



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
SECRETARIA DE POSGRADO E INVESTIGACION  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



**TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN PERSONAL  
DE SALUD UMF 33 CHIHUAHUA ANTE PANDEMIA COVID-19**

**T E S I S**

Para obtener el grado de:

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA:

**Dra. Araceli Loza Martínez**

ASESOR

**Dra. Nayeli Limón García**

ASESOR METODOLÓGICO:

**Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos**

ASESOR ADJUNTO

**Dra. Lizbeth Beatriz Peña Martínez**

Chihuahua, Chih.

Abril 2022



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 801,  
H GRAL ZONA NUM 8

Registro COFEPRIS 18 CI 08 037 044  
Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 08 CEI 002 2018072

FECHA Lunes, 21 de diciembre de 2020

Dr. Arcell Loza Martínez

PRESENTE


Tengo el agrado de notificarte, que el protocolo de investigación con título **TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN PERSONAL DE SALUD UMF 33 CHIHUAHUA ANTE PANDEMIA COVID-19** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A.P.R.O.B.A.D.O.**

Número de Registro Institucional

R-2020-801-021

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

  
Dr. Silvia del Carmen Leon Olivares  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 801

[Imprimir](#)

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD

**Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos**

Encargada Coordinación de Planeación y Enlace Institucional

Delegación Chihuahua

---

**Vo.Bo.**

**Dra. Ana Marlend Rivas Gómez**

Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud

Unidad de Medicina Familiar No. 33

---

**Vo.Bo.**

**Dr. Marcelo Correa Ponce**

Profesor titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del

IMSS Unidad de Medicina Familiar No. 33

---

**Vo.Bo.**

**ASESORES**

**Dra. Nayeli Limón García**

Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud UMF No. 44 Chihuahua

---

**Vo.Bo.**

**Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos**

Coordinación de Planeación y Enlace Institucional

Delegación Chihuahua

---

**Vo.Bo.**

**Dra. Lizbeth Beatriz Peña Martínez**

Médico Psiquiatra HGR No. 1 Chihuahua

---

**Vo.Bo.**

**Dr. Javier Santacruz Varela**

Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar

División de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

---

**Vo.Bo.**

**Dr. Geovani López Ortíz**

Coordinador de Investigación de la Subdivisión de Medicina Familiar

División de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

---

**Vo.Bo.**

**Dr. Isaías Hernández Torres**

Coordinador de Docencia de la Subdivisión de Medicina Familiar

División de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

---

**Vo.Bo.**

## **AGRADECIMIENTOS**

Dedico mi tesis a mi esposo quien siempre ha fomentado mi desarrollo, apoyando cada idea para llegar a la meta deseada, a mis padres y hermanos que aun en la distancia siempre están impulsando mi superación profesional.

A mis hijos quienes les toco aceptar que mama no estaría con ellos para lograr un proyecto profesional mostrando comprensión , tolerancia siendo difícil ya que su entorno familiar cambio al quedarse en casa en esta pandemia y siempre tuve muestras de afecto que saldríamos juntos y aquí estamos terminando esta parte de nuestra historia .

Y en especial a un gran amigo que le toco partir antes Dr. Jorge Ortiz agradezco a la vida haberte conocido siempre te recordare “ uno puede llegar tan lejos como se lo proponga no hay límites más que los que uno se pone “ gracias por todo el apoyo y amor que siempre nos brindaste.

A mis tutores (profesores ) por el conocimiento transmitido , paciencia y apoyo brindado en esta etapa la cual era todo un reto y se logró sin ustedes no hubiera sido posible.



<b>INDICE</b>	<b>PAGINAS</b>
I. RESUMEN	9
II. MARCO TEORICO	10
III. JUSTIFICACION	38
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	39
V. OBJETIVO	41
VI. HIPOTESIS	41
VII. MATERIAL Y METODOS	42
VIII. CRITERIOS DE SELECCION	42
IX. OPERACIONALIZACION Y VARIABLES	43
X. TAMAÑO DE LA MUESTRA	50
XI. ANALISIS ESTADISTICO	51
XII. CONSIDERACIONES ETICAS	52
XIII. METODOLOGIA OPERACIONAL	54
XIV. RESULTADOS	55
XV. DISCUSION	57
XVI. CONCLUSIONES	59
XVII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	61
XVIII. TABLAS GRAFICAS Y ANEXOS	65

## I. RESUMEN

### TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN PERSONAL DE SALUD UMF 33 CHIHUAHUA ANTE PANDEMIA COVID-19

Dra. Araceli Iloza Martínez, Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos, Dra. Nayeli Limón García,  
Dra. Lizbeth Beatriz Peña Martínez.

El COVID-19 es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto más recientemente. La letalidad brutal de los casos clínicos supera actualmente el 3%, aunque aumenta con la edad hasta aproximadamente el 15% o más en pacientes mayores de 80 años. **Objetivo:** Identificar el Trastorno de Ansiedad y Depresión en Personal de Salud UMF 33 Chihuahua ante Pandemia Covid-19. **Material y Métodos:** Se realizará un estudio transversal, observacional, prospectivo donde se incluirá al personal de salud de ambos turnos de la UMF 33 a los cuales se les aplicará una encuesta: Escala de GOLDBERG (ANSIEDAD Y DEPRESION) y test de stress laboral; además de conocer la edad, antigüedad, género, estado civil, categoría del personal de salud del turno matutino. Todo lo anterior será guiado por mi asesor. Posterior a la toma de información, se realizará una base de datos, para poder llevar a cabo el análisis estadístico, obteniendo frecuencias y proporciones para determinar el trastorno de ansiedad y depresión en el personal de salud; razón de momios de prevalencia (RMP) e intervalos de confianza al 95%. **Resultados:** Se estudiaron 239 pacientes, 92 (38.5%) tenían entre 30 a 39 años, 151 (63.2%) eran mujeres, 91 (38.1%) tenían una antigüedad de 1 a 5 años, 56 (23.4%) eran médicos, 80 (33.5%) tuvieron COVID, presentando 111 (46.4%) ansiedad, 92 (38.5%) tenían depresión, 223 (93.3%) tenían estrés laboral. Encontramos que los pacientes que tienen más de 25 años presentan 2.55 veces riesgo de tener ansiedad. Los pacientes que sufrieron COVID tienen un 81% de exceso de riesgo de tener ansiedad. Los trabajadores que son asistentes tienen un 2.78 veces riesgo de tener depresión. Los del turno jornada acumulada tienen 2.54 veces riesgo de tener depresión con intervalos. Los pacientes que sufrieron COVID tienen un 29% de exceso de riesgo de tener depresión con intervalos que van hasta 2.23 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes que tienen familiar con COVID tienen un 15% de exceso de riesgo de tener depresión con intervalos que van hasta 2.08 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los trabajadores con estrés laboral tienen 10.34 veces riesgo de tener depresión con intervalos que van hasta 79.67 veces riesgo siendo esta asociación estadísticamente significativa. **Conclusiones:** Se ha previsto de acuerdo a la tendencia que ha ido en incremento la cual aumentó en esta pandemia exacerbando la ansiedad, depresión, estrés laboral.

**Palabras clave:** Ansiedad, depresión, COVID 19, estrés laboral, personal salud.

## II. MARCO TEORICO

COVID -19 (Nuevo Coronavirus) es una Pandemia De Enfermedad Respiratoria Aguda causada por un Nuevo Coronavirus (Sars-Cov-2) <sup>(1)</sup>

El SARS-CoV-2 es un miembro de los coronavirus del género beta estrechamente relacionados con el SARS-CoV <sup>(2)</sup>

Los signos comunes de COVID-19 incluyen fiebre, tos y dificultad para respirar (1)  
No existe un tratamiento antiviral específico para COVID-19<sup>(1)</sup>

La atención de apoyo puede ayudar a aliviar los síntomas y debe incluir el apoyo de las funciones de órganos vitales en casos graves.

También llamado.

Enfermedad del coronavirus 2019

- SARS-CoV-2
- 2019-nCoV

### DEFINICIONES

Definiciones de casos de vigilancia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) basado en la información actual disponible y puede ser revisado a medida que se acumula nueva información

- Definiciones de caso:

#### **1. Caso sospechoso:**

a. Paciente con infección respiratoria aguda grave (fiebre más  $\geq$  1 signo o síntoma de enfermedad respiratoria) que requiere ingreso hospitalario sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica.

b. Paciente con enfermedad respiratoria aguda (fiebre más  $\geq$  1 signo o síntoma de enfermedad respiratoria) y antecedentes de viaje o residencia en el lugar que

notifica la transmisión en la comunidad dentro de los 14 días posteriores al inicio de los síntomas.

c. Paciente con cualquier enfermedad respiratoria aguda y contacto con un caso confirmado o probable de COVID-19 dentro de los 14 días posteriores al inicio de los síntomas.

## **2. Caso probable:**

a. Caso sospechoso: con resultado de prueba no concluyente para COVID-19

b. Caso sospechoso: en el que no se pudieron realizar las pruebas por algún motivo

c. Caso confirmado: infección confirmada por laboratorio de COVID19 independientemente de los signos y síntomas clínicos.

### **Definición de contacto**

- Personas con cualquiera de las siguientes exposiciones a un caso probable o confirmado dentro de los 2 días antes y 14 días después del inicio de sus síntomas

- Contacto cara a cara con un caso probable o confirmado dentro de 1 metro durante > 15 minutos

- Contacto físico directo con caso probable o confirmado

- Atención directa al paciente con COVID-19 probable o confirmado sin usar el equipo de protección personal recomendado

- Otras situaciones según lo indicado por las evaluaciones de riesgo locales

- Para casos asintomáticos confirmados, el período de contacto es de 2 días antes a 14 días después de la fecha de la prueba positiva <sup>(3)</sup>

## **Epidemiología**

Distribución geográfica: en todo el mundo, aunque la tasa de infección varía según la ubicación y la etapa pandémica <sup>(4)</sup>

Quien es más afectado: la mayoría de los casos de COVID-19 ocurren en adultos. <sup>(5)</sup> 167 casos confirmados de COVID-19 vinculados a un centro de enfermería especializada en Washington, Estados Unidos después del rastreo de contactos del primer caso identificado <sup>(6)</sup>. Basado en un estudio de cohorte retrospectivo se evaluaron 44,672 pacientes con COVID-19 confirmado con inicio de síntomas entre el 8 de diciembre de 2019 y el 11 de febrero de 2020, en el Sistema de Información de Enfermedades Infecciosas de China: 86,6% de los pacientes de 30 a 79 años.

Porcentaje de casos por edad:

- 0,9% en pacientes de 0 a 9 años
- 1,2% en pacientes de 10 a 19 años
- 8,1% en pacientes de 20 a 29 años
- 17% en pacientes de 30 a 39 años
- 19,2% en pacientes de 40 a 49 años
- 22,4% en pacientes de 50 a 59 años
- 19,2% en pacientes de 60 a 69 años
- 8,8% en pacientes de 70 a 79 años
- 3,2% en pacientes  $\geq$  80 años <sup>(7)</sup>

## **Incidencia / prevalencia**

El brote comenzó en diciembre de 2019 en Wuhan, provincia de Hubei, China y se declaró una pandemia el 11 de marzo de 2020

21,294,845 casos confirmados de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), incluidas 761,779 muertes en todo el mundo notificadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) al 16 de agosto de 2020.

### **Factores de riesgo**

- Contacto cercano (<6 pies), prolongado ( $\geq$  15 minutos) con una persona con COVID-19 sintomático entre las 48 horas previas al inicio de los síntomas hasta que se cumplan los criterios para la interrupción del aislamiento domiciliario
- Prueba COVID-19 positiva sin síntomas entre las 48 horas posteriores a la recolección de la muestra hasta que se cumplan los criterios para la interrupción del aislamiento domiciliario
- Viajar o residir en áreas con transmisión comunitaria en curso <sup>(8)</sup>
- Polimorfismos en los loci 9q34.2 y 3p21.31 asociados con riesgo de COVID-19 grave
- El grupo sanguíneo A puede tener un mayor riesgo de enfermedad grave que otros grupos sanguíneos <sup>(9)</sup>
- Se informó que variantes raras putativas de pérdida de función del receptor tipo toll-like (TLR) -7 del cromosoma X están asociadas con defectos inmunológicos en la respuesta al interferón tipo I y II en 4 hombres con COVID-19 grave en una serie de casos

### **Etiología y patogenia**

**Patógeno:** nuevos grupos de coronavirus con coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV), género Betacoronavirus, no hay consenso sobre la posición taxonómica exacta dentro del subgénero Sarbecovirus.

Especie coronavirus relacionado con el síndrome respiratorio agudo severo; nombre designado SARS-CoV-2. <sup>(28)</sup>

## Transmisión

Secuenciación genética sugiere que los murciélagos son un reservorio natural de SARS-CoV-2, aunque el contagio a seres humanos existe la hipótesis de que implica un huésped intermedio tal como el pangolín <sup>(12)</sup>

El síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2) se transmite de persona a persona. Se cree que la mayor parte de la transmisión ocurre entre contactos cercanos (dentro de los 6 pies) a través de gotitas respiratorias producidas cuando una persona infectada habla, tose o estornuda <sup>(12)</sup>

El contacto con fómites puede ser una posible vía de transmisión, pero no se cree que sea la ruta principal <sup>(12)</sup>

La transmisión puede ocurrir a través de aerosoles, pero no está claro si es una fuente significativa de infección <sup>(12)</sup>

La viabilidad del SARS-CoV-2 sugiere una posible transmisión por aerosoles y fómites.

