

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE ESPECIALIDADES MEDICAS



**MOTIVOS DE CONSULTA DURANTE LA PANDEMIA, VÍA TELEFÓNICA Y
POSTERIORMENTE AL CENTRO DE ATENCIÓN INMEDIATA**

Trabajo de graduación presentado por

Dr. José Daniel Torres Ramírez

Para optar al Título de Especialista en

Psiquiatría y Salud mental

Asesor metodológico

Dr. Wilson Stanley Avendaño Martell

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, JUNIO 2023.

Universidad de El Salvador

Autoridades período 2019-2023

Rector

MSc. Roger Armando Arias Alvarado

Vicerrector Académico

PhD. Raúl Ernesto Azcúnaga López

Vicerrector Administrativo

Ing. Juan Rosa Quintanilla

Autoridades de la Facultad de Medicina

Decana

Msc. Josefina Sibrian de Rodríguez

Vicedecano

Dr. Saúl Díaz Peña

Escuela de Posgrado

Director

Dr. Edwar Alexander Herrera Rodríguez

Coordinador de especialidad médica en Psiquiatría y Salud mental

Dr. José Ricardo Antonio Méndez Flamenco

INDICE DE CONTENIDO

Resumen	4
Introducción	5-6
Justificación	7
Marco teórico	8-14
Objetivos	15
Métodos	16-20
Resultados	21-36
Discusión	37-40
Conclusiones	41
Recomendaciones	42
Referencias	43-44
Anexos	45

Dedicatoria

Dedicado con profundo respeto y cariño a todas las personas que han participado en el proceso de enseñanza, acompañamiento y amistad, que saben y entienden verse reflejados como parte de mi formación, en esta especialidad de la cual me siento tan orgulloso de pertenecer.

Resumen

Antecedentes En diciembre del 2019 se detectó en Wuhan, China, la aparición de un potencial virus, que prontamente se convirtió en un problema de salud pública, la Organización Mundial de la Salud el 11 de marzo del 2020 le declaró pandemia, los esfuerzos globales hasta la fecha han sido inconmensurables y el objetivo principal es alcanzar la inmunización, en muchos países del mundo es incierta la afectación de la salud mental y el alcance que dicha área tiene con la población vulnerable. En El Salvador los datos oficiales registran a la fecha 70,380 casos confirmados, 2,168 personas fallecidas, pero no hay registro de las diversas afectaciones tanto emocionales o psicológicas que pudieran estarse generando en este contexto que continúa siendo un grave problema de salud global. **Objetivo** Identificar los principales motivos de consulta, diagnósticos, así como las características clínicas y demográficas de los pacientes atendidos presencialmente desde el centro de llamadas y referidos a la atención inmediata, en el periodo de la pandemia en el año 2020 **Métodos** la información clínica y de consulta, así como las características demográficas se obtendrá a partir de fuentes secundarias donde se registran los motivos de consulta posteriormente analizará dicha información. **Resultado** definir los principales motivos de consulta, así como los diagnósticos obtenidos de dichas consultas, se identificará, además, edad, sexo, domicilio, estado civil, otras patologías, conducta médica, así como otras consultas subsecuentes. El autor no tiene conflicto de interés, el estudio es autofinanciado y la principal limitante es que no se incluyen otros centros en los que se brinda Atención Inmediata.

Introducción

La actual pandemia que se ha declarado desde el año 2020, y que fue descubierta en la ciudad de Wuhan, China por un nuevo virus en potencia ha tenido diferentes efectos en la población mundial, muchas son las afectaciones médicas y psicológicas a las que las personas han estado enfrentándose, en El Salvador las estadísticas también arrojan importantes elementos de la realidad en la cual, pueden analizarse y someterse a discusión la realidad del problema.

Elementalmente desde el inicio de la pandemia las autoridades sanitarias y de salud pública han puesto su empeño en fortalecer el sistema de salud así como mejorar explícitamente todos los servicios, a finales de junio del 2020 se implementaron nuevas estrategias de afrontamiento de esta realidad, en las que el Seguro Social a través de sus gestores y personal encargado puso a la disposición el centro de escuchas telefónicas, se desarrollaron diferentes consultas, y en el área de psiquiatría y salud mental no fue la excepción; se instauró la asistencia vía telefónica, para la asistencia psicológica y psiquiátrica, así como de salud mental en tiempos de pandemia, posteriormente dichas consultas se vieron en la necesidad de ser atendidos de una forma más integral, por lo que a través de dichas evaluaciones los pacientes que requerían dichas atenciones fueron citadas en una hora específica con todas las medidas de bioseguridad, para una evaluación por personal del área de psiquiatría presencialmente con todas las herramientas clínicas, esto permitía tener más claridad y mejor conocimiento de las quejas más relevantes y primordiales que los pacientes en el periodo de la pandemia manifiestan desde nuestro centro hospitalario.

El presente abre las puertas a nuevas y futuras investigaciones, a otras formulaciones y hacia posibles nuevos escenarios de otros cuadros epidemiológicos, con el fin de fomentar la investigación, la academia y el conocimiento, de modo que los futuros problemas de salud pública y sobre todo de salud mental se puedan enfrentar con mejores herramientas y soluciones más congruentes con la realidad que se vive hoy día y que representa un reto de grandes magnitudes.

Planteamiento del problema

La pandemia actual por el virus SARS-CoV-2 que apareció en China a finales del año 2019 ha causado una gran cantidad de complicaciones médicas, en las que se ha visto afectada la población global, declarada pandemia en marzo del 2020 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha visto desde diversos planteamientos la subsecuente correlación con una nueva forma de vivir y desarrollarnos, así como los resultados ulteriores de la misma, el área de salud mental y las afectaciones psiquiátricas son un tema de discusión actual y se cree que las estadísticas mundiales sobre dichas afectaciones se han elevado en un considerable porcentaje, así como las proyecciones a futuro, riesgo de autoagresiones y estados afectivos agravados, por lo que la identificación de los diversos motivos asociados a la pandemia el desencadenante diagnóstico clínico según la clasificación actual de los trastornos psiquiátricos y los factores asociados a los mismos son de suma importancia para el subsecuente análisis y desarrollo de más investigación y manejo adecuado. De tal forma que los trastornos del área de psiquiatría se han visto evidentemente al alza con los factores estresantes y con la gran carga de eventos, sobre todo el confinamiento obligatorio, medidas de distanciamiento social, cierre de establecimientos, factores económicos y la pérdida y fallecimiento de familiares y amigos, procesos que han surgido en este periodo, a la cabeza trastornos depresivos y ansiosos descritos ampliamente, y problema que se pretende estudiar.

Justificación

De acuerdo a la gran cantidad de consultas generadas vía telefónica a través del sistema de tele consulta del Hospital Policlínico Arce del ISSS en el marco de la pandemia se generó la solidificación de la “Consulta de Atención Inmediata” donde se da una atención más específica, especializada y presencial con los casos que se valoran a través de un criterio médico aptos para iniciar un proceso clínico en la especialidad de Psiquiatría y Salud mental, muchos de dichos pacientes fueron diagnosticados con enfermedades asociadas directamente al fenómeno de la emergencia por COVID-19, lo que resulta de vital importancia para su estudio, como las grandes eventualidades y situaciones de gran estrés generan en la población afecciones psicológicas, así como la aparición de otras sintomatologías en el caso que las personas ya fuesen diagnosticadas, así mismo genera una fuente de nuevo conocimiento en este contexto para nuevas y futuras comprobaciones.

Marco teórico

En diciembre de 2019, un grupo de casos de neumonía de origen desconocido y etiología no estudiada se informó en la ciudad de Wuhan, China. Poco después, se identificó una variedad de coronavirus denominada SARS-CoV-2. Este virus es responsable de causar la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19), un brote que se ha extendido rápidamente por todo el mundo y ha provocado una pandemia sin precedentes, la cual ha conmocionado a toda la población mundial. Además, la alta transmisión de persona a persona, el riesgo de desarrollar un síndrome respiratorio severo entre pacientes vulnerables con enfermedades crónicas comórbidas y en ancianos, junto con la ausencia de un tratamiento eficaz y un proceso de vacunación aun en desarrollo obligaron a la OMS a declarar el brote de COVID-19, una emergencia sanitaria de preocupación internacional el 30 de enero de 2020 y estado de pandemia mundial el 11 de marzo de 2020 (Organización Mundial de la Salud, 2019). Como consecuencia, el gobierno de diferentes países, incluido El Salvador¹, tomaron medidas drásticas para restringir la movilidad de sus habitantes e imponer una cuarentena masiva.

Diferentes estudios publicados han enfatizado el impacto que esta situación de pandemia, la cuarentena masiva y alarma social y como ha tenido impacto en la salud mental de la población en general y en personas con problemas mentales graves durante el brote de COVID-19. Sin embargo, los estudios con datos cuantitativos reales son aún escasos. Por un lado, algunas consideraciones argumentan que, dado que esta situación ha incrementado los niveles de ansiedad, depresión y estrés agudo², un aumento en el número de personas que consultan por emergencias psiquiátricas se esperaría por obvias razones; sin embargo, el miedo al contagio en los hospitales y la avalancha de información de los medios sobre el colapso de las emergencias de los pacientes con COVID podrían haber tenido un efecto disuasorio.

Repercusiones psicológicas de la pandemia

La enfermedad por coronavirus 19 (COVID-19) ha aparecido como una amenaza para la salud pública en diciembre de 2019 y fue declarada pandemia por la Organización Mundial de la Salud en marzo de 2020. Las personas infectadas con COVID-19 presentan diversos factores vulnerables en salud mental debido a la incertidumbre del COVID-19². La amenaza de la pandemia de COVID-19 también ha provocado un aumento de nuevos casos de condiciones psiquiátricas y exacerbación de preexistentes enfermedades psiquiátricas. En El Salvador según un único estudio publicado a la fecha ha habido una plétora de problemas de salud y afecciones psicosociales asociados con COVID-19. Las repercusiones psicológicas del COVID-19 en la población general puede durar mucho tiempo en comparación con las crisis médicas agudas. Entre las emergencias psiquiátricas durante COVID-19 y las restricciones, ha habido un aumento en emergencias suicidas y relacionadas con sustancias (principalmente alcohol y opioides) en COVID-19. El aumento abrupto de varios suicidios coincide con un aumento en el número de casos confirmados de Contagio de COVID-19³.

