



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina
Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

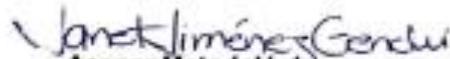


**"Frecuencia de la ansiedad y depresión en pacientes de la Unidad de Cuidados
Especiales Psiquiátricos (UCEP) con COVID-19 corroborado mediante RT-PCR
para SARS-CoV2, en fase de recuperación"**

Presenta la Tesis para obtener el
Diploma de Especialista en Psiquiatría
Dr. Armando de Jesús Rodríguez Espinosa


Asesor Teórico:

Dra. María del Socorro González Valadez.


Asesor Metodológico:

Maestra Janeth G. Jiménez Genchi.

México, Ciudad de México, a 23 de mayo de 2022.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

1. ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| 1. ÍNDICE | 2 |
| RESUMEN. | 4 |
| 2. Introducción | 5 |
| 3. MARCO TEÓRICO | 6 |
| 4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 10 |
| 5. JUSTIFICACIÓN | 10 |
| 6. OBJETIVOS | 11 |
| 6.1. Objetivo General: | 11 |
| 6.2. Objetivos Específicos: | 11 |
| 7. MATERIAL Y MÉTODOS | 12 |
| 7.1. Características del lugar donde se realizará el estudio | 12 |
| 7.2. Diseño y tipo de estudio | 12 |
| 7.3. Universo de estudio | 12 |
| 7.4. Población de estudio..... | 12 |
| 7.5. Cálculo del tamaño de muestra | 13 |
| 7.6. Criterios de selección: | 13 |
| 7.6.1. Criterios de inclusión: | 13 |
| 7.6.2. Criterios de exclusión: | 13 |
| 7.6.3. Criterios de eliminación: | 13 |
| 7.7. Variables | 13 |
| 7.8. Procedimiento | 16 |
| 7.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO..... | 17 |
| 8. CONSIDERACIONES BIOÉTICAS | 18 |

| | |
|--|-----------|
| 8.1 Riesgo del estudio: | 18 |
| 8.2 Apego a las normas éticas: | 18 |
| 8.3 Consentimiento informado: | 18 |
| 8.4 Contribuciones y beneficio a los participantes: | 19 |
| 8.5 Balance riesgo/beneficio: | 19 |
| 8.6 Confidencialidad: | 19 |
| 8.7 Aspectos de Bioseguridad:..... | 20 |
| 8.8 Conflicto de Interés | 20 |
| 9. RECURSOS Y FINANCIAMIENTO | 21 |
| 9.1. Recursos humanos..... | 21 |
| 9.2. Recursos materiales | 21 |
| 9.3. Recursos financieros..... | 21 |
| 10.RESULTADOS..... | 22 |
| 11.DISCUSIÓN..... | 24 |
| 12.CONCLUSIONES. | 26 |
| 13.LIMITACIONES: | 26 |
| 14.REFERENCIAS..... | 27 |
| Anexo I. Inventario de ansiedad de Beck (validado para población mexicana) . | 30 |
| Anexo II. Escala de depresión de Hamilton | 31 |
| Anexo III. Carta De Consentimiento Informado Para Participación En Protocolos De Investigación | 33 |
| Anexo IV. Declaración De No Conflicto De Intereses..... | 34 |
| Anexo VI. Hoja de recolección de datos..... | 36 |

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN. La prevalencia de las alteraciones neuropsiquiátricas en pacientes en fase recuperación tras infección por SARS COV2, destacan la labilidad emocional, alteraciones en la concentración y memoria e irritabilidad; algunos estudios que hicieron seguimiento a largo plazo de los casos, encontrando que con una media de seguimiento de 11.6 meses (3 a 30 meses) la tasa promedio de casos que desarrollaron ansiedad fue del 14.8% y el 14.9% desarrollaron depresión, en México no existen reportes de la prevalencia de estos síndromes. **OBJETIVO:** Determinar la frecuencia de la ansiedad y depresión entre los pacientes de la Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” con COVID-19 corroborado mediante RT-PCR para SARS-CoV2 en fase de recuperación. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se obtuvo una muestra no probabilística, en pacientes que se encontraban en fase de recuperación y cumplieran criterios de inclusión, quienes firmaron consentimiento informado y aceptaron ingresar a este estudio, aplicándose escalas de depresión de Hamilton y el inventario de Ansiedad de Beck. **RESULTADOS:** Se obtuvo una muestra de 27 pacientes, 10 fueron mujeres y 17 hombres, obteniéndose un reporte de frecuencia de síntomas depresivos en un 59.3% y ansiedad en un 44.4%. **CONCLUSIONES:** La frecuencia de síntomas depresivos fue mayor en comparación a los síntomas ansiosos, siendo las mujeres el mayor número de casos, aunque en los hombres se observó mayor severidad en ambos trastornos.

Palabras clave: ansiedad, depresión, recuperación, SARS- CoV2.

2. Introducción

La infección por el virus SARS-CoV-2, ahora conocida como COVID-19, se propagó rápidamente y logró ser catalogada como una pandemia por la OMS; pandemia que continúa hasta este momento, y a su paso ha modificado la vida de todos, alrededor del mundo, debido a las medidas preventivas que se han tenido que adoptar como lo son el distanciamiento social y cuarentena.

La pandemia por COVID-19 es un evento de riesgo emergente para la población posee las características típicas de los eventos de alto riesgo y provoca un grado considerable de pánico en la sociedad (como ansiedad, depresión e insomnio, etc.), considerando los tiempos de incertidumbre vividos derivada de la inestabilidad financiera, el miedo al virus (sobre la severidad o mortalidad), el casi total y repentino distanciamiento social obligado por las medidas sanitarias estrictas en algunos países; el factor estresante masivo y colectivo de una pandemia supera con creces la capacidad de respuesta de las personas y las comunidades; por otro lado, como el COVID-19 era una enfermedad infecciosa emergente, la información sobre su origen, el tiempo de recuperación posterior a la infección y la patogénesis aún no era clara.

Hablando específicamente de la enfermedad, si bien inicialmente y en la mayoría de casos se describe y comporta como una patología respiratoria (tos, fiebre, cefalea, astenia, adinamia) también es cierto que posee un espectro clínico inespecífico y muy variado, cada día se suman más presentaciones clínicas, algunas totalmente impensables como dermatitis o necrosis distal de extremidades, pero además se ha descrito en una proporción cercana al 15% el desarrollo de alteraciones neuropsiquiátricas como depresión, ansiedad o estrés postraumático, sin embargo, las investigaciones aún no han podido identificar claramente si estos efectos a la salud mental son efecto directo de la infección (existiendo hipótesis de las vías de señalización celular), o bien, son una secuela o efecto secundario al estrés vivido derivado de saberse enfermo y las secuelas que limiten y modifiquen el estilo de vida del paciente y sus seres cercanos.

