



Impacto de la COVID-19 en la salud mental en el Perú

Impact of COVID-19 on Mental Health in Peru



Juan Francisco Rivera Feijoo

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

E-mail: jfriveraf@hotmail.com



Resumen

En Perú, la COVID-19 produjo la mayor tasa de mortalidad en el mundo, causando grandes estragos. El consecuente estado alterado de la salud mental lo hemos observado tal como ha sido reportado a nivel mundial. Según estimaciones epidemiológicas en varios lugares del mundo hubo un incremento en trastornos de ansiedad y en trastornos depresivos muy cercanos al 30%. El país inicialmente se hallaba en una situación muy frágil para atender las necesidades de salud y ahora tiene más casos que atender. La ansiedad y la depresión no tratadas cursan con discapacidad. Describimos los cuadros clínicos de mayor causa biológica para explicar por qué no se incrementaron. Una viñeta clínica ilustra esta relación al mismo tiempo que muestra el frecuente fenómeno de comorbilidad en atención de salud mental. Hemos contextualizado con lo que ha sucedido en todo el mundo y con otros cuadros de salud mental menos agravados por la pandemia.

Abstract

In Peru, COVID-19 produced the highest mortality rate in the world, with important negative effects on patients, their families and their cities. The altered state of mental health has been observed as reported worldwide. According to epidemiological estimates in several parts of the world, there was an increase in anxiety disorders and depressive disorders very close to 30%. The country was already in a very fragile situation regarding health requirements and now it has even more cases to attend to. If anxiety and depression are not treated, they become persistent and lead to disability. We describe the most significant biological clinical pictures to explain why they did not increase. The relationship is illustrated by a clinical picture that also shows the frequent phenomenon of comorbidity in mental health care. We have contextualized events around the world and other mental health conditions less aggravated by the pandemic.

Key words

Perú; COVID-19; letalidad y secuelas en salud mental.
Peru; COVID-19; lethality and sequelae in mental health.

Fechas

Recibido: 29/12/2022. Aceptado: 20/01/2023



1. Introducción

La pandemia por COVID-19 registró en el mundo de más de 20 millones de muertes a diciembre de 2021. Además, en este contexto no se puede separar lo que pasa en el mundo de lo que pasa en Perú. Uno de los aspectos que esta pandemia ha hecho reconocer es que vivimos en una red de relaciones con todos los países, todos los seres humanos,

Uno de los aspectos que esta pandemia ha hecho reconocer es que vivimos en una red de relaciones con todos los países, todos los seres humanos, todos los seres vivos y todo el ecosistema

todos los seres vivos y todo el ecosistema. Si se escribe sobre lo sucedido en Perú habrá que tener en cuenta lo que también está ocurriendo en otros lugares del planeta y viceversa.

Para comenzar se plantea que el indicador de mortalidad de la COVID-19 es suficiente para analizar diversos efectos de la enfermedad y mortalidad del ataque del virus SARS-CoV-2 en los aspectos que se examinen en este artículo.

La letalidad en Perú es de 220 000 al final de 2022. La pandemia ha tenido consecuencias devastadoras en la salud pública, al igual que en la economía de cientos de países, en especial los de medianos y bajos recursos. En este fenómeno las enfermedades mentales se han incrementado, el miedo se ha generalizado y algunos trastornos de ansiedad y de depresión han aumentado.

En 2019, una de cada ocho personas en el mundo (en cifras más conservadoras) padecían un trastorno mental a lo largo de un año. Los más comunes son la ansiedad y los trastornos depresivos (Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria, 2022), que en 2020 aumentaron considerablemente debido a la pandemia de COVID-19. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) con cifras muy prudentes, muestran un aumento del 26% y el 28% de la ansiedad y los trastornos depresivos graves en solo un año (OMS, 2022c). El trastorno mental tuvo mayor incidencia en mujeres, menores, viudos, divorciados o separados, bajo nivel educativo, pobreza económica, desempleo por la pandemia, haber enfermado de COVID-19, tener un familiar contagiado o un familiar fallecido por covid (Saavedra et al., 2022). El abuso ha resultado en un aumento de cerca al 30% de casos de mujeres adolescentes embarazadas (Rondón, 2022).

2. Primera parte. Datos epidemiológicos del Perú en el contexto mundial

2.1. Viñeta clínica de un caso de salud mental y otros aspectos de la pandemia

El diario de mayor difusión a nivel de Perú, *La República*, el 2 de abril de 2020 reportó datos del Ministerio de Salud: la cifra oficial de fallecidos por COVID-19 en Perú subió a 38. Los ocho casos del día eran de personas de 75, 96, 83, 87, 59, 60, 73 y 68 años. Un año después ya todos sabíamos que las cifras reales eran mucho mayores y que la credibilidad del Gobierno no podía generar orgullo.



2.1.1. El caso

Kurt Q de 48 años, empleado de la oficina encargada de registrar los nacimientos y muertes del país (RENIEC) pidió ayuda psiquiátrica *online* en esos días. Notó que la mortalidad desde marzo 2020 se incrementaba de manera sin precedentes en Perú. Dormía pocas horas, estaba con ansiedad moderada todo el día. Desde fines de marzo la gráfica de dicha mortalidad describía una línea de 45 grados o más y para seguir la pauta de dicho incremento ya estaban utilizando logaritmos. Compañeros de trabajo suyos habían fallecido; un amigo internado en una clínica por descompensación de

El trastorno mental tuvo mayor incidencia en mujeres, menores, viudos, divorciados o separados, bajo nivel educativo, pobreza económica, desempleo por la pandemia, haber enfermado de COVID-19, tener un familiar contagiado o un familiar fallecido por covid

su hipertensión arterial salió de alta y en una semana volvió a internarse por un síndrome agudo respiratorio grave, típico de COVID-19; murió en pocos días. KQ estaba solo en su departamento en un distrito de población densa como en Lince o Pueblo Libre. Su esposa estaba cumpliendo la cuarentena a 700 Km al norte de Lima. Vendría a Lima en mayo 2020.