La semivida estimada del SARS-CoV-2

- 6,8 horas en plástico
- 5,6 horas en acero inoxidable
- 3,5 horas en cartón
- 1,1 horas en aerosol
- 0.8 horas en cobre

La estabilidad del SARS-CoV-2 similar a la del SARS-CoV-1 <sup>(13)</sup>

El SARS-CoV-2 puede transmitirse por personas que no presentan síntomas. La diseminación viral en el tracto respiratorio superior comienza aproximadamente 2-3 días antes de la aparición de los síntomas con una carga viral máxima alrededor del momento de la aparición de los síntomas. Los portadores pre sintomáticos

pueden transmitir el virus 1-3 días antes de desarrollar síntomas. La tasa de transmisión de personas con infección verdaderamente asintomática es desconocida. <sup>(12)</sup>

El ácido nucleico viral es detectable en frotis de garganta hasta 6 semanas después del inicio de los síntomas, pero los cultivos virales suelen ser negativos 8 días después del inicio de los síntomas. La transmisión puede no ocurrir > 5 días después del inicio de los síntomas <sup>(14)</sup>

## **Patogénesis**

El SARS-CoV-2 infecta las células de manera similar a otros coronavirus virulentos. La proteína de pico viral se une al receptor de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2), la entrada celular requiere serina proteasa transmembrana tipo 2 (TMPRSS2) para escindir el receptor ACE2 y activar la proteína de pico viral, la entrada celular ocurre por endocitosis.

Muchos tipos de células coexpresan ACE2 y TMPRSS2 incluyendo células epiteliales alveolares pulmonares, células secretoras caliciformes nasales, colangiocitos, colonocitos, queratinocitos esofágicos, células epiteliales gastrointestinales, células beta pancreática, túbulos renales proximales y podocitos.

El mecanismo de diseminación extra pulmonar no está claro.

Al inicio de la infección, el SARS-CoV-2 infecta las células epiteliales nasales y bronquiales y los neumocitos <sup>(1, 15)</sup>.

Se inicia la respuesta inflamatoria, que recluta células T, monocitos y neutrófilos.

Las células inmunes producen factor de necrosis tumoral alfa (TNF alfa), interleucina 1 (IL-1) e IL-6.

La citotoxicidad directa, la apoptosis y la proliferación reducida provocan linfopenia de células T y respuesta inmune desregulada. En etapas posteriores de la



infección, la replicación viral se acelera y la integridad de la barrera epitelial-endotelial se ve comprometida <sup>(1, 15)</sup>.

El SARS-CoV-2 puede causar daño directo e indirecto a las células endoteliales y trombo inflamación.

La producción excesiva de trombina, la inhibición de la fibrinólisis y el complemento activado conducen al depósito de micro trombos y disfunción micro vascular.

Las trampas extracelulares de neutrófilos dañan aún más el endotelio y activan las vías de coagulación. La respuesta inflamatoria desregulada ("tormenta de citosinas"); además recluta monocitos y neutrófilos, que se infiltran en los espacios aéreos, causando engrosamiento intersticial alveolar, aumento de la permeabilidad vascular, edema pulmonar (que aparece como opacidades en vidrio esmerilado en la tomografía computarizada) y conduce a un síndrome de dificultad respiratoria aguda; activa el sistema quinina-callicreína que contribuye aún más a la fuga vascular local y al angioedema, estimula la coagulación que conduce a la formación de micro trombos e inicia el ciclo de endotelialitis que promueve la trombo inflamación y la desregulación del sistema renina-angiotensina-aldosterona (RAAS) también puede contribuir al daño tisular relacionado con la infección <sup>(1,15, 16)</sup>

## **Clínica**

Los síntomas leves-graves pueden surgir de 2 a 14 días después de la exposición.

Período medio de incubación informado de 5 días, y casi todos los pacientes desarrollan síntomas en 12 días.

*Los síntomas comunes incluyen:*

- ✓ fiebre o escalofríos
- ✓ tos
- ✓ falta de aire o dificultad para respirar

- ✓ fatiga
- ✓ dolores musculares o corporales
- ✓ dolor de cabeza
- ✓ nueva pérdida del olfato o del gusto
- ✓ dolor de garganta
- ✓ congestión o secreción nasal
- ✓ náuseas o vómitos
- ✓ Diarrea <sup>(17)</sup>

## DEPRESION

### **Definición.**

El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) se caracteriza por un estado de ánimo bajo persistente, falta de afecto positivo y pérdida de interés en actividades generalmente placenteras (anhedonia) que es diferente del yo habitual del paciente y causa angustia o deterioro significativo durante  $\geq 2$  semanas <sup>(19, 20)</sup>

### **Sinónimos:**

Depresión

Depresión mayor

Trastorno afectivo depresivo mayor

Melancolía

### **Tipos**

Los especificadores / modificadores del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM) (pueden ser clínicamente útiles para predecir los resultados y elegir el tratamiento) del TDM incluyen: <sup>(18, 20, 21, 22)</sup>

Angustia ansiosa

Características mixtas

Depresión melancólica (también llamada melancolía o características endógenas)

Características atípicas

Características psicóticas

Características catatónicas

Trastorno afectivo estacional: relación temporal regular entre la época del año y el inicio / remisión de los síntomas

Depresión post-parto

## **Epidemiología**

La depresión se informa con el doble de frecuencia en mujeres que en hombres  
(22)

## **Incidencia / prevalencia**

En todo el mundo

Se informa aproximadamente un 6% de prevalencia anual y un 20% de prevalencia de por vida del TDM en adultos en todo el mundo (22)

En 2015, la prevalencia mundial estimada de depresión fue del 4,4% (6)

Aproximadamente el 8% de prevalencia de depresión actual informada en adultos  $\geq 20$  años en Estados Unidos de 2013 a 2016. (24)

Aproximadamente el 6.5% de prevalencia de episodios depresivos mayores en el último año en adultos en Estados Unidos en 2017, y hasta el 16% de prevalencia en mujeres de 18 a 25 años. (25)

27% de prevalencia de depresión o síntomas depresivos y 11% de prevalencia de ideación suicida en estudiantes de medicina en todo el mundo. (26)

## **Factores de riesgo**

Factores de riesgo informados de depresión mayor (20, 22)

1. Antecedentes familiares: se informa que la heredabilidad de la depresión es de aproximadamente el 35%
2. Sexo femenino: se ha informado que el TDM ocurre aproximadamente el doble en mujeres que en hombres
3. Los factores ambientales incluyen
  - a. Abuso (sexual, físico o emocional) u otro trauma en la niñez; Se informa que el trauma infantil duplica la probabilidad de depresión.
  - b. Ausencia de pareja (como por divorcio o viudez)
  - c. Acontecimientos negativos recientes de la vida, como enfermedad, pérdida de amigos o parientes cercanos, problemas económicos o sociales y desempleo.
4. Factores socio ambientales como desastres naturales, guerras o migraciones.
  - a. Nivel socioeconómico bajo y / o bajo nivel educativo (se cree que la asociación es bidireccional)
  - b. Abuso o violencia doméstica
  - c. Enfermedad médica crónica
  - d. Mediana edad
  - e. Discapacidad
  - f. Etnia nativa americana (en comparación con la etnia blanca)
5. Factores genéticos
  - a. Los genes candidatos involucrados en la investigación epigenética sobre el TDM incluyen: <sup>(22)</sup>
    - i. Transportador de serotonina dependiente de sodio ( SLC6A4 )
    - ii. Receptor 1 de CRH ( CRHR1 )
    - iii. FKBP5
    - iv. Polimorfismo del promotor del transportador de serotonina (5-HTTLPR) más estrés asociado con un mayor riesgo de depresión. <sup>(27)</sup>

v. Polimorfismos específicos de un solo nucleótido (SNP) asociados con un mayor riesgo de trastornos neuropsiquiátricos. <sup>(28)</sup>

6. Abuso de alcohol. <sup>(20, 26)</sup>
7. Multimorbilidad.
8. Dolor crónico
9. Diabetes
10. Trastorno o alteración del sueño.
11. Trastorno de la tiroides.
12. Niveles bajos de folatos.

## **Etiología y patogenia**

### **Patogénesis**

Desconocido, pero probable que sea interacción gen-ambiente y procesos epigenéticos <sup>(22)</sup>, morfología estructural y funcional, circuitos cerebrales funcionales y otras anomalías asociadas con la depresión incluyen:

- Hipocampo (asociado con la cognición y la memoria). La disminución del volumen del hipocampo en la depresión puede estar asociada con una disminución de la atención, concentración, memoria explícita y motivación.
- Puede estar involucrada una plasticidad neural reducida; no está claro si los cambios de volumen ocurren al principio del proceso patogénico o se manifiestan más tarde en el curso de la enfermedad.
- Adelgazamiento cortical informado en regiones frontales que incluyen la corteza orbito frontal, el cíngulo anterior y posterior, la ínsula y los lóbulos temporales
- El eje hipotalámico pituitario adrenal (HPA) puede desregularse por el estrés y las respuestas inflamatorias; un mecanismo propuesto es el control de retroalimentación negativa regulado por cortisol reducido
- Los receptores de glucocorticoides median la actividad del eje HPA, lo que puede indicar procesos a nivel del genoma (incluida la pérdida celular, el

deterioro del aprendizaje y la memoria, y la inhibición de la neurogénesis y la neuroprotección) en la depresión.

- La depresión se ha asociado con una mayor activación del sistema inflamatorio, resistencia a los glucocorticoides, hiperactividad del eje HPA y aumento de la inflamación.
- Los cambios periféricos en el cortisol y la inflamación pueden conducir a la alteración de la neuroplasticidad; La depresión se ha asociado con niveles séricos más bajos de factor neurotrófico derivado del cerebro de neurotrofina (BDNF).
- La síntesis y liberación de proteínas de BDNF se interrumpe por la desregulación de los receptores de glutamato inducida por el estrés. La disminución del BDNF puede provocar atrofia neuronal y dendrítica; hipotetizado para estar conectado con la degradación característica del hipocampo en la depresión
- Disminución de la activación del núcleo accumbens (asociado con el procesamiento de recompensa y el eje HPA, puede ser la base de la anhedonia relacionada con la depresión)
- Circuito afectivo-prominencia (asociado a conductas motivadas); MDD está asociado con mayor activación y mayor conectividad en la amígdala cingulado anterior dorsal hiperactivo y ínsula anterior disminución de la actividad y la conectividad en el estriado ventral y otras regiones relacionadas con la recompensa
- Red de modo predeterminado: se informa que posiblemente esté hiperconectada en MDD
- Circuito de control cognitivo fronto parietal: posiblemente hipo conectado en el TDM, involucra la corteza dorso lateral y pre frontal.
- Conexión dinámica entre la red de modo predeterminado y el circuito de control cognitivo fronto parietal informado de estar perturbado en el TDM, que se cree que posiblemente contribuya a los deterioros cognitivos asociados con la depresión <sup>(29)</sup>

Los déficits de neurotransmisores asociados con la depresión incluyen serotonina, triptófano (precursor de la serotonina), noradrenalina y dopamina.

Popularmente conocido como "desequilibrio químico" o hipótesis de deficiencia de mono aminas - seguido de las observaciones de que la creciente disponibilidad de neurotransmisores de mono aminas como serotonina, dopamina y norepinefrina puede mejorar la depresión.

La disponibilidad de mono aminas aumenta a través de la acción farmacológica: bloquea la receptación en la neurona pre sináptica dejando más mono aminas dentro de la hendidura sináptica o inhibe la enzima mono amino oxidasa, que previene el catabolismo de las mono aminas.

Deficiencias de mono aminas en la depresión respaldadas por la investigación y la eficacia de los antidepresivos, pero el papel como explicación causal es discutido y tiene evidencia inconsistente

### **Hipótesis del estrés inflamatorio y oxidativo**

Los pacientes con depresión muestran niveles elevados de inflamación con un aumento de los biomarcadores de sangre periférica, incluidas las citocinas

El estrés psicosocial puede activar las vías de salida del sistema nervioso simpático que conducen a la estimulación de moléculas de señalización inflamatorias.

Se ha demostrado que las citocinas inflamatorias se infiltran en el cerebro e influyen en el metabolismo de los neurotransmisores relevantes para el estado de ánimo, la función neuroendocrina y la plasticidad neural.

La activación de las vías inflamatorias en el cerebro puede estimular la disminución del soporte neurotrófico (ver la hipótesis de la neurotrofina a continuación), la actividad del glutamato alterada y el estrés oxidativo que conduce a la pérdida glial y ex citotoxicidad

Las citocinas también pueden estimular la hormona liberadora de corticotropina, la hormona adrenocorticotrópica y el cortisol, lo que afecta el eje HPA, aunque la evidencia es mixta.

## **Presentación clínica**

El TDM tiene una presentación clínica heterogénea, de modo que 2 pacientes con el diagnóstico pueden tener solo unos pocos síntomas en común <sup>0</sup>

Los factores étnicos, religiosos y culturales pueden influir en la presentación, interpretación o descripción de la sintomatología depresiva 1 - ver también Conceptos culturales de angustia.