3. MARCO TEÓRICO

El 31 de diciembre de 2019 se registró en Wuhan, China los primeros casos de un síndrome agudo respiratorio atípico que ocasionó un brote en toda la provincia de Hubei China; para el 12 de enero de 2020 se identificó plenamente que el agente causal de esta enfermedad era el nuevo coronavirus de la familia *Coronaviridae*, el SARS-CoV2, obteniéndose la secuencia completa del virus, lo que permitió generar y difundir las secuencias genéticas que permiten su diagnóstico mediante la tecnología de PCR-RT (prueba de la reacción en cadena de la polimerasa con retro transcripción).¹

El 11 de febrero de 2020 la Organización Mundial de la Salud determina nominar a esta enfermedad como COVID-19 y en este mismo mes emite una declaratoria de emergencia sanitaria, la cual eleva al grado de pandemia el 11 de marzo de 2020, con lo cual la mayoría de los países comenzaron con medidas de confinamiento y salubridad así como planificar y poner en marcha programas para la atención de pacientes afectados por esta enfermedad.²

El cuadro clínico de la COVID-19 ha sido descrito típicamente como un síndrome agudo respiratorio que incluye los siguientes síntomas: Fiebre (77-98%), tos (46-82%), cefalea (14%), mialgias y/o artralgias (15%), rinorrea (33%) odinofagia (14%), Anosmia (85%), disgeusia (88%) y disnea (3-31%)^{3,4}.

Sin embargo, se conoce que muchos casos pueden cursar de forma totalmente asintomática, y al mismo tiempo, se han descrito sintomatologías atípicas de COVID-19 como único dato clínico, como: diarrea, taquicardia y trombosis venosa profunda.⁵

El curso clínico de la infección sigue 3 fases, una por cada semana desde ocurrida la infección:

- En la primera fase se presentan la mayoría de los síntomas clínicos del síndrome respiratorio, además se pueden encontrar hallazgos radiológicos como infiltrados multilobulares y en sangre se detecta linfopenia. En los casos

severos en esta también pueden presentar trombocitopenia, lesión renal aguda e incluso infarto cardíaco.

- En la segunda la fiebre, tos y síntomas en general comienzan a resolverse. Las cifras de plaquetas suelen volver a rangos habituales, pero persiste la linfopenia. Los casos severos comienzan a presentar falla multiorgánica.
- En la tercera fase a mayoría de los casos leves y moderados se han resuelto satisfactoriamente, aunque una proporción de ellos presentará secuelas como fatiga crónica, limitación de la capacidad pulmonar, y demás afecciones que popularmente se denominan COVID-19 crónico y continua aún en estudio. Los casos severos estarán hospitalizados, la gran mayoría en unidades de cuidados intensivos y bajo soporte ventilatorio.^{6,7}

Se sabe que de los pacientes portadores de COVID-19, el 26% amerita ingreso a unidad de cuidados intensivos, el 31% desarrolla choque séptico, y 96% de los casos sobreviven a la enfermedad.⁸

Síndrome Post-COVID-19

Desde las primeras descripciones de seguimiento a los casos recuperados de COVID-19 en la primavera de 2020 se relató que algunos pacientes presentaban secuelas y la persistencia de algunos síntomas más allá del cuadro agudo de la enfermedad; empleándose los términos de síndrome post-COVID-19 PACS, (de las siglas en inglés: Post acute COVID-19 syndrome), COVID-19 crónico o COVID-19 prolongado (“Long-COVID-19”) para describir tales situaciones, que de forma global podemos definir como la persistencia de síntomas de la infección aguda por COVID-19 o que no se habían presentado previamente a tal enfermedad, durante al menos 3 semanas después de resuelto el cuadro agudo.⁹

La incidencia del PACS se reporta entre el 10 al 35%, cifra que oscila por diferencias metodológicas sobre la población analizada y el periodo temporal, teniendo por

ejemplo el contraste entre un estudio londinense que reporta la persistencia de síntomas COVID-19 en los 30 días posteriores a la recuperación en 10% de todos los casos COVID-19, mientras que un estudio italiano al seguimiento por 60 días a pacientes egresados de hospital por COVID-19 identificó que el 87% presentaba PACS.¹⁰

Las características clínicas del PACS son diversas y poco específicas al igual que la infección aguda por COVID-19, pero las más frecuentes y relevantes se resumen en la Tabla 1.^{9,10}

Tabla 1. Espectro clínico del síndrome post-COVID-19

| Sistema | Síntomas |
|----------------------------|---|
| General | Fatiga (53%) Cansancio Trastornos del sueño (22%) |
| Respiratorio | Disnea (43%) EPOC o asma Tos persistente (22%) |
| Salud mental | Trastornos emocionales Estrés postraumático Ansiedad (22%) Depresión (22%) Alteraciones del estado de ánimo |
| Músculo-esquelético | Dolor articular (27%) Mialgia Artritis de pequeñas articulaciones |
| Cardiovascular | Dolor de pecho (22%) Palpitaciones |
| Neurológico | Anosmia o sensación olfatoria alterada (60%) Sensación de alfileres y agujas Dolor de cabeza Mareos |

Modificada de: Pavli A, et.al (2021) y Jain VK, et-al (2021)

Perlmutter, señala que la actual pandemia por COVID-19 predispone a la depresión mediante 2 vías:

- Relacionadas a la infección. Involucra a la fisiopatología derivada del ingreso del SARS-CoV-2 al cuerpo y todos los mecanismos de inflamación que desencadena
- Relacionadas a la pandemia. Resultado de las políticas de salud pública y el contexto socio-cultural y económico que deriva en cambios en el estilo de vida (sedentarismo ante imposibilidad de salir del hogar; transgresión a la alimentación por escasos o dificultad para la obtención de alimentos, o bien como mecanismo de defensa psicológico por el estrés).¹¹

Chen W et realizó uno de los primeros trabajos que exploraba específicamente la proporción de pacientes que desarrolló depresión y ansiedad durante su estancia hospitalaria por COVID-19, reportando que el 42.3% presentaron depresión y el 50.7% datos clínicos sugestivos de ansiedad.¹²

Recientemente se publicó un estudio similar que indagó acerca de la ocurrencia de alteraciones a la salud mental en pacientes egresados de hospitalización por mejoría ante el COVID-19 en China, reportando una prevalencia del 13.8% de depresión durante el seguimiento a 65 días de estos pacientes.¹³

La ansiedad es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos. Se considera que la ansiedad es patológica por su presentación irracional, ya sea porque el estímulo está ausente, la intensidad es excesiva con relación al estímulo o la duración es injustificadamente prolongada y la recurrencia inmotivada, generando un grado evidente de disfuncionalidad en la persona ¹⁴.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los síndromes ansiosos y la depresión son las formas de psicopatología más frecuente en México, el 14.8% de la población nacional presentaba algún trastorno de ansiedad y 9.2% de la población general ha padecido un episodio de depresión durante la edad adulta\$.

