



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

Título:

**Caracterización de los pacientes con trastornos afectivos atendidos en el
servicio de Urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez durante
el periodo de 2020-2022**

PRESENTADO POR:

Dr. Alejandro Ríos Domínguez

Firma manuscrita en azul de Janet Jiménez Genchi.

ASESORA METODOLÓGICA:

Mtra. Janet Jiménez Genchi

ASESOR TEÓRICO:

Dr. Pablo Vera Flores

Firma manuscrita en azul de Pablo Vera Flores.

Ciudad Universitaria, CDMX. 2023



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.

ÍNDICE

ÍNDICE.....	2
RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
ANTECEDENTES.....	6
MARCO TEÓRICO.....	13
JUSTIFICACIÓN.....	18
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
OBJETIVO GENERAL.....	22
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
METODOLOGÍA.....	23
MUESTRA.....	23
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	23
VARIABLES.....	23
PROCEDIMIENTO.....	25
ANÁLISIS DE DATOS.....	25
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	26
RESULTADOS.....	26
DISCUSIÓN.....	34
CONCLUSIONES.....	36
AGRADECIMIENTOS.....	38
REFERENCIAS.....	39
ANEXOS.....	46

RESUMEN

Introducción: La pandemia de COVID-19 tuvo un impacto significativo en la salud mental, particularmente en los trastornos afectivos como la depresión. El Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en México ha recopilado datos importantes sobre la atención de la salud mental durante la pandemia, lo que ayuda a comprender y abordar los impactos en diferentes dimensiones. **Objetivo:** Describir las características demográficas y clínicas de los pacientes diagnosticados con trastornos afectivos en el servicio de urgencias. **Material y métodos:** Para llevar a cabo este estudio, se incluyeron todos los registros otorgados por la Unidad de Planeación y Calidad obtenidos de los reportes diarios de pacientes valorados en el servicio de urgencias del HPFBA durante el período comprendido entre el 30 de marzo de 2020 al 30 de marzo de 2022. Los datos consignados incluyen información sobre la edad, género, el número de consultas, el lugar de residencia, la unidad de referencia, los comportamientos suicidas, el consumo de sustancias y el diagnóstico. **Resultados:** Durante el primer período de estudio (comprendido entre el 30 de marzo de 2020 al 31 de marzo de 2021), se atendieron un total de 3,228 pacientes en urgencias con diagnóstico de algún trastorno afectivo, y este número incrementó a 4,376 en el período siguiente (comprendido entre el 01 de abril de 2021 y el 30 de marzo de 2022); la mayoría de las personas presentaron el diagnóstico de trastorno depresivo recurrente episodio moderado. Se identificó un porcentaje del 89.1% de comportamientos suicidas y un aumento del 157.26% en el consumo de sustancias, específicamente entre las mujeres. El CECOSAM fue el principal lugar de referencia en ambos períodos. Los lugares de residencia de origen más frecuentes de los pacientes fueron Ciudad de México, Estado de México y Morelos. **Conclusiones:** Los hallazgos de este estudio destacan un aumento en la demanda de atención de salud mental de los trastornos afectivos en un hospital psiquiátrico, lo cual refleja una creciente carga de trastornos afectivos en la población, atribuible a factores como una mayor conciencia y búsqueda de ayuda, así como a los efectos de la pandemia de COVID-19. El aumento en el consumo de sustancias y los comportamientos suicidas son factores relevantes por su implicación en el pronóstico de la patología mental. Estos hallazgos resaltan la importancia de continuar mejorando los servicios de salud mental especializados y accesibles para abordar integralmente estas problemáticas y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Palabras Clave: *trastornos afectivos, depresión, trastorno bipolar, COVID-19*

INTRODUCCIÓN

La pandemia por COVID 19 que se vivió tuvo una extensión global, al afectar a un gran porcentaje de la humanidad e impactar a todo el mundo. Esto generó problemáticas económicas, sociales y de salud, todas ellas como resultado no solo de la infección por el virus y sus efectos biológicos en nuestro sistema, sino también por causa de los efectos del confinamiento y el aislamiento social (Larios-Navarro, 2020).

La pandemia por COVID- 19 no se limitó al impacto negativo en la salud física de las personas, pues también resultó relevante la afectación en la salud mental de la sociedad, tanto en las personas que previo a esta pandemia presentaban un trastorno mental, como en las personas que no contaban con un diagnóstico anteriormente. En pandemias previas se evidenció el aumento en la presencia de trastornos mentales y la exacerbación de los ya existentes (Chang et al., 2020; Keita et al., 2017; Okusaga et al., 2011; Zortea et al., 2021), dando como resultado mayores tasas de depresión, por lo que se prevé que la pandemia de COVID-19, por sus características, pueda aumentar los diagnósticos de dicha patología.

Una creciente literatura también demuestra un fuerte vínculo entre la pandemia por COVID-19 y los síntomas de salud mental como la ansiedad y la depresión (Santomauro et al., 2021), que ha llevado a algunos a predecir una segunda pandemia posterior de condiciones de salud mental. La mayoría de estos estudios han sido realizados en países de Europa, Asia y América del Norte, sin embargo, se cuenta con poca evidencia en Latinoamérica hasta el momento. Además, es importante destacar que los trastornos afectivos, tales como el trastorno depresivo y el trastorno bipolar, han sido identificados como entidades clínicas con una alta prevalencia en la población general.

Estudios muestran que la prevalencia de cualquier trastorno del estado de ánimo a lo largo de la vida es del 21,4 %, de los cuales los trastornos bipolares, presentan una prevalencia del 4,4%, siendo el trastorno bipolar I y el trastorno bipolar II los más comunes, con prevalencias del 1% y 1.1 % respectivamente (Eisinger, 2008), la depresión a su vez se estima que afecta a un 3,8% de toda la población, incluidos un

5% de las personas mayores de 18 años de edad y un 5,7% de los adultos de más de 60 años, tiene una alta prevalencia a nivel mundial, con 280 millones de personas afectadas (Santomauro et al., 2021), mientras que tanto la depresión como los trastornos afectivos en general aumentan la probabilidad de suicidio, siendo esta la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años a nivel global, con más de 700 000 personas que se quitan la vida cada año.

Dada la magnitud de esta situación, es fundamental reconocerla como una problemática prioritaria de salud pública y comprender el comportamiento de estos trastornos durante la pandemia. En este sentido, el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (HPFBA), como uno de los principales hospitales de atención psiquiátrica en México, ha desempeñado un papel crucial al mantener servicios de atención en salud mental desde el inicio y durante la pandemia. Ha recopilado datos estadísticos de gran importancia sobre la atención de la salud mental en nuestro país. Estos datos son fundamentales para comprender el comportamiento poblacional de los trastornos afectivos y su relación con la pandemia en nuestra región. Por lo tanto, es crucial desarrollar acciones inmediatas que aborden integralmente estas problemáticas, considerando su impacto en el ámbito familiar, social y económico.

ANTECEDENTES

Desde el inicio de la humanidad, múltiples enfermedades infecciosas han afectado al ser humano. Las primeras grandes epidemias registradas fueron producidas por agentes como la viruela y la peste bubónica. La Peste Antonina o Plaga de Galeno es la más antigua descrita, misma que ocurrió del año 165 a 180 D.C., y ocasionó la muerte de aproximadamente cinco millones de personas; posterior a ella sucedió la pandemia del cólera, la cual tuvo lugar del año 1910 a 1911. A finales del siglo XIX, de 1889-1890, el virus de la influenza, ocasionó la pandemia denominada “gripe rusa”, la primera pandemia mundial moderna, la cual causó la muerte de un millón de personas (Castañeda & Ramos, 2020).

Ya en el siglo XX, se presentó la primera gran pandemia del siglo, también conocida como la “Gripe Española”, la cual se estima que ocasionó la muerte de entre 50 y 100 millones de personas. A finales del siglo XX, surgió en 1968 la referida pandemia mundial del VIH, misma que prevalece hasta nuestros días. Se estima que de 31 a 35 millones de personas conviven actualmente con el virus (Castañeda & Ramos, 2020).

Desde las primeras pandemias ya se había advertido sobre el aumento del riesgo de enfermar al tener contacto con los enfermos. Avicena, médico árabe del siglo XI, se percató sobre la muerte de las ratas antes del inicio de la peste. En 1659, Atanasius Kircher observó los “animalculus” (término antiguo para organismos microscópicos). Durante la peste negra, se vio que las ropas usadas de las personas infectadas transmitían la enfermedad. El resultado de estas observaciones fueron dos conceptos profilácticos: el aislamiento y el acordonamiento (cuarentena, protección de fronteras) (Ledermann, 2003).

En su investigación Ledermann (2003) expone el primer uso de la expresión cordón sanitario en 1374, con el edicto de Reggio, ciudad de Módena (Italia); por su parte, el término cuarentena surgió del periodo de aislamiento de los barcos que llegaban de puertos con reputación médica negativa. El plazo de cuarenta días se impuso en Marsella, donde se obligaba a los pasajeros a permanecer en lazaretos (enfermerías con apartamentos) mientras transcurría el tiempo arbitrario de contagio. Muchos países

aplicaron progresivamente estas políticas, pero no sin importantes implicaciones económicas y sociales. El valor y eficacia de la cuarentena fue tema de intenso debate incluso en el siglo XIX.

Si bien, la cuarentena históricamente cuenta con la evidencia de su eficacia para disminuir la cantidad de contagios y la propagación de un virus, también presenta una profunda y amplia gama de consecuencias psicosociales a nivel individual y comunitario que, aunada a las alteraciones en los procesos fisiológicos en el humano, puede ocasionar un impacto negativo en la salud mental del ser humano al aumentar la aparición de trastornos mentales, así como una exacerbación de los trastornos mentales ya existentes en las personas.

Por mencionar algunas, los datos de la Gran Epidemia de Influenza (1918-1920) y la influenza rusa (1889–1893) sugieren una asociación con las muertes por suicidio (Zortea et al., 2021). Chang y colaboradores (2020) reportaron que la pandemia de influenza de 1918-1920 se asoció con un pequeño y breve aumento de suicidios en Taiwán. En este mismo país, Peng y colaboradores (2010) informaron que después de la epidemia por SARS-CoV en 2003, se evidenció una perspectiva pesimista de la vida en alrededor de un 9 % de la población encuestada en los meses posteriores al brote, acompañada de una prevalencia de morbilidad psiquiátrica del 11,7 %.

Brooks et al. (2020) evidenciaron el impacto psicológico de la cuarentena en las pandemias de los virus que han afectado a la población en lo que va del siglo XXI (SARS-CoV, MERS-CoV, gripe A/H1N1 y Ébola), demostrando que esta medida ha tenido un efecto negativo en la salud mental de las personas, dando como consecuencia un aumento en la prevalencia de síntomas mentales, como ansiedad, tristeza, angustia, baja autoestima, ira, aislamiento, e insomnio; así como la aparición de trastornos como depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, estrés postraumático y suicidio, entre otros. Varios estudios sobre epidemias anteriores encontraron un aumento en el riesgo suicida en grupos de edad particulares (Chang et al., 2020; Keita et al., 2017; Okusaga et al., 2011; Zortea et al., 2021).

A su vez, Ramírez-Ortiz et al. (2020) estudiaron el brote del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS, por sus siglas en inglés), el cual ocurrió en 2002, e informaron varios trastornos mentales como depresión, ataques de pánico, ansiedad, agitación psicomotriz, comportamiento suicida, delirium y síntomas psicóticos; los cuales ocurrieron en aproximadamente el 1% de los individuos afectados por este virus. Los sobrevivientes del SARS desarrollaron trastorno de estrés postraumático (TEPT) y su depresión empeoró. Además, el número de suicidios en adultos mayores aumentó entre los afectados por la enfermedad en los dos años posteriores al brote.

Resultados parecidos reportaron Barthorpe y Rogers (2022) en las epidemias ocasionadas por los virus SARS y el síndrome respiratorio del Medio Oriente en 2012 (MERS, por sus siglas en inglés), en los cuales los pacientes hospitalizados que cursaron con una infección grave presentaron delirium, siendo el padecimiento más común de manera aguda, mientras que el trastorno de estrés postraumático, la depresión, la ansiedad y la fatiga fueron comunes y persistentes al menos varios meses después de la enfermedad aguda. Con respecto al brote del MERS, los sobrevivientes que experimentaron condiciones críticas de la enfermedad reportaron peor calidad de vida que aquellos que fueron indirectamente afectados.

