




Manifestaciones psicológicas durante los primeros casos de COVID-19 en los usuarios sonorenses del Centro de Atención Telefónica de Intervención en Crisis

Psychological Manifestations during the First COVID-19 Cases in Users of the Crisis Intervention Call Center in Sonora

Olimpia Salazar Serrano*  <https://orcid.org/0000-0002-9568-1739>
Fara Gisela Arreola Romero**  <https://orcid.org/0000-0002-7192-6949>
Lilia Encinas Norzagaray***  <https://orcid.org/0000-0001-9101-9994>

Resumen

Objetivo: analizar las principales manifestaciones psicológicas de los primeros casos de COVID-19 atendidos en el Centro de Atención Telefónica de Intervención en Crisis en el estado de Sonora, México. **Metodología:** estudio *ex post facto* retrospectivo con 123 usuarios en quienes se evaluó el efecto de la pandemia en diferentes áreas: afectiva, somática, interpersonal, cognoscitiva y comportamiento. **Resultados:** la ansiedad fue la razón principal para llamar en el 48% de los casos, lo cual estuvo relacionado con la edad de los usuarios. El análisis de X^2 indicó que ésta estuvo asociada con cambios en la alimentación, sentimientos de tristeza, alta preocupación por la enfermedad y cambios en la respiración. Otros motivos para llamar fueron el estrés (23%), la depresión (19%) y el duelo (10%). **Limitaciones:** la cantidad de usuarios que conforman la muestra y el tipo de estudio reducen la posibilidad de generalizar los resultados. **Valor:** se analizan los principales efectos en la salud mental debidos a la pandemia de COVID-19 y se proponen recomendaciones para su manejo. **Conclusiones:** la pandemia de COVID-19 genera problemas de salud mental, como ansiedad en los adultos y depresión en los jóvenes. La atención telefónica de intervención en crisis es una alternativa viable para atender el efecto psicológico en la población que lo requiera.

Palabras clave: Centro de Atención Telefónica de Intervención en Crisis; intervención en crisis; COVID-19; efectos psicológicos; sonorenses.

Cómo citar: Salazar Serrano, O., Arreola Romero, F.G., y Encinas Norzagaray, L. (2021). Manifestaciones psicológicas durante los primeros casos de COVID-19 en los usuarios sonorenses del Centro de Atención Telefónica de Intervención en Crisis. *región y sociedad*, 33, e1454. doi: 10.22198/rys2021/33/1454

Abstract

Objective: to analyze the main psychological manifestations of the first cases treated by COVID-19 at the Crisis Intervention Call Center, in Sonora, Mexico. **Methodology:** a retrospective *ex post facto* study was conducted with a group of 123 users in whom the effect of the pandemic in different areas of life was evaluated: affective, somatic, interpersonal, cognitive, and behavior. **Results:** anxiety was the main reason for calling in 48% of the cases, which was associated with users' age. A X^2 analysis indicated that anxiety was associated with diet changes, feelings of sadness, high concern about the disease and changes in breathing. Other reasons for calling were stress (23%), depression (19%), and grief (10%). **Limitations:** the number of users of the sample and the type of study reduce the possibility of generalizing the results. **Value:** the main effects on mental health due to the COVID-19 pandemic are analyzed and recommendations for their management are generated. **Conclusions:** the COVID-19 pandemic causes mental health problems such as anxiety in adults and depression in young people. Crisis intervention telephonic assistance is a viable alternative to address the psychological effect on the affected population that requires it.

Keywords: Crisis Intervention Call Center; crisis intervention; COVID-19; psychological effects; people from Sonora.

* Autora para correspondencia. Universidad de Sonora, Escuela de Psicología. Edificio 9G (segundo piso, aula 202). Blvd. Luis Encinas y Rosales, Col. Centro, C. P. 83000, Hermosillo, Sonora, México. Correo electrónico: olimpia.salazar@unison.mx

** Universidad de Sonora, Escuela de Psicología. Edificio 9H (planta baja). Blvd. Luis Encinas y Rosales, Col. Centro, C. P. 83000, Hermosillo, Sonora, México. Correo electrónico: fara.arreola@unison.mx

*** Universidad de Sonora. Escuela de Psicología. Edificio 9H (planta baja). Blvd. Luis Encinas y Rosales, Col. Centro, C. P. 83000, Hermosillo, Sonora, México. Correo electrónico: lilia.encinasnorzagaray@unison.mx

Recibido: 25 de febrero de 2021
Aceptado: 1 de julio de 2021
Liberado: 8 de septiembre de 2021



Esta obra está protegida bajo una Licencia
Creative Commons Atribución-No Comercial
4.0 Internacional.

Introducción a la pandemia de COVID-19

El SARS-Cov-2, el coronavirus que causa la enfermedad COVID-19, es uno de los principales patógenos que afecta el sistema respiratorio humano. Junto con brotes anteriores de coronavirus, incluidos el síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV por sus siglas en inglés) y el síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS-CoV por sus siglas en inglés), ha sido una gran amenaza para la salud pública (Rothan y Byrareddy, 2020). El brote de COVID-19 que se produjo en Wuhan, ciudad de la provincia de Hubei en China en diciembre de 2019, llevó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a declarar que el padecimiento es una amenaza mundial.

El diagnóstico temprano de COVID-19 es clínico y epidemiológico. Se recomienda poner atención a los síntomas de inicio, tales como fiebre, malestar general y tos seca, sobre todo si se estuvo en contacto directo con casos confirmados de la enfermedad las dos semanas anteriores. La prueba de reacción en cadena de polimerasa en tiempo real (PCR-TR) es el método que se eligió para confirmar el diagnóstico (Zhu, Zhang, Wang, Li, Yang y Song, 2020). El Laboratorio Estatal de Salud Pública del Estado de Sonora cuenta con la capacidad para realizar la PCR-TR. El laboratorio de referencia para validar la calidad de los resultados es el Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE), de la Secretaría de Salud.

Hasta el 22 de febrero de 2021, en el estado de Sonora el número de casos registrados fue de 66 045, de los cuales murieron 5 621 personas (Secretaría de Salud Sonora, 2021). En la misma fecha en México, las cifras de contagios sumaron 2 043 632 siendo 180 536 el número de decesos (Secretaría de Salud Federal, 2021).

La rápida propagación a escala mundial, con el consecuente aumento exponencial del número de casos y de muertes, llevó a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) a decretar el estado de pandemia. *Pandemia* no es una palabra para usarse a la ligera. Ésta puede producir en la población miedo y sufrimiento, así como el deterioro en el bienestar de sociedades enteras (World Health Organization [WHO], 2015). La epidemia de SARS-CoV-2 se ha extendido por todo el mundo, y sus repercusiones se presentan no sólo en la salud, sino también en los ámbitos económico, social y emocional, lo cual ha provocado cambios importantes en la interacción de los seres humanos. Las medidas de quedarse en casa, el distanciamiento físico, las preocupaciones de contagiarse y contagiar a los seres queridos y el aislamiento hospitalario, entre otras, representan una amenaza a la salud mental. Son generadoras de estrés, aunque tienen efectos diferentes en cada persona según sus características psicológicas y tendrán diferentes repercusiones en la conducta a largo plazo. Aunque los gobiernos las establecieron siguiendo las indicaciones de la OMS, hay quienes piensan todavía que son innecesarias o exageradas e imposibles de cumplir debido a factores económicos.

Reacciones normales, como el miedo, la preocupación o la tristeza, pueden ser graves e incapacitantes y desembocar en crisis psicológicas. Una crisis psicológica se define como un estado temporal de trastorno y desorganización,

caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo (Slaikeu, 2000, p. 16).

Es decir, una crisis psicológica altera el funcionamiento vital de la persona, lo cual puede acrecentar su vulnerabilidad para enfermar (Lipowski, 1987). Por eso parece previsible el aumento de casos del síndrome respiratorio agudo grave, producto de la familia de los coronavirus, que provoca neumonía grave y que apareció en 2003 en situaciones de depresión, ansiedad o de estrés post-traumático, tal y como se ha documentado en ciertos casos (Luna, 2020).

