

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

Tesis

**Riesgo de estrés post traumático según ocupación y
otros factores durante la pandemia por COVID-19
en el Perú**

Eos Mavi Quispe Cencia

Para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

Huancayo, 2020

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

Riesgo de estrés post traumático según ocupación y otros factores durante la pandemia por COVID-19 en el Perú

Christian R. Mejía¹, Alejandra L. Reyes-Tejada², Keysi S. Gonzales-Huaman³, Estefania C. Leon-Nina⁴, Anne X. Murga-Cabrera⁵, Jhosimar A. Carrasco -Altamirano⁶, Eos Quispe-Cencia⁷

¹Universidad Continental. Huancayo, Perú.

²Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas – UPC. Lima, Perú.

³Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas – UPC. Lima, Perú.

⁴Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas – UPC. Lima, Perú.

⁵Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas – UPC. Lima, Perú.

⁶Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas – UPC. Lima, Perú.

⁷Universidad Continental. Huancayo, Perú.

Correspondencia:

Christian R. Mejía

Dirección: Av. Las Palmeras 5713, Los Olivos, Lima, Perú.

Teléfono: (0051) 997643516

Correo electrónico: christian.mejia.md@gmail.com

La cita de este artículo es: Christian R. Mejía. Riesgo de estrés post traumático según ocupación y otros factores durante la pandemia por COVID-19 en el Perú. Rev Asoc Esp Espec Med Trab 2020; 29(4): 265-273

RESUMEN.

Objetivo: Determinar el riesgo según la ocupación y otros factores asociados para el estrés post traumático (EPT) durante la pandemia por COVID-19 en el Perú.

Material y Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva, en 953 encuestados de una decena de ocupaciones. En ellos se midió el EPT y el EPT grave (que tenía el componente de ideación suicida).

Resultados: Hubo un menor riesgo de EPT grave entre los de alimentación, los de transporte y los que trabajaban para el estado; todos los hombres (ambos valores $p < 0,04$; para el EPT y el EPT grave), los que tenían a algún familiar que enfermó por COVID-19 y los que tenían mayor puntaje de ansiedad tuvieron menor riesgo, en cambio, a mayores puntajes de estrés, de depresión y los que habían tenido a un familiar que falleció por COVID-19 tuvieron mayor riesgo de EPT grave.

POST-TRAUMATIC STRESS RISK ACCORDING TO OCCUPATION AND OTHER FACTORS DURING THE COVID-19 PANDEMIC IN PERU

Objective: To determine the risk according to occupation and other associated factors for post-traumatic stress (PTSD) during the COVID-19 pandemic in Peru.

Material and Methods: Retrospective cohort study, in 953 respondents from a dozen occupations. They measured EPT and severe EPT (which had the component of suicidal ideation).

Results: There was a lower risk of severe EPT among those who ate, transported and worked for the state; all men (both $p < 0.04$ values; for EPT and severe EPT), those who had a family member who became ill from COVID-19 and those who had higher anxiety scores had a lower risk, while higher stress and depression scores and those who had a family member who died from COVID-19 had a higher risk of severe EPT.

Conclusión: Se encontró múltiples factores que incrementaron y otros que disminuyeron el riesgo.

Palabras clave: COVID-19; estrés post traumático; salud ocupacional; Perú.

Conclusion: Multiple factors were found to increase and others to decrease risk.

Key words: COVID-19; post-traumatic stress; occupational health; Peru.

Fecha de recepción: 31 de julio de 2020

Fecha de aceptación: 12 de diciembre de 2020

Introducción

La actual coyuntura, que ha sido generada por el COVID-19, está repercutiendo en múltiples tipos de ocupaciones y profesiones⁽¹⁾, esto sobre todo desde el aspecto de la salud mental^(2,3). Se ha reportado en múltiples realidades que distintos grupos ocupacionales sufren de mayor estrés, depresión, ansiedad, angustia, problemas de sueño, entre otros⁽⁴⁾. Sabiendo que esto incluso es más frecuente y severo entre aquellos que se han visto afectados directamente, como el personal de salud⁽⁵⁾ y otros, que han estado en la primera línea de defensa y acción contra el Coronavirus⁽⁶⁾.