Durante la pandemia el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, continuó atendiendo a los pacientes con trastornos psiquiátricos que debieron proseguir sus tratamientos de manera intrahospitalaria; sin embargo al no estar exentos de presentar infección por SARS COV 2, la Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos (UCEP) durante la pandemia por COVID 19, fue convertida en Unidad de atención respiratoria para pacientes con trastornos mentales y que además presentaran síntomas respiratorios por SARS COV2, los cuales fueron casos confirmados mediante PCR.

Debido a la emergencia sanitaria y el desconocimiento de la fisiopatología del COVID 19, además de la falta de seguimiento en pacientes durante el periodo de convalecencia y la probable presencia del síndrome post COVID; y en especial en nuestros pacientes, el hecho de que padezcan algún otro trastorno psiquiátrico, podría incrementar la frecuencia o severidad de la ansiedad o depresión, durante la etapa de recuperación o como parte de las secuelas de la infección por SARS COV 2.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la frecuencia de la ansiedad y la depresión entre los pacientes de la Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos con COVID-19 en fase de recuperación?

5. JUSTIFICACIÓN

México es el décimo quinto país en el mundo con mayor número de casos de COVID-19, y el tercero con muertes por tal enfermedad, por lo que representa un reto importante para el sistema nacional de salud, debido a que la enfermedad puede dejar secuelas físicas, y también mentales, por lo cual todos los profesionales de la salud

deben prestar atención a estas últimas para ser identificadas y manejadas de la mejor manera, o bien, canalizar tempranamente aquellos casos que lo ameriten.

La Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, atendió a los pacientes con trastornos mentales, los cuales tuvieron diferentes motivos de internamiento, así como diagnósticos psiquiátricos, pero que tuvieron infección por SARS COV2, confirmada mediante estudio de PCR.

Hoy en día no existen publicaciones latinoamericanas o mexicanas acerca de la epidemiología de la depresión y/o ansiedad en pacientes recuperados de COVID-19, lo que dificulta conocer la magnitud de este problema.

El presente protocolo de estudio sugiere la necesidad de conocer la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con trastornos mentales durante la fase de recuperación post COVID, que estuvieron hospitalizados durante la pandemia por SARS COV2 en el servicio de la UCEP de nuestra unidad.

6. OBJETIVOS

6.1. Objetivo General:

Determinar la frecuencia de la ansiedad y depresión entre los pacientes de la Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” con COVID-19 corroborado mediante RT-PCR para SARS-CoV2 en fase de recuperación.

6.2. Objetivos Específicos:

- Calcular la frecuencia de la ansiedad entre los pacientes COVID-19 en fase de recuperación.
- Calcular la frecuencia de la depresión entre los pacientes COVID-19 en fase de recuperación.
- Comparar la frecuencia de ansiedad y depresión por sexo y diagnóstico en pacientes en fase de recuperación de COVID-19.

7. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1. Características del lugar donde se realizará el estudio

Secretaría de Salud

Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

Unidad Médica de 2do. Nivel de atención.

Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos

7.2. Diseño y tipo de estudio

- Tipo de investigación: Clínica
- Por tipo de maniobra: Descriptivo
- Búsqueda de causalidad: Analítico
- Diseño: Encuestas
- Captación de la información: Retrospectivo
- Medición del fenómeno: Transversal
- Direccionalidad: Prolectivo

7.3. Universo de estudio

Población usuaria de la de la Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez.

7.4. Población de estudio

Población usuaria de la de la Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez que hayan padecido COVID-19 corroborado mediante RT-PCR para SARS-CoV2 y se encuentren en fase de recuperación durante el periodo 01 de febrero de 2020 al 30 de septiembre de 2021.

7.5. Cálculo del tamaño de muestra

La muestra de este estudio es no probabilística, se toman los pacientes capturados por la Unidad de Vigilancia Epidemiológica la cual reporta que, para septiembre de 2021, se han registrado un total de 36 pacientes con COVID-19.

7.6. Criterios de selección:

7.6.1. Criterios de inclusión:

- Ambos sexos
- Edad igual o mayor de 18 años
- Diagnóstico confirmado de COVID-19 (Registro médico de tener una prueba RT-PCR para el virus SARS-CoV-2)

7.6.2. Criterios de exclusión:

- El paciente no acepta entrar al estudio
- El paciente no acude a la entrevista
- El paciente no contesta la llamada telefónica

7.6.3. Criterios de eliminación:

- Cuestionario respondido de forma incompleta.
- Solicitud del participante de retirar sus respuestas del estudio
- Muerte del participante

7.7. Variables

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Tipo de Variable/Nivel de Medición | Indicador |
|----------|---|--|--------------------------------------|-----------------------|
| Sexo | Sexo biológico del participante | Dato respondido en el cuestionario por el participante | Cualitativa Dicotómica Nominal | Masculino Femenino |
| Edad | Diferencia entre la fecha del ingreso al protocolo y la fecha de nacimiento del individuo | Dato respondido en el cuestionario por el participante | Cuantitativa Continua | 0-99 Años |

| | | | | |
|--------------------------|--|--|-------------------------|---|
| Estado civil | Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes. | Dato respondido en el cuestionario por el participante | Cualitativa Nominal | 1. Soltero(a) 2. Casado(a) 3. Divorciado 4. Viudo(a) 5. Otro |
| Grado de estudios | Último nivel académico cursado y/o terminado del cual se cuente con comprobante oficial | Dato respondido por el participante en la encuesta | Cuantitativa Ordinal | Años de escolaridad |
| Ocupación | Actividad económica principal del participante | Dato respondido por el participante en la encuesta y corroborado por el investigador en los registros clínicos | Cualitativa Nominal | 1.Desempleado 2.Oficinista 3.Vendedor 4.Profesor 5.Médico 6.Enfermera 7. Empleado 8.Transportista 9. Artista 10.Empresario |
| Nivel ansiedad | Nivel de ansiedad presente en el participante, determinado por los puntos de corte del BAI especificados para población mexicana | El investigador realizará la sumatoria de los ítems BAI y aplicará los puntos de corte establecidos. | Cualitativa ordinal | 0.Ansiedad mínima 1.Ansiedad leve 2.Ansiedad moderada 3.Ansiedad severa |
| Nivel depresión | Nivel de depresión presente en el participante, determinado por los puntos de corte del HDRS | El investigador realizará la sumatoria de los ítems HDRS y aplicará los puntos de corte mencionados | Cualitativa Ordinal | 0.Sin depresión 1.Depresión menor 2.Depresión moderada 3.Depresión grave 4.Depresión severa |

