



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 28 "GABRIEL MANCERA"

PROPUESTA DE ANTEPROYECTO CON MOTIVO DE TESIS, PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN LA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

**"PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ANSIEDAD ASOCIADO A PANDEMIA POR COVID-19 EN
PACIENTES GERIÁTRICOS DE LA UMF 28 "GABRIEL MANCERA" IMSS"**

Presentado por:

Karen Rubí Rodríguez Cárdenas

Residente de la Especialidad de Medicina Familiar

Matrícula: 97379576

Adscripción: Unidad Médica Familiar Número 28 "Gabriel Mancera" Gabriel Mancera 800, Del Valle Centro, 03100

Ciudad de México, CDMX

Sitio de trabajo: Consulta

Externa

Tel. 5579581368 **FAX:** Sin faxe-mail:

pzzkareen@gmail.com

Asesor:

Nombre: Vega Blancas Juan Luis

Matrícula: 98389710

Adscripción: Unidad Médica Familiar Número 28 "Gabriel Mancera" Gabriel Mancera 800, Del Valle Centro, 03100

Ciudad de México, CDMX

Sitio de trabajo: Consultorio de Medicina Familiar **Tel:** 5617494529 **Fax:** Sin fax **e-mail:** luis_drvega@outlook.es

Cd. De México, junio 2023

Núm. De registro (R-2022-3703-067)



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.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACION 3 SUR
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACION DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28 “GABRIEL MANCERA”
CIUDAD DE MÉXICO**

**COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
AUTORIZACIÓN DE TESIS.**

**“PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ANSIEDAD ASOCIADO A PANDEMIA POR
COVID-19 EN PACIENTES GERIÁTRICOS DE LA UMF 28 “GABRIEL MANCERA”
IMSS”**

**Dr. Daniel Ernesto Navarro Villanueva
Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”**

**Dra. Yarenis Santiago Escobar
Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud**

**Dra. Rosa María Salinas Alvarado
Profesora Titular de la especialización de Medicina Familiar UMF No. 28**

ASESORES DE TESIS

**Asesor clínico y metodológico:
Dr. Juan Luis Vega Blancas
Médico especialista en Medicina Familiar de la UMF 28**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3703.
UMED FAMILIAR NUM 21

Registro COFEPRIS 17 CE 09 017 017
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 003 20190403

FECHA Miércoles, 21 de diciembre de 2022

Dr. Juan Luis Vega Blancas

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ANSIEDAD ASOCIADO A PANDEMIA POR COVID-19 EN PACIENTES GERIÁTRICOS DE LA UMF 28 "GABRIEL MANCERA" IMSS** 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-2022-3703-095

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 MAZA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3703

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

A través de este trabajo, quiero agradecer a Dios, por permitirme llegar a este punto de mi vida y de mi carrera profesional, a la vida por la magia de estar aquí y a quienes han estado siempre aquí conmigo, en las buenas, en las malas y en las peores: mi familia, a mis abuelos que son mi motor día a día, a Fernanda por ser mi ejemplo de resiliencia y valentía y a mi compañero en esta vida, mi hermano José Karlos, quien hace que me esfuerce por dar lo mejor de mí. A aquellas personas que la vida pone en mi camino durante la travesía para enseñarme de ella e ir evolucionando: GRACIAS.

Sin embargo quiero hacer una mención especial a las personas más importantes en mi vida: mis padres; a mi madre, por su amor incondicional, a mi padre quien es mi superhéroe, ustedes han sido siempre el motor que impulsa mis sueños y esperanzas, quienes estuvieron siempre a mi lado en los días y noches más difíciles durante mis horas de estudio. Siempre han sido mis mejores guías de vida. Hoy cuando concluyo mis estudios, les dedico a ustedes este logro amados padres, como una meta mas conquistada. Orgullosa de haberlos elegido como mis padres y que estén a mi lado en este momento tan importante.

Gracias por ser quiénes son y por creer en mí.

Esto no podría ser posible sin el Dr. Juan Luis Vega Blancas, un ejemplo como Médico Familiar y ser humano, durante esta travesía me apoyo, a través de su conocimiento y experiencia se concluyó. Gracias por su tiempo y su paciencia.

