

Facultade de Enfermaría e Podoloxía



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

TRABALLO DE FIN DE GRAO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2021/2022

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA PANDEMIA

Dolores Parapar Durán

Director(es): Natalia Sobrido Prieto

INDICE DE TABLAS	3
ACRÓNIMOS	4
RESUMEN	5
RESUMO.....	6
ABSTRACT	7
1.- INTRODUCCIÓN	8
1.1.- COVID-19.....	8
1.2.-Confinamiento	8
1.3.- Aislamiento social y efectos en la salud mental.....	9
1.4.- Escalas depresión y ansiedad	9
2.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS	11
3.- METODOLOGÍA.....	12
3.1.-Criterios de selección	12
3.2.-Estrategia de búsqueda	12
3.3.-Selección de artículos	13
3.4.-Establecimiento de variables y extracción de datos.....	13
4.-RESULTADOS	14
4.1.- Datos sobre los estudios	14
4.2.- Distribución por edad	15
4.3.- País y patología a estudio	16
4.4.- Población y sexo.....	17
4.5.- Escalas de depresión y ansiedad con sus cifras obtenidas.....	19
4.6.- Resultados de ansiedad y depresión por género	20
5.-DISCUSIÓN	21
6.- LIMITACIONES	23
7.-CONCLUSIÓN.....	24
8.-BIBLIOGRAFÍA.....	25

INDICE DE TABLAS

Tabla I. <i>Datos sobre los estudios</i>	14
Tabla II. <i>Edad a la que más afectan las patologías</i>	15
Tabla III. <i>Países estudiados y patologías identificadas</i>	16
Tabla IV. <i>Población total y diferencia por género</i>	17
Tabla V. <i>Escalas de depresión y ansiedad</i>	19

ACRÓNIMOS

SARS	En inglés: Severe Acute Respiratory Syndrome En español: Síndrome Respiratorio Agudo Severo
OMS	Organización Mundial de la Salud
EE. UU.	Estados Unidos de América
GAD 7	Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada
DASS 21	Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés
BDI - II	Inventario de Depresión de Beck – versión II
STAI	Cuestionario de Ansiedad Estado – Rasgo
MDI	Inventario de Depresión Mayor
PHQ - 9	Cuestionario de Salud del Paciente
CESD	Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos-Depresión
GADS	Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg

RESUMEN

Introducción: A finales de 2019 se originó en China el virus conocido como COVID- 19, este se extendió a por todo el mundo originando una crisis sanitaria que causó una pandemia, obligando a la población a realizar confinamiento para prevenir la expansión de la enfermedad. Dicho confinamiento generó aislamiento social y miedo dejando detrás una pandemia silenciosa de enfermedades mentales.

Objetivos: Revisar la literatura actual, en busca de la existencia de evidencia sobre si el confinamiento causado por el COVID- 19 fomentó la aparición de la depresión y la ansiedad en la población adulta sana.

Métodos: Se realizó una búsqueda de la bibliografía y una lectura crítica de publicaciones en bases de datos: Pubmed, Web of Science, Scopus.

Resultados: Encontramos que la mayoría de la participación en los estudios fue femenina, menos en uno de ellos (1). Pero en todos los estudios concuerdan, en mayor o menor medida, con aumento de la ansiedad y depresión a raíz del confinamiento fruto de la pandemia.

Conclusión: Los datos corroboran que tras el confinamiento hubo una ola de ansiedad y depresión siendo las más afectados las mujeres y los jóvenes. Debemos destacar que esto va variando en distintas fechas, llegando al pico más alto de ansiedad y depresión en mayo, pasando antes por subidas y bajadas.

Palabras clave: cuarentena, ansiedad, depresión y COVID.

RESUMO

Introdución: A finais do 2019 orixinou en China o virus coñecido como COVID- 19, este estendeuse por todo o mundo orixinando unha crise sanitaria que causou unha pandemia, obrigando á poboación a realizar confinamento para previr a expansión da enfermidade. Dito confinamento xerou illamento social e medo xenaralizado deixando detrás unha pandemia silenciosa de enfermidades mentais.

Obxectivos: Revisar a literatura actual, en busca da existencia de evidencia sobre se o confinamento causado polo COVID- 19 fomentou a aparición da depresión e a ansiedade na poboación adulta sa.

Métodos: Realizouse unha procura da bibliografía e unha lectura crítica de publicacións en bases de datos: Pubmed, Web of Science, Scopus.