Instrumentos

De todas las herramientas desarrolladas para la detección de ansiedad, el inventario de ansiedad de Beck (BAI) es la más utilizada a nivel mundial tanto en la clínica como en investigación, debido a su formato de cuestionario auto aplicable que permite su ejecución de forma rápida, válida y fiable.¹⁵

El BAI se compone de 21 ítems, cada uno de los cuales interroga acerca de la presencia de un signo o síntoma y el evaluado debe señalar su respuesta entre cuatro

opciones tipo Likert (0=Nada, 1=Ligeramente, 2=Moderadamente y 3=severamente) la presencia del mismo la última semana, incluyendo el día de la evaluación. Una vez otorgadas todas las respuestas, se hace la sumatoria de las equivalencias numéricas de las respuestas, por lo que el puntaje global puede oscilar entre 0 y 63. Cabe mencionar que desde su primer versión del BAI, se han documentado modificaciones al cuestionario, esto derivado principalmente del proceso de adecuación y validación a los diferentes idiomas en el mundo; Robles R et al publicó en 2001 la versión mexicana del BAI para adultos, con una alta consistencia interna ($\alpha = .83$), elevado coeficiente de confiabilidad test-retest ($r = .75$) y una estructura factorial de cuatro componentes principales.¹⁸ y mostró ser una excelente herramienta para la determinación de ansiedad en pacientes con patologías respiratorias (asma), inclusive se identificó mediante un análisis factorial la agrupación de los ítems 7, 11 y 15 (opresión en pecho, sensación de ahogo, dificultad para respirar, respectivamente) guardaban por si solos una gran relación con el puntaje total BAI y el grado de control de su enfermedad.¹⁶

La depresión es un conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Incluye desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales. En el adulto mayor se caracteriza por la persistencia, gravedad y el deterioro de la funcionalidad, existiendo diferentes niveles de severidad.¹⁷

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (HDRS por sus siglas en inglés: *Hamilton depresión rating scale*) es una escala heteroaplicada, diseñada para cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. La versión original de 1960 posee 21 ítems, aunque actualmente la más difundida y aceptada es la versión abreviada de 17 ítems; los temas interrogados incluyen ánimo depresivo, sentimientos de culpa, suicidio, insomnio precoz, medio y tardío, trabajo y actividades, inhibición, agitación, ansiedad psíquica y ansiedad somática, síntomas somáticos gastrointestinales, síntomas somáticos generales, síntomas sexuales (disfunción sexual y alteraciones de la menstruación),

hipocondría, pérdida de peso y capacidad de entendimiento. Los ítems adicionales en la versión de 21 son variación diurna, despersionalización y desrealización, síntomas paranoides y síntomas obsesivos y compulsivos.

Cada pregunta debe ser respondida mediante una escala ordinal tipo Likert de 3 o 5 opciones. El sumatorio total oscila entre 0 y 52 puntos, empleándose los puntos de corte señalados por la Asociación Psiquiátrica Americana y las guías de práctica clínica británicas NICE para clasificar el estado depresivo. Además de la puntuación global, es posible obtener puntuaciones de los índices o factores que valora el HDRS haciendo sumatoria de ítems

7.8. Procedimiento

El presente proyecto de investigación fue sometido a valoración por los Comités de Ética en Investigación y de Investigación quienes evaluaron que cumpliera con los requisitos médicos, técnicos y éticos necesarios para su ejecución.

Una vez obtenida la aprobación del protocolo, se realizó lo siguiente:

1. Se acudió al servicio de Epidemiología para solicitar la base datos de datos de los pacientes que se encontraban en la Unidad de Cuidados Intensivos Psiquiátricos que hayan padecido COVID-19 con PCR positivo en los meses de marzo a diciembre de 2019.
2. Se localizó a los pacientes a través de un enlace telefónico para informales del protocolo a cada uno de los participantes.
3. A los pacientes que acudieron se les explicó el objetivo de la investigación, el alcance de su participación (contestar una encuesta).
4. A los pacientes que se mostraron interesadas en participar se les otorgó una hoja de Consentimiento informado para su firma.
5. Se les brindó el cuestionario a responder que contenía los ítems del inventario de ansiedad de Beck, preguntas acerca del perfil sociodemográfico y de salud del participante, y en última instancia el investigador tomó el cuestionario para aplicar la escala de depresión de Hamilton (
6. Anexo IV.)

7. El investigador permaneció cerca del participante para resolver cualquier duda acerca del llenado del cuestionario, y lo recibió una vez completado.
8. Cuando el participante solicitó copia de sus respuestas, estas le fueron entregadas por el investigador principal, junto a una interpretación de los resultados expresando el nivel de ansiedad y depresión detectados.
9. En caso de niveles elevados de ansiedad y/o depresión, se les orientó de los centros donde pudieran recibir atención médica y/o psicológica.
10. Las encuestas se continuaron aplicando hasta completar el tamaño de muestra mínimo.
11. Concluida la etapa de recolección de datos, la información fue transcrita en una hoja de cálculo tipo Excel para su resguardo en el equipo de cómputo del investigador principal, teniendo acceso a la misma solamente los investigadores integrantes de este protocolo. Posteriormente se ejecutó el análisis de la información.

7.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó estadística descriptiva con determinación de proporciones para las variables cualitativas, así como medidas de tendencia central cuando se agruparon y resumieron variables cuantitativas continuas. Todos los cálculos estadísticos fueron ejecutados mediante el software IBM SPSS versión 25 para Windows.

8. CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

El presente protocolo de investigación fue sometido a evaluación y aceptación por el comité de ética e investigación y hasta que fue aceptado se inició con su realización.

8.1 Riesgo del estudio:

De acuerdo con el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, el riesgo de este proyecto correspondió a una **investigación SIN riesgo (fracción I)** debido a que se contempló únicamente solicitar a los participantes el responder un cuestionario que no recabó información sensible como lo fueran nombre, dirección o algún otro elemento que permita la identificación de la persona de forma directa.

8.2 Apego a las normas éticas:

Este estudio se ajustó a las normas éticas institucionales y a la Ley General de Salud en materia de experimentación en seres humanos, así como a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre los “Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos”. Además de acuerdo con los principios adoptados por la 18ª Asamblea Médica Mundial de Helsinki, Finlandia en junio de 1964, y enmendadas por la 29ª Asamblea Médica Mundial en Venecia, Italia, en octubre de 1983, por la 41ª Asamblea Mundial Hong Kong, en septiembre de 1989, en la 48ª Asamblea en Sudáfrica en 1996; y en la última 59ª Asamblea general de la Asociación Médica Mundial en Seúl, en octubre de 2008 y sus enmiendas posteriores.

