

Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia

Resumen científico

2 de marzo de 2022



Introducción

La pandemia de COVID-19 ha repercutido gravemente en la salud mental y el bienestar de las personas en todo el mundo (1). Si bien muchas personas se han adaptado (2), otras han sufrido problemas de salud mental, en algunos casos como consecuencia de la infección por la COVID-19 (3-5). La pandemia también continúa impidiendo el acceso a los servicios de salud mental y ha suscitado preocupación por el aumento de los comportamientos suicidas (6).

La finalidad del presente resumen científico es presentar los datos actualmente disponibles acerca de los aspectos de salud mental de la pandemia y fundamentar los esfuerzos de prevención, respuesta y recuperación en todo el mundo. El público destinatario son los proveedores de atención de salud, investigadores, responsables políticos y cualquier otra parte interesada en los datos sobre COVID-19 y salud mental.

Cuestiones fundamentales

En el presente resumen científico se ofrece una visión general de los datos actualmente disponibles acerca de lo siguiente:

1. las repercusiones de la pandemia de COVID-19 en la prevalencia de síntomas de problemas de salud mental y trastornos mentales;
2. las repercusiones de la pandemia de COVID-19 en la prevalencia de pensamientos y comportamientos suicidas
3. el riesgo de infección, enfermedad grave y muerte por causa de la COVID-19 para las personas con trastornos mentales;
4. la repercusión de la pandemia de COVID-19 en los servicios de salud mental, y
5. la eficacia de las intervenciones psicológicas adaptadas a la pandemia de COVID-19 para prevenir o reducir los problemas de salud mental y/o mantener el acceso a los servicios de salud mental.

Cada cuestión se aborda en una sección específica del resumen. Las constataciones fundamentales se destacan al final de cada sección para resumir los datos descritos en ella.

Metodología y procedimientos

Dado que las estimaciones sanitarias mundiales de la OMS relativas a la frecuencia de los trastornos mentales se armonizan con las estimaciones del estudio Carga Mundial de Morbilidad, en el presente documento se resumen las recientes estimaciones del estudio Carga Mundial de Morbilidad correspondiente a 2020 (CMM 2020) (7). El presente resumen se basa también en datos obtenidos en investigaciones encargadas por la OMS, incluida una revisión general de revisiones sistemáticas y metanálisis (publicadas hasta octubre de 2021) (8) y una actualización de una revisión sistemática continua (actualizada hasta septiembre de 2021) (9) y otras publicaciones pertinentes de la OMS (10-12). En las revisiones sistemáticas, las búsquedas bibliográficas no se restringieron por idioma.

Hallazgos de la investigación

Prevalencia de los problemas de salud mental: CMM 2020

En el CME 2020 (7) se calculó que la pandemia de COVID-19 había provocado un aumento del 27,6% (intervalo de incertidumbre (II) del 95%: 25,1-30,3) de los casos de trastorno depresivo mayor (TDM) y un aumento del 25,6% (II del 95%: 23,2-28,0) de los casos de trastornos de ansiedad (TA) en todo el mundo en 2020. En general, se calculó que la pandemia había provocado 137,1 (II del 95%: 92,5-190,6) años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) adicionales por cada 100 000 habitantes por TDM y 116,1 por 100 000 habitantes (II del 95%: 79,3-163,80) por TA.

Los mayores aumentos de TDM y TA se encontraron en lugares muy afectados por la COVID-19, donde la movilidad de las personas fue menor y las tasas diarias de infección por COVID-19 más elevadas. Las mujeres se vieron más afectadas que los hombres, y las personas más jóvenes, especialmente las de 20 a 24 años, se vieron más afectadas que las personas mayores. Muchos países de ingresos bajos y medianos (PIBM) se contaron también entre los más afectados.

Limitaciones

Las tasas de prevalencia del CMM 2020 se basan en modelos estadísticos derivados de datos de encuesta. La calidad y disponibilidad variables de estos datos pueden hacer que las estimaciones sean excesivas o insuficientes, o provocar incertidumbres. Además, en el estudio CMM se señalaron pocos estudios procedentes de PIBM.

Por lo tanto, las estimaciones se basan en gran medida en datos de países de ingresos altos y por consiguiente son menos generalizables a otros contextos. Además, las grandes incertidumbres que rodean a las estimaciones también pueden tener que ver con la escasez de datos de gran calidad de muchos PIBM (13). Por último, el estudio CCM 2020 tampoco ha publicado aún datos sobre trastornos más allá del TDM y la TA, y estos se refieren solo al primer año de la pandemia.

Prevalencia de los problemas de salud mental: revisión general

A partir de 46 284 registros iniciales, en la revisión general se identificaron 577 revisiones sistemáticas, con o sin metanálisis, que se sometieron a un cribado de texto completo para determinar si cumplían los criterios necesarios. Los trabajos que los cumplían fueron evaluados según el instrumento AMSTAR-2 (14). En total, se excluyeron 480 revisiones para la cuestión fundamental número 1, en que se evalúa la repercusión de la pandemia de COVID-19 en la salud mental, conservándose 97 revisiones sistemáticas de estudios primarios con diseños longitudinales, transversales o de series cronológicas. De estos, solo se seleccionaron los metanálisis publicados en 2021, para examinar los datos más actualizados. En total, 21 metanálisis cumplían los criterios para evaluar la repercusión de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de la población general, 32 en el personal de salud, y 26 en otras poblaciones específicas. Solo en tres metanálisis se proporcionaban estimaciones del efecto combinado, comparándose la prevalencia de problemas de salud mental antes y durante la pandemia, o durante la aplicación de medidas de salud pública y sociales (MSPS) (15-17). En el cuadro 1 se presenta una selección de resultados.

En la población general, Robinson et al. (15) notificaron un aumento general, pequeño pero estadísticamente significativo, de los síntomas de problemas de salud mental durante marzo-abril de 2020 en comparación con la situación previa a la aplicación de medidas contra la pandemia (cambio medio normalizado (SMC): 0,10). El aumento fue disminuyendo con el tiempo, llegando a no ser significativo en mayo-julio de 2020 (SMC: 0,07). Los aumentos de los síntomas de depresión y trastornos del estado de ánimo siguieron siendo significativos a lo largo del tiempo (marzo-abril SMC: 0,23 y mayo-julio SMC: 0,20); pero no así los de ansiedad (marzo-abril SMC: 0,14 y mayo-julio SMC: 0,05) (15). Kunzler et al. (17) también constataron en la población general un aumento moderado de los síntomas de depresión (diferencia media normalizada (SMD): 0,67) y un aumento pequeño pero significativo de los síntomas de ansiedad (SMD: 0,40). Prati y Mancini (16) constataron que la aplicación temprana de MSPS en 2020 también produjo aumentos pequeños pero significativos de los síntomas de ansiedad y depresión en la población general (g de Hedges: 0,17 y 0,15, respectivamente). En otros 19 metanálisis se examinó el estado de la salud mental en la población general por conducto de estudios transversales; sin embargo, su interpretabilidad está limitada por la falta de datos de referencia a efectos de comparación.

En el caso del personal de salud, solo se realizaron estudios transversales. En un metanálisis se compararon datos transversales sobre la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en el personal de salud durante la pandemia respecto de las tasas de prevalencia obtenidas en estudios prepandémicos emparejados, sin que se constatará ningún aumento (SMD: -0,08 y -0,16, respectivamente) (17). En otros 31 metanálisis se examinaron estudios transversales de personal de salud, pero la interpretabilidad de estos estudios está limitada por su metodología.

En otras poblaciones específicas, solo dos de los 26 metanálisis que cumplían los criterios informaron sobre cambios en síntomas de salud mental, basándose en datos longitudinales o en comparaciones con las tasas de prevalencia anteriores a la pandemia en estudios trasversales con muestras pareadas. En el primero (15) se encontraron los resultados siguientes con respecto a los síntomas de salud mental: ningún aumento en personas con problemas de salud mental previos (SMC: -0,02), aumentos no significativos en estudiantes universitarios (SMC: 0,13) y en niños y adolescentes (SMC: 0,11) y un aumento significativo en personas que tenían previamente problemas de salud física (SMC: 0,25). En el segundo estudio (17) también se encontraron incrementos pequeños pero no significativos en síntomas de ansiedad y depresión en grupos de pacientes con COVID-19 (SMD: 0,31 y 0,48, respectivamente). Sin embargo, los datos anteriores a la pandemia procedían solo de cuatro estudios, mientras que los datos de la pandemia procedían de una población mixta que incluía tanto personas con COVID-19 como personas con afecciones somáticas y mentales. En todos los demás metanálisis sobre poblaciones específicas, las tasas de prevalencia agrupadas variaban ampliamente y su interpretación era difícil. En dos metanálisis de niños y adolescentes (18,19) se notificaron tasas de prevalencia agrupadas relativamente similares de aumento de los niveles de depresión (1 de cada 4) y ansiedad (1 de cada 5) y se mostró que los síntomas, particularmente la depresión, eran más altos en los niños mayores y adolescentes, entre las niñas, y que aumentaban con el tiempo.

