sido opacadas por las secuelas de una humanidad ya golpeada por los estragos de la guerra⁽¹⁾. No obstante, hay registros de sobrevivientes, que dan cuenta de la cruda realidad pandémica, en un periodo donde la capacidad inmediata de registro y difusión que hoy contamos no era posible, con los beneficios y perjuicios que aquello implica. Dentro de los desenlaces trágicos de la pandemia, conocido por su posición de elite intelectual y cultural, se encuentra la historia del pintor Egon Schiele, quien perdió a su esposa e hijo en gestación a causa del virus, muriendo él algunos días después por la misma enfermedad. Falleciendo además su mentor, el afamado Gustav Klimt, ocho meses antes que el propio Schiele. Una de las obras más famosas del joven pintor fue desarrollada el mismo año de su muerte, quedando inconclusa (figura 1).

SALUD MENTAL Y COVID-19

Los alcances de la pandemia involucran aspectos globales y diversos, por lo que toda la población se ve afectada directa o

Figura 1. Egon Schiele, La Familia, 1918.



indirectamente. Sin embargo, hay grupos que evidentemente se presentan con un mayor grado de vulnerabilidad, ya sea por determinantes biológicas, económicas, sociales, profesionales, o una combinación de todas las anteriores.

El Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SRAS) provocado por coronavirus asociado al SRAS (SRAS-CoV) el 2003, generó consecuencias de salud mental en los pacientes y familiares que perduraron tras la recuperación, considerándose relevantes aspectos biológicos (del virus, hospitalización, medicación) y psicosociales⁽²⁾. El estrés psicológico se mantuvo elevado un año tras la infección en la epidemia del SRAS, y el personal de salud presentaba al año tasas más elevadas de depresión, ansiedad y trastorno por estrés posttraumático⁽³⁾. El suicidio consumado se elevó específicamente en la población geriátrica femenina el año de la pandemia en Hong Kong⁽⁴⁾.

Expertos proponen cuatro grupos de particular interés por su potencial mayor riesgo: (I) personas que han estado en contacto directo con el virus y la enfermedad, (II) personas con vulnerabilidad psico-

social y biológica previa (incluidos aquellos pacientes con enfermedades psiquiátricas ya diagnosticadas), (III) profesionales de la salud y (IV) personas que siguen múltiples canales de información respecto a la pandemia⁽⁵⁾. Este último punto abre una interesante discusión respecto al rol de los medios de comunicación y a cómo inmediatez globalizada de la información puede influir en outcomes de salud, diferenciándose en ciertos ámbitos del curso de pandemias globales anteriores como la Gripe Española.

La investigación del impacto en salud mental durante la pandemia por COVID-19 es un tema aún en pleno desarrollo. Los datos más sustantivos son de población china, contando con algunos estudios longitudinales y de caso-control. En población general, los niveles de ansiedad, depresión y estrés se mantuvieron a un mes del peak de casos nuevos, y se propone como grupo de mayor vulnerabilidad el de adolescentes y estudiantes jóvenes,⁽⁶⁾ lo que no se replica en otros estudios. Se plantea que la población portadora de patología psiquiátrica sufriría un impacto mayor a la de población general durante la pandemia por COVID-19, cuantificado a través de escalas de ansiedad y depresión⁽⁷⁾. Si bien los estudios son aún escasos, la multiplicidad de factores adversos en juego hacen que ésta sea una población teórica de riesgo: estrategias de afrontamiento inadecuadas ante el estrés, problemas psicosociales previos, ausencia de acceso a controles oportunos durante la pandemia, dificultades en el acceso a medicación habitual, entre otros. El aumento de las cifras de depresión podrían estar asociadas menores ingresos económicos, conflictos interpersonales, uso frecuente de medios de comunicación, menor apoyo social y serían mayores en sexo femenino⁽⁸⁾.

El llamado al aislamiento social como medida de protección física, puede ir en desmedro de la salud mental, por lo que

se ha preferido el término “distanciamiento físico” en vez de “distanciamiento social”⁽⁹⁾. Si bien pueden parecer sutilezas del lenguaje, cobra relevancia a la hora de considerar otros canales de comunicación efectiva para sostener la vivencia de contención emocional en momentos de crisis, haciendo un uso virtuoso de la tecnología para mantener el contacto con relaciones significativas y para el oportuno acceso a atención de salud. En China, se ha visto que la población en cuarentena presenta cifras de ansiedad y depresión mayores que población sin restricción de movilidad, en forma significativa⁽¹⁰⁾. En el caso particular de Chile, con una población cuantiosa en situación de vulnerabilidad y marginalidad, el aislamiento además conlleva el estresor de la escasez de insumos básicos, en un país donde el tema de la desigualdad ha estado en la palestra en forma singular durante el último año⁽¹¹⁾.

Un grupo de particular interés corresponde el de los profesionales del área de la salud. El grado de exposición y riesgo, la vivencia de sobrecarga laboral y privación de sueño, la toma de decisiones éticamente complejas en forma diaria, el distanciamiento del grupo primario de apoyo para evitar contagios, son algunos de los factores influyentes. La prevalencia de ansiedad, depresión e insomnio como síntoma aislado en profesionales de salud durante la pandemia del COVID-19 llegan al 23,2%, 22,8% y 38,9% respectivamente, siendo más altas las cifras específicamente en población femenina y en la profesión de enfermería⁽¹²⁾.

Considerando las variadas aristas a las que nos enfrentamos desde salud mental de cara a la pandemia, y en un esfuerzo por delimitar las principales prioridades de investigación, Lancet publica un documento de posición en abril, con un enfoque plenamente bio-psico-social, entendiendo los alcances de múltiples determinantes⁽¹³⁾. En él establecen como prioridades inme-

diatas de investigación: (I) la obtención de datos sobre tasas de ansiedad, depresión y suicidalidad, (II) investigar estrategias de soporte para grupos de riesgo en particular (enfermedad mental o física severa preexistente, individuos recuperados de la infección por COVID-19 y personas que reporten nueva sintomatología del ámbito psíquico durante la pandemia) y (III) desarrollar una base de datos neuropsicológica de pacientes COVID-19 que permita generar estudios estandarizados para el mayor conocimiento de los efectos neuropsiquiátricos del virus.

ASPECTOS NEUROBIOLÓGICOS: SRAS-COV-2 Y SISTEMA NERVIOSO

El SRAS-CoV-2 es un virus ARN, que además de las manifestaciones respiratorias se ha visto presenta manifestaciones extrapulmonares, incluidas aquellas en sistema nervioso, generando cuadros neuropsiquiátricos ya documentados⁽¹⁴⁾, tales como encefalitis, meningitis, eventos vasculares, alteraciones cognitivas (específicamente un síndrome disejecutivo), alteraciones neuro-oftalmológicas, Guillain-Barré, entre otras. Incluso se sospecha que la neuroinvasión a nivel de tronco cerebral, podría ser en parte responsable de la gran falla respiratoria en estos pacientes⁽¹⁵⁾. Respecto al delirium en paciente crítico por COVID-19, algunos autores exponen el subdiagnóstico como un posible problema, pero se plantea como una realidad clínica cotidiana⁽¹⁶⁾. Dentro de los factores inductores de delirium, se considera el efecto directo del virus sobre el sistema nervioso central y la cascada inflamatoria como dos componentes influyentes, además de los propios a cualquier paciente crítico⁽¹⁷⁾. Lo que nos obliga a plantearnos la pregunta respecto a cuáles son los mecanismos neurotrópicos de este virus.

Epidemias pasadas como el SRAS y el Síndrome Respiratorio de Oriente Medio

(MERS) generaron estudios sobre el neurotropismo por coronavirus (CoVs) en modelos animales, siendo uno de los hallazgos consistentes el que todos requieren la enzima convertidora de angiotensina 2 (ECA-2) como puerta de entrada neuronal⁽¹⁸⁾. La ECA-2 se expresa en múltiples órganos, incluido el cerebro, específicamente en neurona y glía. El SRAS-CoV-2 usa la glicoproteína “spike” S1 que se une al ECA-2, ingresando a la célula, y se ha visto que la afinidad del SRAS-CoV-2 por este receptor es mayor que para otros coronavirus⁽¹⁹⁾. Una línea de investigación respecto a la neuroinvasión, es el ingreso a través del nervio olfatorio, estando el ECA-2 ampliamente distribuido a nivel de ese epitelio sensitivo, y es sabido que el SRAS-CoV-2 genera como síntoma frecuente anosmia y ageusia⁽²⁰⁾.

En suma, los mecanismos de SRAS-CoV-2 en la injuria del sistema nervioso pueden incluir el ingreso a través de circulación sistémica, vía neuronal directa, daño por neuroinflamación, daño por hipoxia y eventos vasculares, entre otros, habiéndose al menos esclarecido hasta el momento el importante rol de la ECA-2 en el ingreso celular⁽²¹⁾.

TRASTORNOS DEL ÁNIMO Y COVID-19

Los datos sobre depresión, trastorno bipolar y COVID-19 son aún escasos, pero se sospecha es probable haya aumento en las cifras considerando lo ocurrido con la pandemia del SRAS. Hasta el 36% de los pacientes presentaba ánimo bajo en la fase de recuperación aguda, asociándose la severidad del SRAS y el uso de corticoesteroides, a niveles más altos de ansiedad y depresión⁽²²⁾. El seguimiento de sobrevivientes al largo plazo, incluso sobre los tres años, mostró que el 39% cumplía con criterios de depresión⁽²³⁾. En el pasado se ha generado interés por la posible relación entre infecciones por virus respirato-

rios y el desencadenamiento de trastornos del ánimo, encontrándose que la seropositividad para influenza A, influenza B y coronavirus se asocia a trastornos del ánimo, sin demostrar especificidad para depresión unipolar o trastorno bipolar⁽²⁴⁾. Se cree que portadores de un trastorno del ánimo podrían eventualmente tener una respuesta inflamatoria más duradera en infecciones virales, por el aumento de citoquinas proinflamatorias ya propio de la fisiopatología del cuadro anímico⁽²⁵⁾.

En un estudio prospectivo en COVID-19, se vio que la severidad de la anosmia y ageusia se asoció a mayores cifras de ansiedad y depresión⁽²⁶⁾, lo que nuevamente hace pensar en el probable compromiso de sistema nervioso central por coronavirus.

En un estudio que compara repercusiones de salud mental actuales en pacientes con trastornos del ánimo previos (ya sea depresión o trastorno bipolar) versus población general, los indicadores de depresión y ansiedad fueron mayores en el primer grupo, aún más en trastorno bipolar en comparación a depresión unipolar, siendo los más afectados los hombres bipolares⁽²⁷⁾.

En cuanto al riesgo de suicidio, se presume podrían aumentar las tasas, si consideramos que hay evidencia de aumento en las muertes por suicidio en Estados Unidos durante la Gripe Española y entre adultos mayores durante la epidemia del SRAS⁽²⁸⁾. Hasta el momento, varios casos de suicidios relacionados al COVID-19 han sido reportados tanto en la prensa como en publicaciones científicas en Estados Unidos, Italia, Gran Bretaña, India, entre otros países, y por lo tanto se propone que el rol del psiquiatra y de los equipos de salud mental debe ser más activo que de costumbre en pacientes que se estima son de mayor riesgo, como aquellos con historial de intentos previos, pacientes con cuadros psiquiátricos activos sobre todo si son adultos mayores, y profesionales de la salud⁽²⁹⁾.

Previendo el posible aumento en los fenómenos suicidales, sumado al hecho de la prolongación de los estados de cuarentena con las consecuencias psicosociales que aquello implica, se han propuesto ya algunos esfuerzos por realizar intervenciones breves y estructuradas que apunten específicamente a la reducción del riesgo suicida, como la Evaluación Colaborativa y Manejo de la Suicidalidad (utilizándose frecuentemente la sigla CAMS del inglés) a través de un protocolo de telepsicología⁽³⁰⁾. Expertos de psiquiatría y psicología por ende apoyan la idea de tener un enfoque activo de prevención del suicidio en poblaciones de riesgo, y en ese sentido las intervenciones a distancia deberán tener un lugar preponderante.

En cuanto a aspectos psicofarmacológicos, se requiere de mayor rigurosidad al momento de la prescripción y control de pacientes con trastornos del ánimo durante el curso de infección por SRAS-CoV-2. Esto considerando especialmente tres aspectos: (I) los riesgos del uso de fármacos habituales en psiquiatría en pacientes críticos, con complicaciones en diversos sistemas, (II) las múltiples interacciones farmacológicas existentes entre protocolos experimentales de tratamiento y el uso de ciertos psicofármacos y (III) las potenciales reacciones adversas neuropsiquiátricas de los fármacos usados para combatir la infección por SRAS-CoV-2.

Dadas las alteraciones multisistémicas en el paciente grave por COVID-19, es relevante considerar aspectos farmacocinéticos y farmacodinámicos a la hora de prescribir y dosificar. En el caso de los antipsicóticos, se debe tener especial precaución en pacientes con alteraciones cardiológicas en el contexto del paciente crítico por el riesgo de prolongación de QTc y en pacientes con alteración de transaminasas por inflamación sistémica se debe evitar antipsicóticos con riesgo de hepatotoxicidad⁽³¹⁾. Además, la infección por COVID-19

se ha asociado a leucopenia y linfopenia, por lo que iniciar la prescripción de fármacos como clozapina o carbamazepina debe considerarse concienzudamente balanceando riesgos y beneficios⁽³¹⁾. Concomitantemente, el uso de clozapina se ha asociado a mayor riesgo de inflamación sistémica y de neumonía⁽³²⁾.

Respecto a los protocolos de seguimiento en pacientes con farmacoterapia ya instalada, por los problemas de acceso a laboratorio y los riesgos que implican de contagio, se ha propuesto en algunos fármacos postergar los controles de laboratorio. Expertos han recomendado reducir la frecuencia de monitorización hematológica con el uso de clozapina, cada tres meses en pacientes que llevan más de un año de uso y se encuentran con recuentos de glóbulos blancos y neutrófilos estables en ese periodo⁽³³⁾.

Dentro de los usos "off-label" de terapias para COVID-19 se encuentran variados fármacos, incluyendo: cloroquina, hidroxiclороquina, azitromicina, lopinavir-ritonavir, favipiravir, remdesivir, ribavirina, interferón entre otros, presentando algunos de ellos reacciones adversas potencialmente graves como prolongación del QTc, hepatitis, pancreatitis, neutropenia y anafilaxis⁽³⁴⁾. En ese escenario, el psiquiatra de enlace debe tener especial cuidado en revisar las interacciones medicamentosas posibles y elegir un esquema seguro, dentro de sus posibilidades.

En el subgrupo de pacientes con mayor componente inflamatorio sistémico, como en la tormenta de citoquinas, se ha planteado el uso de fármacos inmunomoduladores como corticoesteroides, inmunoglobulina y bloqueo selectivo de citoquinas como el tocilizumab⁽³⁵⁾, con las reacciones adversas psiquiátricas conocidas especialmente de los corticoides e interferón, tales como depresión, manía, agitación, reacciones suicidales entre otras⁽³¹⁾.

En cuanto al carbonato de litio, que si-

que siendo una de las piedras angulares del tratamiento en trastornos del ánimo, surgen ciertas preocupaciones pero también aspectos promisorios respecto a su uso en pandemia. Ya hay casos documentados de pacientes con intoxicación por litio y hospitalizaciones por SRAS-CoV-2⁽³⁶⁾, lo que alerta sobre las complicaciones que pueden presentarse por la baja ingesta de líquido o falla renal como parte de la gravedad de su evolución, siendo altamente relevante el control oportuno de litemia en pacientes que adquieran la infección, ajustando dosis según necesidad. No obstante, considerando ciertos potenciales beneficios del litio, es un fármaco que ha mostrado frenar *in vitro* la replicación de coronavirus en animales a través de la inhibición de una enzima denominada glicógeno-sintetasa quinasa 3, involucrada en la fosforilación de cofactores necesarios para la RNA polimerasa⁽³⁷⁾. Algunos han propuesto estudiar litio en microdosis por sus efectos protectores, previniendo la inflamación asociada a fenotipo senescente⁽³⁸⁾. De esta manera se abren nuevos campos de investigación respecto al uso de litio e infecciones virales.

DESAFÍOS

Los desafíos para la Psiquiatría en tiempos de pandemia son múltiples. Por un lado, la necesidad de anticipación y preparación ante la mayor demanda de atención, por las repercusiones de salud mental inmediatas y al largo plazo. En ese sentido, la implementación de un sistema de telepsiquiatría eficaz y eficiente, se presenta como un reto de alta relevancia⁽³⁹⁾. Quizás en términos más globales, el desafío tiene que ver con la modificación de la modalidad de trabajo clínico y de investigación de los equipos de salud mental⁽⁴⁰⁾, desde todos sus espacios de intervención. La necesidad de implementar precoz y efectivamente plataformas de telepsiquiatría y

telepsicología, crear una manera eficiente de despacho y retiro de medicación para asegurar la continuidad de tratamiento, intensificar las medidas de aislamiento en unidades de hospitalización psiquiátrica y realizar intervenciones de psiquiatría de enlace en forma virtual^(41, 42).

Otro de los retos es implementar intervenciones multidisciplinarias de salud mental en dos grupos específicos: personal de salud y pacientes y familiares tocados por el COVID-19⁽⁴³⁾. Aparecen por ende necesidades que van más allá del quehacer habitual, lo que será particularmente complejo para los equipos de psiquiatría de enlace.

Saliendo del ámbito clínico, un desafío pendiente de la psiquiatría y las sociedades científicas es el de difusión y educación a los medios, de manera que el tipo de información y los modos de transmisión de ésta no vayan en desmedro de la salud mental de la población, siendo una estrategia preventiva⁽⁴⁴⁾.

CONCLUSIONES

El COVID-19 ha llegado a revolucionar varios aspectos de la vida cotidiana, lo que implica para los equipos de salud mental una necesidad de adaptación a un ritmo poco antes visto, de modo de cumplir con los nuevos requerimientos para la población, especialmente para grupos de riesgo de presentar psicopatología.

Información actual indica que el SRAS-CoV-2 es un virus que tiene capacidad de ingresar al sistema nervioso central y presentar manifestaciones neuropsiquiátricas variadas, siendo este un campo en pleno desarrollo. En trastornos del ánimo, se deben tener en consideración aspectos propios de la infección viral, así como los determinantes psicosociales involucrados. En la psicofarmacología, especial cuidado debe tenerse a la hora de evaluar interacciones farmacológicas y posibles repercusiones neuropsiquiátricas de nuevos trata-

mientos para el COVID-19. Por otro lado, el carbonato de litio tiene propiedades que podrían interesar como potencial tratamiento de los coronavirus.

Considerando este un periodo de crisis desde múltiples aristas, también es una oportunidad de crecimiento y de modificar nuestros paradigmas habituales de funcionamiento, tanto en psiquiatría como en otros ámbitos. A modo de ejemplo, la creación de una galería de arte virtual, The Covid Art Museum, específicamente dedicada a publicar obras de temática relacionada a la pandemia. Es así como surgen espacios creativos que también, en parte, pueden ser considerados una estrategia de expresión y afrontamiento durante tiempos tan complejos (Figura 2).