Países en vías de desarrollo

Los países en desarrollo tienen unidades de cuidados intensivos inferiores (UCI), y durante esta pandemia de COVID-19 las UCI han sido ocupadas por pacientes con COVID-19³. Por tanto, la UCI que apoya emergencias psiquiátricas, es decir, casos de neurolépticos malignos, síndrome serotoninérgico, delirio, toxicidad por litio, el ahorcamiento no fatal se ha visto comprometido ciertamente porque las UCI COVID-19 no están disponibles para los pacientes³. El apoyo de los pacientes en la UCI es deficiente con autolesiones graves y ahorcamiento no fatal, especialmente en países desarrollados, ya que la UCI se saturan de enfermos con COVID-19³. Muchos de Los entornos psiquiátricos en los países en desarrollo no tienen opciones separadas para pacientes con COVID-19 y sin COVID-19 más las complejidades que surgen cuando un paciente con COVID-19 necesita tranquilizante rápido o un paciente con tranquilizante rápido se vuelve COVID-19

positivo. Comenzar la terapia con clozapina, monitorear la clozapina, dificulta significativamente el tratamiento también³.

Las estrategias de prevención deben centrarse en reducir la angustia psicológica asociada con la infección, y hacia los individuos en riesgo en casa (con o sin cuarentena). Necesita un específico enfoque con estrategias para la gestión de recursos hospitalarios, con especial énfasis en intervenciones innovadoras de salud mental y orientación para la familia. Los servicios centrales de salud y las autoridades deben estar al tanto de las emergencias psiquiátricas. Además, es discutido actualmente de relevancia la telemedicina o Intervenciones de salud mental en línea para atender a personas vulnerables.

Telepsiquiatría

El desarrollo y crecimiento de la era tecnológica demanda la exploración de nuevas oportunidades en la prestación de servicios en salud. La telepsiquiatría es un claro ejemplo del desarrollo en tecnología y constituye un valioso aporte a la solución de problemas específicos, como la prestación de servicios especializados en salud mental en regiones de difícil acceso.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha alertado sobre el peligro y fuerza de la prevalencia de la enfermedad mental, y centra su preocupación en países con limitaciones para el reconocimiento y manejo de tales condiciones mentales. Es claro, entonces, que un número importante de personas con trastornos mentales permanecen sin manejo o con un tratamiento inadecuado. Las tecnologías aplicadas a la atención en salud mental están en el camino para mejorar radicalmente la salud mental; con un impacto tan importante como es el desarrollo de los nuevos antipsicóticos atípicos⁴.

La Organización Mundial de la Salud define la e-Salud (también llamada ciber salud o salud digital) como el apoyo que las tecnologías de la información y las comunicaciones ofrecen a la salud y áreas relacionadas, como la vigilancia, atención, y registros sanitarios, así como a la educación y la investigación (World Health Organization (WHO), 2005)⁴. La e-Salud mental se refiere a estos mismos

aspectos, aunque en relación exclusiva al campo de la salud mental. La telemedicina o los tele cuidados (o telesalud) son conceptos algo más limitados, y se refieren al uso de tecnologías de comunicación e información específicamente para la provisión de atención sanitaria a distancia, siendo esta una atención médica en el caso de la telemedicina. Esta definición incluye el uso de internet, emails, videoconferencias, audio-llamadas, fax, o el uso de servicios de mensajería para dicha provisión de atención. Las plataformas más utilizadas, sin embargo, son las audio-llamadas y las videoconferencias, siendo esta última la más frecuentemente asociada con estos términos.

Experiencias tempranas de la telepsiquiatría en la pandemia.

La pandemia de COVID-19 ha transformado drásticamente el panorama de la atención médica. Dentro de la psiquiatría, una relajación repentina de las barreras regulatorias y de seguros durante el mes de marzo de 2020 permitió a los médicos practicar una amplia gama de entornos para adoptar rápidamente la atención virtual con el fin de proporcionar apoyo de salud, para pacientes nuevos que luchan con el impacto de la pandemia⁵. La efectividad de la telepsiquiatría en relación con los servicios mentales en persona es de suma importancia hoy día. La atención médica, así como los desafíos regulatorios y de pago fueron las principales barreras que impedían la adopción generalizada de esta modalidad de tratamiento antes del COVID-19⁵. Los datos tempranos de mejora de la calidad con respecto a los volúmenes de visitas virtuales y los conocimientos clínicos de la psiquiatría ambulatoria reflejan tanto las oportunidades y desafíos de la atención virtual para pacientes y proveedores. Los beneficios notables han incluido volúmenes clínicos sólidos a pesar de los mandatos de distanciamiento social y la reducción de las barreras logísticas para atender a muchos pacientes⁵.

Telepsiquiatría y COVID-19

La pandemia de COVID-19 precipitó una transformación radical en la provisión de todo tipo de atención médica ambulatoria en los Estados Unidos mayoritariamente en personas de forma virtual. Se definen telesalud, telemedicina y términos

relacionados como "el intercambio de información médica de un sitio a otro a través de la comunicación electrónica para mejorar la salud del paciente³".

Por supuesto, la telesalud es ideal para la gestión de enfermedades contagiosas; Un factor clave para frenar la transmisión de un virus es el "distanciamiento social", es decir la disminución del contacto de persona a persona. Para los pacientes con COVID-19, o aquellos a quienes les preocupa estar infectados, la telesalud puede ayudar con la evaluación remota (triage) y la prestación de cuidados. Para la gente que no están infectados con el virus COVID-19, especialmente aquellos en mayor riesgo de verse afectado (por ejemplo, adultos mayores con afecciones médicas preexistentes) la telesalud puede proporcionar acceso conveniente a la atención de rutina sin el riesgo de exposición en un hospital congestionado o en la práctica médica o salas de espera. Sin embargo, para que la telesalud sea eficaz durante la pandemia actual de COVID-19 y eventos futuros, se debe garantizar que la telesalud esté adecuadamente integrada en nuestro los portafolios de servicios

La telepsiquiatría, un subgrupo de nuevas modalidades virtuales implica proporcionar atención psiquiátrica a través de una variedad de servicios que incluyen evaluaciones psiquiátricas, terapia, educación del paciente y manejo de la medicación. Psiquiatras de carrera temprana de varias regiones del mundo son optimistas de que esta pandemia proporcionará la oportunidad de implementar y expandir la telepsiquiatría para abordar urgentemente las necesidades actuales de atención de salud mental en la población en épocas de distanciamiento físico⁵. De hecho, La telepsiquiatría ya se ha convertido en una poderosa herramienta en la salud mental con eficacia demostrada en EE.UU. y Australia para trastornos como depresión, ansiedad^{3,5}, psicosis y estrés post trauma. Por lo tanto, puede usarse incluso para pacientes que padecen COVID-19, personas afectadas por el confinamiento y trabajadores sanitarios de primera línea. Históricamente, los tiempos de crisis han brindado oportunidades para los principales desarrollos y avances. Esta corriente tiene el potencial de demostrar que la tecnología puede facilitar el acceso a la atención de la salud mental. La telemedicina ha sido demostrada tener buena aceptabilidad entre los pacientes y médicos, así como una

eficacia comparable a intervenciones cara a cara. Sin embargo, los servicios psiquiátricos tradicionales han tardado en adoptar formas digitales de prestación de cuidados. Por lo tanto, en las circunstancias actuales es necesario abordarlo desde diferentes ópticas. Por ejemplo, con canales seguros, prescripción electrónica, sistemas para evitar que los pacientes acudan a la clínica para tener su prescripción actualizada y desarrollo de directrices adaptadas de aquellos países que han estado utilizando la telemedicina por años y modificándolos a diferentes culturas, técnicas, contextos legales y prácticos para las mejores prácticas clínicas. La disponibilidad de la telepsiquiatría puede variar de un lugar a otro. En países donde está bien establecido y desarrollado existen plataformas muy específicas; un paciente puede programar una videoconferencia con su proveedor, o gestionar su propia cita. La telepsiquiatría de la mayoría de países es todavía incipiente a pesar de su eficacia en función de los costos demostrada. Una nueva normativa legal para incentivar el uso de la tecnología al tiempo que garantiza las mejores prácticas es necesaria para estos tiempos.⁷

Barreras de la atención en salud

Fuera de las situaciones de emergencia, la captación general de La telesalud ha sido lenta y fragmentada. Se han realizado importantes esfuerzos para ampliar el uso rutinario de la telesalud, a menudo con un éxito limitado. En Australia, a pesar de la introducción de generosos incentivos económicos para las video-consultas de especialistas, la telesalud representó menos del 1% de todas las consultas realizadas^{4,7}. La experiencia en los EE. UU. ha sido similar, donde menos del 1% de las personas que viven en las zonas rurales alguna vez han experimentado la telesalud. Razones para la baja aceptación de la telesalud aún sigue siendo un problema, pero factores como la voluntad del médico, el reembolso financiero y la (re) organización de la salud el sistema puede ser el culpable.

La aceptación limitada de los servicios de telesalud es principalmente atribuible a la falta de voluntad del médico para adoptar la telesalud. Una respuesta oportuna de telesalud a las emergencias como el brote de COVID-19, requiere una mano de obra calificada y capaz de cambiar los modos de prestación, según sea necesario.

Depender solo de la captación esporádica de telesalud, como en tiempos de emergencia, es problemático. ¿Por qué la falta de voluntad para adoptar la telesalud? La telesalud es disruptiva, compleja y requiere que los médicos aprendan nuevos métodos de consulta⁷. La aceptación de la telesalud depende de que ellos perciban la telesalud como efectiva, segura y normal. Los médicos pueden no tener conocimientos ni ser conscientes de la telesalud, que no es sorprendente, dado que existe una formación limitada en telesalud en los planes de estudios de preinscripción médica, de enfermería y de salud afines⁷. La práctica regular de telesalud conduce a modelos de atención, y una fuerza laboral preparada para la telesalud⁸. Garantizar que el personal sanitario esté preparado para la telesalud requieren que la telesalud se incluya en la capacitación y la educación. Por lo tanto, es imperativo incluir la telesalud en los planes de estudio y para exigir telesalud de posgrado en su acreditación. Esto enviará un mensaje claro al actual y futuros profesionales de la salud, que la telesalud es una parte legítima de la atención habitual. Además, puede aumentar la disposición para utilizar la telesalud en la práctica diaria y en momentos de emergencia.