En cuanto a poblaciones específicas que hubieran presentado una afección pos-COVID-19, en la revisión general no se encontró ninguna revisión que cumpliera los criterios. Sin embargo, ya finalizada la revisión general se publicó una revisión sistemática y metanálisis que potencialmente cumplía los criterios (20) en la que se notificaban tasas de prevalencia agrupadas de síntomas persistentes de problemas de salud mental tales como ansiedad y síntomas de estrés postraumático en pacientes con COVID-19 al cabo de un periodo de seguimiento promedio de 77 días después de la recuperación. En dos estudios de la revisión se comparaban grupos de referencia con pacientes con COVID-19, señalándose que los síntomas de problemas de salud mental eran elevados entre los pacientes con COVID-19. En el conjunto de los estudios de la revisión no había diferencias en la prevalencia de los síntomas de problemas de salud mental entre los pacientes con COVID-19 en función de su situación de hospitalización, la gravedad de la infección o la duración del seguimiento. Hasta la fecha, la bibliografía presenta muchos problemas en lo que se refiere a los aspectos de salud mental de las afecciones pos-COVID-19, como escasez de estudios con grupos de control activos para poder atribuir los síntomas a la COVID-19, definiciones incongruentes de las afecciones pos-COVID-19, y una diversidad de criterios de selección de los participantes.

Cuadro 1. Tamaños agrupados del efecto de metanálisis que incluyen un cambio o una comparación con la prevalencia antes de la pandemia

Variables	Población	Estudios (n)	Comparaciones (n)	Tamaño de la muestra agrupado	Efecto agrupado *	Cambio IC del 95 %
Problemas de salud mental						
Antes vs. durante la pandemia (15)	Heterogénea	61	165	55.015	0,11	0,04 a 0,17
Antes vs. durante la pandemia (15)	General		75		0,12	0,04 a 0,19
Antes vs. marzo-abril de 2020 (15)	Heterogénea		98		0,10	0,03 a 0,19
Antes vs. mayo-julio de 2020 (15)	Heterogénea		67		0,07	-0,02, 0,16
Antes vs. durante la pandemia (15)	Afección somática preexistente		14		0,25	0,07 a 0,43
Antes vs. durante la pandemia (15)	Afección mental preexistente		25		-0,02	-0,21 a 0,18
Antes vs. durante la pandemia (15)	Estudiantes universitarios		40		0,13	-0,01 a 0,27
Antes vs. durante la pandemia (15)	Niños/adolescentes		38		0,11	-0,03 a 0,26
MSPS vs. sin MSPS (16)	General (adultos)	20		72.004	0,17	0,07 a 0,26
Ansiedad						
Antes vs. marzo-abril de 2020 (15)	Heterogénea		29		0,14	-0,02 a 0,30
Antes vs. mayo-julio de 2020 (15)	Heterogénea		23		0,05	-0,04 a 0,14
MSPS vs. sin MSPS (16)	General (adultos)	10			0,17	0,07 a 0,27
Antes vs. durante la pandemia (17)	General	23		49 746 (p) 132 145 (c)	0,40	0,15 a 0,65
Antes vs. durante la pandemia (17)	Personal de salud	13		5 508 (p) 22 204 (c)	-0,08	-0,66 a 0,49
Antes vs. durante la pandemia (17)	Pacientes con COVID-19	6		1 845 (p) 12 458 (c)	0,31	-0,07 a 0,69

Depresión						
Antes vs. marzo-abril de 2020 (15)	Heterogénea		32		0,23	0,11 a 0,34
Antes vs. mayo-julio de 2020 (15)	Heterogénea		26		0,20	0,10 a 0,30
Con MSPS vs. sin MSPS (16)	General (adultos)	9			0,15	0,01 a 0,30
Antes vs. durante la pandemia (17)	General	25		60 213 (p) 183 747 (c)	0,67	0,07 a 1,27
Antes vs. durante la pandemia (17)	Personal de salud	14		2 226 (p) 4 605 (c)	-0,16	-0,59 a 0,26
Antes vs. durante la pandemia (17)	Pacientes con COVID-19	7		1 461 (p) 21 934 (c)	0,48	-0,08 a 1,04

* Efecto agrupado = SMC (15), g de hedges (16) o SMD (17); (p) = participante de la pandemia; (c) = participantes de control. La **negrita** representa efectos significativos. MSPS = Medidas de salud pública y sociales

Limitaciones

Faltan estudios con diseños longitudinales. La mayoría de los metanálisis que cumplían los criterios se juzgaron de baja calidad, con un alto riesgo de sesgo. Además, las tasas de prevalencia a menudo se basaban en diversos instrumentos de detección, que no siempre se habían validado y que utilizaban diferentes puntuaciones de corte para distinguir los síntomas leves, moderados o graves, lo que dificulta la interpretación de las tasas entre estudios. Es importante destacar que en los metanálisis de regresión también se constató que los estudios con alto riesgo de sesgo a menudo daban tasas de prevalencia más altas. Además, en pocos estudios se examinaban los problemas de salud mental en las personas con afecciones pos-COVID-19 y en ninguna de las revisiones sistemáticas o metanálisis que cumplían los criterios se examinaban los problemas de salud mental entre determinados grupos de interés, como las personas que viven en instituciones psiquiátricas o los refugiados y otros migrantes.

Hallazgos principales

- Se registró un aumento significativo de los problemas de salud mental en la población general en el primer año de la pandemia.
- Aunque los datos son heterogéneos, a menudo se notificaron como factores de riesgo el hecho tener menor edad, ser del sexo femenino y presentar afecciones de salud preexistentes.
- Se necesitan más investigaciones sobre salud mental y COVID-19 entre poblaciones expuestas específicas y en los PIBM.

Suicidio

Tasa de mortalidad por suicidio

En la actualización de una revisión sistemática continuada del impacto de la pandemia de COVID-19 en comportamientos autolesivos y suicidas (9,21) se señalaron 51 estudios o informes de series cronológicas en las que se comparaban las tasas de suicidio nacionales o subnacionales antes y durante la pandemia de COVID-19, en respuesta a la cuestión fundamental número 2 del presente resumen. En la evaluación más completa se analizaba una serie cronológica ininterrumpida de las tendencias mensuales en 21 países (22). Ninguno de estos países notificó datos de un aumento de las tasas de suicidio en los primeros cuatro meses de la pandemia (abril-julio de 2020); y había datos de una disminución de las tasas en 12 países. Al final de octubre de 2020, en algunas zonas de otros tres países se constató una disminución de las tasas de suicidio (Ciudad de México (México); Valle del Támesis (Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte); y Victoria (Australia)), mientras que los datos mostraban aumentos de la tasa de suicidios (5%-31%) en Viena (Austria), el Japón y Puerto Rico. En otros estudios se notificaba una disminución de la mortalidad por suicidio en la provincia de Guangdong (China) (23), Nueva Delhi (India) (24) y los Estados Unidos de América (25); no se notificaron cambios en las tasas en Victoria (Australia) (26); y se notificó un aumento de las tasas en Bengala Occidental (India) (27). Hay pocos estudios procedentes de PIBM (9,22). Tras la actualización de la revisión sistemática continuada examinada aquí se publicó una revisión sistemática de estudios de los PIBM (28), en la que se encontraron solo 22 estudios, la mayoría de los cuales eran de baja calidad, sin datos de África. Los análisis de series cronológicas de siete países proporcionaron los datos más robustos, constatándose que las muertes por suicidio no habían variado o habían disminuido. Sin embargo, cabe destacar que en dos estudios publicados después de la actualización se notificaron datos nacionales de mortalidad por suicidio de dos PIBM, Nepal hasta junio de 2021 (29) e India hasta diciembre de 2020 (30), constatándose aumentos de la mortalidad por suicidio en esos entornos.