ÍNDICE

	Página
1. RESUMEN.....	8
2. INTRODUCCIÓN.....	9
3. ANTECEDENTES.....	10
3.1 Marco epidemiológico.....	10
3.2 Marco conceptual.....	18
3.3 Marco contextual.....	20
4. JUSTIFICACIÓN.....	21
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	23
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	23
6. OBJETIVOS.....	24
6.1 General.....	24
6.2 Específicos.....	24
7. HIPÓTESIS	24
8. MATERIAL Y MÉTODOS.....	24
8.1 Periodo y sitio de estudio.....	24
8.2 Universo de trabajo.....	25
8.3 Unidad de análisis.....	25
8.4 Diseño de estudio.....	25
8.5 Criterios de selección.....	25
8.5.1 Criterios de inclusión.....	25
8.5.2 Criterios de exclusión.....	25
8.5.3 Criterios de eliminación.....	25
9. MUESTREO.....	25
9.1 Cálculo del tamaño de muestra.....	26
10. VARIABLES.....	27
9.1 Operacionalización de variables.....	27

11. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.....	31
12. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	31
13. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	31
13.1 Aspectos de bioseguridad.....	35
13.2 Conflictos de interés.....	35
14. RECURSOS.....	36
14.1 Humanos.....	36
14.2 Materiales.....	36
14.3 Económicos.....	36
14.4 Factibilidad.....	36
15. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	36
16. BENEFICIOS ESPERADOS Y USO DE RESULTADOS.....	37
17. MANIOBRAS PARA EVITAR SEGSOS.....	37
18. RESULTADOS.....	38
19. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	43
20. CONCLUSIONES.....	44
21. BIBLIOGRAFÍA.....	45
22. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	50
23. REFERENCIA A MÉDICO TRATANTE.....	51
24. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	52
25. ANEXOS.....	53
25.1 Hoja de recolección de datos.....	53
25.2 Índice Geriátrico de Ansiedad.....	54

1. RESUMEN

“PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ANSIEDAD ASOCIADO A PANDEMIA POR COVID-19 EN PACIENTES GERIÁTRICOS DE LA UMF 28 “GABRIEL MANCERA” IMSS”

**Dra. Karen Rubí Rodríguez Cárdenas **Dr. Juan Luis Vega Blancas,*

**Residente de la Especialidad de Medicina Familiar*

*** Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar en UMF Número 28 “Gabriel Mancera” IMSS*

Antecedentes: *La estimación de la prevalencia de síntomas de ansiedad entre los adultos mayores con diferentes condiciones de salud otorgan información de la población durante la pandemia de la enfermedad por SARS CoV-2 puesto que los efectos del confinamiento a largo plazo tras el inicio de la pandemia por COVID-19 pueden ser más desfavorables en los adultos mayores. En la actualidad hay más de 13 millones de adultos mayores de 60 años en México, en este contexto una amenaza significativa para la calidad de vida y la autonomía de nuestros mayores es la discapacidad que genera la ansiedad.*

Objetivo:

Identificar la prevalencia de trastorno de ansiedad asociado a la Pandemia por COVID-19 en pacientes geriátricos de la UMF 28 Gabriel Mancera IMSS.

Material y método:

Se realizará un estudio observacional, transversal y descriptivo en el cual participarán 384 derechohabientes mayores de 65 años del Instituto Mexicano del Seguro Social correspondientes a la Unidad de Medicina Familiar número 28 “Gabriel Mancera”. Se interrogará nombre completo, variables sociodemográficas y comorbilidades. Se aplicarán el Inventario de Ansiedad Geriátrica en un tiempo de 10 minutos. Finalmente se analizará la asociación entre la presencia de ansiedad, con el confinamiento vivido por la COVID19 en los adultos mayores.