Lo que más le asustaba era el descontrol de sus reacciones neurovegetativas. Con dos o tres crisis de ansiedad al día: diaforesis, palpitations, disnea, de 3 a 10 minutos de duración. En tres semanas se consiguió que estos síntomas duraran 2 a 3 minutos y se presentaran ya de dos a tres veces por semana. Esto es típico del trastorno de pánico, que en el mundo tiene una frecuencia del 3% a lo largo de la vida. Si no se trata, es discapacitante. Con dos meses de tratamiento las crisis eran mínimas, ya no se asustaba

de las reacciones de su cuerpo y fue entonces que reportó que desde su adolescencia tenía síntomas leves de trastorno obsesivo compulsivo (TOC), con compulsiones de orden, limpieza, higiene, que lo tenía algo menos productivo de lo que podría estar. Curiosamente, la elevación de ansiedad no aumentó los síntomas obsesivo-compulsivos. Al tercer mes del tratamiento con antidepresivos y tranquilizantes, sintiéndose con mayor confianza dijo que además de aliviar sus crisis de ansiedad, sentía alivio de otros síntomas que recién describía (los del TOC); fueron 100 mg de Sertralina al día indicada para el trastorno de pánico.

Este hombre de 48 años se describía como cuidadoso con el orden desde niño, así como con la higiene. En etapas de mucho estrés se tornaba irritable si no encontraba el orden en el que había dejado las cosas. Guardaba documentos, incluso, a veces, debajo de su cama. En el trabajo, luego del proceso de automatización de las oficinas, si alguien buscaba algún documento que oficialmente ya no existía, sus compañeros de trabajo no pocas veces acudían a él para ver si disponía de una copia o el original. Algunas veces los tenía. La acumulación era una característica suya. Su personalidad podía clasificarse como un trastorno de personalidad obsesiva, leve. Uno de sus hermanos murió de COVID-19 en enero 2021, otro estuvo grave, su hijo mayor estuvo con covid leve a principios de 2021. Siguió tratamiento metódico por 18 meses más y luego con controles muy esporádicos. Tenía trastorno de pánico, TOC y personalidad inmadura con criterios de la DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).



2.2. La comorbilidad en salud mental

Dos o más trastornos pueden coexistir en un solo individuo. Si nos dicen que el trastorno de ansiedad a lo largo de la vida tiene un nivel del 12% en la población y que la depresión clínica un 20%. No deberíamos pensar que el 32% de la población tiene depresión o ansiedad en un nivel clínico a lo largo de la vida. No lo debemos sumar porque la tercera parte de los casos de ansiedad cursan con depresión. Podríamos decir que un 24% tiene depresión o ansiedad. Para ponderar el impacto en el organismo de las personas con comorbilidad en esta situación hay que tener en cuenta a la información fisiológica de la depresión que nos dice que esta cursa con procesos biológicos propios del estrés o miedo.

Dos o más trastornos pueden coexistir en un solo individuo. La comorbilidad entre trastornos mentales es un fenómeno frecuente

En el sistema de clasificación de enfermedades DSM-5, el TOC ya no se agrupa con los trastornos de ansiedad (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Asimismo, la comorbilidad entre trastornos mentales es un fenómeno frecuente, así como en geriatría. En

este caso el TOC evoluciona de manera diferente a los trastornos de ansiedad. Un hecho pocas veces reportado y, en esta ocasión, el caso presentado puede ser muy ilustrativo.

2.3. Las enfermedades de elevada heredabilidad

Las enfermedades cuya etiología tienen una heredabilidad igual o mayor al 60% (o sea de concordancia en mellizos monocigóticos, MZ por las siglas en inglés) es muy posible que no hayan aumentado en frecuencia durante la pandemia porque tienen origen en factores biológicos. Principalmente son: enfermedades del espectro de esquizofrenia, TOC, trastorno bipolar, trastornos del apetito, retraso mental, enfermedades del espectro autista y trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Estas enfermedades no protegen de las enfermedades por ansiedad ni por depresión y por motivos conductuales son vulnerables en procesos infecciosos colectivos.

2.4. El miedo o la ansiedad impulsan a comportamientos de riesgo

Comportamientos de riesgo como las aglomeraciones sociales, por ejemplo, en los mercados, en las clínicas que atendían COVID-19 y las emergencias. La incredulidad ante las recomendaciones sanitarias fue otro factor que complicaba el problema de la pandemia. Tal fue la irresponsabilidad de portar el SARS-CoV-2 y visitar a otras personas, son conductas de riesgo. Cuando en mayo 2020 en Perú la gente moría por falta de oxígeno o de camas UCI las personas en vecindarios multitudinarios veían que en sus calles había dos o tres personas con covid casi de manera simultánea. En los hospitales de Perú, los cadáveres permanecieron envueltos en bolsas especiales por algunos días o semanas antes de ser cremadas. Muchos casos de ansiedad y depresión no podían atenderse porque el sistema de salud pública en el país además de desarticulado y poco equipado, se hallaba desbordado.



En Perú, como en la mayoría de los países en desarrollo, no ha podido atenderse a todos los pacientes/afectados, como lo fue también en la mayoría de los países en desarrollo

Los reportes de la OMS y de organizaciones de control de enfermedades en el mundo calculan que los casos de ansiedad y depresión aumentaron en un 26% y 28% en cifras prudentes (Saavedra et al., 2022). La prevalencia a 12 meses de trastornos mentales del 19,6%, los casos más frecuentes fueron de episodio depresivo con una prevalencia anual de 13,6% seguido por el trastorno de ansiedad generalizada (Saavedra et al., 2022). En Perú, como en la mayoría de los países en desarrollo, no ha podido atenderse a todos los pacientes/afectados, como lo fue también en la mayoría de los países en desarrollo. En la Universidad Mayor de San Marcos de Lima se instaló un Centro de Atención Comunitaria dependiente del Ministerio de Salud, MINSA. La Facultad de Medicina tenía ya un programa de ayuda para casos leves o moderados de afecciones mentales. Es allí donde algunos de los alumnos reportaron que en el primer semestre de la pandemia uno de sus progenitores había muerto y que tenían problemas económicos. Los casos de estrés posttraumático aumentaron; ahí se distinguió una evolución favorable de los casos de ansiedad y depresión con los tratamientos adecuados.