Los estudios sobre las diferencias en función del sexo y la edad dieron resultados heterogéneos. En el Japón, el aumento en las tasas de suicidio después de julio de 2020 fue mayor entre las mujeres jóvenes (<40 años) (31). Los datos de la República de Corea (32) mostraron una disminución menor de la tasa en las mujeres que en los hombres.

Sin embargo, en otros estudios no se constataron diferencias en función del sexo, ni se notificaron disminuciones mayores de las tasas en las mujeres que en los hombres, con inclusión de Australia, China, los Estados Unidos de América, la India y Suecia (25,27,33-35). Los datos de China (23) y el Japón (36) indicaron que los mayores aumentos de los suicidios registrados de julio a octubre de 2020 se dieron en niños y adolescentes de <20 años. Dos estudios realizados en dos Estados de los Estados Unidos de América (33,37) mostraron que las tasas de suicidio de los grupos étnicos minoritarios no disminuyeron tanto como las de los grupos caucásicos, lo que indica que en esos Estados la pandemia puede haber afectado desproporcionadamente a ciertos grupos minoritarios.

Actos de autolesión

En 58 estudios se notificaron datos sobre el uso de los servicios de salud por causa de autolesión durante la pandemia, principalmente entre marzo y octubre de 2020. Las constataciones fueron heterogéneas: en 28 estudios se notificó una disminución en el uso de los servicios de salud por causa de autolesión; en 19 se notificó un aumento; y en 11 se notificó que no había habido cambios. En los siete estudios calificados como de calidad alta-moderada se notificaron disminuciones en la utilización de los servicios durante los primeros meses de la pandemia. También aquí había pocos datos de los PIBM. En un estudio de Sri Lanka (38) se notificó una disminución de las presentaciones hospitalarias por causa de autointoxicación del 32% entre marzo y agosto de 2020, en comparación con las cifras anteriores a la pandemia. Cuatro estudios incluían datos de 2021, en tres se notificaba una disminución general del uso de los servicios (39-41) y en uno se notificaba un aumento en términos generales (42). En tres estudios (40-42) se notificaba un aumento de las presentaciones por causa de autolesiones entre muchachas adolescentes hasta marzo de 2021 y en un estudio (39) se notificaba un aumento general de las presentaciones por causa de autolesiones entre los adolescentes hasta mayo de 2021.

Pensamientos suicidas

En muchos estudios transversales se ha examinado la prevalencia de pensamientos suicidas durante la pandemia. Sin embargo, debido a que se han utilizado distintos cuestionarios, es difícil interpretar los resultados. En total, en la actualización de la revisión continua se examinaron 38 estudios, que: a) contenían datos de comparación prepandémicos o de control; b) contenían datos de tres o más rondas de encuestas; c) se centraban en enfermos con COVID-19; o d) contenían datos sobre el uso de los servicios de salud. Los resultados fueron heterogéneos. De los 27 estudios en que se investigaba el cambio a lo largo del tiempo, en 11 se constató un aumento de los pensamientos suicidas y en 16 no se constató ningún cambio. Cai et al. (43) compararon los pensamientos suicidas de 1173 trabajadores de la salud que trabajaban directamente con problemas médicos relacionados con la COVID-19 con los de otros trabajadores de la salud de la misma edad y sexo y no encontraron pruebas de que hubiera una diferencia.

En cuatro estudios se examinaron los efectos de las MSPS en los pensamientos suicidas. En un estudio de los Estados Unidos de América (44) se constató que los pensamientos suicidas aumentaron significativamente durante la aplicación de MSPS, del 17,6% en abril de 2020 al 30,7% en junio de 2020. Sin embargo, las presentaciones en los servicios de urgencias por causa de pensamientos suicidas disminuyeron significativamente (en un 60,6%) durante las MSPS de 2020 (por ejemplo, las órdenes de "quedarse en casa") (45). Unas altas tasas de agotamiento físico y mental en el personal médico que trabaja directamente con problemas relacionados con la COVID-19 (43), soledad (44) y el diagnóstico de COVID-19 (46) estaban todos ellos asociados a niveles más altos de pensamientos suicidas.

Datos de la revisión general sobre los pensamientos y comportamientos suicidas

Cuatro revisiones (47-50) de la revisión general cumplían los criterios para responder a la cuestión fundamental número 2, relativa a la repercusión de la pandemia de COVID-19 en los comportamientos suicidas. De una revisión sistemática (48) sobre estudios transversales, informes de casos y series de casos en Bangladesh se podía deducir que la prevalencia de pensamientos suicidas en el país había aumentado durante la pandemia. En un metanálisis (47) de 54 estudios internacionales, en su mayoría transversales (308 596 participantes), se constató un aumento de las tasas de pensamientos suicidas (10,81%), intentos de suicidio (4,68%) y autolesiones (9,63%) durante la pandemia de COVID-19 respecto de los estudios prepandémicos. Se observó que las personas más jóvenes, las mujeres y las personas que vivían en determinados países eran más susceptibles (47). Sin embargo, en otro metanálisis (49) que abarcaba 57 estudios de brotes de enfermedades infecciosas (incluida la pandemia de COVID-19) no se encontraron pruebas de un aumento de las autolesiones. En una revisión sistemática (50) sobre los pensamientos suicidas durante la pandemia se notificó una prevalencia agrupada del 12,1% sobre la base de 12 estudios principalmente transversales de diferentes grupos (y una tasa del 11,5% en la población general), que los autores notificaban más elevada que la notificada en estudios realizados antes de la pandemia. Un bajo apoyo social, el agotamiento físico y mental, la mala salud física, los trastornos del sueño, la cuarentena, la soledad y los problemas de salud mental aumentaban todos ellos el riesgo de pensamientos suicidas (50). En una revisión sistemática publicada después de la revisión general se notificaban factores de riesgo adicionales en el personal de salud tales como estar en contacto directo con pacientes con COVID-19 y unas malas condiciones de trabajo, aunque la calidad de los datos era baja y no había estudios sobre los pensamientos y comportamientos suicidas en el personal de atención social (50).

Limitaciones

La actualización de la revisión sistemática continua abarca datos principalmente de países de ingresos altos que plasman la situación existente al principio de la pandemia. En pocos estudios se investigaban las tasas de suicidio por edad, sexo, etnia o antecedentes socioeconómicos. Los estudios de pensamientos suicidas a menudo se basaban en muestras no representativas recopiladas a través de cuestionarios en línea, lo que repercute en las estimaciones de prevalencia y las asociaciones notificadas. Además, puede que los estudios de uso de los servicios no reflejen los comportamientos suicidas registrados en la comunidad y que los hallazgos reflejen interrupciones más amplias del uso de los servicios de salud durante la pandemia. Los resultados de la revisión general también son escasos, ya que solo había dos metanálisis y las revisiones eran en su mayoría de baja calidad y se basaban en datos transversales. Por último, cabe señalar que a menudo existe un retraso considerable entre la recopilación de estadísticas vitales, como la mortalidad por suicidio, y su disponibilidad pública, lo que limita la vigencia de los hallazgos del presente resumen.

Hallazgos principales

- Los datos sobre mortalidad por suicidio son heterogéneos y no indican claramente un cambio de las tasas desde que comenzó la pandemia.
- Los datos indicaron un mayor riesgo de comportamientos suicidas entre los jóvenes.
- El agotamiento (del personal de salud), la soledad y el diagnóstico positivo de COVID-19 aumentaron el riesgo de pensamientos suicidas.

Trastornos mentales preexistentes y riesgo de infección, enfermedad grave y muerte por COVID-19

Nueve revisiones de la revisión general cumplían los criterios para utilizarlas en la respuesta a la cuestión fundamental número 3, evaluar si las personas con trastornos mentales preexistentes tienen un mayor riesgo de infección, enfermedad grave y muerte por COVID-19. En general, no se encontraron pruebas congruentes con un aumento del riesgo de infección por COVID-19. En un metanálisis (52) se constató un aumento del riesgo de infección por COVID-19 (*odds ratio* (OR): 1,67; IC del 95%: 1,12–2,49) en los pacientes con trastornos afectivos, ansiedad o trastorno por déficit de atención con hiperactividad preexistentes, en comparación con la población general. Sin embargo, en otro metanálisis (53) en que se comparaban personas con y sin trastornos afectivos preexistentes no se constataron pruebas de una mayor susceptibilidad a la infección por COVID-19 (OR: 1,27; IC del 95%: 0,73 a 2,19).