Resultados: comprobamos que a maior parte da participación nos estudos foi feminina, menos nun deles (1). Pero en todos os estudos coinciden, en maior ou menor medida, co aumento da ansiedade e da depresión como consecuencia do confinamento fruto da pandemia.

Conclusión: os datos corroboran que despois do confinamento houbo unha onda de ansiedade e depresión, sendo as mulleres e os mozos os máis afectados. Hai que sinalar que esta varía en diferentes datas, acadando o pico máis alto de ansiedade e depresión en maio, pasando antes por subidas e baixadas.

Palabras clave: corentena, ansiedade, depresión e COVID.

ABSTRACT

Objectives: To review the current literature, looking for the existence of evidence on whether the confinement caused by COVID-19 promoted the appearance of depression and anxiety in the healthy adult population.

Methodology: A search of the bibliography and a critical reading of publications in databases were carried out: Pubmed, Web of Science, Scopus.

Results: We found that most of the participation in the studies was female, less in one of them (1). But in all the studies they agree, to a greater or lesser extent, with an increase in anxiety and depression as a result of confinement as a result of the pandemic.

Conclusion: The data corroborate that after confinement there was a wave of anxiety and depression, with women and young people being the most affected. We must point out that this varies on different dates, reaching the highest peak of anxiety and depression in May, going through ups and downs before.

Keywords: quarantine, anxiety, depression and COVID.

1.- INTRODUCCIÓN

1.1.- COVID-19

Los coronavirus son una extensa familia de virus que pueden causar enfermedades tanto en animales como en humanos, en estos últimos causan infecciones respiratorias que pueden ir desde el resfriado común hasta enfermedades más graves como el síndrome respiratorio agudo severo (SARS) causando en casos graves neumonía bilateral. (2)

A finales del año 2019 apareció en China la Covid – 19, causada por el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-Cov-2). Tanto la enfermedad como el nuevo virus eran desconocidos para el mundo antes de que estallase un brote en Wuhan. En dicha ciudad se reportan varios casos de neumonía de causa desconocida, su rápida expansión hace que la OMS (Organización Mundial de la Salud) declare una emergencia sanitaria de preocupación internacional. (2)

El virus se propagó rápidamente por China, los países vecinos y por todo el mundo, teniendo como resultado una pandemia mundial. (3)

1.2.-Confinamiento

En poco tiempo diferentes países europeos crearon estados de alarma y con ellos se estableció un confinamiento de la ciudadanía. Estas medidas preventivas complicaron no solo el funcionamiento de los diferentes gobiernos (sistemas sanitarios colapsados, cierre de empresas, etc), sino que también tuvo importantes consecuencias en la vida diaria de la ciudadanía. (4)

En esta cuarentena hubo excepciones donde solo podían salir de casa aquellas personas cuyo trabajo se considera esencial, pero solo podrían salir para realizar dicha tarea. También se podría salir a realizar compra de comida y a cuidar a personas en situación vulnerable.(5)

Este confinamiento no tuvo piedad con hijos de padres separados, abuelos mayores, hijos que vivan solos y tuvieron que pasar esta dura situación sin el apoyo familiar, con parejas separadas durante lo que sería un periodo de 15 días que se alargó. (6)

1.3.- Aislamiento social y efectos en la salud mental

La cuarentena tuvo eficacia para frenar la propagación del virus, pero generó en la población aislamiento social, entendiéndolo como el estado objetivo en el que un individuo se encuentra solo, y es una condición suficiente, pero no necesaria, para producir el sentimiento subjetivo de soledad. (3)

El miedo general de la población por el no saber qué va a pasar, la incertidumbre de la situación económica personal y el miedo al contagio tanto personal como a algún familiar ha generado un gran impacto a la salud mental de la población. (7)

Por todo esto, los expertos han advertido sobre el posible impacto psicológico que puede sufrir la población luego de estar sometida a esta serie de circunstancias traídas por el encierro y la pandemia.(8)

1.4.- Escalas depresión y ansiedad

A lo largo de esta revisión hablaremos y mencionaremos varios tipos de escalas que medirán la ansiedad y/o depresión en los diferentes artículos a estudio:

- GAD 7 (Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada): es un cuestionario de 7 ítems que realizan los pacientes de manera autónoma y mediante este podemos identificar síntomas de la ansiedad generalizada. (9)
- DASS 21 (Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés): evalúan la presencia de afectos negativos de depresión y ansiedad, discriminando lo máximo posible estas condiciones. (10)
- BDI-II (Inventario de depresión de Beck – versión II): escala que se utiliza para la detección de síntomas depresivos y ansiosos clínicamente significativos. (11)
- STAI (Cuestionario de Ansiedad Estado – Rasgo): cuestionario estructurado en ítems con respuestas afirmativas y negativas, haciendo de esta medición un valor empírico y respaldado.(12)