2.5. Perú y las vacunas en 2021

Mientras tanto los fabricantes de vacunas estaban en una carrera por lograr su producto ansiado. En Perú el temor que la pandemia generó y ayudó a que la población estuviera pendiente de ser vacunada. A nivel nacional en el 2021 se vacunó con dos dosis al 70% de la población. En ese momento los cambios políticos desactivaron progresivamente el programa de vacunación, la influencia de los movimientos antivacunas aumentó su presencia apoyados por grupos similares de otros países. Hay que confrontar a estos colectivos con el hecho de que unos 20 millones de vidas se salvaron con las vacunas en el primer año de vacunación en países occidentales del hemisferio norte (Watson et al., 2021). Con esta información es razonable, y no es especulativo, plantear que en Perú las vacunas para la COVID-19 pueden haber salvado la vida a más de cien mil personas.

Lo peculiar en Perú, dijimos, es que el sistema de salud estaba mínimamente equipado. Esto es un descuido grave desde hace varias décadas. Las huelgas del personal sanitario no han conseguido nada para mejorar eso y los presupuestos son paupérrimos.

2.6. Ningún país se libró de la pandemia

El coronavirus ya produjo antes dos grandes pandemias en el Asia, el covid de 2002-2003 y el Síndrome Respiratorio Agudo del Oriente Medio en 2012-2013. El coronavirus tiene varios reservorios en Asia y quizá en África. La COVID-19 llegó a Sudamérica, además:

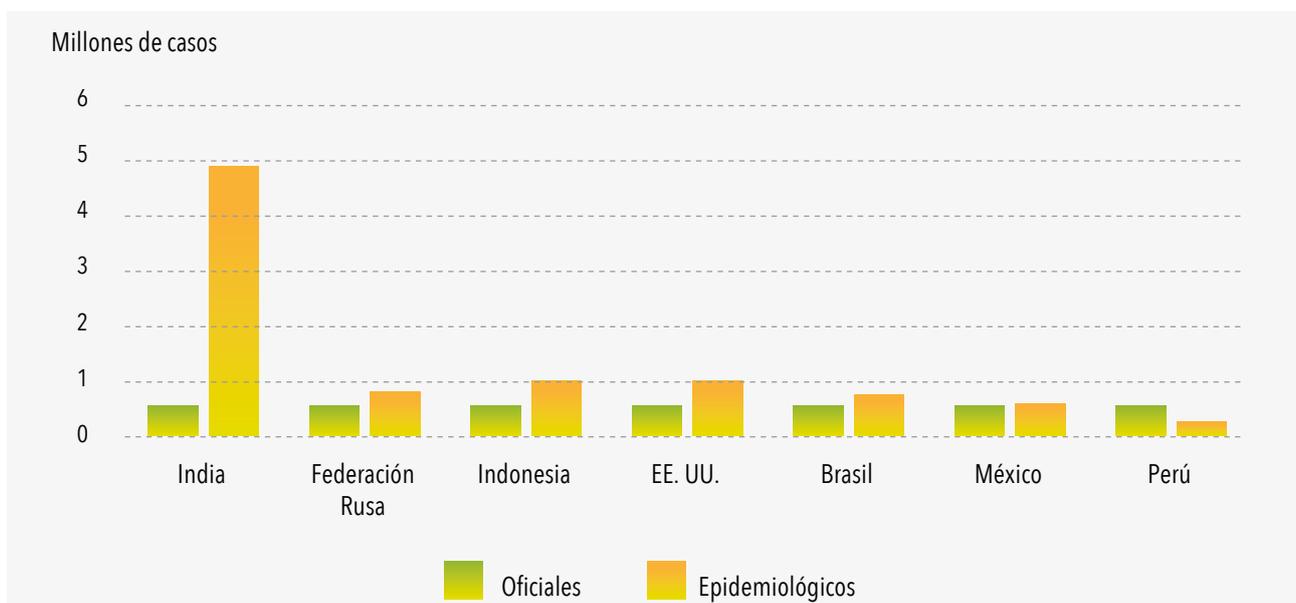
Una pandemia azota a muchos sitios a la vez, de modo que todos ellos necesitan ayuda urgente, tiene un efecto de “bola de nieve”: primero golpea a las personas, luego a la autoridad civil, luego a las empresas y luego al comercio interestatal o internacional, o a ambos. Los efectos inmediatos son devastadores. . . (Osterholm y Olshaker, 2020).

2.6.1. Perú en el contexto mundial

A nivel mundial, para el periodo de enero de 2020 a diciembre de 2021, la corrección de las cifras de mortalidad por COVID-19 llega a ubicarse en una cifra mayor de las estimadas oficialmente en el mundo. Son 14,83 millones de muertes adicionales a las oficiales con un intervalo de incertidumbre de 13,23% lo que expresa que pueden llegar a ser 16,58 millones, que deben sumarse a los 5,42 millones de muertes por COVID-19 notificadas a la OMS para este periodo. O sea, que la letalidad de la pandemia hasta diciembre 2021 fue de 20,25 a 23 millones de personas (Msemburi et al., 2022).

Si registramos las cifras oficiales proporcionadas por países y las calculadas con métodos epidemiológicos, todo expuesto en una tabla, se hace muy obvia la discordancia de datos. Lo reportado versus lo calculado con procedimientos epidemiológicos. Lo vemos en el siguiente gráfico. Para identificar la frecuencia de la letalidad de Perú hay que tener en cuenta el número de habitantes por país. Así, por ejemplo, la India tiene más de 1350 millones de habitantes (llegará a 1400 millones en abril 2023), mientras que Perú tiene 33 millones de habitantes. La letalidad en el Perú fue aproximadamente el 60% más que la India en términos relativos a la dimensión de la población (tomada la letalidad de la pandemia de este último país como el 100%).