El estrés post traumático (EPT) fue definida en 1987 por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), como la respuesta que una persona desarrolla después de haber estado expuesta a un suceso altamente estresante, ya sea por haber estado o sentido amenazada su integridad o la de otra persona cercana, por lo mismo, es uno de los problemas

potenciales que se esperan como producto de esta pandemia^(7,8). Ya que, es un resultado patológico muy común de eventos traumáticos, como en el caso de guerras, desastres e, incluso, de eventos personales como accidentes, pérdidas y otros problemas que alteran la salud mental a corto, mediano o largo plazo⁽⁹⁾. Sin embargo, aún no existen reportes en América Latina de dicha patología entre los distintos grupos de trabajadores, siendo esto importante para hacer una primera medición basal; que podría servir para futuras investigaciones e intervenciones de los médicos ocupacionales⁽¹⁰⁾. Por todo esto, el objetivo fue determinar el riesgo según la ocupación y otros factores asociados para el estrés post traumático (EPT) durante la pandemia por COVID-19 en el Perú.

Material y Métodos

Se realizó un estudio de tipo cohorte retrospectiva, esto debido a que se tomó como un primer momento el que los encuestados tuviesen la

exposición a que algún familiar enfermase o muriese por causa del COVID-19, ya que, estas han sido reportadas como exposiciones relevantes en investigaciones previas^(11,12). La población fue la población económicamente activa de las principales ciudades del Perú: Lima (776), Cusco (27), Arequipa (10), Cajamarca (8), Lambayeque (21), La Libertad (16), Apurímac (12), Ayacucho (11), Ica (20), Callao (7), Ancash (15) y otros (30). El muestreo fue por conveniencia, se incluyó a los trabajadores de distintas ocupaciones o profesiones, que estén residiendo en el Perú en la época de la pandemia y que hayan aceptado participar en la investigación, se excluyó a los estudiantes y, para la estadística analítica no se contó con los del sector de minería (que tuvieron cero casos de EPT).

La variable dependiente fue el estrés post traumático, que se midió con el test Short Posttraumatic Stress Disorder Rating Interview, el cual a través de 12 preguntas pude medir con una buena sensibilidad y especificidad esta patología⁽¹³⁾. Además, este también permite evaluar la severidad del cuadro, esto si es que más de 7 preguntas tenían respuestas de que todo el tiempo experimentaban las sensaciones de desazón y/o si es que tenía como positiva la pregunta de ideación suicida⁽¹⁴⁾.

También se midió la variable del tipo de ocupación, siendo las categorías medidas: Desempleado, ama de casa, trabajador informal (llamado también trabajador independiente), del sector financiero, de construcción, del sector de alimentación, de educación, de salud, de transporte, de instituciones del estado, de minería, de seguridad y otras (artes, hidrocarburos, entre otros). También se preguntó de su sexo (la categoría de interés fue el sexo masculino) la edad (la categoría de interés fue los mayores de 60 años), si tuvo a algún enfermo o fallecido dentro de la familia por COVID-19 en casa, así como, la ansiedad, estrés y depresión (evaluados de forma cuantitativa con el test DASS-21).

El proyecto basal fue aprobado por el comité de ética de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (Número de oficio: FCS/CEI 080-05-20), el cual aprobó la realización de las encuestas virtuales en la población del Perú (esto debido a la imposibilidad de

la realización de encuestas en formato físico por la cuarentena social obligatoria que se tuvo durante el mes de mayo, en el cual se recolectó la información); esto como parte de un trabajo de la cátedra de un curso; se le solicitó acceso a la información a los miembros del grupo, luego de la obtención de su permiso se procedió al análisis de datos. Esto se realizó en el programa estadístico Stata (versión 11,1).

Primero se obtuvo por cada grupo ocupacional las frecuencias y porcentajes de los encuestados, así como, las frecuencias y porcentajes del EPT y EPT grave. Luego se realizó análisis multivariados individuales, en donde, cada modelo tendría como variable dependiente al EPT y al EPT grave, siendo la variable independiente principal el grupo ocupacional al que pertenecía (en cada modelo se tomó como comparación a las demás ocupaciones que no pertenecían de dicho grupo laboral), además, se ajustó por el sexo, la edad, las exposiciones a un familiar enfermo o fallecido por COVID-19, así como, a la ansiedad, estrés y depresión. Todo esto se realizó con los modelos lineales generalizados, ya que, con la familia Poisson (más la función de enlace log, modelos para varianzas robustas y ajustados por la ciudad de residencia) se pudo obtener los riesgos relativos ajustados (RRa), los intervalos de confianza al 95% (IC95%), así como, los valores p. Siendo considerado en cada caso a los valores <0,05 como los estadísticamente significativos.