En comparación con las demás, las personas con cualquier trastorno mental tenían una probabilidad más alta de ser hospitalizadas por causa de la COVID-19 (OR: 2,24; IC del 95%: 1,70–2,94) (54) y padecer una enfermedad grave por COVID-19 (OR: 1,40; IC del 95%: 1,25–1,57) (52). Estas personas también tenían una probabilidad más alta de morir en caso de infección por COVID-19 (OR entre 1,52 y 2,00) (52, 54-56), especialmente si presentaban un trastorno mental grave, como psicosis o trastorno bipolar. En los exámenes y los metanálisis también se notificaba un aumento del riesgo de que la enfermedad fuera más grave (52), de hospitalización por causa de la COVID-19 (53) y de mortalidad (54) para las personas con trastornos afectivos preexistentes. No se constató un aumento significativo del riesgo para las personas con trastornos de ansiedad (54). La gravedad de la enfermedad y el riesgo de mortalidad en personas con trastornos mentales era mayor entre las personas más jóvenes (52). Las revisiones sistemáticas de la bibliografía también confirmaron los hallazgos de los metanálisis en cuanto a que las personas con trastornos mentales graves tienen una probabilidad más alta de presentar una enfermedad grave o morir tras la COVID-19 (57-59).

Limitaciones

Aunque la mayoría de los metanálisis eran de calidad moderada o alta (52,54,55), se basaban principalmente en estudios primarios con un diseño de análisis retrospectivo de casos y controles o de cohortes. Eran escasos los estudios de cohortes prospectivos. Por lo tanto, las posibles deducciones de índole causal entre la presencia de trastornos mentales y la gravedad o morbilidad de la COVID son limitadas.

Hallazgos principales

- El riesgo de infección, enfermedad grave o muerte por causa de la COVID-19 era más alto para las personas con trastornos mentales
- Entre las personas con trastornos mentales, la gravedad de la enfermedad y la mortalidad aumentaba cuando la edad era más temprana y el trastorno más grave.
- No hay datos concluyentes de que las personas con trastornos mentales fueran más susceptibles a la infección por COVID-19.

Perturbaciones de los servicios de salud mental

Tanto la revisión general como las publicaciones pertinentes de la OMS se utilizaron para responder a la cuestión fundamental número 4, sobre la perturbación de los servicios de salud mental durante la pandemia. En la tercera ronda de la encuesta de la OMS para evaluar la continuidad de los servicios de salud esenciales durante la pandemia de COVID-19 (11), más del 33 % de los Estados Miembros de la OMS que respondieron notificaron la existencia de interrupciones en los servicios de salud mental, neurológicos y de uso de sustancias entre noviembre y diciembre de 2021. Los programas de salud mental en las escuelas (56%) y los programas de prevención y tratamiento del alcoholismo (51%) figuran entre los más afectados. Estos resultados se plasmaban en los 21 exámenes sistemáticos de la revisión general que cumplían las condiciones para evaluar las repercusiones de la pandemia en los servicios de salud mental. Durante la pandemia, las citas ambulatorias se redujeron, acortaron o pospusieron; los ingresos en los servicios de urgencias se vieron limitados; y se redujeron los servicios presenciales disponibles (60-67). Sin embargo, la gran mayoría de los Estados Miembros de la OMS también notificaron el establecimiento de nuevos servicios y la integración de la salud mental y el apoyo psicosocial en las actividades de respuesta a la COVID-19. En la misma encuesta sobre interrupciones de los servicios esenciales, más del 75% de los Estados Miembros de la OMS que respondieron notificaron la introducción de mejoras en cuanto a la magnitud de las interrupciones en los servicios de atención a los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en comparación con la situación en momentos anteriores de 2021 (11).

En la bibliografía se notificaron también cambios en la atención a la salud mental de los pacientes hospitalizados durante la pandemia. Se suspendieron actividades tales como las terapias de grupo, los actos externos y las visitas de familiares (59,65,68-70), sustituyéndose progresivamente por visitas virtuales los servicios a los pacientes ingresados y centrándose más en el autocuidado, la dieta alimentaria y la actividad física (59,62,63,68). También se dio el alta más tempranamente o se transfirió a establecimientos privados (60,61,63,65,69) a personas ingresadas en hospitales (psiquiátricos) o entornos securizados, entre ellas a personas con trastornos mentales graves (9,71,72).

Los proveedores de atención de salud mental informaron de que mitigaban las interrupciones en la prestación de sus servicios recurriendo a las tecnologías digitales, con consultas, tratamientos y seguimiento por teléfono o a través de plataformas de videoconferencia y aplicaciones web (59,64,65,71,73,74). Además, los proveedores de servicios también reasignaron personal para ayudar a prevenir la aparición de trastornos mentales en personas vulnerables mediante el establecimiento de programas de apoyo psicológico en línea y la mejora de la atención comunitaria destinada al personal de salud, las familias en duelo y las personas mayores, a veces en colaboración con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales (59,60,63,69,70).

Según la información notificada, la transición a una atención de salud mental por vía electrónica permitió una programación más flexible de los servicios, y era particularmente adecuada para ciertos grupos de personas, como las personas jóvenes y financieramente independientes que contaban con un espacio privado propio (66,74,75,77).

Entre los obstáculos notificados a la puesta en práctica de la transición de manera más amplia figuraban un bajo nivel de conocimientos básicos en materia de tecnológica (59-61,64,66,69,70,75) y la posible falta de privacidad (62,64-66,70,74,76). Otros obstáculos a la atención de salud mental por vía electrónica notificados fueron: falta de confianza y de experiencia del proveedor; recursos e infraestructura inadecuados; preocupaciones acerca de la conveniencia, el costo y la sostenibilidad (60,62,66,74,76); interacción paciente-profesional inadecuada o impersonal (64-66,75,76); y mala comunicación sobre las prescripciones médicas (60,61). En varias revisiones (59,66,69,74) se notificaron evaluaciones positivas de la transición a la atención de salud mental por vía electrónica en términos de (costo)eficacia, aceptabilidad y conveniencia, especialmente para los trastornos mentales comunes y para la atención ambulatoria (59,62,77).

Sin embargo, hay que señalar que la salud mental por vía electrónica puede ser menos factible en muchos países cuyos recursos o infraestructura son limitados.

Limitaciones

En general, las revisiones sistemáticas fueron de baja calidad. En muchas de ellas, las búsquedas se habían restringido a estudios en inglés de la primera fase de la pandemia, no utilizaban una estrategia de búsqueda integral y no tuvieron en cuenta la gran heterogeneidad de los diseños de investigación.

La valoración de la eficacia se basó en gran medida en análisis cualitativos de las experiencias de personas (por ejemplo, usuarios o proveedores de servicios), en lugar de evaluaciones exhaustivas tales como los ensayos aleatorizados.

Hallazgos principales

- Los servicios ambulatorios de salud mental se vieron interrumpidos a menudo durante la pandemia de COVID-19, lo que disminuyó el acceso a la atención esencial.
- Los informes indicaron que las interrupciones se mitigaron en parte trasladando los servicios hacia la atención de salud mental por vía electrónica.
- Se notificó que la insuficiencia de infraestructura, las desigualdades preexistentes y los bajos niveles de conocimientos en materia de tecnología suponían un obstáculo a la ciber salud.