- MDI (Inventario de Depresión Mayor): Escala para medir la depresión en contextos clínicos y comunitarios. (13)
- PHQ- 9 (Cuestionario de Salud del Paciente): consta de 9 elementos destinados a detectar depresión en ámbitos de la salud. (14)
- CESD (Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos-Depresión): Proporciona información sobre el estado de ánimo deprimido, sentimientos de culpa e inutilidad, impotencia y desesperanza.(15)
- GADS (Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg): mide la posibilidad de padecer ansiedad y/o depresión. La escala de ansiedad tiene una sensibilidad del 82% y la de depresión un 85%.(16)

2.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

En la población adulta occidental ¿el confinamiento ha fomentado la depresión y la ansiedad?

Para dar respuesta a la pregunta se fija como objetivo principal, conocer la posible relación del confinamiento y consiguiente aislamiento social, producido por la pandemia, con la aparición de ansiedad y depresión. A su vez se establecen objetivos secundarios como:

- Establecer si el ámbito geográfico y las diferentes medidas establecidas de confinamiento han establecido en mayor o menor medida la aparición de ansiedad y/ o depresión.
- Fijar la edad de la población que presentó cuadros de ansiedad y/o depresión durante el confinamiento.
- Determinar si ha existido diferencia entre distintos sexos en el nivel de ansiedad y/o depresión.

3.- METODOLOGÍA

Con el fin de localizar la información científica relevante sobre el tema se ha llevado a cabo una búsqueda de la literatura. Los pasos a seguir han sido los siguientes:

3.1.-Criterios de selección

- Tipos de estudios: revisiones sistemáticas, narrativas y estudios observacionales publicados en los dos últimos años, en inglés, español y portugués. La cobertura cronológica del estudio irá desde el inicio de la pandemia en el mundo occidental (2020) hasta la fecha de búsqueda (febrero de 2022).
- Población: Personas que realizaron confinamiento en sus domicilios. Edad entre 18 y 65 años, de cultura occidental. Serán personas sanas sin patologías previas. Excluiremos del estudio a trabajadores esenciales, embarazadas y personas en riesgo de exclusión social. Estos criterios se fijan debido a que no se considera que el nivel de estrés sea igual en los casos anteriores.

3.2.-Estrategia de búsqueda

Con el fin de localizar la información relevante sobre el tema se lleva a cabo una búsqueda bibliográfica en marzo de 2022 en bases de datos como son: PubMed, Scopus, Web of Science.

Pubmed

("quarantine"[Mesh] OR quarantin* [title] OR confin* [title]) AND ("anxiety"[Mesh] OR anxiet*[title]) OR ("depression"[Mesh] OR depress*[title]) AND ("covid"[Mesh] OR covid*[title])

Web of Science

(quarantin* OR confin*) AND (anxiet* OR depress*) AND (covid* OR pandemi*)

Scopus

(quarantin* OR confin*) AND (anxiet* OR depress*) AND (covid* OR pandemi*)

Tras realizar las búsquedas en estas bases de datos, en las dos últimas filtraremos por año, idioma, tipo de artículo y país, para así descartar aquellos artículos que no pertenezcan a la cultura occidental. En cambio, en el primer buscador solo podremos filtrar por año, idioma y tipo de artículo, dado que la opción del filtrado por países no está disponible y se hará manualmente en la selección de artículos. Se utilizará el gestor bibliográfico EndNote para eliminar los duplicados.

Una vez realizado este proceso nos quedamos con 229 artículos.

3.3.-Selección de artículos

A continuación, se llevó a cabo un cribado por título para excluir aquellos artículos que no se ajustaban a la temática deseada, quedando 151 artículos. Luego se realizó una lectura de los resúmenes y del texto completo, teniendo en cuenta el contenido y el país del que habla el artículo quedando solo 11 artículos, siendo todos estudios observacionales.

3.4.-Establecimiento de variables y extracción de datos

A lo largo del trabajo metodológico se establecen variantes a estudio, se recogerán en un Excel para agilizar el proceso, como son:

- Variables demográficas:
 - País del que habla en estudio.
 - Edad de los encuestados.
 - Sexo de los participantes.
 - Fecha y ola de los estudios

- Variables metodológicas:
 - Tipo de estudio.
 - Número de participantes.