La humanidad ha vivido diferentes brotes de enfermedades infecciosas a lo largo de su historia que la han llevado a experimentar crisis psicológicas con reacciones de pánico, miedo y temor a la enfermedad, al sufrimiento y a la muerte; por ejemplo, el SARS-CoV, que surgió en China en 2002, y el MERS-CoV, detectado por primera vez en Arabia Saudita en 2012 y que presentó tasas de letalidad que variaron entre 36% y 70%, en función de las comorbilidades subyacentes y de la gravedad de la neumonía (Arabi, Arifi, Balkhy, Najm, Aldawood, Ghabashi, Hawa, Alothman, Khaldi y Al Raiy, 2014). Así mismo, las epidemias de lepra, peste negra, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), tuberculosis, ébola y la influenza virus A subtipo H1N1, más conocida como A H1N1, entre otras, registradas en los últimos años, también han mostrado un efecto físico y psicológico considerable. Algunos estudios donde se analizaron síntomas de salud mental después del brote de ébola, cuyo origen se detectó en la República del Congo y fue declarado emergencia de salud pública entre los años 2014 y 2016, demostraron que entre 27.5 y 83.3% de los afectados presentó síntomas de ansiedad, y entre 12 y 75% síntomas depresivos (Cénat, Mukunzi, Noorishad, Rousseau, Derivois y Bukaka, 2020). Por otro lado, los autores mencionados manifiestan que en los infectados de SARS-CoV se observaron altos niveles de estrés durante la enfermedad, síntoma que persistió hasta un año después de haber sanado. El metaanálisis de 22 estudios en diez países que incluyó personas con SARS-CoV, enfermedad del ébola, influenza H1N1, MERS e influenza equina, se encontró que las personas que tuvieron contacto con el SARS-CoV desarrollaron síntomas de estrés agudo y que durante el periodo de cuarentena reportaron distintas reacciones emocionales, entre las que destacan temor (20%), nerviosismo (18%), tristeza (18%) y culpa (10%) (Brooks, Webster, Smith, Woodland, Wessely, Greenberg y Rubin, 2020). En estudios relacionados con la epidemia de A H1N1, se encontró como predictores significativos de síntoma de estrés el ser mujer, estar infectado o tener en su círculo familiar o amistoso personas infectadas. Dado que la población más vulnerable a esa enfermedad fueron los jóvenes, muchos estudiantes experimentaron una variedad de reacciones de estrés, y alrededor de 2% desarrolló signos de estrés postraumático (Xu, Zheng, Wang, Zhao, Zhan y Fu, 2011). En cuanto al MERS-CoV, cuando se evaluó a la población médica, se hallaron niveles elevados de estrés y problemas del sueño, incrementados por la cuarentena (Lee, Kang, Cho, Kim y Park, 2018).

Tal como sucede con el COVID-19, en el brote del MERS-CoV, la OMS (2015) reportó casos asintomáticos que transmitieron el virus, y muchos trabajadores de la salud murieron debido a la enfermedad, lo cual fue causa de un estrés significativo, agitación emocional y preocupación en ese sector de la población.

En la actualidad, se intensifican esas reacciones debido al exceso de información disponible a través de los medios de comunicación y las redes sociales. La incertidumbre se ha multiplicado de forma considerable, puesto que no se cuenta con información fidedigna sobre la cura ni se especifica el tratamiento, la disponibilidad de personal médico, la capacidad hospitalaria y los medicamentos. Por otro lado, la pérdida de poder adquisitivo conduce al miedo de implementar con facilidad las medidas sanitarias que dictan las autoridades responsables, lo cual aumenta el caos, la enfermedad y la muerte en las personas más vulnerables (Villegas-Chiroque, 2020).

En un estado de pandemia por enfermedades como éstas, el miedo es parte esencial de la crisis y puede producir comportamientos erráticos, en particular cuando hay especulación sobre el modo y la velocidad de transmisión y cuando no hay certeza acerca del tratamiento definitivo. Los trastornos del sueño, el cambio en los hábitos alimenticios, la modificación de la higiene personal, el consumo de drogas, el aumento de la conducta violenta y la alteración de las actividades cotidianas son ejemplos de lo anterior (Pérez y Rodríguez, 2020).

En un estudio que realizaron Wang, Pan, Wan, Tan, Xu, Ho y Ho (2020) al inicio del brote de COVID-19 en China, se halló que 53.8% de los encuestados calificó de moderado a severo el impacto psicológico del brote; 16.5% reportó de moderados a severos síntomas depresivos; 28.8% comentó tener síntomas moderados y severos de ansiedad y 8.1% informó niveles de estrés de moderados a severos.

Con independencia del nivel de exposición al virus, las personas pueden experimentar miedo, impotencia y culpa, con lo cual se desencadena un efecto psicológico de amplio espectro que podría precipitar síntomas psiquiátricos en personas sin enfermedad mental o podría empeorar la condición de aquellos con enfermedad mental preexistente y causar angustia en quienes los cuidan (Ho, Chee y Ho, 2020).

La pandemia del COVID-19 ha provocado una serie de reacciones emocionales en todo el mundo, entre las que se pueden mencionar la ansiedad, la depresión y estrés. Las personas con altos niveles de ansiedad han demostrado ser susceptibles a interpretar sensaciones corporales inofensivas como evidencia de que están infectados, lo que influye en su capacidad para tomar decisiones racionales. En cuanto a la depresión, se ha observado que en los varones, en las personas sin estudios y en las que no confían en el personal de salud, se presenta en niveles altos, y en menores niveles, en las personas que siguieron las recomendaciones de salud pública. El estrés está asociado sobre todo con las mujeres y los adultos mayores (Huarcaya-Victoria, 2020).

De acuerdo con la OMS, la respuesta en salud mental y apoyo psicosocial para COVID-19 debe tener como objetivo reducir el sufrimiento y mejorar la

salud mental y el bienestar psicosocial de las personas afectadas, ya que, de no hacerlo, puede resultar en una epidemia silenciosa en esa área, causando graves daños a las personas, a la sociedad y a la economía (OMS, 2020a).

Conforme avanza la pandemia del COVID-19, las personas pueden verse afectadas de diferentes maneras y tener necesidades de apoyo distintas. Para responder a esto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020) desarrolló un modelo de recomendaciones estratégicas para la salud mental y el apoyo psicosocial en el cual se subraya la importancia de facilitar la atención en la salud emocional considerando las barreras actuales para el acceso a los servicios, entre las que destaca la necesidad de brindar atención bajo las diferentes opciones en modalidad virtual. La salud mental da bienestar emocional, ayuda a adaptarse a los cambios, a establecer relaciones interpersonales sanas, a manejar de manera adecuada el estrés y a vivir sin trastornos psicológicos (American Psychological Association [APA], 2020).

Se recomienda promover estilos de vida saludables, conductas de autocuidado físico y psicológico e identificar a las personas que tengan problemas de salud mental para referirlas a un especialista. El desafío actual es encontrar alternativas efectivas para ofrecer un servicio de salud mental de alta calidad y sin riesgo de contagios, maximizando los recursos tecnológicos con los que cuenta la población en general.

Siguiendo las recomendaciones de la OPS, las acciones llevadas a cabo en el Centro de Atención Telefónica de Intervención en Crisis (CATIC) de la Universidad de Sonora (UNISON) proporcionan la primera ayuda psicológica (PAP), identifican y canalizan a las personas que requieren seguimiento especializado.