El estado de ánimo y / o anhedonia persistente debe estar presente para el diagnóstico de TDM, pero los pacientes a menudo presentan otros síntomas o preocupaciones somáticas inespecíficas

Las presentaciones comunes en atención primaria pueden incluir:

- Insomnio o hipersomnia
- Bajo nivel de energía
- Fatiga o pérdida de energía
- Dolores de espalda
- Condiciones médicas crónicas (factor de riesgo de TDM)
- Preocupaciones musculo esqueléticas inespecíficas
- ≥ 3 preocupaciones físicas, preocupaciones vagas o síntomas físicos inexplicables
- Quejas de memoria
- Indecisión, dificultad para concentrarse y / o funcionamiento cognitivo deficiente
- Ansiedad y / o abuso de sustancias (cada uno a menudo es comórbido con TDM)



Otros signos o síntomas que pueden estar presentes incluyen:

- Cambio de peso inexplicable ( $\geq 5\%$  del peso corporal en 1 mes) o cambio del apetito
  - Agitación psicomotora
  - Sentimientos de inutilidad o culpa inapropiada
  - Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente con o sin un plan específico, o intento de suicidio

Estar consciente de los factores estresantes de los eventos de la vida, particularmente en pacientes con antecedentes familiares o personales de TDM, y buscar signos de TDM y considerar la detección si ha ocurrido un evento reciente; los eventos pueden incluir:

- Pérdida o duelo reciente
- Abuso físico o emocional
- Incidentes relacionados con la humillación
- Dificultad con las relaciones

### **MNEMÓNICO para los síntomas de depresión**

#### **S I G E C A P S**

**S** (sleep disorder) Trastorno del sueño (puede ser aumentado o disminuido)

**I** (Interest Deficit) déficit de interés (anhedonia)

**G** (Guilt) (culpa, inutilidad, desesperanza, arrepentimiento)

**E** (Energy déficit) déficit de energía.

**C** (Concentración déficit) Deficit de concentración

**A** (Appetite Disorder) trastorno del apetito (puede aumentar o disminuir)

**P** (Psychomotor retardation or agitation. Retraso o agitación psicomotora

**S** (Suicidality) Ideas suicidas

## **Antecedentes**

La edad de inicio varía ampliamente, pero la edad promedio es de 20 años <sup>(20)</sup>

Los síntomas generalmente se desarrollan durante días o semanas; Los episodios depresivos no tratados suelen durar  $\geq 6$  meses <sup>(20)</sup>

En los meses anteriores al inicio del episodio, los síntomas prodrómicos pueden incluir ansiedad generalizada, ataques de pánico, fobias o síntomas depresivos subumbrales <sup>(20)</sup>

Evaluar / preguntar sobre: <sup>(20, 22)</sup>

- Gravedad de los síntomas y deterioro
- Factores estresantes psicosociales precedentes
- Tendencias suicidas
- Síntomas psicóticos como delirios o alucinaciones (si están presentes, pueden ser congruentes o incongruentes con el estado de ánimo)
- Estacionalidad de los síntomas depresivos
- Embarazo actual

## **Antecedentes de medicación**

Revisar todos los medicamentos actuales <sup>(20)</sup>

Preguntar acerca de reacciones adversas pasadas a los antidepresivos (puede ser consistente con un "cambio" a hipomanía o manía que indique trastorno bipolar) <sup>(20)</sup>

Los medicamentos que pueden inducir síndromes depresivos (no completos) incluyen:

- Agentes anti rechazo para trasplantes <sup>(20)</sup>

- Esteroides <sup>(20)</sup>
- Interferón <sup>(20)</sup>
  
- Algunos antibióticos <sup>(20)</sup>
- Isotretinoína ( FDA DailyMed 2019 18 de mayo )
- Vareniclina ( FDA DailyMed 2019 29 de mayo )
- Anticonvulsivos incluidos: pregabalina ,Levetiracetam Finasterida
- Narcóticos y benzodicepinas

## **Diagnóstico**

### **Criterios clínicos**

Diagnóstico clínico basado en la presencia de estado de ánimo depresivo y / o anhedonia y síntomas asociados, generalmente definidos por el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, quinta edición (DSM-5) o los criterios 5 , 18 , 4 de la CIE-10

### **Criterios del DSM-5 para MDD**

- Presencia de  $\geq 5$  de los siguientes síntomas (incluyendo al menos 1 de los 2 primeros síntomas centrales) durante  $\geq 2$  semanas que es un cambio del funcionamiento habitual y causa angustia o deterioro clínicamente significativo en el área social, ocupacional u otra área de la vida.
  - Estado de ánimo deprimido (o estado de ánimo irritable en niños y adolescentes)
  - Interés o placer significativamente disminuido en casi todas las actividades (anhedonia)
  - Cambio significativo de peso o apetito
  - Insomnio o hipersomnia
  - Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por otros)
  - Fatiga o pérdida de energía

- Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada
- Indecisión o disminución de la capacidad de concentración
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio
- Ausencia de antecedentes de episodio maníaco o hipomaníaco
- El episodio actual no es:
  - Atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra condición médica
  - Se explica mejor por trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otro trastorno psicótico

### **Criterios de la CIE-10**

- Los síntomas deben estar presentes al menos 2 semanas
- $\geq 2$  de los siguientes síntomas típicos requeridos:
  - Estado de ánimo deprimido
  - Pérdida de interés y disfrute
  - Energía reducida y actividad disminuida
- $\geq 2$  de los siguientes otros síntomas requeridos
  - Visiones sombrías y pesimistas del futuro
  - Concentración y atención reducidas
  - Reducción de la autoestima y la confianza en sí mismo
  - Sentimientos de culpa e indignidad
  - Pensamientos o actos de autolesión o suicidio
  - Sueño perturbado
  - Apetito disminuido

El diagnóstico requiere la exclusión de otras causas <sup>(21)</sup>

Numerosos instrumentos de detección y diagnóstico disponibles para ayudar en la detección, el diagnóstico y la evaluación de la gravedad:

- Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) : aborda los criterios del DSM-IV y parece válido para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor en entornos de atención primaria.

### **Especificadores de gravedad**

Los especificadores de gravedad del DSM-5 de MDD incluyen: <sup>(21)</sup>

- TDM leve si se presenta un número mínimo de síntomas, los síntomas son angustiantes pero manejables y deterioro funcional menor
- MDD moderado si el número, la intensidad y / o el deterioro funcional se encuentran entre leve y grave
- TDM grave si hay un exceso sustancial de los síntomas requeridos, los síntomas son muy angustiantes e inmanejables, y la discapacidad en la funcionalidad y / o responsabilidades es evidente

Los criterios de diagnóstico de la CIE-10 también se pueden utilizar para calificar la gravedad del episodio depresivo <sup>(18)</sup>

### **Especificadores de síntomas e inicio**

Los modificadores o especificadores del DSM para el TDM que pueden guiar las decisiones de tratamiento e influir en el pronóstico incluyen: <sup>(18, 20, 21,22)</sup>

- Angustia ansiosa: asociada con una mayor probabilidad de informar pensamientos suicidas y una menor respuesta a los antidepresivos tradicionales; requiere que  $\geq 2$  de las siguientes características estén presentes la mayor parte de los días de un episodio de TDM.
  - o Sensación de estar "excitado" o tenso
  - o Inquietud inusual
  - o Dificultad para concentrarse debido a la preocupación
  - o Miedo a que puedan pasar cosas horribles

- Preocuparse por perder el autocontrol
- Características mixtas: este especificador resulta de la idea de que el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar existen en el mismo espectro, y que cada uno puede tener características superpuestas del otro durante un episodio índice
  - Requiere que estén presentes  $\geq 3$  de los siguientes durante un episodio depresivo (sin un episodio depresivo concurrente, estos criterios sugerirían hipomanía o manía)
    - Estado de ánimo elevado y expansivo
    - Autoestima elevada o grandiosidad
    - Aumento del habla de habla presionada
    - Pensamientos acelerados
    - Aumento de energía o actividad dirigida
    - Actividad excesiva en el comportamiento con posibles consecuencias negativas
    - Menor necesidad de dormir
- características melancólicas (también llamadas características endógenas)
  - Requiere las siguientes características como parte del diagnóstico estándar de depresión mayor: falta de interés o placer en la mayoría o en todas las actividades (anhedonia), o falta de reactividad a los estímulos placenteros, y  $\geq 3$  de:
    - Calidad distintiva del estado de ánimo depresivo (experimentado de manera diferente a la pérdida de un ser querido)
    - Los síntomas empeoran regularmente por la mañana
    - Despertar temprano en la mañana (al menos 2 horas antes de la hora habitual de despertar)
    - Anorexia significativa o pérdida de peso
    - Notable retraso psicomotor o agitación
    - Culpa excesiva o inapropiada

- 25% -30% de los pacientes con TDM tienen características melancólicas
- Melancolía asociada con una depresión más grave, mayor riesgo de suicidio, mayor probabilidad de respuesta al tratamiento a la farmacoterapia o terapia electro convulsiva sobre la psicoterapia, falta de respuesta a las intervenciones con placebo y menor probabilidad de respuesta a la psicoterapia, y mayor tasa de recurrencia
- Los inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (IRSN) y el antidepresivo tricíclico (TCA) pueden ser más apropiados que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) para pacientes con depresión melancólica.
- Características atípicas (a pesar del nombre, este tipo de TDM es común y puede representar alrededor del 40% de todos los episodios depresivos)
  - Requiere reactividad del estado de ánimo (el estado de ánimo se ilumina en respuesta a eventos positivos reales o potenciales) más  $\geq$  2 de los siguientes:
    - Aumento significativo de peso o apetito
    - Aumento del sueño
    - Sensación de parálisis de plomo
    - Sensibilidad interpersonal
  - Más común en pacientes femeninas y asociado con una edad de inicio más temprana y una mayor tasa de intentos de suicidio
  - Escala de calificación del Inventario de sintomatología depresiva útil para monitorear la mejoría de los síntomas (incluye síntomas atípicos)
- Características psicóticas: se refiere a la presencia de delirios o alucinaciones durante el episodio de TDM, que pueden ocurrir en cualquier nivel de gravedad del TDM.

- Características psicóticas típicamente congruentes con los temas de insuficiencia personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido
- También pueden ocurrir delirios o alucinaciones incongruentes con el estado de ánimo
- Características catatónicas: a menudo ocurre en pacientes que también tienen psicosis (pero también puede ocurrir en aquellos sin psicosis); se refiere a la presencia de  $\geq 2$  de los siguientes:
  - Alteración psicomotora marcada que puede implicar una disminución de la actividad motora
  - Disminución de la participación durante la entrevista o el examen físico
  - Actividad motora excesiva y peculiar
  - Ecolalia o ecopraxia
- Inicio periparto - puede sugerir depresión posparto
- Patrón estacional, que puede sugerir un trastorno afectivo estacional si existe una relación temporal regular entre la época del año y el inicio / remisión de los síntomas

### **Ideación suicida**

La depresión se asocia con una mayor tasa de suicidio que en la población general <sup>(20)</sup>

Es necesaria una evaluación cuidadosa y continua del riesgo de suicidio para todos los pacientes con trastorno depresivo mayor (Categoría I de la APA) <sup>(20)</sup>

Preguntar sobre pensamientos, intenciones, planes, medios y comportamientos suicidas.

Identificar síntomas psiquiátricos específicos (por ejemplo, psicosis, ansiedad severa, uso de sustancias) o condiciones médicas generales que pueden aumentar la probabilidad de actuar sobre ideas suicidas



Evaluar el comportamiento suicida pasado (especialmente reciente)

Preguntar sobre los factores estresantes actuales y los posibles factores protectores (por ejemplo, razones positivas para vivir, fuerte apoyo social).

Preguntar sobre antecedentes familiares de suicidio o enfermedad mental

Preguntar al paciente directamente sobre la ideación y la intención suicida <sup>(19, 20)</sup>

¿Sientes que vale la pena vivir la vida?

¿Desearías estar muerto?

¿Alguna vez pensaste en terminar con tu vida? Si es así, pregunte

¿Tiene actualmente un plan? Si es así, pregunte

Cuál es tu plan; Sea específico, ¿qué método utilizaría?

¿Tiene acceso a una forma de llevar a cabo su plan?

¿Qué le impide hacerse daño?

Derivar urgentemente a servicios de salud mental especializados si el paciente presenta un riesgo inmediato considerable para sí mismo o para otros <sup>(19,20)</sup>

## **Tratamiento**

Por lo general, la hospitalización es necesaria para pacientes que representan una amenaza grave de daño a sí mismos o a otros (Categoría I de la APA) y puede ser apropiada para ciertos pacientes con depresión severa a pesar de la falta de ideación suicida u homicida (como pacientes que no pueden realizar las actividades de la vida diaria, aquellos que no cuentan con el apoyo social adecuado, o con una complicación de la enfermedad general o médica)

### **Depresión leve a moderada:**

La Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA) y el Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención (NICE) recomiendan la psicoterapia como una opción de tratamiento inicial (Categoría I de la APA)

La APA considera que los antidepresivos son una opción de tratamiento inicial (Categoría I de la APA), NICE recomienda un antidepresivo si no responde a la intervención psicosocial, si hay depresión recurrente o si se presentan síntomas de bajo nivel de  $\geq 2$  años; razones adicionales para considerar los antidepresivos incluyen:

- Antecedentes familiares positivos de trastornos depresivos
- Respuesta previa a los antidepresivos, incluida la eficacia y la tolerabilidad
- Preferencia del paciente

La APA recomienda la combinación de psicoterapia más antidepresivos si hay problemas psicosociales comórbidos (Categoría II de la APA)

### **Depresión de moderada a grave en adultos:**

Tanto APA como NICE recomiendan la combinación de antidepresivos más psicoterapia (Categoría I de la APA)

La APA recomienda la terapia electro convulsivo (TEC) para la depresión mayor grave que no responde o la necesidad urgente de respuesta (Categoría I de la APA)

Consideraciones para el inicio del tratamiento:

- Informar a los pacientes sobre la posibilidad de un aumento de la agitación, la ansiedad y las ideas suicidas durante las etapas iniciales del tratamiento; asegurarse de que el paciente sepa cómo buscar ayuda de inmediato si se presentan estos síntomas <sup>(19)</sup>
- Si el paciente responde demasiado rápido a la terapia antidepresiva inicial, considere un diagnóstico alternativo de trastorno bipolar.

Opciones recomendadas paso a paso para la respuesta inadecuada al antidepresivo inicial después de excluir diagnósticos alternativos y no adherencia.

Optimizar la dosis de medicación si no se ha alcanzado el límite superior y la carga de efectos secundarios es tolerable

Después de la optimización, las opciones incluyen cambiar a otro antidepresivo o aumentar el antidepresivo con psicoterapia centrada en la depresión, agregar otro antidepresivo que no sea IMAO o agregar otro medicamento como litio, antipsicóticos de segunda generación o modafinilo.

Para los pacientes refractarios a los medicamentos, la terapia electro convulsiva (TEC) es la terapia más eficaz y debe considerarse (Categoría I de la APA); y también podría considerarse la estimulación magnética transcraneal (APA Categoría II)

La estimulación del nervio vago es una opción para pacientes refractarios a al menos 4 ensayos de tratamiento adecuados, incluida la TEC (Categoría III de la APA).