- Variables relacionadas con la investigación: (ansiedad y /o depresión)
 - Cifras obtenidas ante estas escalas.
 - Diferencia entre hombres y mujeres.

4.-RESULTADOS

4.1.- Datos sobre los estudios

Tabla I. *Datos sobre los estudios.*

Referencia	Fecha recogida de datos en los artículos	Ola	Edad	Tipo de estudio
Nkire N(17)	23/03/2020	1	26-60	No transversal
Pérez-Cano HJ(18)	30/03/2020	1	26,77 (media)*	No transversal
Casagrande M(19)	02/04/2020	1	18-50+ (Media 30)	Transversal
Escalera-Chávez (10)	00/05/2020	1	16-28+	Transversal
Truchot D(1)	07/05/2020	1	18-54	No transversal
Gouvernet B(13)	11/05/2020	1	18-50+	No transversal
Benke C(20)	15/05/2020	1	18-95 (media 40,5)	Transversal
Bigalke JA(12)	18/05/2020	1	18-50	No transversal
Cardaba-Garcia RM(16)	20/05/2020	1	18-80	No transversal
Steinmetz LCL(11)	23/05/2020	1	>18 (media 31)	Transversal
Ajdukovic D(21)	17/07/2020	1	18-65	No transversal

**En este estudio se presenta la media de edad de los participantes, pero no los rangos que se utilizaron para este. Al ser una media baja suponemos que la participación de mayores de 65 es baja.*

Todos los estudios recogidos pertenecen a la primera ola de la pandemia, con variaciones desde el mes de primer mes de encierro, siendo este marzo hasta julio dónde ya las cuarentenas eran más livianas. En la tabla los artículos se nos presentan del mes más antiguo al más reciente.

En esta tabla encontramos datos también de la edad de los participantes, aquí se refleja. Prácticamente todos los estudios incluyen sujetos con edades iguales o superiores a los 18 años, a excepción de Escalera-Chávez(10) que incluye sujetos a partir de 16 años.

Por último, debemos incluir el tipo de estudio teniendo una mayoría de estudios no transversales contra solo cuatro transversales.

4.2.- Distribución por edad

Tabla II. *Edad a la que más afectan las patologías*

Referencia	Grupo de edad al que más afecta la depresión	Grupo de edad al que más afecta la ansiedad
Nkire N(17)	No consta	18 - 30
Pérez-Cano HJ(18)	No representativo	No representativo
Casagrande M(19)	18 – 29	18 – 29
Escalera-Chávez (10)	No consta	No consta
Truchot D(1)	No consta	No consta
Gouvernet B(13)	30 – 39	30 - 39
Benke C(20)	No consta	No consta
Bigalke JA(12)	No consta	No consta
Cardaba-Garcia RM(16)	Jóvenes	Jóvenes
Steinmetz LCL(11)	Jóvenes	Jóvenes
Ajdukovic D(21)	18 – 24	18 – 24

Teniendo en cuenta los datos de la tabla podemos ver que el grupo de edad más afectado según los estudios de Cardaba - García(16) y Steinmetz LCL (11) serían los jóvenes. Dentro de este grupo tan extenso también entrarían los demás artículos con datos valorables de la tabla dado que el grupo de edad más longevo sería el de Gouvernet (13) y no supera los 39 años de edad.

4.3.- País y patología a estudio

Tabla III. *Países estudiados y patologías identificadas*

Referencia	País	Ansiedad	Depresión
Truchot D (1)	Francia		X
Gouvernet B (13)	Francia	X	X
Casagrande M (19)	Italia	X	
Benke C(20)	Alemania	X	X
Ajdukovic D (21)	Croacia	X	X
Cardaba-Garcia RM (16)	España	X	X
Nkire N (17)	Canadá	X	X
Bigalke JA (12)	EE. UU	X	
Escalera-Chavez (10)	México	X	X
Pérez-Cano HJ (18)	México	X	X
Steinmetz LCL (22)	Argentina	X	X

En esta tabla podemos ver los países a los que pertenecen los artículos a estudio en la parte superior aparecen los artículos europeos, siendo 5 y encabezados por Francia que presenta dos artículos y seguidos por Italia, Croacia y España; y 5 americanos con mayor representación de América Latina puesto que entre México y Argentina juntan 3 artículos dejando uno para EE. UU. y otro para Canadá. Al desglosar que estudia cada artículo vemos que casi todos estudian ambas patologías siendo solo dos, aquellos que estudian solo una de las patologías, el primero haciendo referencia a la ansiedad y el antepenúltimo a la depresión.