Centro de Atención Telefónica de Intervención en Crisis-UNISON

El objetivo del CATIC es brindar atención telefónica especializada, gratuita y confidencial para ayudar al usuario a superar una crisis psicológica hasta conseguir el restablecimiento de su equilibrio emocional. El Centro se fundó el 30 de agosto de 2016 con el fin de poner al alcance de toda la población nacional la PAP. Es un servicio profesional de acompañamiento en el que se guía al usuario hacia la reconstrucción de la experiencia con el evento (hechos), se realiza una valoración de los cambios en su comportamiento, emociones, salud física, en las relaciones con las demás personas y en sus creencias. Entre las herramientas del CATIC, se halla la psicoeducación, que posibilita el manejo del estrés agudo y permite brindar información sobre lo que le está sucediendo al individuo, sobre el proceso de la crisis y la normalización del síntoma, lo que significa hacerle notar que todos los cambios del funcionamiento vital son normales y naturales debido a que ha ocurrido algo extraordinario, inesperado.

Cuando se habla de psicoeducación es necesario hablar de su origen, ya que durante muchos años el modelo predominante para explicar los temas relacionados con la salud estuvo enfocado de forma exclusiva en la comprensión de los factores de riesgo y en la enfermedad. En la década de 1970, Antonovsky creó un modelo cuyo interés se centró en la identificación y en la promoción de las estrategias que resguardan y protegen la salud. Se lo conoce como “génesis de

la salud” y se enfoca en la búsqueda de ésta. Su metodología se basa en las habilidades, intereses y experiencias de cada persona como ventajas para aumentar y mantener el bienestar en todas las dimensiones del individuo. De acuerdo con Antonovsky (1987), las conductas promotoras de salud llevan a reducir los riesgos y con ello el sufrimiento. Por esta razón el protocolo CATIC recomienda lo siguiente: respiración controlada por quince minutos dos veces al día; ejercicio por alrededor de treinta minutos; alimentación saludable por lo menos tres veces al día; hidratación con al menos dos litros de agua; descanso mínimo de siete horas, realizar alguna actividad recreativa en la que se busque el buen humor y, en la medida de lo posible, el contacto con la naturaleza con apego a las recomendaciones sanitarias de cada localidad. Es importante mencionar que se incluyó entre las recomendaciones la información sobre el COVID-19, los avances en el tratamiento, los lugares de la localidad donde se brinda atención, la sintomatología de la enfermedad, la diferencia entre los síntomas de la ansiedad y los del COVID-19 —porque pueden confundirse— y las indicaciones oficiales para su cuidado.

Objetivo

Analizar las principales manifestaciones psicológicas de los primeros casos atendidos en el Centro de Atención Telefónica de Intervención en Crisis por COVID-19 en el estado de Sonora, México.

Materiales y método

Se condujo un estudio *ex post facto* retrospectivo con un grupo de personas y se instauraron múltiples medidas (Montero y León, 2007) para analizar las principales manifestaciones psicológicas de los usuarios del CATIC durante los meses de marzo a julio atendidos por COVID-19. La línea telefónica estuvo disponible desde las 8:00 hasta las 20:00 horas, los siete días de la semana. Dada la restricción sanitaria, no fue posible atender las llamadas desde las instalaciones del CATIC, por lo que fue necesario adaptar las líneas de teléfono móvil de los agentes para llevar a cabo la atención psicológica desde sus hogares. El equipo lo conformaron veinte psicólogos entrenados en primera ayuda psicológica y en el protocolo de atención del CATIC, elaborado bajo los Principios éticos de los psicólogos y Código de conducta (APA, 2010) y la guía práctica para la telepsicología (APA, 2013).

Participantes

Entre marzo y julio de 2020, se atendieron 250 personas, de las cuales se obtuvieron 123 consentimientos verbales para incorporar sus casos al presente estudio siguiendo el protocolo de atención establecido en el CATIC: 75% fue de sexo femenino y 25% de sexo masculino. Las edades oscilaron entre los 11 y los 77 años; 30% estudiantes, 22% trabajadores de oficina o vendedores, 15% amas

de casa, 13% médicos u otros profesionales, 20% ayudantes de hospital y otros trabajadores diestros, como mecánicos, electricistas y camilleros. De las llamadas que se recibieron, 73.4% perteneció a Hermosillo, y 17% a diferentes partes del estado: 4.9% a Ciudad Obregón, 4.9 % a Guaymas, 0.8% a Álamos, 2.4% a Nogales, 0.8% a Caborca, 0.8% a Etchojoa, 0.8% a Navojoa, 0.8% a Sahuaripa y 0.8% a Magdalena de Kino. El restante 9.6%¹ correspondió a sonorenses que se encontraban en distintas partes de México y otros países.

Procedimiento

En la primera ayuda psicológica –modalidad telefónica– los usuarios son guiados hacia la descripción de los hechos detonantes de la crisis y se realiza una valoración de los cambios en el funcionamiento vital de la persona mediante las dimensiones CASIC: comportamiento, afectiva, somática, interpersonal y cognoscitiva (véase tabla 1).

Tabla 1. Perfil CASIC

Dimensión	Variables y subsistemas
Comportamiento	Patrones de trabajo, interacción, descanso, ejercicio, hábitos de comida y bebida, sexualidad, hábitos de sueño, uso de drogas y tabaco, presencia de actos suicidas, homicidas, agresiones.
Afectiva	Métodos acostumbrados para solucionar la tensión: presencia de sentimientos de ansiedad, ira, alegría y depresión, entre otros. Estos sentimientos, ¿se expresan o se ocultan?
Somática	Funcionamiento físico general, salud. Presencia o ausencia de tics, dolores de cabeza, malestares estomacales y otros malestares somáticos, sensibilidad de los sentidos, estado general de relajación o de tensión.
Interpersonal	Naturaleza de las relaciones con la familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo. Frecuencia del contacto con ellos y con los conocidos.
Cognoscitiva	Creencias religiosas, filosofía de vida, representaciones mentales acerca del pasado o del futuro, presencia de: catastrofización, sobregeneralización, delirios, alucinaciones, hablarse a sí mismo de manera irracional, racionalizaciones, idealización paranoide, actitud general hacia la vida (positiva o negativa).

Fuente: tomada de Slaikeu (2000, p. 34).

Un psicólogo o una psicóloga recibe la primera llamada. Después de un cálido saludo y de agradecer la confianza en el Centro, se procede a registrar los datos generales de la persona. Al inicio, se informa al usuario de la estricta con-

¹ Arizona 4.8%, California 0.8%, Ciudad de México 0.8%, Coahuila 0.8%, Culiacán 0.8%, Cancún 0.8%, Lima 0.8%.

fidencialidad y anonimato en el manejo de los datos de identificación; también que la información recabada durante la intervención podría utilizarse para fines de investigación. En este punto, el usuario es libre de consentir o no de manera oral sobre el uso de sus datos. Se le da la oportunidad de expresar sus dudas acerca de la autorización y no se le condiciona la atención. Después se le proporcionan las pautas bajo las cuales se llevará a cabo la llamada y se le explica que el objetivo es acompañarlo durante la crisis para que encuentre alivio. La intervención puede realizarse en una o hasta en cuatro llamadas telefónicas gratuitas, según la necesidad del usuario y el avance en el procedimiento en apego al protocolo CATIC. Si requiere una atención más especializada, es referido a un experto externo al Centro. Para los fines de este estudio, se utilizó la información de la primera llamada, durante la cual los usuarios proporcionaron datos sobre la queja principal. Se clasificaron en ansiedad, depresión, reacciones de estrés y duelo.

El tiempo de atención rondó entre los 45 y los 75 minutos. Durante este lapso, se pidió al usuario una narrativa de hechos en tiempo pasado. Mediante la intervención de la PAP, se procuró que se sintiera comprendido para facilitar la expresión de emociones y reducir su aturdimiento emocional.