Experiencia del grupo y tiempo a desarrollarse: *Se cuenta con asesor metodológico y clínico. Previa autorización, se realizará en el trascurso de los siguientes seis meses. El financiamiento será absorbido por el Médico Residente.*

Palabras clave: *COVID 19, salud mental, pandemia, morbilidad, ansiedad, adulto mayor.*

2. INTRODUCCIÓN

La estimación de la prevalencia de síntomas de ansiedad entre los adultos mayores con diferentes condiciones de salud otorgan información de la población durante la pandemia de la enfermedad por SARS CoV-2 puesto que los efectos del confinamiento a largo plazo tras el inicio de la pandemia por COVID-19 pueden ser más desfavorables en los adultos mayores. Con base a la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018, en el país residen 15.4 millones de adultos mayores de 60 años en México, en este contexto una amenaza significativa para la calidad de vida y la autonomía de nuestros mayores es la discapacidad que genera la ansiedad. ⁽¹⁾

Por otra parte, el acceso limitado a los sistemas de salud y calidad de atención medica heterogénea a este respecto propician un diagnóstico tardío, las personas mayores con ansiedad tienen un desempeño más deficiente , aumentando así la percepción de tener mala salud, la utilización de servicios médicos y los costos de asistencia sanitaria.⁽¹⁾

El Trastorno de Ansiedad Generalizada descrito también como “el gigante geriátrico silencioso” es caracterizado por una preocupación excesiva y persistente, la cual resulta difícil de controlar, llega a causar angustia y deterioros significativos en quien lo manifiesta, aunado a ellos otros síntomas físicos o somáticos como aumento de fatiga y tensión muscular o bien síntomas psicológicos como irritabilidad y aprehensión, presentes al menos por un periodo de 6 meses. ⁽²⁾

La prevalencia a nivel mundial oscila del 3.8% al 25%, en México es del 5.7%, sin embargo la presencia de síntomas de ansiedad en adultos mayores sin cumplir con los criterios para el diagnóstico de trastorno de ansiedad va de un rango de 15% y hasta el 50%; los síntomas por ansiedad son comunes en estados de emergencia de salud pública y aislamiento social, desafortunadamente las cifras antes mencionadas no revelan las cifras desde el inicio de la pandemia por COVID-19, dado que no existen aún suficientes estudios a nivel nacional que notifiquen la prevalencia de este trastorno psiquiátrico.

Este proyecto se realiza para identificar la prevalencia y relación que guarda el confinamiento por la Pandemia por COVID-19 y la presencia de síntomas por ansiedad que llegan a presentar la población, y así poder desarrollar estrategias de prevención y diagnóstico oportuno, evitando de esta manera las consecuencias a largo plazo que esto podría causar.

3. ANTECEDENTES

3.1. Marco epidemiológico.

A finales del 2019, se dio a conocer la existencia de un nuevo coronavirus provocando casos de neumonía en Wuhan, China, una ciudad de la provincia china de Hubei. Dicho virus se propagó rápidamente, con más de 9,700 casos confirmados en China y 106 casos en otros 19 países, se declaró el brote como una emergencia de salud pública de importancia internacional el 20 de enero de 2020 y como epidemia el 11 de marzo de 2020; se trataba del coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo "SARS-CoV-2. En febrero de 2020 fue denominado como COVID-19 por la Organización Mundial de la Salud. ⁽³⁾

Entre el periodo comprendido del 31 de diciembre del 2019 y el 4 de febrero de 2020, se notificaron un total de 20,630 casos confirmados en 24 países, el 99% de ellos siendo registrados en China, posteriormente la llegada del SARS-CoV 2 en la Región de las Américas se identificó en el estado de Washington, Estados Unidos de América el 21 de enero de 2020. ⁽²⁾ En México el primer caso por COVID 19 fue registrado el 27 de febrero de 2020 en la Ciudad de México se trataba de un mexicano que había viajado recientemente a Italia, posteriormente más casos fueron detectados durante el mismo mes, no fue hasta el 11 de marzo de 2020 que la Organización Mundial de la Salud clasificó a la COVID -19 como Pandemia ⁽⁵⁾

Hasta el día de hoy el total de casos a nivel mundial oscila a los 427,317,469, sumando a la fecha 5,904,329 fallecimientos, de acuerdo a los datos registrados por cada país al Centro de Ciencia e Ingeniería de Sistemas de la Universidad Johns Hopkins. ⁽⁶⁾