4.4.- Población y sexo

En esta tabla observamos el número de participantes de cada estudio colocados de mayor a menor, desglosando estos en porcentajes según su género.

El total de estudios incluidos fue 11, siendo todos observacionales. El tamaño muestral total sería de 23.440 personas, podemos destacar el grupo más pequeño a estudio con 103 de Bigalke JA(12), realizado en EE. UU. En el país vecino, Canadá, nos encontramos con el caso contrario siendo el país con el grupo más grande, 6041 en el estudio de Nkire (17).

Al desglosar por sexo los participantes podemos ver que en casi la totalidad de los artículos presentados a estudio, la mayoría de los participantes son mujeres, esto solo cambia en un solo estudio siendo este el de Truchot D(1), de Francia que analiza la depresión, donde al contrario que el resto las mujeres son minoría con una representación de un 25,90% mientras que los hombres representan un 73,50% y un 0,60% otros.

Tabla IV. Población total y distribución por género

Referencia	Población	%Mujeres	%Hombres	%Otro
Nkire N (17)	6041	84,20%	15,80%	0,00%
Benke C (20)	4335	75,80%	24,20%	0,00%
Truchot D (1)	2536	25,90%	73,50%	0,60%
Casagrande M (19)	2291	74,55%	25,32%	0,13%
Gouvernet B (13)	1753	67,80%	32,20%	0,00%
Ajdukovic D (21)	1201	50,10%	49,90%	0,00%
Steinmetz LCL (23)	1100	87,27%	12,73%	0,00%
Cardaba-Garcia RM (16)	808	80,40%	19,60%	0,00%
Pérez-Cano HJ(18)	613	76%	24%	0,00%
Escalera-Chávez (10)	180	64%	36%	0,00%
Bigalke JA(12)	103	59,22%	40,77%	0,00%

4.5.- Escalas de depresión y ansiedad con sus cifras obtenidas

Tabla V. *Escalas de depresión y ansiedad*

Referencia	Escala ansiedad	Escala depresión	Cifra ansiedad total	Cifra depresión total
Casagrande M(19)	GAD- 7	No procede	32,10%	No procede
Escalera-Chávez (10)	DASS 21	DASS 21	36,70%	39,50%
Gouvernet B(13)	GAD- 7	MDI	18,40%	22,50%
Nkire N(17)	GAD- 7	PHQ-9	46,70%	41,40%
Steinmetz LCL(11)	STAI	BDI-II	48,55%	29,64%
Benke C(20)	GAD-7	PHQ- 9	21,2%	31,10%
Truchot D(1)	No procede	CES- D	No procede	51,80%
Pérez-Cano HJ(18)	DASS 21; STAI	DASS 21	48,8%; 42%	18,60%
Bigalke JA(12)	STAI	No procede	68%	No procede
Ajdukovic D(21)	DASS 21	DASS21	7,70%	7,80%
Cardaba-Garcia RM(16)	GADS	GADS	63%	64,90%

Para medir el grado de ansiedad se utilizaron escalas como son la DASS 21 usada en 3 ocasiones, la GAD-7 en 4 ocasiones, la GADS e un solo estudio y la STAI en 3.

La cifra más alta de ansiedad la encontramos en estudio estadounidense donde se concluye que con la escala STAI el 68% de 103 participantes revelo padecer ansiedad,

siendo un 80% y solo un 20% hombres; mientras que la cifra más baja la presenta el estudio realizado en Croacia, midiendo la ansiedad y la depresión con la misma escala DASS 21 y obteniendo solo un 7,70% de ansiedad y un 7,80% de depresión con una muestra de 1201 personas (21)

Para valorar la depresión la escala más utilizada en los artículos sometidos a revisión sería la DASS 21 (también usada en algunos estudios de ansiedad) con 3 representaciones, la sigue PHQ-9 con 2 artículos y por último CES- D, GADS y MDI con solo un artículo cada una.

La cifra más alta de depresión será en España medida por la escala GADS con un 64,90%, midiendo la ansiedad con la misma escala obteniendo un 63% siendo la segunda cifra más alta con una muestra a estudio de 808 personas (16).