En El Salvador las estadísticas podrían asemejarse a otros países, en la que los sistemas de alerta y de emergencia han puesto a demostrar cuan eficiente son los modelos de salud^{9,10}. Es por eso que es necesario hoy día y ante las estadísticas tan importantes en el concepto de salud mental y pandemia, saber los diagnósticos más relevantes y aquellos que más están afectando en la salud mental a la población en general, en especial ante las consideraciones tan importantes que se generan alrededor del mundo, asociados a cuadros de depresión y ansiedad¹⁰. Las estadísticas actuales en El Salvador cuenta ya miles de afectados y de fallecidos¹¹ que podrían estar generando distintas alteraciones como consecuencia directa en la psique colectiva y personal de la población.

Objetivos

Objetivo general

Identificar los motivos de consulta más frecuentes de los pacientes atendidos presencialmente posterior a solicitar evaluación vía telefónica en el centro de escucha del Hospital policlínico Arce en el periodo de la pandemia junio a diciembre 2020.

Objetivos específicos

1. Determinar los principales grupos de síntomas referidos en la atención brindada presencialmente, los principales cuadros clínicos y el seguimiento subyacente según cada patología previamente diagnosticada.
2. Identificar a partir de la sintomatología descrita y el análisis del médico tratante los diagnósticos más relevantes resultantes de las atenciones brindadas según el sistema de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10.

Métodos

Se hizo una revisión de los expedientes de la consulta de atención inmediata generados en archivos físicos, del total de los expedientes se utilizaron los que corresponden al tiempo definido de investigación, relacionados con el periodo de la pandemia en el año 2020, los elementos revisados fueron: los diagnósticos de cada paciente que se generaron al final de la primera entrevista, sexo, edades, origen demográfico, estado civil, así principales síntomas, conducta médica, y consultas subsecuentes en relación con la primera atención. Toda la información ha sido presentada en tablas y gráficos para su análisis. Están descritos a través de los resultados los diagnósticos más importantes y que más se han observado a través de la consulta de atención inmediata en la población que utiliza los servicios del Seguro Social, dichos diagnósticos se identificaron según la clasificación CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) todos ellos en el periodo de la pandemia desde junio 2020 cuando se habilitó el centro de escuchas telefónicas hasta diciembre del mismo año, además se brinda información sobre los factores sociodemográficos de la cantidad de pacientes atendidos en esta modalidad.

Universo

Totalidad de pacientes que fueron atendidos en el Centro de Atención Inmediata posterior a la atención vía telefónica del centro de escuchas del Hospital Policlínico Arce del ISSS, en el periodo de pandemia en el año 2020. El total de pacientes que consultaron en dicho periodo es de 189.

Muestra

Se trabajó con una muestra significativa con respecto al universo, se realizó a través de este método para mejorar el nivel de confianza y seguridad del estudio. Se utilizó dicha fórmula:

$$\text{Tamaño de Muestra} = Z^2 * (p) * (1-p) / c^2$$

Tamaño calculado: 128

Donde:

Z = Nivel de confianza (95%)

p = 0.5

c = Margen de error (5%)

Diseño general de la investigación

Estudio transversal de tipo descriptivo de fuentes secundarias, desde junio a diciembre del año 2020, con la información generada a través de un médico tratante en el Centro de Atención Inmediata, posterior a que los pacientes solicitasen asistencia psiquiátrica vía telefónica en el centro de llamadas del Hospital Policlínico Arce del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, se trabajó con una muestra formulada del total de expedientes.

Principios, códigos éticos y buenas prácticas clínicas

Se tomó como punto de referencia la “declaración de Helsinki año 2000” para el respeto integral y específico a los derechos humanos en países en vías de desarrollo, además se respetaron los principios de la investigación confidencialidad, respeto, beneficencia, y con base en la ética.

No se utilizó en este estudio y por sus características un consentimiento informado, se ha reservado la fuente secundaria y el resultado de esta, de forma confidencial y segura a través del investigador, y no se pondrá en riesgo la información personal de cada paciente.

Descripción y operativización de variables

Variable	Tipo	Definición.
Edad	Continua	Tiempo que ha vivido una persona, los cuales según diversas clasificaciones se pueden catalogar en diversas categorías.
Sexo	Categórica	Condición orgánica, masculina o femenina que distingue a los seres vivos primordialmente se hace la distinción en los seres humanos
Estado civil	Categórica	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.
Consulta medica	Categórica	es un proceso complejo y multidimensional, centrado en la relación médico-paciente, pero además es pieza clave para brindar el apoyo en cuanto a las necesidades de salud-enfermedad, sufrimiento e incertidumbre que tiene un sujeto cuando se ve afectada su integridad física, humana y emocional.
Diagnostico	Categórica	se denomina la acción y efecto de diagnosticar. Como tal, es el proceso de reconocimiento, análisis y evaluación de una cosa o situación para determinar sus tendencias, solucionar un problema o remediar un mal. Se realiza según la Clasificación internacional de enfermedades
Tratamiento	Categórica	El término tratamiento hace referencia a la forma o los medios que se utilizan para llegar a la esencia de algo, bien porque ésta no se conozca o porque se encuentra alterada por otros de medios de cualquier clase cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas.

Descripción de técnicas y procedimientos

Se clasificó cada expediente según un número de identificación correlativo de una fuente de datos secundarios, los cuales se solicitaron del registro de expedientes de atención inmediata del archivo del Hospital Policlínico Arce del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, en el estudio no se utilizaron los nombres ni datos que proporcionan los archivos clínicos ni información explícita personal. En este estudio y por las condiciones de este se solicitó al comité de ética que ante dichas valoraciones se eximieran de la utilización de consentimientos informados, los pacientes no fueron entrevistados, únicamente se tomaron datos de fuentes secundarias. Además, el resguardo de la información proporcionada fue guardada bajo las medidas de seguridad y se responsabiliza al autor de proteger los datos y la confidencialidad de los pacientes. La información se procesó a través del software Excel y programa de procesamiento de datos SPSS, en el que se recopiló el resultado obtenido a través de los expedientes clínicos, se hicieron las valoraciones de dichos resultados agrupándose y estructurándose, los resultados son presentados en tablas y gráficos en los programas de Microsoft Office (Excel y Word) en el que se presenta de forma ordenada el resultado correspondiente, así como su análisis respectivo en cada figura.

Limitantes

1. La principal limitante se relaciona con la falta de información generada por otros centros de atención donde también se brindó asistencia vía telefónica y posteriormente fueron referidos para la consulta presencial.
2. Una segunda limitante se relaciona con la poca capacidad de generar nuevas entrevistas de seguimiento y conocimiento de dichas afectaciones en el periodo descrito, así como otros elementos a describir de forma interactiva con los pacientes.

Criterios de inclusión y exclusión

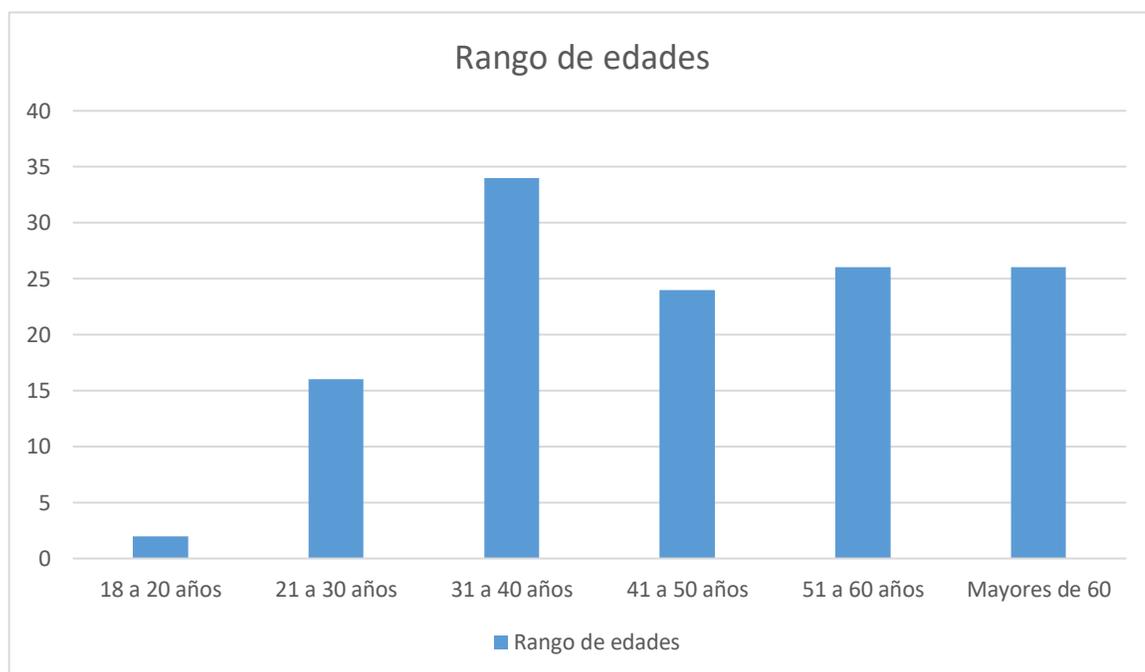
Se incluyeron todos los pacientes según sus expedientes clínicos que tuvieran por lo menos una consulta de atención inmediata referidos de las asistencias telefónicas censados debidamente para dicha atención, y que fueran ya sea de primera vez o conocidos en la especialidad. Se excluyeron aquellos pacientes en los que la atención descrita no se hubiera llevado a cabo, en las que el expediente estuviera incompleto como para generar la información o aquellos archivos que estuviesen erróneamente censados de tal manera que no se pudiera corroborar los datos.