Resultados

De los 953 trabajadores encuestados, salvo por los que trabajan en minería (que tuvieron 0% de estrés post traumático), el resto de las ocupaciones tenían frecuencias de EPT entre 12-39% (siendo los más bajos los de seguridad (11,9%) y construcción (16,0%), además, los más altos las amas de casa (39,0%), desempleados y transporte (30,4%). En cuanto al tener el EPT grave, las ocupaciones con menores frecuencias fueron los de empresas estatales (2,6%) y los de seguridad (3,0%), además, los desempleados (16,0%) y las amas de casa (15,6%) fueron los que tuvieron mayor EPT grave. Tabla 1

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS DE LOS TRABAJADORES DURANTE LA CUARENTENA POR COVID-19 EN EL PERÚ.

Ocupación	N (%)	ETP	EPT grave
Desempleado	125 (13,1%)	38 (30,4%)	20 (16,0%)
Ama de casa	77 (8,1%)	30 (39,0%)	12 (15,6%)
Informal	242 (25,4%)	66 (27,3%)	28 (11,6%)
Financiero	27 (2,8%)	5 (18,5%)	3 (11,1%)
Construcción	25 (2,6%)	4 (16,0%)	2 (8,0%)
Alimentos	48 (5,0%)	12 (25,0%)	4 (8,3%)
Educación	72 (7,6%)	15 (20,8%)	9 (12,5%)
Salud	122 (12,8%)	33 (27,1%)	11 (9,0%)
Transporte	23 (2,4%)	7 (30,4%)	3 (13,0%)
Estatal	76 (8,0%)	17 (22,4%)	2 (2,6%)
Minería	9 (0,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Seguridad	67 (7,0%)	8 (11,9%)	2 (3,0%)
Otras	40 (4,2%)	10 (25,0%)	5 (12,5%)

EPT: Estrés post traumático fue obtenido con el Short Posttraumatic Stress Disorder Rating Interview. Informal: Trabajo sin contrato y/o esporádico.

En el análisis multivariado de los factores asociados al estrés post traumático, se encontró un mayor riesgo entre las amas de casa (RRa: 1,28; IC95%: 1,06-1,54; valor $p=0,010$) y los de salud (RRa: 1,13; IC95%: 1,02-1,26; valor $p=0,019$); sin embargo, se encontró menor riesgo entre los de construcción (RRa: 0,60; IC95%: 0,42-0,87; valor $p=0,006$), los del rubro de alimentación (RRa: 0,75; IC95%: 0,66-0,86; valor $p<0,001$) y los de transporte (RRa: 0,81; IC95%: 0,73-0,89; valor $p<0,001$); todos los hombres (todos los valores $p<0,001$) y los que tenían mayor puntaje de ansiedad (todos los valores $p<0,001$) tuvieron menor riesgo, en cambio, a mayores puntajes de estrés (todos los valores $p<0,001$), de depresión (todos los valores $p<0,001$) y los que habían tenido a un familiar que falleció por COVID-19 (todos los valores $p<0,001$) tuvieron mayor riesgo de EPT. Tabla 2

En el análisis multivariado de los factores asociados al estrés post traumático de tipo severo, se encontró un menor riesgo entre los de alimentación (RRa: 0,49; IC95%: 0,38-0,64; valor $p<0,001$), los de transporte (RRa: 0,65; IC95%: 0,52-0,82; valor $p<0,001$) y los

que trabajaban para el estado (RRa: 0,27; IC95%: 0,16-0,43; valor $p<0,001$); todos los hombres (todos los valores $p<0,04$), los que tenían a algún familiar que enfermó por COVID-19 (todos los valores $p<0,022$) y los que tenían mayor puntaje de ansiedad (todos los valores $p<0,001$) tuvieron menor riesgo, en cambio, a mayores puntajes de estrés (todos los valores $p<0,001$), de depresión (todos los valores $p<0,001$) y los que habían tenido a un familiar que falleció por COVID-19 (todos los valores $p<0,001$) tuvieron mayor riesgo de EPT grave. Tabla 3