4.6.- Resultados de ansiedad y depresión por género

Sólo seis de los once artículos son concluyentes en la diferencia entre hombres y mujeres al sufrir estas patologías durante el confinamiento, el primero sería el de Casagrande(19), el cual solo estudia la ansiedad, donde se llega a la conclusión de que las mujeres fueron un 2,87% más propensas que los hombres a sufrir ansiedad. Siendo casos parecidos pero estudiando tanto depresión como ansiedad nos encontramos con Gouvernet(13) donde se nos muestra, respecto a la ansiedad, que fue un 2,09% más frecuente en mujeres que en hombres y en la depresión un 1,67%; y con Steinmetz (11) que deja ver que las mujeres fueron un 3,57% más vulnerables a sufrir ansiedad que los hombres y depresión un 3,95%.

El estudio de Perez-Cano(18) que solo estudia la depresión nos dejó los siguientes datos, el 80% de las mujeres sometidas a estudio sufrieron depresión en el confinamiento mientras que el porcentaje de hombres fue del 50%.

En el estudio de Cardaba-García (16) aportan según la prueba t de student que tanto la depresión y la ansiedad fue mayor en mujeres.

Finalmente en el artículo de Escalera-Chávez(10) refieren haber usado la prueba de U de Mann_Whitney para medir la diferencia entre hombres y mujeres en ambas patologías, según esta prueba no paramétrica no se encontraron diferencias entre sexos.

5.-DISCUSIÓN

Fue a principios del 2020 cuando el mundo paró, debido al Covid – 19 casi todos los países del mundo empezaron a imponer medidas de aislamiento social, auto - confinamiento, reducción de salidas, restricciones, toques de queda, etc. (20) Existieron diferencias en estas normas según cada país pero al realizar un estudio sobre países occidentales las medidas fueron similares en la primera ola de la pandemia.

Luego de todas las medidas de confinamiento, el miedo, la crisis y la situación apocalíptica que vivió la población empezaron a aparecer casos de enfermedades mentales.(19) Por ello este estudio propuso identificar si la depresión y/o la ansiedad habían sido fruto del confinamiento debido a las medidas de aislamiento social.

Tras la revisión de literatura hemos encontrado estudios que nos confirman que es cierto que el confinamiento y aislamiento social ha sido un detonante para la aparición de estas enfermedades, al revisar nuestros 11 estudios en todos concluyen que en mayor o menor medida existió y existe un incremento de ambas patologías en personas que antes de esta pandemia estaban totalmente sanas. Si calculamos una media aritmética con los estudios proporcionados podremos decir que de media la ansiedad desde el confinamiento se ha incrementado un 39,37% y la depresión un 34,14%.

Cierto es que dependiendo del país o de la escala utilizada se pueden observar diferentes valores, pero al desglosar los datos se aprecia que el tiempo de confinamiento juega un papel importantísimo en el curso de estas patologías.

Al observar las tablas podemos ver que los artículos según su fecha coinciden en cierta forma en los porcentajes, si nos fijamos vemos que en marzo cuando los casos COVID llegan a cifras preocupantes y se llevan a cabo las cuarentenas destacan dos estudios el de Nkire (17) con un 46,7% de ansiedad y un 41,40% de depresión y el de Pérez – Cano(18) con una cifra de ansiedad muy similar 48,8% en la escala DASS 21 y un 42% en la escala STAI, difiere el porcentaje de depresión siendo más bajo. Aún así estos datos nos demuestran que al principio del confinamiento fruto del miedo a contraer la enfermedad y la incertidumbre de la situación llevó a la población a unos niveles más altos de depresión y ansiedad.

Esto según observamos irá variando a lo largo del confinamiento, si volvemos a las tablas vemos que en abril las cifras de ansiedad y depresión a lo largo del mes se van estabilizando según nuestros estudios la cifra de ansiedad estará en torno al 26% y la de depresión al 30%, siguen siendo cifras elevadas, pero no tanto como al principio, esto se puede explicar a la capacidad de adopción de la gente a la situación.

Es en mayo cuando las cifras vuelven a subir más que nunca según Steinmetz(11), Cardaba – García (16) y Bigalke(12) dejando cifras medias de ansiedad del 59% y depresión del 46,5%. Esto se puede asociar a la larga temporada de encierro que sufrió la población, la inestabilidad económica mundial que va dejando rastro tras tanto tiempo con el mundo parado, las familias separadas durante tanto tiempo, los casos de COVID cada vez más cercanos.

Al cabo de los meses apreciamos un gran cambio en julio, cuando las medidas de confinamiento son más relajadas y vuelven las reuniones y los contactos entre la población incluso abriendo fronteras entre países, se aprecia en el estudio croata donde la ansiedad y la depresión caen a un 7,7% y 7,8% (21).