Resultados

1. Datos epidemiológicos

Gráfico 1. Edades atendidas

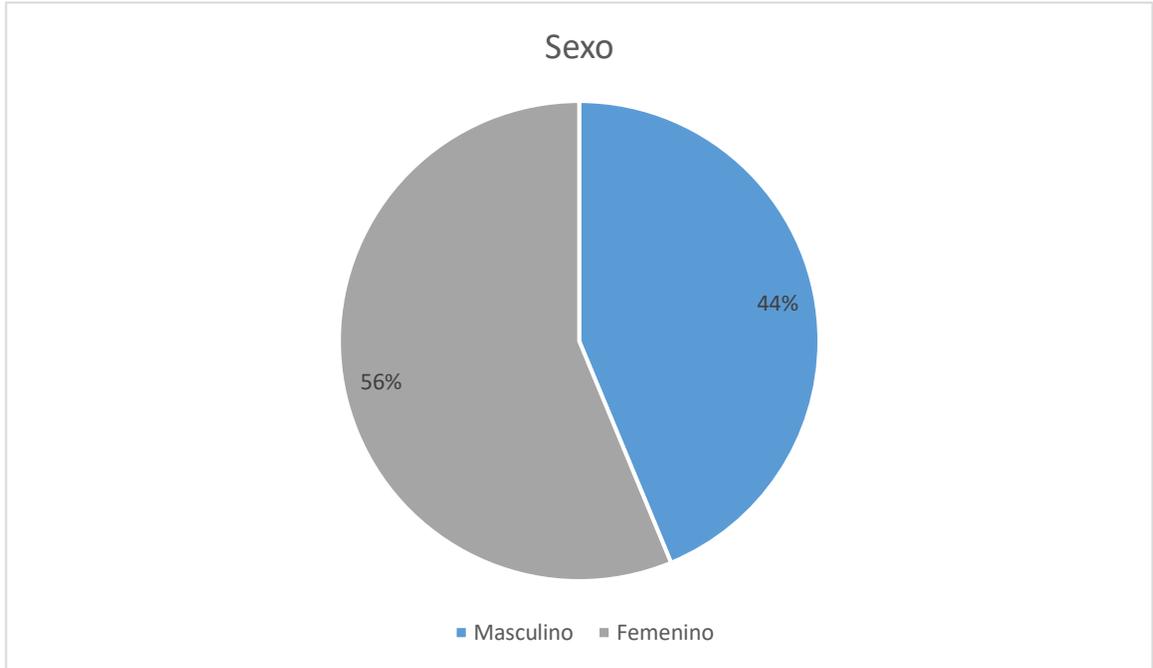
Acercas de los rangos de edades que se pudo obtener en el registro se evidencia que la edad con más porcentaje se sitúa entre los 31 a 40 años (n=34) lo que representa un 27%, por otra parte, las edades más avanzadas de 51 a 60 años y mayores de 60 años representaron un porcentaje importante (n=26) para cada dato representando el 20% cada una. Un porcentaje menor pero significativo le corresponde a la edad de 41 a 50 años (n=24) que corresponde a un 19%, luego de 21 a 30 años con 16%.



Fuente: Ficha de recolección de datos de expedientes clínicos octubre 2022

Gráfico 2. Sexo de pacientes atendidos

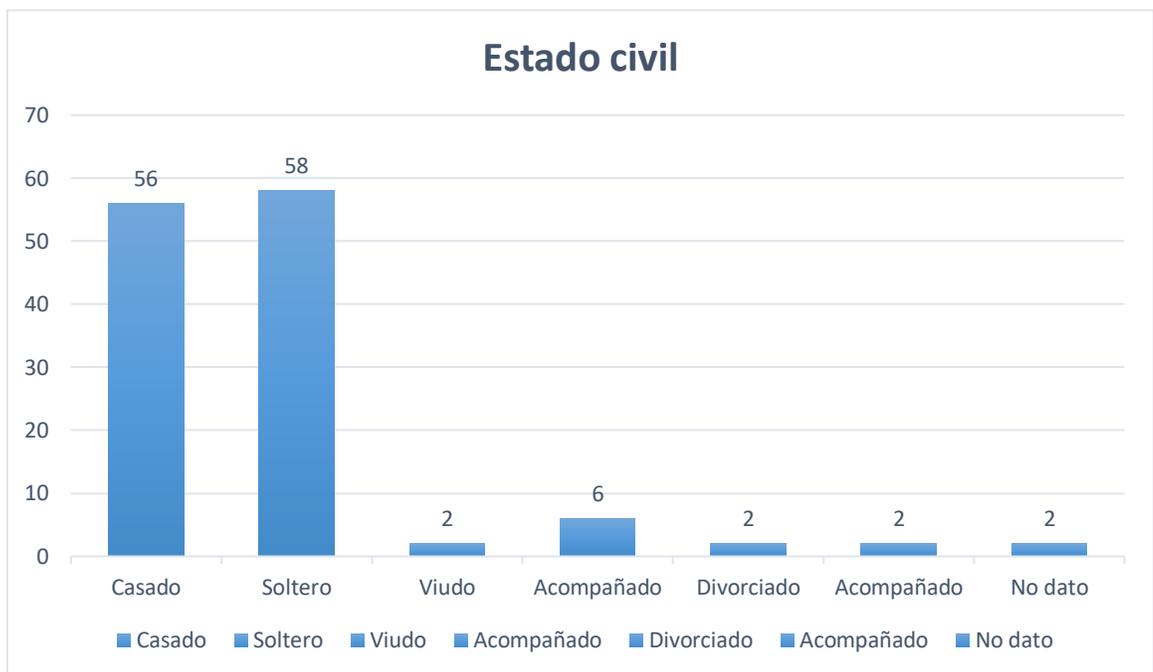
En el gráfico 2 podemos observar la representación por sexos, en la que se sitúa con más porcentaje el femenino en las atenciones brindadas (n=76) en el caso del sexo masculino los porcentajes son menores (n=52)



Fuente: Ficha de recolección de datos de expedientes clínicos octubre 2022

Gráfico 3. Estado civil de pacientes atendidos al momento de la consulta.

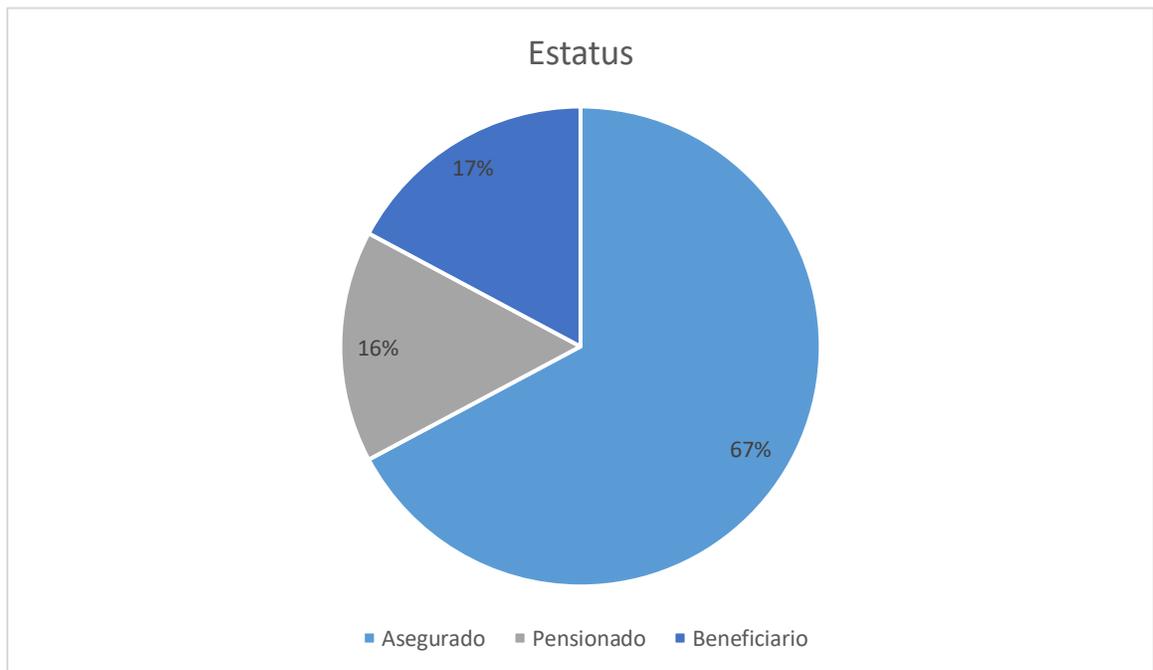
En la representación numero 3 podemos observar que el estado civil que mas porcentaje arroja es el soltero con un 45% (n=56) seguido por personas casadas con un 44% (n=56) luego las demás categorías en el estado civil son apenas significativas sobresaliendo únicamente por encima de las demás el acompañado con un 7% (n=6)



Fuente: Ficha de recolección de datos de expedientes clínicos octubre 2022

Gráfico 4. Estatus relacionado a seguridad del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

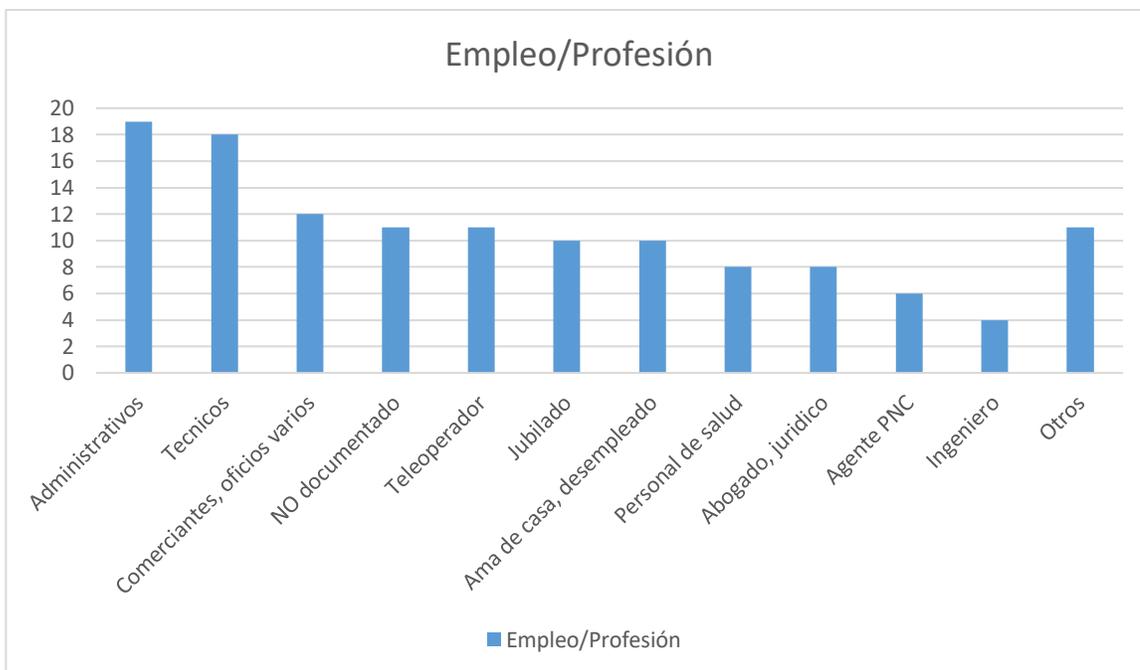
Acerca de cual es el estado de seguridad correspondiente a la Institución que brinda dicho servicio se pudo constatar que el 67% de la población al momento de la consulta eran asegurados (n=86) seguidos del estado de beneficiario con un 17% (n=22) y luego pensionados con un 16% (n=20)



Fuente: Ficha de recolección de datos de expedientes clínicos octubre 2022

GRAFICO 5. Ocupación y empleo de pacientes atendidos según registro.

