



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31

TÍTULO DE LA TESIS:

**“DETECCIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO PREDOMINANTE EN LOS
PACIENTES QUE TUVIERON COVID-19”**

NÚMERO DE REGISTRO

R-2022-3703-025

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

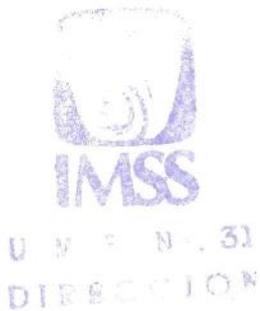
HERNÁNDEZ ACEVEDO ANGÉLICA GUADALUPE

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

ASESORES DE TESIS:

TERESA ALVARADO GUTIÉRREZ

AGUILAR DE LA CRUZ HUGO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

CIUDAD DE MÉXICO

ABRIL 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.

**“DETECCIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO PREDOMINANTE EN LOS
PACIENTES QUE TUVIERON COVID-19”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

Hernández Acevedo Angélica Guadalupe

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

AUTORIZACIONES:



DRA. LETICIA VERÓNICA CORTÉS GUZMÁN
ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 31, IMSS



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

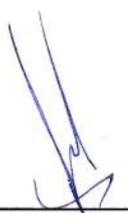


DRA. TERESA ALVARADO GUTIÉRREZ
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N0. 31, IMSS



U. M. F. N. 31
DIRECCIÓN

ASESORES DE TESIS



DRA. TERESA ALVARADO GUTIÉRREZ
CCEIS UMF 31



DR. AGUILAR DE LA CRUZ HUGO
MÉDICO FAMILIAR

CIUDAD DE MÉXICO, ABRIL 2023

**“DETECCIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO PREDOMINANTE EN LOS
PACIENTES QUE TUVIERON COVID-19”**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

HERNÁNDEZ ACEVEDO ANGÉLICA GUADALUPE

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 31



DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



U. N. A. M. 31
DIRECCIÓN



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

CIUDAD DE MÉXICO, ABRIL 2023



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3703
U PRO BAYLON NUM 21

Registro COPIFOT 17 CI 09 017 017
Registro COPIFOTICA COPIFOTICA 09 CIB 001 00100001

FECHA Versión, 08 de abril de 2022

Dra. TERESA ALVARADO GUTIERREZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificar, que el protocolo de investigación con título "DETECCION DEL ESTADO DE ÁCIDO PREDOMINANTE EN LOS PACIENTES QUE TUVIERON COVID-19" que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2022-3703-025

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

ATENTAMENTE

Dr. PAULA AVALOS MARTÍNEZ
Presidenta del Comité Local de Investigación en Salud No. 3703

Impresión

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

Gracias a todos mis profesores que de algún u otro modo contribuyeron en mi formación.

DEDICATORIA

A mi familia, amigos y personas especiales que confiaron y me apoyaron en la realización de este proyecto.

DATOS DEL ALUMNO	
Apellido paterno	Hernández
Apellido materno	Acevedo
Nombre	Angélica Guadalupe
Universidad	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad o escuela	Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Carrera	Médico Familiar
No. de cuenta	30903180-6
DATOS DEL ASESOR	
Apellido paterno	Alvarado
Apellido materno	Gutiérrez
Nombre	Teresa
Apellido paterno	Aguilar
Apellido materno	De la Cruz
Nombre	Hugo
DATOS DE LA TESIS	
Título	“DETECCIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO PREDOMINANTE EN LOS PACIENTES QUE TUVIERON COVID-19”
No. de páginas	54
Año	2023

RESUMEN.....	9
ABSTRACT.....	10
1.- INTRODUCCIÓN.....	11
2.- ANTECEDENTES.	12
2.1. Marco epidemiológico.....	12
2.2 Marco conceptual.....	16
2.3 Marco contextual.....	25
3.- JUSTIFICACIÓN.....	26
4.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	28
5.- OBJETIVOS.....	28
5.1 Objetivo General.	28
5.2 Objetivo Específicos.	29
6.- HIPÓTESIS.	29
7.- MATERIAL Y MÉTODO.....	29
7.5 Criterios de selección.....	30
7.5.2.- Criterios de exclusión.....	30
7.5.3.- Criterios de eliminación.....	30
7.6.2.- Prueba piloto.....	31
8.- MUESTREO.....	31
8.1.- Cálculo de tamaño de muestra.	31
9.- VARIABLES.....	32
9.1.- Operacionalización de variables.....	33
10.- DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.....	35
11.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	35
12.1.- Con base en el Reglamento de la Ley General de salud.....	36
12.2.- Declaración de Helsinki.....	37
12.3.- El informe Belmont.....	37
12.4.- CIOMS.....	38
12.5.- Código de Núremberg.....	38
12.6.- Código de bioética en Medicina Familiar (IMSS).....	39
13.- RESULTADOS.....	39

14.- DISCUSIÓN	43
15.- CONCLUSIONES.....	44
16.- RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS	45
17.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	45
18.- ANEXOS	51
18.1 Hoja de recolección de datos	51
18.2.- Consentimiento informado.....	52
18.3 Instrumento.....	53

RESUMEN

“DETECCIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO PREDOMINANTE EN LOS PACIENTES QUE TUVIERON COVID-19”

* *Angélica Guadalupe Hernández Acevedo.* ** *Teresa Alvarado Gutiérrez.* *** *Aguilar de la Cruz Hugo*

*Médico Residente de Tercer Año de Medicina Familiar.

** Coord. Clín. De Educ e Inv en Salud.

*** Asesor clínico, Medico Familiar

Introducción: Las medidas que se tomaron para contener la transmisión de la enfermedad de coronavirus 2019 han producido diversos efectos en la vida cotidiana en todo el mundo, una de las esferas más afectadas ha sido la salud mental produciendo aumento en la depresión, ansiedad, estrés y angustia psicológica, modificando inicialmente el estado de ánimo de la población.

Objetivo: Conocer el estado de ánimo producido en la población después de padecer la enfermedad de COVID-19. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal en una muestra de 346 pacientes que padecieron la enfermedad por covid-19. La recolección de la información se realizó por medio de la Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA), que consiste en 16 ítems, que pretende evaluar 4 estados de ánimo: ansiedad, ira/hostilidad, tristeza/depresión y alegría. Los datos se analizaron por medio de SPSS versión 21.0. **Resultados:** Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo, de una población de 299,304 mil con diagnóstico de Covid-19 durante el año 2021, con una muestra calculada para poblaciones finitas de 346 pacientes, con predominio del sexo femenino con 53.8%, sobre 46.2% del sexo masculino, una mediana de edad de 35 años, con un predominio del estado civil soltero con 29.2%, en relación a la ocupación se obtuvo que el 74% son empleados, en los que predominó el estado de ánimo de alegría con 30.9%, con una edad de predomina la tristeza como estado de ánimo a los 37 años con un 7.1%, y cuya ocupación predominante fue la de empleado con 78.6%. **Conclusiones:** Los resultados evidenciaron en el presente estudio que el padecer Covid-19 no es estadísticamente significativo para presentar la tristeza como estado de ánimo predominante en la población que la padeció.

Palabras Clave: estado de ánimo, pandemia, covid-19

ABSTRACT

“DETECTION OF THE PREDOMINANT MOOD STATE IN PATIENTS WITH COVID-19”

** Angélica Guadalupe Hernández Acevedo. ** Teresa Alvarado Gutiérrez. *** Aguilar de la Cruz Hugo*

*Médico Residente de Segundo Año de Medicina Familiar.

** Coord. Clín. De Educ e Inv en Salud.

*** Asesor clínico, Medico Familiar

Introduction: The measures that were taken to contain the transmission of the coronavirus disease 2019 have produced various effects on daily life throughout the world, one of the most affected spheres has been mental health, producing an increase in depression, anxiety, stress and psychological distress, initially changing the mood of the population. **Objective:** To know the state of mind produced in the population after suffering from the COVID-19 disease. **Material and Methods:** An observational, descriptive and cross-sectional study was carried out in a sample of 346 patients who have suffered from covid-19 disease. Information was collected using the Mood Assessment Scale (EVEA), which consists of 16 items, which aims to assess 4 mood states: anxiety, anger/hostility, sadness/depression, and joy. Data were analyzed using SPSS version 21.0. **Results:** An observational, cross-sectional and descriptive study was carried out, of a population of 299,304 diagnosed with Covid-19 during the year 2021, with a sample calculated for finite populations of 346 patients, with a predominance of the female sex with 53.8%, over 46.2% of the male sex, a median age of 35.5 years, with a predominance of the single marital status with 29.2%, in relation to the occupation it was obtained that 74% are employees, in which the state of joy prevailed with 30.9%, with an age of predominance of sadness as a state of mind at 37 years with 7.1%, and whose predominant occupation was that of an employee with 78.6%. **Conclusions:** The results showed in the present study that suffering from Covid-19 is not statistically significant for presenting sadness as the predominant state of mind in the population that suffered

Keywords: mood, pandemic, Covid-19.

1.- INTRODUCCIÓN.

El día 31 del mes de diciembre del año 2019, se presentó un brote de casos de una neumonía grave, en la ciudad de Wuhan, que pertenece a una provincia de Hubei, en China, y que se propagaba de forma muy acelerada, debido a lo cual el Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional de la organización mundial de la salud anuncio una Pandemia oficialmente para el 11 de marzo del 2020.

Por lo que el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades exhortó a los gobiernos de los diversos países a realizar medidas para llevar a cabo un distanciamiento social, esto propició que la pandemia de COVID-19 no solo representara un riesgo elevado en la salud cardiopulmonar de las personas, sino que además, por las medidas restrictivas que se tomaron para tratar de contener su propagación, se afectarían las formas de socializar, trabajar, estudiar y vivir de las personas, lo que generó un estrés psicológico considerable en la población en general, trayendo consigo una gran cantidad de problemas de salud mental como la ansiedad, los trastornos del sueño, la depresión, la frustración, y un aumento el riesgo de descompensación psicológica.

La pandemia de COVID-19 evidenció, no solo un aumento de la demanda de los servicios de salud mental, también que a nivel mundial el acceso a estos servicios es deficiente, y que es necesaria una ampliación de los servicios de salud mental de calidad que se ajuste a las necesidades de cada país.