La Enfermedad por Coronavirus 19 (COVID 19) es una enfermedad infectocontagiosa producida por el *coronavirus* del síndrome respiratorio grave agudo (SARS CoV-2).⁽⁷⁾

Los Coronavirus son una familia de virus llamados así por su superficie similar a una corona de espinas, que pertenecen a la subfamilia Coronavirinae, se trata de un virus con genoma ARN de cadena simple, sentido positivo de la cual se tienen registrados 4 grupos; alfa, beta, gama y delta, de los cuales el grupo alfa y beta producen la mayoría de los resfriados comunes y solo los del grupo beta han estado relacionados con el síndrome respiratorio grave agudo. Los coronavirus contienen 4 proteínas estructurales; proteína S (Spike) la cual interviene en la fijación y en la fusión del virus a la célula del huésped; la proteína N (Nucleocapside; la proteína M (membrana); y la proteína E (Envoltura).⁽⁸⁾

La transmisión se da principalmente de persona a persona por contacto con secreciones respiratorias, y por gotitas de Flügge principalmente durante episodios de tos o estornudos y se replica de forma eficiente en el tracto respiratorio. El inicio de los síntomas es variable, y puede ir de dos a doce días, y algunos artículos lo extienden hasta catorce días o dos semanas.⁽⁸⁾

Al principio de la infección, el SARS-CoV-2 se dirige a las células entre las que se encuentran las nasales y bronquiales, a través de la proteína S, la cual se une al receptor de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2). Mientras que la serina proteasa transmembrana tipo 2 (TMPRSS2) la cual se encuentra presente en las células del huésped, promueve la captación viral al escindir ACE2 y activar la proteína S del virus SARS-CoV-2, que se encarga de mediar la entrada del virus a las células del huésped; ACE2 y TMPRSS2 se expresan en las células diana, particularmente en las células epiteliales alveolares tipo II.⁽⁹⁾

Hasta marzo 19 del 2020 había 213,254 casos confirmados con 8843 muertes, estimando un r_0 entre 2-3, mientras que el r_0 de la influenza estacional es de aproximadamente 1.3, lo que significa que cada persona confirmada por COVID 19

tiene la capacidad de contagiar hasta 3 personas. Se ha demostrado que pacientes asintomáticos y pacientes que presentan síntomas pueden contener la misma carga viral lo que explica el gran potencial de trasmisión del virus. ⁽¹⁰⁾

De acuerdo al 34° informe epidemiológico de la situación de COVID-19 hasta el 25 de Octubre de 2021, emitido por la Dirección General de Epidemiología en México se habrían registrado 3,748,448 casos en los cuales se incluían casos y defunciones con asociación clínica-epidemiología desde la semana epidemiológica 1 del 2020 a las semana 43 de 2021, en donde los estados que acumulaban el mayor número de casos se enlistan a continuación: Ciudad de México, Estado de México, Nuevo León, Guanajuato, Jalisco, Tabasco, Puebla, Veracruz, Sonora y San Luis Potosí, concentrando en los estados antes mencionados el 66% de todos los casos acumulados por COVID-19, a todo ello destaca la Ciudad de México representando el 26% de casos totales por dicha enfermedad, la distribución por sexo fue registrada en mujeres con un 50.1% mientras que los hombres con un 49.9%, siendo la mediana de edad 39 años. ⁽¹¹⁾

El diagnóstico se realiza mediante tres tipos de pruebas principalmente: ⁽¹⁰⁾

1. Pruebas de amplificación de ácido nucleico (Por ejemplo, reacción en cadena de la polimerasa de transcripción inversa [RT-PCR]): Es la prueba principal utilizada para diagnosticar COVID-19 activo, se realiza en muestra de vías respiratorias superiores o inferiores.
2. Pruebas de antígeno: Utilizadas para diagnosticar infección por SARS-CoV 2 en fase activa, aunque presentan menor sensibilidad que las pruebas de amplificación de ácido nucleico, su rendimiento es variable, se realizan en hisopos nasofaríngeos o nasales.
3. Serología: Estas últimas miden los anticuerpos contra el SARS-CoV-2, cuya utilidad principal es identificar COVID-19 en el pasado, sin embargo han presentado reactividad cruzada con otro coronavirus.