Discusión

Se encontró que hasta este momento de la pandemia (a 3 meses de iniciada en el Perú), importantes porcentajes de las distintas ocupaciones tuvieron EPT o EPT grave, además de la coexistencia con otros trastornos mentales, lo cual es sumamente trascendental, ya que, podrían intensificar los síntomas del EPT, tales como ideación suicida, aislamiento social⁽⁸⁾, lo que conllevaría a no buscar

TABLA 2. ANÁLISIS MULTIVARIADO DE LOS FACTORES ASOCIADOS AL ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN SEGÚN OCUPACIÓN Y OTROS FACTORES ASOCIADOS EN EL PERÚ.

Ocupación	Valor p	Sexo	Edad	Enfermo	Luto	Ansiedad	Estrés	Depresión
Desempleado	0,971	<0,001	0,201	0,768	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Ama de casa	0,010	<0,001	0,158	0,919	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Informal	0,075	<0,001	0,215	0,780	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Financiero	0,573	<0,001	0,199	0,741	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Construcción	0,006	<0,001	0,185	0,892	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Alimentos	<0,001	<0,001	0,179	0,678	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Educación	0,475	<0,001	0,186	0,710	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Salud	0,019	<0,001	0,218	0,527	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Transporte	<0,001	<0,001	0,195	0,692	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Estatal	0,860	<0,001	0,200	0,747	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Seguridad	0,244	<0,001	0,178	0,967	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Los valores p ajustados fueron obtenidos con los modelos lineales generalizados, con la familia Poisson, la función de enlace log, modelos robustos y ajustados por la ciudad de residencia. El estrés post traumático fue obtenido con el Short Posttraumatic Stress Disorder Rating Interview. Sexo: Se usó el sexo masculino como categoría de interés. Edad: Los mayores de 60 años fueron la categoría de interés. Enfermo: Tuvo a un familiar enfermo por COVID-19 en casa. Luto: Algún familiar falleció por COVID-19. Ansiedad, estrés y depresión: Obtenidos con el test DASS-21.

ayuda profesional e, incluso, intensificaría ciertas implicancias físicas propias del EPT⁽¹⁵⁾. Siendo así perjudiciales para el desempeño laboral y la relación con personas de su entorno, esto sin considerar que varias ocupaciones ya están sometidas a estrés continuo, por la misma labor que estas implican, por tal, este debe ser un importante resultado preliminar, para la realización de intervenciones en cuestiones preventivas de salud mental a nivel mundial; tal como lo señaló el Dr. Mark Van Ommeren, investigador del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS: “El TEPT debe tratarse paralelamente a otros posibles trastornos mentales”⁽¹⁶⁾.

Las amas de casa y los empleados del sector salud tuvieron mayor riesgo de estrés post traumático. Esto posiblemente por las mismas características de la labor del personal de salud, que está expuesto a riesgos y situaciones de estrés durante la atención de personas sospechosas o enfermas de COVID-19, el presenciar muertes de pacientes y compañeros de trabajo^(17,18); la escasez de recursos humanos y técnicos y en general todo el colapso del sistema

de salud a nivel nacional, hecho que es conocido a situación mundial⁽¹⁹⁾, por lo que, sugerimos a las organizaciones y líderes de salud que garanticen recursos, medios de protección, orientación y capacitación al personal de salud, con el fin de que puedan afrontar las consecuencias emocionales que conlleva el cumplimiento de su arduo trabajo. En cambio, el mayor riesgo de EPT en las amas de casa se explicaría por la carga de responsabilidad en cuanto al cuidado y bienestar de la familia, además de la exposición a información fatídica que es difundida por los distintos medios de comunicación que aparte de ser excesivos y repetitivos, muchas veces suelen ser noticias falsas (“fake news”); por lo que, los gobiernos deberían desarrollar medidas para la detección de este tipo de sucesos⁽²⁰⁾, que resultan perjudiciales para la salud mental, pues pueden ser inductores de varios trastornos psicológicos.

Hubo algunas ocupaciones que tuvieron menos riesgo de EPT (construcción, alimentación y transporte) y EPT grave (alimentación, transporte y los que trabajaban para el estado). Esto puede deberse

TABLA 3. ANÁLISIS MULTIVARIADO DE LOS FACTORES ASOCIADOS AL ESTRÉS POST TRAUMÁTICO SEVERO EN SEGÚN OCUPACIÓN Y OTROS FACTORES ASOCIADOS EN EL PERÚ.