8.3 Consentimiento informado:

Debido a la naturaleza observacional de esta investigación y considerando que acorde a la normativa internacional y nacional la presente investigación no tiene ningún riesgo, estaría exenta de solicitar consentimiento informado; sin embargo, se solicitó a los participantes firmaran un consentimiento informado para dejar claro y por escrito el acuerdo de participación, confidencialidad y anonimato de sus respuestas.

8.4 Contribuciones y beneficio a los participantes:

Los participantes de esta investigación no obtuvieron ningún beneficio monetario o en especie por su participación en esta investigación.

Los participantes conocieron la interpretación de los cuestionarios aplicados, y estuvieron en derecho de solicitar y recibir copia de sus respuestas, las cuales fueron interpretadas en términos que pudieron comprender el participante y de ser necesario canalizarlo a un área de atención médica y/o psicológica si fue necesario y así solicitado por el participante.

El mayor beneficio fue para la comunidad médico-científica y en última instancia para la población en general, debido a que la información generada a partir de esta investigación permitió conocer mejor la problemática de la salud mental en pacientes recuperados de COVID-19, con lo cual se pudo conocer las dimensiones de la problemática y planteó medidas preventivas y correctivas pertinentes.

8.5 Balance riesgo/beneficio:

No existe ningún riesgo para los participantes de este protocolo ni por el desarrollo de esta investigación, El beneficio por obtenerse es generar información que permitió conocer el nivel de ansiedad y/o depresión entre los pacientes en recuperación por COVID-19, con lo cual pudieron planearse estrategias para su reducción. Además, si el participante lo solicitó, se le entregaron copia de sus respuestas e interpretación de estas, con lo cual puede conocer su nivel de ansiedad y/o depresión, de forma que pueda ser canalizado a recibir ayuda psicológica y/o médica de ser necesario.

8.6 Confidencialidad:

La participación en esta investigación fue voluntaria y totalmente confidencial, los cuestionarios no solicitaron información confidencial o sensible, además la información fue resguardada bajo las más estrictas medidas de seguridad, manteniéndose confidencialidad de toda la información.

8.7 Aspectos de Bioseguridad:

El presente trabajo de investigación se apegó a la NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, la cual establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos publicada en el Diario Oficial de la Federación el 04 de enero de 2013.

No se realizó ningún procedimiento que pusiera en riesgo la salud o la integridad física del personal de salud, o las y los participantes, o afectara al medio ambiente, evitando todo sufrimiento o daño innecesario físico o mental como lo dicta el código de Nuremberg 1947.

8.8 Conflicto de Interés

Los investigadores declararon ningún conflicto de interés para la realización de este estudio. No se recibió ningún tipo de apoyo económico o en especie de la industria farmacéutica o compañías privadas.

9. RECURSOS Y FINANCIAMIENTO

9.1. Recursos humanos

- Tesista: Médico residente de Psiquiatría
- Asesores de tesis:
 - Investigador principal: Médico especialista en Psiquiatría

9.2. Recursos materiales

- Papelería y artículos de oficina:
 - 1 paquete de 100 hojas blancas
 - 1 bolígrafo
 - 1 lápiz
 - 1 sacapuntas
 - 1 computadora personal portátil (propiedad del investigador principal)
 - 1 impresora multifuncional (propiedad del investigador principal)
 -
- Software:
 - IBM SPSS versión 25 para Windows
 - Microsoft Office versión 2019 para Windows.

9.3. Recursos financieros

- Los artículos de oficina, papelería y software serán cubiertos por el grupo de investigadores.

10. RESULTADOS.

Se obtuvo una muestra de 27 pacientes de los cuales, 37% fueron mujeres y 63% hombres. La media de edad fue de 40 años (rango=21 a 63 años). Acorde a su estado civil 15 estaban casados y 8 no tenían pareja.

Conforme a la escolaridad la mayoría de los pacientes lograron terminar algún grado escolar (primaria, secundaria, media superior y licenciatura) con 81.4%, mientras que el 18.6% dejó incompleto su nivel educativo (Secundaria y media superior).

En relación a la ocupación de los pacientes solamente el 11.1% de nuestros pacientes se reportó como desempleado, mientras que el 88.9% se encontraba ejerciendo alguna profesión u oficio. Tabla 2.

Tabla 2. Características demográficas de los pacientes positivos a Covid-19 (n=27).

Tabla 2. Características demográficas de los pacientes positivos a Covid-19 (n=27).

| Variable | | Frecuencia | % |
|--------------|----------------------|------------|------|
| Sexo | Hombres | 17 | 63.0 |
| | Mujeres | 10 | 37.0 |
| Estado civil | Solteros | 8 | 29.6 |
| | Casados | 15 | 55.6 |
| | Divorciados | 3 | 11.1 |
| | Viudos | 1 | 3.7 |
| Ocupación | Desempleado | | 11.1 |
| | Profesional u Oficio | | 88.9 |

En la escala de Hamilton para depresión el 59.3% de los pacientes algún grado de depresión. Tabla 3.

Tabla 3. Resultados de Escala Hamilton de depresión.

| Clasificación de Escala Hamilton de Depresión | | Frecuencia | Porcentaje |
|---|-----------------------------------|------------|------------|
| Válido | No deprimido (0-7) | 11 | 40.7 |
| | Depresión menor (8-13) | 6 | 22.2 |
| | Depresión moderada (14-18) | 4 | 14.8 |
| | Depresión severa (19-22) | 2 | 7.4 |
| | Depresión muy severa (mayor a 23) | 4 | 14.8 |
| | Total | 27 | 100.0 |

Los resultados de inventario de Ansiedad de Beck, correspondieron al 55.6% con ansiedad leve, 37 % con ansiedad moderada y 7.4% con ansiedad grave. Tabla 4.

Tabla 4. Resultados de ansiedad de Beck.

| | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|-------------------|-------------------|
| leve (0-21) | 15 | 55.6 |
| moderada (22-35) | 10 | 37.0 |
| grave (36-63) | 2 | 7.4 |
| Total | 27 | 100.0 |

Conforme a la relación de la Escala Hamilton de depresión con el sexo de los pacientes, que 9 hombres de 17 presentaron algún grado de depresión lo que correspondería al 52%, presentando 4 de ellos depresión muy severa conforme a la escala. En cuanto a las mujeres 7 de 10 mujeres presentando algún grado de depresión lo que correspondería al 70%, aunque el mayor número de casos correspondió a una depresión menor. Gráfico 1.