Intervenciones psicológicas para reducir los problemas de salud mental relacionados con la pandemia de COVID-19

Antes de la pandemia de COVID-19 ya se disponía de muchas intervenciones psicológicas eficaces y basadas en evidencias para tratar los trastornos mentales, incluidas las promovidas por la OMS tales como el Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP) (78). Durante la pandemia se hicieron esfuerzos para adaptar las estrategias existentes o desarrollar nuevas intervenciones para tratar o prevenir los trastornos mentales relacionados con la pandemia y mejorar la resiliencia. Sin embargo, solo tres revisiones sistemáticas (de las que dos incluían metanálisis) incluidas en la revisión general (79-81) cumplían los criterios para utilizarlos en la evaluación de esos esfuerzos y responder a la cuestión fundamental número 5. Los dos metanálisis abarcaban de 128 a 384 participantes (todos de China) y una amplia gama de intervenciones psicosociales destinadas a pacientes con COVID-19 o personal de salud, en concreto, formación en técnicas de relajación, intervenciones basadas en Internet e intervención guiada en caso de crisis. En comparación con las condiciones de control, y en consonancia con la bibliografía prepandémica (78), se notificó que las intervenciones mejoraban significativamente la salud mental general (79) y reducían la ansiedad y la depresión, específicamente (80). En las revisiones sistemáticas de 125 y 21 estudios, respectivamente (79,81), se notificaron principalmente hallazgos derivados de ensayos (cuasi) experimentales de intervenciones destinadas a prevenir y tratar el trastorno por estrés posttraumático o el trastorno por estrés agudo con psicoterapias individuales (por ejemplo, psicoterapia cognitivo-conductual centrada en el trauma) o terapias complementarias, grupos de apoyo entre pares o primeros auxilios psicológicos, en consonancia con las actuales Orientaciones evolutivas para el manejo clínico de la COVID-19 (82). Las revisiones se centraron en personas afectadas por brotes de enfermedades infecciosas, incluida la COVID-19. La mayoría de los ensayos mostraron mejoras en los casos de ansiedad, depresión y angustia en respuesta a intervenciones (digitales) tales como la atención escalonada con psicoeducación y psicoterapia cognitivo-conductual, las intervenciones de autoayuda o la intervención breve en crisis (81).

Según lo notificado, la implementación se vio obstaculizada por la falta de profesionales de la salud mental (capacitados), especialmente en los PIBM (79,81). Algunos estudios (79,81) también destacaron la importancia del autocuidado para los profesionales que trabajan en PIBM. Solo una cuarta parte de los estudios examinaron la importancia de adaptar las intervenciones a las culturas locales y los niveles de alfabetización, lo que puede suponer un obstáculo adicional para su uso en los PIBM.

Después de haber finalizado la revisión general se publicó otra revisión sistemática y metanálisis que cumplía los criterios (83). Muchas de las intervenciones que se examinaban en ella se habían administrado de forma remota (por ejemplo, intervenciones en línea de psicoterapia cognitivo-conductual o de autoayuda) y se comparaban con la ausencia de intervención, la atención habitual o la permanencia en lista de espera. Los resultados indicaron que las intervenciones psicológicas tenían un beneficio estadísticamente significativo para la depresión (SMD: -0,40; IC del 95%: -0,76–-0,03) y la ansiedad (SMD: -0,72; IC del 95%: -1,03–-0,40).

Limitaciones

La calidad general de las revisiones y metanálisis que cumplían los criterios fue baja, con un alto riesgo de sesgo y heterogeneidad. Además, los tipos de intervenciones diferían ampliamente y carecían de detalles sobre sus componentes, lo que dificultaba la realización de comparaciones significativas. Las revisiones sistemáticas tampoco abarcan los ensayos de investigación realizados después de la primera oleada de COVID-19, y en los metanálisis no se incluyen ensayos de investigación que comparen intervenciones psicológicas adaptadas con intervenciones no adaptadas a los trastornos mentales.

Hallazgos principales

- Muchas intervenciones psicológicas basadas en datos probatorios destinadas a los trastornos mentales ya estaban disponibles antes de la pandemia de COVID-19.
- Las intervenciones psicológicas estudiadas fueron eficaces para prevenir o reducir los problemas de salud mental relacionados con la pandemia, aunque los datos son limitados.
- No había datos que compararan las intervenciones psicológicas adaptadas a la COVID-19 con las intervenciones no adaptadas.

Limitaciones generales

Muchos de los estudios identificados en la elaboración de esta revisión eran de baja calidad o tenían un diseño limitado. Por ejemplo, en un metanálisis de estudios con constataciones transversales para personal de atención de salud, las tasas de prevalencia durante la pandemia se compararon con las tasas anteriores a la pandemia, sugiriéndose que no se había registrado ningún cambio en los problemas de salud mental. Sin embargo, debido a que esos estudios carecían de evaluaciones longitudinales y, a menudo, evaluaban resultados tales como el estrés agudo o los síntomas de trastorno por estrés postraumático sin tener en cuenta la exposición a la COVID-19 como un criterio estresante, pueden haber notificado conclusiones inexactas sobre la prevalencia de síntomas relacionados con la COVID-19 en esas poblaciones (84). Es necesario repetir estudios longitudinales de cohortes y series cronológicas rigurosamente diseñados para comprender la repercusión de la COVID-19 en la salud mental y el comportamiento suicida, particularmente en grupos vulnerables específicos y para una gama más amplia de resultados de salud mental (por ejemplo, trastornos alimentarios, trastorno obsesivo compulsivo). También se necesitan más datos de los PIBM, y más estudios de cohortes de personas ingresadas en cuidados intensivos o que han presentado una afección pos-COVID-19. Además, gran parte de los datos se referían a 2020 y parte de 2021, lo que pone de relieve el retraso entre la recopilación de los datos y su disponibilidad en la bibliografía publicada.

Los datos mostraban también que la prestación presencial de servicios de salud mental se vio gravemente perturbada, al menos durante 2020-2021, y particularmente en los servicios ambulatorios. Sin embargo, se precisan más datos sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas adaptadas y administradas a distancia para los pacientes con trastornos mentales, particularmente en comparación con las intervenciones no adaptadas. Por último, se necesitan muchos más datos sobre las repercusiones a largo plazo de la pandemia tanto en el uso de los servicios de salud como en la eficacia de la atención de salud mental proporcionada en los PIBM.

Conclusiones

Los datos sugieren que la pandemia y las MSPS asociadas han provocado un aumento mundial de los problemas de salud mental, incluidas, de forma generalizada, la depresión y la ansiedad. Las personas con trastornos mentales preexistentes también tienen un mayor riesgo de sufrir una enfermedad grave y morir por COVID-19 y deben considerarse un grupo de riesgo cuando se les diagnostica la infección. En términos generales, los datos indicaron que las tasas de suicidio en la mayoría de los países no aumentaron al comienzo de la pandemia. Sin embargo, hubo indicios de un aumento del riesgo en los jóvenes, y el impacto a largo plazo de la pandemia y la recesión económica asociada en la salud mental y las tasas de suicidio sigue siendo motivo de preocupación, dado el vínculo bien reconocido entre los comportamientos suicidas y las dificultades económicas (85). Por último, antes de la COVID-19, solo una minoría de personas con problemas de salud mental recibía tratamiento. Los estudios muestran que la pandemia ha ampliado aún más la brecha de tratamiento de salud mental, y los servicios de salud mental ambulatorios se han visto particularmente perturbados.

La OMS reconoce esas repercusiones y sigue considerando la salud mental como un servicio de salud esencial que debe mantenerse durante la pandemia de COVID-19 (11). Del mismo modo, los Estados Miembros de la OMS han hecho hincapié en la importancia de ampliar los servicios de salud mental y los apoyos psicosociales como componentes integrales de la cobertura sanitaria universal y en la preparación, respuesta y recuperación ante emergencias de salud pública (86). En respuesta a la pandemia, la OMS y sus asociados han desarrollado una amplia gama de recursos para atender las necesidades de salud mental durante la pandemia y siguen trabajando para promover la resiliencia y la recuperación.¹¹

Planes de actualización

La OMS sigue vigilando estrechamente la situación para detectar cualquier cambio que pueda afectar la presente reseña científica. Si algún factor cambia, la OMS publicará una actualización.

¹ Para más información pueden consultar las páginas <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/mental-health-and-covid-19> y <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-mhpss-products-related-covid-19>.

Nota de agradecimiento

Damos las gracias a los siguientes asociados por dirigir la elaboración del presente resumen: A.B. Witteveen, E.M. Sijbrandij, P. Cuijpers, S. Young, D. Franzoi, M. Gasior, C. Palantza, S. Wang (Departamento de Psicología Clínica, Neuropsicología y Psicología del Desarrollo, Instituto de Salud Pública de Ámsterdam y Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud para la Investigación y Difusión de Intervenciones Psicológicas, Vrije Universiteit, Ámsterdam (Países Bajos)); F. Bertolini, C. Cadorin, M. Purgato, C. Barbui (Universidad de Verona y Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Formación en Salud Mental y Evaluación de Servicios, Verona (Italia)); J. van der Waerden, N. Downes y M. Melchior (Instituto Pierre Louis de Epidemiología y Salud Pública, INSERM y Universidad de la Sorbona (Francia)); M. Cabello y JL Ayuso Mateos (Departamento de Psiquiatría, Universidad Autónoma de Madrid, Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y Formación en Servicios de Salud Mental de la Universidad Autónoma de Madrid (España) y Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, Instituto de Salud Carlos III, Madrid (España)); A. John (Population Data Science, Universidad de Swansea, Swansea y Public Health Wales NHS Trust, Swansea (Reino Unido)) y D. Gunnell (Population Health Sciences, Universidad de Bristol, Bristol y National Institute for Health Research Biomedical Research Centre del University Hospitals Bristol NHS Foundation Trust y Universidad de Bristol, Bristol (Reino Unido)).