Ocupación	Valor p	Sexo	Edad	Enfermo	Luto	Ansiedad	Estrés	Depresión
Desempleado	0,118	0,007	0,831	0,018	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Ama de casa	0,316	0,034	0,812	0,017	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Informal	0,468	0,014	0,884	0,014	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Financiero	0,091	0,008	0,812	0,014	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Construcción	0,322	0,013	0,822	0,020	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Alimentos	<0,001	0,012	0,886	0,010	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Educación	0,154	0,013	0,776	0,021	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Salud	0,894	0,012	0,817	0,020	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Transporte	<0,001	0,012	0,847	0,011	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Estatal	<0,001	0,039	0,824	0,007	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Seguridad	0,522	0,018	0,820	0,010	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Los valores p ajustados fueron obtenidos con los modelos lineales generalizados, con la familia Poisson, la función de enlace log, modelos robustos y ajustados por la ciudad de residencia. El estrés post traumático severo fue obtenido con el Short Posttraumatic Stress Disorder Rating Interview. Sexo: Se usó el sexo masculino como categoría de interés. Edad: Los mayores de 60 años fueron la categoría de interés. Enfermo: Tuvo a un familiar enfermo por COVID-19 en casa. Luto: Algún familiar falleció por COVID-19. Ansiedad, estrés y depresión: Obtenidos con el test DASS-21.

al hecho de que estas actividades se restringieron en menor medida, un estudio sugiere que la experiencia de retorno al trabajo durante la actual pandemia no confirió un aumento en la prevalencia de síntomas de trastorno de estrés postraumático, depresión, ansiedad y estrés; observándose una menor prevalencia de estos síntomas, en comparación con la población general⁽²¹⁾, lo que no implica la ausencia de una cuarentena como tal, ni la discontinuidad de las acciones de prevención, pero sí la implantación de medidas que hagan más tolerable el encierro; el menor riesgo de EPT en quienes trabajan para el estado, parece estar relacionada con la ausencia de una amenaza financiera. Brooks menciona algunas medidas que pueden disminuir el impacto psicológico de esta pandemia, entre ellas está el garantizar suministros y dinero, acceso a información adecuada, entre otros⁽²²⁾.

Los hombres y los que tenían a algún familiar que enfermó por COVID-19 tuvieron menor EPT, además, esto también se dio entre los que tenían mayores

puntajes de ansiedad. Lui et al y extensos estudios epidemiológicos mencionan que las mujeres tienen un mayor riesgo de desarrollar EPT, esto posiblemente debido a la fluctuación en los niveles de hormonas ováricas, ya que, en ciertas fases del ciclo menstrual se altera la sensibilidad a los estímulos emocionales, siendo así más susceptibles a desarrollar trastornos psicológicos en comparación con los hombres^(23,24). Además de la feminización de carreras de asistencia en los últimos años. El tener un familiar enfermo por COVID-19, según otros estudios está relacionado al desarrollo de múltiples trastornos psicológicos, además, hay mayor tendencia a desarrollar EPT cuando el paciente se encuentra hospitalizado de unidades de cuidado intensivo, asimismo se dice que el acompañamiento o las visitas, con la protección debida, está relacionada con menor riesgo de EPT en familiares⁽²⁵⁾, cuestión discutible por la carencia de recursos y EPPs en nuestros hospitales. En comparación de otros estudios⁽²⁶⁾, obtuvimos una relación inversa entre el riesgo de EPT y los altos

niveles de ansiedad, podríamos concebir que este alto nivel de ansiedad se relaciona con mayores medidas de protección en el entorno familiar, y por consecuencia la ausencia perdidas de familiares o de casos de infecciones en la familia, y por lo mismo un bajo riesgo de EPT; también podría considerarse que estos niveles de ansiedad se deban predominantemente a temas exclusivamente laborales (ya que, podría ser que tuviesen más ansiedad por el perder su trabajo o no poder llevar el sustento económico al hogar), consideramos la medición de estos parámetros post-pandemia, para comparar resultados.