Figura 2. Obra virtual publicada en el Covid Art Museum, artista @anindianminiaturist



BIBLIOGRAFIA

1. Honigsbaum M. Spanish influenza redux: revisiting the mother of all pandemics. *Lancet*. 2018; 391: 2492-2495.
2. Tsang HW, Scudds RJ, Chan EY. Psychosocial impact of SARS. *Emerg Infect Dis*. 2004; 10: 1326-1327.
3. Lee AM, Wong JG, McAlonan GM, Cheung V, Cheung C, Sham PC, et al. Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *Can J Psychiatry* 2007; 52: 233-240.
4. Chan SM, Chiu FK, Lam CW, Leung PY, Conwell Y. Elderly suicide and the 2003 SARS epidemic in Hong Kong. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006; 21: 113-118.
5. Fiorillo A, Gorwood P. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *Eur Psychiatry*. 2020; 63: e32.
6. Wang C, Pan R, Wan X, an Y, Xu L, McIntyre RS, et al. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain Behav Immun*. 2020; 87: 40-48.
- 7.- Hao F, Tan W, Jiang L, Zhang L, Zhao X, Zou Y, et al. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain Behav Immun*. 2020; 87: 100-106.
- 8.- Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *Int J Soc Psychiatry*. 2020; 66: 317-320.
- 9.- Saltzman LY, Hansel TC, Bordnick PS. Loneliness, isolation, and social support factors in post-COVID-19 mental health. *Psychol Trauma*. 2020; 12:

- S55-S57.
- 10.-Tang F, Liang J, Zhang H, Kelifa MM, He Q, Wang P. COVID-19 related depression and anxiety among quarantined respondents [published online ahead of print, 2020 Jun 22]. *Psychol Health*. 2020; 1-15.
 - 11.-Caqueo-Urizar A, Urzúa A, Aragón-Caqueo D, et al. Mental health and the COVID-19 pandemic in Chile. *Psychol Trauma*. 2020; 10.1037/tra0000753.
 - 12.-Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*. 2020; 88: 901-907.
 - 13.-Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7: 547-560.
 - 14.-Dinakaran D, Manjunatha N, Naveen Kumar C, Suresh BM. Neuropsychiatric aspects of COVID-19 pandemic: A selective review. *Asian J Psychiatr*. 2020; 53: 102188.
 - 15.-Troyer EA, Kohn JN, Hong S. Are we facing a crashing wave of neuropsychiatric sequelae of COVID-19? Neuropsychiatric symptoms and potential immunologic mechanisms. *Brain Behav Immun*. 2020; 87: 34-39.
 - 16.-O'Hanlon S, Inouye SK. Delirium: a missing piece in the COVID-19 pandemic puzzle. *Age Ageing*. 2020; 49: 497-498.
 - 17.-Kotfis K, Williams Roberson S, Wilson JE, Dabrowski W, Pun BT, Ely EW. COVID-19: ICU delirium management during SARS-CoV-2 pandemic. *Crit Care*. 2020; 24: 176.
 - 18.-Natoli S, Oliveira V, Calabresi P, Maia LF, Pisani A. Does SARS-Cov-2 invade the brain? Translational lessons from animal models. *Eur J Neurol*. 2020; 10.1111/ene.14277.
 - 19.-Baig AM, Khaleeq A, Ali U, Syeda H. Evidence of the COVID-19 Virus Targeting the CNS: Tissue Distribution, Host-Virus Interaction, and Proposed Neurotropic Mechanisms. *ACS Chem Neurosci*. 2020; 11: 995-998.
 - 20.-DosSantos MF, Devalle S, Aran V, et al. Neuromechanisms of SARS-CoV-2: A Review. *Front Neuroanat*. 2020; 14:37.
 - 21.-Condie LO. Neurotropic mechanisms in COVID-19 and their potential influence on neuropsychological outcomes in children. *Child Neuropsychol*. 2020; 26: 577-596.
 - 22.-Sheng B, Cheng SK, Lau KK, Li HL, Chan EL. The effects of disease severity, use of corticosteroids and social factors on neuropsychiatric complaints in severe acute respiratory syndrome (SARS) patients at acute and convalescent phases. *Eur Psychiatry*. 2005; 20: 236-242.
 - 23.-Lam MH, Wing YK, Yu MW, Leung CM, Ma RC, Kong AP, et al. Mental morbidities and chronic fatigue in severe acute respiratory syndrome survivors: long-term follow-up. *Arch Intern Med*. 2009; 169: 2142-2147.
 - 24.-Okusaga O, Yolken RH, Langenberg P, Lapidus M, Arling TA, Dickerson FB, et al. Association of seropositivity for influenza and coronaviruses with history of mood disorders and suicide attempts. *J Affect Disord*. 2011; 130: 220-225.
 - 25.-Brietzke E, Magee T, Freire RCR, Gomes FA, Milev R. Three insights on psychoneuroimmunology of mood disorders to be taken from the COVID-19 pandemic. *Brain Behav Immun Health*. 2020; 5: 100076.
 - 26.-Speth MM, Singer-Cornelius T, Oberle M, Gengler I, Brockmeier SJ, Seda-

- ghat AR. Mood, anxiety and olfactory dysfunction in COVID-19: evidence of central nervous system involvement?. *Laryngoscope*. 2020; 10.1002/lary.28964.
- 27.- Van Rheenen TE, Meyer D, Neill E, Phillipou A, Tan EJ, Toh WL, et al. Mental health status of individuals with a mood-disorder during the COVID-19 pandemic in Australia: Initial results from the COLLATE Project. *J Affect Disord*. 2020; 275: 69-77.
- 28.- Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton K, John A, Kapur N, et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7: 468-471.
- 29.- Sher L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM*. 2020; hcaa202.
- 30.- Jobes DA, Crumlish JA, Evans AD. The COVID-19 pandemic and treating suicidal risk: The telepsychotherapy use of CAMS. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2020; 30: 226-237.
- 31.- Bilbul M, Paparone P, Kim AM, Mutalik S, Ernst CL. Psychopharmacology of COVID-19. *Psychosomatics*. 2020; 10.1016/j.psym.2020.05.006.
- 32.- de Leon J, Ruan CJ, Verdoux H, Wang C. Clozapine is strongly associated with the risk of pneumonia and inflammation. *Gen Psychiatr*. 2020; 33(2):e100183.
- 33.- Gee S, Gaughran F, MacCabe J, Shergill S, Whiskey E, Taylor D. Management of clozapine treatment during the COVID-19 pandemic. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2020; 10:2045125320928167.
- 34.- Kalil AC. Treating COVID-19-Off-Label Drug Use, Compassionate Use, and Randomized Clinical Trials During Pandemics. *JAMA*. 2020; 10.1001/jama.2020.4742.
- 35.- Mehta P, McAuley DF, Brown M, Sanchez E, Tattersall RS, Manson JJ, et al. COVID-19: consider cytokine storm syndromes and immunosuppression. *Lancet*. 2020; 395:1033-1034.
- 36.- Suwanwongse K, Shabarek N. Lithium Toxicity in Two Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Patients. *Cureus*. 2020; 12: e8384.
- 37.- Rajkumar RP. Lithium as a candidate treatment for COVID-19: Promises and pitfalls. *Drug Dev Res*. 2020; 10.1002/ddr.21701.
- 38.- Viel T, Chinta S, Rane A, Chamoli M, Buck H, Andersen J. Microdose lithium reduces cellular senescence in human astrocytes - a potential pharmacotherapy for COVID-19?. *Aging (Albany NY)*. 2020; 12: 10035-10040.
- 39.- Kaufman KR, Petkova E, Bhui KS, Schulze TG. A global needs assessment in times of a global crisis: world psychiatry response to the COVID-19 pandemic. *BJPsych Open*. 2020; 6: e48.
- 40.- Nicol GE, Karp JF, Reiersen AM, Zorumski CF, Lenze EJ. "What Were You Before the War?" Repurposing Psychiatry During the COVID-19 Pandemic. *J Clin Psychiatry*. 2020; 81: 20com13373.
- 41.- Bojdani E, Rajagopalan A, Chen A, Gearin P, Olcott W, Shankar V, et al. COVID-19 Pandemic: Impact on psychiatric care in the United States. *Psychiatry Res*. 2020; 289: 113069.
- 42.- Stefana A, Youngstrom EA, Chen J, et al. The COVID-19 pandemic is a crisis and opportunity for bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2020; 10.1111/bdi.12949.
- 43.- Shiozawa P, Uchida RR. An updated systematic review on the coronavirus pandemic: lessons for psychiatry. *Braz J Psychiatry*. 2020; 42: 330-331.
- 44.- Kesner L, Horáček J. Three challenges that the COVID-19 pandemic represents for psychiatry. *Br J Psychiatry*. 2020; 1-2.

Depresión y Bienestar Psicológico en estudiantes universitarios: Una Revisión Teórica.

Depression and psychological well-being in university students: A Theoretical Review.

José Luis Rossi M.⁽¹⁾, Juan Pablo Jiménez D.⁽²⁾, Paulina Barros V.⁽³⁾, Bárbara Said P.⁽⁴⁾

RESUMEN

La presente investigación, de carácter teórico, revisa estudios enfocados en la presencia de síntomas depresivos y su relación con antecedentes sociodemográficos en estudiantes de universidades nacionales y extranjeras. Al mismo tiempo, realiza una revisión en torno al concepto de bienestar psicológico y sus características generales en la población. Los resultados indican una alta prevalencia de sintomatología depresiva en estudiantes universitarios en comparación con la población general y valores similares entre las poblaciones universitarias extranjeras y nacionales. Los estudios que abordan ambas variables de manera simultánea son escasos y necesarios, ya que pueden explicar los posibles mecanismos de interacción vinculados a la etiopatogenia de los trastornos depresivos de este grupo en particular, pues la literatura sugiere que el bienestar psicológico podría ser una variable que promueve la salud mental. En base a la relación documentada en la literatura entre depresión y condiciones físicas de salud,

se discute finalmente cómo el bienestar psicológico podría actuar potencialmente como un factor protector frente a diversas enfermedades médicas, pudiendo orientar estrategias terapéuticas eficaces centradas principalmente en la promoción y prevención en los estudiantes universitarios.

Palabras Claves: Depresión, estudiantes, Universidad

ABSTRACT

The present research, of a theoretical nature, reviews studies focused on identifying the presence of depressive symptoms and their relationship with socio-demographic background in university students from national and foreign universities. At the same time, it makes a review around the concept of psychological well-being and its general characteristics in the population. The results indicate a high prevalence of depressive symptoms in university students compared to the general population and similar values among foreign and national university populations. Studies that address

Recibido: Noviembre 2019

Aceptado: Diciembre 2019

- ¹ Departamento de Psiquiatría Norte. Departamento de Psicología. Universidad de Chile. Santiago, Chile. Estudiante Programa de Doctorado en Psicoterapia, Pontificia Universidad Católica de Chile
- ² Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile. Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad
- ³ Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.
- ⁴ Psicóloga, Universidad de Chile. Santiago, Chile

both variables simultaneously are scarce and necessary, since they can explain the possible mechanisms of interaction linked to the etiopathogenesis of depressive disorders in this particular group, since the literature suggests that psychological well-being could be a variable that promotes mental health. Based on the relationship documented in the literature between depression and physical health conditions, it is finally discussed how psychological well-being could potentially act as a protective factor against various medical diseases, being able to guide effective therapeutic strategies focused mainly on promotion and prevention in university students.

Key Words: *Depression, Students, University*

Sintomatología Depresiva y Trastornos Depresivos: Aspectos conceptuales y epidemiológicos

La Depresión es un trastorno mental altamente prevalente en nuestro país y es considerada actualmente una condición que obedece a múltiples causas, en cuya etiología participan factores genéticos, cerebrales, ambientales, caracterológicos y socioculturales⁽¹⁾. Hoy las tasas de este trastorno mental han ido en aumento en los últimos años, a tal punto que algunos autores hablan de la “era de la depresión”, como antes lo fuera la de la ansiedad y en tiempos de Freud, la época de la histeria. La prevalencia de la depresión en la población general puede estimarse entre el 9 y el 20% y aunque sólo la mitad, o menos, termina recibiendo atención especializada, los pacientes depresivos constituyen entre el 20 y el 25% de los que consultan al médico de familia por algún problema psiquiátrico⁽²⁾.

Desde los tiempos de Kraepelin y Kretschmer, la clarificación de los límites entre la “tristeza común y corriente” y la depre-

sión clínica ha sido una preocupación importante. Gran parte de la controversia se ha centrado en torno a la pregunta: ¿Qué límite se puede establecer en el continuo que va desde la experiencia de tristeza hasta el episodio depresivo mayor?⁽³⁾.

En los últimos veinte años se ha producido una drástica proliferación de teorías psicológicas sobre la etiología de la depresión. Gran parte del aval empírico que apoya los actuales modelos psicológicos de la depresión proviene de estudios realizados con sujetos subclínicamente deprimidos, con un estado anímico depresivo, pero no con pacientes más severamente deprimidos, que son clasificados en función de la puntuación obtenida en una determinada escala o inventario de depresión⁽²⁾. Esta estrategia metodológica supone la asunción implícita de la llamada hipótesis de la continuidad de la depresión, la que concibe esta enfermedad como un continuo y por tanto, cualquier persona podría ser situada en un punto determinado del mismo⁽⁴⁾.

Sabido es que en los estados más severos dentro de este continuo, el individuo puede atentar contra su vida, lo que transforma a la depresión en una enfermedad potencialmente mortal. En el mundo, el suicidio está entre las diez primeras causas de muerte y más de un millón de suicidios se consuman al año, de los cuales el 30% ocurre en estudiantes universitarios⁽⁵⁾. En este sentido, inevitablemente surge la pregunta ¿qué factores podrían favorecer que un tercio de las personas que ya no desean vivir, sean jóvenes que recién están forjando su futuro? Frente a esta pregunta, se presenta a continuación una breve revisión de estudios que se han interesado por la salud mental en estudiantes universitarios, a través de la investigación de la prevalencia de la sintomatología depresiva y su relación con distintas variables sociodemográficas. Se realiza a su vez, una aproximación desde la perspectiva del bienestar psicológico y las variables que promueven

la salud mental en la población general, incluyendo a los estudiantes universitarios.

Prevalencia y aspectos sociodemográficos de la depresión en universitarios a nivel internacional

Las tasas de trastornos depresivos reportadas en universidades extranjeras son elevadas^(6, 7, 8, 9, 10, 11). Las investigaciones sobre prevalencia de depresión en estudiantes universitarios a nivel internacional, incorporados en la presente revisión, incluyen países como Colombia^(9, 12, 13), Perú^(14, 15), Brasil^(16, 17), México⁽¹⁸⁾, Estados Unidos⁽¹⁹⁾, Australia⁽²⁰⁾ y China^(11, 21). En términos generales, se observa que entre el 30 y 50% de los estudiantes de universidades de esos países presentan sintomatología depresiva, cifras que resultan relevantes y estadísticamente significativas (Tabla 1). Existen varios estudios de prevalencia de trastornos depresivos en estudiantes universitarios, con diversas metodologías y tamaños muestrales.

A esto se suman los hallazgos sobre conducta suicida en jóvenes universitarios, los que resultan preocupantes, con tasas anuales que se ubican entre un 18% y 41%^(5, 12, 22, 23). En el presente año, se realizó una investigación en la Universidad Nacional de Ucayali, con una muestra de 431 estudiantes de medicina, en la cual se encontró que el 42,3% presentó un cuadro depresivo y de ellos, un 15%, con niveles de ideación suicida de intensidad media y alta⁽²⁴⁾. De la misma forma, en el año 2017, en una investigación realizada en Brasil, con una muestra de 637 alumnos de la Universidad Federal de Mato Grosso, se estimó un 9,9% de presencia de ideación suicida durante los 30 días previos a la investigación⁽¹⁶⁾.

Un interesante meta-análisis publicado en el año 2016, incorpora estudios que evaluaron depresión, sintomatología depresiva e ideación suicida en estudiantes

de medicina de pregrado, publicados entre los años 1982 y 2015. El estudio incluye a 43 países de todos los continentes, con una muestra de 122.356 estudiantes. Los hallazgos indican una prevalencia de sintomatología depresiva del 27,2%, prevalencia de ideación suicida del 11,1% y entre los estudiantes de medicina que dieron positivo a la depresión, el 15,7% buscó tratamiento psiquiátrico⁽²⁵⁾.

Los antecedentes descritos anteriormente pueden ser analizados de manera más específica al incorporar variables sociodemográficas que aparecen como relevantes en estos estudios: género, edad, nivel socioeconómico y estado civil, entre otras, mostrando diferencias entre ellas y diversos resultados. Por ejemplo, en cuanto a la variable género, una investigación realizada en Colombia, reportó que dentro del 30,3% de los estudiantes que presentaron sintomatología depresiva, la mayor prevalencia fue en mujeres⁽⁹⁾. Otro estudio realizado en México, reportó un 17,9% de sintomatología depresiva en mujeres versus un 11,1% en hombres⁽¹⁸⁾. Para el estrato socioeconómico se evidencia una relación inversa entre la severidad de la sintomatología depresiva y el estrato socioeconómico de pertenencia de los jóvenes, con sintomatología depresiva más severa en los estratos socioeconómicos inferiores.

A estos antecedentes, se suman los hallazgos de Riveros, Hernández & Rivera en la ciudad de Lima, Perú, quienes encontraron que existían además diferencias de intensidad de la sintomatología depresiva según género⁽⁶⁾. La depresión se manifiesta con intensidad mayor en mujeres que en varones: En las mujeres 15,35% (depresión leve) y 2,30% (depresión moderada), frente a un 5,30 % (depresión leve) y un 2,30% (depresión moderada) de los varones.

En Colombia, un estudio orientado a establecer la asociación entre depresión y

Tabla 1. Síntesis sobre estudios de prevalencia de sintomatología depresiva en estudiantes a nivel internacional.

País	Muestra	Prevalencia
Colombia ⁽¹²⁾	625 estudiantes de diversas carreras	49,80%
Colombia ⁽⁹⁾	218 estudiantes de la Pontificia Universidad Javeriana-Cali	30,30%
Colombia ⁽¹³⁾	1344 Estudiantes de todas las carreras de la Universidad CES	47,20%
Perú ⁽¹⁴⁾	382 estudiantes peruanos	40%
Perú ⁽¹⁵⁾	119 Estudiantes de tecnología médica Universidad nacional Mayor de San Marcos	38,70%
Brasil ⁽¹⁶⁾	637 alumnos de la Universidad Federal de Mato Grosso	41,90%
Brasil ⁽¹⁷⁾	761 estudiantes de medicina	34,6% síntomas depresivos 37,2 síntomas de ansiedad
México ⁽¹⁸⁾	8197 alumnos de Bachillerato y licenciatura por medio del CES	14,70%
Estados Unidos ⁽¹⁹⁾	1050 estudiantes de medicina Universidad de California	5% síntomas depresivos 11,5% algún trastorno de ansiedad
Australia ⁽²⁰⁾	800 alumnos	39,50%
China ⁽¹¹⁾	5245 estudiantes de diversas carreras	11,70%
China ⁽²¹⁾	39 estudios realizados entre 1997 y 2015 32.694 estudiantes de diversas universidades chinas.	23,80%
Meta-análisis 43 países ⁽²⁵⁾	122.365 estudiantes de medicina de distintas universidades	27,20%

rendimiento académico en estudiantes de pregrado de la universidad de Magdalena, encontró una prevalencia de depresión del 38,5%, nuevamente más elevada en las mujeres (40,3%), identificando además, la depresión como un factor de riesgo para el adecuado rendimiento académico⁽²⁶⁾. Otro factor de riesgo hallado fue el ser mayor de 20 años, lo cual sería explicable de acuerdo a los autores, debido a que en los adolescentes es menor la presencia de depresión en comparación con personas adultas.

Por otra parte, las revisiones sistemáticas y meta análisis orientan la evaluación de estos resultados. Una revisión sistemática realizada por Chen, analizó 24 artículos que cumplían con los criterios de inclusión establecidos y encontró que las tasas de prevalencia de depresión reportadas en los estudiantes universitarios oscilaron entre el 10% y el 85%, con una prevalencia media ponderada del 30,6%, lo que sugiere que los estudiantes universitarios presentan tasas de depresión que son sustancialmente más altas que las encontradas en la población general⁽¹¹⁾. Dentro de esta revisión, dieciséis artículos informaron diferencias de género. La mayoría de ellos encontraron una mayor prevalencia entre las mujeres, seis artículos no pudieron detectar ninguna diferencia de género estadísticamente significativa y uno encontró que los hombres tenían una tasa más alta de depresión⁽¹¹⁾. En los 16 estudios que reportan diferencias de género, las participantes informaron tasas más altas de depresión, con una media ponderada del 29,6% comparado con el 24,9% en los varones. En cuanto al año de carrera cursado, se observaron tasas de prevalencia más altas en los primeros años de estudio. Esta revisión sistemática⁽¹¹⁾, al igual que la investigación realizada en Colombia⁽⁹⁾, encontró que los determinantes socioeconómicos de la prevalencia indican que cuanto mayor es el ingreso familiar, menor es la prevalencia de la depresión.