Exploración CASIC

La evaluación del funcionamiento vital es indagar sobre los cambios en las diferentes dimensiones del individuo a partir del evento detonante de la crisis. Al principio, son preguntas orientadas a los cambios en el comportamiento para conocer aquellos que representen de modo potencial un riesgo a su integridad y, por otro lado, los que representan como fortalezas para el mejor afrontamiento de la situación. La dimensión afectiva se explora a través de los cambios en las emociones a partir del hecho detonante, sobre todo a través de las dimensiones que el usuario percibe como dañinas (miedo, angustia, inseguridad, culpa, enojo, frustración e impotencia, entre otras). En la dimensión somática se exploran las reacciones corporales, físicas o fisiológicas: dolor, enfermedad, mareos, calambres, taquicardia, sudoración, vista borrosa, agitación y dificultad para respirar, entre otras, o las que el usuario identifica como consecuencia del hecho detonante. En relación con la dimensión interpersonal, se exploran las modificaciones de cercanía física o emocional con las personas que el usuario considera importantes en su vida y que podrían representar una red de apoyo en el momento de la crisis. En la dimensión cognoscitiva se exploran las ideas y las creencias en torno al hecho detonante.

Análisis de datos

Para describir la información, se creó una base de datos en el *software* Statistical Package for the Social Science (SPSS), versión 23. Se estimaron las frecuencias (n) y los porcentajes (%) para describir los datos cualitativos; la media (M) y la desviación estándar (DE) para los datos cuantitativos.

Para analizar la asociación entre el motivo de la llamada y las dimensiones CASIC, se llevó a cabo un análisis de Chi cuadrada (X^2). Para determinar si los motivos se asociaban con el sexo y la edad de los usuarios, se compararon los resultados entre hombres y mujeres utilizando el estadístico t de Student. En el caso de la variable edad, se usó la mediana para dividir a los participantes entre mayores (≤ 36 años) y menores (≥ 35). Las relaciones y las diferencias significativas fueron aquellas que tuvieron valor de p inferior a 0.05.

Resultados

Los motivos de las llamadas se clasificaron en ansiedad (48%), depresión (19%), reacciones de estrés (23%) y duelo (10%). Al comparar los motivos de consulta con las variables de sexo y edad, se concluyó que la edad es un factor relacionado con la ansiedad y con la depresión. No se encontró relación con la variable sexo.

Tabla 2. Motivo de llamada por sexo y edad

Motivo	Número	Porcentaje	Mujer M (DE)	Hombre M (DE)	t	≥ 35 M (DE)	≤ 36 M (DE)	t
Ansiedad	59	48	0.49 (0.50)	0.45 (0.50)	0.358	0.29 (0.46)	0.52 (0.50)	2.077*
Duelo	13	10.6	0.11 (0.31)	0.10 (0.30)	0.189	0.14 (0.35)	0.10 (0.29)	-0.604
Depresión	23	18.7	0.22 (0.41)	0.10 (0.30)	1.765	0.38 (0.49)	0.15 (0.35)	-2.549*
Reacciones de estrés	28	22.8	0.18 (0.39)	0.35 (0.48)	-1.765	0.19 (0.40)	0.24 (0.42)	0.460

t =estadístico t de Student

M=media aritmética

DE=desviación estándar

*($p < 0.05$)

Fuente: elaboración propia.

Los resultados del análisis de la X^2 se encuentran en la tabla 3. De los cambios en el funcionamiento vital que reportaron los usuarios con ansiedad, en la dimensión de comportamiento se detectaron alteraciones en alimentación ($X^2 = 4.345$, $p = 0.037$); tristeza en el área afectiva ($X^2 = 4.888$, $p = 0.027$); respiración agitada en el área somática ($X^2 = 4.901$, $p = 0.027$); y preocupación por la enfermedad en la dimensión cognoscitiva ($X^2 = 9.941$, $p = 0.002$).

En el caso de duelo, se reportaron en la dimensión de comportamiento cambios en las actividades cotidianas ($X^2 = 6.749$, $p = 0.009$); en las horas y calidad de sueño ($X^2 = 5.059$, $p = 0.025$); y en la alimentación ($X^2 = 5.782$, $p = 0.016$); respiración agitada o taquicardia ($X^2 = 8.684$, $p = 0.003$); y cansancio y fatiga ($X^2 = 4.970$, $p = 0.026$) en la dimensión somática; cambios en las creencias religiosas ($X^2 = 21.001$, $p = 0.000$) en la dimensión cognoscitiva.

En el caso de depresión, se reportaron en la dimensión de comportamiento, ideación e intentos de suicidio ($X^2 = 13.370$, $p = 0.000$); en la dimensión afectiva, nerviosismo ($X^2 = 16.587$, $p = .000$) y tristeza ($X^2 = 5.564$, $p = .018$). Las reacciones de estrés estuvieron asociadas con conflictos familiares ($X^2 = 4.781$, $p = 0.029$) en la dimensión interpersonal.

Tabla 3. Áreas de funcionamiento asociadas con el motivo de la llamada

	CASIC	Ansiedad	Duelo	Depresión	Estrés
		X^2			
Comportamiento	Actividades cotidianas	0.438	6.749** $p=0.009$	3.394	0.962
	Horas y calidad de sueño	1.725	5.059* $p=0.025$	0.018	0.043
	Alimentación	4.345* $p=0.037$	5.782* $p=0.016$	0.078	0.213
	Ejercicio	2.633	1.718	0.183	1.878
	Alcohol o tabaco	0.633	0.231	1.388	0.303
	Drogas	0.014	1.885	0.223	2.522
	Violencia	2.393	0.275	0.324	0.864
	Autolesión	2.143	0.616	1.199	0.023
	Ideación o intentos de suicidio	2.835	0.363	13.370** $p=0.000$	0.906
Afectivo	Llanto	1.723	2.406	1.393	0.450
	Nervioso	2.143	1.861	16.587** $p=0.000$	1.088
	Triste	4.888* $p=0.027$	1.554	5.564* $p=0.018$	0.224
	Enojo o ira	0.829	0.105	1.016	3.185
	Miedo	1.188	0.158	1.155	0.000
	Inseguridad	1.269	0.030	0.303	0.496
	Angustia	0.498	0.120	1.937	0.040
	Desmotivación	0.376	0.034	0.216	1.057
	Desesperación	0.593	1.680	1.314	1.206
Somático	Confusión	0.007	0.489	0.108	0.012
	Asco	2.633	1.718	0.105	0.450
	Respiración agitada o taquicardia	4.901* $p=0.027$	8.684** $p=0.003$	1.546	0.461
	Cefaleas	0.197	0.275	0.324	0.148
	Vómito	0.302	0.616	0.006	0.023
	Mareos	0.572	0.070	0.940	0.038
	Dolor o presión en el pecho	0.847	3.627	0.006	0.138
	Cansancio o fatiga	0.798	4.970* $p=0.026$	1.310	2.672
	Temblores	0.022	0.070	0.940	0.845
Interpersonal	Necesidad de estar solo	0.652	0.741	2.479	1.285
	Conflicto familiar	0.003	2.656	0.987	4.781* $p=0.029$
	Aislamiento	0.621	2.843	0.731	1.904
	Conflicto social	0.003	0.240	1.310	0.599
	Cambio en las relaciones	0.302	0.616	1.555	1.536
	Sobreprotección	1.094	0.119	0.232	0.297

Cognitivo	Percepción de sí mismo	0.201	0.105	0.032	0.017
	Preocupación por la enfermedad	9.941** $p=0.002$	0.212	2.688	3.590
	Pensamientos negativos	0.666	0.105	0.543	0.002
	Cambios en las creencias religiosas	2.476	21.001** $p=0.000$	1.451	0.133
	Pensamientos de incapacidad	0.035	0.007	0.172	0.446
	Culpabilidad	0.224	1.148	0.368	0.617
	Centrarse en el otro	0.196	0.458	0.624	0.496

* $p < 0.05$

** $p < 0.00$

Fuente: elaboración propia

Discusión

La pandemia de COVID-19 es el acontecimiento más importante del siglo XXI. Ha traspasado todas las fronteras. Es la enfermedad que ha detenido al mundo y ha tenido a la expectativa a miles de profesionales de la salud y a millones de personas, lo cual ha cambiado la forma de convivencia, trabajo, estudio, celebraciones y hasta la manera en que se realizan las ceremonias para despedir a los seres queridos.