Una situación crítica, ya que previamente se consideraba que la depresión es un problema de salud pública multifactorial, entre los que destacan el bajo estrato social, violencia, además de otro tipo de trastornos mentales como la ansiedad, algunas adicciones y enfermedades cronicodegenerativos como la diabetes y el cáncer.

Por todo lo anterior, es sumamente importante considerar las morbilidades psiquiátricas que se presentan de forma crónica entre los pacientes sobrevivientes del COVID-19, las cuales deben ser tomadas en cuenta para prevenir las posibles complicaciones de la salud mental en estos pacientes en un futuro, por lo que es importante vigilar el estado de ánimo y los factores que influyen en cada uno de estos, para poder realizar una detección oportunamente y permitirles recibir el apoyo de salud mental adecuado e individualizado

2.- ANTECEDENTES.

2.1. Marco epidemiológico.

La organización mundial de la salud ha registrado a nivel mundial más de 191.1 millones de casos de COVID-19, siendo E.E.U.U el país con mayor número de infecciones, seguido por India, Brasil, Rusia y Francia, la pandemia de COVID-19 ha dejado 4.1 millones de muertes aproximadamente a nivel mundial, siendo también E.E.U.U. el país con mayor número de muertes informadas, seguido por Brasil, India, México y Perú. (1)

Sin embargo, se estima que hubo al menos tres millones de muertes mundiales más ocasionadas por la pandemia de COVID-19, que representan 1.2 millones

de muertes más que los 1.8 millones notificados oficialmente, ya que el número real de muertes es 2 o 3 veces mayor a los reportados. (2)

La hipertensión (21%), la obesidad (18%) y la diabetes (18%) fueron las comorbilidades más prevalentes a nivel mundial relacionadas con la elevada mortalidad en las personas infectadas por COVID-19. (1)

La pandemia no solo es una amenaza para la salud de la población a nivel mundial, sino también para el bienestar y supone un gran obstáculo para cumplir los programas sociales establecidos, como lo son los objetivos de desarrollo sostenible. (2)

La Organización mundial de la salud explica que la pandemia de COVID-19 es una amenaza muy grande tanto para la salud como para el bienestar de la población a nivel mundial, además de ser un gran obstáculo para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y además de los otros programas ligados a la agencia. (2) Es claro que a nivel mundial deben tomarse medidas específicas para aumentar la inversión en servicios públicos vitales del siglo XXI, sobre todo en uno de los puntos más deficientes evidenciado por la pandemia, los servicios públicos de salud mental, sin embargo, hasta que eso se logre se recomienda a las personas cuidar de su salud mental durante la pandemia. (3)

Esto debido a que solo el 51% de los 194 estados que son miembros de la organización mundial de la salud informaron que su plan o política de salud mental estaba en concordancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos, cuando la meta estaba prevista para que fuera el 80%, con respecto a la meta referente a los programas de promoción y

prevención de la salud mental fue alcanzada solo por el 52% de los países, la única meta para 2020 que se cumplió fue la reducción de la tasa de suicidio en un 10%. Aunque no se puede negar que se observaron progresos en la adopción de políticas, planes y leyes de salud mental, así como en la mejora de la capacidad de informar sobre un conjunto de indicadores básicos de salud mental. Aun así, el presupuesto que se emplea para cubrir los gastos enfocados en la salud mental continúa siendo muy bajo, representando el 2% de los gastos en salud (4).

Se considera que la depresión es un problema de salud pública, ya que más del 4% de la población mundial vive con depresión, entre las personas más vulnerables a padecer esta enfermedad son las mujeres, los jóvenes y los ancianos; representa la cuarta causa de discapacidad por pérdida de años de vida saludables. (5)

A nivel nacional con datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud 2020 sobre COVID-19, se encuestaron 35,536,113 hogares de las 32 entidades del país, con un promedio de 3.6 individuos que habitan estos hogares, siendo 49% hombres y 51% mujeres. (6, 7).

En México, la depresión ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres, se estima que 9.2% de la población ha sufrido depresión, que una de cada cinco personas sufrirá depresión antes de los 75 años y que los jóvenes presentan tasas mayores. (23, 28). Durante la pandemia en México se tienen registros que indican que en abril del 2020 que fue el primer mes de restricciones por la pandemia de COVID-19, la prevalencia de la depresión aumentó a 27.3% con respecto a la registrada por

la ENSANUT del 2018, posteriormente presentó una disminución entre abril y junio del mismo año llegando hasta 22.8%, y continuó en decremento hasta octubre con una prevalencia del 19.7%, sin embargo aun con la disminución de estos meses, continuó encontrándose por arriba de la medición de ENSANUT 2018-2019 registrada en 13.6%. (8)

Con base en los datos reportados por el INEGI 34.85 millones de personas se han sentido deprimidas, de las cuales 14.48 millones eran hombres y 20.37 millones eran mujeres. Es de suma importancia recalcar, que solo un 1.63 millones de personas han tomado antidepresivos cuando se sienten deprimidas, y que 33.19 millones de ellas no lo hacen (5).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) estimó la tasa de suicidio en la población general fue de 5.1 casos en localidades menores de 100K en 2016, también se estimó que la prevalencia acumulada de intento de suicidio en jóvenes (de 10 a 19) fue de 3.9%, mientras que en los adultos de 20 años o más fue de 16.5% en 2012, con predominio del sexo femenino, uno de los factores asociados con el intento de suicidio es la depresión, la ENSANUT 2012 estimó una prevalencia de síntomas depresivos en adultos mayores de 20 años en 19.6%, mientras que la del 2018-2019 se registró en 13.6%. (5, 8,9).

Las mujeres presentan conductas suicidas en un porcentaje más elevado que el que presentan los hombres, lo cual incrementó también de forma importante los suicidios en las mujeres (5).

Las enfermedades mentales no distinguen entre la edad, ni la condición social de las personas, además hay muchos factores que pueden predisponer a presentarla como lo son el bajo estrato social, violencia y enfermedades que se relacionan con la producción de neurotransmisores (10). Es bien conocido que se relaciona estrechamente con otro tipo de trastornos mentales como la ansiedad, con algunas adicciones y con enfermedades cronicodegenerativos como la diabetes y el cáncer. (11)

Los estados de ánimo diversos frecuentes, así como las emociones expresadas ante los problemas de la vida diaria, son diferentes a la depresión, ya que esta última es un problema de salud importante, sobre todo cuando se vuelve de duración prolongada y de intensidad moderada o grave, ya que provoca severas alteraciones en las actividades familiares, escolares o laborales (12), por lo que es de suma importancia su prevención.

2.2 Marco conceptual.

El día 31 del mes de diciembre del año 2019, se presentó un brote de casos de una neumonía grave principalmente entre personas que laboraban o frecuentaban el Huanan Seafood Wholesale Market, un mercado de comidas de mar en la ciudad de Wuhan, que pertenece a una provincia de Hubei, en China, y que se propagaba de forma muy acelerada (13).

La enfermedad que se llamó COVID-19 (del inglés Coronavirus disease-2019) continuó extendiéndose de forma muy rápida a diversos lugares de China entre los meses de enero y febrero del año 2020, y luego a diferentes países asiáticos, para posteriormente llegar a otros continentes, debido a lo cual el

Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional de la organización mundial de la salud anunció el 30 de enero del año 2020 que el brote de COVID-19 era una emergencia de salud pública de interés internacional, y una Pandemia oficialmente para el 11 de marzo del mismo año.(14), solicitando que se unieran esfuerzos y se adoptaran las medidas necesarias para controlar la propagación en todos los países, ya que se trataba de una emergencia en la salud pública.(15)

LA COVID-19 es una enfermedad causada por el virus del síndrome respiratorio agudo severo tipo-2 (SARS-CoV-2), que se encuentra taxonómicamente en la familia Coronaviridae, (16) la cual se subdivide en cuatro géneros: Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus y Deltacoronavirus (17,18). Los coronavirus de importancia médica conocidos hasta hoy son siete, y pertenecen a uno de los dos primeros géneros mencionados (19).

El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC del inglés, Centers for Disease Control and Prevention) informaron que la enfermedad es transmitida principalmente de persona a persona, a través del contacto directo, contacto con gotitas de saliva, fómites y/o aerosoles, por lo que se exhortó a los gobiernos de los diversos países a realizar medidas para llevar a cabo un distanciamiento social, es decir, evitar multitudes y que se mantuvieran espacios de 2 metros entre persona y persona, en particular con aquellos que mostraran signos de la enfermedad como tos, estornudos, fiebre o malestar general, aunque una gran parte de la población afectada es asintomática.(14,20,21,22)

Esto propició que la pandemia de COVID-19 no solo representará un riesgo elevado en la salud cardiopulmonar de las personas, sino que además, por las medidas restrictivas que se tomaron para tratar de contener su propagación por parte de los gobiernos, y las respuestas individuales de la población por la incertidumbre y el miedo, se afectarán las formas de socializar, trabajar, estudiar y vivir de las personas, lo que generó un estrés psicológico considerable en la población en general, trayendo consigo una gran cantidad de problemas de salud mental como la ansiedad, los trastornos del sueño, la depresión, la frustración, y un aumento el riesgo de descompensación psicológica. (14, 23,24)

Estas medidas extremas, junto con el miedo y la incertidumbre ante una infección desconocida, han impactado en el estilo de vida de las personas, generando altos niveles de malestar psicológico, ansiedad y alteraciones del estado de ánimo.