Park et al. (2020) estudiaron los resultados en salud mental en sujetos de un estudio, un año después del brote de MERS en Corea del Sur. Las cifras indicaron que el 54% de los participantes experimentaron al menos un síntoma de TEPT, depresión, tendencias suicidas o insomnio. Específicamente, el 42.9 % tuvo TEPT, el 27 % presentó depresión, el 22.2 % presentó riesgo moderado de suicidio, y el 28 %, insomnio significativo. Keita et al. (2017) concluyeron que la infección por ébola se asoció con depresión e intentos de suicidio. A su vez, Okusagay et al. (2011) encontraron asociación entre la seropositividad de influenza B y la presencia de trastornos del estado de ánimo, así como antecedentes de intento de suicidio.

La exposición previa a los coronavirus también se ha asociado con mayores probabilidades de tener una enfermedad psiquiátrica grave, no solo en el momento de la infección sino también con una presentación a largo plazo (Barthorpe & Rogers, 2022). La enfermedad grave de diversas etiologías se asocia con morbilidad

psiquiátrica posterior, al menos parte de la cual es atribuible a su impacto psicológico del trauma (Barthorpe & Rogers, 2022). Las consecuencias neuropsiquiátricas son la secuela de una lesión o enfermedad cerebral. Pueden surgir ya sea a través de los efectos directos de la infección del SNC o indirectamente a través de una respuesta inmunitaria o una terapia médica. Las pandemias de influenza anteriores se han asociado con consecuencias neuropsiquiátricas duraderas, por lo que es posible que otras infecciones virales a gran escala puedan causar morbilidad mental sostenida.

A medida que se ha extendido la pandemia COVID-19, ha habido un reconocimiento creciente de las implicaciones psiquiátricas de la enfermedad. Las características neuropsiquiátricas informadas de COVID-19 van desde síntomas comunes de infecciones sistémicas y de las vías respiratorias superiores, como dolor de cabeza, mareos, fatiga, anosmia y disgeusia (Mao et al., 2020), hasta trastornos neurológicos y psiquiátricos graves e incapacitantes, que incluyen delirium, enfermedad cerebrovascular, psicosis, trastornos del estado de ánimo, trastorno de estrés postraumático (TEPT) y el llamado 'COVID prolongado'. Vindegaard y Benros (2020) informaron exacerbación en los síntomas de los pacientes que ya tenían un diagnóstico de salud mental. Barthorpe & Rogers (2022), en varios informes de casos también han detallado casos de encefalitis, pero hasta ahora esto parece ser un evento raro.

La pandemia de COVID-19 ha causado importantes trastornos sociales y ha impactado dramáticamente en los comportamientos y experiencias cotidianas de los sujetos. La literatura actual evidencia una relación entre la pandemia y los síntomas de salud mental como la ansiedad y la depresión (Broche-Pérez et al., 2021). Muchos expertos han sugerido que la pandemia de COVID-19 puede tener un efecto aún más perjudicial en las personas con problemas de salud mental preexistentes, en particular en aquellas personas con enfermedades mentales graves como la esquizofrenia y el trastorno bipolar; esto al experimentar exacerbaciones de los síntomas debido al aumento del estrés y al mayor riesgo de recaída debido a las interrupciones en la entrega y disponibilidad de tratamientos psiquiátricos (Santomauro et al., 2021).

Se interrumpen un conjunto de factores críticos para el manejo de los síntomas clínicos y cognitivos, incluido el fácil acceso a la atención psiquiátrica y la estabilidad en las

rutinas diarias, los ritmos sociales y los patrones de sueño (Van Rheenen et al., 2020). Los pocos estudios disponibles han informado una mayor depresión, ansiedad y estrés en personas con trastornos afectivos autoinformados (trastorno bipolar o trastorno depresivo mayor), en comparación con personas sin un trastorno afectivo.

Rheenen et al. (2020) describieron un aumento en la presencia de depresión, ansiedad, estrés y angustia en personas con diagnóstico de trastorno bipolar, y los hombres con trastorno bipolar tuvieron incluso niveles más altos de depresión y malestar general que las mujeres con trastorno bipolar. El trastorno bipolar es un factor de riesgo para las conductas suicidas, sin embargo, existen datos inconsistentes y un debate en curso sobre este asunto, al menos en la población general en todo el mundo. Finalmente, se ha planteado la hipótesis de que algunos medicamentos psicotrópicos, en particular el litio y la fluvoxamina, pueden desempeñar un papel protector contra la infección por COVID-19. Entre otras implicaciones, las personas con trastorno bipolar que no reciben o no cumplen con su régimen farmacológico pueden, en teoría, ser más vulnerables al COVID-19 que sus contrapartes tratadas (Xiong et al., 2020).

Aunque no toda la evidencia concluye efectos negativos, algunos estudios encontraron que los pacientes con trastorno bipolar informaron tasas bajas de recaída o empeoramiento de los síntomas durante la pandemia, o síntomas psiquiátricos menos graves y mayores sentimientos de bienestar durante la pandemia en comparación con el período previo a la pandemia. En comparación con las personas diagnosticadas con trastorno depresivo mayor, los pacientes con trastorno bipolar exhibieron una menor angustia psicológica. Las personas con trastorno bipolar se compararon con controles sanos y reportaron peores síntomas cognitivos, estrés relacionado con la pandemia, dificultades para dormir y ansiedad más elevada, y una mejoría más lenta después de los primeros meses de la pandemia (Fornaro et al., 2021).

Un estudio de muestra amplia (Wang et al., 2021) se centró en el impacto de los trastornos mentales en el riesgo de infección por SARS-CoV-2 y su mortalidad relacionada. Los pacientes con un diagnóstico reciente de trastorno bipolar tuvieron mayores probabilidades de dar positivo en la prueba de infección por SARS-CoV-2 que las personas sin un trastorno mental. Entre estos pacientes, los afroamericanos y las

mujeres de cualquier origen racial tuvieron mayores probabilidades de dar positivo en la prueba de detección de la infección por SARS-CoV-2 que sus homólogos caucásicos y masculinos, respectivamente.

Con respecto a la depresión, Santomauro et al. (2021) reportaron un aumento en la prevalencia de síntomas depresivos (14,6% y 48,3%) en comparación con la prevalencia de depresión anual estimada previo a la pandemia (3,6 % y 7,2 %), con un mayor porcentaje en las mujeres, en el grupo de edad menor a 40 años, estudiantes; así como el estrato el nivel de educación, personas con educación superior y trabajos profesionales exhibieron más síntomas depresivos, igualmente estimaron un aumento sustancial en la prevalencia y la carga del trastorno depresivo mayor y los trastornos de ansiedad como resultado de la pandemia de COVID-19, los cuales se asociaron con el aumento de las tasas de infección por SARS-CoV-2 y la disminución de la movilidad humana; con una mayor prevalencia en los países más afectados por la pandemia durante 2020.

Pocos estudios han mostrado un aumento en los síntomas afectivos durante la pandemia, tanto en México como en Latinoamérica. Por ejemplo, en México se reportó un aumento significativo en la prevalencia de la depresión durante los primeros meses de la pandemia, reportando en el mes de abril de 2020 un aumento de la prevalencia de depresión de 27.3% (IC:24.1 - 30.4), demostrando un aumento significativo con respecto a la estimación de 2018 reportada por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut)(Romero-Martínez et al., 2018). La estimación puntual disminuyó entre abril y junio de ese mismo año hasta 22.8 % (IC: 20.7 - 24.8); el descenso continuó hasta octubre, con una prevalencia de 19.7% (IC: 17.7 - 21.8). Si bien la reducción en la depresión entre abril y octubre ha sido significativa, aún continúa un seis por ciento por encima de la estimación de 2018-2019 de la Ensanut, reportada en 13.6% (IC: 13.1 - 14.1).

Los resultados de los estudios realizados en las primeras etapas de la pandemia reportan una disminución de la demanda de atención en los hospitales psiquiátricos, sin embargo en previas pandemias sucedió un efecto similar, con una baja de demanda de atención al inicio de la pandemia y un aumento en la demanda en los años posteriores.

En México, Cabello-Rangel y Santiago-Luna (2022) reportaron en el segundo semestre del año 2021 una reducción en la demanda que superó el 50% con respecto a 2019, sin embargo, la demanda por trastornos depresivos en 2021 incrementó 275%, en comparación a 2019, por lo que se espera que en los años siguientes a la pandemia, la demanda de atención de personas con trastornos afectivos aumenten.

Las pandemias anteriores a COVID-19 han demostrado tener consecuencias neuropsiquiátricas duraderas, lo que sugiere que las infecciones virales a gran escala podrían causar morbilidad mental prolongada. La pandemia de COVID-19 ha llevado consigo un reconocimiento creciente de las implicaciones psiquiátricas de la enfermedad. Desde síntomas comunes hasta trastornos graves, COVID-19 ha mostrado una amplia gama de manifestaciones neuropsiquiátricas. Además, las interrupciones sociales y la falta de acceso a la atención psiquiátrica han exacerbado los síntomas en personas con trastornos de salud mental preexistentes.

Si bien algunos estudios informan mejoras en la salud mental durante la pandemia, muchos otros evidencian un aumento en la ansiedad, la depresión y el estrés. Es importante destacar la relevancia de comprender el comportamiento de los síntomas psiquiátricos en el contexto específico de México. Dado que cada país tiene sus propias características socioeconómicas, culturales y de salud, es fundamental analizar cómo la pandemia de COVID-19 ha afectado la salud mental de la población mexicana. El conocimiento de los patrones y la prevalencia de los trastornos mentales en México durante esta crisis sanitaria es el primer paso para poder implementar políticas y programas adecuados que aborden las necesidades específicas de la población y promuevan el bienestar psicológico en el país.

MARCO TEÓRICO

Un trastorno mental está definido por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2015) (DSM, por sus siglas en inglés) como "un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental".

Los trastornos afectivos son enfermedades del estado de ánimo. Según la polaridad del humor, se distinguen dos tipos de alteración: la manía y la depresión, a las que se añade el estado mixto, en el que se combinan síntomas depresivos y maníacos. Existen tres tipos de trastornos afectivos: los debidos a una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo) o al consumo de una sustancia y cuya causa directa es orgánica; los trastornos depresivos unipolares, caracterizados porque afectan sólo a un polo del humor, la depresión, y los trastornos bipolares, que se manifiestan tanto por aumentos como por descensos de estado de ánimo (manía y depresión) (Novac, 2022).

Existen múltiples taxonomías para diagnosticar los trastornos afectivos. Las herramientas más utilizadas son el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Ambos instrumentos clasifican los trastornos del estado de ánimo en tipos similares. Estos incluyen trastornos depresivos mayores (unipolares, episodios únicos y recurrentes), trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno del estado de ánimo debido a condiciones médicas, trastornos del estado de ánimo inducidos por sustancias y trastornos unipolares y bipolares no especificados (Novac, 2022).

La depresión se define como un trastorno del ánimo que se caracteriza por una disminución persistente en el estado de ánimo, acompañada de sentimientos de tristeza, desesperación, ansiedad o vacío. Puede ser una respuesta normal a situaciones de pérdida o fracaso, pero cuando se presentan episodios depresivos recurrentes se considera como depresión mayor unipolar. Por otro lado, el trastorno

bipolar se caracteriza por cambios extremos en el estado de ánimo, alternando entre episodios de depresión y manía. Existen diferentes subtipos de trastorno bipolar, como el tipo I (con episodios maníacos), el tipo II (con episodios depresivos mayores y episodios hipomaníacos) y el no especificado. Además, está el trastorno ciclotímico, que se refiere a pacientes con síntomas depresivos e hipomaníacos sin cumplir los criterios de los otros subtipos mencionados (Guías Fisterra, 2019).

La prevalencia de cualquier trastorno del estado de ánimo a lo largo de la vida es del 21,4 %, de los cuales los trastornos bipolares son el 4,4%; los trastornos bipolares I y II son los más comunes, con una prevalencia del 1% y el 1,1 %, respectivamente (Eisinger, 2008). Se estima que la depresión afecta al 3,8% de la población, incluido el 5% de las personas mayores de 18 años y el 5,7% de los adultos de más de 60 años. La depresión es muy común a nivel mundial, con aproximadamente 280 millones de personas afectadas (Santomauro et al., 2021).