6.- LIMITACIONES

Una limitación importante con la que nos encontramos son las escalas, a lo largo de la revisión se ve que en cada estudio usan una escala diferente coincidiendo solo en alguno de los casos, esto da lugar a tergiversar los datos dado que no todas las escalas miden de la misma manera ni tienen en cuenta los mismos puntos. Incluso en el estudio de Pérez – Cano (18) pudimos observar cómo la misma población medida por escalas muy similares como son la DASS 21 y la STAI distan un 8% en sus resultados, demostrando así que la medición con diferentes escalas hace más inexacto su análisis.

Respecto a estudios como el de Cardaba García(16) o Benke(20), se decidieron incluir en la revisión aun no cumpliendo un criterio de inclusión dado que la mayor representación en estos artículos es de gente menor a 65.

Una importante limitación encontrada fueron las formas de recoger los datos, cada estudio recogía los datos de una manera diferente haciendo muy complejo la recolección de estos para su posterior análisis. A la hora de analizar datos medidos de diferente manera y además interpretados de diferente manera hace que se pierda exactitud en el estudio dado que no estamos trabajando con los datos 100% reales.

Debemos comentar por último la gran diferencia entre hombres y mujeres en las muestras de los estudios, esto presenta una gran limitación dado que los porcentajes presentados a estudio son sobre poblaciones mayoritariamente femeninas por lo que eso explicaría que exista tanta diferencia en algunos casos entre las patologías en hombres y mujeres. Aún así sigue siendo clara la predisposición femenina a este tipo de patologías como demuestra el estudio de Truchot(1) donde la mayoría de los participantes son hombres pero aun así es más elevado el porcentaje de mujeres que padecen depresión.

7.-CONCLUSIÓN

Los resultados de este estudio han dejado ver que la pandemia, con los confinamientos en cada país y el aislamiento social, ha hecho que se generen en la población enfermedades mentales como son la ansiedad y la depresión. Siendo estos números más relevantes en mujeres, dejando la puerta abierta para otros estudios a investigar porque las mujeres tuvieron cifras más altas de estas patologías.

Al analizar la edad de los participantes vemos que los más afectados por la depresión y la ansiedad han sido los jóvenes, esto puede ser debido a la carga de trabajo que supuso la enseñanza online, y el aislamiento dado que es este grupo el que más necesita el apoyo de su grupo social según su edad.

En definitiva, podemos concluir con que el grupo más afectado por el confinamiento y el aislamiento que conlleva serían las mujeres jóvenes, dejando paso a la futura investigación de ¿por qué ha afectado más esta situación a las mujeres? ¿y porque a los jóvenes?

Esto tiene relevancia para proporcionar una mejora en los sistemas de salud de cada país viendo que después del covid-19 no solo quedan secuelas físicas sino también mentales por lo que también se ha de invertir en prevención de estas y facilidades para ellas.

Debemos hablar también de la necesidad de la atención primaria y de las enfermeras de detectar este tipo de patologías usando para ello escalas como las vistas anteriormente, creyendo la necesidad de establecer una escala universal y una guía de actuación ante estos casos cada vez menos aislados.