También damos las gracias a los miembros del Comité Directivo del Resumen Científico por sus contribuciones: Y. Gan (Escuela de Ciencias Psicológicas y Cognitivas de la Universidad de Pekín (China)), O. Gureje (Universidad de Ibadán y Centro Colaborador de la OMS de Investigaciones y Capacitación en Salud Mental, Neurociencia y Abuso de Sustancias, Departamento de Psiquiatría, Ibadán (Nigeria)), B. Hall (Escuela de Salud Pública Mundial, NYU Shanghai (China)), B. Khoury (Universidad Americana de Beirut (Líbano)), C.H. Kristensen (Pontificia Universidad Católica de Rio Grande do Sul, Porto Alegre (Brasil)) y D. Nadera (Escuela Ateneo de Medicina y Salud Pública, Manila (Filipinas)).

Asimismo, damos las gracias a los miembros del equipo de Suicide Living Systematic Review, en particular a R. Webb (División de Psicología y Salud Mental, Universidad de Manchester, Manchester (Reino Unido) y NIHR Greater Manchester Patient Safety Translational Research Centre, Manchester (Reino Unido)), S. Steeg (Centro de Salud Mental y Seguridad, División de Psicología y Salud Mental, Universidad de Manchester) y D. Dekel (Population Data Science, Universidad de Swansea, Swansea) por sus contribuciones.

OMS: Brandon Gray, Mark van Ommeren, Sian Lewis, Aemal Akhtar, Fahmy Hanna, Alexandra Fleischmann, Dan Chisholm, Dévora Kestel (Departamento de Salud Mental y Consumo de Sustancias).

Declaración de intereses: Todos los miembros del foro tuvieron que cumplimentar los formularios de declaración de intereses de la OMS, que se examinaron de conformidad con las políticas y procedimientos de la OMS. No hubo conflictos de intereses que requirieran un plan de gestión.

Financiación: La financiación para el presente trabajo fue proporcionada por el Ministerio Federal de Salud (BMG) de Alemania.

Referencias

1. Policy brief: COVID-19 and the need for action on mental health. Nueva York: Naciones Unidas; 2020 (<https://unsdg.un.org/es/resources/informe-de-politicas-covid-19-y-la-necesidad-de-actuar-en-relacion-con-la-salud-mental>), consultado el 6 de enero de 2022).
2. Pierce M, McManus S, Hope H, Hotopf M, Ford T, Hatch SL, et al. Mental health responses to the COVID-19 pandemic: a latent class trajectory analysis using longitudinal UK data. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(7):610–619. doi:10.1016/S2215-0366(21)00151-6.
3. Rogers JP, Chesney E, Oliver D, Pollak TA, McGuire P, Fusar-Poli P, et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(7):611–627. doi:10.1016/S2215-0366(20)30203-0.
4. Janiri D, Carfi A, Kotzalidis GD, Bernabei R, Landi F, Sani G, et al. Posttraumatic stress disorder in patients after severe COVID-19 infection. *JAMA Psychiatry*. 2021;78(5):567–569. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.0109.
5. Soltani S, Tabibzadeh A, Zakeri A, Mohammad Zakeri A, Latifi T, Shabani M, et al. COVID-19 associated central nervous system manifestations, mental and neurological symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Rev Neurosci*. 2021;32(3):351–361. doi:10.1515/revneuro-2020-0108.
6. Gunnell D, Appleby L, Arensman E, et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(6):468–471 doi: 10.1016/s2215-0366(20)30171-1.
7. Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2021;398(10312):1700–1712. doi:10.1016/S0140-6736(21)02143-7.
8. Witteveen AB, Young S, Cuijpers P, Ayuso Mateos JL, Barbui C, Bertolini F, et al. COVID-19 and mental health: an umbrella review of systematic reviews with or without meta-analyses. In: OSF Registries [repository]. Charlottesville: Centre for Open Science; 2021 (<https://osf.io/jf4z2>, consultado el 4 de enero de 2022).
9. John A, Eyles E, Webb RT, Okolie C, Schmidt L, Arensman E, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on self-harm and suicidal behaviour: update of living systematic review. *F1000Research*. 2021;9:1097. doi:10.12688/f1000research.25522.2.

10. Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334048?locale-attribute=es&>, consultado el 6 de enero de 2022).
11. Third round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: November-December 2021. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2022.1, consultado el 9 de febrero de 2022).
12. Action required to address the impacts of the COVID-19 pandemic on mental health and service delivery systems in the WHO European Region Recommendations from the Technical Advisory Group on the Mental Health Impacts of COVID-19 in the WHO European Region. Copenhagen: Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa; 2021 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342932/WHO-EURO-2021-2845-42603-59267-eng.pdf>, consultado el 14 de enero de 2022).
13. Rodin D, van Ommeren M. Commentary: Explaining enormous variations in rates of disorder in trauma-focused psychiatric epidemiology after major emergencies. *Int. J. Epidemiol.* 2009; 38(4):1045-1048. doi:10.1093/ije/dyp203.
14. Shea BJ et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ.* 2017;358:j4008. doi:10.1136/bmj.j4008.
15. Robinson E, Sutin AR, Daly M, Jones A. A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies comparing mental health before versus during the COVID-19 pandemic in 2020. *J Affect Disord.* 2022;296:567–576. doi:10.1016/j.jad.2021.09.098.
16. Prati G, Mancini AD. The psychological impact of COVID-19 pandemic lockdowns: a review and meta-analysis of longitudinal studies and natural experiments. *Psychol Med.* 2021; 51(2):201–211. doi:10.1017/S0033291721000015.
17. Kunzler AM, Rötthke N, Günthner L, Stoffers-Winterling J, Tüscher O, Coenen M, et al. Mental burden and its risk and protective factors during the early phase of the SARS-CoV-2 pandemic: systematic review and meta-analyses. *Global Health.* 2021;17(1):1–29. doi:10.1186/s12992-021-00670-y.
18. Racine N, Anne McArthur B, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: a meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2021;175(11):1142–1150. doi:10.1001/jamapediatrics.2021.2482.
19. Ma L, Mazidi M, Li K, Li Y, Chen S, Kirwan R, et al. Prevalence of mental health problems among children and adolescents during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2021;293:78–89. doi:10.1016/j.jad.2021.06.021.
20. Badenoch JB, Rengasamy ER, Watson C, Jansen K, Chakraborty S, Sundaram RD, et al. Persistent neuropsychiatric symptoms after COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Brain Commun.* 2021;4(1):fcab297. doi:10.1093/braincomms/fcab297.
21. John A, Okolie C, Eyles E, Webb RT, Schmidt L, McGuinness LA, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on self-harm and suicidal behaviour: a living systematic review. *F1000Res.* 2020;9:1097. doi:10.12688/f1000research.25522.1.
22. Pirkis J, John A, Shin S, DelPozo-Banos M, Arya V, Analuisa-Aguilar P, et al. Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *Lancet Psychiatry.* 2021;8(7):579–588. doi:10.1016/S2215-0366(21)00091-2.
23. Zheng XY, Tang S-L, Ma S-L, Guan W-J, Xu X, Xu H, et al. Trends of injury mortality during the COVID-19 period in Guangdong, China: a population-based retrospective analysis. *BMJ Open.* 2021;11(6):e045317. doi:10.1136/bmjopen-2020-045317.
24. Behera C, Gupta SK, Singh S, Balhara YPS. Trends in deaths attributable to suicide during COVID-19 pandemic and its association with alcohol use and mental disorders: findings from autopsies conducted in two districts of India. *Asian J Psychiatr.* 2021;58:102597. doi: 10.1016/j.ajp.2021.102597.
25. Faust JS, Du C, Dickerson Mayes K, Li S-X, Lin Z, et al. Mortality from drug overdoses, homicides, unintentional injuries, motor vehicle crashes, and suicides during the pandemic, March-August 2020. *JAMA.* 2021;326(1):84–86. doi:10.1001/jama.2021.8012.
26. Dwyer J, Dwyer J, Hiscock R, O'Callaghan C, Taylor K, Millar C, et al. COVID-19 as a context in suicide: early insights from Victoria, Australia. *Aust N Z J Public Health.* 2021;45(5):517–522. doi:10.1111/1753-6405.13132.
27. Sengupta D, Saha S, Prasad R, Bharatee P. Pattern of suicidal deaths in the first month of lockdown at a tertiary care hospital: A time trend analysis. *Indian J Forensic Med Toxicol.* 2020;14(4):167–172. doi:10.37506/ijfimt.v14i4.11462.
28. Knipe D, John A, Padmanathan P, Eyles E, Dekel D, Higgins J P, et al. Suicide and self-harm in low-and middle-income countries during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *medRxiv.* doi:10.1101/2021.09.03.21263083.
29. Acharya B, Subedi K, Acharya P, Ghimire S. Association between COVID-19 pandemic and the suicide rates in Nepal. *PloS one.* 2022;17(1):e0262958. doi:10.1371/journal.pone.0262958.
30. Menon V, Cherian AV, Vijayakumar L. Rising incidence and changing demographics of suicide in India: Time to recalibrate prevention policies? *Asian J Psychiatr.* 2021;69:102983. doi:10.1016/j.ajp.2021.
31. Ueda M, Nordström R, Matsubayashi T. Suicide and mental health during the COVID-19 pandemic in Japan. *J Public Health (Oxf).* 2021;fdab113. doi:10.1093/pubmed/fdab113.