En el caso de la información que se pudo obtener acerca de las profesiones y empleos al momento de la revisión, se pudo evidenciar que un buen porcentaje administrativos 15% (n=19) luego técnicos con un 14% (n=18) luego comerciantes u oficios varios se sitúa con un 9% (n=12) los demás datos se sitúan casi por los mismos porcentajes a excepción del área de ingenieros en el que solo es un un 3%, y el grupo de otros y sin datos en los que los registros también son significativos 9% respectivamente.



Fuente: Ficha de recolección de datos de expedientes clínicos octubre 2022

Tabla 1. Nacionalidad de pacientes, origen demográfico por departamento y municipio.

El 100% de los pacientes son de nacionalidad salvadoreña, competente al Instituto Salvadoreño del Seguro Social, la tabla muestra el desglose de los pacientes por departamento y sus correspondientes porcentajes, justo al lado de cada departamento desglosado los municipios en los que se registraron atenciones, la cantidad de pacientes y el porcentaje en este caso según cada departamento.

Los datos mas importantes son que las atenciones se extendieron a 11 departamentos del total del territorio nacional exceptuando únicamente a Ahuachapán, Morazán, y Cuscatlán, por otra parte, el departamento que mas atenciones registró fue San Salvador con un 69% (n=89), le sigue La Libertad con un 9% (n=12) posteriormente Sonsonate y Chalatenango con un 5% cada uno (n=6) y por último con similares atenciones los demás departamentos.

Acerca de los municipios, los que más atenciones generaron fueron los del área metropolitana San Salvador con un 39% (n=34), Soyapango 16% (n=14) Mejicanos con un 14% (n=12) y Ayutuxtepeque con un 9% (n=8) luego se equiparan la mayoría de área de San Salvador siendo de relevancia en otros municipios Santa Tecla con un 50% en La Libertad y Sonsonate con un 83% en el mismo departamento.

Departamento	Pacientes	Porcentaje	Municipio	Pacientes	Porcentaje por departamento
San Salvador	88	69.3%	San Salvador	34	39%
			Soyapango	14	16%
			Mejicanos	12	14%
			Ayutuxtepeque	8	9%
			Apopa	4	5%
			Ciudad Delgado	4	5%
			Ilopango	4	5%
			San Marcos	4	5%
			Guazapa	2	2%
			Cuscatancingo	2	3%
			Rosario de Mora	1	1%
			Total	89	100%
La Libertad	12	9.4%	Santa Tecla	6	50%
			Quezaltepeque	4	33%
			Zaragoza	2	16%
			Total	12	100%
Sonsonate	6	4.6%	Sonsonate	5	83%
			Nahulingo	1	17%
			Total	6	100%
Chalatenango	6	4.6%	Chalatenango	4	67%
			Nueva concepción	1	16%
			Tejutla	1	16%

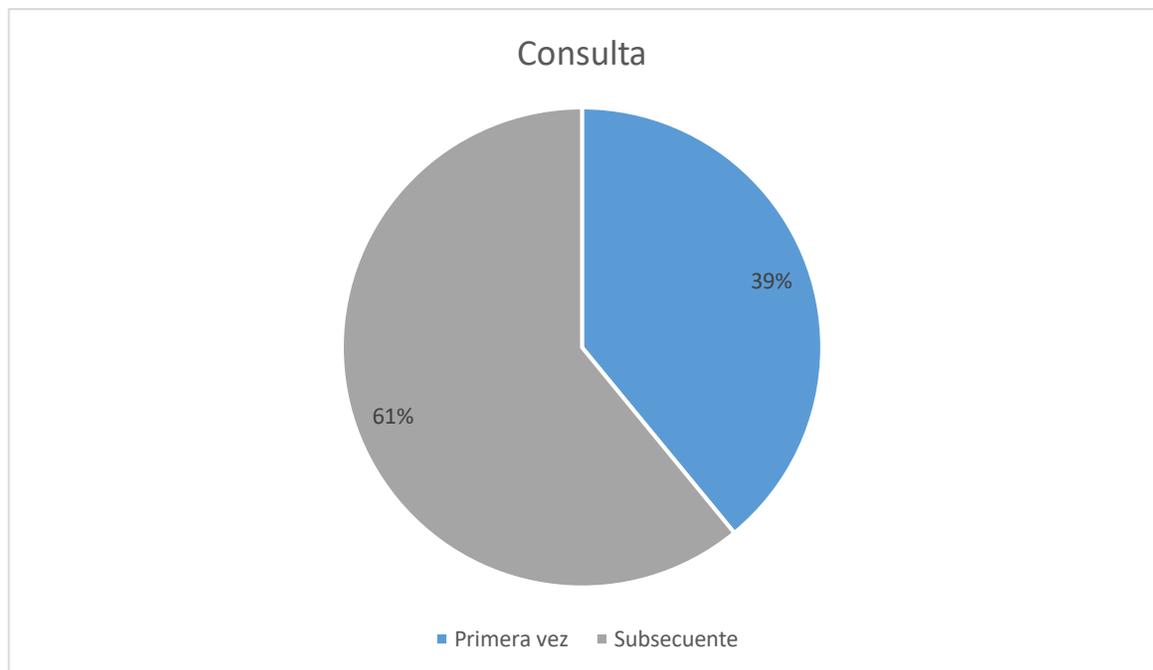
			Total	6	100%
La Paz	4	3.1%	Zacatecoluca	2	75%
			Cuyultitán	1	25%
			Total	4	100%
La Unión	2	1.6%	La Unión	1	50%
			Pasaquina	1	50%
			Total	2	100%
Cabañas	2	1.6%	Sensuntepeque	2	100%
Santa Ana	2	1.6%	Santa Ana	2	100%
Usulután	2	1.6%	Usulután	2	100%
San Vicente	2	1.6%	San Vicente	2	100%
San Miguel	2	1.6%	San Miguel	2	100%
Total	128	100%		128	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos de expedientes clínicos octubre 2022

2. Objetivo específico 1. Determinar los principales grupos de síntomas referidos en la atención brindada presencialmente, los principales cuadros clínicos según origen de consulta y el seguimiento subyacente según cada patología previamente diagnosticada.

Gráfico 6. Origen de la consulta; primera vez o consulta subsecuente.

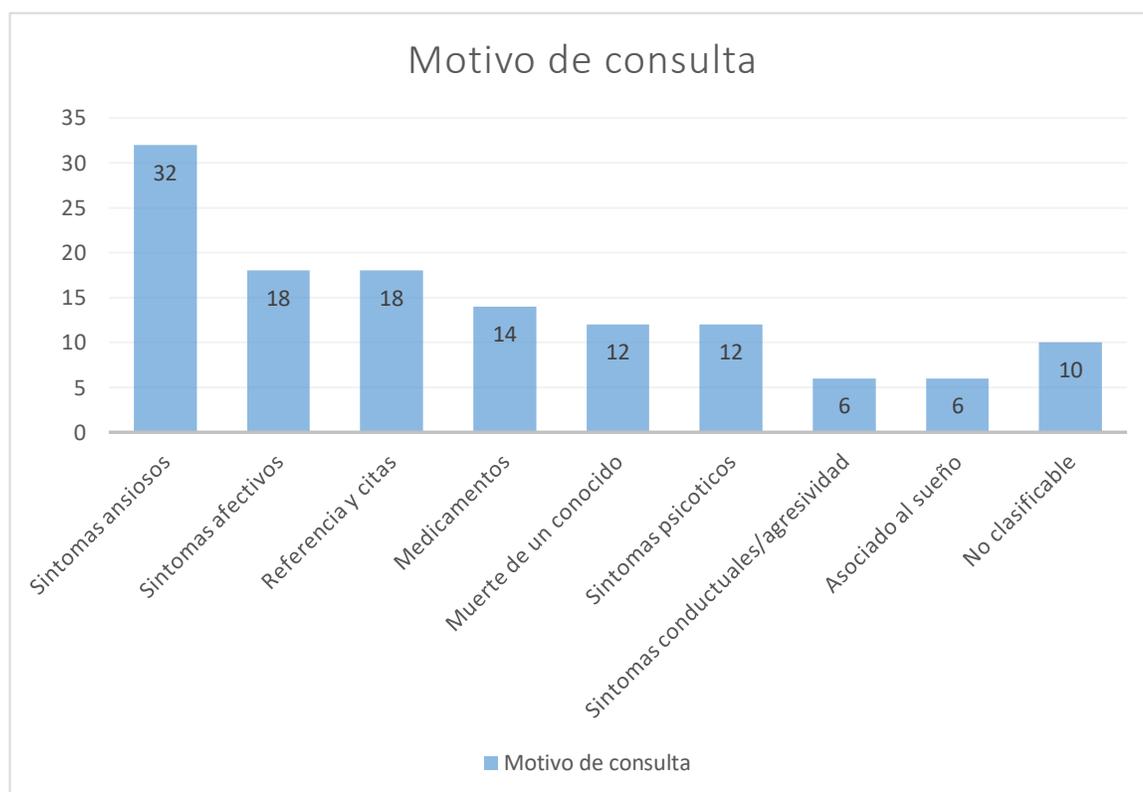
Se evidenció según los datos obtenidos en los registros de fuentes secundarias que las atenciones brindadas en el marco del confinamiento en la consulta inmediata corresponden en su mayoría a características subsecuentes 61% (n=78) pero la clasificación de primera vez también arroja un dato importante y no despreciable de un 39% (n=50)



Fuente: Ficha de recolección de datos de expedientes clínicos octubre 2022

Grafica 8. Motivo de consulta por categoría según datos recolectados.