Es importante tener en cuenta que los tipos y la gravedad de los problemas de salud mental que puede presentar cada individuo, son diferentes y se encuentran íntimamente relacionadas con su condición de salud, sus roles sociales, su riesgo de infección y la influencia de la pandemia de COVID-19 en su estilo de vida, por ello, es de suma importancia y tan diverso el estado de la salud mental de las poblaciones. (14) Algunos de los factores que se presentan con mayor frecuencia en los pacientes que presentan angustia psicológica durante la pandemia son un nivel socioeconómico bajo, niveles más bajos de educación e ingresos, desempleo, vivir en áreas rurales y personas con comorbilidades (25). El atlas sobre el Plan de Acción Integral sobre Salud

Mental de la Organización mundial de la salud y la pandemia de COVID-19 evidenciaron, no solo un aumento en la demanda de los servicios de salud mental, también que a nivel mundial el acceso a estos servicios es deficiente, y que es necesaria una ampliación de los servicios de salud mental de calidad que se ajuste a las necesidades de cada país. (4)

Por todo lo anterior, es sumamente importante considerar las morbilidades psiquiátricas que se presentan de forma crónica entre los pacientes sobrevivientes del COVID-19, las cuales deben ser tomadas en cuenta para prevenir las posibles complicaciones de la salud mental en estos pacientes en un futuro, por lo que es importante vigilar el estado de ánimo y los factores que influyen en cada uno de estos, para poder realizar una detección oportunamente y permitirles recibir el apoyo de salud mental adecuado e individualizado, y de este modo disminuir los riesgos de volverse un problema mayor.

Debemos considerar que la percepción del estado de bienestar y de salud en una población influye en el estado de ánimo de sus habitantes, y este está influenciado por diversas situaciones como la actividad física y la convivencia social, las cuales se vieron sumamente afectadas por la pandemia de COVID-19 (26).

Las personas diariamente experimentan diversas reacciones emocionales y estados de ánimo, y muchas veces se siente que se tienen el control sobre este, y es verdad, ya que es conocido que si se experimentan de forma repetida emociones muy intensas por pequeños lapsos de tiempo, son capaces de producir cierto estado de ánimo, sin embargo, esas emociones no siempre

son positivas, y se puede perder esa sensación de control y generando malestar general, y llevándonos a presentar diversos trastornos del estado de ánimo. (27,28)

Podemos identificar una emoción de un estado de ánimo, ya que presentan características específicas, de este modo tenemos que se considera una reacción emocional cuando se presenta una respuesta a un estímulo específico que lo origina, por ello son de poca duración, mientras que un estado de ánimo se presenta sin tener un detonante específico, es decir no se producen ante un evento específico y por ello tienen un carácter de no intencionalidad, aunque es más duradero que una emoción. (27).

Como hemos visto en la actualidad el mundo se encuentra ante la pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019, la cual ha cobrado la vida de miles de personas, y ha modificado nuestro estilo de vida obligándonos a apegarnos a medidas de seguridad como el aislamiento social por más de un año desde el inicio de la pandemia, lo cual ha traído repercusiones severas en nuestro estado de ánimo por las situaciones familiares que se han presentado con mayor frecuencia durante este año como lo son el despido de uno o varios miembros de la familia lo que condiciona problemas económicos, aunado al alto costo de la atención médica cuando un integrante de la familia se enferma por inasistencia al trabajo, si aún lo tiene, compras del medicamento necesario y recursos como el oxígeno suplementario muchas veces, las constantes asistencias al médico y los estudios complementarios para conocer la evolución de la enfermedad, el aumento en la presentación de la violencia doméstica, la muerte de uno o más familiares cercanos ocasionado por el covid-19, la falta de recursos para pagar desde los servicios básicos hasta las deudas

previamente establecidas, el cierre de diversas microempresas hasta empresas multinacionales, el cese de actividades como el turismo y el comercio informal, entre muchos otros factores han repercutido severamente en la salud mental de las personas presentados con mayor frecuencia episodios de depresión, por lo que es de suma importancia tratar de identificar a este tipo de pacientes y sus factores de riesgo, para que sean atendidos de forma preventiva más que curativa, una de las primeras alteraciones que podemos evaluar es el estado de ánimo, de este modo si encontramos factores de riesgo y tendencia hacia algún estado de ánimo que se considere negativo podemos encaminar nuestro actuar a tratar de estabilizar los factores de riesgo.

Se han desarrollado diversos instrumentos para valorar el estado de ánimo subjetivo, varios de ellos con dos dimensiones, positivo o negativo, algunos otros con búsqueda de diversos estados específicos, una de las escalas más utilizadas es la EVEA, ya que existen varios estudios que han obtenido buenos índices de validez convergente de la misma, en especial de las subescalas de tristeza-depresión y ansiedad, al mostrar que sus subescalas correlacionan de forma moderada o alta en distintos tipos de población con otras medidas de autoinforme del estado de ánimo tales como las subescalas de afecto negativo y afecto positivo de la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS), con otras medidas de ansiedad tales como el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) o las subescalas de ansiedad estado y rasgo del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), o con otras medidas de depresión tales como el Inventario de Depresión de Beck de 1978 (BDI-IA), el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) o la Escala Auto aplicada para la Depresión de Zung (SDS).

En cuanto a la validez discriminante, las correlaciones entre las subescalas de estado de ánimo de la EVEA son menores que las que han obtenido otros instrumentos entre sus subescalas, depresión y ESCALA DE VALORACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO (EVEA) presentan intercorrelaciones que oscilan entre 0,70 y 0,90 para la MAACL y entre 0,61 y 0,62 para la MAACL-R, mientras que las intercorrelaciones entre dichas escalas de la versión ampliada de la PANAS (PANAS-X) oscilan entre 0,49 y 0,61, con una media de 0,56, y las correlaciones de esas mismas escalas del Perfil de Estados de Ánimos (POMS) fluctúan entre 0,63 y 0,69, con una media de 0,66. La validez de criterio de la EVEA evaluada mediante el procedimiento de comparar grupos contrastados ha sido examinada en cuatro estudios (Pacheco-Unguetti et al., 2011; Provencio Ortega, 2012, estudios 2 y 3; Romero Martín, 2012, estudio 2; véase Sanz et al., 2013), los cuales revelan, por ejemplo, que, como cabría esperar y en comparación a personas normales o sin trastornos, los pacientes con trastorno depresivo mayor puntúan significativamente más alto en la subescala de depresión (d de Cohen = entre 1,59 y 1,73) y significativamente más bajo en la subescala de alegría (d de Cohen = entre -1,36 y -1,52), mientras que los pacientes con trastornos de ansiedad puntúan significativamente más alto en la subescala de ansiedad. Tiene una buena validez factorial de la Escala de Valoración del Estado de Ánimo al encontrarse de forma coincidente en dos estudios con estudiantes universitarios cuatro factores definidos perfectamente por los ítems que componen las cuatro subescalas del instrumento. Las subescalas han demostrado sensibilidad al cambio tras la aplicación de muy diferentes inductores del estado de ánimo (p.

ej., música, recuerdo autobiográfico, vídeo, imaginación guiada, imágenes) dirigidos a inducir ansiedad, tristeza-depresión o alegría. En especial, las subescalas de los estados de ánimo negativos (tristeza-depresión, ansiedad e ira-hostilidad) son muy sensibles a los inductores del estado de ánimo y, frecuentemente se han presentado mayores cambios en la subescala relacionada con el estado de ánimo que se pretendía inducir, por estas razones en este trabajo se utilizó la Escala de Valoración del Estado de Ánimo. (29,30)

La escala de valoración del estado de ánimo (EVEA) es una escala de carácter situacional, fue elaborada con el objetivo de detectar los cambios ambientales y contextuales que puedan alterar el estado de ánimo de un individuo, la cual se encuentra formada por diferentes rubros que valoran cuatro estados de ánimo generales, los cuales son depresión, ansiedad, hostilidad y alegría.

Se trata de un instrumento muy fácil de utilizar, que proporciona el máximo de información descriptiva a través de un sistema de respuesta sencillo, el cual requiere poco tiempo para su implementación, pero con la característica de ser muy confiable. (29,30)

La EVEA consiste en 16 ítems, por lo que puede aplicarse en menos de dos minutos, cada uno compuesto por una escala tipo Likert de 11 puntos (de 0 a 10) que presenta en su margen izquierdo una corta afirmación que describe un estado de ánimo. Las 16 frases tienen la misma construcción; todas empiezan con las palabras “me siento” y continúan con un adjetivo que representa un estado de ánimo por ejemplo “me siento triste”, “me siento alegre”, cada estado

de ánimo viene representado por cuatro ítems con diferentes adjetivos. Para medir los estados de ánimo depresivo y alegre, los adjetivos de la EVEA fueron entresacados de las versiones en español de las Lista de Adjetivos para la Depresión. De acuerdo con lo que indica el propio autor, los adjetivos para medir el estado de ánimo ansioso fueron seleccionados a partir de los ítems de la escala de estado del State Trait Anxiety Inventory. Para evaluar el estado de hostilidad, los ítems fueron extraídos de una traducción que se hizo de las escalas de estado de la Escala de Ira Estado-Rasgo. A pesar de algunas limitaciones, en general estos instrumentos son instrumentos bien establecidos y que han demostrado tener unos adecuados índices de fiabilidad y validez. (29,30).

Cada ítem de la escala se valora de 0 a 10 puntos en función del paciente y, tras sumar directamente la puntuación de los cuatro adjetivos correspondientes a cada subescala y dividir la suma por 4, se obtienen cuatro puntuaciones entre 0-10 que cuantifican los estados de ánimo triste-depresivo, ansioso, alegre e iracundo-hostil de la persona evaluada en el momento en que se administró el instrumento. En concreto, para la obtención de la puntuación de la subescala de tristeza-depresión habría que sumar las puntuaciones de los ítems “melancólico”, “alicaído”, “apagado” y “triste” (ítems 4,7,10 y 16); para la obtención de la puntuación de la subescala de ansiedad habría que sumar las puntuaciones de los ítems “nervioso”, “tenso”, “ansioso” e “intranquilo” (ítems 1,5,9 y 13); para la obtención de la puntuación de la subescala de ira-hostilidad habría que sumar las puntuaciones de los ítems “irritado”, “enojado”, “molesto” y “enfadado” (ítems 2,8,11 y 14), y, finalmente, para la obtención de

la puntuación de la subescala de alegría habría que sumar las puntuaciones de los ítems “alegre”, “optimista”, “jovial” y “contento” (ítems 3,6,12 y 15). (30,31)

2.3 Marco contextual.

La unidad de medicina familiar número 31 se encuentra ubicada en la delegación Iztapalapa, una zona urbana que cuenta con una población de 9, 209,944 personas según datos del INEGI,(32) equivalente a una quinta parte de la población de la Ciudad de México, con una edad promedio de 31 años, tiene a una población en su mayoría de bajos recursos, el 35% vive en situación de pobreza, con una educación promedio de la población de 15 años y más de 10.2 años, con una gran cantidad de madres solteras, que son el sostén de su hogar, y de una gran cantidad de trabajadores del comercio informal que representan el 45% de la actividad económica de la alcaldía, la población empleada percibe ingresos equivalentes a dos salarios mínimos (10 dólares americanos).(33)

En Iztapalapa persisten dinámicas delictivas que limitan el desarrollo sostenible, entre 2015 y 2020, la violencia familiar registró un aumento del 47.5%, mientras que delitos como el abuso sexual (141%) y la violación (94%) tuvieron un aumento de más del doble.