Estos grandes cambios debidos a la pandemia han traído nuevas formas de relación que no han sido del todo aceptadas por la mayoría de las personas. Mucho se ha hablado de las diversas medidas que las autoridades de los gobiernos de todo el mundo han impuesto para el combate de la pandemia, y van desde medidas parciales hasta medidas drásticas que han creado entre los ciudadanos desde confusión hasta la idea de que son exageradas e innecesarias, por lo que van en aumento los contagios, sobre todo en las fechas de las festividades importantes de cada cultura. El COVID-19 ha llegado a cada rincón del mundo y ha expuesto la gran vulnerabilidad psicoemocional.

Esta pandemia se ha caracterizado por afectar la salud mental, cuya atención es un reto a causa de las medidas de distanciamiento que imponen las autoridades de salud. Incluso muchos profesionales de la psicología han tenido que actualizar sus conocimientos y adaptar sus estrategias para atender casos para los que no estaban preparados. Han debido tener en cuenta la diferencia entre los síntomas de COVID-19 y otras enfermedades, entre el estrés y la ansiedad y entre los diferentes tipos de duelo, sobre todo el que se produce al despedir a un familiar cuando se lo hospitaliza y no es posible verlo, o el no poder despedirse de la forma acostumbrada. En respuesta a estas situaciones, el CATIC es una opción profesional que pone al alcance de toda la población la atención requerida en esos momentos de crisis e incertidumbre. La primera atención psicológica ha alcanzado a las personas más necesitadas a través de una llamada telefónica y ha podido informar de las actualizaciones sobre la enfermedad, las medidas que el gobierno propone para evitar el contagio y controlar la propagación del virus. El propósito es que los usuarios se sientan

acompañados en su condición de crisis y puedan reconocer que sus reacciones son normales, producto del acontecimiento vivido, y que aquellas que se perciben como dañinas podrán disminuir durante la compañía profesional. En los resultados obtenidos en este estudio, el impacto psicológico se observa sobre todo en ansiedad, reacciones de estrés, depresión y duelo, lo cual se discute a continuación.

Ansiedad

De las llamadas que se atendieron en el CATIC durante el periodo de estudio, 48% reportó síntomas de ansiedad, exacerbados por la preocupación por la enfermedad en el personal de salud (61%), estudiantes (25.1%), amas de casa (11.9%) y otras ocupaciones (2%). Uno de los hallazgos más importantes es que el grupo de mayor edad presenta mayor ansiedad en comparación con el grupo de menor edad, lo cual es consistente con los estudios previos en los que se describe que las personas mayores son más propensas a presentar un elevado impacto psicológico debido a la pandemia y que presentan un número mayor de síntomas y un alto grado de mortalidad relacionados con la edad (Qiu, Shen, Zhao, Wang, Xie y Xu, 2020).

En este estudio, el grupo de mayores se conformó por personas de 36 años o más. Los efectos negativos de la autopercepción del envejecimiento no son exclusivos del adulto mayor. Éstos, a causa de la pandemia, pueden convertirse en actitudes negativas que afectan la salud mental de las personas de edades menores (Losada-Baltar, Márquez-González, Jiménez-Gonzalo, Sequeros, Gallego-Alberto y Fernandes-Pires, 2020). La ansiedad es la respuesta de un individuo ante un peligro indefinido, confuso o imaginario. Sus características son tensión, inquietud y pensamientos intrusivos de desamparo. La persona con síntomas de ansiedad anticipa una desgracia y manifiesta sudoración, tensión muscular, quejas, pulso acelerado, respiración entrecortada, indigestión, diarrea y disfunción sexual, entre otros (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

Tal como se reporta en diferentes estudios (Kang, Li, Hu, Chen, Yang, Yang, Wang, Hu, Lai, Ma, Chen, Guan, Wang, Ma y Liu, 2020), el personal de salud enfrenta una enorme presión por estar en constante riesgo de contagio, a lo cual se suman la frustración, la discriminación, el aislamiento, la falta de contacto con sus familiares y el agotamiento debido al exceso de trabajo, lo que propicia constantes situaciones de crisis emocional. Un estudio que se llevó a cabo con personal de salud que trataba pacientes con COVID-19 en diferentes provincias de China, reveló que la prevalencia de síntomas de salud mental en cada población evaluada fue: 50.4% de depresión, 44.6% de ansiedad, 34% de insomnio y 71.5% de angustia (Lai, Ma, Wang, Cai, Hu, Wei y Wu, 2020). Los autores concluyeron que trabajar en la primera línea de atención al COVID-19 es un factor de riesgo para desarrollar problemas de salud mental. La importancia de brindar atención psicológica a esta población afectada radica en el impacto que puede tener no sólo en la lucha contra el COVID-19, sino también en el

efecto de los síntomas, que podrían afectar el bienestar general (Kang et al., 2020). La ansiedad ocurre cuando algunos cambios o sensaciones corporales son interpretados como síntomas de alguna enfermedad.

Las personas que padecen ansiedad podrían confundir ciertas reacciones fisiológicas inofensivas con los síntomas de COVID-19 (Gerardo y Ojeda, 2020). Esta interpretación equivocada puede conducir a pensamientos y emociones negativos que agravan el comportamiento y aumentan los episodios de ansiedad. Lo anterior constituye un estado de tensión que aparece ante la percepción de una amenaza de peligro inminente, a veces de origen desconocido, y que se manifiesta en intranquilidad, inquietud e inseguridad (Tomás-Sábado, 2020). Entre las acciones que exponen la presencia de ansiedad debida a los cuidados para no contagiarse, están el excesivo lavado de manos, el uso desmedido de gel antibacterial y la fobia social. Otras de las reacciones son las compras compulsivas, el retraimiento social (Galindo-Vázquez, Ramírez-Orozco, Costas-Muñiz, Mendoza-Contreras, Calderillo-Ruiz y Meneses-García, 2020), los cambios en la conducta alimentaria y el aumento de hábitos nocivos, como fumar, beber alcohol y usar drogas. Las reacciones más comunes a la ansiedad entre los usuarios del CATIC son fisiológicas: respiración agitada, sudoración, aumento del ritmo cardiaco, temblores, calambres, hormigueo (sobre todo en lengua, manos y pies), sensación de pérdida de control, náuseas, mareo, vómito, vista nublada, tensión y sensación de debilidad o cansancio. Entre las reacciones emocionales más comunes, se registraron nerviosismo, agitación, miedo, desesperación, frustración y angustia. En lo que se refiere al aspecto cognitivo, se detectaron confusión, dificultad para concentrarse, pensamientos recurrentes de pérdida de control y, debido a ellos, dificultad para conciliar el sueño y preocupación por perder el control. Se detectó también que cuando no se controla la ansiedad de manera adecuada, puede aparecer la crisis de ésta o el ataque de pánico.

Cao, Fang, Hou, Han, Xu, Dong y Zheng (2020) estudiaron el impacto psicológico de la pandemia en 7 143 estudiantes universitarios de medicina durante la fase inicial. Descubrieron que 0.9% de ellos mostró síntomas ansiosos graves; 2.7% moderados y 21.3% leves. Habitar en la ciudad, tener estabilidad económica familiar y vivir con los padres fueron factores protectores frente a la ansiedad. Pero, por otro lado, tener un conocido enfermo de COVID-19 aumenta los niveles de ansiedad.

Reacciones de estrés

Se reportaron reacciones de estrés en 23% de los usuarios. Se denomina estrés al “conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción” (OMS, 2010). La vida cotidiana genera una carga importante de estrés, sobre todo cuando hay aumento de actividades y responsabilidades. Entre las principales reacciones de estrés, se observan irritabilidad, cansancio o fatiga y ciertas emociones, como enojo, ira e impotencia. Cuando se habló de estrés, los usuarios se refirieron a varias situaciones: no tener claridad sobre la información del virus porque es desconocido; desconocer la duración o el propósito

del confinamiento, pues nunca ha estado claro; la polémica sobre las medidas que impusieron los gobiernos para evitar el contagio y para controlar y erradicar el virus, las cuales no han sido acatadas de forma sistemática, lo que ha provocado desconfianza e incertidumbre en la población. También manifestaron el miedo a contagiarse o contagiar a otros, luchar contra un virus invisible y la preocupación ante la presencia de alguno de los síntomas relacionados con la enfermedad COVID-19.