En el contexto de la depresión, existen diversos factores de riesgo que pueden influir en su aparición y desarrollo. Estos factores de riesgo pueden ser de naturaleza genética, médica, ambiental o social. Algunos de ellos están relacionados con características individuales, como la edad más joven, el género femenino y la historia familiar de trastornos depresivos. Otros factores se vinculan a eventos o circunstancias externas, como el trauma infantil, los acontecimientos vitales estresantes, los bajos ingresos y el apoyo social limitado. Además, ciertas condiciones médicas, como la presencia de enfermedades graves o la demencia, así como el trastorno por uso de sustancias, también pueden aumentar el riesgo de desarrollar depresión. (Hasin et al., 2018, p. 340).

La comorbilidad entre trastornos del ánimo y trastornos por uso de sustancias es común y tiene un impacto negativo en el pronóstico y tratamiento de ambos trastornos. Aunque existen casos en los que los trastornos del ánimo son secundarios al consumo de sustancias, la mayoría de las veces el trastorno del ánimo es primario cuando ambos trastornos coexisten.

Existen dos principales hipótesis que intentan explicar esta alta comorbilidad entre trastornos del ánimo y consumo de sustancias:

1. La hipótesis de la automedicación, la cual propone que el trastorno del ánimo predispone a la aparición de un trastorno por consumo de sustancias: En los pacientes con trastornos del ánimo, el uso de sustancias puede ser una forma de aliviar los síntomas depresivos o de ansiedad (Moratalla & Granado, 2020). En el caso de la manía, el consumo de sustancias puede estar asociado con una participación excesiva en actividades placenteras que tienen consecuencias negativas potenciales (Ibáñez et al., 2020).
2. El consumo de sustancias predispone a la aparición de un trastorno del ánimo: La administración repetida de drogas produce cambios neuroadaptativos que comparten características con las anormalidades presentes en los trastornos del ánimo (Moratalla & Granado, 2020).

Existen similitudes en la neurobiología entre la depresión y la dependencia de sustancias. En la depresión, se observan cambios en estructuras cerebrales como el hipocampo, la amígdala y la corteza prefrontal, así como alteraciones en el metabolismo y en el tamaño y densidad de las células cerebrales. Las monoaminas, como la dopamina y la serotonina, desempeñan un papel reconocido, al igual que otros mensajeros químicos, como el GABA y el glutamato. Se han detectado modificaciones en la transmisión de diferentes sustancias en personas con depresión, como el factor liberador de corticotropina (CRF), neuropéptido Y (NPY) y la somatostatina (Bernal & Pérez, 2017).

Estos sistemas también están implicados en los síntomas de abstinencia de sustancias psicoactivas, aunque su participación no es universal para todas las sustancias. Además, algunos de estos sistemas están directamente relacionados con los aspectos emocionales y depresivos que se presentan durante la abstinencia de sustancias, síntomas que son comunes tanto en la dependencia como en la depresión. (Bernal & Pérez, 2017).

El sistema endocannabinoide ha sido identificado como otro sistema involucrado en la fisiopatología de diversos trastornos psiquiátricos, tales como la depresión mayor, el trastorno afectivo bipolar y la esquizofrenia. Estos trastornos han mostrado conexiones con dicho sistema. Además, el sistema endocannabinoide también tiene la capacidad de influir en los síntomas y comportamientos desadaptativos en respuesta a la exposición a sustancias adictivas. Estas interacciones entre los sistemas endocannabinoides y los trastornos mentales resaltan la complejidad de las bases neurobiológicas involucradas en estas condiciones psiquiátricas (Rubino, Zamberletti, & Parolaro, 2015).

El trastorno depresivo mayor es altamente comórbido en pacientes con trastornos por consumo de sustancias, con una prevalencia que varía entre el 12% y el 80% (Ibáñez et al., 2020). En el caso del trastorno bipolar, se estima que la comorbilidad entre el abuso de sustancias y este trastorno oscila entre el 40% y el 71%. La impulsividad característica de los episodios maníacos contribuye al consumo de sustancias (Ampudia, 2020). Se ha observado un aumento en el consumo de sustancias en pacientes que tienen trastorno bipolar (TB), y algunas drogas pueden estar especialmente asociadas con la alteración del estado de ánimo en estos individuos (Arias et al., 2017).

Es ampliamente reconocido que la presencia concomitante de consumo de sustancias y trastorno bipolar se relaciona con un pronóstico desfavorable y resultados clínicos negativos, incluyendo una baja adherencia al tratamiento y una respuesta farmacológica inadecuada. Esto sugiere que el consumo de sustancias es un marcador de gravedad y también se asocia con una mayor impulsividad y riesgo de suicidio (Ibáñez et al., 2020). La coexistencia de ambos trastornos se ha asociado con un curso desfavorable de ambas patologías, una respuesta deficiente al tratamiento y un pronóstico adverso.

Es relevante destacar que los pacientes con trastorno bipolar y problemas de consumo de alcohol tienen mayor el doble de riesgo de intentos de suicidio en comparación con aquellos sin consumo de alcohol. Además, los pacientes con trastorno depresivo mayor y consumo de sustancias presentan un mayor riesgo de suicidio, sin importar si el

episodio depresivo ocurrió antes o durante el consumo de sustancias (Ibáñez et al., 2020). Poorolajal y colaboradores (2016) en un metaanálisis que abarcó 43 estudios con la participación de 870,967 individuos, identificaron una relación significativa entre el uso de sustancias y la presencia de ideación suicida (16 estudios), intentos de suicidio (24 estudios) y fallecimiento por suicidio (7 estudios).

En este contexto resulta relevante señalar al suicidio como un problema de salud mental. En todo el mundo en 2015, la tasa de suicidio estandarizada por edad fue de 12 por cada 100, 000 personas (GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators, 2016). Hubo más de 800.000 muertes por autolesiones y entre casi 250 causas de muerte, el suicidio fue la decimocuarta causa principal de mortalidad mundial. Los métodos más comunes utilizados incluyen la ingestión de pesticidas, el ahorcamiento y las armas de fuego.

Según Miron, Yu, Wilf-Miron y Kohane (2019), las tasas de suicidio entre adolescentes y adultos jóvenes en Estados Unidos han aumentado desde el año 2000 hasta el 2017, además se reflejó un aumento en la prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor en este grupo de edad durante el mismo período. Aunque las tasas de suicidio en Latinoamérica y el Caribe son relativamente bajas, con 6,1 suicidios por cada 100.000 habitantes, se ha observado un aumento en la región en las últimas dos décadas. En México, por ejemplo, la tasa de mortalidad por suicidio ha aumentado constantemente durante más de cuarenta años, pasando de 1,13 en 1970 a 5,31 en 2017. Este aumento ha sido particularmente notable entre la población joven. (Cervantes & Montaña, 2020).

Los trastornos afectivos, como la depresión mayor y el trastorno bipolar, incrementan significativamente el riesgo de suicidio (Ernst et al., 2020; Baldessarini & Tondo, 2020). Se han identificado numerosos factores de riesgo asociados al suicidio. Con respecto al trastorno bipolar, se encuentran el género femenino, el estado civil de soltero y la presencia de trastornos psiquiátricos comórbidos, especialmente trastornos del ánimo tipo depresivo (Schaffer et al., 2015).

En un metaanálisis realizado por Hawton, Comabella, Haw y Saunders (2013), se encontró un mayor riesgo de suicidio en hombres que padecen trastornos depresivos, así como una mayor probabilidad de suicidio en individuos con antecedentes personales o familiares de intentos de suicidio y trastornos psiquiátricos. Además, las características clínicas de la depresión, como una psicopatología más grave y la presencia de desesperanza, también se consideran indicadores de riesgo. Los trastornos comórbidos, como el abuso de sustancias, el consumo excesivo de alcohol y drogas, la ansiedad y los trastornos de personalidad, se asocian con un mayor riesgo de suicidio (Hawton et al 2013).

Los trastornos del ánimo, como la depresión mayor y el trastorno bipolar, tienen un impacto significativo en la salud mental. La comorbilidad con trastornos por consumo de sustancias es común. Factores genéticos, médicos, ambientales y sociales contribuyen a su desarrollo. La neurobiología subyacente implica alteraciones en sistemas como el endocannabinoide. Además, estos trastornos se asocian con un mayor riesgo de suicidio, destacando la importancia de una detección temprana y un tratamiento adecuado, considerando su interacción y los factores de riesgo asociados para mejorar el bienestar mental y reducir la carga global de estas condiciones.

JUSTIFICACIÓN

La pandemia que vivimos representó una situación sin precedentes en la historia contemporánea. Hasta octubre de 2022, se estimaba que el virus SARS-CoV-2 había infectado a más de 500 millones de personas a nivel mundial, incluyendo a 7 millones de personas en México, generando el deceso de más de 6 millones de personas (329 mil defunciones oficialmente atribuibles en México). (GitHub, 2022; Mathieu, 2022). Este impacto no solo se limita a la salud física de las personas, sino que también tiene un efecto significativo en su salud mental, generando un aumento en la presencia de trastornos mentales y empeorando los existentes. Uno de los trastornos mentales que ha sido especialmente afectado por la pandemia son los trastornos afectivos.

Los trastornos afectivos son condiciones de salud que afectan a un gran número de personas en todo el mundo. Estos trastornos no solo causan un sufrimiento significativo

a nivel individual, sino que también generan una carga importante en las familias, las comunidades y la economía. Es crucial reconocer los trastornos afectivos, como la depresión, como una prioridad en salud pública y tomar medidas inmediatas y efectivas para abordar esta condición de manera integral (Esquivel et al., 2020).

A pesar de los esfuerzos por comprender mejor el impacto de la pandemia en los trastornos afectivos, los estudios realizados en diferentes partes del mundo muestran resultados diversos en comparación con las mediciones previas al inicio de la pandemia. Sin embargo, es preocupante la escasez de estudios en población latinoamericana, (Broche et al., 2021; Larios et al., 2020; Ramirez et al., 2020) con muy poca literatura disponible sobre este tema en países como México (Cabello-Rangel y Santiago-Luna, 2022).

Es importante tener en cuenta que los trastornos mentales ya eran un problema significativo antes del inicio de la pandemia, ocupando un lugar destacado entre las principales causas de carga mundial de morbilidad. Entre ellos, los trastornos depresivos destacaban como los principales contribuyentes a esta problemática, representando un desafío para la salud pública. Sin embargo, con la llegada de la pandemia de COVID-19, se ha creado un escenario propicio para la exacerbación de diversos factores que afectan directamente la salud mental. Por lo tanto, es crucial contar con información actualizada sobre los impactos del COVID-19 en la salud mental de México en la actualidad, para abordar adecuadamente esta problemática.

La caracterización de la población con trastornos afectivos en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, institución reconocida por su experiencia y trayectoria en el campo de la salud mental, proporciona una base de datos y conocimientos clínicos que resultan fundamentales para comprender el comportamiento y la naturaleza de los trastornos afectivos en la población mexicana y adquiere una relevancia significativa debido a su condición como una institución de atención especializada que abarca una amplia cantidad de pacientes, la diversidad de los mismos en términos de edad, género, antecedentes médicos y socioeconómicos, garantiza una muestra representativa de la población afectada.

Al llevar a cabo investigaciones y recopilar información en este contexto clínico, se obtiene una visión más precisa y representativa de la prevalencia, los factores desencadenantes y agravantes en relación con los trastornos afectivos. Esto permitirá a futuro una base para diseñar intervenciones y programas de atención que se ajusten a las necesidades específicas de la población afectada.

En última instancia, la investigación en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez contribuirá a mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por trastornos afectivos en México, al proporcionar una comprensión más profunda de su comportamiento y necesidades específicas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pandemia de COVID-19 tuvo un impacto significativo en la salud mental de la población, aumentando la prevalencia de trastornos afectivos y empeorando los existentes. Los trastornos depresivos y el trastorno bipolar representan una carga sustancial para la salud pública a nivel mundial, con una alta prevalencia y consecuencias negativas en la calidad de vida de los afectados (OMS, 2021; Thornicroft et al. 2017). En México, la depresión es la principal causa de discapacidad para las mujeres y una de las principales para los hombres (Díaz-Castro et al., 2022). Además, los trastornos afectivos no controlados aumentan el riesgo de suicidio, siendo la decimocuarta causa principal de muerte en el mundo, con más de 800,000 muertes por autolesiones (Wang et al., 2016; OMS, 2014).