Existe un alto consumo de alcohol y drogas que afecta principalmente a la población joven, el consumo de drogas usualmente comienza entre los 12 y los 18 años; la marihuana, los inhalantes y el crack, son las principales drogas consumidas. Existen también problemas urbano-ambientales agudos como una escasa dotación de los servicios urbanos básicos y problemas de salud

causados por el descuido ambiental, solo una cuarta parte de las colonias de Iztapalapa cuentan con servicio de agua las 24 horas de día. (34)

Se registraron 153,018 casos positivos de COVID-19 en la alcaldía Iztapalapa, siendo las personas entre 25 y 29 años el grupo más afectado, seguido del grupo de 30 a 34 años, con 7,930 defunciones, de los cuales el 39.3% padecía hipertensión arterial, el 34% diabetes mellitus, el 21.3% obesidad, el 6.55% falla renal crónica y el 9,54% era fumador, siendo las personas entre 65 y 69 años las más afectadas. (33)

3.- JUSTIFICACIÓN.

Desde diciembre de 2019 la pandemia mundial de COVID-19 ha llamado la atención por su apresurada difusión, y las medidas que se han tomado por su aparición han repercutido severamente en el aumento de las enfermedades mentales y psicológicas, siendo unas de las más reportadas la depresión y el estrés postraumático.

La depresión en el adulto supone un importante problema de salud pública debido a su prevalencia, a la afectación en la calidad de vida del paciente, así como a su estructura familiar y social; además de su identificación como uno de los principales factores de riesgo de suicidio.

Por todo ello, la depresión se considera de gran importancia no solo para el sistema sanitario, sino también para la sociedad, debido a que se trata de un padecimiento complicado, ya que intervienen en su aparición múltiples

circunstancias tanto personales como sociales, entre las que destacan el nivel socioeconómico bajo, prejuicios sociales, violencia, adicciones y las enfermedades crónico-degenerativas.

A pesar de todo lo anterior, el infradiagnóstico e infratratamiento continúa siendo un desafío en el manejo de la depresión, ya que un importante porcentaje de pacientes no acuden a consultar sus síntomas de depresión, aunado a todo ello, es conocida la variabilidad en su manejo clínico, con diferentes actitudes terapéuticas, de derivación o de seguimiento y el elevado porcentaje de pacientes que responden inadecuadamente al tratamiento o tienden a la recurrencia.

Por todas estas razones es que es de suma importancia intentar identificar de forma temprana y oportuna los estados de ánimo de nuestros pacientes y evitar su evolución a una enfermedad mental crónica como la depresión mayor, lo cual se puede realizar en el primer nivel de atención utilizando instrumentos validados para nuestra población, fáciles y rápidos de aplicar, que nos permitan evidenciar a la población en riesgo para poder ofrecer un seguimiento más estricto, personal y en caso de requerirse, así como continuar con pruebas diagnósticas y de ser necesario, un tratamiento escalonado entre la atención primaria y la especializada, valorando la mejor opción terapéutica, de derivación o de seguimiento.

4.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La creciente prevalencia de depresión en los últimos años la posicionan como un problema de salud pública en nuestro país, ya que se asocia con una elevada morbi-mortalidad, generando a su vez elevados costos en los sistemas de salud, por ello la importancia de una identificación oportuna y establecimiento de un tratamiento adecuado.

Sabemos que las emociones son inducidas por ciertos estímulos que activan un sistema de respuesta y pueden ser positivas o negativas, las cuales al presentarse de forma muy intensa y repetitiva nos predisponen a ciertos estados de ánimo y cuando estos estados de ánimo se presentan con una frecuencia importante en la vida de una persona, pueden condicionar que se presenten afecciones neuropsiquiátricas con mayor frecuencia e intensidad en ese paciente, volviéndola una patología crónica, con repercusiones importantes a nivel personal, familiar, social y de salud pública, que van a depender de forma importante de las características socioeconómicas y familiares en las que se desenvuelven los pacientes, las cuales también repercutirán de forma directa en su evolución y tratamiento.

Por lo anterior nos hacemos la siguiente pregunta ¿Cuál es del estado de ánimo que predomina en los pacientes que padecieron COVID-19?

5.- OBJETIVOS.

5.1 Objetivo General.

Hacer la detección del estado de ánimo que predomina en los pacientes que tuvieron COVID-19

5.2 Objetivo Específicos.

- Identificar el estado de ánimo que predomina por sexo
- Conocer el grupo de edad donde predomina la tristeza como estado de ánimo
- Conocer la ocupación de los pacientes en los que predomina la tristeza como estado de ánimo.

6.- HIPÓTESIS.

La tristeza es el estado de ánimo que más predomina en los pacientes que padecieron COVID-19.

7.- MATERIAL Y MÉTODO

7.1 Periodo y sitio de estudio.

El presente estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar Número 31, en un periodo de 3 meses.

7.2 Universo de trabajo.

Pacientes usuarios de la Unidad de Medicina Familiar Numero 31 ubicada en la delegación Iztapalapa, que comprende aproximadamente una población de 299,304 mil derechohabientes, de donde se tomó una muestra de los pacientes que tuvieron COVID-19 de forma confirmada a través de una prueba rápida nasofaríngea, de anticuerpos o PCR durante el año 2021.

7.3 Unidad de análisis.

Se evaluó al paciente directamente a través de la aplicación de una encuesta con una duración aproximada de 5 minutos.

7.4 Diseño de estudio.

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal en los usuarios de la unidad de Medicina Familiar Numero 31 que tuvieron COVID-19 durante el año 2021.

7.5 Criterios de selección

7.5.1. Criterios de inclusión:

- Ser usuario de la unidad de Medicina Familiar 31
- Sexo indistinto
- Tener entre 20 y 59 años de edad
- Haber cursado con COVID-19 durante el 2021
- Haberse realizado prueba confirmatoria de COVID-19 (Prueba rápida o PCR)
- Aceptar realizar la encuesta
- Firmar el consentimiento informado

7.5.2.- Criterios de exclusión.

- Tener diagnóstico de algún trastorno mental.
- Estar en tratamiento de alguna enfermedad psicológica o psiquiátrica

7.5.3.- Criterios de eliminación.

- No contestar completamente la encuesta.
- Pacientes que decidieron abandonar el estudio.

7.6.- CONTROL DE CALIDAD

7.6.1.- Maniobra para evitar y controlar sesgos

Para el Sesgo de Selección, en este estudio se controló ya que el investigador realizó la selección de los pacientes a través de los criterios de inclusión.

Para el sesgo de membresía (de pertenencia), en este estudio se controló al elegir pacientes sin que influyera su ocupación, religión o raza.

Para el sesgo de información o medición, en este estudio se controló, ya que fue el investigador quien interrogó directamente a los pacientes.

Para el sesgo de falta de sensibilidad de un instrumento, en este estudio se controló, con la elección de un instrumento validado y con una sensibilidad ampliamente demostrada.

Para el sesgo de detección, en este estudio se controló con el uso de un instrumento previamente validado y bien estandarizado en cuanto a la toma de datos y su posterior análisis para clasificación de los resultados.

Para el sesgo del entrevistador, en este estudio se controló siendo el mismo investigador quien entrevistó a los pacientes apegándose al instrumento elegido, y realizando previamente una muestra piloto.

Para el sesgo de obsequiosidad, en este estudio se controló realizando las preguntas previamente establecidas de forma sistemática, sin cambios durante la entrevista.

7.6.2.- Prueba piloto

Se realizó previamente la aplicación de la encuesta a 10 pacientes con la finalidad de comprobar que el instrumento que fuera aplicado de forma clara para ellos y que el investigador recolectara la información de forma uniforme.

8.- MUESTREO.

La selección de la muestra se realizó utilizando un muestreo no probabilístico por casos consecutivos con el fin de seleccionar a la población de estudio de acuerdo a la disposición que se tuvo en el momento en el que se recopiló la información.

8.1.- Cálculo de tamaño de muestra.

Se llevó a cabo un estudio de tipo no aleatorizado por casos consecutivos, descriptivo, de una población finita conocida de 8,654 pacientes que cursaron con Enfermedad por COVID-19 y que pertenecen a la Unidad de Medicina Familiar No 31. La prevalencia de la depresión en México por la Pandemia de Sars-Cov-2 es de 19.7%, con una aceptación de error del 4%, por lo que se utilizó la siguiente fórmula para proporciones, para poblaciones finitas:

$$n: \frac{N Z^2 pq}{d^2 (N-1) + Z^2 pq}$$

Dónde:

n= Muestra

N= Total de la población a estudiar

Z= Índice de riesgo deseado (para una confianza del 95%, la Z es de 1.96)

p= Prevalencia del fenómeno en estudio

q= 1- prevalencia

d= Precisión del estudio (2-10%, más usados; 4 y 8), en este caso se utilizó una precisión del 4%

Datos

n=Muestra

N= 8,654 pacientes con COVID-19

Z= $(1.96)^2$ de tablas= 3.8416

p= 19.7% (0.19)

q= 1 -0.197=0.80

$d^2 = (0.04)^2 = 0.0016$

SUSTITUCIÓN:

$$n = \frac{(8,654)(1.96)^2 (0.19) (0.80)}{(0.04)^2 (8,654-1) + (1.96)^2 (0.19) (0.80)}$$

$$n = \frac{(8,654) (3.84) (0.19) (0.80)}{(0.0016) (8653) + (3.8416)(0.19)(0.80)}$$

$$n = \frac{4986.37}{14.4287}$$

$$n = 345.5 \text{ pacientes} = \underline{346 \text{ pacientes}}$$

9.- VARIABLES.