Por último, los que tenían mayores puntajes de estrés, depresión o los que perdieron a un familiar por COVID-19 tuvieron más EPT. Las ordenanzas de cuarentena y aislamiento social que se han implantado a nivel mundial, estando muy relacionadas con el desarrollo de problemas en salud mental pública, incluidas reacciones de angustia, comportamientos riesgosos, así mismo, con trastornos específicos, que suelen tener una presentación simultánea, como ansiedad, depresión e incluso somatizaciones producto del EPT⁽²⁷⁾. En cambio, la pérdida de un familiar por COVID-19, está relacionado con la coexistencia del EPT con un duelo complicado, esta concomitancia implicaría la intensificación y prolongación del EPT⁽²⁸⁾, además las visitas restringidas del paciente, su hospitalización en áreas como UCI, el deterioro potencial rápido y a la imposibilidad de que el familiar pueda despedirse son algunas situaciones que se han asociado con tasas altas de EPT⁽²⁵⁾.

El estudio tuvo la limitación de tener poca cantidad de tamaño muestral en algunas ocupaciones, por lo que, se tienen que generar investigaciones posteriores que tengan mayor cantidad de sedes y población. Estos resultados pueden ser tomados como basales o de línea de base, para que futuras investigaciones puedan expandir la cantidad de muestra. Un estudio prospectivo podría ayudar a explicar la relación de estas ocupaciones y otras variables asociadas y la posterior respuesta psicológica. Además, se reitera la medición de estos parámetros durante y después de la pandemia, ya que se trata de trastornos que suelen

permanecer por meses e incluso hasta años.

Por todo lo encontrado, se concluye que hubo importantes porcentajes de trabajadores con estrés post traumático y con sus presentaciones severas. En el análisis estadístico para el EPT, se encontró un mayor riesgo entre las amas de casa y los de salud, pero se encontró menor riesgo entre los de construcción, los del rubro de alimentación y los de transporte. Para el EPT severo, hubo un menor riesgo entre los del rubro de alimentación, los de transporte y los que trabajaban para el estado. Además, hubo asociación entre el sexo, el que algún familiar haya padecido o fallecido por COVID-19, así como, según los valores de la depresión, ansiedad y estrés.

Bibliografía

1. Nochaiwong S, Ruengorn C, Awiphan R, Ruanta Y, Boonchieng W, Nanta S, et al. Mental health circumstances among health care workers and general public under the pandemic situation of COVID-19 (HOME-COVID-19). *Medicine*. 2020;99(26):e20751. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000020751>
2. Jakovljevic M, Bjedov S, Jaksic N, Jakovljevic I. COVID-19 Pandemia and Public and Global Mental Health from the Perspective of Global Health Securit. *Psychiatr Danub*. 2020;32(1):6-14. Disponible en: <https://doi.org/10.24869/psyd.2020.6>
3. Balluerka Lasa N, Gómez Benito J, Hidalgo Montesinos MD, Gorostiaga Manterola A, Espada Sanchez JP, Padilla García JL, et al. Las consecuencias psicologicas de la COVID-19 y el confinamiento [Internet]. Universidad del País Vasco; 2020. Disponible en: https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu_eines/noticias/docs/Consecuencias_psicologicas_COVID-19.pdf
4. Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2020; [En Prensa]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>
5. Röhr S, Müller F, Jung F, Apfelbacher C, Seidler A, Riedel-Heller SG. Psychosoziale Folgen von Quarantänemaßnahmen bei schwerwiegenden