Existe una notable escasez de evidencia científica que aborde de manera específica los trastornos afectivos en México, especialmente en el contexto de la pandemia de COVID-19, por mencionar algunos estudios, Cerecero-García et al., (2020) describieron un aumento significativo en la prevalencia de la depresión en abril de 2020, con un incremento del 27.3% en comparación con la estimación de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2018 (Romero-Martínez et al., 2018).

Aunque la prevalencia disminuyó en los meses siguientes, se mantuvo un seis por ciento por encima de la estimación de la Ensanut de 2018-2019, que reportó una

prevalencia del 13.6%. Cabello-Rangel y Santiago-Luna (2022) a su vez reportaron en el segundo semestre del año 2021 una reducción en la demanda que superó el 50% con respecto a 2019, sin embargo, la demanda por trastornos depresivos en 2021 incrementó 275%, en comparación a 2019, pero se espera un aumento en la demanda de atención para personas con trastornos afectivos en los años siguientes.

La caracterización detallada de los pacientes con trastornos afectivos es de suma importancia debido a varios factores. En primer lugar, comprender las características demográficas de estos pacientes, como la edad, el género, la ubicación geográfica y otros factores sociodemográficos, puede ayudar a identificar posibles factores de riesgo y determinar qué grupos de población pueden estar más afectados por los trastornos afectivos durante la pandemia y en los años siguientes.

Además, la caracterización clínica de los pacientes con trastornos afectivos, como la gravedad de los síntomas, la presencia de comorbilidades como el consumo de sustancias, la duración de los episodios afectivos y otros aspectos clínicos, puede proporcionar información crucial para adaptar y personalizar los planes de tratamiento y atención. Esto incluye la selección de intervenciones terapéuticas adecuadas, la identificación de las necesidades de apoyo específicas de cada paciente y la predicción del curso y pronóstico de los trastornos afectivos en el contexto de la pandemia.

En este sentido, el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez desempeñó un papel crucial al proporcionar atención continua a las personas con trastornos mentales durante la pandemia de COVID-19. Su experiencia y trayectoria lo convierten en una institución clave para comprender el panorama de los trastornos mentales en México, especialmente en el contexto actual de crisis sanitaria.

En el contexto de la pandemia de COVID-19, es especialmente relevante comprender cómo la crisis de salud pública ha afectado la presentación y el curso de los trastornos afectivos. La pandemia ha introducido nuevos desafíos y factores estresantes que pueden exacerbar los síntomas y dificultar el acceso a la atención y el cumplimiento del tratamiento. Por lo tanto, comprender cómo estos factores influyen en la presentación y

la evolución de los trastornos afectivos es esencial para adaptar y mejorar los servicios de salud mental en respuesta a las necesidades cambiantes de los pacientes.

La información derivada de esta investigación contribuirá a complementar la literatura científica existente y proporcionará una base para futuros estudios y así la implementación de políticas de salud mental más efectivas.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características demográficas y clínicas de los pacientes con trastornos afectivos atendidos en el servicio de urgencias en el periodo de 30 marzo 2020 a 30 de marzo de 2022?

OBJETIVO GENERAL

Describir las características demográficas y clínicas de los pacientes diagnosticados con trastornos afectivos en el período comprendido de 30 marzo de 2020 a 30 marzo de 2022, valorados en el servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” (HPFBA).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar la distribución de los pacientes con trastornos afectivos atendidos en el servicio de urgencias del HPFBA según sus características demográficas (sexo, edad, lugar de residencia).
2. Caracterizar los diagnósticos específicos de los pacientes con trastornos afectivos diagnosticados en el periodo de estudio.
3. Describir el porcentaje de pacientes con comportamientos suicidas en los trastornos afectivos en los dos primeros años de la pandemia
4. Describir el porcentaje de pacientes con consumo de sustancias en los trastornos afectivos en los dos primeros años de la pandemia.
5. Reportar el lugar de referencia de los pacientes con trastornos afectivos que acuden al servicio de urgencias del HPFBA.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: observacional descriptivo, retrospectivo

MUESTRA

Se incluyeron todos los registros otorgados por el servicio de Unidad de planeación y Calidad obtenido de los reportes diarios de pacientes valorados en el servicio de urgencias del HPFBA durante el período comprendido entre el 30 marzo de 2020 y 31 de marzo de 2022. Los registros contienen los siguientes datos: sexo, edad, lugar de residencia, comportamientos suicidas, lugar de referencia, consumo de sustancias y diagnóstico:

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- Registros de personas valoradas en el servicio de urgencias del HPFBA que presenten el diagnóstico de trastornos depresivos y trastorno bipolar durante el periodo de marzo 2020- a marzo 2022.
- Registros de personas con edad igual o mayor a los 18 años.

Criterios de exclusión:

- Registros incompletos

VARIABLES

Nombre de la variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Definición operacional	Indicador
Sexo	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra dentro de una misma especie.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Sexo al que pertenece el participante.	Mujer Hombre

Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo hasta un momento concreto.	Cuantitativa De intervalo	Edad al que pertenece el participante, expresada en años.	Número de años
Lugar de residencia	Lugar donde se habita al momento de la evaluación	Cualitativa Nominal	Lugar de donde proviene el paciente.	Estados al interior de la República Mexicana
Comportamientos suicidas	Pensamientos, autolesiones, intentos acerca de hacerse daño a uno mismo o quitarse la vida	Cualitativa Nominal	Presencia o ausencia de la ideación que se consigna en la hoja de registro	Con ideación / sin ideación/con sin intento
Lugar de referencia	Hospital o Institución de Salud encargada de atender enfermedades mentales	Cualitativa Nominal	Institución de Salud a la cual es canalizado el paciente para continuar su atención	Nombre de institución de salud de Referencia
Asistencias	Implica la consulta de un paciente en una clínica u hospital.	Cualitativa Nominal	Número de veces que el paciente asiste a consulta al hospital	1ª vez o subsecuente
Consumo de sustancias	Consumo de sustancias psicoactivas, con el propósito de obtener efectos psicológicos o físicos.	Cualitativa nominal	Presencia o ausencia del consumo de sustancias que se consiga en la hoja de registro	Con consumo de sustancias/si n consumo de sustancias

PROCEDIMIENTO

1. Se presentó el protocolo de estudio a los Comités de Ética en Investigación y de Investigación del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” para la realización de observaciones para su corrección y posterior aprobación.
2. Se solicitó a la jefa del servicio de urgencias, así como la jefa del servicio de Estadística del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, la base de datos de los pacientes valorados en el servicio de urgencias del periodo comprendido del 30 de marzo de 2020 al 30 de marzo de 2022, obtenida a través del censo diario generado en el servicio de urgencias del HPFBA. Se eligen estas fechas de inicio de estudio debido a que coinciden con el momento en que se declaró la epidemia de la enfermedad generada por el virus SARS-CoV-2 como una emergencia de salud nacional en México.
3. Posteriormente se organizaron y procesaron los datos de acuerdo con las variables consignadas a través del software de hoja de cálculo Microsoft Excel.
4. Finalmente, se organizaron los resultados para elaborar su discusión y proponer una serie de conclusiones, presentables mediante la redacción de un informe general de la investigación.

ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables, bien mediante las frecuencias absolutas y relativas de las variables cualitativas (sexo, lugar de residencia, comportamientos suicidas, lugar de referencia, consumo de sustancias y diagnóstico), bien mediante el análisis de medidas de tendencia central y dispersión (medias y desviaciones típicas) de las variables cuantitativas (edad). Se elaboraron cuadros descriptivos y gráficas del comportamiento de las variables en el periodo de 30 de marzo de 2020 al 30 de marzo de 2022 con el uso de la hoja de cálculo Microsoft Excel versión 9.0.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La información obtenida fue tratada con criterios de confidencialidad y usada únicamente para los fines del estudio, tomándose en cuenta en todo momento los principios de ética en la investigación biomédica. Esta investigación fue aprobada por el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, número de registro 978. Se solicitó autorización de la institución para el acceso, manejo y creación de la base de datos requerida para la investigación; en todo momento se cuidó la confidencialidad y anonimato de los participantes. Por la naturaleza del estudio no aplica el consentimiento informado.

RESULTADOS

Demanda de atención.

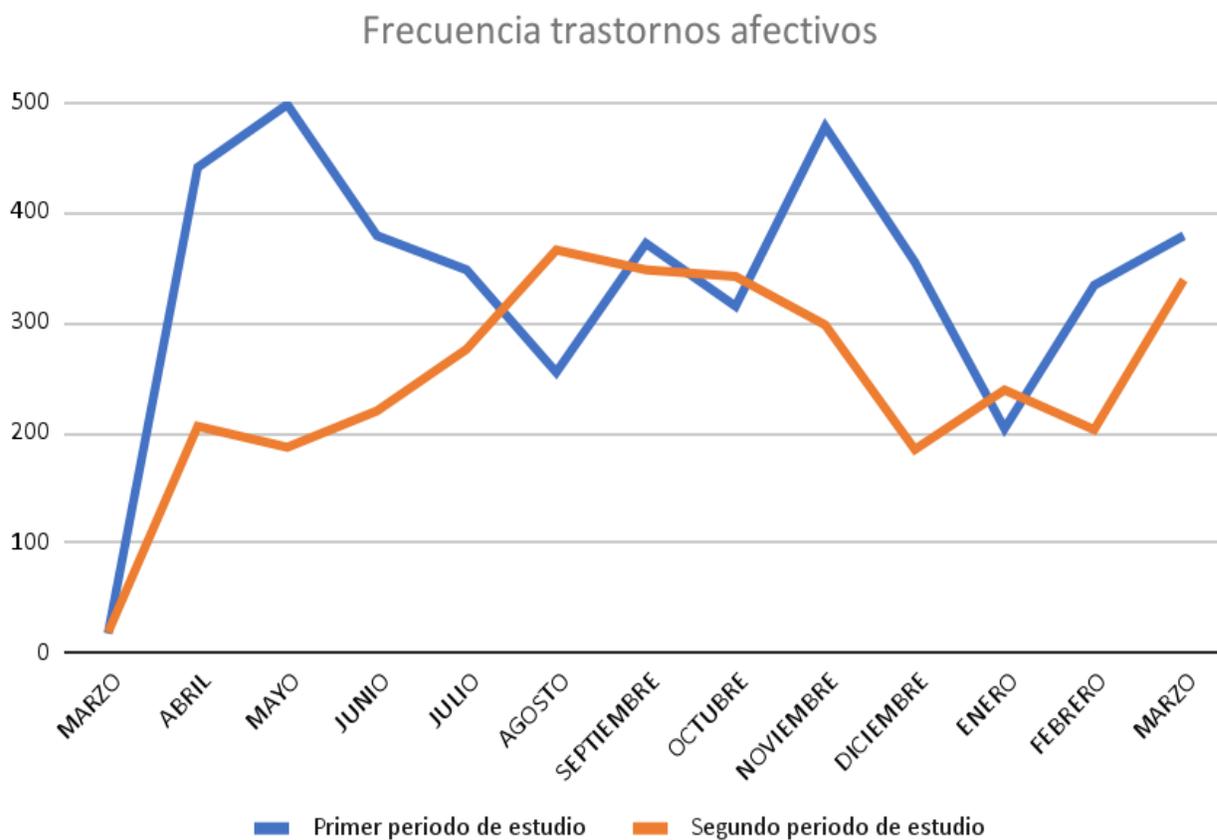
Enfocándonos específicamente en los trastornos afectivos durante el primer periodo comprendido del 30 de marzo de 2020 al 31 de marzo del 2021 se registraron un total de 3,228 pacientes, siendo los trastornos depresivos (F32-F33) los más comunes presentados en un 79%, siendo el diagnóstico principal F33.2 con un 20% (con una mayor frecuencia en las mujeres), seguido por F32.2 con un 16%. El trastorno bipolar (F31) representó un 23 % de la demanda de los trastornos afectivos.