En cuanto al cambio de actividades, se pueden mencionar los siguientes: el trabajo y la escuela en casa; no frecuentar los lugares de distracción, como centros comerciales, cines y parques, entre otros –permanecer en casa genera la percepción de que no hay actividades o pocas posibilidades de hacer cosas–; desagrado o enfado ante las actividades en línea; posponer o cancelar visitas al médico; sensación de soledad y aislamiento con respecto a las amistades, familiares o conocidos; enojo y frustración porque otras personas no se ajustan a las medidas que imponen las autoridades.

En la medida en que se ha prolongado la pandemia, se reconocen también estresores causados por las dificultades económicas derivadas del poco ingreso o de la pérdida de éste, así como el aumento en los costos de los servicios básicos y de alimentación. Por otro lado, está la discriminación que sufren las personas que han enfermado.

El personal de salud o quienes realizan actividades laborales en los servicios esenciales y tienen contacto con muchas personas en el trabajo, han experimentado la constante preocupación de contagiarse porque se exponen con frecuencia y porque hay poca disponibilidad de material de protección, además de haber sido víctimas de discriminación (Abuabara, 2020).

Resulta muy importante hablar del estrés que se ha producido en la población considerada de alto riesgo. Ahora se sabe que las personas más propensas a enfermar y a desarrollar complicaciones por COVID-19 también manifiestan síntomas psicológicos (Dong, Li, Bai, Liu, Zhou, Gao, Li y Zhang, 2020). Entre esa población se encuentran los adultos mayores, adultos con padecimientos previos y enfermedades crónico-degenerativas. Ese grupo de personas manifiesta un rango de estrés que va de la preocupación por el contagio hasta los pensamientos asociados con las complicaciones y con la muerte propia o de los seres queridos.

El aislamiento y el confinamiento en el hogar pueden suscitar situaciones estresantes que tienen el potencial de convertirse en eventos traumáticos (Ramírez-Ortiz, Castro-Quintero, Lerma-Córdoba, Yela-Ceballos y Escobar-Córdoba, 2020). El estrés se puede relacionar con diferentes reacciones que, hasta cierto punto, pueden ser normales en la cuarentena, como perder el control por la incertidumbre de no saber cuándo se acabará la emergencia sanitaria. Esas reacciones pueden intensificarse si se tienen ya problemas de salud mental o por falta de apoyo de familiares y amigos si se presenta una difícil situación financiera o por muchos otros factores. Las personas sometidas a estos niveles de estrés podrían sufrir un deterioro significativo en su funcionamiento social u ocupacional, lo que puede conducirlos a padecer trastornos del estado del ánimo y a la depresión (Ramírez-Ortiz et al., 2020). La alta exposición a la

información sobre el número de contagios y el número de muertos a través de los diferentes medios electrónicos –televisión, radio e internet– es otro de los motivos de estrés, pues pueden desarrollarse pensamientos y sentimientos negativos que desencadenan el malestar físico.

Depresión

La depresión es un trastorno mental frecuente, caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. A menudo puede volverse crónica o recurrente, causar dificultades en el medio laboral o escolar y resultar incapacitante para la cotidianidad. Si es muy profunda, puede llevar incluso al suicidio. Se requerirá medicamento y ayuda profesional si es moderada. Se puede curar sin medicamentos en su forma más leve (OMS, 2020b).

Al respecto, 19% de esta muestra reportó depresión y describió reacciones de intensa tristeza, aparente nerviosismo o preocupación por enfermarse y mucha angustia y desesperación. En algunos casos los usuarios refirieron tener ideas de no querer seguir viviendo y otros reportaron intento de suicidio. Además, manifestaron pérdida de energía, cambio en el apetito, dormir más o menos, ansiedad, concentración reducida, indecisión, inquietud y sentimientos de inutilidad. Así mismo 26% refirió también ideación e intentos de suicidio. En un artículo escrito en China en los primeros meses de la pandemia, se reportó un aumento en los síntomas depresivos en niños de educación primaria en un 22.6%, mayor que el reportado en otras investigaciones (Xie, Xue, Zhou, Zhu, Liu, Zhang y Song, 2020). En otro estudio donde se evaluaron personas de entre 18 y 59 años frente a la situación de pandemia de COVID-19, se encontraron niveles medios (36.5%) y altos (13.7%) de depresión (Arias, Herrero, Cabrera, Chibás y García, 2020). Consistente con estos datos, los hallazgos del presente estudio indican que los jóvenes son los más vulnerables a la depresión ante esta crisis, igual que las personas con previos problemas de salud mental y consumidores de drogas durante el confinamiento (Valiente, Vázquez, Peinado, Contreras, Trucharte, Bentall y Martínez, 2020).

Niñas, niños y adolescentes pueden manifestar mayor percepción de soledad debido a que sus escuelas están cerradas (Zayas-Fajardo, Román-López, Rodríguez-Zayas y Román-López, 2021). Tienen imposibilidad para realizar actividad física en el exterior, limitación para hacer ejercicio, pocas o nulas rutinas saludables, se encuentran la mayor parte del tiempo en confinamiento, están muy expuestos a riesgos por el uso de pantallas y por la gran cantidad de horas al día de clases en línea bajo un programa académico poco adaptado a la realidad actual. Aunado a lo anterior, tal y como lo describen algunos autores (Paricio y Pando, 2020), el uso prolongado de dispositivos electrónicos puede tener como consecuencia trastornos del sueño.

En el caso de los adultos mayores, han sido obligados a permanecer en aislamiento y en consecuencia tienen que llevar a cabo el contacto con sus seres queridos a través de medios electrónicos. Para aquellos que no cuentan con

estos dispositivos o no tienen interés o habilidades para su uso, esta carencia ha repercutido en un aumento de los síntomas de la depresión (Callís, Guarton, Cruz y Ferrera, 2020).

Entre las recomendaciones más saludables, se encuentran comunicar las preocupaciones, sentimientos y emociones a las personas cercanas, plantear diferentes alternativas de solución a los problemas, decidir cuáles soluciones darían mejores resultados y qué recursos se requieren para lograr todo esto.

Es de vital importancia hacer llegar la atención psicológica o médica requerida y brindar asistencia terapéutica para resguardar la integridad de la persona y mejorar sus hábitos de autocuidado.

Duelo

La pandemia también ha afectado de forma profunda a las personas que han perdido un ser querido por causa del COVID-19. De las llamadas que se recibieron en el CATIC, 10% fue por duelo. La palabra *duelo* viene del latín *dolus* (dolor). Es la respuesta emotiva natural debida a la pérdida de alguien o de algo. Dicho de otro modo, “es la reacción emocional y del comportamiento que se manifiesta en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe” (Meza, García, Torres, Castillo, Suárez y Martínez, 2008, p. 1). Es un proceso que no se debe interrumpir ni apresurar ni eliminar. En la evolución del duelo se reconoce la trascendencia que tiene la despedida física para dar una mejor resolución a la pérdida. Durante la pandemia, las personas en duelo viven una situación complicada: a causa de la enfermedad, el familiar debe ingresar en el hospital y, en caso de muerte, se agrava la situación debido a la imposibilidad de llevar a cabo los rituales de despedida. Estas circunstancias son experiencias de intenso dolor y sufrimiento. Incluso para muchos son traumáticas y producen en las familias y en la comunidad efectos negativos a mediano y largo plazos (Márquez, 2020).