Variables sociodemográficas

- Edad

- Sexo
- Estado civil
- Escolaridad
- Ocupación

Variable principal de estudio

- Estado de animo

9.1.- Operacionalización de variables

- Variables sociodemográficas

Nombre de la variable: Edad

Definición conceptual: Es el periodo transcurrido en días, meses o años cumplidos, entre la fecha de nacimiento de la persona y la fecha de aplicación de la encuesta.

Definición operacional: Edad en años expresada por el paciente.

Tipo de variable: Cuantitativa

Escala de medición: Discontinua

Indicador: edad en años

Nombre de la variable: Sexo

Definición conceptual: Es la condición orgánica que distingue a las personas en hombres y mujeres.

Definición operacional: Características fenotípicas que observemos en el paciente.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Indicador: 1) Femenino 2) Masculino

Nombre de la variable: Estado civil

Definición conceptual: Es la situación de la persona de doce años o más, en relación con las leyes y costumbres matrimoniales, y se refiere a aquella en la que se encuentra la persona en el momento de la encuesta, se incluyen tanto las situaciones de derecho como de hecho.

Definición operacional: Se le preguntó su estado civil a cada paciente.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Indicador: 1) Casado, 2) Soltero, 3) Viudo, 4) Divorciado, 5) Unión libre, 6) Separado, 7) Madre o padre solteros.

Nombre de la variable: Escolaridad

Definición conceptual: Último grado académico cursado hasta el momento de la encuesta.

Definición operacional: Se le preguntó el último grado académico que haya cursado.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Indicador: 1) Sabe leer y escribir, 2) Primaria, 3) Secundaria, 4) Técnica, 5) Preparatoria, 6) Profesional.

Nombre de la variable: Ocupación

Definición conceptual: Tipo de trabajo, oficio o tarea específica que desarrolla la persona ocupada en su trabajo principal.

Definición operacional: Se le preguntó al paciente la actividad, trabajo u oficio que desempeña.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Indicador: 1) Desempleado, 2) Empleado, 3) Subempleado, 4) Jubilado o pensionado, 5) Estudiante, 6) Hogar.

- Variable principal del estudio.

Nombre de la variable: Estado de ánimo

Definición conceptual: Humor o tono sentimental, agradable o desagradable que acompaña a una idea o situación y se mantiene por algún tiempo.

Definición operacional: Se le preguntó al paciente su estado de ánimo a través de la encuesta EVEA, que valora los estados de ánimo triste-depresivo, ansioso, alegre e iracundo-hostil de la persona.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Indicador: 1) tristeza/depresión, 2) ansiedad, 3) ira/hostilidad, 4) alegría

10.- DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Con previa autorización del estudio por el Comité Local de Investigación y de las autoridades de la Unidad de Medicina Familiar Numero 31, se acudió a la sala de espera de consulta externa durante el turno matutino, entre las 8:00 horas y las 14:00 horas, donde se invitó a participar a los usuarios de la unidad que cumplieran con los criterios de inclusión para el estudio, con la previa explicación y firma del consentimiento informado, posteriormente se realizó la aplicación de la encuesta EVEA realizando una serie de preguntas bien establecidas por el instrumento y que tuvo una duración de aproximadamente 5 minutos, de una muestra de pacientes, previamente calculada mediante un muestreo no probabilístico por casos consecutivos por la disposición de población de estudio durante la recolección de la información.

Una vez obtenidos los datos de los pacientes en estudio se procesarán utilizando el programa estadístico SPSS versión 22.0 para llevar a cabo la elaboración de los respectivos cuadros y gráficos de cada variable para un mejor entendimiento de los resultados obtenidos y finalmente se procedió a la interpretación de dichos resultados, para conocer el estado de ánimo predominante en la población y se realizaron las conclusiones del presente estudio.

Previamente se realizó una prueba piloto de la aplicación de la encuesta EVEA a 10 pacientes, que se aplicó en la sala de espera de la consulta externa en la unidad de medicina familiar N.31 durante el turno matutino, entre las 8:00 a las 14 horas, por 3 días, realizando 3 encuestas por día, con la previa explicación y autorización del consentimiento informado.

11.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Para el análisis univariado:

Se realizó un análisis descriptivo de las variables:

-Para variables cualitativas: se utilizó frecuencias y proporciones

-Para la variable cuantitativa: Se aplicaron las pruebas de normalidad, con resultados con libre distribución: se utilizó mediana (como medida de tendencia central) y rangos intercuartiles (como medida de dispersión).

Para el análisis bivariado:

- En resultados con distribución libre, se utilizó Chi cuadrada.

Para realizar el análisis de los datos obtenidos en el presente estudio se utilizaron los programas estadísticos Excel versión 10 y SPSS versión 21.0.

12.- CONSIDERACIONES ÉTICAS.

12.1.- Con base en el Reglamento de la Ley General de salud

En materia de investigación para la salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, se someterá a este proyecto, de acuerdo a lo establecido en el **artículo 16.-** En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice, ya que los datos obtenidos serán resguardados durante el desarrollo y publicación del presente estudio, tomando en cuenta **el artículo 17**, en su categoría **I.-Investigación con riesgo mínimo.-** Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 MI. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio

margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros, *ya que durante el desarrollo del presente estudio se aplicó un cuestionario con una duración de aproximadamente 5 minutos*, se tomaron en cuenta los **artículo 20.**- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se sometió, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna, y el **artículo 21.**- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, *previo a la aplicación de la encuesta de este estudio, se extendió y explicó el consentimiento informado a cada participante.*

12.2.- Declaración de Helsinki

De la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, de la 59ª asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008, en su apartado 3 y 6.- El deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica; El bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener primacía sobre todos los intereses, lo cual se hizo durante el desarrollo del presente estudio, *ya que se utilizaron los resultados obtenidos para prevenir complicaciones en caso los casos en que se detectaron, así mismo con lo establecido en sus principios básicos a todos los participantes de este estudio se les explicó y aplicó el consentimiento informado, respondiendo de forma detallada las dudas que presentaron.*

12.3.- El informe Belmont

Fue publicado el 30 de septiembre de 1978; Explica y unifica los principios éticos básicos de diferentes informes de la Comisión Nacional y las regulaciones que incorporan sus recomendaciones. Los tres principios éticos fundamentales para usar sujetos humanos en la investigación son: Respeto a

las personas: protegiendo la autonomía de todas las personas y tratándolas con cortesía, respeto y teniendo en cuenta el consentimiento informado; Beneficencia: maximizar los beneficios para el proyecto de investigación mientras se minimizan los riesgos para los sujetos de la investigación, Justicia: usar procedimientos razonables, no explotadores y bien considerados para asegurarse que se administran correctamente (en términos de costo-beneficio). *El presente estudio se basó en los tres principios éticos de respeto, beneficencia y justicia, ya que se solicitó el llenado del consentimiento informado, además de tener riesgos mínimos en la investigación, ya que solo se utilizó una encuesta con una duración máxima de 5 minutos.*

12.4.- CIOMS

Es el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, una organización internacional no gubernamental que mantiene relaciones oficiales con la Organización Mundial de la Salud (OMS), fundado en 1949, dio inicio a su labor sobre la ética en la investigación biomédica a fines de los años setenta. Desde entonces se dispuso, preparar las pautas para proporcionar principios éticos aceptados a nivel internacional y comentarios detallados sobre la manera de aplicar principios éticos universales, con especial atención a la investigación en entornos de escasos recursos, con base en ellos se cumplió con la Calificación del personal de investigación, *ya que fue solo el investigador quien recogió la información directamente de los pacientes, en cuanto al respeto de los derechos y el bienestar, como ya se ha comentado en apartados anteriores se le aplicó a los participantes previamente un consentimiento informado debidamente explicado y respondiendo sus dudas sobre el mismo, cuando se obtuvo toda la información y fue analizada se realizó la transmisión de los resultados de la investigación, sin importar cuales fueron estos en los diferentes foros de difusión con los que se cuenta en la unidad.*

12.5.- Código de Núremberg

Fue publicado el 20 de agosto de 1947, como producto del Juicio de Núremberg (agosto 1945 a octubre 1946), en el que, junto con la jerarquía nazi, resultaron condenados varios médicos por gravísimos atropellos a los derechos humanos. Dicho texto tiene el mérito de ser el primer documento que planteó

explícitamente la obligación de solicitar el Consentimiento Informado, *teniendo en cuenta las recomendaciones que se hacen en él, durante el presente estudio se realizó la aplicación del consentimiento informado a todos los pacientes que decidieron aceptar su participación, se realizó por personal científicamente capacitado, en el caso en que en medio del desarrollo del cuestionario los participantes decidieron abandonar su participación contaron con toda la libertad de hacerlo, y al realizarse con un instrumento ya validado puede replicarse el estudio en otras poblaciones con resultados similares, con lo cual cumple su función de servir a la sociedad.*

12.6.- Código de bioética en Medicina Familiar (IMSS)

El médico familiar adquiere así el compromiso moral de cumplir con deberes y responsabilidades con el individuo sano o enfermo, la familia y la sociedad. Con el desarrollo del conocimiento propio de esta especialidad, así como con sus colegas y demás profesionales de la atención a la salud, en el marco de un auténtico humanismo. *En este estudio se adquirió la responsabilidad con los pacientes de obtener el conocimiento sobre su estado de ánimo, y en los casos en que los resultados obtenidos demostraron que su salud estaba en mayor riesgo que la del resto de la población para desarrollar trastornos del estado de ánimo, se hizo de su conocimiento dicha situación para tomar acciones según fue necesario.*

13.- RESULTADOS

Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo, de una población de 8,654 con diagnóstico de Covid-19 durante el año 2021, con una muestra calculada para poblaciones finitas de 346 pacientes, recolectada a través de un muestreo aleatorizado por casos consecutivos entre los 20 y 59 años de edad, en quienes se midieron cinco características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, escolaridad y ocupación) que se obtuvieron de la ficha de identificación y el estado de ánimo que se midió a través de la Escala Valoración del Estado de Animo (EVEA), del cual se obtuvieron los siguientes datos.