8.-BIBLIOGRAFÍA

1. Truchot D, Andela M, Takhiart H. Stressors met by quarantined French students during the covid-19 pandemic. Their links with depression and sleep disorders. *JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS*. 2021;294:54-9.
2. Pérez Abreu MR, Gómez Tejada JJ, Dieguez Guach RA. Clinical-epidemiological characteristics of COVID-19
Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2020;19(2):e3254-e.
3. Wilkialis L, Rodrigues NB, Cha DS, Siegel A, Majeed A, Lui LMW, et al. Social Isolation, Loneliness and Generalized Anxiety: Implications and Associations during the COVID-19 Quarantine. *BRAIN SCIENCES*. 2021;11(12).
4. Smith BJ, Lim MH. How the COVID-19 pandemic is focusing attention on loneliness and social isolation. *Public Health Res Pract*. 2020;30(2).
5. Alleaume C, Verger P, Peretti-Watel P. Psychological support in general population during the COVID-19 lockdown in France: Needs and access. *PLoS One*. 2021;16(5):e0251707.
6. Ingold FR. Representations of the SARS-CoV-2 pandemic and confinement in a liberal psychiatric patient base in Paris. *Annales Medico-Psychologiques*. 2020;178(7):714-6.
7. Jones EAK, Mitra AK, Bhuiyan AR. Impact of COVID-19 on Mental Health in Adolescents: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(5).
8. Alleaume C, Verger P, Peretti-Watel P, Seror V, Cortaredona S, Launay O, et al. Psychological support in general population during the COVID-19 lockdown in France: Needs and access. *PLoS ONE*. 2021;16(5 May).
9. Mossman SA, Luft MJ, Schroeder HK, Varney ST, Fleck DE, Barzman DH, et al. The Generalized Anxiety Disorder 7-item scale in adolescents with generalized anxiety disorder: Signal detection and validation. *Ann Clin Psychiatry*. 2017;29(4):227-34a.
10. Escalera-Chávez ME, Santana JC, García-Santillán A. Do coronavirus confinement measures cause anxiety, stress and depression in university students? *European Journal of Educational Research*. 2021;10(2):855-64.
11. Lopez Steinmetz LC, Dutto Florio MA, Leyes CA, Fong SB, Rigalli A, Godoy JC. Levels and predictors of depression, anxiety, and suicidal risk during COVID-19 pandemic in Argentina: the impacts of quarantine extensions on mental health state. *PSYCHOLOGY HEALTH & MEDICINE*. 2022;27(1):13-29.
12. Bigalke JA, Greenlund IM, Carter JR. Sex differences in self-report anxiety and sleep quality during COVID-19 stay-at-home orders. *Biology of Sex Differences*. 2020;11(1).
13. Gouvenet B, Bonierbale M. Bio-psychosocial study on the impact of the COVID-19 lockdown on depression and anxiety in a sample of 1753 French-speaking subjects. *Encephale*. 2021.
14. Levis B, Benedetti A, Thombs BD. Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: individual participant data meta-analysis. *Bmj*. 2019;365:l1476.
15. Juarros-Basterretxea J, Escoda-Menéndez P, Vilariño M, Rodríguez-Díaz FJ, Herrero J. Using the CES-D-7 as a Screening Instrument to Detect Major Depression among the Inmate Population. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(3).
16. Cardaba-Garcia RM, Perez Perez L, Nino Martin V, Cardaba-Garcia I, Durantez-Fernandez C, Olea E. Evaluation of the Risk of Anxiety and/or Depression during Confinement Due to COVID-19 in Central Spain. *INTERNATIONAL JOURNAL OF ENVIRONMENTAL RESEARCH AND PUBLIC HEALTH*. 2021;18(11).
17. Nkire N, Mrklas K, Hrabok M, Gusnowski A, Vuong W, Surood S, et al. COVID-19 Pandemic: Demographic Predictors of Self-Isolation or Self-Quarantine and Impact of Isolation and Quarantine on Perceived Stress, Anxiety, and Depression. *Frontiers in Psychiatry*. 2021;12.

18. Pérez-Cano HJ, Moreno-Murguía MB, Morales-López O, Crow-Buchanan O, English JA, Lozano-Alcázar J, et al. Anxiety, depression, and stress in response to the coronavirus disease-19 pandemic. *Cir Cir.* 2020;88(5):562-8.
19. Casagrande M, Favieri F, Tambelli R, Forte G. The enemy who sealed the world: effects quarantine due to the COVID-19 on sleep quality, anxiety, and psychological distress in the Italian population. *SLEEP MEDICINE.* 2020;75:12-20.
20. Benke C, Autenrieth LK, Asselmann E, Pane-Farre CA. Lockdown, quarantine measures, and social distancing: Associations with depression, anxiety and distress at the beginning of the COVID-19 pandemic among adults from Germany. *Psychiatry Research.* 2020;293.
21. Ajduković D, Rezo Bagarić I, Bakić H, Stevanović A, Frančišković T, Ajduković M. Mental health status and risk factors during Covid-19 pandemic in the Croatia's adult population. *European Journal of Psychotraumatology.* 2021;12(1).
22. Steinmetz LCL, Florio MAD, Leyes CA, Fong SB, Rigalli A, Godoy JC. Levels and predictors of depression, anxiety, and suicidal risk during COVID-19 pandemic in Argentina: the impacts of quarantine extensions on mental health state. *Psychology Health & Medicine.* 2022;27(1):13-29.
23. Steinmetz LCL, Fong SB, Godoy JC. Longitudinal evidence on mental health changes of college students with and without mental disorder background during the Argentina's lengthy mandatory quarantine. *PROGRESS IN NEURO-PSYCHOPHARMACOLOGY & BIOLOGICAL PSYCHIATRY.* 2021;110.