A continuación se revisarán estudios a nivel nacional para analizar cómo se comportan estas variables en este contexto.

Estudios de prevalencia y aspectos sociodemográficos de la depresión en universitarios a nivel nacional

De acuerdo a Baader⁽²⁷⁾, el estudio de prevalencia de patología psiquiátrica en Chile, realizado por Vicente⁽²⁸⁾ evidencia que más de un tercio de la población chilena habría tenido algún trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida, mientras que uno de cada cinco ha presentado un trastorno en los últimos 6 meses. En lo que respecta a la población infanto-juvenil de nuestro país, la prevalencia general de los trastornos mentales alcanza un 22,5%, siendo los trastornos del comportamiento disruptivo, los trastornos ansiosos y los trastornos afectivos los problemas más comunes.

Los trastornos depresivos a nivel nacional guardan equivalencia con las tasas encontradas a nivel Latinoamericano⁽²⁸⁾. En las universidades nacionales la incidencia de depresión (sobre 16,4%), supera la tasa para población general (15%) y también al grupo etario equivalente (13,8%)⁽²⁹⁾.

Destacan cuatro investigaciones nacionales, una en la Universidad Austral⁽³⁰⁾, otra en Universidad de Concepción⁽³¹⁾ y una tercera investigación que incluye una universidad en la región metropolitana y otra, en la IX región⁽³²⁾, donde se encontraron cifras que van desde un 13,7% a un 28% de estudiantes con trastornos depresivos (Tabla 2). En cuanto a la relación entre las variables sexo y depresión, en las tres investigaciones se observan diferencias, evidenciando las mujeres cifras más elevadas en comparación con los hombres.

Un cuarto estudio de prevalencia de psicopatología en estudiantes universitarios de nuestro país que asisten a un servicio de salud estudiantil, reveló que los alumnos presentan trastornos del estado del ánimo en cifras superiores a las prevalencias encontradas en universidades chile-

Tabla 2. Síntesis sobre estudios de prevalencia de sintomatología depresiva en estudiantes a nivel nacional.

Universidad	Muestra	Prevalencia
Universidad Austral (30)	804 estudiantes de diversas carreras	13,7% depresión mayor 26,9% trastornos depresivos
Universidad de Concepción (31)	632 estudiantes de diversas carreras	16,4% trastornos depresivos
Universidad de la región metropolitana y universidad de la IX región (32)	580 estudiantes de diversas carreras	28,0% trastornos depresivos
Distintas universidades chilenas (33)	460 universitarios de diversas carreras	22,8 % trastornos depresivos

nas, (22,8% en trastornos depresivos) con una tasa superior a la encontrada para el grupo etario equivalente y a la población general. Refieren que los tipos de cuadros más incidentes corresponden al trastorno depresivo mayor episodio único, trastornos del ánimo en estudio y distimia⁽³³⁾. De acuerdo a las autoras, la evidencia es congruente con las cifras a nivel nacional, donde la depresión mayor y la distimia son los trastornos más prevalentes. Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas por género para trastornos del ánimo, pese a las referencias de mayor prevalencia de trastornos depresivos en mujeres. De todas formas, cabe destacar que los estudios a nivel nacional son aun incipientes y que se requiere de mayor evidencia para establecer resultados concluyentes⁽³³⁾.

Cambios en el sistema de educación superior nacional: ¿Un nuevo perfil de estudiante?

Un aspecto relevante a considerar al momento de analizar los datos disponibles, son los cambios que ha experimentado el

sistema de educación superior en nuestro país en términos de una masificación y expansión del mismo, lo que incide directamente en cambios en las condiciones ambientales y en el perfil de los estudiantes, variables que pueden ser relevantes al momento de analizar sus problemas de salud mental.

Cabe destacar que durante el año 2009 la cantidad de alumnos matriculados en la educación superior chilena superó los 876.000 estudiantes, lo que representa hoy aproximadamente al 5% de la población total de Chile. A partir del mismo año, se observa también un fenómeno novedoso: la matrícula femenina sobrepasa por primera vez a la matrícula masculina en educación superior. Estas cifras han sido fruto de un incremento significativo de la matrícula, que ha transcurrido en los últimos 30 años y que ha ido moldeando el escenario de la educación superior chilena. Lo anterior es consistente con el aumento creciente de la cobertura económica de estudiantes de educación superior entre 1990 y 2009, respecto de la población total en el rango entre 18 y 24 años⁽³⁴⁾.

Tanto para las universidades como para los institutos profesionales, se experimentó un aumento de la matrícula durante todo el período de estudio. La tasa de crecimiento anual en Pregrado superó el 5,9% en la primera década y 7,5% en la segunda. En este contexto de crecimiento acelerado de la población universitaria en los últimos años, el Estado ha cumplido un rol central al apoyar esta gran expansión del sector educativo a través de subvenciones o créditos para los estudiantes, con el objetivo de lograr un acceso más equitativo de los distintos sectores sociales de la población chilena. Esta expansión y masificación de la educación universitaria ha generado un cambio importante: La configuración de un nuevo perfil del estudiante. El nuevo tipo de estudiante ya no pertenece sólo a los segmentos de mejor rendimiento académico de la educación media⁽³⁵⁾, no proviene de sistemas educativos privilegiados y pertenece a grupos sociales más vulnerables, condiciones que estarían asociadas eventualmente a un mayor riesgo de presentar trastornos de salud mental en adultos y adolescentes latinoamericanos, según una extensa revisión de trabajos publicados desde 1982 hasta 2006⁽³⁶⁾.

Debido al incremento de los factores de riesgo y/o vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos mentales, ¿qué elementos podrían promover la salud mental en los estudiantes universitarios?

El concepto de Bienestar Psicológico

El debate académico actual en torno al bienestar y la salud se ha situado desde dos antiguas tradiciones filosóficas: el hedonismo y la eudaimonia. Desde la perspectiva hedónica se entiende el bienestar como la presencia de afecto positivo y la ausencia de afecto negativo, mientras que desde la perspectiva eudaimónica se propone que el bienestar es consecuencia de un funcionamiento psicológico pleno, que

le permite a las personas desarrollar plenamente su potencial personal⁽³⁷⁾. Por lo tanto, no existe una definición única de bienestar: Conceptos como calidad de vida, felicidad, ausencia de enfermedad, satisfacción con la vida y equilibrio entre afectos positivos y negativos son ampliamente utilizados para aproximarse al fenómeno. Ante esta pluralidad, los estudios de bienestar⁽³⁸⁾ clasifican la variedad de conceptos en dos grandes categorías: Aquellos orientados a obtener un resultado específico que refleje la presencia de afecto positivo y ausencia de afecto negativo, relacionados con la búsqueda de felicidad (asociados al concepto de Bienestar Subjetivo) y aquellos orientados al estudio del desarrollo y crecimiento personal, que apuntan más bien a determinar el Bienestar Psicológico⁽³⁹⁾. Este concepto que tiene sus bases en la tradición eudaimónica⁽³⁸⁾, surge a partir de conceptos propuestos por la Psicología Humanista tales como la autoactualización⁽⁴⁰⁾ o la autorrealización⁽⁴¹⁾, los cuales no han tenido un impacto significativo en el estudio del bienestar psicológico, debido fundamentalmente a la ausencia de fiabilidad y validez en los procedimientos utilizados para su medida^(42, 43, 44).

Buscando los puntos de convergencia entre todas estas formulaciones, Carol Ryff⁽⁴⁵⁾ sugirió un modelo multidimensional de bienestar psicológico, con 6 dimensiones vinculadas a un nivel óptimo de bienestar. Cada dimensión supone un desafío diferente que encuentran las personas en su esfuerzo por funcionar positivamente^(46, 47). Estas dimensiones, expresadas en una escala de medición⁽⁴⁵⁾ son las siguientes:

1. Auto – aceptación: Se relaciona con el hecho que las personas pueden sentirse satisfechas consigo mismas, siendo conscientes de sus limitaciones.

2. Relaciones positivas: Capacidad de mantener relaciones sociales estables y de buena calidad, en otras palabras, la capacidad para amar y el desarrollo de

una afectividad madura son componentes fundamentales del bienestar y de la salud mental.

3. Dominio del entorno: Habilidad personal para crear o elegir entornos favorables para sí mismo, lo que genera mayor sensación de control sobre el mundo y la percepción de ser capaces de influir sobre el contexto.

4. Autonomía: Poder sostener la propia individualidad en diferentes contextos sociales y frente a la presión social, lo que favorece la autorregulación de la conducta.

5. Propósito en la vida: Tener metas claras y ser capaz de definir objetivos a través del desarrollo del ciclo vital.

6. Crecimiento personal: Es la capacidad del individuo para crear las condiciones que le permitan desarrollar sus potencialidades y seguir creciendo como persona.

Bienestar Psicológico y Variables Sociodemográficas

Con el objeto de entender la naturaleza del bienestar psicológico en base a este modelo, la investigación se ha centrado en evaluar características generales de la población y los niveles de bienestar psicológico⁽⁴⁸⁾. Por ejemplo, en relación a la edad, se ha observado que en las personas pertenecientes al rango de la tercera edad, el modelo de las seis dimensiones no es aplicable de la misma forma que en personas más jóvenes. En la adultez mayor, los factores asociados al bienestar parecen tener mayor relación con variables relativas a la salud y al afecto familiar⁽⁴⁹⁾. La validación original del test, realizada por Ryff, comparó las dimensiones del bienestar psicológico en tres grandes subgrupos etarios: jóvenes (18-29 años); adultos (30-64 años); adultos mayores (65 y más), encontrando diferencias en las dimensiones: dominio ambiental, autonomía, propósito en la vida y crecimiento personal. Las dos

primeras dimensiones mostraron índices crecientes desde la edad joven hacia la adultez media, mientras que propósito en la vida y crecimiento personal evidenciaron menores puntajes a medida que se avanza de la adultez media a la edad mayor. Las dimensiones autoaceptación y relaciones positivas con otros no mostraron diferencias significativas según rango etario⁽⁴³⁾.

Las diferencias en relación a las variables género y bienestar han sido reportadas por diversos estudios^(43, 47, 50, 51, 52, 53), que relacionan estas diferencias según distintas dimensiones del cuestionario de Ryff. Así por ejemplo, Akther⁽⁵¹⁾ observa que los puntajes en la escala de bienestar psicológico entre estudiantes indios de género masculino y femenino difieren significativamente, presentando niveles más bajos en la población femenina. Parte de la discusión sitúa a la dimensión Relaciones Positivas con Otros como un fenómeno interesante de investigar, en tanto existe coincidencia en investigaciones que señalan a esta dimensión como la única que se relaciona fuertemente con el género femenino. El estudio de Ryff y Keyes⁽⁴⁷⁾ señala que sólo esta dimensión demostró una diferencia significativamente más alta en mujeres que en hombres, resultados concordantes con estudios posteriores que fueron realizados en población italiana⁽⁵⁴⁾ y chilena^(32, 53).

Por otra parte, es importante destacar que las diferencias de género también varían según el grupo etario. De esta forma, el estudio de Visani et al.,⁽⁵⁰⁾ con población adolescente, demuestra homogeneidad en los puntajes entre hombres y mujeres a nivel general. Sin embargo, se observa principalmente en mujeres que las escalas de Dominio Ambiental, Autonomía y Relaciones Positivas con Otros, ejercen un rol protector frente el estrés y a las adversidades futuras, ayudándoles a reducir el riesgo de depresión. En un estudio español }⁽⁵²⁾ con población masculina y femenina de

diversos grupos etarios, se encontraron diferencias significativas en las dimensiones Autoaceptación y Autonomía: Las mujeres obtuvieron los puntajes más bajos en estas escalas y a diferencia de otros estudios mencionados anteriormente, los autores observaron que las dimensiones Relaciones Positivas con otros y Crecimiento Personal fueron similares para ambos géneros.

De esta manera, la variable género en relación al bienestar puede estar influenciada por el rango etario. En relación a la interacción entre edad y sexo, se observaron diferencias en: Autoaceptación, Crecimiento Personal y Dominio del Entorno⁽⁵²⁾. Para Autoaceptación, observan diferencias significativas entre ambos sexos, siendo los hombres quienes presentan puntajes más elevados; esta diferencia se acentuaría a medida que avanza el desarrollo evolutivo. En cuanto al Crecimiento Personal, se observan diferencias según sexo, las que aumentan a medida que se incrementa la edad del grupo etario: en todas las etapas son los hombres quienes presentan puntajes más altos en esta dimensión. Finalmente, en cuanto al Dominio del Entorno, se observa que las mujeres obtienen mayor estabilidad y para ambos sexos, las máximas puntuaciones en esta escala se obtienen en la edad adulta⁽⁵²⁾.

Un estudio Indio⁽⁵⁵⁾, utilizando la escala de Ryff, exploró el impacto de los factores demográficos en el bienestar psicológico de 280 estudiantes universitarios, incluyendo la variable género, pero además, el nivel educativo de los padres y el ingreso familiar. Los hallazgos no identificaron diferencias de género en relación al bienestar psicológico, sin embargo, el nivel educativo de los padres y los ingresos económicos si se asociaron a diferencias, pues a mayores ingresos y mayor nivel educativo, aumentan significativamente los niveles de bienestar psicológico de los estudiantes. Estos hallazgos serían concor-

dantes con la relación inversa observada entre prevalencia de sintomatología depresiva y nivel socioeconómico y educacional, lo que sugiere que depresión y bienestar psicológico podrían ser dos condiciones que se encuentran desigualmente distribuidas en los estudiantes universitarios⁽⁵⁶⁾

Bienestar Psicológico y Depresión en Estudiantes Universitarios

La etapa del ciclo vital en la que se encuentran la mayoría de los estudiantes universitarios de pregrado es la adolescencia tardía y es justamente allí cuando se desencadenan algunos problemas de salud mental que no se presentan con tanta frecuencia en etapas previas de la vida, como los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad. Como parte de los desafíos de esta etapa del ciclo vital se encuentran el logro de mayor autonomía, asumir responsabilidades académicas, responder a expectativas personales y familiares, desarrollar la vida sexual y establecer relaciones de pareja, consolidar la identidad personal, entre otros. Este período de moratoria psicosocial que ofrece la sociedad al joven (en base a la cultura y subcultura de pertenencia) prolonga la adolescencia, permitiéndole al sujeto insertarse progresivamente dentro de la sociedad. Es por ello que las exigencias de estudio y perfeccionamiento en algunos niveles sociales, contribuyen a extender dicho período⁽⁵⁷⁾.

El tránsito por la universidad representa para el estudiante una experiencia del ciclo vital que definirá el resto de su vida, con características que le son propias. El ámbito universitario constituye un lugar en que son puestas en juego las competencias y habilidades para alcanzar los objetivos académicos dentro de un plazo determinado y los estudiantes deben enfrentar una gran cantidad de cambios en sus circunstancias vitales, como por ejemplo adaptarse a nuevos estilos de enseñan-

za, dificultades económicas e importantes montos de incertidumbre frente al futuro⁽⁵⁾. Las exigencias académicas, las dificultades en el desarrollo del aprendizaje y la adquisición de destrezas plantean situaciones de fracaso o éxito, acompañadas con un nuevo ritmo de estudio, la intensidad horaria, la exigencia de los docentes, las presiones de grupo, la competitividad entre compañeros, los cambios en los horarios de alimentación y los cambios en el ciclo sueño-vigilia, entre otros, pueden tener un impacto significativo en la salud y el bienestar psicológico de los estudiantes⁽¹³⁾. Todos estos desafíos requieren del desarrollo de funciones psicológicas tales como la capacidad de autogestión y autorregulación⁽²⁷⁾. Adicionalmente, en algunos casos, el ingreso a la universidad implica dejar el hogar, la familia, los amigos y el entorno cotidiano, lo que produce una interrupción significativa de sus redes de apoyo⁽⁵⁸⁾.

Fisher y Hood⁽⁵⁹⁾ demostraron que los estudiantes experimentan un incremento significativo en los niveles de depresión, síntomas obsesivos y pérdida de concentración tras seis semanas de permanencia en la universidad. De la misma forma, Mosley et al⁽⁶⁰⁾ reporta en un estudio realizado en estudiantes de Medicina en el que, a mayores niveles de estrés en los estudiantes, éstos experimentan mayores niveles de depresión.

En base a los antecedentes previos, diversos investigadores a nivel mundial se han focalizado en el estudio del Bienestar en esta población^(61, 62, 63), relacionando la depresión con niveles bajos de bienestar psicológico, sin embargo, esta es una de diversas aproximaciones al problema.

Denovan & Macaskill⁽⁶³⁾, realizan un estudio en el Reino Unido que aborda el estrés de la adaptación a la vida universitaria desde un enfoque de la Psicología Positiva, para investigar las características que facilitan el ajuste durante este proceso. Al medir el bienestar subjetivo en 192

estudiantes al momento de ingresar a la universidad y repetir la medición 6 meses después, encontraron que la variable optimismo (asociada al bienestar), media la relación entre los estresores y los afectos negativos a través del tiempo, ayudando a los estudiantes a reducir el impacto del estrés en el bienestar subjetivo. El mismo fenómeno se observaba en aquellos estudiantes con altos niveles de autoeficacia. De esta manera, variables vinculadas al bienestar, podrían operar como factores protectores frente a las adversidades y los estresores medio ambientales en el contexto universitario.

Che Lin⁽⁶⁴⁾ estudió la relación entre autoestima, bienestar psicológico y depresión en una muestra de 235 estudiantes universitarios taiwaneses. Los resultados muestran que el bienestar psicológico es un mediador entre la autoestima y la depresión, es decir, el bienestar favorece la salud mental, creando una base positiva para la reducción de síntomas de salud mental en general. Este resultado es consistente con investigaciones anteriores que reportan una correlación positiva entre la autoestima y el bienestar psicológico⁽⁶⁵⁾. Es posible hipotetizar entonces que el bienestar psicológico opera como un factor proximal que protege a las personas de los síntomas depresivos.

¿Bienestar Psicológico y Depresión en estudiantes universitarios: Dos dimensiones independientes o dependientes y contrapuestas?

Algunos autores han sugerido que la depresión clínica es la pérdida del bienestar psicológico^(66, 67). En medio de muchas teorías, la Teoría de Homeostasis⁽⁶⁶⁾ es una de las pocas que especifica un mecanismo de control, afirmando que bajo condiciones de vida estables, las personas mantienen un punto fijo o equilibrio cognitivo generalmente en el rango positivo. Se ha

argumentado que el bienestar psicológico se basa en características relativamente estables de la personalidad que mantienen la autoestima, debido a un mecanismo de control intrínseco que es análogo a la “homeostasis”. Cuando se producen eventos desfavorables, el bienestar psicológico se ve afectado, sin embargo, este cambio es temporal hasta que las características de personalidad estables asumen el control y aseguran que el bienestar vuelve al punto de ajuste. No obstante, las predisposiciones genéticas y los eventos adversos de la vida pueden desafiar a este mecanismo homeostático, reduciendo los niveles de bienestar psicológico por debajo de su rango homeostático⁽⁶⁶⁾.

Las relaciones entre la salud mental, el bienestar y las enfermedades mentales son complejas y las personas pueden experimentar niveles muy bajos de bienestar incluso en ausencia de problemas manifiestos de salud mental. Esta distinción conceptual se ejemplifica mejor en el modelo que sugiere que las enfermedades mentales y el bienestar psicológico están relacionados con fenómenos distintos, en lugar de situarse en la contraparte dentro de una misma dimensión⁽⁶⁸⁾. Este modelo sostiene que las enfermedades mentales y la salud mental están relacionadas pero constituyen dimensiones distintas, aunque no necesariamente independientes pues podrían tener puntos de intersección entre sí. Por ejemplo, personas con buen nivel de bienestar psicológico y que padecen un episodio de enfermedad mental, podrían evidenciar un funcionamiento más elevado (por ejemplo, menos días perdidos de trabajo y mayor capacidad funcional) en comparación con aquellos que tienen niveles “moderados” de bienestar⁽⁶⁹⁾. Si esta última propuesta teórica es acertada, ¿cuáles son los posibles puntos de intersección entre ambas dimensiones?