Gráfico 1. Reportes de Mortalidad por COVID-19 (2020-2021)



Fuente: elaboración propia basada en Msemburi et al., 2022



Un primer reporte válido referido al 2020 nos decía lo siguiente. Enfermedad por coronavirus 2019, causada por el SARS-CoV-2 predominantemente ataca al tracto respiratorio. Dependiendo de la severidad, los síntomas de COVID-19 van desde síntomas similares a los de la gripe al síndrome de dificultad respiratoria aguda. La causa principal de la muerte en pacientes con COVID-19 es insuficiencia respiratoria. Otros órganos también pueden infectarse y mostrar otras complicaciones (Noh et al., 2021). Esta es la parte inicial de un artículo de Corea del Sur. Captaron más de 250 casos, tres murieron. En Perú, con falta de hospitales y de insumos, como las camas UCI y oxígeno, la letalidad llegó a ser hasta el 6% de los casos, en cifras prudentes.

La inequidad en las vacunas resultó en un número desproporcionadamente mayor de muertes prevenibles en las naciones de altos ingresos

Un nuevo estudio estima que las vacunas contra la COVID-19 aplicadas sistemáticamente desde diciembre 2020 ayudaron a evitar 19,8 millones de muertes en todos los países desarrollados durante los primeros doce meses después de que se iniciaron las campañas de vacunación. El estudio encontró que la inequidad en las vacunas resultó en un número desproporcionadamente mayor de muertes prevenibles por la vacunación en las naciones de altos ingresos por motivos de inequidad o de exclusión social (Warren et al., 2021).

En Perú por cada 20 muertes por COVID-19, una correspondía a una persona no pobre. Esta gran diferencia en población pobre y no pobre llevó al Gobierno de inicios de 2021 a organizar una vacunación equitativa por seis meses, dando prioridad a la población de mayor edad y con comorbilidad de alto riesgo de enfermedad. El temor a la enfermedad aumentó la intención de vacunarse. En cinco meses de trabajo con este sistema se pudo contrarrestar la inequidad insoportable, terrible, en una sociedad que no logra la madurez en sus aspectos esenciales del cuidado de la salud. Además, en este tiempo las cifras se sinceraron y los registros se mostraron en las estadísticas publicadas. Ya, sin embargo, la pandemia se iba a mostrar con 100 000 huérfanos en Perú, cifra que podemos comparar con los cerca de 250 000 huérfanos en Estados Unidos que tiene 360 millones habitantes.

3. Segunda parte

En esta segunda parte hacemos mayormente una revisión de datos en el mundo, que permiten inferir valiosa información aplicable al Perú sobre el impacto COVID-19 y la salud mental.

3.1. La salud mental en la pandemia requiere atención especial

En la OMS, la directora del Departamento de Salud Mental y Consumo de Sustancias, Déborah Kestel, fundamentó que la salud mental en la pandemia estaba en crisis con riesgos de problemas serios en el mundo. También el director, Dr. Tedros Ghebreyesus,



calificó de preocupante el impacto de la pandemia en la salud mental en el planeta. Se define al ser humano como un ser eminentemente social y el aislamiento social impidió este estímulo necesario para el desarrollo humano. Además, el miedo al contagio y la pérdida de seres queridos con la pérdida de ingresos o del trabajo supera, muchas veces, la carga emocional que la fisiología individual puede soportar. Todo esto hace difícil el debido cuidado y tratamiento de los trastornos mentales. Por otro lado, otro frente que ha resultado francamente dañino para la salud mental global ha sido el gran incremento de la desinformación. Los *fake news* (noticias falsas, alarmantes y de escándalo, en un todo) complicaron el debido manejo personal del estrés.

La sociabilidad es una necesidad básica. Esto nos permite distinguir que el aislamiento social obligatorio para salvar la vida individual y colectiva es efecto y causa del estrés moderado y grave

“El poder contrarrestar esta desinformación es algo particularmente difícil, tanto por la velocidad como por la amplitud y dispersión de contenidos de las notas en las diversas redes sociales” (OMS, 2022a). El incremento del 26% y 28% en el primer año de la pandemia para los trastornos de ansiedad y de depresión según datos de la OMS (2022c) hubieran sido manejables si la ayuda profesional o comunitaria fuera suficiente. Con gran insuficiencia en la atención, estos cuadros clínicos han generado discapacidad, pues el comportamiento evitativo debido a la ansiedad se sigue con una secuencia de oportunidades perdidas y de ayuda, inclusive cuando se tiene que ir de compras. Se define

al ser humano como el ser social. La sociabilidad es una necesidad básica. Esto nos permite distinguir que el aislamiento social obligatorio para salvar la vida individual y colectiva es efecto y causa del estrés moderado y grave. Limita o impide el desempeño de muchas formas de trabajo; incluso hasta el pedido de ayuda al círculo social más cercano.