El aerosol nasal o intravenoso de es ketamina parece eficaz para reducir los síntomas relacionados con la depresión resistente al tratamiento y también se puede considerar en pacientes con riesgo de suicidio inminente.

### **Terapia de continuación y mantenimiento**

Después de un tratamiento agudo exitoso, se recomienda la terapia de continuación durante 4-9 meses (Categoría I de la APA) o a los menos 6 meses después de la remisión (recomendación NICE)

Se recomienda la terapia de mantenimiento a largo plazo con tratamiento que conduce a la remisión para pacientes con múltiples episodios recurrentes de depresión o factores de riesgo de recaída y recurrencia.

Continuar con la dosis terapéutica completa de medicación antidepresiva que produjo y mantuvo los factores de remisión de los síntomas (APA Categoría II)

Si se ha utilizado psicoterapia, considere el tratamiento de mantenimiento con una frecuencia reducida de sesiones APA Categoría II)

Para revisiones de otros tratamientos específicos, vea también

Tratamientos alternativos para la depresión: incluye suplementos dietéticos y herbales, aminoácidos y otros productos naturales, intervenciones de mente y cuerpo e intervenciones físicas como yoga, terapia de luz y acupuntura, entre otros.

### **Antidepresivos:**

Recomendaciones del National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

- Considerar un antidepresivo para pacientes con síntomas subumbrales persistentes o depresión leve a moderada si: <sup>(19)</sup>
  - o El paciente tiene antecedentes de depresión moderada-grave
  - o Síntomas presentes durante  $\geq 2$  años
  - o Los síntomas persisten después de otras intervenciones

Ofrecer la opción de antidepresivo o intervención psicológica de alta intensidad a pacientes con síntomas persistentes por debajo del umbral o depresión leve a moderada si la respuesta a la intervención inicial es inadecuada <sup>(19)</sup>

Proporcionar una combinación de antidepresivos más terapia cognitiva conductual o interpersonal a pacientes con depresión moderada o grave <sup>(19)</sup>

Las elecciones de tratamiento deben guiarse por: <sup>(19)</sup>

- Duración del episodio depresivo y trayectoria de los síntomas
- Curso previo de depresión y respuesta al tratamiento
- Probabilidad de adherencia al tratamiento y posibles efectos adversos
- Preferencia y prioridades del paciente

El inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) genérico es generalmente la primera opción si se prescribe un antidepresivo <sup>(19)</sup>

Discutir las opciones de tratamiento con antidepresivos con el paciente, cubriendo: <sup>(19)</sup>

- Efectos adversos de la medicación
- Posibles interacciones medicamentosas o efectos sobre otros problemas de salud física
- Experiencia del paciente con el uso anterior de antidepresivos

Para los pacientes con riesgo de suicidio, tenga en cuenta las posibles toxicidades de los medicamentos, incluidos: <sup>(19)</sup>

- Venlafaxina asociada con un mayor riesgo de muerte por sobredosis en comparación con antidepresivos igualmente eficaces recomendados para la atención de rutina
- Los antidepresivos tricíclicos (excepto la lofepramina) se asocian con la mayor toxicidad en casos de sobredosis.

Considerar los posibles efectos adversos de los ISRS: <sup>(19)</sup>

- Los ISRS se asocian con un mayor riesgo de hemorragia, especialmente en personas mayores o en personas que toman otros medicamentos que pueden dañar la mucosa gastrointestinal o interferir con la coagulación.
- Prescribir un fármaco gastroprotector en personas mayores que toman fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) o aspirina puede ser útil
- Fluoxetina, fluvoxamina y paroxetina se asocian con una mayor probabilidad de interacciones medicamentosas que otros ISRS.
- La paroxetina se asocia con una mayor incidencia de síntomas de interrupción que otros ISRS.

Al recetar medicamentos que no sean ISRS, considere: <sup>(19)</sup>

- Mayor probabilidad de interrupción del tratamiento debido a los efectos secundarios, y la consiguiente necesidad de aumentar la dosis gradualmente, particularmente con venlafaxina , duloxetina y ATC
- Precauciones, contraindicaciones y requisitos de control específicos para algunos medicamentos.
  - o Potencial de dosis más altas de venlafaxina para exacerbar las arritmias cardíacas y la necesidad de controlar la presión arterial
  - o Posible exacerbación de la hipertensión con venlafaxina y duloxetina
  - o Potencial de hipotensión postural y arritmias con ATC
  - o Necesidad de control hematológico con mianserina en personas mayores

### III. JUSTIFICACION

La enfermedad de COVID 19 es una pandemia, El COVID19 es la infección respiratoria que ha causado más impacto y daño internacional en las últimas décadas, causando en el área de salud estrés, ansiedad, miedo, tristeza, y soledad haciendo posible que empeoren los trastornos de salud mental, incluyendo la ansiedad y la depresión. La falta de conocimiento de la enfermedad y evolución así como las complicaciones de la misma del virus y o enfermedad provocaran cerrar fronteras y probablemente llegar a colapsar los servicios sanitarios y económicamente al planeta, la falta de vacunas, insumos médicos, equipos de protección personal no disponible para el sector de salud, influyeron para que se transforma en unos de los peores fenómenos de salud en los últimos años del todo mundo siendo esta la parte más afectada (18,19)

La situación de inseguridad, desconfianza y pánico conllevan a un deterioro de la salud mental de las personas, incluidos sus niveles de ansiedad.

Existe un consenso en la literatura en cuanto a que los profesionales de salud tienen un mayor riesgo de desarrollar altos niveles de estrés, ansiedad y depresión, lo cual podría tener implicaciones psicológicas a largo tiempo (16).

Es importante que se atiendan lo referente a la salud mental de las personas ante una pandemia, pero es indispensable se realice en el personal de salud que se encuentra a cargo de la salud de la población.

Esta investigación pretende identificar si el personal de una Unidad de Medicina Familiar de primer nivel de atención presenta trastornos de ansiedad y depresión relacionados a la contingencia COVID-19, lo cual es factible tras contar con población a investigar, asesores y residente para llevar a cabo.

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En el mes de diciembre de 2019, ocurrió un brote de una nueva neumonía por coronavirus en Wuhan (Hubei, China). A principios de 2020, la enfermedad por el nuevo coronavirus (COVID-19) comenzó a extenderse por toda China. El rápido aumento de los casos sospechosos, confirmados y aún más las muertes han provocado un deterioro a la salud mental, principalmente con problemas de estrés, ansiedad y depresión, tanto en el personal de la salud, como en la población general. Este rápido aumento de los casos confirmados y de los fallecimientos también se extendió por todo el mundo, no siendo la población de Chihuahua, Chihuahua y específicamente la población de la UMF No. 33 la excepción al caso

La salud mental de la población y del personal de salud sufrió un grave deterioro debido a la deficiencia de información relacionada a la enfermedad Covid19 y su gran morbi-mortalidad. Aunado a las novedades en la capacitación, la estructura y equipamiento deficientes en las unidades de salud federal en todos los niveles de atención. Siendo fundamental la valoración de la Salud mental para preservar las condiciones del personal de salud y poder continuar la atención a la pandemia.

La incertidumbre, el estrés que con lleva las dificultades en la atención médica durante un brote epidémico como coronavirus (COVID-19), exige una especial atención a las necesidades de apoyo emocional del personal sanitario.

Mientras muchas personas acuden reclamando atención sanitaria, el personal sanitario también enferma o ve a sus personas cercanas enfermar. Máxime en circunstancias como la del COVID-19 en las que los profesionales se contagian y deben guardar cuarentena o ellos mismos precisan atención médica.



Existe un mayor riesgo de contraer la enfermedad tan temida y transmitirla a familiares, amigos y otras personas en el trabajo.

El equipo puede ser insuficiente, poco confortable, limita la movilidad y la comunicación y la seguridad que produce puede ser incierta.

Conforme aumenta la demanda y la asistencia, la angustia del paciente y las familias puede ser cada vez más difícil de manejar para el personal sanitario

Ayudar a quienes lo necesitan puede ser gratificante, pero también difícil, ya que los trabajadores pueden experimentar miedo, pena, frustración, culpa, insomnio y agotamiento.

La crisis del COVID-19 está exponiendo al personal sanitario a un sufrimiento intenso ante una muerte en aislamiento que tiene a las familias desconsoladas por no poder acompañar y ayudar a sus seres queridos.

La falta de medios, la sobrecarga y la propia evolución incierta de los pacientes, hacen que en ocasiones el profesional se vea obligado a decisiones complejas, en un breve tiempo, generando intensos dilemas morales y culpa.

Por todo lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la asociación entre desarrollo de trastorno de Ansiedad o Depresión en la pandemia de COVID-19 en la UMF33 Chihuahua?

## V. OBJETIVO

Determinar el Trastorno de Ansiedad y Depresión en Personal de Salud UMF 33 Chihuahua ante Pandemia Covid-19.

### Objetivo específico.

- Determinar la categoría más afectada por el trastorno de ansiedad en él, personal de salud de la UMF 33 Chihuahua.
- Determinar la categoría más afectada por depresión
- Determinar que genero desarrollo ansiedad
- Determinar que genero desarrollo stress laboral
- Determinar qué edad desarrollo ansiedad
- Determinar qué edad desarrollo depresión
- Determinar qué edad desarrollo stress laboral
- Determinar que puesto desarrollo ansiedad
- Determinar que puesto desarrollo depresión
- Determinar que puesto desarrollo stress laboral
- Determinar predominio en antigüedad desarrollo ansiedad
- Determinar predominio en antigüedad desarrollo depresión
- Determinar predominio en antigüedad stress laboral
- Determinar personal que desarrollo ansiedad por tiempo de exposición laboral
- Determinar personal que desarrollo depresión por tiempo de exposición laboral
- Determinar personal que desarrollo stress laboral por tiempo de exposición laboral

## VI. HIPÓTESIS

El personal de salud de la UMF 33 Chihuahua desarrolla trastornos de ansiedad y depresión ante pandemia COVID -19.

**Hipótesis Nula.** El personal de salud de la UMF 33 Chihuahua no desarrolla trastornos de ansiedad y depresión ante pandemia COVID -19.

## **VII. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO.**

Estudio observacional, transversal; prospectivo, analítico.

### **LUGAR.**

Unidad de Medicina Familiar No. 33 Chihuahua.

### **PERSONA.**

Personal de salud de la UMF 33 Turno Matutino

### **PERIODO.**

Marzo 2021 a Junio del 2021

## **VIII. CRITERIOS DE SELECCIÓN.**

### **Criterios de Inclusión.**

- 1.- Personal de salud de las siguientes categorías de la UMF 33 Chih:
  - Médicos, asistentes médicos, trabajador social, laboratorio, intendencia, mantenimiento, personal de administración.
- 2.- Personal de turno matutino de UMF 33 chihuahua
- 3.- Aquellas que acepten participar con previa firma de consentimiento informado.

### **Criterio de Exclusión:**

1. Personal de salud que tenga un trastorno base de ansiedad, depresión y stress postraumático
2. Personal que no sea de base.
3. Personal de vigilancia
4. Personal de área de vacunación
5. Personal de áreas de comedor
6. Personal externo ( becario, contratistas )

### **Criterios de Eliminación**

- 1.- Personal que no dese contestar la encuesta.
- 2.-Instrumentos de recolección de datos de forma incompleta

## **IX. OPERACIONALIZACIÓN VARIABLES.**

### ***VARIABLE DEPENDIENTE***

#### **Trastorno de ansiedad**

##### **Definición conceptual**

Ansiedad : el término ansiedad proviene del latín anxietas, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático En general, el término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico; no obstante, pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no dominan el cuadro clínico .

##### **Definición operacional:**

Se tomará en cuenta el resultado de test de GOLDBERG aplicado al personal de salud de UMF durante la pandemia COVID -19 Y se identificara si los investigados relacionan cambios debido a la pandemia COVID-19

##### **Tipo de variable**

Cualitativa. Nominal

##### **Indicador:**

Ansiedad si

Ansiedad no

## **Depresión.**

### **Definición conceptual:**

Depresión: la palabra depresión proviene del termino latino depressio que a su vez procede de depressus (abatido o derribado ) que se caracteriza por la presencia de tristeza , perdida de interés o placer , sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración

### **Definición operacional:**

Se tomará en cuenta el resultado de test de GOLDBERG aplicado al personal de salud de UMF 33 durante la pandemia COVID-19 Y se identificara si los investigados relacionan cambios debido a la pandemia COVID-19

### **Tipo de variable**

Cualitativa. Nominal

### **Indicador:**

Depresión si

Para fines de mi protocolo utilizaré test de GOLDBERG y escala de stress percibido

Se utilizara la escala de GOLDBERG para diferenciar ansiedad y depresión Como indica su nombre, consta de dos sub-escalas, una de ansiedad y otra de depresión. Cada sub-escala tiene 9 ítems de respuesta dicotómica (Si / No) y se estructuran en 4 ítems iniciales de despistaje, para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan si se obtiene respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más para ansiedad y más de 1 para depresión).

## **Stress**

### **Definición conceptual**

Origen del término estrés se encuentra en el vocablo distres, que significa en inglés antiguo "pena o aflicción"; el estrés es una respuesta inespecífica del organismo ante una diversidad de exigencias. Se trata de un proceso adaptativo y de emergencia, siendo imprescindible para la supervivencia de la persona; éste no se considera una emoción en sí mismo, sino que es el agente generador de las emociones. En todo caso, el estrés es una relación entre la persona y el ambiente, en la que el sujeto percibe en qué medida las demandas ambientales constituyen un peligro para su bienestar,

### **Definición operacional:**

Se tomará en cuenta el resultado de test de STRESS percibido aplicado al personal de salud de UMF 33 durante la pandemia COVID-19 Y se identificara si los investigados relacionan cambios debido a la pandemia COVID-19 .