- Coronavirus-Ausbrüchen: ein Rapid Review. *Psychiatr Prax.* 2020;47(4):179-89. Disponible en: <https://doi.org/10.1055/a-1159-5562>
6. Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health: *International Journal of Social Psychiatry.* 2020;66(4):317-20. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0020764020915212>
7. Karatzias T, Shevlin M, Murphy J, McBride O, Ben-Ezra M, Bentall RP, et al. Posttraumatic Stress Symptoms and Associated Comorbidity During the COVID-19 Pandemic in Ireland: A Population-Based Study. *Journal of traumatic stress.* 2020;[En Prensa]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32662129/>
8. Duteilh F, Mondillon L, Navel V. PTSD as the second tsunami of the SARS-Cov-2 pandemic. *Psychol Med.* 2020;1(1):1-2. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S0033291720001336>
9. Xiao S, Luo D, Xiao Y. Survivors of COVID-19 are at high risk of posttraumatic stress disorder. *Global Health Research and Policy.* 2020;5(1):29. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s41256-020-00155-2>
10. Burdorf A, Porru F, Rugulies R. The COVID-19 (Coronavirus) pandemic: consequences for occupational health. *Scand J Work Environ Health.* 2020;46(3):229-30. Disponible en: <https://doi.org/10.5271/sjweh.3893>
11. Mak IWC, Chu CM, Pan PC, Yiu MGC, Ho SC, Chan VL. Risk factors for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in SARS survivors. *Gen Hosp Psychiatry.* 2010;32(6):590-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.07.007>
12. Shuja KH, Aqeel M, Jaffar A, Ahmed A. COVID-19 Pandemic and Impending Global Mental Health Implications. *Psychiatr Danub.* 2020;32(1):32-5. Disponible en: <https://doi.org/10.24869/psyd.2020.32>
13. Kim T-S, Chung MY, Kim W, Koo YJ, Ryu SG, Kim E-J, et al. Psychometric properties of the Korean version of the Short Post-Traumatic Stress Disorder Rating Interview (K-SPRINT). *Psychiatry and Clinical Neurosciences.* 2008;62(1):34-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2007.01774.x>
14. Connor KM, Davidson JR. SPRINT: a brief global assessment of post-traumatic stress disorder. *Int Clin Psychopharmacol.* 2001;16(5):279-84. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/00004850-200109000-00005>
15. Chew NWS, Lee GKH, Tan BYQ, Jing M, Goh Y, Ngiam NJH, et al. A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain, Behavior, and Immunity.* 2020;88(1):559-65. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.049>
16. World Health Organization. OMS | La OMS publica unas directrices sobre la atención de salud mental tras los eventos traumáticos [Internet]. WHO. World Health Organization; 2020 [citado 29 de julio de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/es/
17. Bohlken J, Schömig F, Lemke MR, Pumberger M, Riedel-Heller SG. COVID-19-Pandemie: Belastungen des medizinischen Personals. *Psychiatr Prax.* 2020;47(4):190-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1055/a-1159-5551>
18. Selman LE, Chao D, Sowden R, Marshall S, Chamberlain C, Koffman J. Bereavement Support on the Frontline of COVID-19: Recommendations for Hospital Clinicians. *Journal of Pain and Symptom Management.* 2020;60(2):e81-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.024>
19. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yrondi A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? *L'Encéphale.* 2020;46(3):S73-80. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.008>
20. Alvarez-Risco A, Mejia CR, Delgado-Zegarra J, Del-Aguila-Arcentales S, Arce-Esquivel AA, Valladares-Garrido MJ, et al. The Peru Approach against the COVID-19 Infodemic: Insights and Strategies. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene.* 2020;[En Prensa]. Disponible en: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0536>
21. Tan W, Hao F, McIntyre RS, Jiang L, Jiang X, Zhang L, et al. Is returning to work during the COVID-19

- pandemic stressful? A study on immediate mental health status and psychoneuroimmunity prevention measures of Chinese workforce. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2020;87(1):84-92. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.055>
22. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. 2020;395(10227):912-20. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
23. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. 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*. 2020;17(5):1729. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
24. Liu N, Zhang F, Wei C, Jia Y, Shang Z, Sun L, et al. Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry Research*. 2020;287(1):112921. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112921>
25. Fusi-Schmidhauser T, Preston NJ, Keller N, Gamondi C. Conservative Management of COVID-19 Patients—Emergency Palliative Care in Action. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2020;60(1):e27-30. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.030>
26. Castelli L, Tella MD, Benfante A, Romeo A. The Spread of COVID-19 in the Italian Population: Anxiety, Depression, and Post-traumatic Stress Symptoms: *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2020;1(1):1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0706743720938598>
27. Urzúa A, Vera-Villarroel P, Caqueo-Úrizar A, Polanco-Carrasco R. La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. *TEPS*. 2020;38(1):103-18. Disponible en: <https://teps.cl/index.php/teps/article/view/273>
28. Kentish-Barnes N, Chaize M, Seegers V, Legriel S, Cariou A, Jaber S, et al. Complicated grief after death of a relative in the intensive care unit. *European Respiratory Journal*. 2015;45(5):1341-52. Disponible en: <https://doi.org/10.1183/09031936.00160014>