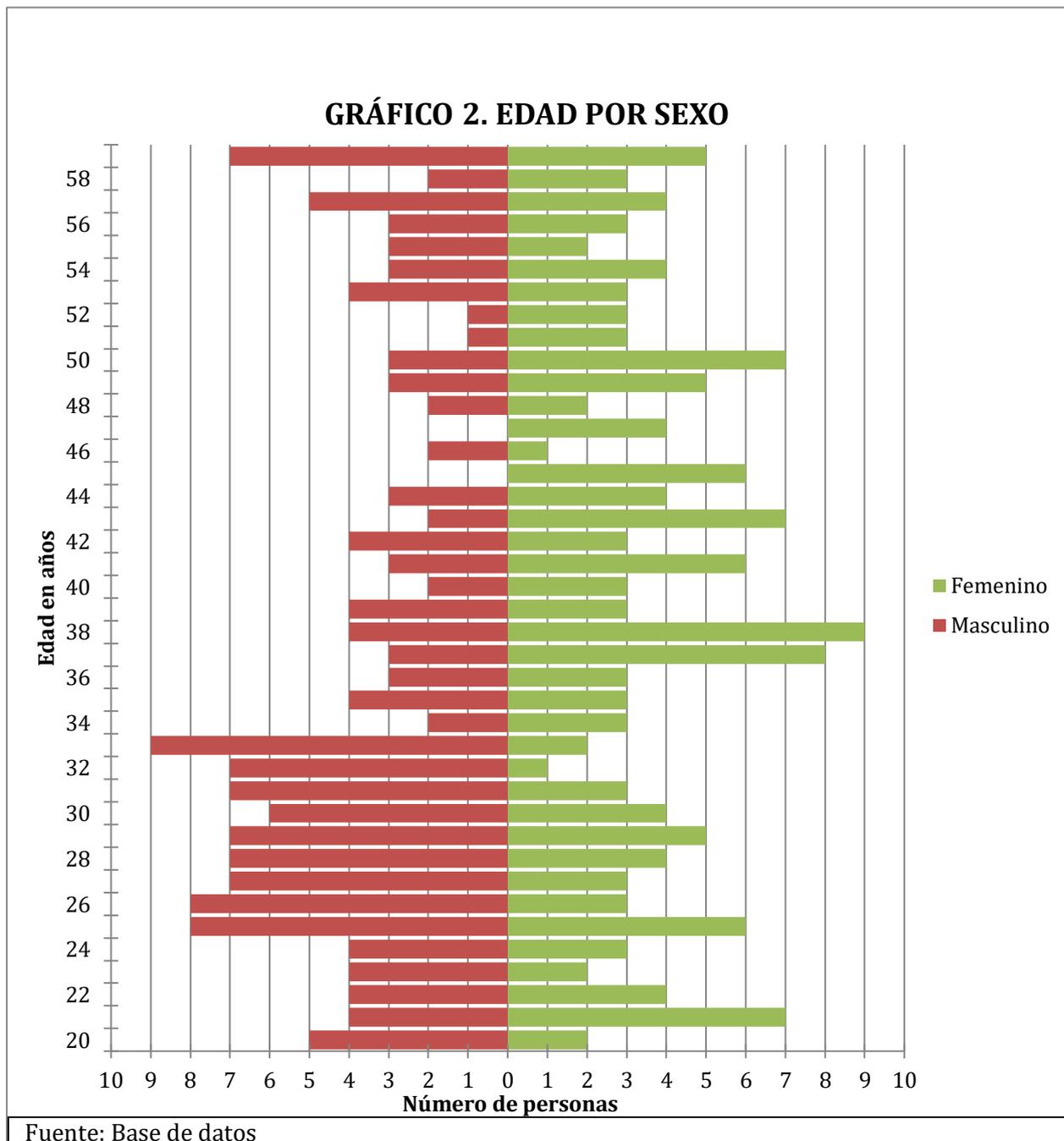
Cuadro 1. Características sociodemográficas de la población en estudio

VARIABLE		ESTADISTICA DESCRIPTIVA	
		Mediana	RIQ
Edad en años		35.5	(27.7,46.0)
		Frecuencia	Porcentaje (%)
Sexo	Femenino	186	53.8
	Masculino	160	46.2
Estado civil	Casado	90	26.0
	Soltero	101	29.2
	Viudo	12	3.5
	Divorciado	15	4.3
	Unión libre	99	28.6
	Separado	14	4.0
	Madre o padre soltero	15	4.3
	Escolaridad	Sabe leer y escribir	14
	Primaria	59	17.1
	Secundaria	84	24.3
	Técnica	81	23.4
	Preparatoria	83	24.0
	Profesional (universidad)	25	7.2
Ocupación	Desempleado	0	0
	Empleado	256	74.0
	Subempleado	17	4.9
	Jubilado o pensionado	26	7.5
	Estudiante	25	7.2
	Hogar	22	6.4
Estado de animo	Tristeza	84	24.3
	Ansiedad	92	26.6
	Ira/hostilidad	63	18.2
	Alegría	107	30.9

Fuente: Base de datos

En relación a los aspectos sociodemográficos se encontró que de los 346 pacientes, se tiene un predominio del sexo femenino con 186 personas (53.8%), sobre 160 personas (46.2%) del sexo masculino (se utilizó frecuencia y porcentaje por ser variable cualitativa) (Tabla y Gráfico 1).

Respecto a la población en general, se obtuvo una mediana de edad de 35.5 años, con rangos intercuartílicos de (27.5,46.0) (se utilizó mediana por ser una variable cuantitativa con resultado de distribución libre con forme a la prueba de normalidad de Kolmogorov- Smirnov con valor de 0.001)(Cuadro 1) ,aunque la cantidad más alta de hombres con 9 personas la encontramos en la edad de 33 años, mientras que el de las mujeres es de 26 años, con 26 personas (Gráfico 2).

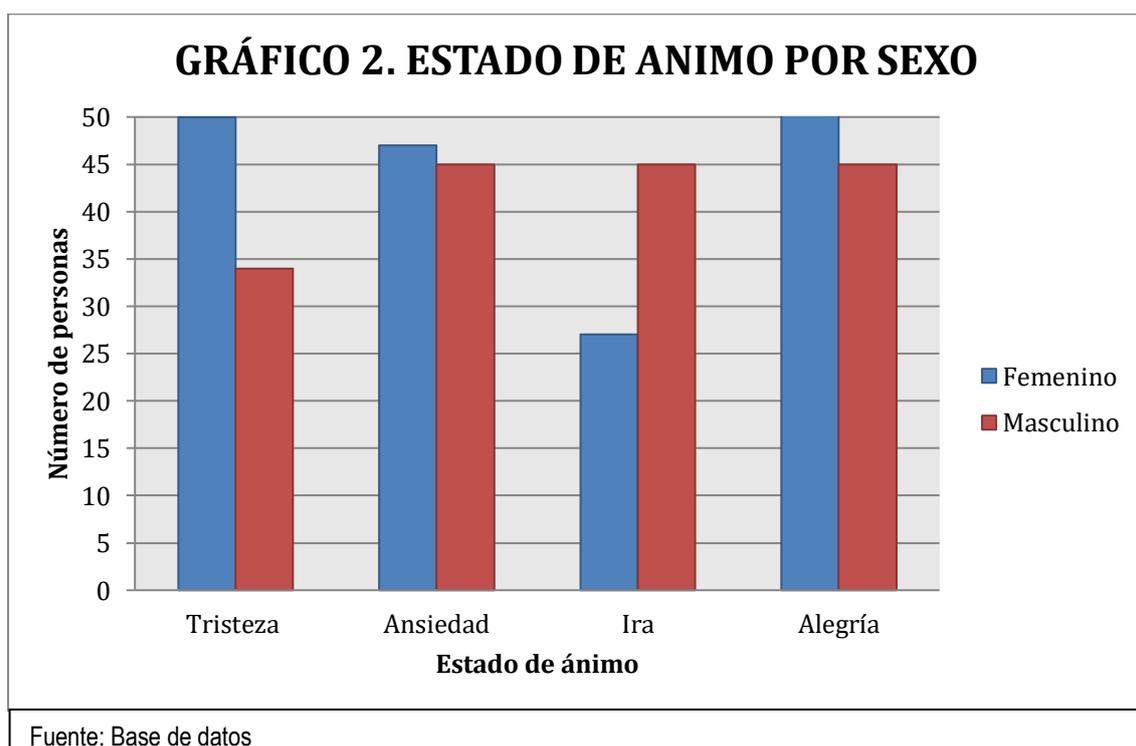


En cuanto al estado civil fue en su mayoría soltero con 101 personas (29.2%), seguido de la unión libre con 99 personas (28.6%), y la minoría fueron los viudos con 12 personas (3.5) (Cuadro 1).

En lo referente a la escolaridad la frecuencia más alta se encontró con el 24.3% (84 personas) que concluyeron la secundaria, mientras la más baja fue del 4% (14 personas) que solo saben leer y escribir (Cuadro 1).

En relación a la ocupación se obtuvo que 256 personas que representan el 74% son empleados y 17 personas, que representan solo el 4.9% son subempleados (Cuadro 1).

En lo referente a la variable principal que es el estado de ánimo se encontró que en esta población predomina la alegría con 107 personas (30.9%), de los cuales 62 son mujeres y 45 hombres, seguido de la ansiedad con 92 personas (26.6%), 47 mujeres y 45 hombres, en tercer lugar encontramos a la tristeza con 84 personas (24.3%), de ellos 50 son mujeres y 34 hombres, y finalmente tenemos a la ira con 63 personas (18.2%), con 27 mujeres y 45 hombres (Cuadro 1).



La edad donde predomina la tristeza como estado de ánimo es a los 37 años con 6 personas (7.1%), en cuanto a la ocupación el rubro más afectado por la tristeza como estado de ánimo es el de los empleados con 66 personas (78.6%).

14.- DISCUSIÓN

Los datos obtenidos en el presente estudio concuerdan con los datos reportados por el INEGI y la ENSANUT 2020 sobre la población en la alcaldía Iztapalapa, ya que existe una cantidad mayor de mujeres con el 53.8%, que de hombres con el 46.2%, se difiere un poco en la edad media ya que en nuestra población estudiada fue de 35.5 años, mientras que la reportada para esta población es de 31 años.