Discusión: Relaciones potenciales entre depresión, salud y bienestar psicológico.

Los cambios asociados a la vida universitaria pueden incidir significativamente en la salud mental de los estudiantes, mediante una serie de desafíos inherentes a un contexto académico exigente. Trastornos clínicos como la depresión y la ansiedad han sido ampliamente estudiados, tal como se pudo ver en la presente revisión, demostrándose su relación con dichos factores. En el ámbito universitario, uno de los principales factores asociados a la depresión es el estrés académico, que se constituye como un elemento desencadenante y al mismo tiempo, como uno de los factores mantenedores de la depresión⁽¹³⁾. Las nuevas exigencias implican para el ser humano un proceso de adaptación que puede resultar en una respuesta de estrés inicialmente adaptativa, pero que al ser sostenida en el tiempo, podría contribuir al desarrollo de diversos trastornos mentales.

Por otra parte, la relación entre estrés y depresión no sólo se establece desde el punto de vista clínico, sino que pareciera tener además ciertos mecanismos comunes que establecen una continuidad etiológica y fisiopatológica entre ambos fenómenos, vinculada a alteraciones neuroquímicas cerebrales y neuroendocrinas del eje HHA, incluso con un posible deterioro del sistema, lo que explicaría el frecuente solapamiento de ambas entidades en la clínica⁽⁷⁰⁾.

Una novedosa propuesta para aproximarse a la intersección de estos fenómenos es realizada por Slavich y Cole⁽⁷¹⁾ quienes plantean que la percepción subjetiva del entorno social, por ejemplo, la percepción de estar aislado socialmente puede generar cambios en varios niveles de los sistemas corporales, como el sistema nervioso central, el eje HHP, las señales intracelulares y factores de transcripción y

expresión genética. Los autores denominan a este mecanismo causal como “transducción de señal social”⁽⁷¹⁾. Por ejemplo, un estudio realizado por Murphy et al⁽⁷²⁾ demuestra que el rechazo social percibido en adolescentes es interpretado como una amenaza a su posición en la jerarquía social, activándose mecanismos moleculares de origen filogenético para responder a una potencial agresión física, provocando un aumento en la producción de las moléculas inflamatorias (NF-kB e I-kB). Cabe destacar que esta respuesta filogenética, puede provocar un aumento potencial en el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares y trastornos afectivos en estos individuos⁽⁷³⁾.

En este sentido, un aspecto particularmente importante del papel del bienestar psicológico en la biología y en la salud, es que parece influir como un elemento amortiguador (buffer) o protector frente a los efectos adversos de experiencias negativas⁽⁷⁴⁾. Por ejemplo, algunos estudios en muestras de mujeres mayores, han encontrado que aquellas con mayores niveles de propósito en la vida, más sensación de crecimiento personal y mejores relaciones interpersonales, presentaban un menor riesgo cardiovascular y una mejor regulación endocrina, que se manifiesta en menores niveles de cortisol en saliva a lo largo del día⁽⁷⁵⁾. Este nexo entre menores tasas de cortisol y bienestar eudaimónico se ha comprobado también en otros estudios⁽⁷⁶⁾. Respecto a los factores inflamatorios, las personas con mejores relaciones con otros (bienestar interpersonal) y sensación de propósito en la vida muestran menores niveles de IL-6 y su receptor solubles (IL-6r)⁽⁷⁷⁾.

Un reciente estudio muestra que las mismas dimensiones del bienestar (relaciones positivas con otros y propósito en la vida) resultan ser factores protectores frente a la sintomatología depresiva en estudiantes universitarios⁽³²⁾.

Más allá de las eventuales consecuencias neurofisiológicas y para el organismo en general, los factores que amenazan el bienestar psicológico en esta etapa del ciclo vital pueden llevar a una acumulación de consecuencias negativas para la vida adulta, a través de su impacto en el desarrollo de la carrera y las relaciones sociales del estudiante. El estrés y la depresión en la etapa universitaria se han relacionado con déficit en el rendimiento académico, inestabilidad en las relaciones, pensamientos e intentos suicidas y un desempeño laboral más pobre⁽⁷⁸⁾.

En base a la evidencia, es posible afirmar que los trastornos depresivos en estudiantes universitarios presentan una mayor tasa en comparación con la población general, lo que deja de manifiesto una realidad de potencial relevancia clínica a nivel de salud pública. De esta forma, resulta necesario identificar las necesidades de intervención en una población que, dadas sus características idiosincráticas, constituye un grupo de riesgo para el desarrollo de diversos problemas de salud mental. En este sentido, la promoción y potenciación del bienestar psicológico podría tener un impacto positivo en la salud mental de los estudiantes, facilitando el despliegue de intervenciones oportunas no sólo desde un abordaje terapéutico, sino que además, desde una perspectiva centrada en la prevención.

Este trabajo fue financiado por la Iniciativa Científica Milenio ANID /Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad -MIDAP ICS13_005, y por el Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico, FONDECYT 1150166.

REFERENCIAS

- 1.- Uher R. The implications of gene-environment interaction of depression: Will cause inform cure? *Mol Psychiatry* 2008; 13: 1070-1078.
- 2.- Ferrel R, Celis A, Hernández O. Depresión y factores socio demográficos asociados en estudiantes universitarios de ciencias de la salud de una universidad pública. *Universidad del Norte* 2011; 27: 40-60.
- 3.- Bondolfi G, Mazzola V, Arciero G. In Between Ordinary Sadness and Clinical Depression. *Emotion Review* 2015; 7: 216–222.
- 4.- Beck A. *Terapia Cognitiva de la Depresión*. New York: Ed. Descleé de Brouwer, 1979.
- 5.- Czernik G, Giménez S, Mora M, Almirón L. Variables sociodemográficas y síntomas de depresión en estudiantes universitarios de Medicina de Corrientes, Argentina. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica* 2006; 13: 64-73.
- 6.- Riveros M, Hernández H, Rivera J. Niveles de Depresión y Ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista IIPSI, Facultad de Psicología UNMSM* 2007; 10: 91-102.
- 7.- Agudelo D, Casadiegos C, Sánchez D. Características de Ansiedad y Depresión en Estudiantes Universitarios. *International Journal of Psychological Research* 2008; 1: 34 – 39.
- 8.- González M, Landero R, García-Campayo J. Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Rev Panam Salud Públ* 2009; 25: 141–5.
- 9.- Arrivillaga M, Cortés C, Vivian L, Goicochea V, Lozano T. Caracterización de la depresión en Jóvenes Universitarios. *Universitas Psychological* 2003; 3: 17-26.
- 10.- Coffin N, Álvarez M, Marín A. Depresión e Ideación Suicida en Estudiantes de la Fesi: Un Estudio Piloto. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* 2011; 14: 341-354.
- 11.- Chen L, Wang L, Qiu X, Yang X, Qiao Z, Yang Y, et al. Depression among Chinese University Students: Prevalence and Socio-Demographic Correlates. *PLoS ONE* 2013; 8: 1-6.
- 12.- Amézquita M, González R, Zuluaga D. Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2000; 32: 341-356.
- 13.- Montoya L, Gutiérrez J, Toro B, Briñón M, Rosas E, Salazar L. Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *Rev CES Med* 2010; 24: 7-17.
- 14.- Riveros M, Hernández H, Rivera J. Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología* 2007; 10: 15-30.
- 15.- Rosas M, Yampufé M, López M, Gladys C, Sotil de Pacheco A. Niveles de Depresión en Estudiantes de Tecnología Médica. *An Fac med*. 2011; 72: 183-186.
- 16.- Gedeon H, Reschetti S, Martinez M, Nunes M, Mirianh P. Factors associated with suicidal ideation among university students. *Revista Latinoamericana de Enfermagen* 2017; 25: 1-8.
- 17.- Moutinho I, De Castro N, Kleinsorge R, Lucchetti Lamas A, Cerrato S, Da Silva O, et al. Depresión, estrés y ansiedad en estudiantes de medicina: una comparación transversal entre estudiantes de diferentes semestres. *Rev Assoc Med Bras* 2017; 63: 21-28.
- 18.- González-Forteza C, Torres C, Ji-

- ménez A, Hernández I, González A, Juárez F, et al. Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la Ciudad de México. *Salud Mental* 2011; 34: 53-59.
- 19.- Azzam A, Chandavarkar U, Mathews C. Anxiety symptoms and perceived performance in medical students. *Depress Anxiety* 2007; 24: 103-111.
 - 20.- Schofield M, O'Halloran P, McLean S, Forrester-Knauss C, Paxton S. Depressive Symptoms Among Australian University Students: Who Is at Risk? *Australian Psychologist Society* 2016; 51: 135-144
 - 21.- Lei X, Xiao L, Liu Y, Li Y. Prevalence of Depression among Chinese University Students: A Meta-Analysis. *PLoS ONE* 2016; 11: 1-14.
 - 22.- Calvo JM, Sánchez R, Tejada P. Prevalencia y factores asociados a ideación suicida en estudiantes universitarios. *Revista Salud Pública* 2003; 5: 123-143.
 - 23.- Sánchez R, Cáceres H, Gómez D. Ideación suicida en adolescentes universitarios: Incidencia y factores asociados. *Biomédica* 2002; 22: 407-416.
 - 24.- Astocondor J, Ruiz L, Mejía C. Influencia de la depresión en la ideación suicida de los estudiantes de la selva peruana. *Horizonte Médico* 2019; 19: 53-58.
 - 25.- Rotenstein L, Ramos M, Torre M, Segal B, Peluso M, Guille C, et al. Prevalence of depression, depressive Symptoms, and suicidal ideation among medical students A systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2016; 316: 2214-2236.
 - 26.- Franco C, Gutiérrez S, Perea E. Asociación entre Depresión y bajo Rendimiento Académico en Estudiantes Universitarios. *Psicogente* 2011; 14: 67-75.
 - 27.- Baader T, Rojas C, Molina J, Gotelli M, Álamo C, Fierro C, et al. Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2014; 52: 167-17.
 - 28.- Vicente P, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Incidencia de trastornos psiquiátricos en Latinoamérica: Revisión crítica. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2005; 34: 506-514.
 - 29.- Vicente P, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). *Rev Med Chil* 2002, 130: 527-536.
 - 30.- Barra E, Cerna R, Kramm D, Veliz V. Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia Psicológica* 2006, 24: 55-61.
 - 31.- Alvial W, Aro M, Bonifetti M, Cova F, Hernandez M, Rodriguez C. Problemas de salud mental en estudiantes de la Universidad de Concepción. *Terapia Psicológica* 2007; 25: 105-112.
 - 32.- Rossi JL, Jiménez J, Barros P, Assar R, Jaramillo K, Herrera L, et al. Sintomatología depresiva y bienestar psicológico en estudiantes universitarios chilenos. *Rev Med Chil* 2019; 147: 613-622
 - 33.- Micin S, Bagladi V. Salud mental en estudiantes universitarios: incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida en población que acude a un servicio de salud estudiantil. *Terapia Psicológica* 2011; 29: 53-64.
 - 34.- Rolando R, Salamanca J, Aliaga M. Evolución Matrícula Educación Superior de Chile Periodo 1990 – 2009. Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SIES) de la División de Educación Superior del

- MINEDUC, 2010.
- 35.- Florenzano R. Salud mental y características de personalidad de los estudiantes universitarios en Chile. *Calidad en la Educación* 2006; 23: 103-114.
 - 36.- Ortiz L, López S, Borges G. Desigualdad socioeconómica y salud mental: Revisión de la literatura latinoamericana. *Cad Saúde* 2007; 23: 1255-1272.
 - 37.- Vásquez C. La ciencia del bienestar psicológico: C. Vásquez y G. Hervás (Eds). *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una psicología positiva*. Madrid: Alianza Editorial, 2009.
 - 38.- Ryan R, Deci E. On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being". *Annu Rev Psychol* 2011; 52: 141-166.
 - 39.- Vera-Villaruel P, Urzúa A, Silva J, Pavez P, Celis K. Ryff scale of well-being: factorial structure of theoretical models in different age groups. *Psicología: Reflexao e Crítica* 2013; 26: 106-112.
 - 40.- Maslow A. *Toward a psychology of being*. New York: Editorial Van Nostrand, 1968.
 - 41.- Rogers C. *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós Ibérica, 2000.
 - 42.- Díaz D, Rodríguez-Carvajal R, Blanco A, Moreno-Jiménez B, Gallardo I, Valle C, et al. Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema* 2006; 18: 572-577.
 - 43.- Ryff C, Singer B. Happiness is Everything: or is It? Explorations of Meaning of Psychological Well-Being. *J Pers Soc Psychol* 1989; 57: 1069-1081.
 - 44.- Van Dierendonck D. The construct validity of Ryff's Scale of Psychological Well-Being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences* 2004; 36: 629-644
 - 45.- Ryff C. Psychological well-being in adult life. *Curr Dir Psychol Sci* 1995; 4: 99-104.
 - 46.- Keyes C, Shmotkin D, Ryff C. Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *J Pers Soc Psychol* 2002; 82: 1007-1022
 - 47.- (Ryff C, Keyes C. The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol* 1995; 69: 719-727.
 - 48.- Ryff C, Lee C. The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol* 1995; 69: 719-727
 - 49.- Saucedo M. Bienestar Subjetivo y Depresión en Mujeres y Hombres Adultos Mayores Viviendo en Pobreza. *Acta de Investigación Psicológica* 2015; 5: 1815-30.
 - 50.- Visani D, Albieri E, Offidani E, Ottolini F, Tomba E, Ruini C. Gender Differences in Psychological Well-Being and Distress During Adolescence. En: IB, Editor. *The Human Pursuit of Well-Being: A cultural approach*. Dordrecht: Springer Netherlands, 2011.
 - 51.- Akhter S. Psychological Well-Being in Student of Gender Difference. *Int J Indian Psychol* 2015; 2: 153-161.
 - 52.- Mayordomo T, Viguer P, Sales A, Satorres E, Meléndez JC. Resilience and Coping as Predictors of Well-Being in Adults. *J Psychol* 2016; 150: 809-21.
 - 53.- Sandoval S, Dorner A, Véliz A. Bienestar psicológico en estudiantes de las carreras de salud. *Investigación en Educación Médica* 2017, 6: 260-266.
 - 54.- Steca P, Ryff C, D'Alessandro S, Delle Fratte A. Il benessere psicologico: differenze di genere e di età nel contesto italiano. [Personal WellBeing. Gender and age differences in Italy]. *Psicol della Salut* 2002; 2: 121-43.

- 55.- Darei M. Social Correlates of Psychological Well-Being Among Undergraduate Students in Mysore City. *Social Indicators Research* 2013; 114: 567-590
- 56.- Caballo V. Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos. Madrid: Pirámide, 2006.
- 57.- Almonte C, Correa A, Montt M. Psicopatología infantil y de la adolescencia. Santiago: Mediterráneo, 2003.
- 58.- Dyson R, Renk K. Freshmen adaptation to university life: depressive symptoms, stress, and coping. *J Clin Psychol* 2006; 62: 1231-1244.
- 59.- Fisher S, Hood R. The stress of the transition to university: a longitudinal study of vulnerability to psychological disturbance and home-sickness. *Br J Psychol* 1986; 79: 1-13.
- 60.- Mosley T Jr, Perrin S, Neral S, Dubbert P, Grothues C, Pinto B. Stress, coping, and wellbeing among third-year medical students. *Acad Med*. 1994; 69: 765-7.
- 61.- Lara N, Saldaña Y, Fernández N, Delgadillo H. Salud, calidad de vida y entorno universitario en estudiantes mexicanos de una universidad pública. *Revista Hacia la Promoción de la Salud* 2015, 20: 102-117.
- 62.- Rubin M, Evans O, Wilkinson R. A Longitudinal Study of the Relations Among University Students' Subjective Social Status, Social Contact with University Friends, and Mental Health and Well-Being. *Journal of Social and Clinical Psychology* 2016; 35: 722-737
- 63.- Denovan A, Macaskill A. Stress and subjective well-being among first year UK undergraduate students. *Journal of Happiness Studies* 2017, 18: 505-525.
- 64.- Che Lin, C. Gratitude and depression in young adults: The mediating role of self-esteem and well-being. *ELSEVIER* 2015; 87: 30-34.
- 65.- Wang CD, Castaneda-Sound C. The Role of Generational Status, Self-Esteem, Academic Self-Efficacy and Perceived Social Support in College Students' Psychological Well-Being. *Journal of College Counseling* 2008; 11: 101-118.
- 66.- Cummins R, Lau A. Personal Wellbeing Index. The International Wellbeing Group. Manual. Melbourne: Australian Centre on Quality of Life, Deakin University, 2005.
- 67.- Cummins R, Lau A, Davern M. Homeostatic mechanisms and subjective well-being. En: *Handbook of social indicators and quality of life studies*. New York: Springer; 2007.
- 68.- Kinderman P, Tai S, Pontin E, Schwannauer M, Jarman I, Lisboa P. Causal and mediating factors for anxiety, depression and well-being. *Br J Psychiatry* 2015; 206: 456-60.
- 69.- Westerhof GJ, Keyes CLM. Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *J Adult Dev* 2010; 17: 110-9.
- 70.- Sanjuán J, Cela Conde J. La profecía de Darwin, del origen de la mente a la psicopatología. Ed. Ars. Médica, 2005.
- 71.- Slavich GM, Cole SW. The Emerging Field of Human Social Genomics. *Clin Psychol Sci*. 2013; 1: 331-348.
- 72.- Murphy M, Slavich G, Rohleder N, Miller G. Targeted rejection triggers differential pro- and anti-inflammatory gene expression in adolescents as a function of social status. *Clinical Psychological Science*. 2013; 1:30-40.
- 73.- Jiménez JP, Botto A, Herrera L, Leighton C, Rossi JL, Quevedo Y, et al. Psychotherapy and Genetic Neuroscience: An Emerging Dialog. *Front Genet* 2018; 9: 257.

- Fredrickson, B. *Positivity*. New York: Crown, 2009.
- 75.- Ryff C, Singer B, Love G. Positive Health: Connecting well-being with biology. *Philosophical transactions of the royal society of London B* 2004; 359: 1383-1394.
- 76.- Lindfors P, Lundberg U. Is low cortisol release and indicator of positive health? *Stress and Health* 2002; 18: 153-160.
- 77.- Friedman E, Hayney M, Love G, Singer B, Ryff C. Plasma interleukin-6 and soluble IL-6 and receptor are associated with psychological well-being in aging women. *Health psychology* 2007; 26: 305-313.
- 78.- Ibrahim A, Kelly S, Adams C, Glazebrook C. A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research*, 2013; 47: 391-400.

TRASTORNOS DEL HUMOR EN EL TELETRABAJO EN CONTEXTO AL COVID -19.

MOOD DISORDERS IN TELEWORKING IN THE CONTEXT OF COVID-19.

María Gisela Vallejo H.¹

RESUMEN

El Teletrabajo (TT) , es una modalidad de trabajo que nació en los años 70 con la crisis petrolera de los Estados Unidos. Chile lo aplica legalmente desde el año 2001 mostrándose el incremento de su uso en el 2009 con cifras del 31% y del 72 % en marzo del 2020 tras las llegada de la pandemia por Covid-19 y al reducirse la exposición social y laboral sugerida por las autoridades de la salud para prevenir contagios.

Si bien el TT ya era aplicado como casos excepcionales de horarios de 45 horas semanales, en el 2020 el 72 % de las empresas a nivel nacional tienen trabajadores y trabajadoras con modalidad de TT. Cabe destacar que en el 2006 las empresas líderes en tecnología reflejaron solo un 25% de aplicación de esta forma de trabajo a pesar de tener este rubro, según lo indicó la Asociación Chilena de Empresas de Tecnologías de Información (ACTI).

El objetivo de este ensayo es determinar si el TT desarrolla trastornos del ánimo en contexto de la pandemia por Covid-19 , y para este ensayo se utilizó como metodología la revisión de artículos e investigaciones relacionadas al teletrabajo con y sin contexto de pandemia.