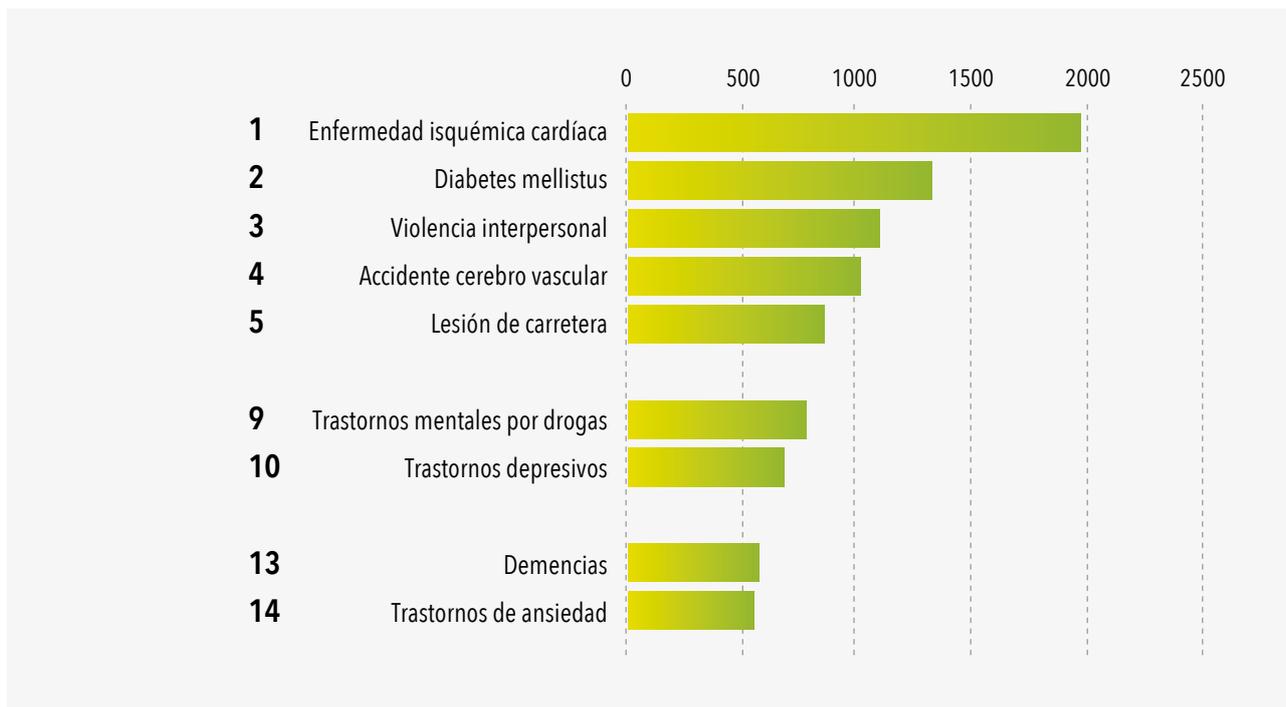
También están implicados los hechos de la soledad, el miedo a la infección, el sufrimiento y el miedo a la muerte para uno mismo y para los seres queridos, el dolor en duelos prolongados (más de seis meses hasta dos años), preocupaciones financieras también se han citado como factores estresantes que conducen a la ansiedad y la depresión. “Entre los trabajadores de la salud, el agotamiento ha sido un desencadenante importante para el pensamiento suicida” (OMS, 2022a). La misma enfermedad no se conocía y los pocos recursos en casos graves se dirigían a quienes los agentes de salud suponían que tenían mayor probabilidad de sobrevivir, lo cual generaba malestar e indignación de los familiares e inseguridad por si se obraba bien o equivocadamente.

La OMS también indica que las mujeres se han visto más gravemente afectadas que los hombres y que las personas con afecciones de salud física preexistentes, como asma, cáncer y enfermedades cardíacas, tenían más probabilidades de desarrollar síntomas de trastornos mentales (OMS, 2022a).



3.2. La prevalencia a lo largo de la vida de los trastornos mentales en el mundo va en aumento

Gráfico 2. Las catorce mayores causas de años de vida ajustados a discapacidad en ambos sexos (2019) por cien mil habitantes



Fuente: elaboración propia basada en la causa de discapacidad de enfermedad en el mundo en 2019 (OMS, 2020)

Una estimación conjunta sobre la proporción de la población afectada por un trastorno mental entre 59 países fue de 17,6% en la prevalencia anual (Steel et al., 2014). Es un dato antes de la pandemia. Esta cifra es 7% más de lo que se suele citar ya que posiblemente no se toman en cuenta a poblaciones de alto riesgo de enfermar, al mismo tiempo que son de difícil acceso. En este contexto la depresión y ansiedad tienen un creciente aumento en los últimos 20 años y son las condiciones mentales más frecuentes en el mundo; además, representan condiciones de alta carga socioeconómica (Halabe et al., 2022).

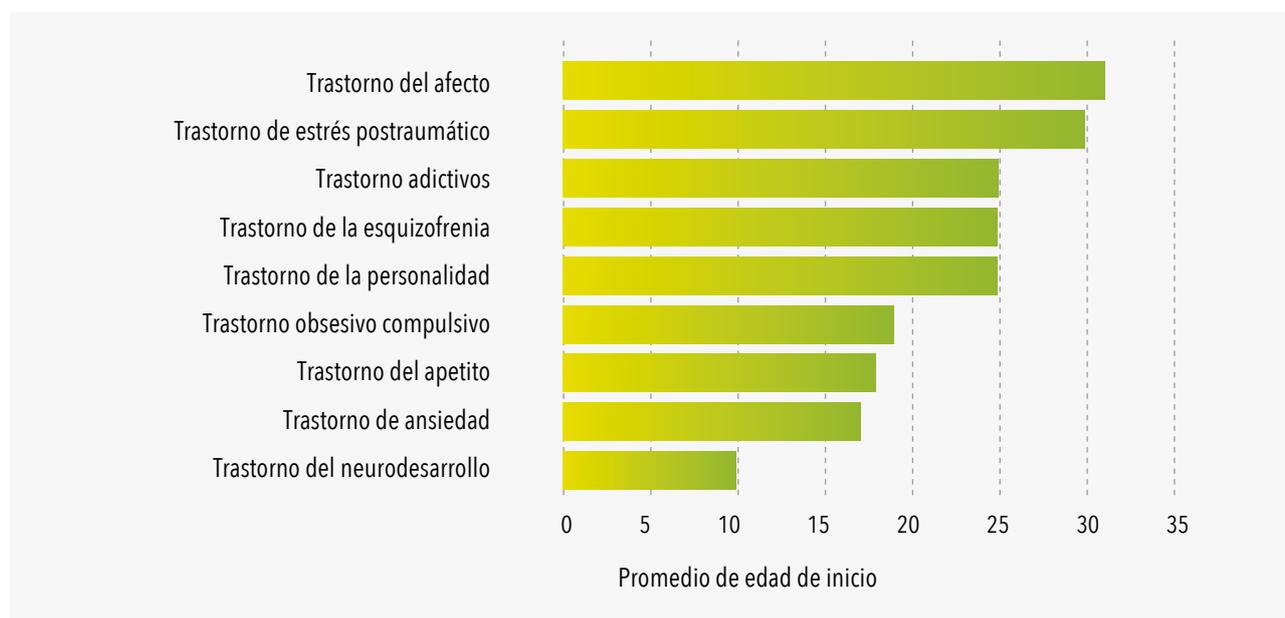
Un año después los trastornos depresivos pasaron al lugar número tres y en 2030 se calcula que será la primera causa de discapacidad por años de vida perdidos. La salud mental en esta lista tiene al trastorno cerebro vascular, el consumo de drogas ilegales, los trastornos depresivos, las demencias y a los trastornos de ansiedad. En este artículo veremos el tema de depresión, el de ansiedad, el alcoholismo y las demencias.