El espectro clínico es demasiado amplio, así pues, puede ir desde pacientes asintomáticos, pacientes con síntomas leves, hasta pacientes con síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA), shock e incluso la muerte, sobre todo en

pacientes mayores o con enfermedades subyacentes. Por esa razón es de suma importancia realizar un correcto triage respiratorio ya que muchos pacientes se deterioran rápidamente después de un periodo de síntomas leves, por lo que es necesario la temprana estratificación del riesgo de estos pacientes.

Los principales síntomas de COVID 19, son fiebre (83%-99%), tos (59%-82%), anorexia (40%-84%), disnea (31%-40%) y mialgias (11%-35%), otros síntomas menos frecuentes son disfagia, congestión nasal, cefalea y anosmia. ^(10,11)

La mayoría de los pacientes desarrolla una enfermedad leve (81%), pero el 14% desarrolla una enfermedad moderada, 5% enfermedad grave y el 2.3% muere. ^(10,11)

El tratamiento depende del estado de gravedad para poder tomar decisiones acerca de los medicamentos antivirales, terapia específica, manejo para apoyo de complicaciones e incluso soporte orgánico avanzado, si es necesario. ⁽¹²⁾

Ahora bien, entendido el fenómeno de la COVID-19, que sirve de antecedente próximo para enlazar con Trastorno de Ansiedad, es necesario mencionar al paciente geriátrico, como parte fundamental de este estudio.

El envejecimiento de la población esta a punto de convertirse en una de las transformaciones sociales mas significativas del siglo XXI; el Informe Mundial sobre el Envejecimiento y Salud del 2015 define a las personas mayores como aquellas que han superado la esperanza de vida media al nacer, considerando la diversidad en los modos de envejecer, en un esfuerzo por eliminar ideas preconcebidas y a los cambios demográficos en el mundo. En México, de acuerdo con la encuesta intercensal, en el 2015, la población de personas mayores era del 10.4 % de la población mexicana total (SEDESOL, 2017), y se estima que para el 2030 sea del 14.6 %. Se estima que el número de personas de 80 años o más se triplicará, de 143 millones en 2019 a 426 millones en 2050.

La ENADID en 2018 reportó que el número de personas de 60 años o más que reside en México es de 15.4 millones, cifra que representa 12.3% de la población total. La mayoría de ellos (47.9%) vive en hogares nucleares (formado por un solo

núcleo familiar: puede incluir a una pareja con o sin hija(o)s solteros o un jefe o jefa con hija(o)s solteros), casi cuatro de cada diez (39.8%) residen en hogares ampliados (un solo núcleo familiar o más, y otras personas emparentadas con él o ellos) y 11.4% conforman hogares unipersonales; es decir viven solos. ^(13,14)

Se estima que a nivel mundial, el 20% de las personas mayores de 60 años sufren algún trastorno neuropsiquiátrico, la OMS refiere que los trastornos mentales no son debidamente diagnosticados y por ende tratados

La aparición de una enfermedad altamente contagiosa obligo al confinamiento de la población en casi todas partes del mundo, causando un aumento de los problemas de salud mental en todo el mundo, siendo los adultos mayores >65 años un grupo particularmente vulnerable para sufrir consecuencias negativas, entre ellos la ANSIEDAD, siendo que ello aumenta el riesgo de complicaciones agudas o agravamiento de enfermedades crónicas preexistentes ⁽¹⁵⁾

El Trastorno de Ansiedad Generalizado de acuerdo a la Asociación Americana de Psiquiatría se define con ansiedad y preocupación excesiva sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades que se prolongan mas de 6 meses, se trata del trastorno psiquiátrico más visto por el médico general con una prevalencia entre la población general de alrededor del 3 % y entre el 5-7 % entre los pacientes que acuden a la consulta de atención primaria. Además, es un padecimiento que presenta la más alta prevalencia en personas de entre 40-50 años y en menor grado en la población mayor de 60 años, la identificación en esta población es baja debido a la características clínicas de presentación, y la frecuente problemática social que enmascara o complica las manifestaciones del trastorno de ansiedad generalizada y no es posible diagnosticarla de manera adecuada. Las mujeres son 2 veces más afectadas por este cuadro que los hombres y el TAG declina su incidencia conforme avanza la edad en hombres, pero se incrementa en las mujeres. ^(16,17)