Entre los resultados obtenidos se destacó la disminución del cansancio físico provocado por el traslado al trabajo, más contacto con los miembros de la familia pero que esto podría estar sujeto a mayores problemas de salud y seguridad por un espacio reducido de la oficina, el ruido, pausas saludables insuficientes, mala ergonomía, la calidad y dominio de la tecnología, la conectividad con la que se contaba y la ambigüedad de trabajar o realizar tareas del hogar.

En conclusión, el Teletrabajo amerita de una mayor vigilancia, interés y aportación de estudios de los cambios anímicos que se puedan manifestar durante su ejecución, aún más en situación bajo el contexto de una pandemia y de la suma de cambios sociales, académicos y familiares que se vivieron a la vez con el teletrabajador.

Palabras clave: Teletrabajo, trastornos del humor, pandemia covid-19.

ABSTRACT

Teleworking (TW) is a type of work established in the '70s in the United States due to the oil crisis. Chile has applied it legally since 2001, showing a 31% increase in its use since 2009 and up to 72% as of March

Recibido: Agosto 2020
Aceptado: octubre 2020

¹ Universidad de Chile, Clínica Psiquiátrica Universitaria

2020, due to the arrival of the Covid-19 pandemic and the subsequent decrease in social and workplace exposure suggested by health authorities to prevent contagion. Although TW was already used in exceptional cases of the 45-hour workweek, in 2020, 72% of companies nationwide have teleworkers. It should be noted that in 2006, the leading technology companies reflected only 25% of the use of this form of work despite having this category, according to the Chilean Association of Information Technology Companies (ACTI).

The objective of this research is to determine whether TW develops mood disorders in the context of the Covid-19 pandemic. The review of articles and research related to teleworking with and without a pandemic context was used as the methodology for this paper.

Among the results obtained, the decrease in physical fatigue caused by commuting to work and more contact with family members were highlighted. However, this could be related to greater health and safety problems due to reduced office space, noise, insufficient healthy breaks, poor ergonomics, quality and mastery of technology, available connectivity, and the ambiguity of working or doing housework.

In conclusion, telework deserves greater attention, interest, and contribution of studies of mood changes that may manifest during its execution; even more so under the context of a pandemic and the sum of social, academic, and family changes experienced concurrently by teleworkers.

Keywords: *Telework, mood disorders, covid-19 pandemic*

INTRODUCCIÓN

El Teletrabajo en Chile ha reflejado un incremento mayor al 100 % en Marzo del 2020 en comparación con el resultado obtenido en Junio del 2019, justificado al

anunciarse que Chile entraba a la fase 4 de expansión del Covid-19, esto llevó a la aplicación de medidas sanitarias estrictas. Una de las que originó mayor impacto social fue el aislamiento físico enfocado en no salir de casa, llevando a la decisión de emplear el Teletrabajo en las empresas que contaran con Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) que permita llevar a cabo actividades laborales virtuales según el concepto de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Sin embargo, no basta con abordar los cambios habituales que se puedan dar con el trabajador presencial que pasó a ser teletrabajador, sino también evaluar los cambios a nivel anímico que se puedan manifestar dentro del contexto de lo que implicó la pandemia con su aislamiento prolongado a nivel social, académico junto al laboral de todos los miembros de la familia y el impacto emocional de esto en el teletrabajador.

DESARROLLO

Definiciones y uso del teletrabajo en Chile

El teletrabajo surgió en los años 70 como alternativa a la crisis petrolera de los Estados Unidos. Fue creada por el físico Jack Nilles quien es considerado el Padre del Teletrabajo por exponer el siguiente pensamiento: "El teletrabajo es la posibilidad de enviar el trabajo al trabajador, en lugar de enviar el trabajador al trabajo"⁽¹⁾. De esta manera Nilles contribuyó al desarrollo y mejoras de la sociedad, sin embargo, la utilidad de esta idea fue considerada años después.

La Organización Internacional de Trabajo (OIT), a la que Chile pertenece desde 1912 con 62 convenios de los cuales 51 está en vigor⁽²⁾, define el teletrabajo como: a) actividad que se realiza en una ubicación alejada de una oficina central o instalaciones de producción, separando al tra-

bajador del contacto personal con colegas de trabajo que estén en esa oficina.

b) manera de organizar y realizar el trabajo a distancia con la asistencia de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en el domicilio del trabajador o en lugares o establecimientos ajenos al empleador, facilitando la comunicación con un soporte tecnológico acorde a sus necesidades⁽³⁾.

En Chile el Teletrabajo es reconocido por primera vez a través del dictamen de la Ley No 19.759 del 2001 que lo incorpora como un caso de excepción a la duración máxima de la jornada ordinaria de 45 horas semanales consagrada en el artículo 22 inciso 1° del Código del Trabajo (= CdT.)⁽⁴⁾. Sin embargo, este era de elección para los empleados pero no contemplaba límites de horarios de llamadas de sus empleadores, es por eso que el 24 de marzo del 2020 se publicó en Chile la ley que regula el teletrabajo, con el “derecho a desconexión” que libera a los empleados de responder requerimientos de su empleador por un período de 12 horas⁽⁵⁾.

Si bien es cierto el teletrabajo en Chile legalmente es reconocido desde el 2001, este ya se aplicaba en años anteriores según el reporte del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) de la dirección del trabajo de Chile, quienes revelaron el incremento del uso del trabajo a domicilio en la región Metropolitana mediante la aplicación de una encuesta desde el año 1997 al año 2000, obteniéndose un incremento de principales actividades de los trabajadores, así como las actividades por sexo⁽⁶⁾. Aun cuando este incremento se ha venido dando con el paso de los años, la Asociación Chilena de Empresas de Tecnologías de Información (ACTI) en el año 2006 mostró que solo el 25% de las empresas que constituyen esta asociación usan el teletrabajo, cifra considerada muy baja para ser empresas líderes en tecnología⁽⁷⁾.

Tras confirmación del primer caso de Co-

vid- 19 en el sur de Chile el 3 de marzo del 2020 y el anuncio de la fase 4, la consultora de servicios globales de RR.HH. y empleo, Randstad Chile, anunció el uso del teletrabajo en el 72% de empresas encuestadas, cifra realmente incrementada vs el 31% obtenido en junio del 2019, sin embargo en ambos estudios las modalidades del uso tecnológico eran similares⁽⁸⁾. Así también el Gerente General de la filial del Cisco, Gabriel Calgaro refirió en la quincena de marzo del presente año que se realizaron 30.000 reuniones con 60.000 usuarios conectados, y 24 horas después llegó a 37.000 reuniones con 87.500 participantes⁽⁸⁾.

Este incremento de modalidad trajo consigo que el 52% de los empleados tuvieran el temor a perder su empleo además de sentirse ansiosos y estresados. La aplicación Workie Talkie realizó una encuesta entre el 1 y el 7 de junio del 2020 a 1560 trabajadores y trabajadoras con modalidad de TT en contexto de pandemia, ante la pregunta ¿Cómo te sientes?, reflejaron el siguiente resultado un 18,6% reconoció sentirse estresado; un 11,2% ansioso; y un 9,7% frustrado. Otro 8,1% admitió sentirse deprimido y un 7,3% enojado⁽⁹⁾.

La pandemia ha generado cambios habituales a los miembros de la familia, en contexto a esta situación se requiere conocer más acerca de los trastornos del humor y los cambios anímicos que se puedan dar para poder identificar, preveer y detener el desarrollo de la sintomatología que esta pueda generar en el teletrabajador.

¿QUE SON LOS TRASTORNOS DEL HUMOR?

Los trastornos tímicos o trastornos del humor se designan al conjunto de las perturbaciones del estado anímico entre los que se destaca la depresión, la manía y estados mixtos⁽¹⁰⁾.

Existen estudios biológicos de herencia,

de aspectos bioquímicos, rol de las catecolaminas, factores hormonales, psicosociales, factores de personalidad premorbida como causas etiológicas de los trastornos de humor⁽¹¹⁾. También los trastornos de ansiedad afectan el estado anímico⁽¹²⁾. El estrés contribuye a procesos y respuestas neuroendocrinas, inmunológicas, emocionales y conductuales ante situaciones que significan una demanda de adaptación mayor que lo habitual para el organismo, y/o son percibidas por el individuo como amenaza o peligro, ya sea para su integridad biológica o psicológica. La amenaza puede ser objetiva o subjetiva, aguda o crónica. En el caso de estrés psicológico lo crucial es el componente cognoscitivo de la apreciación que el sujeto hace de la situación⁽¹³⁾.

Además, numerosos estudios epidemiológicos han confirmado la observación de Kraepelin, de que los eventos estresantes son más frecuentes antes del primer episodio depresivo. En el caso de los tipos de personalidades, existe una mayor predisposición a cambios de humor como la depresión en personalidades dependientes, obsesivo-compulsivas o histéricas⁽¹¹⁾. Así también lo confirma el Director de la Escuela de Postítulo en Trastornos Severos de la Personalidad de la Universidad de Valparaíso, el doctor Roberto Castillo, en entrevista realizada vía telefónica.

Sin embargo, en los artículos encontrados en relación al teletrabajo antes y durante la pandemia por covid-19 no se direccionan hacia el estudio de los trastornos del humor sino a lo que se expondrá a continuación:

De acuerdo al estudio publicado en mayo del 2020 por la revista Sustainability "Teletrabajo en contexto de la crisis de pandemia por Covid-19", se concluyó que el teletrabajo debe ser visto como un fenómeno multidimensional en lugar de una simple ausencia a la oficina al que han recurrido sin precedentes la mayoría de organiza-

ciones públicas y privadas, por lo que se puede considerar que la llamada al teletrabajo es forzada por las circunstancias de la propagación del Covid-19; en este contexto, la empresa obliga a los empleados a adoptar el teletrabajo como una forma de continuar su relación laboral y se evidenció que ninguna compañía tenía planes de contingencia diseñados específicamente para resolver situaciones de emergencia como la actual pandemia⁽¹⁴⁾.

Sus autores, Standen, Daniels y Lamond, citan los nueve beneficios del TT aportados por Warren en 1987, entre estos: la autonomía para la toma de decisiones, oportunidad para desarrollar habilidades, libertad para el cumplimiento de responsabilidades y obtención de metas, capacidad de elección idónea para el desarrollo del TT. Señalan que si bien Warren proporciona una base útil para los estudios del TT en el hogar consideran que aún no se ha examinado con detalle el bienestar de cada uno y su relación entre ellos.

Citan además que el trabajo y la vida familiar son claramente más susceptibles a las intrusiones cuando se llevan a cabo en el mismo lugar, provocando una desconexión cognitiva o emocional, los hallazgos en este estudio concluyeron que el Teletrabajador presenta más cambios emocionales que el trabajador de oficina por lo que invitan a que el manejo de estrés sea dirigido a los Teletrabajadores en lugar de los oficinistas⁽¹⁵⁾.

Por otro lado la publicación del Journal of Happiness Studies del año 2019 en el que se evaluó el bienestar subjetivo del Teletrabajador, se obtuvo que el teletrabajo disminuye el cansancio de movilización pero aumenta el estrés tanto para hombres como para mujeres por la presión de rendir y cumplir con las expectativas que tiene el empleador y las expectativas propias, por lo que en esta revisión se sugiere que se reconsideren los beneficios del teletrabajo para sus empleados y que para mejorar

la calidad de vida, el gobierno o los empleadores deberían brindar más apoyo a los trabajadores a domicilio, como cuidado de niños, cuidado de padres ancianos, apoyo físico como espacio suficiente para trabajar y una red social que pueda sostener las prácticas de trabajo a domicilio. Estos apoyos permitirían a los trabajadores a domicilio lidiar mejor con la soledad, el estrés y los conflictos entre el trabajo y la familia y les ayudaría a desarrollar límites en el tiempo y el espacio entre los mundos del hogar y el trabajo para mantener altos niveles de automotivación, además pide regular las largas horas de trabajo para fomentar un equilibrio adecuado entre el trabajo y la vida y así mantener relaciones familiares armoniosas⁽¹⁶⁾.

También se ha evaluado que las personas que realizan Teletrabajo y presentan conflicto trabajo- hogar y ambigüedad de roles en casa, estos influyen negativamente en la intención de continuar el teletrabajo entre los Teletrabajadores⁽¹⁷⁾.

La Journal of Applied Psychology en el 2007 publicó un meta análisis donde revisaron estudios publicados de revistas, artículos de libros y también estudios no publicados en áreas de administración, psicología, educación, sociología, ingeniería y se evaluó: Lo bueno, lo malo, y lo desconocido del teletrabajo, y de esto se obtuvo que el teletrabajo contribuye a efectos positivos por una percepción de autonomía lo que fue favorable para el desempeño del teletrabajador, además de mostrar reducción de estrés y renuncias⁽¹⁸⁾.

La consultora de Capital Humano de Fundación Chile, en su encuesta Engagement y teletrabajo en contexto Covid -19, en el que se utilizó como muestra aleatoria simple en encuesta abierta y compartida libremente de personas que se encontraban realizando teletrabajo, se encuestó a 522 personas en las que se midió el engagement y agotamiento laboral, estos resultados fueron comparados con resultados

Benchmark de Chile 2019.

Los resultados engagement obtenidos demostraron la decreciente de 0,714% para el vigor; 0,35 para la dedicación y 0,28 % para la absorción, estas tres medidas mostraron mayores porcentajes en las preguntas: ¿cuándo me levanto en la mañana tengo ganas de trabajar?, ¿me enorgullecó del trabajo que realizo?, ¿cuándo estoy trabajando pierdo la noción del tiempo?.

En la medición del agotamiento se obtuvo un incremento en sus resultados del 0,145% del 2019 al 2020, el cual es mayor con el Benchmark 2019 en el que presentó un 21 % de estado extremo de desgaste vs el 28% en el 2020.

Entre los beneficios los resultados indicaron utilización del tiempo que antes era usado para el traslado ahora esto les permitía más tiempo con su familia, y entre las dificultades se reveló el aumento de quehaceres en el hogar.

Ante la pregunta de: ¿sientes que te ha afectado negativamente en alguno de los siguientes ámbitos?, la elección de respuestas múltiples reveló resultados del 54 % para la capacidad para concentrarse, 45 % para angustia y soledad y del 43% para salud mental.

Respecto del espacio hogareño donde se realiza el TT, la encuesta arrojó que el 36% utiliza el comedor, el 24% sala de estudio, un 15% la sala de estar, mientras que el 11% recurre al dormitorio y un 10% lo hace en una habitación improvisada.

Las conclusiones de esta encuesta reflejaron un nivel alarmantemente bajo para el engagement y un alto nivel de agotamiento, comparados con el Benchmark 2019⁽¹⁹⁾.

CONCLUSIONES

Si bien es cierto aun no contamos con estudios realizados bajo el enfoque de cambios de humor con el Teletrabajo, es importante destacar que en el contexto actual por la pandemia del Covid-19 las circunstancias

de la aplicación del TT no son las mismas que en años anteriores.

La pandemia nos ofrece un panorama distinto, pues no solo el Teletrabajador se encuentra en casa sino todos los miembros de la familia, por lo que se requiere más equipamiento tecnológico y mejor servicio de conexión a internet.

Los padres en TT que están con hijos en edad escolar y que precisan de apoyo para su Teleeducación, demanda el uso de horario laboral para proporcionar esa ayuda, lo que provoca un autoabuso al deber extender jornadas laborales descuidando así las adecuadas y necesarias pausas saludables.

Además es importante tener en cuenta el impacto que se puede generar a nivel de la Salud Mental de cada individuo por la restricción de las salidas, viajes e interacción social mismos que era utilizados para contrarrestar el estrés.

Recordemos que actualmente esta modalidad de trabajo no fue de elección sino más bien una imposición aplicada por las autoridades de Salud ante la emergencia sanitaria que se vive a nivel mundial con el fin de evitar la diseminación del Covid-19.

Claramente estas medidas fueron necesarias pero ameritan de una mayor vigilancia e investigación sobre todo por el aislamiento prolongado que esto implicó en el teletrabajo, por lo tanto sugiero investigar y conocer más acerca de este tema para confirmar o descartar que en este contexto se desarrollan trastornos del humor, sugiero además investigar previamente si el paciente tiene un historial de cambios anímicos, y/o presenta baja o nula capacidad de flexibilidad adaptativa en base a su tipo de personalidad.

REFERENCIAS

- 1.- Aranguiz-Zuñiga T. "Nuevas tecnologías y la actividad judicial. La prueba de relación laboral y el Teletrabajo". Revista chilena de derecho informático. No.2- 2003; 169: 159-170.
- 2.- Chile (OIT Santiago) . (s. f.). Impulsar la justicia social, promover el trabajo decente 2008. Disponible en URL: <https://www.ilo.org/santiago/pa%C3%ADses/chile/lang--es/index.htmz/> Acceso verificado el 31 de octubre del 2020.
- 3.- Cataño SL, Gómez NE. El concepto de teletrabajo: aspectos para la seguridad y salud en el empleo. Rev CES Salud Pública 2014; 83: 82-91.
- 4.- Caamaño-Rojo E. "El teletrabajo como una alternativa para promover y facilitar la conciliación de responsabilidades laborales y familiares". Revista de derecho (Valparaíso) 2010; 35, 79-105. <https://doi.org/10.4067/s0718-68512010000200003> Acceso verificado el 31 de octubre del 2020.
- 5.- Prensa ciudadana. Teletrabajo ¿Una promesa engañosa? 2020. Disponible en URL: <https://www.prensaciudadana.cl/2020/08/19/teletrabajo-una-promesa-enganosa/1380/> Acceso verificado el 31 de octubre del 2020.
- 6.- Dirección del trabajo-Departamento de estudios. Trabajo a domicilio en el siglo XXI, tres miradas sobre el teletrabajo, Chile; 2005.
- 7.- Salazar-Concha C, Pacheco-Caro L. Teletrabajo en Chile: el caso de la Asociación Chilena de empresas de tecnologías de información, acti. Revista Ingeniería Informática. Edición 13; 2006.
- 8.- Tapia MJ. La primera semana en que Chile vivió bajo modalidad teletrabajo. La Tercera [Internet]. La Tercera. 2020. Disponible en URL: <https://>

- www.latercera.com/pulso/noticia/la-primera-semana-en-que-chile-vio-bajo-modalidad-teletrabajo/QTM-TXVU2FVGMZNY5J45B53H4I/. Acceso verificado el 31 de octubre del 2020.
- 9.- Sepulveda P. Estresados, ansiosos, frustrados y deprimidos: el estado de ánimo a cuatro meses de trabajar desde casa. La Tercera. 2020 [citado 4 November 2020]. Disponible en URL: <https://www.latercera.com/que-pasa/noticia/estresados-ansiosos-frustrados-y-deprimidos-el-estado-de-animo-a-cuatro-meses-de-trabajar-desde-casa/6ETEXABR6BHSVPCV2R-P5HAELM4/>. Acceso verificado el 31 de octubre del 2020.
- 10.- Eisinger P. Trastornos del humor. EMC - Tratado de Medicina. 2008; 12(4): 1-14. [https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(08\)70580-4](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(08)70580-4). Acceso verificado el 31 de octubre del 2020.
- 11.- Baena-Zuñiga A., Sandoval-Villegas M. Los trastornos del estado ánimo. Revista Digital Universitaria 2005; 6(11): 2,3,4:1-14.
- 12.- Mayo Clinic. Trastornos del estado de ánimo, 2000 Disponible URL: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/mood-disorders/symptoms-causes/syc-20365057?p=1>. Acceso verificado el 31 de octubre del 2020.
- 13.- Trucco M. Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. Rev Chil Neuro-Psiquiatr 2002; 40(Suppl 2): 8-19.
- 14.- Belzunegui-Eraso A, Erro-Garcés A. Teleworking in the Context of the Covid-19 Crisis. Sustainability 2020; 12(9): 3662.
- 15.- Standen P, Daniels K, Lamond D. The Home as a Workplace: Work-Family Interaction and Psychological Well-Being in Telework. J Occup Health 1999; 4(4): 368-381.
- 16.- Song Y, Gao J. Does Telework Stress Employees Out? A Study on Working at Home and Subjective Well-Being for Wage/Salary Workers. J Happiness Stud 2019; 21(7):2649-2668.
- 17.- Weinert C, Maier C, Laumer S. Why are teleworkers stressed?:An empirical analysis of the causes of telework-enabled stress. Fis.uni-bamberg 2015. <https://fis.uni-bamberg.de/handle/uni-ba/39796>. Acceso verificado el 31 de octubre del 2020.
- 18.- Gajendran R, Harrison D. The good, the bad, and the unknown about telecommuting: meta-analysis of individual consequences and mechanisms of distributed work. Academy of Management Proceedings 2006;2006(1):D1-D6. <https://doi.org/10.5465/ambpp.2006.27161834>. Acceso verificado el 31 de octubre del 2020.
- 19.- Fch.cl. Encuesta engagement y teletrabajo en contexto covid-19, 2020. Disponible en URL <https://fch.cl/wp-content/uploads/2020/05/resultados-encuesta-engagement-y-teletrabajo-covid19.pdf>. Acceso verificado el 31 de octubre del 2020.