3.3. Edad de inicio de los trastornos mentales

El inicio de un trastorno mental es un dato importante pues tiene un rango de tiempo para manifestarse y por ello es un tiempo especial para su detección y tratamiento. En una valiosa publicación reciente se documenta el inicio de los trastornos psiquiátricos cuya media estadística presentamos en el gráfico 3, basado en dicha publicación.

Gráfico 3. Media de la edad de inicio de trastornos mentales



Fuente: elaboración propia basada en Solmi et al., 2021

De esta lista de trastornos de manera especial para este artículo nos interesan los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos, mencionados en el grupo de trastornos del afecto.

Los reportes internacionales hacen énfasis de casos de secuelas de trastornos de ansiedad y de depresión más frecuentes durante los años 2020 y 2021, con cerca del 30% del incremento en ansiedad y depresión, ambas con mayor frecuencia en mujeres que en varones (Lancet, 2021).

3.4. La falta de atención de los trastornos mentales crea secuelas al individuo, su familia y su comunidad

Un 30% de mayor ansiedad y de depresión en las poblaciones con acceso a un tratamiento apropiado se ha logrado atender en ciudades organizadas de países desarrollados. Sin embargo, en países de bajos y medianos ingresos la atención médica insuficiente expone al paciente al riesgo de cronificación y de años perdidos por enfermedad. Datos internacionales revelan que el 70% de las poblaciones de bajos recursos econó-



micos no encuentra el tratamiento apropiado a su condición mental en el mundo (OMS, 2021). Esto puede ser aplicado al Perú por la centralización y concentración de los recursos del MINSA en las grandes metrópolis.

Asimismo, es necesario recordar que la población con trastornos psiquiátricos tiene un mayor riesgo de enfermar y de morir por COVID-19 y, además, tienen una mayor dificultad de acceder a los servicios de salud en general, incluida la vacunación contra esta enfermedad (Fond et al., 2021; Warren et al., 2020). El riesgo relativo (RR) a desarrollar

Al mismo tiempo, los servicios de salud mental se han visto gravemente perturbados y la brecha terapéutica de los trastornos mentales se ha ampliado

depresión se asoció también con historia de trastorno bipolar e historial de conducta autolesiva o intentos de suicidio (RR = 5.88). "RR" es el riesgo relativo comparado a casos sin esa previa característica; 6 significa seis veces más (600%). En países con mejores datos que el nuestro, la conducta suicida aumentó en sujetos con antecedentes de trastornos mentales. Estos resultados nos reiteran la vulnerabilidad selectiva de la población que ya ha padecido algún trastorno mental (Halabe et al., 2022).

Al mismo tiempo, los servicios de salud mental se han visto gravemente perturbados y la brecha terapéutica (el desigual acceso a servicios de tratamiento profesional) de los trastornos mentales se ha ampliado (OMS, 2022b). Por otro lado, los informes económicos reportaron que algunas empresas muy grandes han incrementado sus ganancias en estos dos primeros años de pandemia.

El pánico colectivo tuvo su expresión clínica en el incremento y agravamiento transitorio en dichos casos. Esto incluyó al trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico, la discapacitante agorafobia y fobia social. Quienes no tienen acceso a ayuda eficaz padecen estos cuadros clínicos durante muchos años. El incremento de la incidencia de estas afecciones, antes de la pandemia puede haber conservado la diferencia entre mujeres y varones: 9,3% varones ante el 11,9% de mujeres (que pueden puntuar cerca del 17% en conjunto con los datos que dimos al inicio de este artículo).

La ansiedad generalizada se define como una enfermedad de al menos seis meses de duración con aprehensión, disminución en la concentración, cefalea, mialgias, irritabilidad y problemas con el sueño. El trastorno de pánico se caracteriza por crisis impredecibles de temor, palpitaciones, diaforesis, enfriamiento de la piel y temor a perder la vida o la razón cuya duración suele ser de unos 2 a 10 minutos seguida de un mes de aprehensión. Las crisis se producen en vigilia, en el sueño, estando solo o acompañado, estando en casa o en ambientes públicos. La agorafobia es muy discapacitante y lleva a la persona a inhibirse de salir a la calle con estados altos de ansiedad en ambientes sociales y públicos. La fobia social también es discapacitante pues impide un aspecto esencial de la normalidad de vida: la sociabilidad.



3.5. La depresión es discapacitante

Como carga global en el mundo la depresión es la tercera enfermedad y para el 2030 se proyecta como la primera enfermedad discapacitante (Malhi y Mann, 2018). Sus estimaciones de prevalencia de vida, en el mundo, es del 12%. La prevalencia anual se halla entre 4,9 a 10,7%. La pobreza económica impide un afronte efectivo, porque los medicamentos logran un relativo alivio que debe complementarse con cambios en el estilo de vida. En realidad, cuesta mucho ser pobre. Antes de la pandemia se estimaba que la pobreza en Perú era del 20%, con tal impacto la pobreza se estima en 27% (Valdez et al., 2021). En el Perú los Centros de Atención de Psiquiatría Comunitaria multiplican por siete a diez la efectividad del mismo presupuesto aplicado en centros hospitalarios. Recordemos una vez más que la OMS calcula que en el mundo en poblaciones pobres el 70% de la población no recibe tratamiento. Esto se reflejará en años de vida perdidos por discapacidad (OMS, 2021).

Recordemos una vez más que la OMS calcula que en el mundo en poblaciones pobres el 70% de la población no recibe tratamiento

La reciente publicación peruana de GOBIERNA Consultores dice que “Esta dolencia es considerada causa de discapacidad a nivel mundial. Ya en el 2002 se le atribuía el 22,2% de años de vida ajustados a discapacidad, porque como vimos inicia a tan solo entre los 20 y 30 años y puede ser persistente o recidivante; es uno de los trastornos más comunes en la vida de las personas”. Esta publicación ha hecho una revisión de los informes de salud mental del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado y Hydeyo Noguchi de los últimos 20 años (Llamoza et al., 2022).