En el segundo periodo comprendido del 01 de abril de 2021 al 30 de marzo del 2022 se registró un aumento en la frecuencia de trastornos afectivos siendo ahora un total de 4,376 pacientes. Los trastornos depresivos (F32-F33) siguieron siendo los más comunes presentados en un 79%, siendo nuevamente F33.2 el diagnóstico principal con un 28%, seguido por F32.2 con un 20%. El trastorno bipolar (F31) fue un total de 16% de los trastornos afectivos.

Los meses con mayor demanda de atención durante el primer periodo fueron mayo, y noviembre, mientras en el segundo periodo fueron agosto y septiembre.

Las consultas de primera vez en el primer periodo fueron de 2521 mientras que las consultas subsecuentes fueron 708. Las consultas de primera vez en el segundo periodo fueron de 3642 mientras que las consultas subsecuentes fueron 734

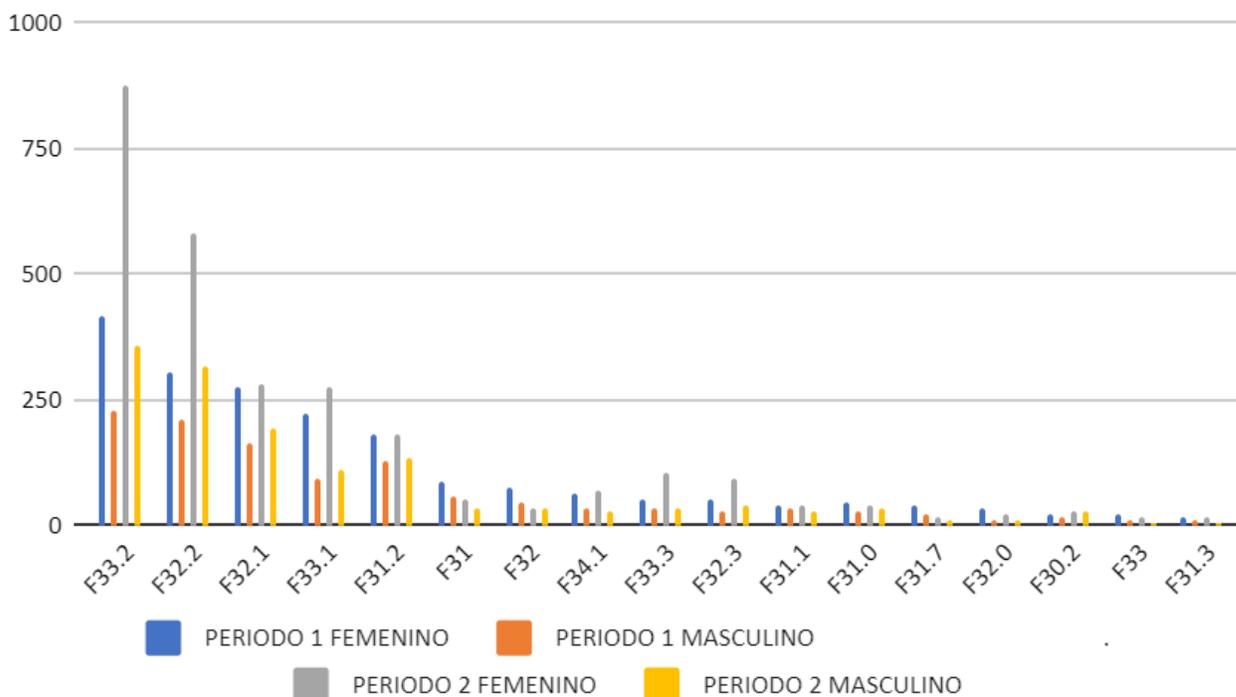
El promedio de edad en el primer periodo fue de 37.23 años con una desviación estándar de 14.63 y en el segundo periodo fue de 35.36 años con una desviación estándar de 13.99.



* Periodo 1: comprendido del 30 de marzo de 2020 al 31 de marzo del 2021

* Periodo 2: comprendido del 01 de Abril de 2021 al 30 de marzo del 2022

Frecuencia de demanda de trastornos afectivos en urgencias según el género



* Periodo 1: comprendido del 30 de marzo de 2020 al 31 de marzo del 2021

* Periodo 2: comprendido del 01 de Abril de 2021 al 30 de marzo del 2022

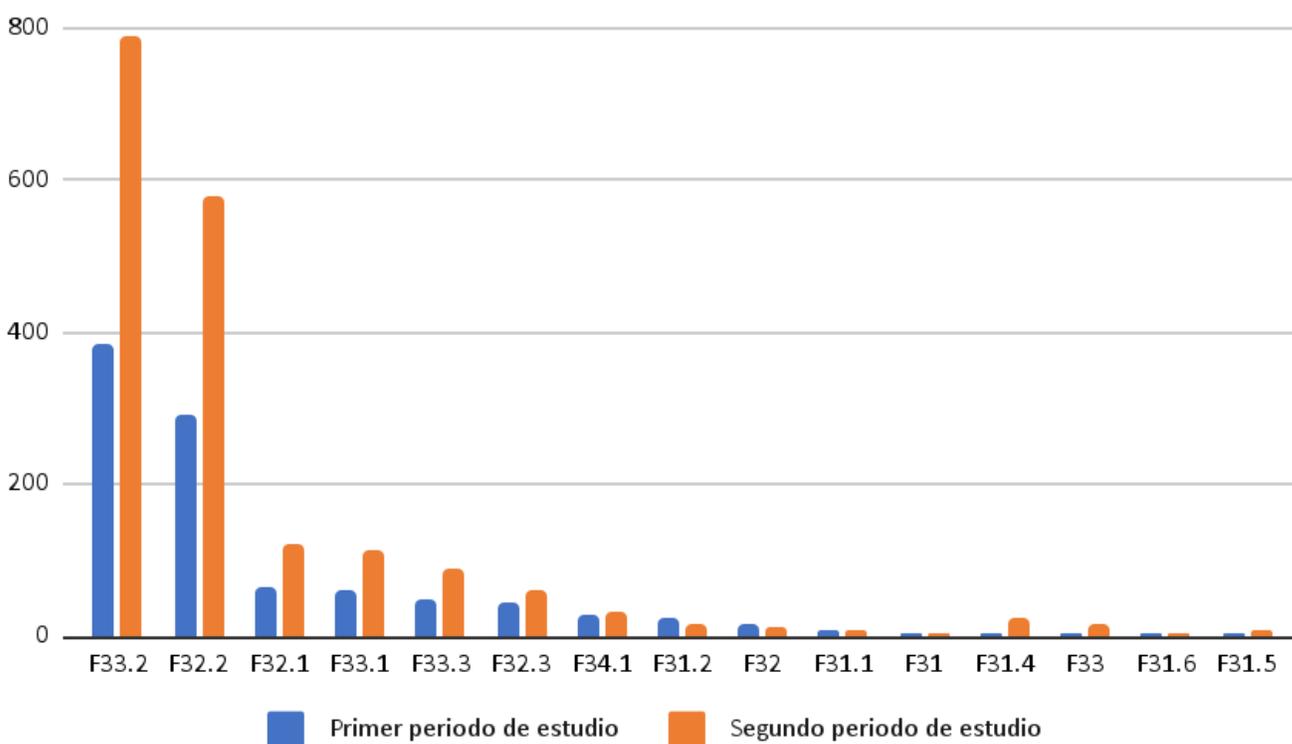
Comportamientos suicidas.

En el periodo del 30 de marzo de 2020 al 31 de marzo de 2021 el diagnóstico más común entre los pacientes con comportamientos suicidas fue F33.2 (Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos) con 384 pacientes, seguido por F32.2 (Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos) con 292 pacientes. Otros diagnósticos comunes incluyen F32.1 (Episodio depresivo moderado) con 67 pacientes, F33.1 (Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado) con 60 pacientes y F33.3 (Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos) con 50 pacientes.

En el periodo del 01 de Abril de 2021 al 30 de marzo del 2022 el diagnóstico más común entre los pacientes con comportamientos suicidas fue F33.2 (Trastorno

depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos) con 790 pacientes, seguido por F32.2 (Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos) con 579 pacientes. Otros diagnósticos comunes incluyen F32.1 (Episodio depresivo moderado) con 122 pacientes, F33.1 (Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado) con 112 pacientes y F33.3 (Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos) con 88 pacientes.

Comportamientos suicidas en trastornos afectivos



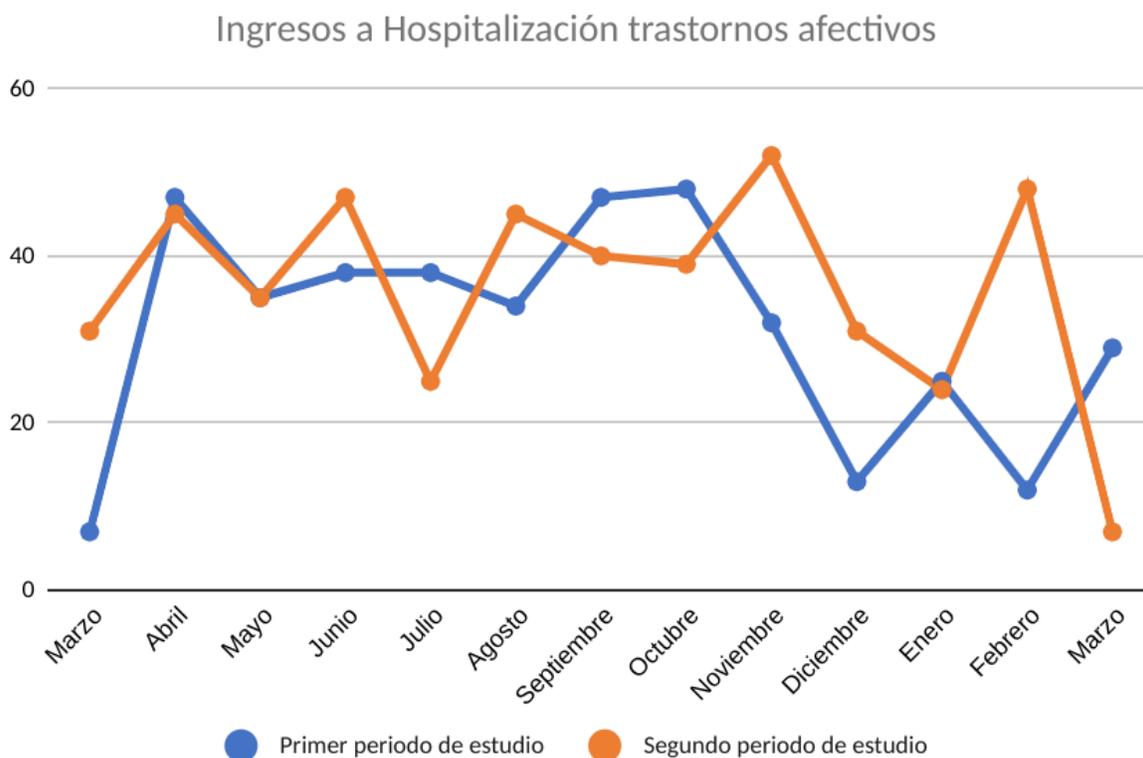
* Periodo 1: comprendido del 30 de marzo de 2020 al 31 de marzo del 2021

* Periodo 2: comprendido del 01 de Abril de 2021 al 30 de marzo del 2022

Hospitalizaciones.

En el periodo del 30 de marzo de 2020 al 31 de marzo de 2021, hubo un total de 405 hospitalizaciones, con los meses de abril, agosto y octubre registrando el mayor número de ingresos (12% cada uno), mientras que enero tuvo el menor número de ingresos (2% del total).

En el periodo del 01 de Abril de 2021 al 30 de marzo del 2022, hubo un total de 470 hospitalizaciones, siendo noviembre el mes con más ingresos (11%), seguido de abril, agosto y febrero (10% cada uno). Enero tuvo el menor número de ingresos (1% del total). En ambos periodos, el lugar más frecuente de referencia fue CECOSAM, seguido de otros hospitales psiquiátricos e IMSS.