Depresión y Tratamientos Psicológicos: ¿Cuáles son las voces expertas?.

Depression and Psychological Treatments: Who are the expert voices?.

Víctor Gómez P.^{1,2,3,4}, Wilsa Szabo L.^{1,2,3,5}, Mirko Martinic J.⁶

RESUMEN

Introducción: La depresión es una de las enfermedades más prevalentes en la población adulta en Chile, siendo parte de las Garantías Explícitas de Salud en nuestro país. Su atención implica un abordaje psiquiátrico y psicológico con altos costos para el sector público, los cuales no siempre logran asegurar la efectividad del tratamiento. Método: Se hizo una revisión de la bibliografía que documentara estudios sobre la perspectiva u opinión de los pacientes en tratamiento por sintomatología depresiva. Resultados: Diversas fuentes señalan los beneficios de integrar la perspectiva del paciente al tratamiento, con mayores tasas de éxito respecto a modelos de intervención tradicionales. Conclusiones: Destacamos el rol del paciente y sus experiencias como uno de los pilares fundamentales de un tratamiento exitoso. Con esto, los esfuerzos dirigidos a mejorar la cobertura y efectividad de los planes de salud para la depresión se verían fa-

vorecidos de considerar la formulación de modelos o guías clínicas donde la voz del paciente y sus necesidades sean reconocidas.

Palabras Claves: *Depressive Disorder, Treatment Outcome, Patient Involvement, Primary Health Care.*

ABSTRACT

Introduction: Depression is one of the most prevalent diseases among the adult population in Chile, being part of the Explicit Health Guarantees in our country. Their care involves psychiatric and psychological approaches with high costs for the public sector, which do not always manage to ensure the effectiveness of the treatment. Method: A literature review to document studies on the perspective or opinion of patients undergoing treatment for depressive symptoms. Results: Various sources indicate the benefits of integrating the patient's perspective into treatment,

Recibido: Enero 2020

Aceptado: Mayo 2020

¹ Facultad de Medicina Universidad de Chile

² Doctorado en Psicoterapia, Facultad de Medicina y Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile y Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

³ Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP), Santiago, Chile.

⁴ Departamento Psiquiatria Norte, Universidad de Chile.

⁵ Escuela de Psicología, Universidad de Santiago de Chile.

⁶ Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

with higher success rates compared to traditional intervention models.

Conclusions: We highlight the role of the patient and their experiences as one of the fundamental pillars of successful treatment. With this, efforts aimed at improving the coverage and effectiveness of treatment plans for depression would be favored by considering the formulation of clinical models or guidelines where the voice of the patient and their needs are recognized.

Keywords: *Depressive Disorder, Treatment Outcome, Patient Involvement, Primary Health Care.*

DEPRESIÓN EN CHILE Y SU TRATAMIENTO.

La depresión es una enfermedad de origen multifactorial, de presentación clínica heterogénea, caracterizada por el grado de disfuncionalidad que puede provocar y el alto costo social involucrado⁽¹⁾. La depresión es también uno de los problemas de salud pública más comunes y con mayor carga de enfermedad asociada a nivel mundial⁽²⁾. En Chile, casi un tercio de la población ha tenido algún trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida, con un 22,2% de incidencia durante los últimos 12 meses. Dentro de este grupo, la depresión aparece como una de las enfermedades con mayor presencia en la población adulta, con una incidencia de 9,2% en el lapso de vida y de 5,7% en el último año⁽³⁾. Del mismo modo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que la prevalencia de sintomatología depresiva en la población chilena es de un 15,8%, con mayor presencia en sectores de menores ingresos y particularmente entre mujeres⁽⁴⁾, duplicando las cifras en este último grupo⁽¹⁾.

Los servicios de atención primaria (APS) de nuestro país han reportado una prevalencia de depresión mayor de un 23,6% en

el lapso de vida y de un 10,9% durante el último año⁽⁵⁾. Dentro de este grupo, un 42,2% de los pacientes presenta alguna comorbilidad con enfermedades crónicas⁽⁶⁾.

La depresión, junto con generar altos costos al sistema de salud, involucra también un deterioro psicosocial importante, siendo una de las prestaciones GES (Garantías Explícitas en Salud) más frecuentes⁽⁷⁾. El sistema público ofrece cobertura a alrededor del 70% de la población, especialmente a los sectores de mayor vulnerabilidad, mayor edad y con mayor carga de enfermedades^(8,9).

En nuestro país, uno de los numerosos esfuerzos por incrementar la cobertura del sistema es la elaboración de guías clínicas específicas, las cuales establecen directrices para el abordaje y tratamiento tanto en aspectos farmacológicos como psicoterapéuticos^(7,10). En el caso de la depresión, estas guías plantean un modelo de atención caracterizado por definir una primera línea de intervención en el sector primario. El objetivo de este modelo es ser resolutivo en la mayor cantidad de casos posible y promover el trabajo colaborativo, como parte de un nivel de atención con alta demanda que no siempre logra dar cobertura oportuna a todos los casos^(10,11).

Como parte del quehacer profesional, cualquier tratamiento para depresión parte con el tamizaje de un médico (no especialista), quien de acuerdo a la intensidad sintomática del paciente indica fármacos y deriva a psicólogo del CESFAM (Centro de Salud Familiar), o bien deriva a COSAM (Consultorio Salud Mental), siendo este último un nivel más específico de atención de carácter secundario^(7,10). Es así como la mayoría de las intervenciones clínicas en el sistema público se basan en guías internacionales, dirigidas a realizar un manejo sintomático de la depresión, donde el éxito de la intervención se entiende como la atenuación de los síntomas depresivos y el retorno a las actividades habituales.

Sin embargo, en el programa nacional de depresión existirían algunas dificultades a nivel de APS para detectar los trastornos depresivos y su gravedad. Se ha observado que esto se asocia a un mayor riesgo de no respuesta al tratamiento, cuadros clínicos crónicos o recurrentes y mayor discapacidad funcional⁽¹²⁾. Buscando atender a estas dificultades, es necesario explorar y evaluar otros aspectos del tratamiento que podrían influir en su efectividad, que además sean un aporte nuevo a los modelos y guías clínicas vigentes.

LA VISIÓN DE LOS PACIENTES

En la perspectiva de los usuarios es posible encontrar diversos aspectos no siempre considerados a la hora de proponer tratamientos, los cuales usualmente surgen desde estudios científicos y la opinión clínica de expertos⁽¹³⁾. Con esto, se busca relevar la perspectiva y experiencia de los mismos usuarios, quienes pueden ofrecer una aproximación diferente al estudio de los tratamientos que ellos mismos reciben. Especialmente cuando dicha perspectiva pareciera no estar del todo cubierta en la planificación experta de las guías clínicas, las cuales tampoco indican con claridad que intervención es más conveniente en cada caso⁽¹³⁾.

Ignorar la opinión del paciente muchas veces resulta en casos que no reciben la atención mínima requerida, que tienden a no mejorar, tener más recaídas e incrementar los costos para el sistema de salud no solo en términos económicos sino también psicosociales⁽¹⁴⁾. Esto añade valor a la experticia del paciente en torno a su vivencia de la enfermedad, especialmente a la hora de discutir y planificar políticas en salud.

Ahora bien, la evidencia científica no siempre se traduce en éxito terapéutico. Lo mismo ocurre con la sensación de bienestar y mejoría de los pacientes. Una re-

visión sistemática muestra cómo distintos estudios convergen en que algunos de los problemas que enfrentan los usuarios en su tratamiento para la depresión son: poca continuidad en las sesiones, dificultad para sentirse interpretados por la guía clínica, poca comunicación con los tratantes y confusión en intervenciones que, a menudo, siguen indicaciones contradictorias⁽¹³⁾.

Otras revisiones también han observado que los pacientes suelen rechazar las intervenciones debido a actitudes desfavorables hacia el uso de fármacos o involucrarse en procesos psicoterapéuticos⁽¹⁵⁾. Como consecuencia, ignorar las preferencias y opiniones del paciente podría repercutir, por ejemplo, en la adherencia al tratamiento y el éxito del mismo⁽¹⁶⁾. Es más, incluir a los pacientes en la toma de decisiones ha mostrado mejorar significativamente los resultados de su tratamiento⁽¹⁷⁾.

Un estudio sobre el abandono del tratamiento de depresión en atención primaria en Chile, desde la perspectiva de los pacientes, plantea como aspectos centrales de deserción: creencias en torno a la depresión como enfermedad, insatisfacción con la atención psicológica, percepción negativa del tratamiento farmacológico, baja disponibilidad de horas en el centro de salud, interrupción de atención en el centro de salud, dificultades para asistir al centro de salud, percepción de mejoría y olvido de las horas⁽¹⁸⁾. Respecto a este último punto, los autores lo plantean como indicador de una baja percepción de necesidad o relevancia del tratamiento. Es importante también notar que, en este estudio, la mayoría de las personas entrevistadas no consultó en primera instancia por un ánimo depresivo. Todo lo anterior sumado a las dificultades para entender el tratamiento recibido y sus consecuencias hacen aún más difícil darle sentido al proceso como algo necesario e importante.

Estudios similares en nuestro país señalan que gran parte de los problemas descritos

por los usuarios son: dificultad de acceso, poca frecuencia en las sesiones, falta de continuidad en el profesional que los atiende, sesiones muy cortas, poca atención a problemas personales y un excesivo interés por saber del síntoma^(11,19). Adicionalmente, la percepción de escasa flexibilidad en la asignación de horas asistenciales y prolongados tiempos de espera se convierten en fuertes barreras de acceso al tratamiento⁽¹⁾. En este contexto, muchas veces la valoración que los pacientes hacen sobre su tratamiento no siempre coincide con la de sus tratantes, quienes tienden a poner el énfasis en el seguimiento de indicaciones más que en atender los problemas que el paciente experimenta. Esto es característico en el modelo médico sintomático que no contempla una perspectiva motivacional en el tratamiento del paciente⁽²⁰⁾.

Distintos estudios muestran cómo pacientes que participan en las decisiones sobre sus tratamientos se involucran más en la toma de conciencia del autocuidado y se empoderan más de su recuperación^(15,17). En esta misma línea, las agrupaciones de pacientes muchas veces aparecen como una red de apoyo para personas con patologías que, desde una mirada médico-profesional, no logran una buena adherencia a tratamientos convencionales, incluyendo a los trastornos depresivos^(21,22,23).

En el caso de la depresión, se han descrito a nivel mundial diversas experiencias exitosas con enfoques que integran la perspectiva del paciente durante su confección e implementación. Esto añade al trabajo terapéutico una mirada práctica que considera la "experticia" del paciente en la formulación del problema y las soluciones ofrecidas^(24,25). Por otro lado, las actitudes y comportamientos de los médicos y profesionales de la salud también colaboran con la adherencia y la satisfacción de los usuarios, especialmente la preocupación por comunicar de manera efectiva las indicaciones del tratamiento⁽¹⁸⁾.

LA COMUNICACIÓN Y EL DIALOGO ENTRE PROFESIONALES Y PACIENTES: ESCUCHANDO TODAS LAS VOCES.

Cuando se logra un diálogo fluido entre el equipo tratante y los pacientes se suelen obtener mejores resultados. Esto no solo se refleja en una disminución sintomática, sino también en el fortalecimiento de las relaciones interpersonales y la sensación de bienestar. La comunicación positiva es el primer elemento de un tratamiento efectivo^(26,27). Por otro lado, tanto el optimismo de ambos (paciente y tratante) como la disminución inicial de síntomas son condiciones fundamentales para un tratamiento exitoso. Sin embargo, cuando el sistema de salud es confuso, los tratantes son distantes y no logran instalar un diálogo sincero y empático con el paciente, los tratamientos muestran una marcada tendencia al fracaso⁽²⁸⁾.

Ya desde el siglo pasado se ha documentado que los atributos que más favorecieron el trabajo colaborativo entre pacientes y terapeutas para depresión han sido: a) la copia de estrategias de resolución de problemas (modeling), b) ajustes propios de la relación terapéutica (feeling), c) soporte social de sentirse ayudado, y d) atributos de cercanía del terapeuta (trato, gestos, atención genuina)⁽²⁹⁾. Estos aspectos muchas veces surgen del diálogo con pacientes posterior a sus terapias, y no como estrategias u objetivos previamente definidos como parte del tratamiento. En esta línea, aspectos valorados positivamente postratamiento son la cercanía del terapeuta, la preocupación, el tiempo y la disposición^(30,31). Por otro lado, entre los aspectos más criticados por los pacientes se encuentran las diferencias de perspectiva entre profesionales del equipo tratante, sesgos hacia el uso de fármacos por sobre psicoterapia (o viceversa), la sensación de no ser escuchados y de recibir un tratamiento estándar que no se ajusta a sus

necesidades⁽³²⁾.

DISCUSIÓN FINAL: UNIENDO EXPERTICIAS

Las diversas causas de los problemas de salud mental y los trastornos mentales se extienden más allá de las características individuales (tales como la capacidad para gestionar los pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás), incluyendo también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales⁽³³⁾. Las intervenciones en salud mental, por lo tanto, deberían ser capaces de incorporar la complejidad de cada caso, con el objetivo de diseñar intervenciones más efectivas y pertinentes. En esta tarea, quienes mejor conocen las complejidades propias de las realidades contextuales son los propios pacientes.

Todo esto debiera conducirnos a admitir la importancia de escuchar múltiples experiencias y voces a la hora de tomar decisiones. Es importante que las experiencias de todos los involucrados sean comprendidas al momento de conceptualizar la enfermedad y definir su abordaje terapéutico. Sin embargo, en este proceso es usual que la voz del paciente no sea lo suficientemente escuchada. Esto pese a las evidencias que muestran cómo la participación activa de los pacientes y el diálogo son elementos que a menudo favorecen el éxito de los tratamientos. Lo anterior además contribuye a que desde la psicoterapia —que es parte del tratamiento ofrecido para la depresión— se establezca una mejor conexión entre paciente y terapeuta, abriendo el camino a modelos de intervención más cercanos a lo motivacional y participativo, alejándose de la perspectiva rígida y protocolar que muchas veces promueven las guías clínicas. Si bien estas últimas son herramientas que han probado ser útiles para decidir cursos de acción a nivel de políticas de salud pública, no permiten ase-

guran el éxito de ningún tratamiento, por lo que buscar nuevos aportes que ayuden a mejorar la experiencia de los usuarios del sistema público siempre será valioso. Este ensayo no pretende sino recordar y rescatar la importancia de la experiencia propia de quien padece una enfermedad a la hora de tratarla⁽²⁰⁾.

Existen múltiples ofertas terapéuticas para el tratamiento de la depresión. En todas ellas, la relación médico-paciente resulta clave para el éxito de la terapia, al igual que la comunicación entre profesionales del equipo tratante. Con lo anterior es razonable sostener que, a la base de un buen tratamiento para la depresión, es fundamental instalar una comprensión holística de la enfermedad, entendiendo no solo sus componentes físicos sino también socioemocionales, reconociendo la voz del paciente como un pilar más en el tratamiento de la depresión.

Esta propuesta viene acompañada por una serie de desafíos, entre los cuales se encuentran el integrar la opinión de los usuarios en la confección de los planes de salud, además de mejorar la capacitación y formación de los terapeutas como parte de la transición a un modelo más complejo, pero también más completo.

Finalmente, como profesionales de la salud es importante mantenernos atentos a la forma en que la población y sus necesidades evolucionan con el paso del tiempo, junto con entender que los tratamientos no sólo requieren adaptarse a las posibilidades del sistema, sino también a las necesidades de las personas.

REFERENCIAS

- 1.- Salvo L. Magnitud, impacto y estrategias de enfrentamiento de la depresión, con referencia a Chile. *Revista Médica de Chile*. 2014;142(9). Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pi-

- d=S0034-98872014000900010
- 2.- Katon WJ. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues Clinical Neuroscience*. 2010;13(1):7-23. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181964/pdf/DialoguesClinNeurosci-13-7.pdf>
 - 3.- Vicente B, Saldivia S, Pihán R. Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. *Acta bioeth*. 2016;22(1):51–61. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2016000100006>
 - 4.- Organización Panamericana de la Salud. *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Washington, D.C; 2017.
 - 5.- Vicente B, Kohn R, Saldivia S. The Prevalence of Psychiatric Disorders in Primary Care in Chile. Libro de Resúmenes del 162nd Annual Meeting American Psychiatric Association; 2009; San Francisco, USA.
 - 6.- Fullerton C, Florenzano R, Acuña J. Comorbilidad de enfermedades médicas crónicas y trastornos psiquiátricos en una población de consultantes en el nivel primario de atención. *Revista Médica Chile*. 2000;128:729-734. Available at: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000100004
 - 7.- Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Guías Clínicas AUGE para Depresión. Anexo Psicoterapia. Santiago, Chile; 2017. Disponible en: https://coursalo.com/wp-content/uploads/2019/08/GPC_depresion_psicoterapia.pdf#search='guia+clinica+auge%2C+anexo+depresion'
 - 8.- Minoletti A, Zaccaria A. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2005;18(4/5). Available from: <http://www.eutimia.com/ops/Plan-de-salud-Mental-en-Chile.pdf>
 - 9.- Becerril-Montekio V, Reyes, J, Manuel, A. Sistema de salud en Chile. *Salud pública de México*. 2011;53(2). Available at: <https://www.scielosp.org/article/spm/2011.v53suppl2/s132-s142/>
 - 10.- Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGE Depresión. Santiago, Chile; 2013. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/GUIA-CLINICA-DEPRESION-15-Y-MAS.pdf>
 - 11.- De la Parra G, Errazuriz P, Gómez-Barris E, Zúñiga AK. Propuesta para una psicoterapia efectiva en atención primaria: un modelo basado en la experiencia y la evidencia empírica. *Temas de la Agenda Pública*. 2019;113. Available at: <https://politicaspUBLICAS.uc.cl/publicacion/serie-temas-de-la-agenda/propuesta-para-una-psicoterapia-efectiva-en-atencion-primaria-un-modelo-basado-en-la-experiencia-y-la-evidencia-empirica/>
 - 12.- Martínez P, Rojas G, Fritsch R, Martínez V, Vöhringer P, Castro A. Comorbilidad en personas con depresión que consultan en centros de la atención primaria de salud en Santiago, Chile. *Revista Médica de Chile*. 2017; 145:25-32.
 - 13.- Dunlop BW, Kelley ME, Mletzko TC, Velasquez CM, Craighead WE, Mayberg HS. Depression beliefs, treatment preference, and outcomes in a randomized trial for major depressive disorder. *Journal of Psychiatric Research*. 2012 Mar;46(3):375–381. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.11.003>
 - 14.- Wood E, Ohlsen S, Ricketts T. What are the barriers and facilitators to implementing Collaborative Care for depression? A systematic review. *Journal*