### **Tipo de variable**

Cualitativa. Nominal

### **Indicador:**

Stress si

La escala de stress percibido

Permite conocer en qué grado el trabajador padece los síntomas asociados al stress se valora tomando los últimos tres meses de acuerdo a los ítems mencionados

### **Indicador:**

CALIFICACION DE ITEMS

(12) No existe síntoma alguno de estrés. Tienes un buen equilibrio, continúa así y contagia a los demás de tus estrategias de afrontamiento sin estrés.

(24) Te encuentras en fase de alarma, trata de identificar el o los factores que te causan estrés para poder ocuparte de ellos de manera preventiva. Estrés leve.

(36) Estrés medio

(48) Haz conciencia de la situación en la que te encuentras y trata de ubicar qué puedes modificar, ya que si la situación estresante se prolonga, puedes romper tu equilibrio entre lo laboral y lo personal. No agotes tus resistencias estrés alto.

(60) Te encuentras en una fase de agotamiento de recursos fisiológicos con desgaste físico y mental. Esto puede tener consecuencias más serias para tu salud.

## **VARIABLES INDEPENDIENTES**

### **Antigüedad Laboral**

#### **Definición conceptual**

Se entiende por antigüedad laboral, el tiempo en que el trabajador ha prestado servicios para una empresa determinada sin solución de continuidad, y el hecho de existir una diversidad de contratos no siempre provoca la existencia de relaciones laborales diferentes.

#### **Tipo de variable**

Numérica

#### **Indicador:**

Años de antigüedad del médico.

### **Turno de Trabajo**

**Definición conceptual:** Horario de trabajo donde cada trabajador dedica tiempo para la ejecución del trabajo para el cual ha sido contratado se contabiliza por el número de horas laborales. División de la jornada de trabajo dentro de veinte y cuatro horas en periodos de trabajo

**Definición operacional:** Referido en el expediente del trabajador

Tipo de Variable

Numérica

**Indicador:**

Matutino

Vespertino

Nocturno

### **Trabaja en Área COVID-19**

**Definición conceptual:** Se desempeña laboralmente en áreas de atención médica con pacientes sospechosos, probables o confirmados con COVID-19.

**Definición operacional:** Labora en área de triage respiratorio y/o hospital con pacientes confirmados por AC ANTI SARS COV-2 IGG/IGM /PCR positivas.

**Tipo de variable**

Cualitativa Nominal

**Indicador**

Si

No

### **En la Familia hay personas que se contagiaron de COVID-19**

**Definición conceptual:** Familiar que haya presentado cualquiera de los siguientes síntomas: fiebre , tos, debilidad general, fatiga , cefalea , mialgia , coriza , mialgia , odinofagia , anorexia , disnea, náuseas , vómito , diarrea , alteración estado mental



**Definición operacional:** Una Persona con confirmación de laboratorio de infección por AC ANTI SARS COV-2 IGG/IGM /PCR positivas. Independientemente de los signos y síntomas clínicos

**Tipo de variable**

Cualitativa Nominal

**Indicador**

Si

No

**Ha tenido COVID -19**

**Definición conceptual:** Presento usted cualquiera de los siguientes síntomas: fiebre , tos, debilidad general, fatiga , cefalea , mialgia , coriza , mialgia , odinofagia , anorexia , disnea, náuseas , vómito , diarrea , alteración estado mental .

**Definición operacional:** Se realizó con confirmación de laboratorio de infección por AC ANTI SARS COV-2 IGG/IGM /PCR positivas Independientemente de los signos y síntomas clínicos.

**Tipo de variable**

Cualitativa nominal

**Indicador**

Si

No

## **Terceras Variables**

### **Genero**

#### **Definición conceptual**

El sexo es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos.

#### **Definición operacional:**

Lo referido en la nota del médico.

#### **Tipo de variable**

Cualitativa. Dicotómica.

#### **Indicador:**

**Masculino**

**Femenino**

### **Edad**

#### **Definición conceptual**

Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

#### **Definición operacional:**

Lo referido en el expediente del médico.

#### **Tipo de variable**

Cuantitativa. Ordinal

#### **Indicador:**

Años del médico.

## X. TAMAÑO MÍNIMO DE LA MUESTRA.

Prevalencia del trastorno de ansiedad y depresión en el personal de salud.... 45% del personal lo padece..

Investigar el número de trabajadores de la UMF 33 203

### TAMAÑO DE LA MUESTRA

N= Tamaño de muestra que se requiere

p= Proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio (0.05)

q= 1-p complementario, sujetos que no tienen la variable en estudio (1- 0.5)

δ= Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar (0.5)

Zα= Distancia de la media del valor de significación propuesto (1.96)

n=

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2}$$

Todo el personal se incluirá en el estudio.

**Tipo de muestreo:** Probabilístico, aleatorio simple.

## **XI. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.**

Se obtendrán frecuencias y proporciones. Se realizarán pruebas de normalidad, la descripción de las características clínicas de los pacientes en el estudio por medio de medidas de tendencia central y dispersión; para las variables cuantitativas continuas, que cumplieron el supuesto de normal con media y desviación estándar y para aquellas que no cumplieron este supuesto se empleó la mediana y rango intercuartil. En el caso de las variables nominales se realizará por medio de proporciones.

Se calcularán proporciones simples y relativas y sus intervalos de confianza al 95%. Se utilizará la XMH para la determinación de asociación estadísticamente significativa entre variables. Se calculará el valor de  $p$  para probar la significancia estadística de las variables a una  $\alpha = 0.05$ . Se calcularán los factores de riesgo mediante Razón de Momios de Prevalencia (RMP) y sus intervalos de confianza al 95%.

## **XII. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Los procedimientos a realizar están de acuerdo con las normas éticas y reglamentos institucionales, con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en seres humanos y con la declaración de Helsinki de 1975 y enmiendas posteriores.

De acuerdo con el artículo quinto de la Ley General de Salud en su última reforma del 02 de abril del 2014, esta investigación contribuye al conocimiento de los procesos biológicos y tecnológicos en los seres humanos, al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; a la prevención y control de problemas de salud que se consideran prioritarios para la población.

Será sometido a una comisión de ética, ya que aunque no se interviene directamente en seres humanos, se interviene aspectos de su atención médica. Esta investigación se desarrollará conforme a las siguientes bases:

Se adapta a los principios básicos de la investigación y la ética que justifica la investigación médica con una posible contribución a la solución del problema a investigar.

Es el método más idóneo para la investigación en este tema.

Existe la seguridad de que no se expondrá a riesgos ni daños a los pacientes de la institución en la cual se llevará a cabo este protocolo.

Se contará con la aprobación del comité de ética local antes de interferir en el entorno hospitalario.

Contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.

La investigación será realizada por profesionales de la salud en una institución médica que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

Contará con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, en los casos que corresponda a cada uno de ellos, de conformidad con lo dispuesto en el presente Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.

Deberá ser suspendida la investigación de inmediato por el investigador principal, en el caso de sobrevenir el riesgo de lesiones graves, discapacidad o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, así como cuando éste lo solicite.

Será responsabilidad de la institución de atención a la salud en la que se realice la investigación proporcionar atención médica al sujeto de investigación que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

Se protegerá la información obtenida, utilizando para la identificación de los sujetos únicamente las iniciales de su nombre y apellidos; todos los resultados serán utilizados cuando se requieran y cuando sea autorizado. Esta investigación se clasifica como **Riesgo mínimo**, ya que se llevara a cabo con la revisión de expedientes y cuestionario aplicado al médico. El estudio se apega a lo indicado en la Declaración de Helsinki de la AMM principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, de la 64a Asamblea Fortaleza, Brasil, Octubre 2013; este estudio si requiere carta de consentimiento informado la cual se le dará al entrevistado o encuestado.

Debido a la naturaleza de este estudio, no existen riesgos, ni beneficios económicos o de tratamiento para su participación, antes o después del estudio. Los resultados de este estudio, ayudarán a obtener información para determinar el estado de salud mental de los trabajadores de la salud de la UMF 33 dará el enfoque para realizar intervenciones que permitan idear estrategias para que no se presenten los trastornos.

### **XIII. METODOLOGÍA OPERACIONAL.**

Se realizará un estudio transversal, observacional, prospectivo donde se incluirá al personal de salud de la UMF 33 a los cuales se le aplicará una encuesta o entrevista GOLDBERG y stress laboral los cuales posterior a firma de la carta de consentimiento informado por parte del entrevistado se les aplicara un cuestionario directo el cual no deberá de llevarse más de 30 minutos para su realización en busca de Trastorno de ansiedad y depresión en personal de salud de UMF 33 ante pandemia COVID-19 además se evaluaran edad, antigüedad, genero, categoría, turno del personal de UMF 33. Todo lo anterior será guiado por mi asesor. Posterior a la toma de información, se realizará una base de datos y se determinará el análisis estadístico, obteniendo frecuencias y proporciones y para determinar la asociaciones Razón de Momios de Prevalencia (RMP) e intervalos de confianza al 95%.

#### **Procedimiento**

Durante el periodo y una vez autorizado por parte del Comité de Investigación, con previa explicación y firma del consentimiento informado por los

Participantes que cumplan con los criterios de inclusión.

#### **El procedimiento para la captación de datos**

1. Explicación de objetivo de la presente investigación a participantes
2. Firma de consentimiento informado.
3. Aplicación de cuestionario.
4. Recolección de datos: vaciando la información en base de datos estadística para el análisis y procesamiento de los datos y correlación de las variables.

#### **XIV. RESULTADOS.**

Se estudiaron un total 239 pacientes (Ver Tabla 1), 92 (38.5%) tenían entre 30 a 39 años (Ver Gráfica 1), 151 (63.2%) eran mujeres (Ver Gráfica 2), 91 (38.1%) tenían una antigüedad de 1 a 5 años, 56 (23.4%) eran médicos, 150 (62.8%) eran del turno matutino, 114 (47.7%) del área externa, 80 (33.5%) tuvieron COVID, 61 (25.5%) un familiar tuvo COVID, presentando 111 (46.4%) ansiedad (Ver Gráfica 3), 92 (38.5%) tenían depresión (Ver Gráfica 4), 223 (93.3%) tenían estrés laboral (Ver Gráfica 5).

Se realizaron pruebas de normalidad para los resultados cuantitativos (Ver Tabla 2); se encontró que la mediana de edad fue de 36 años con Rangos Intercuartilares (RIC) de 13 años (Ver Gráfica 6), una mediana de antigüedad de 7 años con RIC de 11 años, para puntaje ansiedad una mediana de 4 con RIC de 6 (Ver Gráfica 7) y para depresión una mediana de 1 con RIC de 4 (Ver Gráfica 8) y para estrés una mediana de 20 con RIC de 6.

En el análisis bivariado (Ver Tabla 3), encontramos que los pacientes de 20 a 29 años tienen un 35% de exceso de riesgo de tener ansiedad con intervalos que van hasta un 96% de exceso de riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. De acuerdo al género, las mujeres tienen un 92% de exceso de riesgo de tener ansiedad con intervalos que van hasta 3.29 veces riesgo siendo esta asociación estadísticamente significativa. En relación a la antigüedad en el trabajo, los que tienen más de 25 años presentan 2.55 veces riesgo de tener ansiedad con intervalos que van hasta 4.66 veces riesgo siendo esta asociación estadísticamente significativa. Por categoría, los trabajadores que son asistentes tienen un 85% de exceso de riesgo de tener ansiedad con intervalos que van hasta 3.25 veces riesgo siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los del turno vespertino tienen un 4% de exceso de riesgo de tener ansiedad con



intervalos que van hasta 37% de exceso de riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes que sufrieron COVID tienen un 81% de exceso de riesgo de tener ansiedad con intervalos que van hasta 3.12 veces riesgo siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes que tienen familiar con COVID tienen un 51% de exceso de riesgo de tener ansiedad con intervalos que van hasta 2.71 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa.

En el análisis bivariado (Ver Tabla 4), encontramos que los pacientes de 20 a 29 años tienen un 30% de exceso de riesgo de tener depresión con intervalos que van hasta 2.04 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Las mujeres tienen un 57% de exceso de riesgo de tener depresión con intervalos que van hasta 2.74 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los que tienen antigüedad de 1 a 5 años tienen un 38% de exceso de riesgo de tener depresión con intervalos que van hasta 2.17 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los trabajadores que son asistentes tienen un 2.78 veces riesgo de tener depresión con intervalos que van hasta 6.35 veces riesgo siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los del turno jornada acumulada tienen 2.54 veces riesgo de tener depresión con intervalos que van hasta 3.10 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes que sufrieron COVID tienen un 29% de exceso de riesgo de tener depresión con intervalos que van hasta 2.23 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes que tienen familiar con COVID tienen un 15% de exceso de riesgo de tener depresión con intervalos que van hasta 2.08 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los trabajadores con estrés laboral tienen 10.34 veces riesgo de tener depresión con intervalos que van hasta 79.67 veces riesgo siendo esta asociación estadísticamente significativa.

## XV. DISCUSION

De acuerdo a los 239 pacientes que participaron, se aprecia que si existe en la mayoría una incidencia estadísticamente significativa de presentar síntomas de ansiedad, depresión y desarrollar stress laboral, la cual presenta mayor predominio en el personal entre la edad de 30-39 años, con el 38.5% de mayor incidencia en mujeres y con el 63.2% el cual se ve impactado en jornadas laborales de mayor atención al derecho habiente y que presentaron la enfermedad de Covid-19 de los cuales el 46.4% presento ansiedad y el 38.5% depresión, con stress laboral 93.3%

Dentro de lo reporte previo que manejamos sobre la Incidencia / prevalencia En todo el mundo Se informa aproximadamente un 6% de prevalencia anual y un 20% de prevalencia de por vida del TDM en adultos en todo el mundo En 2015, la prevalencia mundial estimada de depresión fue del 4,4% Aproximadamente el 8% de prevalencia de depresión actual informada en adultos  $\geq$  20 años en Estados Unidos de 2013 a 2016.