* Periodo 1: comprendido del 30 de marzo de 2020 al 31 de marzo del 2021

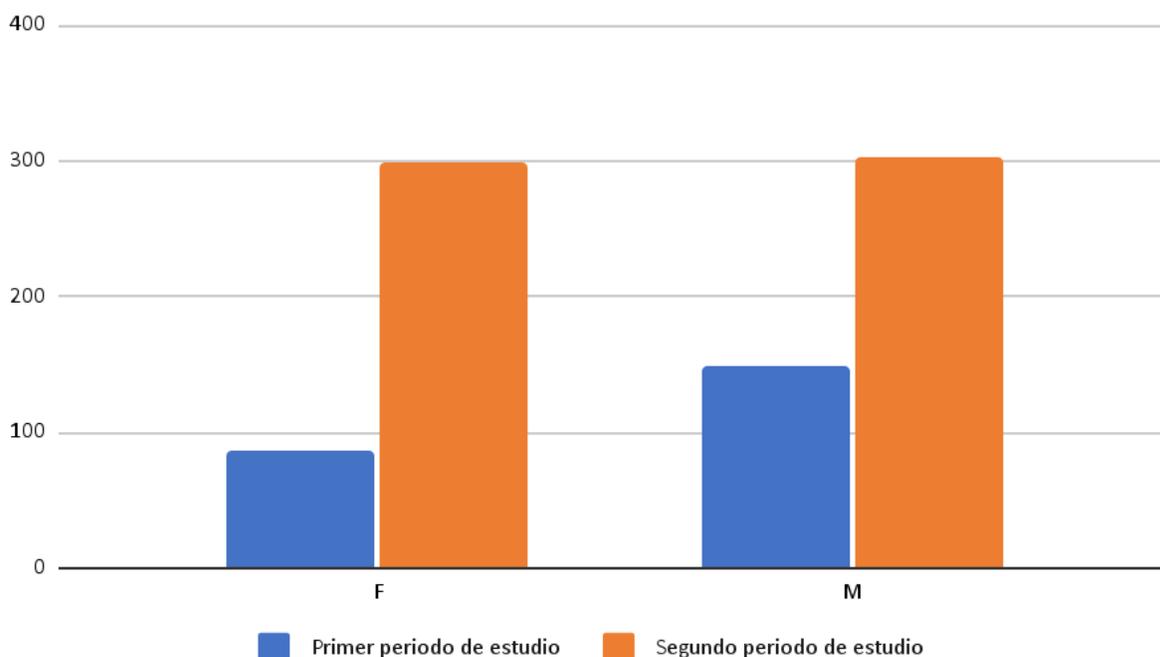
* Periodo 2: comprendido del 01 de Abril de 2021 al 30 de marzo del 2022

Consumo de sustancias en pacientes con trastornos afectivos.

En cuanto al consumo de sustancias en los pacientes con trastornos afectivos durante el primer periodo se registró que un total de 234 pacientes presentaron consumo concomitante. Las mujeres representaron un mayor porcentaje del consumo con un total del 64% contra un total del 37% para los hombres. De estos pacientes el diagnóstico más común fue F33.2 representando un 25%, seguido por F32.2 representando un 21%. Los pacientes que consultaron por trastorno bipolar (F31) presentaron consumo de sustancias en el 18%

En el periodo del 01 de Abril de 2021 al 30 de marzo del 2022, un total de 601 pacientes presentaron consumo de sustancias concomitantes. de los cuales 31% de ellos contaron con el diagnóstico de F33.2, seguido del diagnóstico de F32.2 con 20%, el trastorno bipolar (F31) presentó un 11%. El consumo fue similar entre hombres y mujeres, con un 50% respectivamente.

Consumo de sustancias en pacientes con diagnostico de trastornos afectivos



* Periodo 1: comprendido del 30 de marzo de 2020 al 31 de marzo del 2021

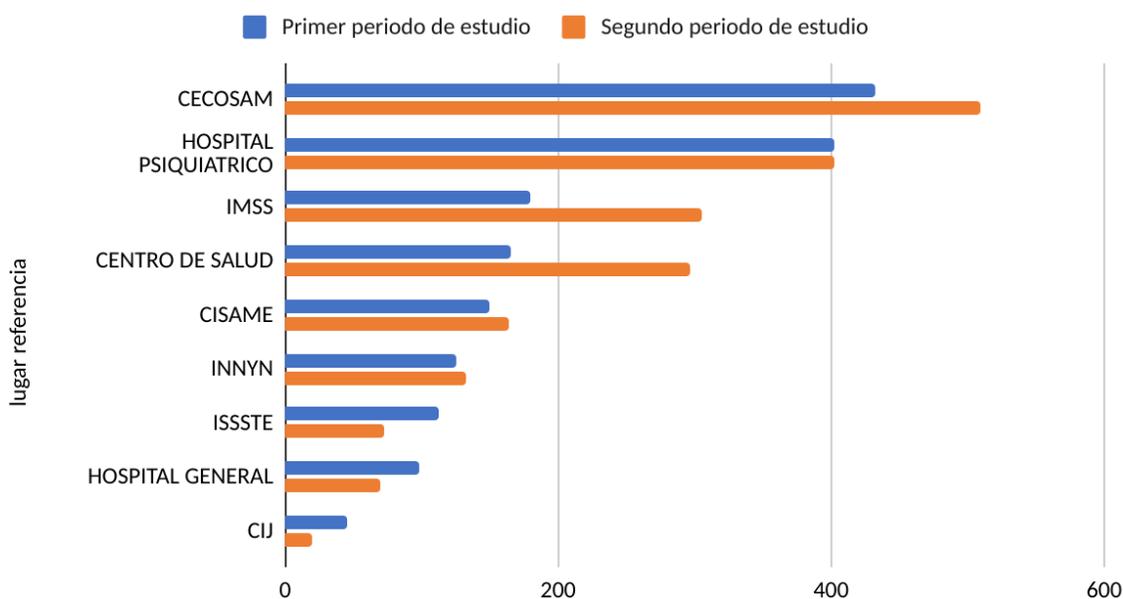
* Periodo 2: comprendido del 01 de Abril de 2021 al 30 de marzo del 2022

Referencias a otras unidades hospitalarias.

En el periodo del 30 de marzo del 2020 al 31 de marzo 2021, se realizaron 1838 referencias a otras unidades hospitalarias, el primer lugar de referencia fue CECOSAM (24%), otros hospitales psiquiátricos (22%) e IMSS (10%).

En el periodo del 01 de abril del 2021 al 30 marzo 2022, se realizaron 2036 referencias a otras unidades hospitalarias, el primer lugar de referencia fue CECOSAM (25%), IMSS (20%) y otros hospitales psiquiátricos (15%).

INSTITUCIÓN DE REFERENCIA



* Periodo 1: comprendido del 30 de marzo de 2020 al 31 de marzo del 2021

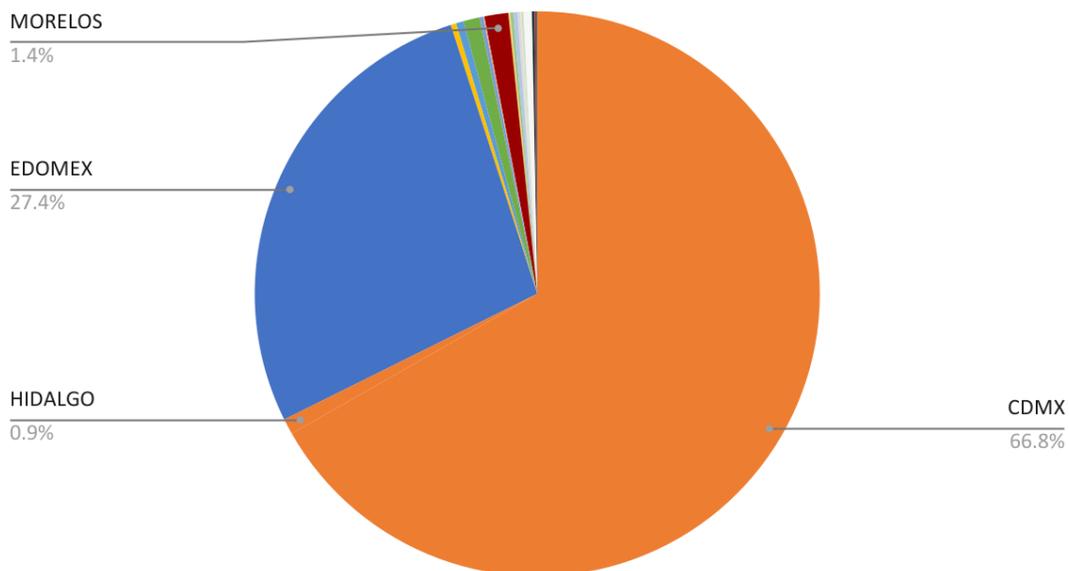
* Periodo 2: comprendido del 01 de Abril de 2021 al 30 de marzo del 2022

Lugar de residencia.

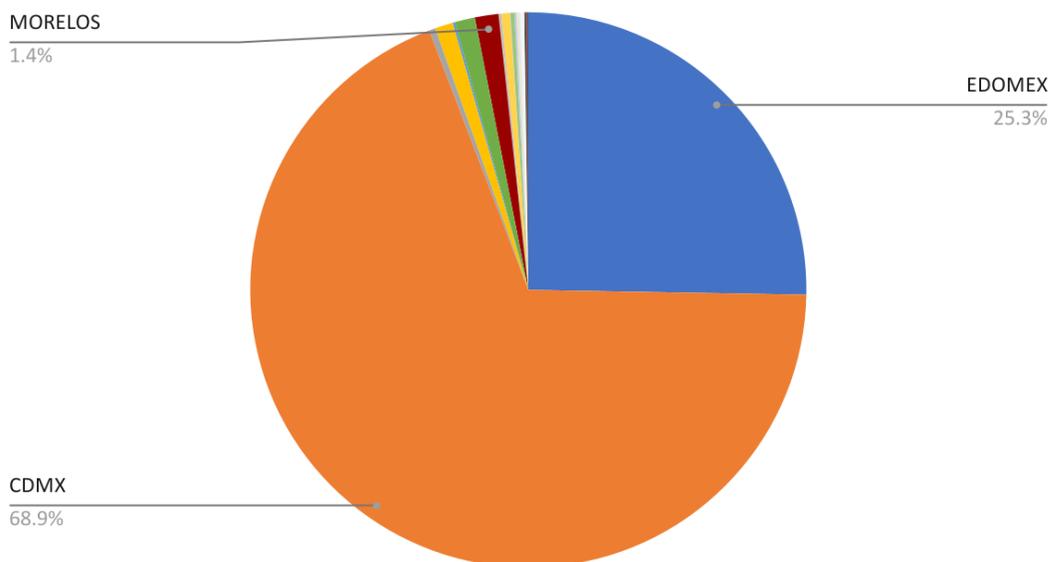
En el periodo del del 30 de marzo de 2020 al 31 de marzo del 2021, la mayoría de pacientes que solicitaron atención provenían del centro del país, el primer lugar fue la Ciudad de México con 66.8% de las consultas, seguida del Estado de México 27.4% y Morelos con 1.4% de los pacientes.

En el periodo del 01 de Abril de 2021 al 30 de marzo del 2022, Ciudad de México con 68.9%, Estado de México con 25.3% y Morelos con 1.4%

Lugar de residencia primer periodo de estudio



Lugar de residencia segundo periodo de estudio



* Periodo 1: comprendido del 30 de marzo de 2020 al 31 de marzo del 2021

* Periodo 2: comprendido del 01 de Abril de 2021 al 30 de marzo del 2022

DISCUSIÓN

El análisis de los datos proporcionados revela varios aspectos importantes relacionados con los trastornos afectivos, los comportamientos suicidas, las hospitalizaciones, el consumo de sustancias, las referencias a otras unidades hospitalarias y la distribución geográfica de los pacientes en dos periodos diferentes.

Demanda de atención: En relación con los trastornos afectivos, un aumento en su frecuencia, entre el primer y segundo periodo, ya que en el primer periodo hubo un total de 3,228 pacientes con diagnósticos de trastornos afectivos mientras que en el segundo periodo se presentaron un total de 4,376 pacientes. Los trastornos depresivos siguieron siendo los más comunes, representando el 79% de los trastornos afectivos registrados en ambos periodos, siendo el diagnóstico principal el trastorno depresivo recurrente episodio grave (F33.2) seguido por el diagnóstico de Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2). Por otro lado, el trastorno bipolar experimentó una disminución en su frecuencia, pasando del 23% en el primer periodo al 16% en el segundo periodo.