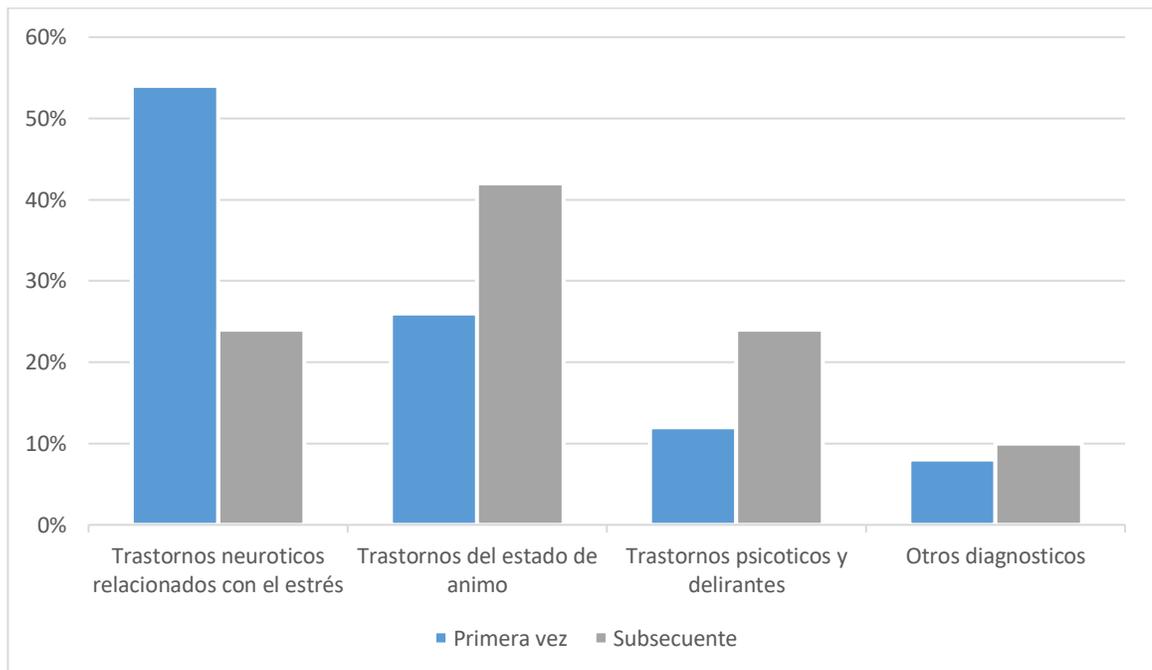
En dicha grafica esta representada la amplia cantidad de motivos de consulta teniendo en cuenta la característica que da origen a la atención médica, y su clasificación con respecto a los síntomas también descritos en el expediente y registrados en la ficha técnica, los síntomas ansiosos con la mayor cantidad con un 25% (n=32) luego seguido de síntomas afectivos 14% (n=18) cantidad que se asemeja los motivos de referencias y citas que se habían perdido o solicitado en otras fechas. Los demás motivos son en porcentaje similares para solicitud de medicamentos, síntomas psicóticos y como dato evidenciable síntomas asociados al fallecimiento de un familiar o conocido 9% (n=12) hay un grupo de motivos de consulta no clasificables con un 8% (n=10) que correspondían a datos ambiguos, poco claros o sin correlación clínica pertinente.



Fuente: Ficha de recolección de datos de expedientes clínicos octubre 2022

Gráfico 9. Cuadro clínico más diagnosticado según origen de consulta.

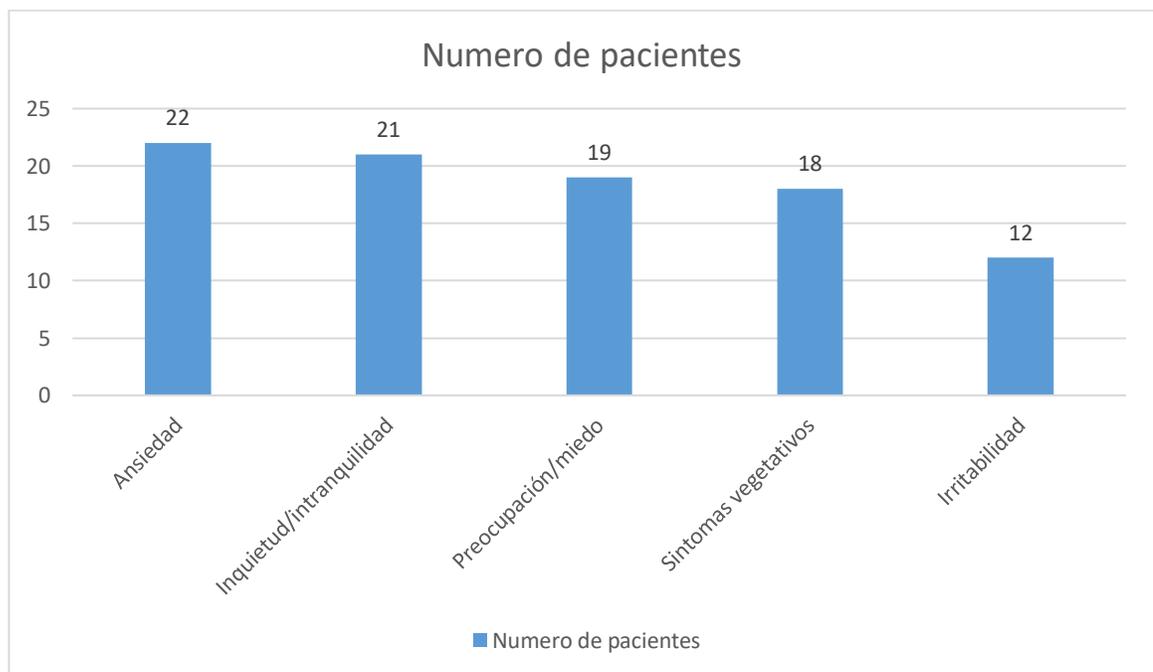
Los principales grupos de diagnóstico generados a través de los síntomas se son los que se relacionan con síntomas ansioso, síntomas afectivos y síntomas psicóticos en ese orden, en la presente grafica se puede percibir como los trastornos neuróticos asociados al estrés es el dato mayor en los pacientes de primera vez con un 54% (n=27) trastornos del estado de ánimo o afectivos en un 26% (n=13) trastornos psicóticos o delirantes con un 12% (n=6) y otros con un 8%. En el caso de los pacientes ya con consultas previas el dato que sobrepasa a los demás es de los trastornos del estado de animo con un 42% (n=32) luego los trastornos asociados al estrés y psicóticos se semejan con un 24% cada uno (n=17) y por último un 10% de otros trastornos.



Fuente: Ficha de recolección de datos de expedientes clínicos octubre 2022

Gráfico 10. síntomas específicos más frecuentes asociados a grupo mayoritario (síntomas ansiosos) en la presentación clínica de primera vez.

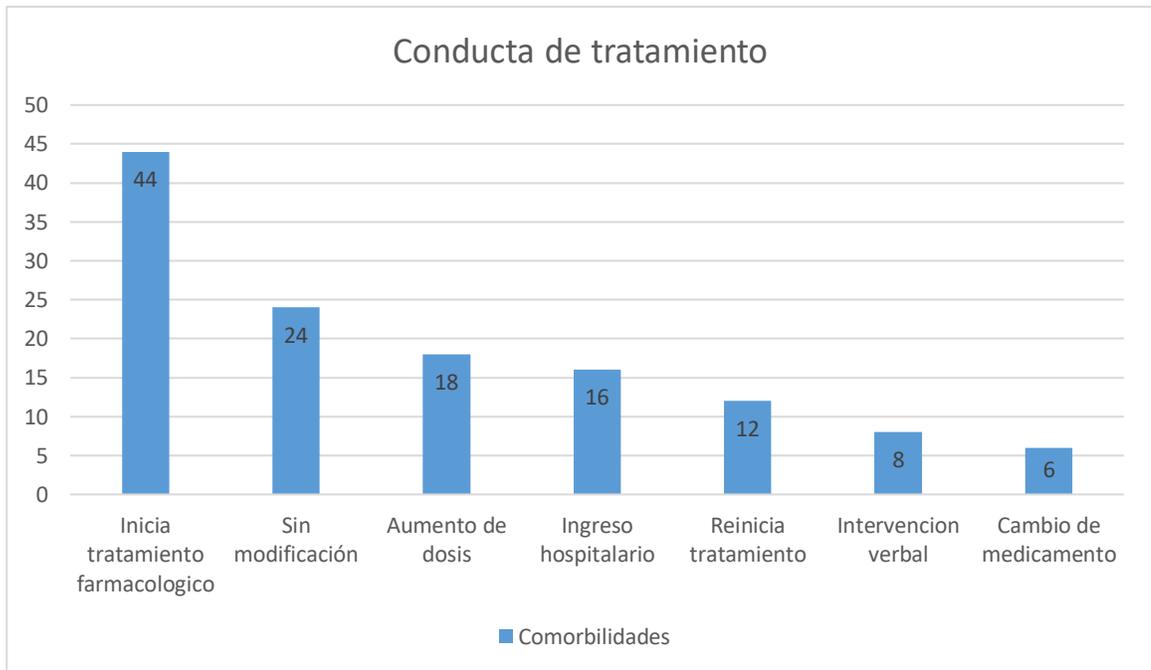
Acerca de las atenciones de primera vez podemos constatar aquellos síntomas que fueron más registrados según las evaluaciones realizadas en la atención inmediata, el mayor de ellos es el que explícitamente se registró como ansiedad con un 81% (n=22) de ese mismo número de pacientes en total 78% manifestaron además inquietud o intranquilidad (n=21) 70% preocupación o miedo (n=19) 67% síntomas vegetativos y un porcentaje menor 44% irritabilidad, otra buena cantidad de síntomas fueron presentados conjuntamente con los descritos.



Fuente: Ficha de recolección de datos de expedientes clínicos octubre 2022

Figura 11. Conducta médica en la atención inmediata registrada a través de expedientes clínicos.