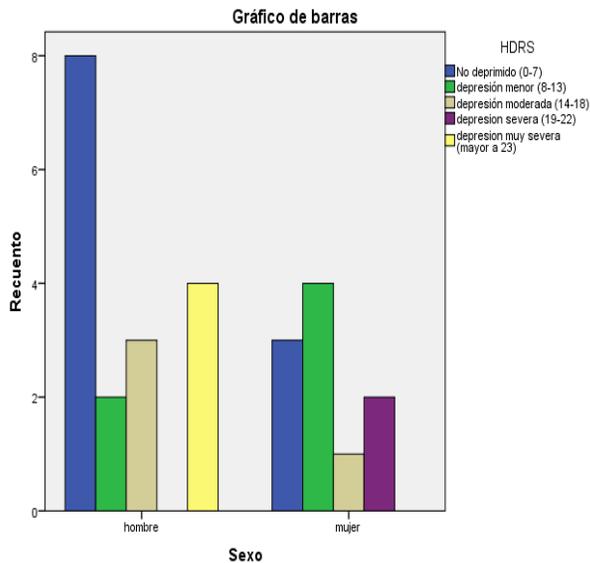


Gráfico 1. Comparación de depresión y el sexo de los pacientes.

En cuanto a los resultados del inventario de ansiedad de Beck en relación al sexo de los pacientes. De 17 hombres, 11 mostraron datos de ansiedad leve correspondiente al 64%, aunque 2 pacientes presentaron ansiedad severa correspondiente al 11%. En cuanto a las mujeres el 60% presentó ansiedad moderada al reportar 6 pacientes de las 10 que entraron al estudio, sin datos de ansiedad grave. Gráfico 2.

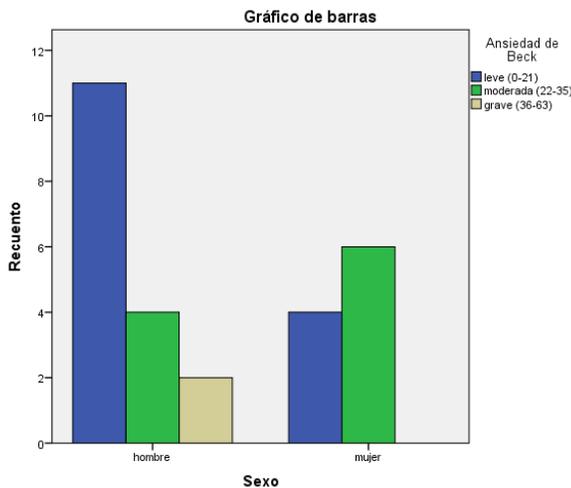


Gráfico 2. Comparación de ansiedad y sexo de los pacientes.

11. DISCUSIÓN.

Acorde a los reportes en la literatura la pandemia por COVID-19 es un evento de riesgo emergente para la población. Tiene las características típicas de los eventos de alto riesgo y provoca un grado considerable de pánico en la sociedad (como ansiedad, depresión e insomnio, etc.), considerando los tiempos de incertidumbre vividos derivada de la inestabilidad financiera, el miedo al virus (sobre la severidad o mortalidad), el casi total y repentino distanciamiento social obligado por las medidas sanitarias estrictas en algunos países; el factor estresante masivo y colectivo de una pandemia superó con creces la capacidad de respuesta de las personas y las comunidades, lo que pudo traducirse como un impacto negativo en la salud mental.

Al ser una enfermedad emergente, se desconocía la fisiopatogenia del SARS COV2, así como las secuelas que pudieran presentarse tras la infección; múltiples

publicaciones sobre la fase de recuperación, mencionaban la prevalencia de las alteraciones neuropsiquiátricas destacando el insomnio, ansiedad y alteraciones en la concentración y memoria como los más prevalentes durante el periodo agudo, mientras que la labilidad emocional, alteraciones en la concentración y memoria, e irritabilidad lo fueron una vez egresados del hospital para su recuperación; adicionalmente resume aquellos estudios que hicieron seguimiento a largo plazo de los casos, encontrando que con una media de seguimiento de 11.6 meses (3 a 30 meses) la tasa promedio de casos que desarrollaron ansiedad fue del 14.8% y el 14.9% desarrollaron depresión en el seguimiento promedio de 22.6 meses (3 a 41.3 meses).

Debido a la falta de publicaciones sobre la prevalencia en población mexicana se planteó la necesidad de este estudio, para poder conocer el impacto en la fase de recuperación post infección por SARS COV2, por lo que se aplicaron escalas de depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, obteniendo acorde a los resultados una frecuencia de síntomas depresivos en el 59.3%, con datos de depresión severa en el 14.8% lo que corresponde con lo reportado a nivel mundial; así como de acuerdo a la escala de ansiedad el 55.6% con ansiedad leve, 37 % con ansiedad moderada y 7.4% con ansiedad grave, esto pudiera diferir puesto que en los reportes de otros países no se especifica la gravedad.

En comparación al reporte de Rogers J. y colaboradores acerca de las presentaciones neuropsiquiátricas de otros coronavirus (SARS y MERS), encontrando 25 publicaciones que mencionaban la prevalencia de las alteraciones neuropsiquiátricas durante la recuperación como la labilidad emocional, depresión, alteraciones en la concentración y memoria, e irritabilidad; siendo la depresión una presentación en más de la mitad de nuestros pacientes en recuperación tras infección por SARS COVD 2, correspondiendo al 59.2%.

Al contrastar nuestros resultados con los de Chen W. y colaboradores, donde estudio la proporción de pacientes que desarrolló depresión y ansiedad durante su estancia

hospitalaria por COVID-19, reportando que el 42.3% presentaron depresión y el 50.7% datos clínicos sugestivos de ansiedad, lo que pudiera ser similar a nuestros resultados, aunque una mayor proporción de depresión y ansiedad en la población mexicana.

12. CONCLUSIONES.

Se estimó que la frecuencia de síntomas depresivos en los pacientes de la Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” con COVID-19 corroborado mediante RT-PCR para SARS-CoV2 en fase de recuperación fue de 59.3%, lo que correspondería a más de la mitad de la población atendida, aunque en relación al sexo el 70% de las mujeres que entraron a nuestro estudio presentó síntomas depresivos en comparación a los hombres con un 52%, sin embargo se identificó que acorde a la gravedad los hombres presentaron síntomas depresivos muy severos en un 14.8%.

La frecuencia de síntomas ansiosos en general fue del 44.4%, en relación al sexo las mujeres reportaron un 60% de síntomas ansiosos, sin datos de ansiedad grave en comparación a los hombres que en una frecuencia total fue del 36% aunque con un 11% de ansiedad severa.