- of Affective Disorders. 2017;214:26–43. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2017.02.028>
- 15.- Kocsis JH, Leon AC, Markowitz JC, Manber R, Arnow B, Klein DN, Thase ME. Patient Preference as a Moderator of Outcome for Chronic Forms of Major Depressive Disorder Treated With Nefazodone, Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy, or Their Combination. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(3):354–361. Available from: <http://dx.doi.org/10.4088/jcp.08m04371>
- 16.- van Schaik DJF, Klijn AFJ, van Hout HPJ, van Marwijk HWJ, Beekman ATF, de Haan M, van Dyck R. Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. *General Hospital Psychiatry*. 2004;26(3):184–189. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2003.12.001>
- 17.- Clever SL, Ford DE, Rubenstein LV, Rost KM, Meredith LS, Sherbourne CD, Wang N-Y, Arbelaez JJ, Cooper LA. Primary Care Patients' Involvement in Decision-Making Is Associated With Improvement in Depression. *Medical Care*. 2006;44(5):398–405. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/01.mlr.0000208117.15531.da>
- 18.- Neira M, Cova F, Nazar G, Parra L, Ortiz N. Percepción de mujeres consultantes de atención primaria sobre el abandono del tratamiento de depresión. *Ciencia y enfermería* 2012;18(2):31-39.
- 19.- Rojas G, Campos S, Martínez P, Guajardo V, Araya R, Gómez V. Protocol Study: Multicomponent and Collaborative Brief Therapy for Chronic and Depressed Patients [Submitted for publication]. 2020.
- 20.- Rivera S, Villouta F, Ilabaca A. Entrevista Motivacional: ¿Cuál es su efectividad en problemas prevalentes en Atención Primaria? *Aten Primaria*, 2008;40:257-261.
- 21.- Cabieses B, Espinoza MA. Desigualdad En Salud Relativa Al Ingreso En Chile: Análisis De Descomposición Del Índice De Concentración En Hipertensión, Diabetes Y Depresión. *Value in Health*. 2013;16(7):A708. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2013.08.2169>
- 22.- Karp DA, Birk LB. Listening to Voices: Patient Experience and the Meanings of Mental Illness. In: Aneshensel CS, Phelan JC, Bierman A, editors. *Handbook of the Sociology of Mental Health*. Dordrecht: Springer Netherlands; 2013. p. 23-40.
- 23.- von Tigerstrom B. The patient's voice. *Medical Law International*. 2016;16(1–2):27–57. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/0968533216659105>
- 24.- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales, e Igualdad de España. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia. Actualización. 2018. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_575_Depresion_infancia_Avaliat_compl.pdf#search='Gu%C3%ADa+de+Pr%C3%A1ctica+Cl%C3%ADnica+sobre+la+Depresi%C3%B3n+Mayor+en+la+Infancia+y+Adolescencia.+Actualizaci%C3%B3n'
- 25.- National Institute For Health and Care Excellence (NICE). Depression in adults: recognition and management. Clinical guideline [CG90]. UK; 2013. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/resources/depression-in-adults-recognition-and-management-pdf-975742636741>
- 26.- Christensen MC, Wong CMJ, Baune BT. Symptoms of Major Depressive Disorder and Their Impact on Psychosocial Functioning in the Different

- Phases of the Disease: Do the Perspectives of Patients and Healthcare Providers Differ? *Front Psychiatry*. 2020;11. Available from: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2020.00280>
- 27.- Kan K, Jörg F, Buskens E, Schoevers RA, Alma MA. Patients' and clinicians' perspectives on relevant treatment outcomes in depression: qualitative study. *BJPsych open*. 2020;6(3). Available from: <http://dx.doi.org/10.1192/bjo.2020.27>
- 28.- Elgie R. A patient and primary care perspective: a patient's perspective on the treatment of depression. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(Suppl 6):38-40.
- 29.- Cooper-Patrick L, Powe NR, Jenckes MW, Gonzales JJ, Levine DM, Ford DE. Identification of patient attitudes and preferences regarding treatment of depression. *J Gen Intern Med*. 1997;12(7):431-438. Available from: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1525-1497.1997.00075.x>
- 30.- Barg FK, Mavandadi S, Givens JL, Knott K, Oslin DW, Zubritsky C. When Late-Life Depression Improves: What Do Older Patients Say About Their Treatment? *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2010;18(7):596-605. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/jgp.0b013e3181b7f0f9>
- 31.- Dakin EK, Areán P. Patient Perspectives on the Benefits of Psychotherapy for Late-Life Depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2013 Feb;21(2):155-163. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2012.10.016>
- 32.- Gelhorn HL, Sexton CC, Classi PM. Patient Preferences for Treatment of Major Depressive Disorder and the Impact on Health Outcomes. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2011;13(5). Available from: <http://dx.doi.org/10.4088/PCC.11r01161>
- 33.- Balladelli P. El rol de la salud mental en el contexto americano y global: hacia un enfoque de derecho y equidad. Congreso Mundial de la Salud; 2013 Aug 25; Buenos Aires, Argentina. Available at: <https://www.paho.org/arg/images/gallery/Congreso%20Mundial%20Salud%20Mental%20280813.pdf?ua=1>

Análisis de un Caso Clínico de Trastorno Afectivo Bipolar y COVID19 con enfoque Fenomenológico.

Analysis of a Clinical Case of Bipolar Affective Disorder and COVID19 with a Phenomenological approach.

María Consuelo Saavedra A.¹

RESUMEN

Introducción: Con el inicio de una nueva enfermedad denominada COVID-19 surgida a finales de 2019 en China, sus consecuencias tardías como el impacto social, el duelo y el estrés que ha generado, se ha convertido en un agente estresor generador de patología psiquiátrica aguda. Se intenta mostrar en un caso clínico como estos factores resultan tan importantes como la misma morbimortalidad del virus.

Método: Mediante entrevistas clínicas semi estructuradas, con enfoque fenomenológico, se recogen datos y se confecciona una historia clínica que presenta un caso de una paciente con antecedente de bipolaridad que cursó con SARS por COVID19.

Conclusiones: Pese a que la evidencia del desarrollo de patología psiquiátrica post COVID-19 es aún escasa, es posible inferir que repercute significativamente en el estilo de vida a posterior de la persona que lo vivencia. Pudiendo generar sentimientos de angustia, miedo o ira, así como también desarrollar síntomas postraumáticos. El uso de una metodología fenomenológica de investigación abre la posibilidad de comprender de manera individual los fenómenos desde la mirada única del individuo que los experimenta.

Palabras clave: COVID-19, Fenomenología, Trastornos Afectivos, Depresión, Ansiedad.

ABSTRACT

Introduction: the new disease called COVID-19, which emerged at the end of 2019 in China, and its consequences, such as social impact, grief, and the stress that it has generated, have become stressors that generate acute psychiatric pathology. An attempt is made to show, in a clinical case, how these factors are as important as the morbidity and mortality of the virus itself.

Method: Through semi-structured clinical interviews, with a phenomenological approach, data was collected. Then, a medical history presenting the case of a patient with a history of bipolarity who had SARS due to COVID-19 was prepared.

Conclusions: Although the evidence of the development of post-COVID-19 psychiatric pathology is still scarce, it is possible to infer that it significantly affects the future lifestyle of the person who experiences it, as it may generate feelings of anguish, fear, or anger, as well as post-traumatic symptoms. The use of a phenomenological research

Recibido: Agosto 2020

Aceptado: Septiembre 2020

¹ Servicio de Psiquiatría Hospital Base Valdivia. Diploma Trastornos del Animo Clínica Psiquiátrica Universidad de Chile.

methodology opens the possibility of individually understanding phenomena from the unique perspective of the individual who experiences them.

Keywords: COVID-19, Phenomenology, Affective Disorders, Depression, Anxiety

INTRODUCCIÓN

Generalidades

En diciembre de 2019, un nuevo beta coronavirus apareció en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, China; causando un nuevo síndrome respiratorio agudo severo (SARS) distinto a los conocidos. En enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) le dio el nombre de SARS-CoV-2 y dada la expansión vertiginosa que se produjo en las semanas siguientes en muchos países del mundo, la OMS denominó a su expresión clínica como enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) y declaró a la enfermedad producida por el SARS-CoV-2 como pandemia el 11 de marzo de 2020¹.

Al momento de redactar el presente ensayo, a fines de Julio se han informado más de 16 millones de casos positivos en 218 países y se estima que ha causado la muerte de más de 656 mil personas.²

En este siglo ya se han reportado otros dos brotes epidémicos por coronavirus. El SARS-CoV de 2003 y el MERS-CoV de 2012. A partir de aquí podemos extrapolar gran parte de la evidencia epidemiológica y del impacto que provocó subsecuentemente del punto de vista psiquiátrico.³

CLÍNICA Y PSIQUIATRÍA DEL COVID19

Aunque hay formas prácticamente asintomáticas, en algunos casos puede progresar a síndromes respiratorios severos con alta letalidad, pero además puede infectar otros órganos durante el curso de la en-

fermedad, incluido el sistema nervioso, lo último se postula pueda ser una causa de manifestaciones neuropsiquiátricas.⁴ La evidencia de manifestaciones neuropsiquiátricas en pacientes con COVID-19 es aún emergente y es probable que la etiología de las consecuencias psiquiátricas sea multifactorial y se sugiere que en el contexto de una infección viral aguda o posterior a ella pueden aparecer diversos tipos de síndromes neuropsiquiátricos que afectan los dominios cognitivo, afectivo, conductual y perceptivo⁵⁻⁶ y que se expresan como: insomnio, ansiedad, depresión, manía, psicosis, tendencias suicidas y delirium.⁷

Un metaanálisis de Lancet identifica que posterior a la enfermedad hay mayor incidencia de depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático.⁸ Mientras que el apoyo social es el principal factor protector vinculado a la prevención de estos trastornos, hay evidencia consistente que demuestra que el aislamiento social y la soledad están vinculados a peores resultados de salud mental.⁹

COVID-19 Y TRASTORNOS DEL ÁNIMO

La rápida diseminación del COVID-19 sumado a la implementación de medidas preventivas -distanciamiento social y aislamiento-, sus consecuencias indirectas como aumento de desempleo y la repercusión económica y la preocupación de las personas por la evolución de su enfermedad, el estigma social o recuerdos traumáticos— son factores potenciales generadores de patología psiquiátrica. Las personas con enfermedades psiquiátricas pueden verse afectadas por la pandemia de modo directo (contagio) e indirecto (impacto social) por lo que se prevé un aumento de crisis agudas y exacerbaciones de trastornos psicóticos y afectivos en el corto plazo¹⁰.

En pacientes con enfermedad bipolar es de importancia considerar el grado y la duración del aislamiento social y el es-

pacio físico limitado en el que se produce el aislamiento, porque pueden asociarse con una amplia gama de efectos psicológicos adversos, que incluyen depresión, disminución de la autoestima, impotencia y ansiedad. Algunas de estas alteraciones emocionales desaparecerán pero algunas personas también pueden mostrar efectos tardíos en forma de trastornos de ansiedad y depresión.¹⁰ La sobreexposición a medios de información agregan un mayor estrés al mismo tiempo que las medidas de distanciamiento social reducen las oportunidades de ejercicio, exposición a la luz solar, participación en actividades significativas y compromiso social. El aislamiento también puede afectar a los zeitgebers que ayudan a mantener estable el sueño y la actividad física. También se debe tener en consideración los posibles efectos adversos psiquiátricos e interacciones de Hidroxicloroquina, principal fármaco utilizado en pacientes con COVID-19 que incluyen: psicosis, cambio de humor, manía e ideación suicida como potenciales factores generadores de crisis.¹¹

En el presente estudio cualitativo, revisamos un caso de una paciente con diagnóstico de bipolaridad que desarrolla sintomatología postraumática secundario a la exposición al virus tanto mórbida como social, con el fin de aportar información a la existente en relación a como están afectando a nuestro pacientes, pretende identificar el grado de afectación psicológica que puede desencadenar –consecuencias psicológicas. Se realizó con un enfoque fenomenológico para describir de manera más precisa los hechos vivenciados.

FENOMENOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

La fenomenología se dirige al estudio de la experiencia vivida respecto de una enfermedad o circunstancia por el propio protagonista de la experiencia y busca describir los significados de los fenómenos experi-

mentados por los individuos a través del análisis de sus descripciones. Del mismo modo enfatiza en la intuición reflexiva para describir la experiencia tal como se vive desde su punto de vista, todas las distinciones de nuestra experiencia deben carecer de presuposiciones y prejuicios; en cambio, se deben buscar los fundamentos teóricos que permitan crear una base segura para describir la experiencia.¹²

Heidegger, precisa que la fenomenología hace énfasis en la ciencia de los fenómenos; ésta consiste en “permitir ver lo que se muestra, tal como se muestra a sí mismo y en cuanto se muestra por sí mismo”; por consecuencia, es un fenómeno objetivo, por lo tanto verdadero y a su vez científico¹³. En términos simples, la fenomenología se puede definir como un enfoque de investigación que busca describir la esencia de un fenómeno al explorarlo desde la perspectiva de quienes lo han experimentado¹⁴.

El enfoque fenomenológico de investigación surge como una respuesta al radicalismo de lo objetivable. Se fundamenta en el estudio de las experiencias de vida, respecto de un suceso, desde la perspectiva del sujeto. Este enfoque asume el análisis de los aspectos más complejos de la vida humana, de aquello que se encuentra más allá de lo cuantificable. Según Husserl, es un paradigma que pretende explicar la naturaleza de las cosas, la esencia y la veracidad de los fenómenos. El objetivo que persigue es la comprensión de la experiencia vivida en su complejidad; esta comprensión, a su vez, busca la toma de conciencia y los significados en torno del fenómeno.¹⁵

MÉTODO

En este estudio se implementó un enfoque fenomenológico para describir un caso clínico y enfatizar los aspectos relevantes de la entrevista dialógica y reflejar lo más fiel-

mente posible la realidad del mundo tal y como es para el paciente.

Los datos fueron recogidos mediante entrevista directa de la paciente en el transcurso de 4 entrevistas semi-estructuradas de 1 hora con un intervalo de 7 días entre cada una. Se realizaron preguntas abiertas de modo que se guio parcialmente la entrevista dando posibilidad a respuestas que den espacio a la paciente de manifestar con sus propias palabras lo vivido. Dichas iniciaron en junio de 2020, una vez fue dada de alta la paciente del hospital general.

CASO CLÍNICO

Mujer de 51 años, casada, 3 hijas, dueña de casa y con diagnóstico hace 15 años de enfermedad bipolar, con un curso caracterizado por un predominio de episodios depresivos a lo largo de su vida. Vive en una localidad costera en su domicilio con otras once personas que en conjunto constituyen una familia extensa biparental y además es cuidadora de su padre postrado de 87 años. Fue derivada para ingreso y controles a la Unidad de Trastornos de Ánimo el cual se concreta en junio de 2020.

En mayo de 2020 se diagnóstica COVID-19 tras ser contacto estrecho de yerno con quien vive y que había estado recientemente en Santiago. Inicialmente, la noticia es recibida con estupefacción e incredulidad, seguido de preocupación principalmente por la salud de su padre adulto mayor y de su nieta de 1 año. Fueron unos de los primeros casos reportados por lo que la noticia se difundió rápidamente, siendo criticados por sus vecinos y juzgados por contagiarse. En el relato constantemente aparece el recuerdo de las burlas de las que fueron objeto, del maltrato por redes sociales donde los tildaron de sucios e irresponsables, apareciendo intensos sentimientos de rabia, vergüenza y culpa, pero así también de decepción al sentirse deva-

luada por ellos. Días más tarde, acude a urgencias por aumento de sintomatología con dolor torácico, disnea y fiebre. Se diagnosticó Neumonía Multifocal por lo que se hospitaliza para manejo según protocolo local de coronavirus. Del periodo hospitalario recuerda la sensación de soledad ya que no se permitían visitas, que su único medio de conexión con el exterior era el teléfono móvil y que pasaba gran parte del día (y la noche) pensando en la tristeza y culpa que sentía por encontrarse en esa situación. Al tercer día de hospitalización presentó rápido empeoramiento clínico, desarrollando miedo intenso a morir, sentimientos de inseguridad y angustia. Fue trasladada a UCI por falla respiratoria y requirió de ventilación mecánica invasiva por 15 días. Una vez estable se trasladó a medicina donde completó 37 días de hospitalización hasta encontrarse en condiciones de alta. Al final de este periodo surge la necesidad del equipo de salud de comunicarle que mientras estuvo en ventilación mecánica falleció su padre a consecuencia del COVID-19. Al recibir la noticia, dijo haber sospechado que algo andaba mal por las respuestas evasivas que recibía constantemente de la familia centradas en su mejoría y no en entregar información. Sumado a la tristeza inicial apareció un sentimiento de tranquilidad y resignación. Durante las semanas posteriores a la hospitalización aparecen sentimientos de angustia reflejada en una inquietud constante, ansiedad anticipatoria y tristeza, conductas de evitación de situaciones cotidianas como salir a la calle o desplazarse en vehículo. Siente intenso temor volver a sentirse ridiculizada o criticada por sus vecinos o conocidos. Dice que si bien puede salir, prefiere no hacerlo. Tiene pesadillas frecuentes al respecto, así como de los procedimientos que se le realizaron, principalmente describe el temor a la anestesia general como potencial generador de muerte. También revive vívidamente el temor que sentía previo a la

hospitalización por la salud de su padre y aparecen sentimientos de culpa y de pesar por el duelo visto como un ritual incompleto debido a que no ha podido visitar su tumba en el cementerio por la contingencia. Posterior a la hospitalización los pensamientos recurrentes de carácter intrusivo se mantuvieron y con un deterioro importante de la calidad del sueño y de la calidad de vida. Siente que los días son grises “Parece como que la vida pierde colorido” y más largos “En lugar de ir, uno se deja llevar”. A medida que pasan los días destaca un tono melancólico progresivo, asociado a astenia, adinamia, ansiedad anticipatoria, hipervigilancia y tristeza con tendencia al llanto fácil y persistente. En su aspecto lo que más destaca es el desarrollo de alopecia difusa que ha ido empeorando con el correr de las semanas. Lleva su rostro. El tono de voz es bajo y el discurso a ratos monótono. El discurso es en torno a la superación, característica bajo la cual se define, ella siempre es quien ha cuidado a otros y le parece muy extraño que ahora los roles se inviertan y tenga que permitir que otros la cuiden.

DISCUSIÓN

En la experiencia intersubjetiva del encuentro entre terapeuta y paciente, el método fenomenológico hace distinción en cuanto a la corporalidad, espacialidad, temporalidad y afectividad.¹⁶

En relación a la corporalidad, distingue al cuerpo vivido, el cuerpo que soy (Leib), constituye una relación pre lógica entre el sujeto y su cuerpo, vivida de una manera inmediata a partir de los movimientos y las percepciones. Sin embargo, también en la expresión ‘yo tengo un cuerpo’, se pone en juego el cuerpo objeto, el que distancio de mí cuando siento cansancio, malestar, enfermedad un cuerpo pleno de sentido, previo a toda abstracción dualista de psique-soma.¹⁷ Abordado el presente caso

desde una perspectiva fenomenológica, la corporeidad adquiere un rol importante. Las desviaciones patológicas son modos particulares de estructurar la propia presencia en el mundo: su rostro sin maquillaje, devela una expresión facial de tristeza y cansancio, la cual modifica con el contenido del relato, apareciendo desagrado y temor en relación a estar en espacios abiertos. Su postura corporal se mantiene en constante cambio con ademanes complementarios y discreto movimiento continuo en manos y piernas que sugieren ansiedad.

Para la fenomenología, nuestro ser-en-el-mundo acontece siempre en determinados templos o estados de ánimo, que nos abren el mundo previo a todo acto cognitivo los cuales no constituyen meros estados subjetivos que únicamente dirían sobre nosotros mismos, sino que nos abren el mundo previo a todo acto cognitivo. Es porque el Dasein ya se encuentra existiendo, habitando un mundo, que éstos se le pueden presentar como dolorosos, agradables, y, en contrapartida, sentirse asustado o alegre.¹⁸ La afectividad del relato impacta de modo que tanto la tonalidad y cadencia del discurso, como la modulación y los gestos rememoran los sucesos sufridos cargado de un tono afectivo potente. Esencialmente transmite la rabia, la tristeza y resignación de los distintos momentos vividos. Heidegger en su obra de 1927 *Ser y tiempo* pone de manifiesto la importancia de los sentimientos como la esencia del Dasein, (que indica el ámbito en que se produce la apertura de la persona hacia el Ser) y que gracias a ellos es que el ser humano adquiere la característica esencial de la humanidad¹⁹.