Situación que también concuerda con los datos reportados de casos positivos de Covid-19, ya que el grupo más afectado fue entre los 25 y 29 años, seguidos del grupo de 30 a 34 años, y los datos reportados en nuestra población para el grupo de mujeres fue de 26 años y de 33 años para los hombres.

Para el estado civil se difiere un poco en lo encontrado en nuestra población con lo reportado por el INEGI, ya que en nuestro estudio se obtuvo una mayoría de solteros con 29.2%, seguido de la unión libre con 28.6%, mientras la minoría con un 3.5% fueron viudos, y lo reportado es una prevalencia de madres solteras de 77.1%.

En cuanto a la escolaridad lo reportado para nuestra población es un promedio de 10.2 años de estudio, es decir secundaria completa, dato con el que concuerda nuestro estudio, ya que en este rubro se obtuvo una frecuencia de 84 personas, es decir un 24.3%, siendo la mayoría de nuestra población.

Respecto a la ocupación lo reportado para la alcaldía Iztapalapa es el 45% de trabajo informal lo que predomina, sin embargo en nuestro estudio la ocupación predominante fue la de los empleados con un 74% de nuestra población

estudiada, probablemente debido a que muchos de los trabajadores informales no se encuentran afiliados a seguridad social en el IMSS.

Se encontró que el estado de ánimo predominante en nuestra población de estudio fue la alegría con un 30.9%, lo que difiere de lo reportado por la Encuesta Nacional de Salud 2020 sobre Covid-19 con un aumento de la depresión posterior a la infección por SARS-COV-2, lo que rechaza nuestra hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula, esto puede deberse a diversos factores, entre los que destacan el tiempo post infección, la gravedad del cuadro con el que se cursó, la necesidad o no de hospitalización, la presencia de secuelas o las pérdidas ocasionadas por la enfermedad.

Finalmente se aplicó la prueba estadística Chi cuadrada para evaluar la relación entre nuestras variables edad, ocupación y estado de ánimo, de la cual se obtuvo que los 37 años son la edad donde predomina la tristeza como estado de ánimo con lo que se pudo constatar una asociación entre la edad y el estado de ánimo ($\chi^2=154.8$, $p=0.011$), que coincide con lo reportado de un aumento de la depresión en la población después de los 20 años.

Para la relación de la ocupación con el estado de ánimo se obtuvo que la tristeza predomina en los empleados con un 78.6% ($\chi^2=27.55$, $p=0.006$), que lo hace estadísticamente significativo.

15.- CONCLUSIONES

Debido a que las enfermedades mentales son multifactoriales es de suma importancia detectar los factores de riesgo generales que tienen como población, además de individualizar la situación de cada persona que puede llevar a presentar dicha patología o agravar la misma, entre los que destacan la condición social, las relaciones personales y familiares, el estrato socioeconómico, adicciones, enfermedades crónicas o agudas.

Como pudimos observar dos rubros importantes que son condicionantes para presentar tristeza como estado de ánimo son la edad y la ocupación, es por ello

que debemos tener una estrecha vigilancia de cada persona mientras mayor cantidad de años tenga, además de vigilar el estrés, desgaste físico y emocional que le produce el trabajo que desempeña.

Los resultados evidenciaron en el presente estudio que el padecer Covid-19 no es estadísticamente significativo para presentar la tristeza como estado de ánimo predominante en la población que la padeció, por lo menos durante un lapso de un año posterior a haber presentado la infección por SARS-COV2.

16.- RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS

Con base en los resultados plasmados en el presente trabajo, se sugiere a la comunidad médica y de investigadores evaluar, considerar e incidir en todos los factores mencionados que podrían influir en presentar la tristeza como estado de ánimo.

Evaluar otras características más específicas de los factores sociodemográficos que podrían influir en presentar la tristeza como estado de ánimo, como lo podría ser el tipo de trabajo que se desempeña, el tiempo de trabajo que tienen al día los pacientes, actividades recreativas que realizan, estrato socioeconómico al que pertenecen, el tipo de familia que tienen, la cantidad de hijos, etc.

Debido a que se trata de una situación multifactorial el estado de ánimo, se podría delimitar más el tiempo post infección de Covid-19 para saber si en realidad es significativo el haber padecido esta infección y se relaciona con algún estado de ánimo.

17.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- BMJ Best Practice. Clinical decision support for health professionals [Internet]. Enfermedad de coronavirus 2019 (COVID-19) - Síntomas, diagnóstico y tratamiento | BMJ Best Practice; [consultado el 20 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://bestpractice.bmj.com/topics/es-es/3000201>
- 2.- Noticias ONU [Internet]. Las muertes por COVID-19 en todo el mundo serían entre 6,8 y 10 millones, dos o tres veces superiores a las reportadas;

[consultado el 17 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2021/05/1492332>

3.- Organización Mundial de la Salud. Desarrollo Sostenible [Internet]. Salud; [consultado el 10 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>.

4.- WHO | World Health Organization [Internet]. Un informe de la OMS pone de relieve el déficit mundial de inversión en salud mental; [consultado el 12 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/08-10-2021-who-reporthighlights-global-shortfall-in-investment-in-mental-health>

5.- Gobierno de México. gob.mx [Internet]. Género y Salud en Cifras, Vol. 15 Núm. 2. Mayo - Agosto 2017; [consultado el 20 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/cnegsr/documentos/genero-y-salud-en-cifras-vol-15-num2-mayo-agosto-2017>

6.- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19. Resultados nacionales. [Internet]. 2021 [consultado el 28 de septiembre de 2021]:12-3. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2020/doctos/informes/ensanutCovid19ResultadosNacionales.pdf> REALIZADO PROGRAMADO

7.- Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19 Resultados nacionales. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [Internet]. 1 de agosto de 2020 [consultado el 16 de agosto de 2021]:25-27-28-30-35-154. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_info_rme_final.pdf

8.- Teruel BG, Gaitán RP, Leyva PG, Pérez HV. Depresión en México en tiempos de pandemia [Internet]. Ciudad de México: Coyuntura demográfica. Revista sobre los procesos demográficos hoy; 2021 [consultado el 1 de junio de 2021]. 8 p. Disponible en: <http://coyunturademografica.somede.org/depresion-en-mexico-en-tiempos-depandemia/>.

9.- ENSANUT [Internet]. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición - 100K; [consultado el 4 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut100k2018/index.php>

10- Dirección General de Comunicación Social: DGCS: [Internet]. De cada 100 mexicanos, 15 padecen depresión; Boletín UNAM-DGCS-455. 26 de junio del

2019. [Consultado el 28 de junio de 2021]. Disponible en: https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2019_455.html#:~:text=En%20M%C3%A9xico,%2015%20de%20cada,Andr%C3%A9s%20Fern%C3%A1ndez%20Medina,%20subdirector%20de

11.- APM [Internet]. Depresión: en 2020 será la enfermedad mental principal en México; [consultado el 15 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://asociacionpsicoanaliticamexicana.org/depresion-en-2020-sera-la-principalcausa-de-discapacidad-en-mexico/>.

12.- gob.mx [Internet]. IMJUVE prepara estrategia para prevenir la depresión juvenil; [consultado el 23 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.mx/imjuve/prensa/imjuve-prepara-estrategia-para-prevenir-ladepresion-juvenil>

13.- Díaz CF, Toro MA. SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. Salud [Internet]. 2020 [consultado el 18 de octubre de 2021]; 24(3):184-5. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096519/covid-19.pdf>

14.- Wu T, Jia X, Shi H, Niu J, Yin X, Xie J. Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders. Elsevier [Internet]. 15 de febrero de 2021 [consultado el 17 de agosto de 2021]; 281:91-8. Disponible en: <https://doi.org/http://10.1016/j.jad.2020.11.117>

15.- Adhanom GT. WHO | World Health Organization [Internet]. WHO DirectorGeneral's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020; Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2020 [consultado el 15 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-directorgeneral-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

16.- Gorbalenya AE, Baker SC, Baric RS, de Groot RJ, Drosten C, Gulyaeva AA, et al. The species severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019- nCoV and naming it SARS-CoV-2. Nat Microbiol 2020; 5:536-544. [consultado el 14 de julio de 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41564-020-0695-z>.

- 17.- Pal M, Berhanu G, Desalegn C, Kv R. Severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2): An update. *Cureus* 2020; 12: e7423. [consultado el 14 de julio de 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.7759/cureus.7423>.
- 18.- Chan JFW, Kok K-H, Zhu Z, Chu H, To KKW, Yuan S, et al. Genomic characterization of the 2019 novel human-pathogenic coronavirus isolated from a patient with atypical pneumonia after visiting Wuhan. *Emerg Microbes Infect* 2020; 9:221-236. [consultado el 14 de julio de 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/22221751.2020.1719902>
- 19.- Pal M, Berhanu G, Desalegn C, Kv R. Severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2): An update. *Cureus* 2020;12:e7423. [consultado el 15 de julio de 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.7759/cureus.7423>.
- 20.- Guo YR, Cao QD, Hong ZS, Tan YY, Chen SD, Jin HJ, et al. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak - an update on the status. *Mil Med Res* 2020;7:11. [consultado el 18 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40779-020-00240-0>.
- 21.- Van CL, Giang HT, Linh LK, Shah J, Van SL, Hung TH, et al. The first Vietnamese case of COVID-19 acquired from China. *Lancet Infect Dis* 2020;20:408-409. [consultado el 14 de septiembre de 2021]. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30111-0](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30111-0).
- 22.- World Health Organization (WHO). Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Situation Report–31. Ginebra, Suiza: WHO; 2020. p. 7. Acceso 18 de marzo de 2021. Disponible en https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situationreports/20200220-sitrep31-covid-19.pdf?sfvrsn=dfd11d24_2
- 23.- Wang M, Zhao Q, Hua C, Wanga Y, Caoa J, Huang S, et al. Of psychological disorders in the COVID-19 epidemic in China: A real world cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders*. Elsevier [Internet]. 15 de febrero de 2021 [consultado el 29 de julio de 2021];281:312-20. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.118>
- 24.- Forte G, Favieri F, Tambelli R, Casagrande M. COVID-19 Pandemic in the Italian Population: Validation of a Post-Traumatic Stress Disorder Questionnaire and Prevalence of PTSD Symptomatology. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 10 de junio de 2020

[consultado el 26 de agosto de 2021];11(4151). Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17114151>

25.- Wang Y, Palanichamy Kala M, Jafar TH. Factors associated with psychological distress during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on the predominantly general population: A systematic review and meta-analysis. NCBI [Internet]. 28 de diciembre de 2020 [consultado el 26 de agosto de 2021];15(12):0244630. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7769562/>.