Es relevante resaltar que el diagnóstico F33.2 mostró un incremento significativo del 110.07%, pasando de 417 casos en el período 2020-2021 a 877 casos en el período 2021-2022, especialmente en mujeres. Los diagnósticos F32.2 y Episodio depresivo moderado (F32.1) también mostraron aumentos en el segundo periodo, aunque en menor medida. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Cabello Rangel y Santiago Luna (2022), quienes también observaron un aumento en los trastornos afectivos.

Edad: Al comparar los dos periodos, se observa una ligera disminución en el promedio de edad de los pacientes con trastornos afectivos. En el primer periodo, el promedio de edad fue de 37.23 años, mientras que en el segundo periodo, disminuyó a 35.36 años. Esta diferencia sugiere que en el segundo periodo hubo una tendencia hacia una población de pacientes más joven en comparación con el primer periodo.

Lugar de residencia: La mayoría de los pacientes que solicitaron atención en ambos periodos de estudio provenían del centro del país, con la Ciudad de México siendo el lugar de origen más común, seguido del Estado de México y Morelos.

Hospitalizaciones y unidades de referencia: También hubo un aumento en el número de hospitalizaciones en el segundo periodo, con un total de 470 hospitalizaciones en comparación con las 405 del primer periodo. Los meses con mayor demanda de hospitalizaciones variaron en cada periodo, pero ambos periodos mostraron que CECOSAM, otros hospitales psiquiátricos e IMSS fueron los lugares más frecuentes de referencia. Cabe destacar que las referencias a IMSS aumentaron de 10% en el primer periodo a 20% en el segundo.

Comportamientos suicidas: Hubo un aumento en el número de pacientes con comportamientos suicidas durante el segundo periodo en comparación con el primero. Durante el primer periodo se registraron 1,014 pacientes con comportamientos suicidas, mientras que en el segundo periodo se registraron un total de 1,918 pacientes. En ambos periodos, el diagnóstico más común entre los pacientes con comportamientos suicidas fue el F33.2 (Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos), seguido por el F32.2 (Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos) y el F32.1 (Episodio depresivo moderado).

Consumo de sustancias: Por último, en relación al consumo de sustancias, hubo un aumento significativo del 157.26% durante el segundo periodo, con un total de 601 pacientes presentando consumo concomitante en comparación con los 234 pacientes registrados en el primer periodo. Asimismo, un cambio significativo en la distribución por género, siendo igualmente distribuido entre hombres y mujeres durante el segundo periodo, mientras que en el primer periodo las mujeres representaron un mayor porcentaje del consumo, con un total de 64%.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se han descrito los hallazgos relacionados con la atención de salud mental en un hospital público psiquiátrico, el cual, debido al gran número de pacientes atendidos, es representativo de la población mexicana.

El aumento en la demanda de atención sugiere un incremento en la carga de enfermedades mentales en la población atendida en el hospital psiquiátrico más grande de Latinoamérica. Es relevante destacar el aumento significativo de los trastornos afectivos, particularmente en el grupo de trastornos del estado de ánimo. Esto puede ser atribuido a diversos factores, como la mayor conciencia y búsqueda de ayuda por parte de las personas afectadas, así como los efectos de la pandemia de COVID-19 y las medidas de aislamiento asociadas. Estos hallazgos están en consonancia con investigaciones anteriores que han señalado un aumento en la prevalencia de trastornos afectivos en diversos contextos y poblaciones.

Los comportamientos suicidas son otro aspecto relevante que ha mostrado un incremento en el segundo periodo de estudio. Estos hallazgos subrayan la importancia de implementar estrategias de prevención y detección temprana de los comportamientos suicidas, así como de fortalecer los servicios de apoyo y seguimiento para aquellos individuos en situación de vulnerabilidad.

Asimismo, el aumento significativo en el consumo de sustancias refleja un fenómeno preocupante en el ámbito de la salud mental. El abuso de sustancias puede agravar los trastornos mentales existentes y contribuir a la aparición de nuevos problemas de salud. Estos resultados subrayan la necesidad de abordar de manera integral la comorbilidad entre trastornos mentales y consumo de sustancias, así como de brindar servicios de tratamiento y rehabilitación adecuados para aquellos que enfrentan esta problemática.

Por último, el aumento en las hospitalizaciones relacionadas con trastornos afectivos refuerza la necesidad de contar con servicios de salud mental adecuados y suficientes para brindar una atención especializada a aquellos pacientes que lo requieren. Es fundamental garantizar un acceso oportuno y equitativo a estos servicios para evitar complicaciones y promover la recuperación de los pacientes.

Cabe destacar que en el presente estudio no se incluyeron variables como la escolaridad, la ubicación geográfica específica de los pacientes (por ejemplo, la alcaldía en el caso de

las personas atendidas en la Ciudad de México) así como características detalladas de las sustancias de consumo. Esto puede impactar en la precisión y exhaustividad del análisis realizado.

Además, es importante considerar que la captura de datos en el servicio de urgencias puede variar dependiendo de los diferentes formatos utilizados y las versiones de los documentos. Esto puede generar discrepancias en los rubros reportados y dificultar la comparación y el análisis de los datos de manera consistente. Es necesario implementar un proceso de capacitación y supervisión continua para los médicos residentes encargados de la captura de datos, a fin de garantizar una recolección precisa y uniforme de la información.

Asimismo, se destaca la importancia de estandarizar la captura de datos en un documento oficial que cumpla con criterios y parámetros establecidos. Esto permitiría un análisis más objetivo y una comparación más rigurosa entre diferentes períodos de estudio, hospitales y regiones. La estandarización de los datos también ayudaría a reducir la presencia de sesgos y facilita la generación de conclusiones más sólidas y confiables.

En conclusión, los resultados de este estudio resaltan la importancia de conocer y abordar los desafíos crecientes en el ámbito de la salud mental. La demanda de atención, los trastornos afectivos, las hospitalizaciones relacionadas, los comportamientos suicidas y el consumo de sustancias representan áreas críticas que requieren una atención prioritaria. Comprender el comportamiento de lo que sucede en el ámbito de salud mental por medio de los datos nos permite obtener información valiosa que puede ser utilizada para identificar patrones, tendencias y anomalías.

Además, en el contexto actual, es crucial considerar el impacto del COVID-19 el cual ha sido significativo en la salud mental a nivel mundial. El distanciamiento social, el confinamiento y la incertidumbre asociada con la enfermedad han exacerbado los problemas de salud mental existentes y han dado lugar a nuevas formas de sufrimiento psicológico. Como resultado, la importancia de comprender y abordar las enfermedades mentales se ha vuelto más evidente que nunca. Es fundamental seguir a la vanguardia implementando estrategias de prevención, promoción y tratamiento de la salud mental, así como asegurar el acceso equitativo a servicios de calidad. Estas acciones contribuirán a mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y a promover una sociedad más saludable y resiliente en el ámbito de la salud mental.

AGRADECIMIENTOS

El presente protocolo de tesis no habría sido posible sin el apoyo y la contribución invaluable de diversas personas, a quienes deseo expresar mi más profundo agradecimiento.

En primer lugar, quiero expresar mi sincera gratitud a mi asesora, la Mtra. Janet Jiménez Genchi, por su guía experta y orientación a lo largo de todo el proceso de investigación. Sus amplios conocimientos y su perspectiva crítica fueron fundamentales para la elaboración de este protocolo. Además, quiero agradecer a mi asesor, el Dr. Pablo Vera Flores, por su valiosa orientación y apoyo en esta etapa.

Asimismo, deseo agradecer al equipo de la Unidad de Calidad y Planeación, liderada por la Dra. Georgina Espinoza Montiel, por facilitarme el acceso a las bases de datos utilizadas en el presente estudio. Su colaboración fue fundamental para obtener los recursos necesarios y realizar un análisis riguroso.

Además, quiero expresar mi agradecimiento a mi amigo y colega, el Mtro. Alejandro Rodríguez Pizano, por su constante orientación y apoyo a lo largo de todo el protocolo de tesis. Sus aportes y discusiones enriquecieron mi investigación y contribuyeron significativamente a su calidad.

No puedo pasar por alto el apoyo incondicional de mi pareja Ana Ximena, quien ha estado a mi lado brindándome aliento constante, comprensión y motivación durante todo este proceso. Su comprensión y motivación han sido un verdadero sostén emocional para mí. Su presencia ha sido una fuente invaluable de apoyo y fortaleza.

A su vez, quiero expresar mi profundo agradecimiento a mi familia, quienes han sido mi mayor apoyo a lo largo de esta travesía académica. A mis padres, Graciela Domínguez y Donaciano Navarrete, les agradezco de corazón por su amor incondicional y su constante respaldo. Su confianza en mí, su sacrificio y su apoyo en todos los ámbitos han sido pilares fundamentales en mi camino hacia la culminación de este proyecto.

REFERENCIAS

- Ampudia, M. K. M. (2020). Revista Médica Sinergia. Vol. 5 Num. 9. Septiembre 2020, e543. Revista Médica Sinergia. Vol, 5(9).
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesías, B., Basurte, I., & Rentero, D. (2017). Trastorno bipolar y trastorno por uso de sustancias. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual. *Adicciones*, 29(3), 186-194.
- Baldessarini, R. J., & Tondo, L. (2020). Suicidal risks in 12 DSM-5 psychiatric disorders. *Journal of affective disorders*, 271, 66-73.
- Barthorpe, A., & Rogers, J. P. (2022). Coronavirus infections from 2002 to 2021: neuropsychiatric manifestations. *Sleep medicine*, 91, 282–288. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2021.11.013>
- Bernal, L. A. R., & Pérez, G. A. C. (2017). Neurobiología de la patología dual. *Salud y drogas*, 17(2), 101-114.
- Broche-Pérez, Y., Fernández-Castillo, E., & Reyes Luzardo, D. A. (2021). Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46, e2488.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet (London, England)*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Cabello Rangel, H., & Santiago Luna, J. A. (2022). View of Demanda de atención en un hospital psiquiátrico público de la Ciudad de México en el entorno de la pandemia por COVID-19. <https://archivosdeneurociencias.org/index.php/ADN/article/view/372/707>
- Castañeda Gullot, C., & Ramos Serpa, G. (2020). Principales pandemias en la historia de la humanidad. *Revista Cubana de Pediatría*, 92.
- Cerecero-García, D., F. Macías-González, T. Arámburo-Muro y S. Bautista-Arredondo (2020), “Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de

- depresión en población mexicana”, *Salud Pública de México*, Vol. 62, Núm. 6, pp. 840-850. DOI: <https://doi.org/10.21149/11558>.
- Cervantes, C. A. D., & Montaña, A. M. P. (2020). Estudio de la carga de la mortalidad por suicidio en México 1990-2017. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 23, e200069.
- Chang, Y. H., Chang, S. S., Hsu, C. Y., & Gunnell, D. (2020). Impact of pandemic on suicide: excess suicides in Taiwan during the 1918-1920 influenza pandemic. *The Journal of clinical psychiatry*, 81(6), 6887.
- Díaz-Castro, L., Cabello-Rangel, H., Medina-Mora, M. E., Berenzon-Gorn, S., Robles-García, R., & Madrigal-de León, E. Á. (2022). Necesidades de atención en salud mental y uso de servicios en población mexicana con trastornos mentales graves. *Salud pública de México*, 62, 72-79.
- Eisinger, P. (2008). *Tratado de medicina* (4.ª ed., Vol. 12). Elsevier Masson SAS.
- “Evaluación de la Política Pública de Prevención y Control de Enfermedades relacionadas con la Salud Mental”. (2022, enero). Auditoría Superior de la Federación. Recuperado 10 de febrero de 2023, de https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2020c/Documentos/Auditorias/2020_1_517_a.pdf
- Ernst, M., Kallenbach-Kaminski, L., Kaufhold, J., Negele, A., Bahrke, U., Hautzinger, M., ... & Leuzinger-Bohleber, M. (2020). Suicide attempts in chronically depressed individuals: What are the risk factors?. *Psychiatry research*, 287, 112481.
- Esquivel, Gerardo [2020], "Los impactos económicos de la pandemia en México", *Economía UNAM*, 17(51): 28-44, México, Facultad de Economía, septiembre-diciembre, <http://revistaeconomia.unam.mx/index.php/ecu/article/view/543/576>
- Fornaro, M., De Prisco, M., Billeci, M., Ermini, E., Young, A. H., Lafer, B., ... & Carvalho, A. F. (2021). Implications of the COVID-19 pandemic for people with bipolar disorders: A scoping review. *Journal of affective disorders*, 295, 740-751.
- GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators (2016). Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* (London, England), 388(10053), 1459–1544. [https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/S0140-6736\(16\)31012-1](https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/S0140-6736(16)31012-1)