Podemos considerar que la frecuencia de síntomas depresivos fue mayor en comparación a los síntomas ansiosos, siendo las mujeres el mayor número de casos, aunque en los hombres se observó mayor severidad en ambos trastornos.

No se encontró correlación entre la escolaridad ni la ocupación de los pacientes como un factor desencadenante de síntomas depresivos o ansiosos en pacientes en etapa de recuperación post infección por SARS COV2.

13. LIMITACIONES:

- Las pruebas de confirmación de COVID no se realizaban en nuestra unidad, por lo que muchos pacientes pudieron tener síntomas y no confirmar el diagnóstico durante su estancia, lo que redujo el número de pacientes para nuestro estudio.
- Debido a que se realizó de manera retrospectiva no todos los pacientes tenían accesibilidad para acudir al hospital tras su egreso y así firmar consentimiento informado para ser agregados a este estudio.
- No existe una red de seguimiento para los pacientes que fueron diagnosticados con COVID-19, lo que significó una restricción para la captación de manera ambulatoria.

Sugerencias para estudios posteriores:

- Pudieran realizarse un estudio comparativo de síntomas depresivos y ansiosos al ingreso, egreso y seguimiento a 3 meses posteriores al internamiento psiquiátrico y diagnóstico de COVID 19.
- Podría realizarse un seguimiento longitudinal con puntos de corte a 3, 6 y 12 meses para evaluar la respuesta a tratamiento en pacientes que tuvieron COVID- 19.
- Ampliar el estudio con otros padecimientos psiquiátricos y el impacto que pudiera tener la infección por SARS COV 2.

14.REFERENCIAS

1. .Wang H, Li X, Li T,Zhang S,Wang L,Wu X,Liu J,. The genetic sequence, origin, and diagnosis of SARS-CoV-2. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2020;39(9):1629-1635. doi:10.1007/s10096-020-03899-4

2. .Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19. <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>. Published June 29, 2020. Accessed April 28, 2021.
3. 3.Yang X, Yu Y, Xu J. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *Lancet Respir Med*. 2020. doi:10.1016/S2213-2600(20)30079-5
4. 4.Pascarella G, Strumia A, Piliago C, COVID-19 diagnosis and management: a comprehensive review. *J Intern Med*. 2020;288(2):192-206. doi:10.1111/joim.13091
5. 5.Wang D, Yin Y, Hu C, et al. Clinical course and outcome of 107 patients infected with the novel coronavirus, SARS-CoV-2, discharged from two hospitals in Wuhan, China. *Crit Care*. 2020;24(1):188. doi:10.1186/s13054-020-02895-6
6. 6.Yang X, Yang Q, Wang Y, et al. Thrombocytopenia and its association with mortality in patients with COVID-19. *J Thromb Haemost*. 2020;18(6):1469-1472. doi:10.1111/jth.14848
7. Wang D, Hu B, Hu C. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus–Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*. 2020;323(11):1061. doi:10.1001/jama.2020.1585
8. Iyengar KP, Jain VK, Vaishya R, Ish P. Long COVID-19: an emerging pandemic in itself. *Adv Respir Med*. 2021;89(2):234-236. doi:10.5603/ARM.a2021.004 .
9. Bhavana V, Thakor P, Singh SB, Mehra NK. COVID-19: Pathophysiology, treatment options, nanotechnology approaches, and research agenda to combating the SARS-CoV2 pandemic. *Life Sci*. 2020;261:118336. doi:10.1016/j.lfs.2020.118336
- 10.Nie X, Feng K, Wang S, Li Y. Factors Influencing Public Panic During the COVID-19 Pandemic. *Front Psychol*. 2021;12:576301. doi:10.3389/fpsyg.2021.576301
- 11.Slovic P. Perception of risk. *Science* (80-). 1987;236(4799):280-285. doi:10.1126/science.3563507

12. Dutheil F, Mondillon L, Navel V. PTSD as the second tsunami of the SARS-Cov-2 pandemic. *Psychol Med.* April 2020:1-2. doi:10.1017/S0033291720001336
13. Mak IWC, Chu CM, Pan PC, Yiu MGC, Chan VL. Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors.
14. Gob.mx. Recuperado el 1 de junio de 2022, de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/392GRR.pdf>
15. Wagner, FA, González-Forteza, C., Sánchez-García, S., García-Peña, C., & Gallo, JJ (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud mental (Ciudad de México, México)* , 35 (1), 3–11. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100002
16. Robles R, Varela R, Jurado S, Páez F. Versión mexicana del inventario de ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Rev Mex Psicol.* 2001;18(2):212-218.
17. Díaz-Barriga CG, LastNameGonzález-Celis- L. Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Becken adultos asmáticos mexicanos. *Psicol y Salud.* 2019;29(1):5-16.

1. ANEXOS

Anexo I. Inventario de ansiedad de Beck (validado para población mexicana)

Indique cuánto le ha molestado cada aspecto durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia

| No. | Condición | Poco o nada | Mas o menos | Moderadamente | Severamente |
|-----|--|-------------|-------------|---------------|-------------|
| 1 | Entumecimiento, hormigueo | | | | |
| 2 | Sentir oleadas de calor (Bochorno) | | | | |
| 3 | Debilitamiento de las piernas | | | | |
| 4 | Dificultad para relajarse | | | | |
| 5 | Miedo a que pase lo peor | | | | |
| 6 | Sensación de mareo | | | | |
| 7 | Opresión en el pecho, o latidos acelerados | | | | |
| 8 | Inseguridad | | | | |
| 9 | Terror | | | | |
| 10 | Nerviosismo | | | | |
| 11 | Sensación de ahogo | | | | |
| 12 | Manos temblorosas | | | | |
| 13 | Cuerpo tembloroso | | | | |
| 14 | Miedo a perder el control | | | | |
| 15 | Dificultad para respirar | | | | |
| 16 | Miedo a morir | | | | |
| 17 | Asustado | | | | |
| 18 | Indigestión, o malestar estomacal | | | | |
| 19 | Debilidad | | | | |
| 20 | Ruborizarse, sonrojamiento | | | | |
| 21 | Sudoración (no debida al calor) | | | | |