La temporalidad en la investigación fenomenológica, se convierte en una coordenada a la que se le concede máxima importancia.²⁰ Se hace referencia a otro tiempo, el cual hace justicia a la experiencia humana; el tiempo vivido, que no se puede me-

dir, el cual resulta únicamente expresable por metáforas o relatos de situaciones concretas, “es el vivido por cada sujeto desde su individualidad propia, su experiencia personal e intransferible, lo que hace que su suceder y sus alteraciones sean singulares y únicas en cada persona”²¹ Esta característica se hace manifiesta en el caso expuesto ya que la temporalidad es percibida en un alargamiento del tiempo vivido, carente de emoción y que tiende a la monotonía. Así mismo, debe recordarse que la temporalidad es un carácter ontológico del Dasein y condición de posibilidad de todo conocimiento, opinión y objetivación del tiempo.²¹ En este caso, mantiene intacta su capacidad de tematizar los sucesos de su biografía, pero ha cambiado profundamente “el tiempo vivido” en su horizonte subjetivo; es esa modalidad de vivir el tiempo que pierde su unidad intencional y su articulación en el contexto de pasado, presente y futuro”.²²

De los conflictos en este caso, debemos mencionar que la epidemia de COVID-19 ha causado estragos a lo largo de todo el mundo debido a la morbilidad que produce, especialmente en los ancianos y las personas con afecciones subyacentes que los convierte en personas vulnerables a las formas más severas de esta enfermedad. Pero no sólo sus consecuencias han sido definidas por su impacto epidemiológico sino que existen otras variables que adjudican una alta carga de estrés.

Existen estudios que han demostrado que así como perder la vida física, también las pérdidas de rol, de identidad social y de redes sociales; la exclusión social, la pérdida de ciudadanía, del capital económico y del acceso a los recursos son igualmente importantes como para generar un duelo complicado. Sin embargo, aunque las personas pueden sufrir más de una de estas pérdidas simultáneamente, el alcance de sus pérdidas varía según las circunstancias individuales, cuando una persona

ha experimentado una pérdida extrema y profunda, va a depender mucho el tipo de habilidades de afrontamiento, las defensas psicológicas que emplee el sujeto y del apoyo social del que disponga para predecir la respuesta a esta situación.²³

Los estudios han demostrado que el apoyo social juega un papel fundamental en la rehabilitación psicológica bajo el estrés del brote¹⁶, en el caso descrito, uno de los principales gatillantes de crisis fue el estigma social. Se ha dicho que cuando las sociedades están bajo estrés, aparece el estigma social con un énfasis que recae sobre las personas asociadas con grupos de alto riesgo, así como con cualquier persona considerada “diferente” o potencialmente contagiante, tal cual como sucedió con algunos grupos étnicos al inicio de la pandemia²⁴. Si consideramos que las enfermedades psiquiátricas ya están propensas a estigmatización, si se combinan dos patologías estigmatizantes como el COVID-19 es probable que provoque sentimientos negativos en lugar de apoyo dejando a la persona aún más aislada.

Uno de los elementos que hacen de este caso un desafío terapéutico, es la presencia de un duelo reciente. Entre todas las situaciones específicas de esta enfermedad, la muerte por COVID-19 es la más temida de sus consecuencias, no solo por la muerte física sino por la muerte social que involucra. Hemos presenciado la abrupta disminución del acompañamiento intrahospitalario, así como el acompañamiento familiar y social en los funerales y nos damos cuenta de que la muerte en soledad no solo causa sufrimiento a quienes la experimentan, sino que puede dejar secuelas en forma de duelo para quienes están cerca de ellos²³. En cualquiera de los casos, se percibe con dolor y sufrimiento, miedo o desesperanza, lo que lleva a alejar el tema de nuestros pensamientos cotidianos, lo evitamos y nos preferimos lejos de esa única certeza. Es esperable que

considerando los mecanismos defensivos de la paciente y la red de apoyo con la que cuenta que mediante la intervención psicoterapéutica pueda lograrse una estabilización al mediano plazo.

CONCLUSIONES

A medida que la epidemia de COVID-19 continúa extendiéndose, podemos decir que ya existen consecuencias directas sobre la salud mental de la población en especial de los pacientes con antecedentes de patología psiquiátrica.

Las consecuencias indirectas del COVID19, la exclusión social, el duelo, el estigma social, las repercusiones económicas entre otras descritas en este caso parecieran ser consecuencias aún más traumáticas que la enfermedad misma y desencadenantes de psicopatología aguda.

La perspectiva fenomenológica en la clínica posibilita una mayor comprensión de una existencia concreta y permite comprender la enfermedad como “una nueva forma de ser en el mundo”, crea oportunidades para aprender de las experiencias de otros, tener una comprensión más amplia y profunda de la psicología de los pacientes con trastornos del ánimo¹⁵. Así, en palabras de Oyarzun, se coloca el setting en el “Encuentro con otro”, un otro que no soy yo, que está sufriendo y nos da la posibilidad de poner el tratamiento y el apoyo psicoterapéutico en servicio del “quién” y no en la enfermedad o el “que” a comprender la profundidad de su vivencia²⁵, ya que la normalidad definida como tal, se torna subjetiva al experimentar un mismo estímulo como en este caso la enfermedad por COVID19.

Karl Jaspers decía que las “experiencias límite” son las que conducen a la reflexión filosófica: la muerte, la soledad, el dolor, la angustia, la melancolía. Sin esas experiencias que nos desdibujan ese cuadro

minúsculo en el que habitamos difícilmente habría reflexión filosófica.²⁶ La reflexión que podamos hacer sobre el coronavirus tiene que ver con los cambios que enfrentaremos. Nos obliga a reestructurar nuestra “normalidad” y a observar con otra mirada, más reflexiva sobre aspectos de cómo nos enfrentamos al estrés como sociedad.

REFERENCIAS

- 1.- Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, et al. “Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia”. *N Engl J Med*. 2020; 382: 1199-207.
- 2.- WHO Cumulative number of reported probable cases of SARS. [Consultado 26 Jul 2020] www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/MER-SCoVRA20140613.pdf
- 3.- Arabi Y.M., Murthy S. and Webb S. “COVID-19: a novel coronavirus and a novel challenge for critical care”. *Intensive Care Med*. 2020.
- 4.- P.J. Serrano-Castro et al. “Influencia de SARS-CoV-2 en enfermedades neurodegenerativas y neuropsiquiátricas” *Neurología*. 2020; 35 (4):245—251.
- 5.- Nikayin S, Rabiee A, Hashem MD, et al. “Anxiety symptoms in survivors of critical illness: a systematic review and meta-analysis”. *Gen Hosp Psychiatry* 2016; 43:23–29.
- 6.- Parker AM, Sricharoenchai T, et al DM. “Posttraumatic stress disorder in critical illness survivors: a metaanalysis”. *Crit Care Med* 2015; 43: 1121–29.
- 7.- Honigsbaum M. “The art of medicine: ‘an inexpressible dread’: Psychoses of influenza at fin-de-siècle”. *Lancet*. 2013; 381:988–989.

- 8.- Jonathan P Rogers, Edward Chesney et al. "Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic." *Lancet* May 18, 2020.
- 9.- Xiangyu Kong, Kailian Zheng et al. "Prevalence and Factors Associated with Depression and Anxiety of Hospitalized Patients with COVID-19" *medRxiv* 2020.03.24 20043075.
- 10.- Yao H, Chen JH, Xu Yifeng. "Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic" *Lancet Psychiatry* 2020:e21.
- 11.- Stefana, A., Youngstrom, E.A., Chen, J., Hinshaw, S., Maxwell, V., Michalak, E. and Vieta, E. "The COVID-19 pandemic is a crisis and opportunity for bipolar disorder." *Bipolar Disord* 2020.
- 12.- Fernando Trejo Martínez. "Fenomenología como método de investigación" *Enf Neurol (Mex)* 2012; Vol. 11, No. 2: 98-101.
- 13.- Figueroa G. "La fenomenología en la psiquiatría." *Rev Cien Sociales (Chile)* 1983; 22: 207-229.
- 14.- Neubauer, B.E., Witkop, C.T. & Varpio, L. "How phenomenology can help us learn from the experiences of others." *Perspect Med Educ* 2019; 8, 90-97.
- 15.- Husserl, E. "Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica". 1992.
- 17.- Rovaletti, M. L. "Alcance y significación de la perspectiva fenomenológica en psiquiatría." 1997.
Rovaletti, M. L. Capítulo 5. Corporalidad; La problemática del cuerpo en el pensamiento actual." 1998; pp. 219-229.
- 17.- Pfeiffer, M. L. "Tiempo objetivo, tiempo subjetivo, tiempo trascendental. Tres consideraciones acerca de la temporalidad." 1998; pp. 45-57.
- 18.- Heidegger, M. *Sein und Zeit* "Ser y Tiempo" 1927.
- 19.- Ellenberger H. F. "Introducción clínica a la fenomenología psiquiátrica y al análisis existencial." 1967.
- 20.- Paciuk, S. "La idea de subjetividad como temporalidad." 1998; pp. 209-220.
- 21.- Borgna E. "El problema del tiempo en el pensamiento actual." 1998; pp. 253-259.
- 22.- Eduard Vieta, Víctor Pérez, Celso Arangof "Psychiatry in the aftermath of COVID-19." *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)* 2020.
- 23.- Siu JY. "The SARS-associated stigma of SARS victims in the post-SARS era of Hong Kong." *Qual Health Res* 2008; 18: 729-38.
- 24.- Skewes, Juan Carlos. (2011). Fernando Oyarzún, la idea de la persona ética y el materialismo vital. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 49(2), 182-188
- 25.- Karl Jaspers' *Philosophy and Psychopathology: "Jaspers Concept of 'Limit Situation': Extensions and Therapeutic Applications"* 2014.

Instrucciones para los Autores

1. Los trabajos, enviados a los Editores de la Revista de Trastornos del Animo, incluyendo el material para suplementos, deberán ajustarse a las siguientes instrucciones, preparadas considerando el estilo y naturaleza de la Revista y los "Requisitos Uniformes para los Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas", establecidos por el International Committee of Medical Journal Editors, actualizados en octubre de 2001 en el sitio WEB www.icmje.org. Información editorial adicional, se encuentra en la página Web de la World Association of Medical Editors, www.wame.org.

2. Los trabajos deben ser originales e inéditos, estar escritos en español o inglés y ajustarse a las normas de publicación de la Revista. Los trabajos que cumplan con los requisitos formales serán sometidos al comité editorial. La Revista se reserva el derecho de hacer modificaciones de forma al texto original.

3. Debe remitirse el material vía correo electrónico, usando programa Microsoft Word, versión para PC. Se solicita a los autores conservar copia de su trabajo y del correo electrónico enviado. El trabajo deberá tener el siguiente formato: hojas numeradas ángulo superior derecho, empezando por la página del título, sin membretes, doble espacio, letra de 12 puntos Times New Roman y justificada a la izquierda. La extensión del texto considera límites máximos según el tipo del trabajo: Artículos de revisión hasta 25 páginas, Trabajos de investigación hasta 20 páginas, Casos clínicos hasta 10 páginas (agregándoles hasta 2 Tablas y 2 Figuras), y no más de 80 referencias. Las cartas al Editor y los Reportes breves no deben exceder 3 páginas, incluyendo hasta 6 referencias y 1 Tabla o Figura.

4. En la página inicial se escribirá el título del trabajo, breve pero informativo, en español e inglés. Se debe señalar a los autores con nombre de pila, apellido paterno, inicial del apellido materno. Quienes deseen usar su apellido materno en forma completa podrán poner un guión entre ambos apellidos. Señale el nombre de la o las secciones, departamentos, servicios e instituciones a las que perteneció cada autor durante la ejecución del trabajo; fuente de apoyo financiero, si lo hubo, en forma de subsidio de investigación (grants), equipos, drogas, o todos ellos. Debe declararse toda ayuda financiera recibida, especificando si la organización que la proporcionó tuvo o no tuvo influencia en el diseño del estudio; en la recolección, análisis o interpretación de los datos; en la preparación, revisión o aprobación del manuscrito.

En forma separada se explicitará el nombre, dirección postal, dirección electrónica y teléfono del autor que se ocupará de la correspondencia relativa al manuscrito y del contacto con el comité editorial.

5. La segunda página debe incluir un resumen en español de no más de 250 palabras. El formato debe ser "estructurado" incluyendo explícitamente: introducción, método, resultados y conclusiones. No emplee abreviaturas no estandarizadas. Los autores deben proponer 3 a 10 palabras clave o key words (en español e inglés), que deben ser elegidas en la lista del Index Medicus (Medical Subjects Headings). Se recomienda a los autores que proporcionen su propia traducción del título y resumen al inglés.

6. Los autores no están obligados a un formato uniforme, pero en los artículos de observación y experimentales se recomienda el empleo de secciones que llevan estos encabezamientos: introducción, métodos, resultados y discusión. Cuando se incluyan experimentos en seres humanos, explicitar que los procedimientos respetaron las normas éticas concordantes con la Declaración de Helsinki (1975), modificadas en 1983 y adjuntar la aprobación del comité de ética de la institución en que se efectuó el estudio.

7. Cuando se trate de un trabajo de investigación, en la sección método describa: la selección de los sujetos estudiados: pacientes o animales de experimentación, órganos, tejidos, células, etc., y sus respectivos controles. Identifique los métodos, instrumentos o aparatos y procedimientos empleados, con la precisión adecuada para permitir a otros observadores que reproduzcan sus resultados. Si se emplearon métodos bien establecidos y de uso frecuente (incluso los estadísticos), límitese a nombrarlos y cite las referencias respectivas. Cuando los métodos han sido publicados pero no son bien conocidos, proporcione las referencias y agregue una breve descripción. Si son nuevos o aplicó modificaciones a métodos establecidos, descríbalas con precisión, justifique su empleo y enuncie sus limitaciones. Identifique los fármacos y compuestos químicos empleados, con su nombre genérico, sus dosis y vías de administración. Identifique a los pacientes mediante números correlativos, pero no use sus iniciales ni los números de fichas clínicas de su hospital. Indique siempre el número de pacientes o de observaciones, los métodos estadísticos empleados y el nivel de significación elegido previamente para juzgar los resultados.

8. Las tablas se presentan en hojas separadas, indicando la posición aproximada que les corresponde en el texto, se identifican con números arábigos y texto en su borde superior. Numere las Tablas en orden consecutivo y asígneles un título que explique su contenido sin necesidad de buscarlo en el texto del manuscrito (Título de la Tabla). Sobre cada columna coloque un encabezamiento corto o abreviado. Separe con líneas horizontales solamente los encabezamientos de las columnas y los títulos generales. Las columnas de datos deben separarse por espacios y no por líneas verticales. Cuando se requieran notas aclaratorias, agréguelas al pie de la Tabla. Use notas aclaratorias para todas las abreviaturas no estandarizadas. Cite cada Tabla en su orden consecutivo de mención en el texto del trabajo.

9. Denominamos "Figura" a cualquier ilustración que no sea Tabla (Ejs: gráficos, radiografías, registro EEG y EMG, etc.). Los gráficos deben ser dibujados por un profesional, o empleando un programa computacional adecuado. Cite cada Figura en el texto, en orden consecutivo. Si una Figura reproduce material ya publicado, indique su fuente de origen y obtenga permiso escrito del autor y del editor original para reproducirla en su trabajo. Las fotografías de pacientes deben cubrir parte(s) de su rostro para proteger su anonimato. Las Figuras que muestren imágenes (radiografías, histología, etc.) deben entregarse en copias fotográficas, no como fotocopias. Presente los títulos y leyendas de las Figuras en una página separada. Identifique y explique todo símbolo, flecha, número o letra que haya empleado para señalar alguna parte de las ilustraciones. En la reproducción de preparaciones microscópicas, explicita la ampliación y los métodos de tinción empleados

La publicación de Figuras en colores debe ser consultada con la Revista, su costo es fijado por los Impresores y deberá ser financiado por los autores

10. Las referencias bibliográficas deben limitarse a los trabajos citados en el texto –no

exceder las 40 (salvo los trabajos de revisión que se acepta hasta 80)– y numerarse consecutivamente siguiendo el orden en que se mencionan por primera vez en el texto. En el texto, en los cuadros y en los pies de epígrafes de las ilustraciones, las referencias se identificarán mediante números arábigos entre paréntesis. Las referencias citadas solamente en cuadros o ilustraciones se numeran siguiendo una secuencia que se establecerá por la primera mención que se haga en el texto de ese cuadro o esa figura en particular.

11. Detalles de formatos y ejemplos sobre el modo correcto de citar los diversos tipos de referencias se encuentran en “Requisitos uniformes para preparar los manuscritos enviados a revistas biomédicas”. www.icmje.org.

A continuación se ilustran algunas de las formas de más frecuente uso:

I. Revistas

a. Artículo standard

Formato: Autor(es), título del trabajo, nombre de la revista según abreviatura del Index Medicus, seguido del año; volumen: páginas inicial y final con números completos. (hemos optado por omitir el número, dentro del volumen). Se listan sólo los seis primeros autores; si el número de estos es superior a seis, deben nominarse los primeros seis y añadir la expresión *et al.* en cursiva.

Angst J. Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. *J Affect Disord* 2001; 67: 3-19

Akiskal HS, Hantouche EG, Allilaire JF, Sechter D, Bourgeois ML, Azorin JM, et al. Validating antidepressant-associated hypomania (bipolar III): a systematic comparison with spontaneous hypomania (bipolar II). *J Affect Disord* 2003; 73: 65-74.

b. Organización como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164: 282-284

c. Volumen con suplemento

Diekstra REW. Suicide and the attempted suicide: An international perspective. *Acta Psychiatr Scand* 1989;40 Supl 354: 1-24

d. Numeración de páginas con números romanos

Fisher GA, Sikic BI. Drug resistance in clinical oncology and hematology. Introduction. *Hematol Oncol Clin North Am* 1995; 9:xi-xii.

II. Libros y monografías

Formato: autores, título del libro, ciudad en la que fue publicado, editorial y año. Limite la puntuación a comas que separen los autores entre sí.

a. Autor(es) de la obra en forma integral

Kraepelin E. manic-Depressive Insanity and Paranoia. Edinburgh: Thoemmes Press, 2002

b. Editor(es) compilador(es) como autor(es)

Yatham N, Kusumakar V, Kutcher S, editors. Bipolar Disorder. A Clinician's Guide to Biological Treatments. New York: Brunner-Routledge, 2002

Gasto C. Historia. En: Vieta E, Gasto C, editores. Trastornos bipolares. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, 1997

c. Capítulo de libro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press, 1995

III. Otras fuentes

a. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995

b. Material electrónico

Revista on-line

Tsui PT, Kwok ML, Yuen H, Lai ST. Severe acute respiratory syndrome: clinical outcome and prognostic correlates. Emerg Infect Dis [serial online] 2003 Sept [date cited]. Disponible en URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol9no9/03-0362.htm>

Documento en sitio Web de organización

International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals. Updated October 2001. Disponible en URL: <http://www.icmje.org/> Acceso verificado el 12 de febrero de 2005

12. Exprese sus agradecimientos sólo a personas e instituciones que hicieron contribuciones sustantivas a su trabajo.

13. Guía de exigencias para los manuscritos, declaración de responsabilidad de autoría y transferencia de derechos de autor.

Conflicto de intereses: No existe un posible conflicto de intereses en este manuscrito. Si existiera, será declarado en este documento y/o explicado en la página del título, al identificar las fuentes de financiamiento.

Los autores certifican que el artículo arriba mencionado es trabajo original y no ha sido previamente publicado, excepto en forma de resumen. Una vez aceptado para publicación en la Revista de Trastornos del Animo, los derechos de autor serán transferidos a esta última. Asimismo, declaran que no ha sido enviado en forma simultánea para su posible publicación en otra revista. Los autores acceden, dado el caso, a que este artículo sea incluido en los medios electrónicos que los Editores de la Revista de Trastornos del Animo, consideren convenientes.

Los autores informan que el orden de aparición de sus nombres en el manuscrito aquí referido se acordó entre ellos y es producto de la proporción en que participaron en la elaboración del trabajo.