32. Kim AM. The short-term impact of the COVID-19 outbreak on suicides in Korea. *Psychiatry Res.* 2021;295:113632. doi:10.1016/j.psychres.2020.113632.
33. Mitchell TO, Li L. State-level data on suicide mortality during COVID-19 quarantine: early evidence of a disproportionate impact on racial minorities. *Psychiatry Res.* 2021;295:113629. doi:10.1016/j.psychres.2020.113629.
34. Leske S, Kõlves K, Crompton D, Arensman E, de Leo D. Real-time suicide mortality data from police reports in Queensland, Australia, during the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis. *Lancet Psychiatry.* 2021;8(1):58–63. doi:10.1016/S2215-0366(20)30435-1.
35. Rück C, Mataix-Cols D, Malki K, Adler M, Flygare O, Runeson B, et al. Will the COVID-19 pandemic lead to a tsunami of suicides? A Swedish nationwide analysis of historical and 2020 data. medRxiv. 2020:preprint. doi:10.1101/2020.12.10.20244699.
36. Tanaka T, Okamoto S. Increase in suicide following an initial decline during the COVID-19 pandemic in Japan. *Nat Hum Behav.* 2021;5(2):229–238. doi:10.1038/s41562-020-01042-z.
37. Bray MJC, Daneshvari NO, Radhakrishnan I, Cubbage J, Eagle M, Southall P, et al. Racial differences in statewide suicide mortality trends in Maryland during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *JAMA Psychiatry.* 2021;78(4):444–447. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.3938.
38. Knipe D, Silva T, Aroos A, Senarathna L, Hettiarachchi NM, Galappaththi SR, et al. Hospital presentations for self-poisoning during COVID-19 in Sri Lanka: an interrupted time-series analysis. *Lancet Psychiatry.* 2021;8(10):892–900. doi:10.1016/S2215-0366(21)00242-X.
39. Steeg S, Bojanić L, Tilston G, Williams R, Jenkins DA, Carr MJ, et al. Temporal trends in primary care-recorded self-harm during and beyond the first year of the COVID-19 pandemic: time series analysis of electronic healthcare records for 2.8 million patients in the Greater Manchester Care Record. *EClinicalMedicine.* 2021;41:101175. doi:10.1016/j.eclinm.2021.101175.
40. Yard E, Radhakrishnan L, Ballesteros MF, Sheppard M, Gates A, Stein Z, et al. Emergency department visits for suspected suicide attempts among persons aged 12–25 years before and during the COVID-19 pandemic — United States, January 2019–May 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2021;70(24):888–894. doi:10.15585/mmwr.mm7024e1.
41. DelPozo-Banos M, Chim Lee S, Friedmann Y, Akbari A, Torabi F, Llyod K, et al. Healthcare presentations with self-harm and the association with COVID-19: an e-cohort whole-population-based study using individual-level linked routine electronic health records in Wales, UK, 2016–March 2021. medRxiv. 2021:preprint. doi:10.1101/2021.08.13.21261861.
42. Gracia R, Pamias M, Mortier P, Alonso J, Pérez V, Palao D. Is the COVID-19 pandemic a risk factor for suicide attempts in adolescent girls? *J Affect Disord.* 2021;292:139–141. doi:10.1016/j.jad.2021.05.044.
43. Cai Q, Feng H, Huang J, Wang M, Wang Q, Lu X, et al. The mental health of frontline and non-frontline medical workers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: a case-control study. *J Affect Disord.* 2020;275:210. doi:10.1016/j.jad.2020.06.031.
44. Killgore WDS, Cloonan SA, Taylor EC, Allbright MC, Dailey NS. Trends in suicidal ideation over the first three months of COVID-19 lockdowns. *Psychiatry Res.* 2020;293:113390. doi:10.1016/j.psychres.2020.113390.
45. Smalley CM, Malone Jr DA, Meldon SW, Borden BL, Simon EL, Muir MR, et al. The impact of COVID-19 on suicidal ideation and alcohol presentations to emergency departments in a large healthcare system. *Am J Emerg Med.* 2021;41:237–238. doi:10.1016/j.ajem.2020.05.093.
46. Iob E, Steptoe A, Fancourt D. Abuse, self-harm and suicidal ideation in the UK during the COVID-19 pandemic. *Br J Psychiatry.* 2020;217(4):543–546. doi:10.1192/bjp.2020.130.
47. Dubé JP, Smith MM, Sherry SB, Hewitt PL, Stewart SH. Suicide behaviors during the COVID-19 pandemic: a meta-analysis of 54 studies. *Psychiatry Res.* 2021;301:113998. doi:10.1016/j.psychres.2021.113998.
48. Mamun MA. Suicide and suicidal behaviors in the context of COVID-19 pandemic in Bangladesh: a systematic review. *Psychol Res Behav Manag.* 2021;14:695. doi:10.2147/PRBM.S315760.
49. Rogers JP, Chesney E, Oliver D, Begum N, Saini A, Wang S, et al. Suicide, self-harm and thoughts of suicide or self-harm in infectious disease epidemics: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2021;30:e32. doi:10.1017/S2045796021000214.
50. Farooq S, Tunmore J, Ali MW, Ayub M. Suicide, self-harm and suicidal ideation during COVID-19: a systematic review. *Psychiatry Res.* 2021;306:114228. doi:10.1016/j.psychres.2021.114228.
51. Eyles E, Moran P, Okolie C, Dekel D, Macleod-Hall C, Webb RT, et al. Systematic review of the impact of the COVID-19 pandemic on suicidal behaviour amongst health and social care workers across the world. *J Affect Disord.* 2021:100271. doi:10.1016/j.jad.2021.100271.
52. Liu L, Ni S-Y, Yan W, Lu Q-D, Zhao Y-M, Xu Y-Y, et al. Mental and neurological disorders and risk of COVID-19 susceptibility, illness severity and mortality: a systematic review, meta-analysis and call for action. *EClinicalMedicine.* 2021;40:101111. doi:10.1016/j.eclinm.2021.101111.
53. Ceban F, Nobo D, Carvalho IP, Lee Y, Nasri F, Xiong J, et al. Association between mood disorders and risk of COVID-19 infection, hospitalization, and death: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2021;78(10):1079–1091. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.1818.