Aproximadamente el 6.5% de prevalencia de episodios depresivos mayores en el último año en adultos en Estados Unidos en 2017, y hasta el 16% de prevalencia en mujeres de 18 a 25 años.

27% de prevalencia de depresión o síntomas depresivos y 11% de prevalencia de ideación suicida en estudiantes de medicina en todo el mundo

El monitoreo realizado por la Encovid-19 revela un incremento notable en la depresión de la población al iniciarse el confinamiento, mismo que ha ido disminuyendo con el paso del tiempo con mayor incidencia que en las mujeres dentro del grupo socioeconómico bajo con desempleo de acuerdo a la revista de revista demográfica , depresión en México en tiempo de pandemia

En un estudio en China se observó que la tasa de ansiedad del personal de salud fue del 23,04%, mayor en mujeres que en hombres y mayor entre las enfermeras que entre los médicos.

En la población general de China se encontró un 53,8% de impacto psicológico moderado a severo; un 16,5% de síntomas depresivos, un 28,8% de síntomas ansiosos y un 8,1% de estrés, todos entre moderados y severo

Un equipo de investigadores europeos analizó datos de casi 250 mil pacientes de seis países para realizar el primer estudio hasta ahora sobre los efectos de la Covid en la salud mental a largo plazo en el cual de manera general se concluye que los participantes diagnosticados con Covid 19 tenían un 18% más de prevalencia de depresión y un 13% de peor calidad del sueño que las personas diagnosticadas asociado a el miedo de contagiarse y por estar en aislamiento social .

Por lo que se observó de manera muy significativa que el confinamiento y nivel socio económico bajo afectó de manera negativa a todo ser humano contagiado de Covid-19 afectando de forma importante su salud mental.

Estudio estado de Chihuahua donde se documentó el siguiente resultado en el cual la depresión tuvo correlaciones estadísticamente significativas con seguir medidas de cuidado, afectación-enfermedad personal, afectación-temor y afectación-total. En cuanto a la ansiedad tuvo correlaciones estadísticamente significativas con afectación-temor, y afectación-total. Depresión tuvo un 18% de asociación y ansiedad un 16%.

## **XVI. CONCLUSIONES**

Se ha previsto de acuerdo a la tendencia que ha ido en incremento la cual aumentó en esta pandemia exacerbando la ansiedad, depresión, stress laboral la salud mental está haciendo más afectada puede ser la siguiente pandemia de salud que presentemos su incremento fue en un 25% de acuerdo a la OMS se debe de poner más atención a la salud mental y apoyar más las estrategias de prevención.

El personal sanitario presento etapas donde se vio colapsado físicamente, mentalmente por las jornadas extenuantes, desarrollando síntomas como estrés, ansiedad, depresión e insomnio al estar en contacto directo con los enfermos y en primera línea de atención con dichos pacientes, quienes se sintieron sometidos a una sobrecarga de trabajo, con la falta de personal médico por la alta incidencia de contagiosos en el personal de salud y pacientes llegando incluso a la muerte unos de los factores agregados la falta de insumos de protección personal por el desabasto y alto costo dando un efecto de respuesta negativa en el estado de salud.

En el caso de los participantes de esta investigación, que indican una diferencia entre cómo se sentían antes del confinamiento y durante el mismo puede ser tomado como un efecto traumático masivo del cual no se tenía un precedente por lo cual no supimos cómo responder de manera inmediata ante el problema de crisis sanitaria que se estaba presentando detectando síntomas en el personal de salud de la UMF no 33 de depresión, ansiedad, stress laboral que pueden afectar de manera negativa en su entorno dando resultados estadísticamente significativos para nuestro estudio.

De acuerdo al estudio realizado se concluye que los resultados obtenidos comprobó que si se desarrolló el Trastorno de Ansiedad y Depresión en Personal de Salud UMF 33 Chihuahua ante Pandemia Covid-19. De lo cual

provocó un deterioro en la salud mental desarrollando principalmente estrés, ansiedad y depresión en el personal de salud como en la población en general .

En la cual se vio más afectada en el género mujer, como factores adicionales que nos favorecieron ser la fuente de ingreso al hogar, haber perdido familiar, hijos en casa aislados.

Se debe de trabajar en las redes de apoyo como son las área de psicología y psiquiatría en talleres de salud mental para el personal que labora en el área médica ya que dentro de la investigación nos arrojan datos estadísticamente significativos donde sí se vieron afectados por esta pandemia , al grado de aislamiento total hasta dentro del núcleo familiar lo cual origino mayor tensión agravando la salud física como mental de todas las personas sin respetar grado profesional ya que esta nueva enfermedad podía presentarse de diversa manera y evolucionar rápidamente llegando a la muerte . EL personal que estuvo en la línea de primer contacto o que presentó la enfermedad, tiene mayor riesgo de presentar secuelas en su salud mental por el aislamiento , estigma que la misma sociedad impuso , la falta de contacto social , la complejidad que representaba integrarse nuevamente a la vida normal.

Se debe de realizar una evaluación anual al trabajador para detectar si hay avance en su ansiedad , depresión y /o stress laboral que pueda llegar a impactar en su estado emocional al grado que sea una imposibilidad para tener una vida socialmente estable que no afecte en su ámbito laboral , familiar , psicosocial y ver en que genero se vio mas esta afectación ya que en ocasiones las responsabilidades son mayores en la mujer laboralmente activa al tener que ser el sostén de la casa , mantener a los hijos activos dentro del confinamiento y ser laboralmente activa.

## **XVII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1.-Wiersinga WJ, Rhodes A, Cheng AC, Peacock SJ, Prescott HC., et al; Fisiopatología, transmisión, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). Una revisión. JAMA. 2020;10.

2.-Alexander E Gorbalenya, Susan C Baker, Ralph S Baric., et al; The species Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus.classifying 2019- Nat Microbiol . 2020 Apr; 5(4):536-544.

3.-Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH. China Medical Treatment Expert Group for Covid-19. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. N Engl J Med. 2020; Apr 30;382(18):1708-1720.

4.-Organización Mundial de la Salud, enfermedad por coronavirus, pandemia 2020 ) <https://www.who.int/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>.

5.-Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi.Las características epidemiológicas de un brote de enfermedades del nuevo coronavirus (COVID-19) de 2019 en China. 10 de febrero de 2020; 41 (2): 145.

6.-Temet M McMichael, Dustin W Currie.Epidemiología de Covid-19 en un centro de atención a largo plazo en el condado de King, Washington; N Engl J Med. 2020 Mayo 21;382(21):2005-2011.

7.-Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi. Las características epidemiológicas de un brote de enfermedades del nuevo coronavirus (COVID-19) de 2019 en China. 2020 Febrero 10;41(2):145-151.

8.-Guía de salud pública de los CDC para la exposición relacionada con la comunidad (CDC 2020 4 de junio).Disponible en:

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/community/health-equity/guide-community-partners-sp.pdf>

9.-David Ellinghaus, Frauke Degenhardt. Estudio de asociación de genoma completo de Covid-19 grave con insuficiencia respiratoria. N Engl J Med. 15 de octubre de 2020;383(16):1522-1534. Epub 2020 Jun 17.

10.-Caspar I van der Made, Annet Simons. Presencia de variantes genéticas entre hombres jóvenes con COVID-19 grave. JAMA. 2020 Agosto 18;324(7):663-673.

11.-Alejandro E Gorbalenya, Susan C Baker. La especie Coronavirus relacionado con el síndrome respiratorio agudo severo. Clasificación 2019-nCoV y denominación SARS-CoV-2. Nat Microbiol. 2020 Abr;5(4):536-544

12.-Wiersinga WJ, Rhodes A, Cheng AC, Peacock SJ, Prescott HC, et al. Fisiopatología, transmisión, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19): una revisión. JAMA. 2020 10 de julio en línea.

13.-Neeltje van Doremalen 1, Trenton Bushmaker. Aerosol y estabilidad superficial del SARS-CoV-2 en comparación con el SARS-CoV-1. N Engl J Med. 2020 Abr 16;382(16):1564-1567. Epub 2020 Mar 17.

14.-Qun Li 1., Xuhua Guan. Dinámica de transmisión temprana en Wuhan, China, de neumonía infectada por el nuevo coronavirus. N Engl J Med. 2020 Mar 26;382(13):1199-1207. Epub 2020 Enero 29.

15.-Gupta A, Madhavan MV, Sehgal K, Nair N, Mahajan S, Sehrawat TS., et al Alabama. Manifestaciones extrapulmonares de COVID-19. Nat Med. 2020 julio; 26 (7): 1017-1032.

16.-Benjamín T Bradley, Heather Maioli. Histopatología y hallazgos ultraestructurales de infecciones fatales por COVID-19 en el estado de Washington: una serie de casos. 2020 Agosto 1;396(10247):320-332. Epub 2020 Jul 16.

17.-Definición de caso de COVID-19 de la OMS, Disponible en: [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Surveillance\\_Case\\_Definition-2020.2](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Surveillance_Case_Definition-2020.2)

- 18.-Jonathan R T Davidson. Pautas de tratamiento del trastorno depresivo mayor en América y Europa. J Clin Psiquiatría. 2010.
- 19.-Disponible en <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/chapter/Context>
- 20.-Gelenberg AJ, Freeman MP, Markowitz JC., et al; Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de práctica para el tratamiento de pacientes con trastorno depresivo mayor (tercera edición). APA 2010 Nov PDF.
- 21.-Michael E Thase. La presentación multifactorial de la depresión en la atención aguda; J Clin Psiquiatría. 2013;74 Supl 2:3-8.
- 22.-Christian Otte, Stefan M Oro. Trastorno depresivo mayor; Nat Rev Dis Primers. 2016 Septiembre 15.
- 23.-Disponible en: Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017>.
- 24.-Debra J Brody, Laura A Pratt, Jeffery P Hughes.,et al. Prevalencia de la depresión entre adultos de 20 años o más: Estados Unidos, 2013-2016; Resumen de datos de NCHS. 2018 Febrero;(303):1-8.
- 25.-Estudio transversal NSDUH. 2017 Disponible en: Publicaciones de la Encuesta Nacional de Uso de Drogas y Salud (NSDUH) 2017  
<https://www.samhsa.gov/data/release/2017-national-survey-drug-use-and-health-nsduh-releases>
- 26.-Lisa S Rotenstein, Marco A Ramos. Prevalencia de la depresión, los síntomas depresivos y la ideación suicida entre los estudiantes de medicina: una revisión sistemática y un metanálisis; JAMA. 2016 Dic 6;316(21).
- 27.-Katja Karg , Margit Burmeister. La variante promotora del transportador de serotonina (5-HTTLPR), el estrés y el metanálisis de depresión revisado: evidencia



de moderación genética; *Psiquiatría Arch Gen.* 2011 Mayo;68(5):444-54. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.189. Epub 2011 Ene 3

28.- Estudios de Casos y Controles. *Lancet.* 2013 Abril Disponible en: Identificación de loci de riesgo con efectos compartidos en cinco trastornos psiquiátricos principales: un análisis de todo el genoma

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23453885/>

29.-Sermsak Lolak, Pim Suwannarat. Epigenética de la depresión; *Prog Mol Biol Transl Sci.* 2014;128:103-37. doi: 10.1016/B978-0-12-800977-2.00005.

30.-Lozano-Vargas A. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Rev Neuropsiquiatr* 2020;83(1):51–6.