26.- Chacón BF, Corral PJ, Castañeda VC. Relación entre actividad física, estados de ánimo y género en personas adultas. European Journal of Health Research [Internet]. 2017 [consultado el 21 de octubre de 2021];3(3):163-71. Disponible en: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/80485/2017%20EJHR%20AF%20y%20estados%20de%20animos.pdf;sequence=1&isAllowed=y>

27.- Gallardo VR. Naturaleza del Estado de Ánimo. Revista Chilena de Neuropsicología [Internet]. 2006 [consultado el 25 de agosto de 2021];1(1):29-40. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179317886004>

28.- Baena ZA, Sandoval VMA, Urbina TCC, Juárez NH, Villaseñor BSJ. Los trastornos del estado de ánimo. Revista Digital Universitaria [Internet]. 2005 [consultado el 16 de octubre de 2021];6(11):1-14. Disponible en: http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/nov_art110.pdf

29.- del Pino ST, Peñate W, Bethencourt JM. La escala de valoración del estado de ánimo (evea): análisis de la estructura factorial y de la capacidad para detectar cambios en estados de ánimo. Dialnet [Internet]. 2010 [consultado el 23 de junio de 2021];36(153-154):19-32. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3743085>

30.- Sanz J. Escala de valoración del estado de ánimo (EVEA) [Internet]. Madrid: [Universidad Complutense de Madrid]; 2001 [consultado el 2 de junio de 2021]. 7 p. Disponible en: https://www.ucm.es/data/cont/docs/39-2013-04-19-Ficha%20tecnica_EVEA.pdf

31.- Leon SC. “El impacto emocional en los familiares de los pacientes con demencia vascular, que acuden a la consulta externa de neurología del Hospital Manuel Ygnacio Monteros del less de Loja. Periodo diciembre 2014-junio 2015.” [Tesis Doctoral En Internet]. Ecuador: Universidad Nacional De

Loja; 2015. 61 p. Disponible en:
<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/14043/1/CRISTINA%20NATHALI%20LEON%20SANCHEZ.pdf>

32.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) [Internet]. México en cifras; 4 de marzo de 2020 [consultado el 24 de octubre de 2021]. Disponible en:
<https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=09007#tabMCcollapseindicadores>

33.- Data México [Internet]. Iztapalapa: Economía, empleo, equidad, calidad de vida, educación, salud y seguridad pública | Data México; [consultado el 30 de octubre de 2021]. Disponible en:
<https://datamexico.org/es/profile/geo/iztapalapa?covidByRangeAgeOption=positiveOption&covidMetricSelector=perCapitaOption&covidSelector=deceasedAcmeOption>

34.- La Evaluación de la Gobernanza de la Seguridad Urbana. Reporte Iztapalapa 2021. [Internet]. Ciudad de México, Iztapalapa: UNODC. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.; 2021 [consultado el 13 de octubre de 2021]. 203 p. Disponible en:
https://www.unodc.org/documents/Urbansecurity/210521_EGSU_Iztapalapa_Espanol.pdf

18.- ANEXOS

18.1 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMF 31**

“DETECCIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO PREDOMINANTE EN LOS PACIENTES QUE TUVIERON COVID-19”

* *Angélica Guadalupe Hernández Acevedo.* ** *Teresa Alvarado Gutiérrez.* *** *Aguilar de la Cruz Hugo*

*Médico Residente de Primer Año de Medicina Familiar.

** Coord. Clín. De Educ e Inv en Salud.

*** Asesor clínico Medico Familiar

HOJA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Aplique el cuestionario al paciente que cumpla con las siguientes características:(CRITERIOS DE INCLUSION)

- 1.- Paciente masculino o femenino
- 2.- Con edad de 20 a 59 AÑOS.
- 3.- Que haya cursado con COVID-19 durante el año 2021
- 4.- Que cuente con prueba COVID-19 positiva
- 5.- Que no tenga diagnóstico o esté en tratamiento de trastorno mental.
- 6.- Que acepte participar en el estudio después de solicitarle consentimiento informado por escrito

No llenar

1	No. de Registro: _____ FOLIO _____	I _ I I _ I I _ I
2	Fecha (dd/mm/aa) ____ _ / ____ / ____ / ____	
3	Nombre: _____ Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)	
4	Numero de Seguridad Social: _____	
5	Teléfono: _____	
6	Turno: 1.- Matutino 2.- Vespertino	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7	Número de Consultorio:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8	Edad En años cumplidos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9	Sexo: 1.- Femenino 2.- Masculino	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10	Estado Civil 1.-Casado, 2.-Soltero, 3.-Viudo, 4.-Divorciado, 5.-Unión libre, 6.-Separado, 7.- Madre o padre solteros	<input type="checkbox"/>
11	Escolaridad 1.-Sabe leer y escribir, 2.-Primaria, 3.-Secundaria, 4.-Técnica 5.-Preparatoria, 6.-Profesional	<input type="checkbox"/>
12	Ocupación: 1.-Desempleado, 2.-Empleado, 3.- Subempleado, 4.-Jubilado o pensionado, 5.- Estudiante, 6.-Hogar	<input type="checkbox"/>
13	Estado de ánimo: 1.-Tristeza/depresión, 2.-Ansiedad, 3.- Ira/hostilidad, 4.-Alegria	<input type="checkbox"/>
GRACIAS POR SU COLABORACION		

18.2.- Consentimiento informado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UMF 31

"Detección del estado de ánimo predominante en los pacientes que tuvieron COVID-19"

* **Angélica Guadalupe Hernández Acevedo.** ** **Teresa Alvarado Gutiérrez.** *** **Aguilar de la Cruz Hugo**

*Médico Residente de Segundo Año de Medicina Familiar. ** Coord. Clín. De Educ e Inv en Salud.

*** Asesor clínico Medico Familiar



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)

Nombre del estudio:	"Detección del estado de ánimo predominante en los pacientes que tuvieron COVID-19"
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar Numero 31, ___/___/2022
Número de registro institucional:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	El responsable del trabajo me ha informado que el presente estudio es necesario debido a la escasa información que existe en la literatura médica sobre el estado de ánimo que predomina en los pacientes que padecieron COVID-19.
Procedimientos:	Estoy enterado que se me aplicará el cuestionario de Evaluación del Estado de Ánimo para conocer mi estado de ánimo actual.
Posibles riesgos y molestias:	El responsable del trabajo me ha explicado que derivado de responder la encuesta y conocer mi estado de ánimo podría presentar molestias como tristeza, malestar o incomodidad.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Entiendo que se me otorgará una copia del resultado del cuestionario y con así conoceré mi estado de ánimo, lo que me permitirá identificar de forma rápida y oportuna alguna alteración del mismo que pueda desencadenar un trastorno mental.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El responsable del trabajo se ha comprometido a responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca del procedimiento que se llevara a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación, además se me informara sobre mi estado de ánimo y en que condición se encuentra.
Participación o retiro:	Es de mi conocimiento que seré libre de abandonar este estudio de investigación en el momento que así lo desee. En caso de que decidiera retirarme, la atención que como derecho-habiente recibo en esta institución no se verá afectada
Privacidad y confidencialidad:	El investigador me ha asegurado, que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.
Declaración de consentimiento:	
Después de haber leído y habiéndoseme explicado todas mis dudas acerca de este estudio:	
<input type="checkbox"/>	No acepto participar en el estudio.
<input type="checkbox"/>	Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por _5_ años tras lo cual se destruirá la misma.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigadora o Investigador Responsable:	Teresa Alvarado Gutiérrez. 99383047. Unidad de Medicina Familiar No. 31. 56860236 extensión 21481. teresa.alvarado@imss.gob.mx
Colaboradores:	Angélica Guadalupe Hernández Acevedo. 97389944. Unidad de Medicina Familiar No. 31.5540130033. angelica_hernandez920917@gmail.com Hugo Aguilar de la Cruz. 97153747. Unidad de Medicina Familiar No. 20. 55 35741662.nomada1101@gmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx	
Nombre y firma del participante	Angélica Guadalupe Hernández Acevedo Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio. Clave: 2810-009-013	

18.3 Instrumento



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMF 31

“DETECCIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO PREDOMINANTE EN LOS PACIENTES QUE TUVIERON COVID-19”

* Angélica Guadalupe Hernández Acevedo. ** Teresa Alvarado Gutiérrez. *** Aguilar de la Cruz Hugo

* Médico Residente de Primer Año de Medicina Familiar.

** Coord. Clín. De Educ e Inv en Salud.

*** Asesor clínico Médico Familiar

EVEA

A continuación, encontrarás una serie de frases que describen diferentes clases de sentimientos y estados de ánimo, y al lado unas escalas de 10 puntos. Lee cada frase y rodea con un círculo el valor de 0 a 10 que indique mejor cómo te **SIENTES AHORA MISMO**, en este momento. No emplees demasiado tiempo en cada frase y para cada una de ellas elige una respuesta.

	Nada		Mucho
Me siento nervioso	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Me siento irritado	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Me siento alegre	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Me siento melancólico	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Me siento tenso	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Me siento optimista	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Me siento alicaído	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Me siento enojado	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Me siento ansioso	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Me siento apagado	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Me siento molesto	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Me siento jovial |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Me siento intranquilo |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Me siento enfadado |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Me siento contento |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Me siento triste |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

© Jesús Sanz, 1993. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid

Para obtener el resultado se suman los cuatro ítems de cada estado de ánimo, se divide el resultado entre 4 y se anota el resultado, el que tenga un número mayor es el estado de ánimo predominante.

Ítems	Puntuación	Ítems	Puntuación	Ítems	Puntuación	Ítems	Puntuación
Tristeza- depresión		Ansiedad		Ira- hostilidad		Alegría	
4		1		2		3	
7		5		8		6	
10		9		11		12	
16		13		14		15	
Total	___/4=	Total	___/4=	Total	___/4=	Total	___/4=