Si a lo descrito en el párrafo anterior se suma el aislamiento social, el doliente asume en soledad el dolor y la tristeza del fallecimiento, lo que limita su posibilidad de reconocer la realidad de la muerte, expresar sentimientos y compartir el dolor con los demás en los servicios funerarios y religiosos acostumbrados (Larrotta-Castillo, Méndez-Ferreira y Mora-Jaimes, 2020). Sánchez (2020) señala ciertos síntomas que, en una situación como ésta, pueden desencadenar el duelo patológico, como son fuertes sentimientos de impotencia ante la pérdida, culpa, desesperanza de recuperar lo perdido, temores o inhibiciones que alimentan un retraimiento agudo, impedimentos reales en la reconexión con el mundo exterior por falta de apoyo social real, con lo que se acrecienta la sensación de fracaso y frustración. En el discurso de los usuarios del CATIC, el propio personal médico ha sufrido experiencias desgarradoras al despedir a un gran número de enfermos y a sus propios compañeros; también ha padecido el deterioro de su salud provocado por el desgaste físico y emocional a causa de las largas jornadas de trabajo con poco descanso.

Entre las acciones fundamentales para que el duelo se experimente de mejor manera, se encuentran las ceremonias de despedida, pero se sugiere hacer-

las bajo estrictas medidas de seguridad y protección, ya sea a través de salas virtuales, la escritura de cartas de despedida como homenaje a la vida del familiar fallecido y la compañía espiritual de acuerdo con las creencias de las familias. Para los familiares de los pacientes en estado crítico, se recomienda acompañar de manera física o virtual al familiar en los últimos momentos, conservando las medidas de protección contra el contagio, en caso de que se decida por el cuidado físico.

Recomendaciones

Las áreas de atención a la salud reconocen la necesidad de contar con personal especializado en salud mental. Mucho se ha dicho de la poca disponibilidad de psicólogos y psiquiatras en las áreas de salud. Aun cuando el COVID-19 es una enfermedad que afecta la salud física, su gravedad y su letalidad han expuesto el malestar psicológico y emocional de toda la población. Por lo anterior, es urgente capacitar para dar la primera ayuda psicológica al personal que atiende las emergencias, a los profesionales de la enfermería, de la psiquiatría, trabajadores sociales y a quienes tienen el primer contacto con los pacientes. De este modo se impartiría conocimiento sobre las consecuencias psicológicas más comunes y se fomentarían las conductas mentales saludables. También es necesaria la intervención durante la crisis, el duelo y el psicotrauma de los profesionales especializados en el tratamiento de los trastornos mentales.

El protocolo del CATIC permite poner al alcance del usuario una estrategia de recuperación de la crisis. Se le muestra paso a paso cómo a partir de una o varias experiencias negativas ha desarrollado reacciones y síntomas que comprometen su estabilidad emocional en el presente. Se les hace ver que el hecho que ha detonado su crisis ha tenido un efecto en su funcionamiento vital que altera su comportamiento, sus emociones, su salud, sus relaciones con las demás personas y sus creencias. Es de suma importancia ofrecer diferentes alternativas de solución para decidir cuáles son las más viables y factibles según la condición específica de la personalidad, su historia de vida, los recursos y las personas con las que cuenta. Tomar la determinación de cuál será la acción concreta implica la inclusión de las pautas de la psicoeducación, con el objeto de diseñar un plan de acción sencillo y factible a la realidad del usuario. Esto se logra a través de la compañía y del seguimiento por medio de las llamadas y de la evaluación del proceso.

Limitaciones del estudio

Una de las limitaciones más importantes de este estudio es el tamaño de la muestra, lo que podría reducir la validez de los resultados y la posibilidad de generalizarlos. Sin embargo, es necesario destacar que el servicio del CATIC aún no es muy conocido ni reconocido por nuestra población. Además, ésta muestra resistencia debido a la desinformación sobre la ayuda psicológica ante una situación de crisis, como la emergencia sanitaria que ha provocado el COVID-19. Otra de las limitaciones es el tipo de estudio, el cual no permite ana-

lizar la evolución de los efectos psicológicos ni los resultados de la PAP. Como se mencionó, los datos que se utilizaron son los correspondientes a la primera llamada. No obstante, se dio seguimiento a cada usuario y, de considerarse necesario o con probabilidad de riesgo, se lo canalizó hacia la atención de segundo orden. Los datos del seguimiento y de la canalización serán tema de un siguiente estudio.

Conclusiones

Una de las ventajas de la intervención en crisis por vía telefónica es que cualquier persona que tenga un teléfono puede llamar y ponerse en contacto con el especialista, lo que ha favorecido que los profesionales de la salud mental puedan cumplir con su deber con apego a la recomendación de distanciamiento social.

A lo largo de todos estos meses, la pandemia ha confirmado que la prolongación del confinamiento desencadena manifestaciones psicológicas negativas, incluso en quienes con plena conciencia han permanecido bajo las indicaciones de aislamiento físico y de cuidado y en aquellos que, aun saliendo a trabajar, han limitado sus encuentros sociales a los estrictamente necesarios para protegerse. Hoy se sabe que quienes, a pesar de haberse aislado, se contagiaron y enfermaron, muestran sentimientos de desesperanza.

En congruencia con lo anterior, el CATIC implementó la estrategia de seguimiento de las llamadas en armonía con el semáforo epidemiológico. Mediante la coordinación interinstitucional se han realizado intervenciones psicosociales en crisis a las poblaciones vulnerables de niñas, niños, adolescentes y jóvenes. También ha realizado actividades de promoción para el bienestar psicoemocional en redes sociales, en plataformas digitales y a través de la radio, la prensa y la televisión. Las conferencias, cursos, talleres y diplomados que el CATIC ha dictado han especializado y fortalecido a los participantes en el aspecto profesional. El CATIC tiene la convicción de realizar su trabajo en pro del derecho a la reparación del daño emocional, puesto que no se puede considerar la salud si se excluye la salud mental.

Referencias

- Abuabara, Y. (2020). Ataque al personal de la salud durante la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica. *Acta Médica Colombiana*, 45(3). doi: <https://doi.org/10.36104/amc.2020.1975>
- Antonovsky, A. (1987). La perspectiva salutogénica: hacia una nueva visión de la salud y la enfermedad. *Advances*, 4(1), 47-55.
- American Psychological Association (APA). (2010). *2010 Enmiendas al 2002 Principios éticos de los psicólogos y códigos de conducta*. Washington, D.C.: Ame-

- rican Psychological Association, 65(5), 493. doi: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0020168>
- American Psychological Association (APA). (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. *American Psychological Association*, Washington, D.C, 68(9), 791-800. doi: <https://doi:10.1037/a0035001>
- American Psychological Association (APA). (2020). Mental health. En Autor, *APA Dictionary of Psychology*. Recuperado de <https://dictionary.apa.org/mental-health>
- Arabi, Y., Arifi, A., Balkhy, H., Najm, H., Aldawood, A., Ghabashi, A., Hawa, H., Alothman, A., Khaldi, A., y Al Raiy, B. (2014). Clinical course and outcomes of critically ill patients with Middle East respiratory syndrome coronavirus infection. *Annals of Internal Medicine*, 160(6), 389-397. doi: <https://doi:10.7326/M13-2486>
- Arias, Y., Herrero, Y., Cabrera, Y., Chibás, D., y García, Y. (2020). Manifestaciones psicológicas frente a la situación epidemiológica causada por la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, (19), 1-13. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000400012&lng=es&tlng=es
- Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., y Rubin, G. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, (395), 912-920. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Callís, S., Guarton, M., Cruz, V., y Ferrera, A. (30 de octubre de 2020). Manifestaciones psicológicas en adultos mayores en aislamiento social durante la pandemia COVID-19. *Primera Jornada Virtual de Psiquiatría 2020*. Conferencia en el Hospital Psiquiátrico Docente Provincial Sancti Spiritus, Cuba. Recuperado de <http://jvirtualpsiquiatria2020.sld.cu/index.php/jvpsq/2020/paper/download/4/42>
- Cénat, J., Mukunzi, J., Noorishad, P., Rousseau, C., Derivois, D., y Bukaka, J. (2020). Systematic review of mental health programs among populations affected by the Ebola virus disease. *Journal of Psychosomatic Research* (131), 1-11, 109966. doi: <https://doi.10.1016/j.jpsychores.2020.109966>
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., y Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research* (287), 112934. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>
- Dong, X., Li, J., Bai, J., Liu, Z., Zhou, P., Gao, L., Li, X., y Zhang, Y. (2020). Epidemiological characteristics of confirmed COVID-19 cases in Tianjin. *Europe PMC*, 41(5), 638-641. doi: <https://doi.10.3760/cma.j.cn112338-20200221-00146>
- Galindo-Vázquez, O., Ramírez-Orozco, M., Costas-Muñiz, R., Mendoza-Contreras, L., Calderillo-Ruiz G., y Meneses-García, A. (2020). Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en población general. *Gaceta Médica de México*, 156(4), 298-305. doi: <https://doi:10.24875/GMM.20000266>
- Gerardo, F., y Ojeda, H. (2020). COVID-19 y salud mental: mensajes clave. *Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud 2020*.

- Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/340805424_COVID19_y_salud_mental_mensajes_clave/link/5e9e5e16a6fdcca7892bd8fb/download
- Ho, C., Chee, C., y Ho, R. (2020). Mental health strategies to combat the psychological impact of COVID-19 beyond paranoia and panic. *Annals Academy of Medicine Singapore*, 49(1), 1-3. Recuperado de <http://www.anmm.org.mx/descargas/Ann-Acad-Med-Singapore.pdf>
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 327-334. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B. X., Wang, Y., Hu, J., Lai, J., Ma, X., Chen, J., Guan, L., Wang, G., Ma, H., y Liu, Z. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), e14. doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X)
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., y Wu, J. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open* 2020, 3(3), e203976. doi: <https://doi.10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Larrotta-Castillo, R., Méndez-Ferreira, A., y Mora-Jaimes C. (2020). Pérdida, duelo y salud mental en tiempos de pandemia. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 52(2), 179-180. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/suis/v52n2/2145-8464-suis-52-02-179.pdf>
- Lee, S., Kang, W., Cho, A., Kim, T., y Park, J. (2018). Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Comprehensive Psychiatry* (87), 123-127. doi: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.10.003>
- Lijun, K., Yi, L., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Xiang, B., Wang, Y., Hu, Y., Lai, J., Ma, X., Chen, J., Guan, L., Wang, G., y Ma, H. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatric*, 7(3), e14. doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X)
- Lipowski, Z. (1987). Somatization: The experience and communication of psychological distress as somatic symptoms. *Psychotherapy and Psychosomatic* (47), 160-167. doi: <https://doi.org/10.1159/000288013>
- Losada-Baltar, A., Márquez-González, M., Jiménez-Gonzalo, L., Sequeros, M., Gallego-Alberto, L., y Fernandes-Pires, J. (2020). Diferencias en función de la edad y la autopercepción del envejecimiento en ansiedad, tristeza, soledad y sintomatología comórbida ansioso-depresiva durante el confinamiento por la COVID-19. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 55(5), 272-278. doi: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.005>
- Luna, K. (2020). Speaking of psychology: Coronavirus anxiety. Recuperado de <https://www.apa.org/research/action/speaking-ofpsychology/coronavirus-anxiety>
- Márquez, I. (31 de marzo de 2020). Apoyo al duelo durante esta epidemia de coronavirus. Guía 2.-OME-AEN-Osasun Mentalaren Elkartea, integrada en Aso-

- ciación Española de Neuropsiquiatría. Recuperado de <https://ome-aen.org/apoyo-al-duelo-durante-esta-epidemia-de-coronavirus/>
- Meza, E., García, S., Torres, A., Castillo, L., Suárez, S., y Martínez, S. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(1), 28-31. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/473/47316103007.pdf>
- Montero, I., y León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/337/33770318.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS. *Contextualización, Práctica y Literatura de Apoyo*, 6(6), 53-56. Recuperado de https://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) –Saudi Arabia. Disease outbreak news. Recuperado de <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2021-DON333>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020a). Coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV). Recuperado de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-2020bcoronavirus-\(mers-cov\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-2020bcoronavirus-(mers-cov))
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020b). Depresión. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (Junio de 2020). COVID-19 Intervenciones recomendadas en salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) durante la pandemia. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52427/OPSNMHNMCOVID-19200026_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Paricio, R., y Pando, M., (2020). Salud mental infanto-juvenil y pandemia de COVID-19 en España: cuestiones y retos. *Revista de Psiquiatría Infanto-juvenil*, 37(2), 30-44. Recuperado de <http://aepnya.eu/index.php/revistaepnya/article/view/355/293>
- Pérez, A., y Rodríguez, A. (2020). Economía conductual y COVID-19: una interpretación social de la realidad. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, 26(4), 507-514. Recuperado de <https://doi.org/10.31876/rcs.v26i4.34646>
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., y Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry* (33), 1-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>
- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., y Escobar-Córdoba, F. (2020). Consecuencias de la pandemia COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 48(4), 1-7. doi: <https://doi.10.1590/SciELOPreprints.303>
- Rothan, H., y Byrareddy, S. (2020). The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Journal of Autoimmunity* (109), 1-4. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

- Sánchez, T. (2020). Duelo silente y furtivo: dificultad para elaborar las muertes por pandemia de COVID-19. *Studia Zamorensia* (segunda etapa) (19), 43-65. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7718179>
- Secretaría de Salud Sonora. (22 de febrero de 2021a). Seguimiento de los casos confirmados por la Secretaría de Salud del Estado de Sonora. Recuperado de <http://saludsonora.gob.mx>
- Secretaría de Salud Federal. (22 de febrero 2021b). Informe técnico diario COVID-19. Subsecretaría de prevención y promoción a la salud. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/617631/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2021.02.22.pdf
- Sierra, J., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1), 10-59. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>
- Slaikeu, K. (2000). *Intervención en crisis: manual para práctica e investigación*. Ciudad de México: Manual Moderno.
- Tomás-Sábado, J. (2020). Miedo y ansiedad ante la muerte en el contexto de la pandemia de la COVID-19. *Revista de Enfermería y Salud Mental* 2020 (16), 26-30. doi: <https://doi.10.5538/2385-703X.2020.16.26>
- Valiente, C., Vázquez, C., Peinado, V., Contreras, A., Trucharte, A., Bentall, R., y Martínez, A. (2020). *Síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático ante el COVID-19: prevalencia y predictores. Informe técnico 2*. Madrid: VIDA-COVID-19 (Universidad Complutense de Madrid).
- Villegas-Chiroque, M. (2020). Pandemia de COVID-19: pelea o huye. *Revista Experiencia en Medicina del Hospital Regional de Lambayeque*, 6(1), 3-4. doi: <https://doi.org/10.37065/rem.v6i1.424>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C., y Ho, R. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health* (17), 1729.
- World Health Organization (WHO). (2015). Emergencies preparedness, response. Middle East respirator syndrome coronavirus (MERS-CoV) –Saudi Arabia. Recuperado de <http://www.who.int/csr/don/24-july-2015-mers-saudi-arabia/en/>
- Xie, X., Xue, Q., Zhou, Y., Zhu, K., Liu, Q., Zhang, J., y Song, R. (2020). Mental health status among children in home confinement during the coronavirus disease 2019 outbreak in Hubei Province, China. *JAMA Pediatrics*, 174(9), 898-900. doi: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.1619>
- Xu, J., Zheng, Y., Wang, M., Zhao, J., Zhan, Q., y Fu, M. (2011). Predictors of symptoms of posttraumatic stress in Chinese university students during the 2009 H1N1 influenza pandemic. *Medical Science Monitor*, 17(7), 60-64. doi: <https://doi:10.12659/MSM.881836>
- Zayas-Fajardo, M., Román-López, I., Rodríguez-Zayas, L., y Román-López, M. (2021). Repercusión psicológica en niños, adolescentes y la familia relacio-

- nada con el aislamiento social por la COVID-19. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 46(1), 1-8. Recuperado de <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2528>
- Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., y Song, J. (2020). A novel coronavirus from patients with pneumonia in China. *The New England of Medicine* (382), 727-733. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>