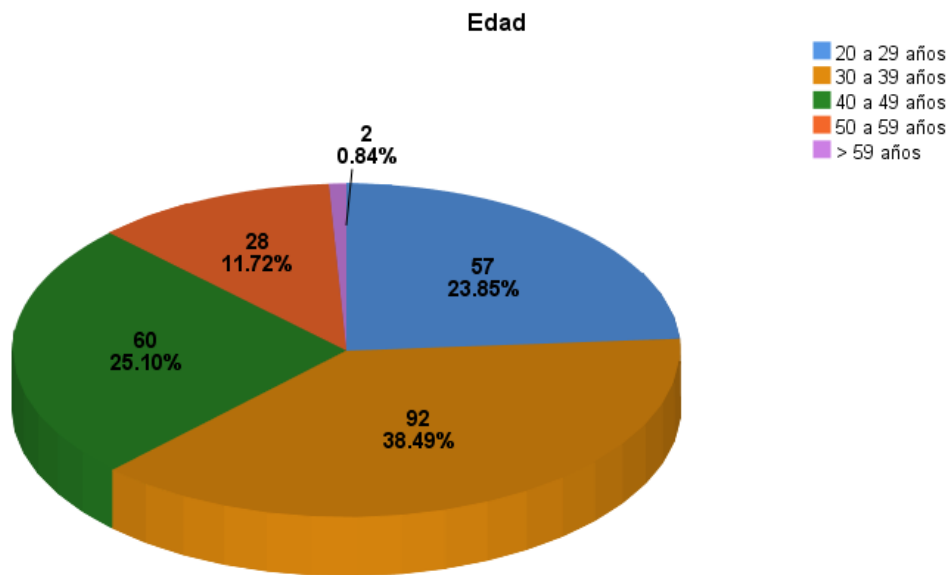
## XVIII. TABLAS, GRÁFICAS Y ANEXOS

**Tabla 1.** Características de trabajadores de UMF No. 33 Chihuahua.

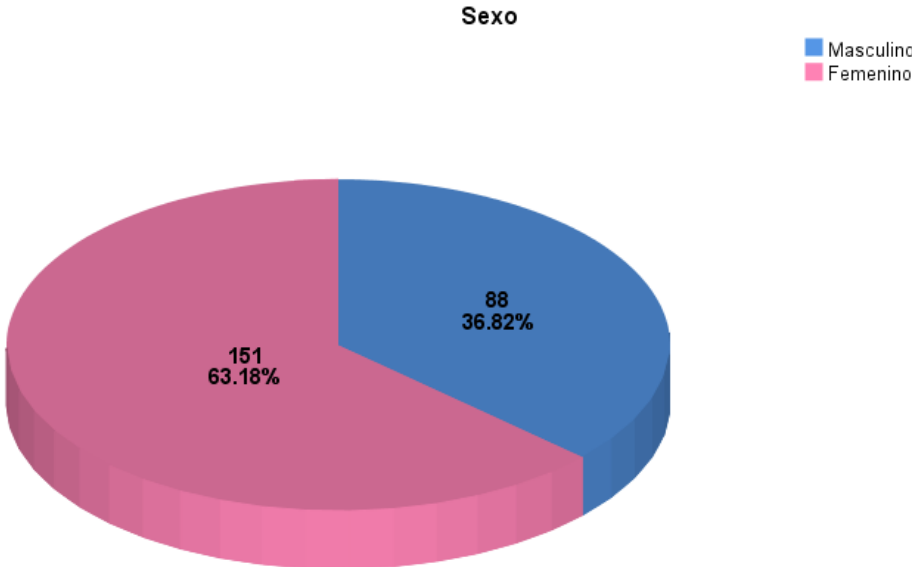
<b>Característica</b>	<b>Frecuencia n, (%)</b>
<b>Edad</b>	
20 a 29 años	57, (23.8)
30 a 39 años	92, (38.5)
40 a 49 años	60, (25.1)
50 a 59 años	28, (11.7)
> 59 años	2, (0.8)
<b>Sexo</b>	
Masculino	88, (36.8)
Femenino	151, (63.2)
<b>Antigüedad</b>	
1 a 5 años	91, (38.1)
6 a 10 años	61, (25.5)
11 a 19 años	51, (21.3)
20 a 25 años	26, (10.9)
> 25 años	10, (4.2)
<b>Puesto</b>	
Medico	56, (23.4)
Asistente	45, (18.8)
Químico	19, (7.9)
Enfermera	25, (10.5)
Otros	94, (39.3)
<b>Turno</b>	
Matutino	150, (62.8)
Vespertino	88, (36.8)
Jornada acumulada	1, (0.4)
<b>Área laboral</b>	
Consulta externa	111, (46.4)
Área externa	114, (47.7)
Laboratorio	6, (2.5)
AMC	8, (3.3)
<b>COVID</b>	
Si	80, (33.5)
No	159, (66.5)
<b>Familiar con COVID</b>	
Si	61, (25.5)

No	178,(74.5)
<b>Ansiedad</b>	
Si	111,(46.4)
No	128,(53.6)
<b>Depresión</b>	
Si	92,(38.5)
No	147,(61.5)
<b>Estrés laboral</b>	
Si	223,(93.3)
No	16,(6.7)

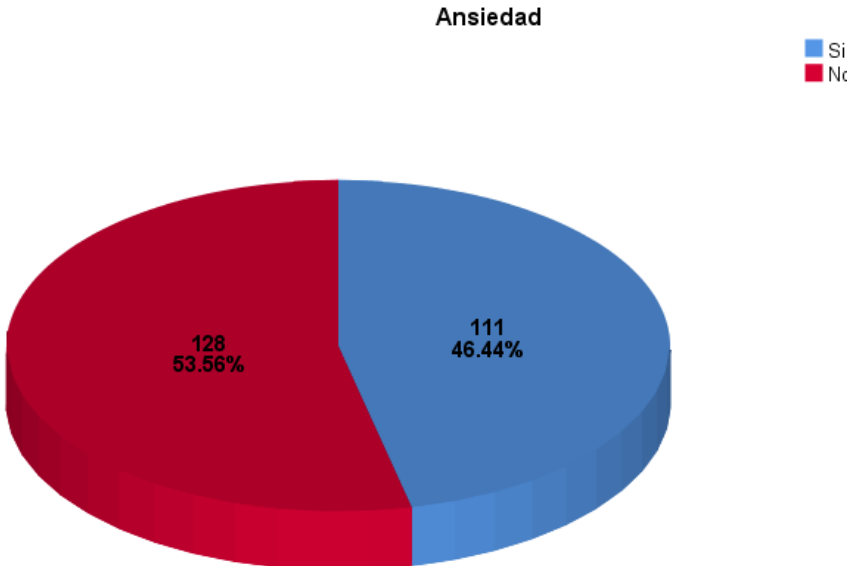
**Gráfica 1.** Edad de trabajadores de UMF No. 33 Chihuahua.



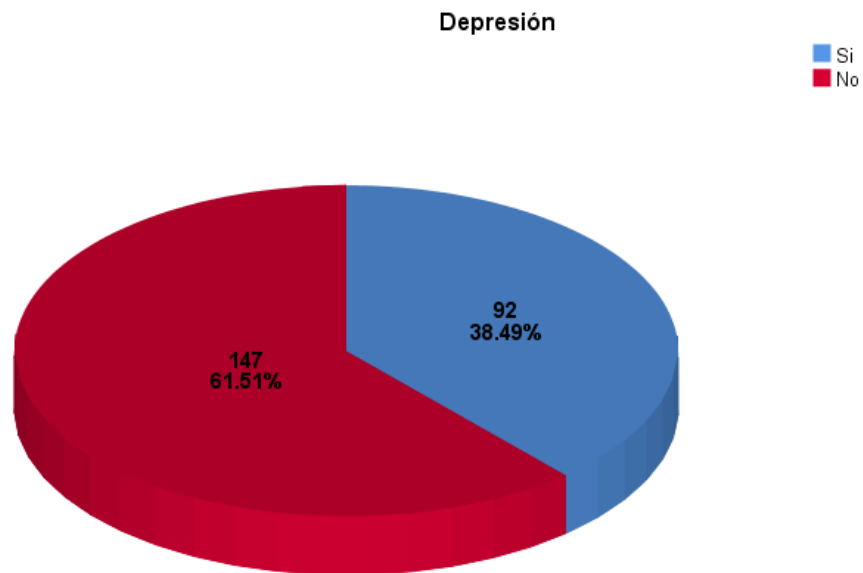
**Gráfica 2.** Sexo de trabajadores de UMF No. 33 Chihuahua.



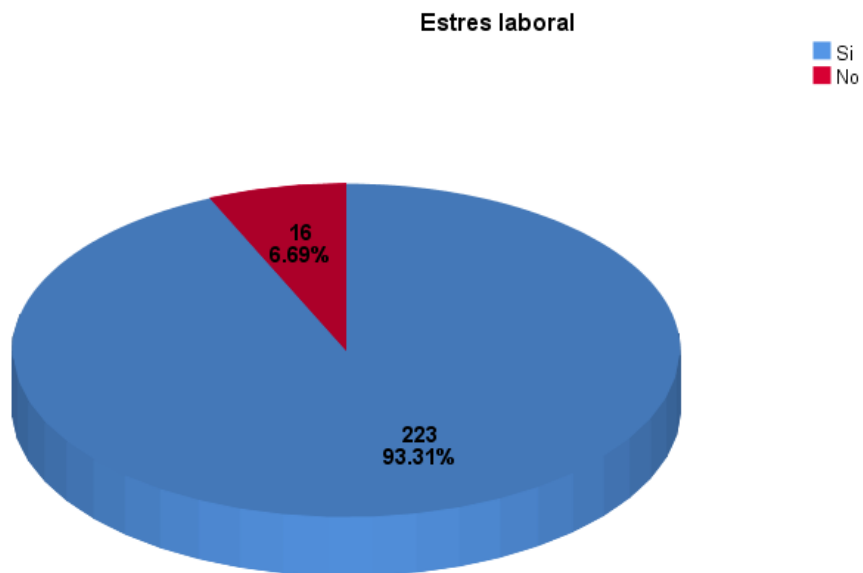
**Grafica 3.** Ansiedad trabajadores de UMF No. 33 Chihuahua.



**Gráfica 4.** Depresión trabajadores de UMF No. 33 Chihuahua.



**Gráfica 5.** Estrés laboral trabajadores de UMF No. 33 Chihuahua.

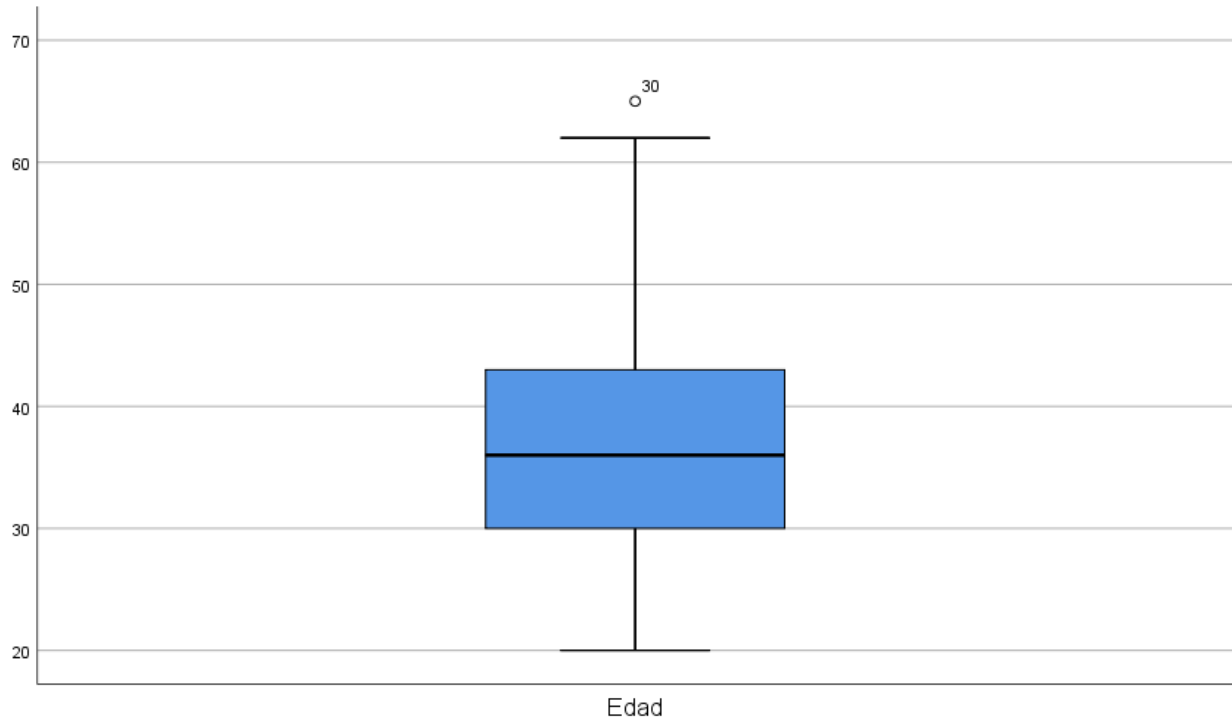


**Tabla 2.** Características de pacientes de UMF No. 33 Chihuahua.

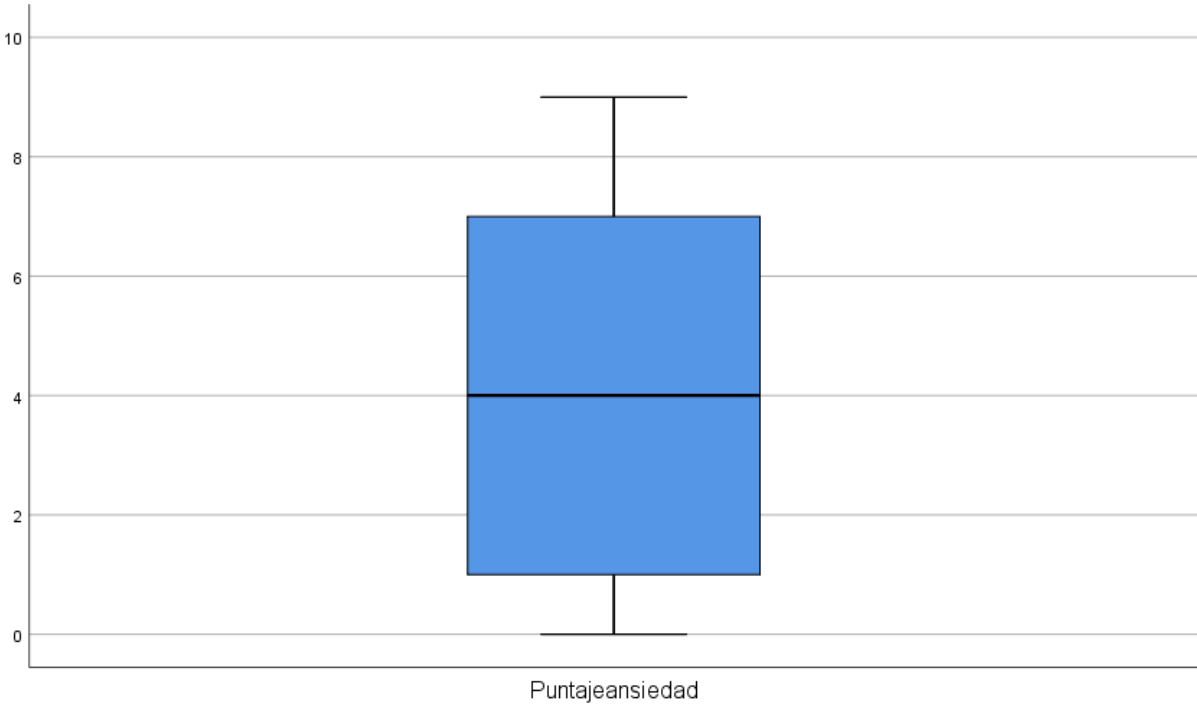
Variable	Mediana	RIC	Mínimo	Máximo	$p$
Edad	36	13	65	20	0.002
Antigüedad	7	11	1	31	< 0.001
Puntaje ansiedad	4	6	0	9	< 0.001
Puntaje depresión	1	4	0	9	< 0.001
Puntaje estrés	20	6	8	31	< 0.001