Anexo II. Escala de depresión de Hamilton

Para cada pregunta marque únicamente una respuesta, interrogando a la persona acerca de sus sentimientos en los últimos 7 días

| <i>Items</i> | <i>Criterios operativos de valoración</i> |
|--|---|
| 1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad) | 0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea |
| 2. Sensación de culpabilidad | 0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras |
| 3. Suicidio | 0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4) |
| 4. Insomnio precoz | 0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche |
| 5. Insomnio medio | 0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.) |
| 6. Insomnio tardío | 0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama |
| 7. Trabajo y actividades | 0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad |
| 8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida) | 0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta |
| 9. Agitación | 0. Ninguna 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc. |
| 10. Ansiedad psíquica | 0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle |

| | |
|---|---|
| 11. Ansiedad somática | 0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, como: <ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • Respiratorios: hiperventilación, suspiros • Frecuencia urinaria • Sudoración |
| 12. Síntomas somáticos gastrointestinales | 0. Ninguno 1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales |
| 13. Síntomas somáticos generales | 0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2 |
| 14. Síntomas genitales | 0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante Síntomas como <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales |
| 15. Hipocondría | 0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas |
| 16. Pérdida de peso (completar A o B) | A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) <ul style="list-style-type: none"> 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) B. Según peso evaluado por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) <ul style="list-style-type: none"> 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio) |
| 17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad) | 0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo |

Anexo III. Carta De Consentimiento Informado Para Participación En Protocolos De Investigación

Lugar y fecha:

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, México, Ciudad de México a ____ de _____ del 2021

Protocolo: **Frecuencia de la ansiedad y depresión en pacientes de la Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos con COVID-19 corroborado mediante RT-PCR para SARS-CoV2, en fase de recuperación.**

Registrado ante el Comité de Ética e Investigación con número: _____

Registrado ante el Comité de Investigación con número: _____

Nombre del investigador principal: Dr.

Dirección del sitio de investigación: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. San Buenaventura 2, Tlalpan

Teléfono: 55 55 73 15 00

De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo o mayor de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 21:

I. Yo: _____, en calidad de _____ declaro que se me propone que mi familiar _____ participe en el proyecto de investigación con el fin de evaluar la existencia de síntomas de ansiedad y síntomas positivos.

II. Se me ha informado que se le realizará una entrevista y un cuestionario autoaplicado.

III. Se me explicó que los instrumentos de prueba son totalmente inofensivos, no representan ningún riesgo a su salud o estado emocional y los resultados no tendrán repercusiones en su salud.

IV. Se me comentó que su única responsabilidad es proporcionar información acerca de su salud durante el estudio.

V. Los resultados de dichas pruebas ayudarán a determinar si cuenta con síntomas de ansiedad y/o depresión y que los resultados se utilizarán con fines estadísticos.

VI. Se me ha asegurado que podemos preguntar todo lo relacionado con el estudio y su participación

VII. Se me aclaró que puede abandonar el estudio en cuanto mi familiar o yo lo decidamos. No renuncio a ninguno de mis derechos legales al firmar este documento de consentimiento.

VIII. Autorizo la publicación de los resultados del estudio a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que no se publicará su nombre o revelará su identidad. Los resultados obtenidos en las escalas y las entrevistas son totalmente confidenciales.

Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a la participación de _____ en el

proyecto, acepto que participe de manera voluntaria en el estudio titulado: **Frecuencia de la ansiedad y depresión en pacientes de la Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos con COVID-19 corroborado mediante RT-PCR para SARS-CoV2, en fase de recuperación.**

Firma de Consentimiento

Firma de quien Explicó el procedimiento

Testigo

Testigo

Anexo IV. Declaración De No Conflicto De Intereses

De conformidad con lo que establecen los artículos 108° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 1°,2°,7° y 8° de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, Yo _____ como personal adscrito al HOSPITAL "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ" y con _____ número de empleado _____ declaro que durante el tiempo que me encuentre desarrollando las funciones que por ley me correspondan respecto del puesto que tengo asignado , me comprometo en todo momento actuar bajo los más estrictos principios de la ética profesional , para lo cual me apegaré a los siguientes principios:

- Mantendré estricta confidencialidad de la información y datos resultantes del trabajo realizado, que solamente podré discutir con mi jefe superior o con el personal que se designe.
- Tal información será considerada como confidencial y deberá manejarse como propiedad de las partes involucradas.
- No tengo ninguna situación de conflicto de intereses real, potencial o evidente, incluyendo ningún interés financiero o de otro tipo en, y/u otra relación con un tercero, que:

a) Puede tener un interés comercial atribuido en obtener el acceso a cualquier información confidencial obtenida en los asuntos o tramites propios de esta Comisión Federal, o

b) Puede tener un interés personal en el resultado de los asuntos o trámites propios de esta Comisión Federal, pero no limitado a terceros tales como titulares de registros sanitarios que han acreditado su interés legal.

- Me comprometo que al advertir con prontitud de cualquier cambio en las circunstancias anteriores, lo comunicaré inmediatamente a mi jefe inmediato superior, a efecto de que éste me excuse de la realización de la actividad que me enfrente a un conflicto de intereses.
- No aceptaré agradecimientos, comisiones o consideraciones especiales por parte de clientes, organizaciones o entidades interesadas en información confidencial.
- No manejare información falsa o dudosa que pueda comprometer el buen desempeño de mi trabajo.
- En todo momento me conduciré con total imparcialidad y objetividad en la emisión de juicios sobre los resultados obtenidos de los trabajos realizados.
- No intervendré en conflictos o intereses personales que puedan afectar el buen desempeño de mi trabajo.
- No haré uso en provecho personal de las relaciones con personas que tengan algún trato con la Comisión Federal.
- En ningún caso me prestaré a realizar arreglos financieros para la obtención de información que pueda afectar el buen desempeño de mi trabajo.
- Ante todo protegeré mi integridad personal y las de mis compañeros en el desarrollo del trabajo.
- En todo momento me conduciré con responsabilidad, honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mis actos.

Por la presente acepto y estoy de acuerdo con las condiciones y provisiones contenidas en este documento, a sabiendas de las responsabilidades legales en las que pudiera incurrir por un mal manejo y desempeño en la honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mi trabajo.

La presente se renovará anualmente para la aceptación de las condiciones y responsabilidades que se plasman en este documento.

LUGAR Y FECHA:

NOMBRE Y FIRMA:

Anexo V. Carta de solicitud al Jefe del Servicio de Consulta Externa

México, Ciudad de México a 12 de mayo del 2021.

Dr. Héctor Octavio Castañeda González
Presente

Con el presente solicito a usted, autorización para llevar a cabo el protocolo de investigación titulado: **Frecuencia de la ansiedad y depresión en pacientes de la Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos con COVID-19 corroborado mediante RT-PCR para SARS-CoV2, en fase de recuperación.**

Durante un período de **3 meses a partir del 01 de octubre al 31 de diciembre de 2021.** El cual se evaluará la proporción de pacientes en fase de recuperación de COVID-19 con ansiedad y/o depresión, mediante la aplicación del **Inventario de Beck y la escala de depresión de Hamilton**

Agradeciendo de antemano la atención a la presente.

Atentamente

(Nombre y firma del Residente)