54. Vai B, Mazza MG, Colli CD, Foiselle M, Allen B, Benedetti F, et al. Mental disorders and risk of COVID-19-related mortality, hospitalisation, and intensive care unit admission: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(9):797–812. doi:10.1016/S2215-0366(21)00232-7.
55. Toubasi AA, AbuAnzeh RB, Tawileh HBA, Aldebei RH, Alryalat SAS. A meta-analysis: the mortality and severity of COVID-19 among patients with mental disorders. *Psychiatry Res*. 2021;299:113856. doi:10.1016/j.psychres.2021.113856.
56. Fond G et al. Association between mental health disorders and mortality among patients with COVID-19 in 7 countries: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2021;78(11):1208–1217. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.2274.
57. Karaoulanis SE, Christodoulou NG. Do patients with schizophrenia have higher infection and mortality rates due to COVID-19? A systematic review. *Psychiatriki*. 2021;32(3):219–223. doi:10.22365/jpsych.2021.027.
58. Murphy L, Markey K, O'Donnell C, Moloney M, Doody O. The impact of the COVID-19 pandemic and its related restrictions on people with pre-existent mental health conditions: a scoping review. *Arch Psychiatr Nurs*. 2021;35(4):375–394. doi:10.1016/j.apnu.2021.05.002.
59. Lemieux AJ, Dumais Michaud A-A, Damasse J, Morin-Major J-K, Nguyen TN, Lesage A, et al. Management of COVID-19 for persons with mental illness in secure units: a rapid international review to inform practice in Québec. *Vict Offender*. 2020;15(7–8):1337–1360. doi:10.1080/15564886.2020.1827111.
60. Baumgart JG, Kane H, El-Hage W, Deloyer J, Maes C, Lebas M-C, et al. The early impacts of the COVID-19 pandemic on mental health facilities and psychiatric professionals. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(15):8034. doi:10.3390/ijerph18158034.
61. Cabrera MA, Karamsetty L, Simpson SA. Coronavirus and its implications for psychiatry: a rapid review of the early literature. *Psychosomatics*. 2020;61(6):607–615. doi:10.1016/j.psym.2020.05.018.
62. Chiesa V, Antony G, Wismar M, Rechel B. COVID-19 pandemic: health impact of staying at home, social distancing and 'lockdown' measures-a systematic review of systematic reviews. *J Public Health (Oxf)*. 2021;43(3):e462–e481. doi:10.1093/pubmed/fdab102.
63. Clemente-Suárez VJ, Martín-González MB, Benitez-Agudelo JC, Navarro-Jiménez E, Beltran-Velasco AI, Ruisoto P, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on mental disorders. A critical review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(19):10041. doi:10.3390/ijerph181910041.
64. Meloni S, de Girolamo G, Rossi R. COVID-19 and mental health services in Europe. *Epidemiol Prev*. 2020;44(5–6):383–393. doi:10.19191/EP20.5-6.S2.142.
65. Rains LS, Johnson S, Barnett P, Steare T, Needle JJ, Carr S, et al. Early impacts of the COVID-19 pandemic on mental health care and on people with mental health conditions: framework synthesis of international experiences and responses. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2021;56(1):13–24. doi:10.1007/s00127-020-01924-7.
66. Siegel A, Zuo Y, Moghaddamcharkari N, McIntyre RD, Rosenblat JD. Barriers, benefits and interventions for improving the delivery of telemental health services during the coronavirus disease 2019 pandemic: a systematic review. *Curr Opin Psychiatry*. 2021;34(4):434–443. doi:10.1097/YCO.0000000000000714.
67. Minozzi S, Saulle R, Amato L, Davoli M. [Impact of social distancing for covid-19 on young people: type and quality of the studies found through a systematic review of the literature]. *Recenti Prog Med*. 2021;112(5):E51–E67. doi:10.1701/3608.35881.
68. Raphael J, Winter R, Berry K. Adapting practice in mental healthcare settings during the COVID-19 pandemic and other contagions: systematic review. *BJPsych Open*. 2021;7(2):e62. doi:10.1192/bjo.2021.20.
69. Yue JL, Yan W, Sun Y-K, Yuan K, Su S-Z, Han Y, et al. Mental health services for infectious disease outbreaks including COVID-19: A rapid systematic review. *Psychol Med*. 2020;50(15):2498–2513. doi:10.1017/S0033291720003888.
70. Murphy JK, Khan A, Sun Q, Minas H, Hatcher S, Ng CH, et al. Needs, gaps and opportunities for standard and e-mental health care among at-risk populations in the Asia Pacific in the context of COVID-19: a rapid scoping review. *Int J Equity Health*. 2021;20(1):161. doi:10.1186/s12939-021-01484-5.
71. Fornaro M, De Prisco M, Billeci M, Ermini E, Young AH, Lafer B, et al. Implications of the COVID-19 pandemic for people with bipolar disorders: a scoping review. *J Affect Disord*. 2021;295:740–751. doi:10.1016/j.jad.2021.08.091.
72. Samji H, Wu J, Ladak A, Vossen C, Stewart E, Dove N, et al. Review: mental health impacts of the COVID-19 pandemic on children and youth - a systematic review. *Child Adolesc Ment Health*. 2021. doi:10.1111/camh.12501.
73. Abd-Alrazaq A, Hassan A, Abuelezz I, Ahmed A, Alzubaidi MS, Shah U, et al. Overview of technologies implemented during the first wave of the COVID-19 pandemic: scoping review. *J Med Internet Res*. 2021;23(9):e29136. doi:10.2196/29136.
74. Li H, Glecia A, Kent-Wilkinson A, Leidl D, Kleib M, Risling T. Transition of mental health service delivery to telepsychiatry in response to COVID-19: a literature review. *Psychiatr Q*. 2021:1–17. doi:10.1007/s11126-021-09926-7.
75. Selick A, Bobbette N, Lunskey Y, Hamdani Y, Rayner J, Durbin J. Virtual health care for adult patients with intellectual and developmental disabilities: a scoping review. *Disabil Health J*. 2021;14(4):101132. doi:10.1016/j.dhjo.2021.1001132.
76. Thenral M, Annamalai A. Telepsychiatry and the role of artificial intelligence in mental health in post-COVID-19 India: a scoping review on opportunities. *Indian J Psychol Med*. 2020;42(5):428–434. doi:10.1177/0253717620952160.

77. Ardekani A, Hosseini SA, Tabari P, Rahimian Z, Feili A, Amini M, et al. Student support systems for undergraduate medical students during the COVID-19 pandemic: a systematic narrative review of the literature. *BMC Med Educ.* 2021;21(1):352. doi:10.1186/s12909-021-02791-9.
78. Centro de Recursos del Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP) [base de datos en línea], Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme/evidence-centre>, consultado el 6 de enero de 2022).
79. Damiano RF, Di Santi T, Beach S, Pan PM, Lucchetti AL, Smith FA, et al. Mental health interventions following COVID-19 and other coronavirus infections: a systematic review of current recommendations and meta-analysis of randomized controlled trials. *Braz J Psychiatry.* 2021;43(6):665–678. doi:10.1590/1516-4446-2020-1582.
80. Ding H, He F, Lu Y-G, Hao S-W, Fan X-J. Effects of non-drug interventions on depression, anxiety and sleep in COVID-19 patients: a systematic review and meta-analysis. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2021;25(3):1087–1096. doi:10.26355/eurrev_202101_24679.
81. Soklaridis S, Lin E, Lalani Y, Rodak T, Sockalingam S. Mental health interventions and supports during COVID-19 and other medical pandemics: a rapid systematic review of the evidence. *Gen Hosp Psychiatry.* 2020;66:133–146. doi:10.1016/j.genhosppsy.2020.08.007.
82. Orientaciones evolutivas para el manejo clínico de la COVID-19. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2021-1>, consultado el 6 de enero de 2022).
83. Doherty A, Benedetto V, Harris C, Boland P, Christian DL, Hill J, et al. The effectiveness of psychological support interventions for those exposed to mass infectious disease outbreaks: a systematic review. *BMC Psychiatry.* 2021;21(1):592. doi:10.1186/s12888-021-03602-7.
84. Norrholm SD, Zalta A, Zoellner L, Powers A, Tull MT, Reist C, et al. Does COVID-19 count?: Defining Criterion A trauma for diagnosing PTSD during a global crisis. *Depress Anxiety.* 2021;38(9):882–885. doi:10.1002/da.23209.
85. Chang S-S, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ.* 2013;347(7925):f5239. doi:10.1136/bmj.f5239.
86. WHA74(14). Preparación en materia de salud mental para la pandemia de COVID-19 y respuesta conexa. En: 74.^a Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 24 de mayo – 1 de junio de 2021. Resoluciones y decisiones, anexos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (https://apps.who.int/gb/or/s/s_wha74r1.html, consultado el 6 de enero de 2022).

© Organización Mundial de la Salud 2022. Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

WHO reference number: WHO/2019-nCoV/Sci_Brief/Mental_health/2022.1