\* Kolmogorov-Smirnov

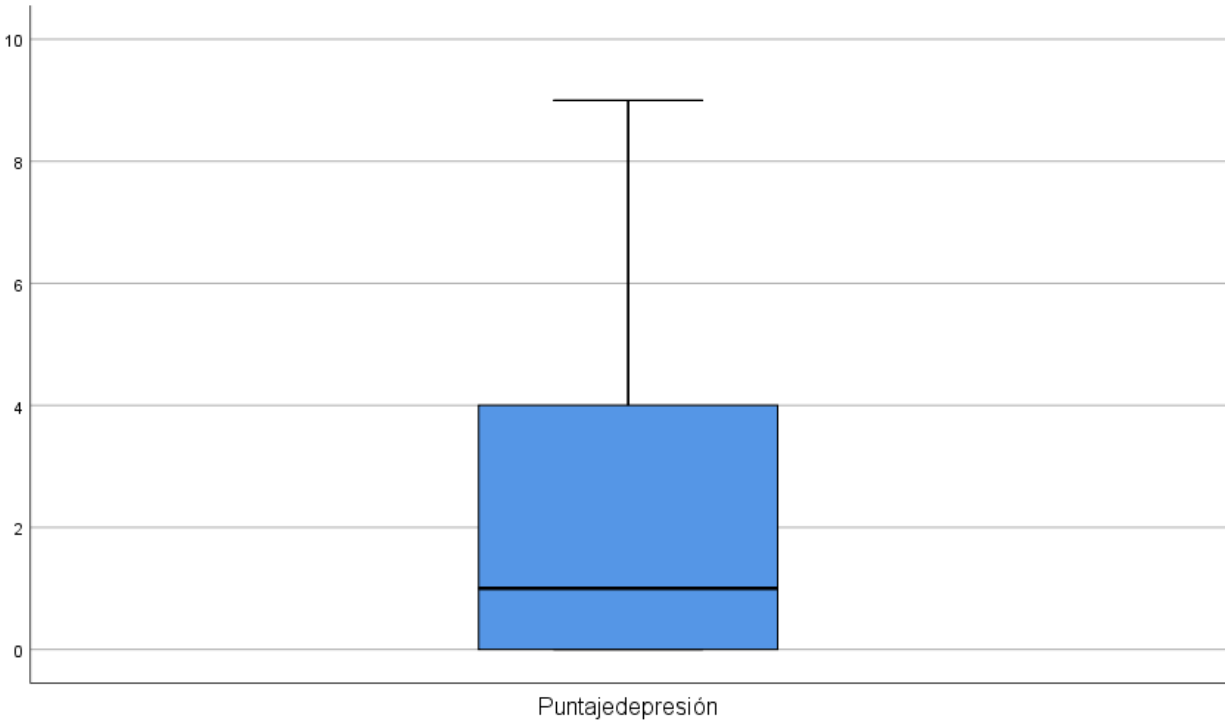
**Gráfica 6.** Edad trabajadores de UMF No. 33 Chihuahua.



**Gráfica 7.** Ansiedad trabajadores de UMF No. 33 Chihuahua



**Gráfica 8.** Depresión trabajadores de UMF No. 33 Chihuahua



**Tabla 3.** Análisis factores de riesgo asociados a ansiedad en trabajadores UMF No. 33 Chihuahua.

Característica	Ansiedad		RP	IC 95%	p
	Si n, (%)	No n, (%)			
<b>Edad</b>					
20 a 29 años	32, (28.8)	25, (19.5)	1.35	0.92 – 1.96	0.287
30 a 39 años	43, (38.7)	49, (38.3)	1.12	0.77 – 1.62	
40 a 49 años	25, (22.5)	35, (27.3)	1		
50 a 59 años	11, (9.9)	17, (13.3)	0.94	0.54 – 1.63	
> 59 años	0, (0)	2, (1.6)			
<b>Sexo</b>					
Masculino	32,(28.8)	56,(43.8)	1		0.012
Femenino	79,(71.2)	72,(56.3)	1.92	1.12 – 3.29	
<b>Antigüedad</b>					
1 a 5 años	48,(43.2)	43,(33.6)	1.92	1.18 – 3.13	0.014
6 a 10 años	32,(28.8)	29,(22.7)	1.91	1.15 – 3.17	
11 a 19 años	14,(12.6)	37,(28.9)	1		
20 a 25 años	10,(9.0)	16,(12.5)	1.40	0.72 -2.71	
> 25 años	7,(6.3)	3,(2.3)	2.55	1.40 – 4.66	
<b>Puesto</b>					
Medico	19,(17.1)	37,(28.9)	0.94	0.50 -1.78	0.015
Asistente	30,(27.0)	15,(11.7)	1.85	1.06 – 3.25	
Químico	10,(9.0)	9,(7.0)	1.46	0.74 – 2.87	
Enfermera	9,(8.1)	16,(12.5)	1		
Otros	43,(38.7)	51,(39.8)	1.27	0.72 -2.24	
<b>Turno</b>					
Matutino	69,(62.2)	81,(63.3)	1		0.627
Vespertino	42,(37.8)	46,(35.9)	1.04	0.78 – 1.37	
Jornada acumulada	0,(0)	1,(0.8)	-		
<b>Covid</b>					
Si	45, (40.5)	35, (27.3)	1.81	1.05 – 3.12	0.031
No	66, (59.5)	93, (72.7)	1		
<b>Familiar con COVID</b>					
Si	33, (29.7)	28, (21.9)	1.51	0.84 – 2.71	0.165
No	78, (70.3)	100, (78.1)	1		

Chi cuadrada.



**Tabla 4.** Análisis factores de riesgo asociados a depresión en trabajadores UMF No. 33 Chihuahua.

<b>Característica</b>	<b>Depresión</b>		<b>RP</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p</b>
	<b>Si n, (%)</b>	<b>No n, (%)</b>			
<b>Edad</b>					
20 a 29 años	26, (28.3)	31, (21.1)	1.30	0.83 – 2.04	0.400
30 a 39 años	37, (40.2)	55, (37.4)	1.15	0.75 – 1.76	
40 a 49 años	21, (22.8)	39, (26.5)	1		
50 a 59 años	8, (8.7)	20, (13.6)	0.82	0.41 – 1.61	
> 59 años	0, (0)	2, (1.4)	-		
<b>Sexo</b>					
Masculino	28, (30.4)	60, (40.8)	1		0.069
Femenino	64, (69.6)	87, (59.2)	1.57	0.91 – 2.74	
<b>Antigüedad</b>					
1 a 5 años	42, (45.7)	49, (33.3)	1.38	0.89 – 2.17	0.141
6 a 10 años	24, (26.1)	37, (25.2)	1.18	0.72 – 1.94	
11 a 19 años	17, (18.5)	34, (23.1)	1		
20 a 25 años	5, (5.4)	21, (14.3)	0.58	0.24 – 1.39	
> 25 años	4, (4.3)	6, (4.1)	1.20	0.51 – 2.81	
<b>Puesto</b>					
Medico	23, (25)	33, (22.4)	2.05	0.88 – 4.78	0.032
Asistente	25, (27.2)	20, (13.6)	2.78	1.22 – 6.35	
Químico	8, (8.7)	11, (7.5)	2.11	0.82 – 5.42	
Enfermera	5, (5.4)	20, (13.6)	1		
Otros	31, (33.7)	63, (42.9)	1.65	0.72 – 3.80	
<b>Turno</b>					
Matutino	59, (64.1)	91, (61.9)	1		0.380
Vespertino	32, (34.8)	56, (38.1)	0.91	0.64 – 1.28	
Jornada acumulada	1, (1.1)	0, (0)	2.54	2.08 – 3.10	
<b>Covid</b>					
Si	34, (37)	46, (31.3)	1.29	0.74 – 2.23	0.367
No	58, (63)	101, (68.7)	1		
<b>Familiar con COVID</b>					
Si	25, (27.2)	36, (24.5)	1.15	0.64 – 2.08	0.643
No	67, (72.8)	111, (75.5)	1		
<b>Estrés Laboral</b>					
Si	91, (98.9)	132, (89.8)	10.34	1.34 – 79.67	0.006
No	1, (1.1)	15, (10.2)	1		

Chi cuadrada.

## HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD HOJA DE RECOLECCION DE DATOS</p>
<p>HOJA DE RECOLECCION DE DATOS</p> <p>TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN PERSONAL DE SALUD UMF 33 CHIHUAHUA ANTE PANDEMIA COVID-19</p> <p>Edad Genero Antigüedad Puesto Laboral Turno Laboral</p> <p>laboral en área COVID -19 (Marque con una cruz una de las siguientes opciones ) Triage Consulta Áreas de atención externa Ha estado enfermo de COVID-19 Ha tenido familiares con COVID-19</p>

## ESCALA DE GOLDBERG

<b>ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION GOLDBERG</b>		
<b>SUB ESCALA DE ANSIEDAD</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2.- ¿Ha estado preocupado por algo?		
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?		
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?		
Si hay 2 o más respuestas afirmativas , continuar preguntando		
subtotal		
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6.- ¿Ha tenido dolor de cabeza o nuca?		
7.- ¿Ha tenido los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?		
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido?		
<b>TOTAL DE ANSIEDAD</b>		
Mayor de 4 Ansiedad Probable		
<b>SUB ESCALA DE DEPRESION</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1-¿Se ha sentido con poca energía?		
2-¿Ha perdido interés por las cosas?		
3-¿Ha perdido la confianza en usted mismo?		
4.- ¿Ha sentido desesperanza, sin esperanzas?		
Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores , continuar preguntando		
Subtotal		
5-¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
6.-¿Ha perdido peso ? ( a causa de su falta de apetito )		
7.- ¿Se ha despertado demasiado temprano?		
8.- ¿Se ha sentido usted enlentecido?		
9.- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
<b>TOTAL DE DEPRESION</b>		
Mayor de 2 Depresión Probable		

## Escala de stress laboral

ESCALA DE STRES LABORAL PERCIBIDO					
	Nunca	Casi nunca	De en vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1.- ¿Con que frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?					
2.- ¿Con que frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?					
3.- ¿Con que frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?					
4.- ¿Con que frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personal?					
5.- ¿Con que frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?					
6.- ¿Con que frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?					
7.- ¿Con que frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?					
8.- ¿Con que frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?					
9.- ¿Con que frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de control?					
10.- ¿Con que frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?					

# CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:

**TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN PERSONAL  
DE SALUD UMF 33 CHIHUAHUA ANTE PANDEMIA COVID-  
19  
CHIHUAHUA**

Patrocinador externo (si aplica):

No aplica

Lugar y fecha:

UMF 33 CHIHUAHUA

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

La emergencia sanitaria producida por la pandemia del **Coronavirus** ha puesto de manifiesto la necesidad de atender y cuidar también la **salud mental de las personas**. Para evitar un aumento de enfermedad psíquicas en el personal del área de salud quienes han presentado estrés, ansiedad, miedo, tristeza, y soledad. Es posible que empeoren los trastornos de salud mental, incluyendo la ansiedad y la depresión.

Chihuahua.

Procedimientos:

Se aplicaran las encuestas de GOLDBERG y test de stress laboral  
Donde se buscara determinar quiénes del personal de salud de UMF 33 desarrollo ansiedad y depresión asociado a la pandemia COVID -19  
GOLDBERG Cada sub-escala tiene 9 ítems de respuesta dicotómica (Si / No) se estructuran en 4 ítems iniciales de despistaje, para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental.

Un segundo grupo de 5 ítems que se formulan si se obtiene respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más para ansiedad y más de 1 para depresión). En el cual se da al participante de 10-30 minutos para contestar

Test de stress consta de 10 ítems el cual permite Nos dará a conocer en qué grado el trabajador padece los síntomas asociados al stress ,el cual ofrece 5 opciones de respuesta: nunca, casi nunca, de vez en cuando, casi siempre y siempre el cual se aplica en tiempo promedio de 5-6 minutos y se clasifica de la siguiente manera

(12) No existe síntoma alguno de estrés. Tienes un buen equilibrio, continúa así y contagia a los demás de tus estrategias de afrontamiento! Sin estrés

(24) Te encuentras en fase de alarma, trata de identificar el o los factores que te causan estrés para poder ocuparte de ellos de manera preventiva. Estrés leve

(36) Estrés medio

(48) Haz conciencia de la situación en la que te encuentras y trata de ubicar qué puedes modificar, ya que si la situación estresante se prolonga, puedes romper tu equilibrio entre lo laboral y lo personal. No agotes tus resistencias! Estrés alto

(60) Te encuentras en una fase de agotamiento de recursos fisiológicos con desgaste físico y mental. Esto puede tener consecuencias más serias para tu salud

Posibles riesgos y molestias:	Riesgo mínimo.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Ninguno
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	No aplica
Participación o retiro:	En el momento que el paciente lo requiere sin afectación de su atención medica
Privacidad y confidencialidad:	Absoluta. Se manejará sus datos personales de manera confidencial solo para fines estadísticos
En caso de colección de material biológico (si aplica):	no aplica
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Los resultado obtenidos en este estudio podran dar informacion sobre el apego a la gphas y asi tener un punto de referencia para la capacitacion del medico familiar

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra Araceli Loza Martinez Av Ocampo y Arroyo de los perros S/N col Palomar, Celular 6391076152 e-mail--araceli.loza@hotmail.com, Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos, Av. Universidad No. 115, Col. San Felipe Viejo. C.P. 31203, Tel. (614) 4133156, e-mail: martha.maldonadob@imss.gob.mx  
Dra. Nayeli Limón García, Médico Familiar, Profesora Titular Curso Especialización Medicina Familiar UMF33, Av. Ocampo y Arroyo De Los Perros S/N. Col. Palomar, Celular 6141082476, e-mail: nayeli.limon@imss.gob.mx **Asesor adjunto**  
Lizbeth Beatriz Peña Martínez .Médico Psiquiatra HGR No 1 Chihuahua Tel 614 1426104 lizbeth.007@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comiteeticainv.imss@gmail.com](mailto:comiteeticainv.imss@gmail.com)

Nombre y firma del paciente	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____	_____
_____	_____
Nombre del testigo , dirección, relación y firma	Nombre del testigo , dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

**Clave: 2810-009-013**