3.6. El riesgo de conducta suicida

La depresión, a nivel mundial, se da en el 10%. En el Perú las estadísticas señalan que el mayor grupo etario de muerte por suicido es el de 35 a 54 años y las cifras reportadas son notoriamente menores de lo reportado a nivel mundial. Quizá haya un subregistro del problema ya que los familiares podrían no dar este dato por ser estigmatizante. Las mujeres hacen más intentos de quitarse la vida, pero los varones logran este cometido en una frecuencia de dos veces más que las mujeres. Los intentos suicidas son factor de riesgo para suicidios efectivos en el futuro de dichas personas.

3.7. Las demencias

A partir de 65 años llegan a 55 millones en el mundo que presentan algún grado de demencia. La OMS plantea que el 40% de dichos casos podrían no presentarse o retrasar al menos en diez años su presentación si se efectuaran cambios en doce situaciones: nivel educativo, hipertensión arterial, discapacidad auditiva, tabaquismo, obesidad, depresión, inactividad física, diabetes, poca vida social, consumo excesivo de alcohol, los traumatismos encéfalo-cranianos y la contaminación del aire (OMS, 2020b). Las



restricciones sociales durante los primeros 18 meses de la pandemia parecen haber influido para desencadenar o agravar el deterioro cognitivo y la demencia. No disponemos de estas nuevas cifras por ahora.

3.8. Consumo perturbador de alcohol

Según la OMS el consumo de alcohol se asocia a más de tres millones de muertes cada año en el mundo. Siendo el séptimo factor de riesgo de muerte ya es una carga mundial. Su uso nocivo es un factor causal en más de 200 enfermedades y lesiones. En todo el mundo, 3 millones de muertes cada año son el resultado del uso nocivo del alcohol. Esto representa el 5,3% de todas las muertes. La relación entre muertes de varones y mujeres es de 7,7 a 2,8. En general, el 5,1% de la carga mundial de enfermedades y lesiones es atribuible al alcohol, medido en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). En las personas de 20 a 39 años, aproximadamente el 13,5% del total de muertes son atribuibles al alcohol. Existe una relación causal entre el consumo nocivo de alcohol y una serie de trastornos mentales y del comportamiento, otras afecciones no transmisibles y lesiones (OMS, 2021).

Según la OMS el consumo de alcohol se asocia a más de tres millones de muertes cada año en el mundo, siendo el séptimo factor de riesgo de muerte

En Perú, el consumo patológico de alcohol no ha disminuido en la pandemia. Se asocia a enfermedades somáticas, demencia, conductas perturbadoras en la familia y la sociedad, la pérdida de valores morales y la violencia. “Según los estudios del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) el 62,8% de

casos de violencia familiar en Arequipa se debe al alto consumo de alcohol durante la pandemia del COVID-19” (El Comercio, 2022).

3.9. La comorbilidad en enfermedad mental

La depresión suele tener alta comorbilidad con ansiedad. El alcoholismo con depresión. Todas estas enfermedades son riesgo importante para la demencia. La COVID-19 se dio con la crisis climática, los problemas demográficos como migraciones desorganizadas, la pérdida de biodiversidad en la que juega un papel importante el desmesurado crecimiento poblacional mundial, las crisis sociales y políticas y las guerras. Todas estas situaciones están interrelacionadas y en conjunto contribuyen a problemas en salud mental. El Perú se caracterizó por la precariedad material para enfrentar la crisis, la falta de un programa nacional para enfrentarla y la crisis de valores que desde algunas décadas el país mismo no resuelve.



3.10. Los centros de atención comunitaria del Ministerio de Salud

El MINSA administra Los centros de atención comunitaria dirigidos a la atención de la salud mental. Lo lleva a cabo con programas muy activos y respaldados por las leyes tienen logros importantes. Los presupuestos que son muy bajos para la salud, en estos Centros consiguen un mayor rendimiento, una eficacia que va más allá de siete veces del rendimiento que en los centros hospitalarios. Es un proceso que en mediano plazo se proyecta eficaz, con cobertura nacional, como se muestra en la siguiente tabla, cortesía del Dr. Yuri Cutipé del MINSA.

Tabla 1. Centros de atención comunitaria

Servicios de salud mental (CSM)	2015	2016-20	2022	TOTAL
CSM comunitaria	23	178	40	248
CSM en hospitales generales	14	16	14	44
Hogares protegidos	6	50	31	87

Fuente: Dr. Yuri Cutipé, director de la Dirección de Salud Mental (MINSA. Septiembre, 2022).

3.11. Crisis de la civilización y pandemias

Finalmente, cabe tener en cuenta que ya los epidemiólogos, los servicios de atención en salud pública, los ecologistas, demógrafos, economistas, en fin todo aquel que antes de la pandemia reflexionaba sobre las próximas grandes crisis para el ser humano, señalaba que el *Homo sapiens* invadió demasiado a la biósfera, convirtió a parte de la naturaleza en recursos humanos, él mismo se convirtió en consumidor, a tal punto que podría decirse que estaba en tránsito del cazador recolector por un lado y que desde el siglo XX, luego de miles de años, se estaba convirtiendo en consumidor, no en ciudadano o en hombre de vida rural. Así propició el calentamiento global, alimentaba a millones de otras especies para su alimentación y ya había sobrepasado el punto de saturación del planeta con una población de seis mil millones en el año 2000 y ocho mil millones en 2022. Los microorganismos ya estaban amenazando con epidemias y pandemias. La crisis de supervivencia humana no ha disminuido y quienes viven en la pobreza llevarán la delantera en los nuevos brotes de enfermedades infecciosas, transportándolas a todo lugar donde haya un humano con vida. El mundo neoliberal no puede comprender que los valores ancestrales, que asumen la vida con gran respeto al medio ambiente hacen un planteamiento mucho mejor para la supervivencia de nuestra especie.