Acercas de la conducta medica expresada en el plan de tratamiento revisado en los expedientes clínicos podemos notar que el mayor porcentaje de pacientes iniciaron un tratamiento farmacológico 34% (n=44) le sigue aquellos manejos que no requirieron modificación o no se evidencio otra intervención 19% (n=24) luego aumento de dosis e ingresos hospitalarios con 14% y 13% respectivamente, reinicio de tratamiento con 9% (n=12) por ultimo intervenciones verbales y camio de fármaco con 6% y 5% respectivamente.



Fuente: Ficha de recolección de datos de expedientes clínicos octubre 2022

3. Objetivo específico 2. Identificar a partir de la sintomatología descrita y el análisis del médico tratante los diagnósticos más relevantes resultantes de las atenciones brindadas según el sistema de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10.

TABLA 2. Listado de diagnósticos más frecuentes en orden descendente según Clasificación Internacional de Enfermedades.

Se desglosan en la presente tabla en orden descendente los diagnósticos principales derivados de las atenciones realizadas o caracterizados por cuadros previos, en el primer lugar el Trastorno mixto de ansiedad y depresión con un 14% en el porcentaje, seguido por el Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente con un 10%, luego el Trastorno de ansiedad generalizada con un 9%, posteriormente los porcentajes se equiparan a excepción de otros diagnósticos sin especificar en los que no había claridad en la clasificación con un 10%.

Diagnostico	Código	Cantidad	Porcentaje
Trastorno mixto de ansiedad y depresión	F41.2	18	14%
Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente	F33.1	13	10%
Trastorno de ansiedad generalizada	F41.1	11	9%
Episodio depresivo moderado	F32.1	6	5%
Trastorno de pánico	F41.0	5	4%
Reacción al estrés agudo	F43.0	3	2%
Insomnio no orgánico	F51.0	4	3%
Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo leve o moderado	F31.3	2	2%
Esquizofrenia residual	F20.5	1	1%
Trastornos de adaptación	F43.2	6	5%
Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable	F60.3	6	5%
Trastorno afectivo bipolar sin especificar	F31.9	6	5%
Trastornos mixtos y otros de trastornos de la personalidad	F61	6	5%
Trastorno esquizoafectivo sin especificar	F25.9	8	6%
Otros trastornos mentales especificados debidos a lesión y disfunción cerebral	F06.8	3	2%

Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios	F23.8	3	2%
Trastorno delirante orgánico	F06.2	1	1%
Trastornos mentales y del comportamiento debido a uso de alcohol, dependencia	F10.2	3	2%
Trastorno delirante	F22	4	4%
Duelos	Z63.4	5	4%
Otros diagnósticos sin especificar	NA	14	10%
Total		128	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos de expedientes clínicos octubre 2022

Gráfico 12. Comorbilidad psiquiátrica.

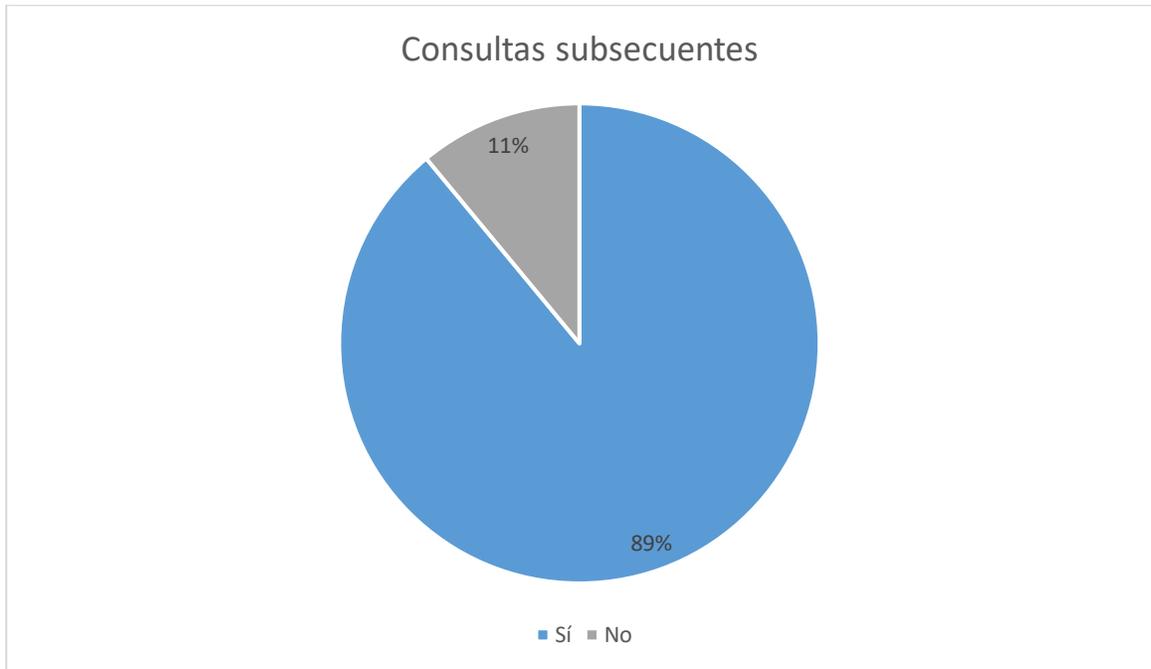
En la siguiente figura se representan otros diagnósticos realizados o ya establecidos en los pacientes a los que se le brindaron atención, han sido colocados con antecedentes o diagnósticos secundarios según el evaluador. En un total de 12 pacientes el 16% correspondía a Trastornos mixtos y otros de la personalidad y de igual porcentaje Trastornos de adaptación, los demás cuadros corresponden a iguales porcentajes entre si 8% respectivamente.



Fuente: Ficha de recolección de datos de expedientes clínicos octubre 2022

Gráfico 13. Pacientes con consultas subsecuentes en relación con atención registrada.

Los datos registrados de pacientes que posterior a su consulta inicial tuvieron nuevas consultas que han dado seguimiento al cuadro clínico y tratamiento en su mayoría han sido subsecuentes, con un 89% de otras consultas (n=114) y 11% que no volvieron a tener consultas (n=14).



Fuente: Ficha de recolección de datos de expedientes clínicos octubre 2022

Discusión.

Desde el inicio de la pandemia y el consecuente confinamiento se puso en juego la salud física, integral y mental de las personas, es decir las afectaciones a nivel no solo medico sino psicológico serian uno de los graves problemas a corto, mediano y largo plazo, al inicio del estudio la mayoría de las investigaciones eran pocas y con datos variables, sin embargo la mayoría estaban de acuerdo en varios puntos; que las nuevas tecnologías brindarían una herramienta realmente útil en esta situación, y la segunda que las afectaciones en salud mental estarían asociadas a la ansiedad, el estrés, la depresión y el duelo.

En la caracterización de los pacientes donde se obtuvo la información del actual estudio a través de los expedientes clínicos en los que se registró la consulta de atención inmediata se pudo evidenciar diversos fenómenos que hoy día son de particular interés sobre todo por la complejidad del evento ya descrito.

Los datos epidemiológicos y sociodemográficos más relevantes son relacionados implícitamente por las características de la Institución donde se desarrolló el estudio, la mayor parte de los consultantes se situaban entre los 31 a 40 años representado con un 27% esto junto a edades productivas como 41 a 50 años, 51 a 60 años y 21 a 30 años representó del total de pacientes el 82% dicho resultado lo podemos relacionar además con el dato tan importante que el 67% de los consultantes tenían en el momento preciso de la atención su estatus de cotización con la calidad de asegurado, que es otro parámetro para evidenciar que la mayoría de los pacientes se encontraban en edad y estado productivo a pesar de la las dificultades propias que el confinamiento propició. Relacionado a dicho dato se encuentra la profesión o empleo que se pudo evidenciar o registrar, teniendo más lugar y porcentaje empleos administrativos y técnicos siendo de un 29% entre ambos, por otro lado y relacionado al porcentaje de beneficiario (17%) también se asocian la categoría de comerciante u oficios varios con un 9%.

Acerca del sexo y relacionado a la literatura mundial acerca de las consultas, la prevalencia estaba en el sexo femenino de las atenciones con un 56% (n=76) en comparación al sexo masculino que era el 44% por otra parte y relacionando de la misma forma estos parámetros la población consultante se encontraba básicamente en su estado civil casado, o soltero, ambos datos son igual de excluyentes y al mismo tiempo comparables y similares en sus porcentajes, superando el estado de soltero solamente en dos puntos porcentuales 58%, en comparación con el estado de casado 56%, los demás estados son mínimos, y con poco valor descriptivo, el estado de acompañado alcanza un 6%.

Demográficamente y muy relacionado a las características institucionales encontramos que la gran mayoría de la población consultante es del área de San Salvador con un 69% desglosado en 10 de los 19 municipios del departamento, siendo el municipio de San Salvador el que tenía también el porcentaje más alto entre los demás 39% (n=34). Cabe mencionar además que se atendió población de 11 de los 14 departamentos de El Salvador, evidenciando la importancia y el impacto que tuvo el sistema de asistencia telefónica, la coordinación con el Hospital Policlínico Arce y las atenciones inmediatas, solamente se exceptuaron de dichas atenciones Ahuachapán, Morazán y Cuscatlán, los dos primeros con distancias y acceso difícil a la zona de San Salvador. Cabe mencionar que el estudio no incluye lo que otros centros de atención inmediata realizaron o las consultas que se generaron o fueron derivadas ante el sistema de asistencia telefónica, sin embargo, la variabilidad y el amplio origen de la consulta demuestra la cobertura lograda.

Acerca de las consultas que se generaron y las características clínicas podemos evidenciar que la mayoría de pacientes eran ya conocidos en la especialidad 72%, sin embargo el dato de las nuevas consultas generadas no es nada despreciables siendo de un 28% (n=50) esto demuestra que el alcance igualmente generado fue amplio y la tecnología brindó un recurso valioso, por otra parte y como punto central de la investigación fue necesario

clasificar los motivos de consultas entre los elementos clínico/sintomatológicos y otras asistencias, en primer lugar las personas consultaron en dicho periodo sobre todo por síntomas ansiosos, tal cual ha sido descrito en la mayoría de estudios alrededor del mundo y como consecuencia directa de la pandemia y el virus COVID-19, siguiéndole a dichos motivos síntomas afectivos comparándose con citas y referencias (otras asistencias) las demás causas de consulta son de real importancia sobre todo cuando vemos que los porcentajes son similares e incluyen muerte de un conocido o familiar semejante a síntomas psicóticos, luego otras causas menos porcentuales.