- GitHub (2022). GitHub - CSSEGISandData/COVID-19: Novel Coronavirus (COVID-19) Cases, provided by JHU CSSE. GitHub. Recuperado 8 de agosto de 2022, de <https://github.com/CSSEGISandData/COVID-19>
- Hasin, D. S., Sarvet, A. L., Meyers, J. L., Saha, T. D., Ruan, W. J., Stohl, M., & Grant, B. F. (2018). Epidemiology of Adult DSM-5 Major Depressive Disorder and Its Specifiers in the United States. *JAMA psychiatry*, 75(4), 336–346. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1001/jamapsychiatry.2017.4602>
- Hawton, K., i Comabella, C. C., Haw, C., & Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 147(1-3), 17-28.
- Ibáñez, C., Cáceresa, J., Brucher, R., & Seijas, D. (2020). Trastornos del ánimo y trastornos por uso de sustancias: Una comorbilidad compleja y frecuente. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 174-182.
- Keita, M. M., Taverne, B., Sy Savané, S., March, L., Doukoure, M., Sow, M. S., Touré, A., Etard, J. F., Barry, M., Delaporte, E., & PostEboGui Study Group (2017). Depressive symptoms among survivors of Ebola virus disease in Conakry (Guinea): preliminary results of the PostEboGui cohort. *BMC psychiatry*, 17(1), 127. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1280-8>
- Larios-Navarro, A., Bohórquez-Rivero, J., Naranjo-Bohórquez, J., & Sáenz-López, J. (2020). Impacto psicológico del aislamiento social en el paciente comórbido: a propósito de la pandemia COVID-19. *Revista colombiana de psiquiatría*, 49(4), 227.
- Ledermann, W. (2003). El hombre y sus epidemias a través de la historia. *Revista chilena de infectología*, 20, 13-17.
- Lyness, J. (2022, julio). Unipolar depression in adults: Assessment and diagnosis. UptoDate. Recuperado 27 de agosto de 2022, de <https://www-uptodate-com.pbidi.unam.mx:2443/contents/unipolar-depression-in-adults-assessment-and-diagnosis>
- Mao, L., Jin, H., Wang, M., Hu, Y., Chen, S., He, Q., Chang, J., Hong, C., Zhou, Y., Wang, D., Miao, X., Li, Y., & Hu, B. (2020). Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA neurology*, 77(6), 683–690. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2020.1127>

- Mathieu, E. (2022, 1 mayo). COVID-19 Data Explorer. Our World in Data. Recuperado 5 de agosto de 2022, de <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer>
- Miron, O., Yu, K. H., Wilf-Miron, R., & Kohane, I. S. (2019). Suicide Rates Among Adolescents and Young Adults in the United States, 2000-2017. *JAMA*, 321(23), 2362–2364. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1001/jama.2019.5054>
- Moratalla, R., & Granado, N. (2020). Bases Neurobiológicas de la Adicción a Drogas.
- Morrison, J. (2015). DSM-5® Guía para el diagnóstico clínico. Editorial El Manual Moderno.
- Niederkrotenthaler, T., Gunnell, D., Arensman, E., Pirkis, J., Appleby, L., Hawton, K., John, A., Kapur, N., Khan, M., O'Connor, R. C., Platt, S., & International COVID-19 Suicide Prevention Research Collaboration (2020). Suicide Research, Prevention, and COVID-19. *Crisis*, 41(5), 321–330. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000731>
- Okusaga, O., Yolken, R. H., Langenberg, P., Lapidus, M., Arling, T. A., Dickerson, F. B., Scrandis, D. A., Severance, E., Cabassa, J. A., Balis, T., & Postolache, T. T. (2011). Association of seropositivity for influenza and coronaviruses with history of mood disorders and suicide attempts. *Journal of affective disorders*, 130(1-2), 220–225. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.09.029>
- OMS. (2021, 13 septiembre). Depresión. Who. Recuperado agosto de 2022, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). Estrategia y Plan de Acción Sobre Salud Mental. www.asf.gob.mx. Recuperado 12 de abril de 2022, de https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2013i/Documentos/Auditorias/2013_02_05_a.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). Mortalidad por suicidio en las Américas: Informe regional.
- Organización Panamericana de la Salud. (2021, 15 abril). Mortalidad por suicidio en la Región de las Américas. Informe regional 2010–2014. IRIS PAHO. Recuperado 20 de septiembre de 2022, de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53628>
- Park, H. Y., Park, W. B., Lee, S. H., Kim, J. L., Lee, J. J., Lee, H., & Shin, H. S. (2020). Posttraumatic stress disorder and depression of survivors 12 months after the

- outbreak of Middle East respiratory syndrome in South Korea. *BMC public health*, 20(1), 1-9.
- Peng, E. Y. C., Lee, M. B., Tsai, S. T., Yang, C. C., Morisky, D. E., Tsai, L. T., ... & Lyu, S. Y. (2010). Population-based post-crisis psychological distress: an example from the SARS outbreak in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*, 109(7), 524-532.
- Pirkis, J., John, A., Shin, S., Del Pozo-Baños, M., Arya, V., Analuisa-Aguilar, P., ... & Spittal, M. J. (2021). Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *The Lancet Psychiatry*, 8(7), 579-588.
- Poorolajal, J., Haghtalab, T., Farhadi, M., & Darvishi, N. (2016). Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: a meta-analysis. *Journal of public health (Oxford, England)*, 38(3), e282–e291. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv148>
- Rabiee, A., Nikayin, S., Hashem, M. D., Huang, M., Dinglas, V. D., Bienvenu, O. J., ... & Needham, D. M. (2016). Depressive symptoms after critical illness: a systematic review and meta-analysis. *Critical care medicine*, 44(9), 1744.
- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., Escobar-Córdoba, F. (2020). Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 48(4).
- Romero-Martínez, M., Shamah-Levy, T., Vielma-Orozco, E., Heredia-Hernández, O., Mojica-Cuevas, J., & Cuevas-Nasu, L. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut 2018): metodología y perspectivas. *salud pública de méxico*. 2019; 61 (6): 917-23.
- Rubino, T., Zamberletti, E., & Parolaro, D. (2015). Endocannabinoids and Mental Disorders. *Handbook of experimental pharmacology*, 231, 261–283. https://doi.org/10.1007/978-3-319-20825-1_9
- Santomauro, D. F., Herrera, A. M. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., ... & Ferrari, A. J. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700-1712.

- Schaffer, A., Isometsä, E. T., Tondo, L., Moreno, D. H., Sinyor, M., Kessing, L. V., Turecki, G., Weizman, A., Azorin, J. M., Ha, K., Reis, C., Cassidy, F., Goldstein, T., Rihmer, Z., Beautrais, A., Chou, Y. H., Diazgranados, N., Levitt, A. J., Zarate, C. A., Jr, & Yatham, L. (2015). Epidemiology, neurobiology and pharmacological interventions related to suicide deaths and suicide attempts in bipolar disorder: Part I of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 49(9), 785–802.
<https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1177/0004867415594427>
- Schreiber, J., & Culpepper, L. (2022, 4 mayo). Suicidal ideation and behavior in adults. UptoDate. Recuperado 13 de mayo de 2022, de <https://www.uptodate.com/contents/suicidal-ideation-and-behavior-in-adults>
- Solari-Heresmann, Luz María, Pérez-Balaguer, Ana, Gil-Benito, Elena, Sol-Calderón, Pablo del, Sanz-Aranguez-Ávila, Belén, Gayubo-Moreo, Lydia, & Arce-Cordón, Rosario de. (2021). Analysis of the demand for care in a psychiatric emergency room and an acute inpatient unit in the context of the COVID-19 pandemic.. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 59(1), 27-37.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272021000100027>
- Teruel Belismelis, G. M., Gaitán Rossi, P., Leyva Parra, G., & Pérez Hernández, V. H. (2021). Depresión en México en tiempos de pandemia.
- Thornicroft, G., Chatterji, S., Evans-Lacko, S., Gruber, M., Sampson, N., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L., Borges, G., Bruffaerts, R., Bunting, B., de Almeida, J. M., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hinkov, H., Karam, E., ... Kessler, R. C. (2017). Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 210(2), 119–124.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.188078>
- Van Rheenen, T. E., Meyer, D., Neill, E., Phillipou, A., Tan, E. J., Toh, W. L., & Rossell, S. L. (2020). Mental health status of individuals with a mood-disorder during the COVID-19 pandemic in Australia: initial results from the COLLATE project. *Journal of affective disorders*, 275, 69-77.

- Vindegaard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, behavior, and immunity*, 89, 531–542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>
- Wang, H., Naghavi, M., Allen, C., Barber, R. M., Bhutta, Z. A., Carter, A., ... & Bell, M. L. (2016). Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 388(10053), 1459-1544.
- World Health Organization. (2021, 17 junio). One in 100 deaths is by suicide. Recuperado 20 de mayo de 2022, de <https://www.who.int/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
- World Health Organization. (2014). Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization.
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M., Gill, H., Phan, L., ... & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 277, 55-64.
- Zortea, T. C., Brenna, C., Joyce, M., McClelland, H., Tippett, M., Tran, M. M., Arensman, E., Corcoran, P., Hatcher, S., Heise, M. J., Links, P., O'Connor, R. C., Edgar, N. E., Cha, Y., Guaiana, G., Williamson, E., Sinyor, M., & Platt, S. (2021). The Impact of Infectious Disease-Related Public

ANEXOS

Ciudad de México a 20 de Enero del 2023

Dr. Ricardo Mora Durán
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN.
PRESENTE

Con el presente me dirijo a usted para informarle que **acepto** fungir como **Asesor Teórico de Tesis de Alejandro Ríos Domínguez**, Médico Residente de tercer año, de la Especialidad en Psiquiatría, comprometiéndome a:

- a. **Orientar al residente para la estructura el protocolo que desarrollara y la elección del tema de este**
- b. **Informar avance y seguimiento de la investigación**
- c. **Dar asesoramiento y supervisar la tesis hasta que este haga su titulación**

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo

ATENTAMENTE



Dr. Pablo Vera Flores
Médico adscrito del Hospital Psiquiátrico
"Fray Bernardino Álvarez"

Ciudad de México a 23 de enero del 2023

Dr. Ricardo Mora Durán

PRESIDENTE DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN.

PRESENTE

Con el presente me dirijo a usted para informarle que acepto fungir como Asesor Metodológico de Tesis de Alejandro Ríos Domínguez, Médico Residente de tercer año, de la Especialidad en Psiquiatría, comprometiéndome a:

- a. Orientar al residente para la estructura el protocolo que desarrollara y la elección del tema de este
- b. Informar avance y seguimiento de la investigación
- c. Dar asesoramiento y supervisar la tesis hasta que este haga su titulación

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo

ATENTAMENTE



Mtra. Psic. Janet Jiménez Genchi
Adscrita de investigación
del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

Datos completos asesores.

ASESORA METODOLÓGICO:

Mtra. Janet Jiménez Genchi

Adscripción: Adscrita de investigación

Lugar de trabajo: Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

Número telefónico: +52 1 55 4058 5444

Correo electrónico: janetgenchi@gmail.com

ASESOR TEÓRICO:

Dr. Pablo Vera Flores

Adscripción: Adscrita del área de hospitalización

Lugar de trabajo: Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

Número telefónico: +52 1 55 1651 6918

Correo electrónico: pablo0131@gmail.com

Carta de autorización al Jefe del Servicio de Urgencias

Ciudad de México a 20 de enero del 2023.

Dra. **Juana Ramírez Rivas**
Presente

Con el presente solicito a usted, autorización para llevar a cabo el protocolo de investigación titulado: "**Personas con trastornos afectivos como motivo de atención en el servicio de Urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez durante el periodo de 2020-2022**"

Durante un período de **tres meses** a partir de **Febrero 2023**. El cual se evaluará con los datos recabados durante el periodo de marzo de 2020 a marzo 2022 en la hoja diaria del servicio de urgencias.

Agradeciendo de antemano la atención a la presente.

Atentamente


Dr. Alejandro Ríos-Domínguez

Médico Residente de Tercer Año HPFBA



20-01-2023.