4. Conclusiones

- El Perú fue el país que tuvo la mayor letalidad por COVID-19 en el mundo. El factor letalidad tiene en sí mismo la posibilidad de evidenciar hechos para luego hacer inferencias sobre COVID-19 en Perú.
- El impacto en la salud mental fue de miedo, ansiedad y depresión prolongada.
- El incremento de trastornos de ansiedad y de depresión es cercano al 30% de los casos ya existentes.
- En el mundo la inequidad social dejó de lado la debida atención de grandes grupos poblacionales. Eso también pasó en el Perú.
- Dejar de atender casos moderados o graves en ansiedad y depresión tiene una secuela que afecta al bienestar, la producción y la economía del sujeto, su familia, su ciudad y el país (el nuestro).
- La pobreza en sí misma ya es causa de otros factores de riesgo.
- El mundo tiene una sobrepoblación de aves y cerdos criados para alimentar a los humanos. Se han convertido en reservorios o portadores de agentes microbianos con alto riesgo de ocasionar nuevas epidemias.
- El Perú tiene conglomerados humanos que deben tomar consciencia del nivel reproductivo que quieren para sí mismos y los servicios de salud deben hacerles las debidas ofertas para que logren el nivel de fecundidad decidido por cada pareja.
- La pandemia no ha terminado, lo ideal es que se la controle con eficacia, sin embargo, un riesgo es que se convierta en una enfermedad crónica, o sea se transforme en endemia, como lo es el sarampión.
- La salud mental se refleja en cooperación, alegría de vivir, motivación para el voluntariado, para el estudio y para el trabajo; así como para el cuidado del entorno.

Al realizar este artículo se tuvo como objetivo la descripción del estado de la salud mental en el Perú en la pandemia de la COVID-19 en el contexto mundial. La imagen de lo sucedido en los años 2020 y 2021 es terrible. El *Homo sapiens* acaba de atravesar una crisis que ha afectado a todas las poblaciones. Toda la población sufrió estrés y tristeza, muchas veces con duelos prolongados. En el contexto, los trastornos mentales, los de ansiedad y depresión, han mostrado ser muy sensibles a los factores determinantes en salud mental y son los que tienen mayor incremento. Cabe tener presente que la población mundial es muy elevada, también las poblaciones de aves y cerdos para alimentarla. Esta dimensión poblacional es un factor que propiciará nuevas pandemias al aunarse a otros factores. Finalmente, como la salud mental óptima se evidencia y refuerza con el voluntariado y con otras conductas solidarias, hay que apoyar estos comportamientos colectivos de resiliencia. Cabe utilizar esta información para reforzar actitudes sensatas, razonables y promover comportamientos colectivos óptimos.

Durante la COVID-19, toda la población sufrió estrés y tristeza, muchas veces con duelos prolongados



Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5.ª ed.). Asociación Americana de Psiquiatría.
- Cutipé, Y. (2022, 9 de septiembre). *La salud mental y la respuesta en el estado del estado peruano*. Conferencia.
- El Comercio. (2022, 22 de diciembre). *Consumo de alcohol en la pandemia*. Lima.
- Fond, G., Nemani, K., Etchecopar-Etchart, D., Loundou, A. Goff, D. C., Lee, S. W., Lancon, S., Auquier, P., Baumstarck, K., Llorca, P.-M., Yon, D. K. y Boyer, L. (2021). Association between mental health disorders and mortality among patients with COVID-19 in 7 Countries. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 78(11), 1208-1217. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.2274>
- Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria. (2022). Global Health Data Exchange (GHDx). <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
- Halabe, J., Robledo, Z. y Fajardo, G. (eds.). (2022). *Síndrome post-COVID-19. Certezas e interrogantes*. Panamericana.
- Malhi, G. y Mann, J. (2018). Depression. *The Lancet*, 392(10161), 2299-2312. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31948-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31948-2)
- Msemburi W., Karlinsky A, Knutson V., Aleshin-Guendel, S., Chatterji, S. y Wakefield, J. (2022). The WHO estimates of excess mortality associated with the COVID-19 pandemic. *Nature*, (613), 130-137. <https://doi.org/10.1038/s41586-022-05522-2>
- Noh, C. S., Kim, W. Y. y Baek, M. S. (2021). Risk factors associated with the need for oxygen therapy in patients with COVID-19. *Medicine*, 100(18), e25819. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000025819>
- Organización Mundial de la Salud. (2020a). Estimaciones de salud mental. <https://www.paho.org/es/enlace/causas-principales-mortalidad-discapacidad>
- Organización Mundial de la Salud. (2020b). Demencia. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Depresión. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (2022a). COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide.
- Organización Mundial de la Salud. (2022b). Alcohol. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- Organización Mundial de la Salud. (2022c). Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia. https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1
- Ostyerholm, M. y Olshaker, M. (2020). *La amenaza más letal. Nuestra guerra contra las pandemias y cómo evitar la próxima*. Planeta.
- Rondón, M. (2022). Entrevista radial en octubre a propósito de un caso de pseudociencia y la necesidad de respetar la privacidad de información en las pacientes.
- Saavedra, J., Aliaga, K., Castillo-Martel, W., Huamán Pineda, J., Luna Solís, Y., Nicolás Hoyos, Y., Krüger Malpartida, H., Paz Schaeffer, V., Robles Arana, Y., Sagástegui Soto, A. A. I., Sarabia Arce, S., Vega



- Dienstmaier, J. M. y Zevallos Bustamante, S. (2022). Estudio epidemiológico sobre el impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental de la población de Lima Metropolitana. *Diagnóstico*, 61(3), e374. <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v61i3.374>
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Shin, J. I., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U. y Fusar-Poli, P. (2021). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale metaanalysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27, 281-295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V. y Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 476-493. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu038>
- Valdez, R., Basombrío, C. y Vera, D. (2021). *Las economías criminales y su impacto en el Perú. ¿Cuáles? ¿Cuánto? ¿Dónde? ¿Cómo?* Capital Humano y Social S.A.
- Warren, N., Kisely, S. y Siskind, D. (2021). Maximizing the Uptake of a COVID-19 Vaccine in People with Severe Mental Illness: A Public Health Priority. *JAMA Psychiatry*, 78(6), 589-590. <https://doi.org/10.1001/jama-psychiatry.2020.4396>
- Watson, J., Barnsley, O., Toor, J., Hogan, A., Winskill, P. y Ghani, A. (2022). Global impact of the first year of COVID-19 vaccination: a mathematical modelling study. *The Lancet Infectious disease*, 22(9), 1293-1302. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00320-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00320-6)