Un dato importante evidenciado es que en las consultas de primera vez los cuadros clínicos más diagnosticados fueron trastornos ansiosos relacionados con el estrés, seguido de cuadros afectivos, en el caso de los pacientes subsecuentes encabezaba los diagnósticos afectivos y luego los diagnósticos psicóticos y delirantes 24%, la lectura de dicho dato, es que en una buena cantidad de pacientes ya conocidos con cuadros previos de psicosis o delirios la pandemia fue un factor estresante para el desarrollo de sintomatología, o reactivación de características psicóticas.

En los cuadros de primera vez que se asociaban a ansiedad o factores estresantes en los que se hizo el diagnóstico se revisó que la mayoría de las pacientes referían una buena cantidad de síntomas propios y características de ansiedad, todos muy similares en sus porcentajes, entre ellos, explícitamente ansiedad 81%, inquietud o intranquilidad 78%, preocupación o miedo 70%, síntomas vegetativos 67% principalmente y otros síntomas. Todas estas características propiciaron que la conducta médica se orientara en un primer plano al inicio de tratamiento 34% (n=44) u otras conductas terapéuticas como aumento de dosis 14%, ingresos hospitalarios 13%, reinicio de tratamiento 9% y otras 11% en un porcentaje importante también se valoró la mantención de la dosis tal cual había sido prescrito previamente 19% posiblemente dicha consulta era un control, registro o subsecuencia de una dosis ajustada vía telefónica.

La consideración más importante acerca de los diagnósticos más realizados o que se mantuvieron según el origen de las consultas se relacionan con todos los datos ya proporcionados y el grupo de clasificación de los trastornos mentales, a la cabeza y siendo el más importante el Trastorno mixto de ansiedad y depresión con un 14% es evidenciable además que de los veintiún diagnósticos todos de una amplia gama en el área de psiquiatría cinco pertenecen al grupo mencionado, por otra parte el segundo diagnóstico es el de Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente con un 10% y luego vuelve a ponderarse un trastorno relacionado al estrés; el Trastorno de ansiedad generalizada con un 9%. Cabe mencionar que en un 16% del total de pacientes existía comorbilidad psiquiátrica, pacientes previamente diagnosticados que presentaron un cuadro más agudo y que generó la consulta de atención inmediata, a la cabeza Trastorno de personalidad y Trastornos adaptativos que fueron colocados como secundarios, otros cuadros muy similares en sus porcentajes incluían, esquizofrenia, deterioros cognoscitivos, trastornos mentales orgánicos y otros. El último dato relacionado era que la gran mayoría de pacientes 89% presentó posterior a dicha consulta inicial una o varias consultas más, dicho dato fue evidenciado pues al momento de la recolección de datos había transcurrido dos años en los que se hiciese la revisión plena de los expedientes.

Conclusiones

Es evidente que las afectaciones psicológicas y de salud mental fueron identificadas desde principios y a lo largo de la pandemia y del confinamiento, la distancia social, la reserva de información, la inmunización, y otros temas dejaron en evidencia la vulnerabilidad humana y como el estrés a eventos inverosímiles puede afectar potencialmente en todas las áreas al ser humano, pero por otra parte se pudo evidenciar como el ser humano es capaz de poder postergarse, planificar y generar nuevo conocimiento a partir de las vivencias.

Este estudio reconoce entre diversos temas que la población alcanzada a través de la asistencia telefónica y que fue derivada a la atención inmediata en el Hospital Policlínico Arce se encontraba sobre todo en edades productivas, la mayoría de ellos empleados y asegurados, por otra parte la mayor caracterización en sintomatología se centraba en ansiedad y afectaciones del estado de ánimo, así como duelos, pérdida de familiares y/o recuperación de citas, referencias. La ansiedad fue el síntoma mayormente descrito en las consultas de primera vez, las cuales tenían un porcentaje importantísimo. Por otra parte, el Trastorno mixto de ansiedad y depresión, fue el diagnóstico más especificado en el contexto descrito, y la mayoría de los pacientes que consultaron tuvieron inicio de tratamiento o alguna intervención farmacológica o de otro tipo.

Por último, es importante recalcar que las comorbilidades psiquiátricas, así como pacientes subsecuentes son un área de la población realmente importante en los cuales la vulnerabilidad particular y propia de sus diagnósticos hizo proclive a la descompensación, o agudización de otras afectaciones. La mayoría de los pacientes casi un 90% tuvo nuevas consultas, controles o seguimientos.

Recomendaciones

Los estudios actuales, así como el presente han recomendado que las nuevas tecnologías deben usarse como una herramienta auxiliar a las atenciones presenciales, tal como pudo realizarse en el periodo del confinamiento. Se recomienda potenciar y continuar desarrollando planes conjuntos a otras tecnologías para el alcance eficaz de poblaciones vulnerables o con dificultades en el acceso.

Además, otras recomendaciones se encaminan a formar nuevas investigaciones a mediano y largo plazo de las afectaciones directas e indirectas del confinamiento y de la pandemia en la población salvadoreña; como parte del estudio de la conducta humana en periodos particulares, que generen una reseña histórica y científica.

Referencias

1. Mena F. Molina C. Yolanda. La salud mental de los salvadoreños durante el confinamiento voluntario por el COVID 19. San Salvador, El Salvador. 2020: 1: 18-33 Recuperado de <https://funpres.org.sv/la-salud-mental-de-los-salvadorenos-durante-el-confinamiento-voluntario-por-el-covid-19/>
2. Castro A, Larraín A, Fritsch R, Rojas G. Telepsiquiatría: Una revisión sistemática cualitativa. Revista médica de Chile. 2012. 140: 789-796 Recuperado de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000600015
3. Shoib, S., & Arafat, S. M. Y. (2020). Emergency Psychiatry During COVID-19 in Developing Countries. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2020. 379:2-2 Recuperado de <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-colombiana-psiquiatria-english-edition--479-articulo-emergency-psychiatry-during-covid-19-in-S2530312021000242>
4. Shayevitz C, Breitinger S, Lerario MP, Mroczkowski M, Osuji M, Fleischut, P, Khan M, Murray J, Wilner P, Sombrotto L, Implementation of a Centralized Telepsychiatry Consult Service in a Multi-Hospital Metropolitan Healthcare System: Challenges and Opportunities, Psychosomatics. 2020; 1(1) 2-7 Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7483289/>
5. Chen, J.A., Chung, W.J.,Young, S.K. COVID-19 and telepsychiatry: Early outpatient experiences and implications for the future, General Hospital Pyschiatry. 2020; 66(6):89-95. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32750604/>
6. Nikolic A, Wickramasinghe N, Claydon-Platt D, Balakrishnan V, Smart P. The Use of Communication Apps by Medical Staff in the Australian health Care System: Survey Study on Prevalence and Use. JMIR Med Inform. 2018; 6(1) 1-9. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29426813/>
7. Castañeda S, Patiño I. Evaluación de calidad del servicio de Telepsiquiatría del Hospital Mental de Antioquia en algunos municipios del Oriente 2020: desde la percepción del usuario. Universidad de Antioquia. Medellín

Colombia. Recuperado de [https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/16401/1/L%C3%B3pez Stiven 2020 Telepsiquiatr%C3%ADaPercepci%C3%B3nCalidad.pdf](https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/16401/1/L%C3%B3pez%20Stiven%20Telepsiquiatr%C3%ADaPercepci%C3%B3nCalidad.pdf)

8. Ramalho R. Definiciones básicas y aplicaciones de la telepsiquiatría: Telepsiquiatría y el uso de nuevas tecnologías en los cuidados de salud mental. 2020. 1(1) 6-16 Recuperado de <https://www.menteonline.org>
9. Vásquez D, Torres A, Otero P, Hermida E. Intervenciones psicológicas administradas por teléfono para la depresión: Una revisión sistemática y metaanálisis. Revista Iberoamericana de Psicología y Salud. 2015. 6; 39-52 Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-iberoamericana-psicologia-salud-152-articulo-intervenciones-psicologicas-administradas-por-telefono-S2171206915700050>
10. Huarcaya J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. Revista Perú Medicina EXP Salud Publica. 2020. 37(2): 237-34. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/rpmpesp/2020.v37n2/327-334/es/>
11. COVID EL SALVADOR [Internet]. COVID-19 Gobierno del El Salvador. 2021 [citado 25 mayo 2021]. Disponible en: <https://covid19.gob.sv/>

Anexos.

Anexo 1. Cronograma de actividades

Actividad	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic	2022
Gestión bibliográfica													
Elaboración de protocolo													
Presentación a Comité de Ética institucional													
Elaborar plataforma para procesar datos													
Adquirir y procesar datos													
Elaboración informe final													
Revisión informa final por equipo de investigadores													
Redacción informe definitivo para publicación													

Anexo 2. Ficha técnica de recolección de datos.

Indicación: Llenar correctamente y de forma clara los datos solicitados correspondientes al archivo clínico de cada paciente, en el caso de los datos con respuestas de opciones establecidas marcar con una X.

FICHA TECNICA PARA RECOLECCION DE DATOS (FUENTE SECUNDARIA)						
DATOS DE REGISTRO						
CORRELATIVO		EXPEDIENTE		SELECCIONADO	Sí	No

DATOS GENERALES					
EDAD					
ESTADO CIVIL		ESTATUS		OCUPACION	
NACIONALIDAD		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	

DATOS DE CONSULTA			
Fecha de consulta		Consulta por (textual)	
síntomas descritos			
Diagnóstico principal	Diagnostico	Grupo	CODIGO CIE 10
Otros diagnósticos	Diagnostico	Grupo	CODIGO CIE 10

Conducta medica	Inicia tratamiento	Sin modificación	Aumento de dosis	Ingreso hospitalario	Otras intervenciones	Cambio de medicamento
Otras consultas	Sí		No			

DATOS DE SEGUIMIENTO						Observaciones
Origen de consulta	1ra vez	Subsecuente	Uso de fármaco	1ra vez	Subsecuente	