De acuerdo con información de la OMS, se calcula que, en el 2015, la proporción de la población mundial con trastornos de ansiedad fue de 3.6 %, siendo más común en mujeres que en hombres (4.6 % en contraste con 2.6 %, a nivel

mundial); el número total estimado de personas con trastornos de ansiedad en el mundo era de 264 millones en el 2015, lo que refleja un aumento de 14.9 % desde el 2005 a consecuencia del crecimiento y el envejecimiento de la población. ⁽¹⁶⁾

El Trastorno de Ansiedad Generalizada se trata de una enfermedad crónica con una gravedad fluctuante de los síntomas; generalmente tiene un inicio gradual con la aparición, sin embargo en adultos mayores el TAG de inicio tardío probablemente es el trastorno de ansiedad más común entre la población adulta mayor, la característica esencial es una “angustia libre flotante”. Además de presentar temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. ^(17,18)

El Trastorno de Ansiedad Generalizado está asociada a consecuencias cardiovasculares y mayor mortalidad de la misma causa, asociado a enfermedad coronaria e hipertensión arterial; se asocia a mayor tasa de trastornos del sueño, depresión y mayor gravedad de la misma, mayor discapacidad y aumenta el riesgo de caídas en el adulto mayor. ^(17,19)

El diagnóstico puede resultar desafiante, ya que los síntomas pueden sugerir otros diagnósticos o afecciones médicas, por lo tanto se debe realizar una historia clínica detallada, exploración física y en ocasiones realizar estudios de laboratorio complementarios para descartar causas orgánicas de ansiedad. ⁽¹⁵⁾

De acuerdo a los criterios diagnósticos de la Asociación Americana de Psiquiatría mencionados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales requieren la presencia de: ⁽¹⁸⁾

- A. Ansiedad y preocupación excesivas (esperanza aprensiva), sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres o más de los seis síntomas siguientes, algunos de los cuales han persistido más de 6 meses:

- Inquietud o impaciencia
- Fatigabilidad fácil
- Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
- Irritabilidad
- Tensión muscular
- Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño o sensación al despertarse no reparador)

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría). La ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el trascurso de un trastorno por estrés posttraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos de una sustancia (drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el trascurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

El tratamiento es a través de terapia cognitivo-conductual y farmacoterapia, se han descrito mayores beneficios al combinar ambos manejos, por un lado la terapia cognitivo-conductual es un tratamiento efectivo en el cual se utilizan ejercicios de

razonamientos o experiencias reales para facilitar la reducción de síntomas y mejorar el funcionamiento, las sesiones generalmente se llevan en un tiempo de 10-15 horas, las cuales son individuales, semanales o quincenales con tareas y dependiendo de la gravedad de los síntomas, otras comorbilidades y el número de componentes utilizados en la terapia es posible aunar sesiones. ⁽²⁰⁾

En adultos mayores se sugiera la terapia cognitivo-conductual grupal puesto que fomenta la interacción con otros, aumentando la eficacia. El efecto esperado de acción tiene una latencia de 2-4 semanas, se recomienda valorar la duración del tratamiento de acuerdo con el control de los síntomas en un lapso entre 12 a 24 semanas, y la toma de decisiones respecto a las siguientes metas: ⁽²¹⁾

- Remisión: Al menos 70% de mejoría o reducción en la sintomatología desde el principio del tratamiento.

- Mejoría: Al menos 50% de mejoría o reducción en la sintomatología desde el principio del tratamiento.

- Respuesta Parcial: 25-49% de mejoría o reducción en la severidad de los síntomas desde el principio del tratamiento

- No Respuesta: Menos del 25% de mejoría o reducción en la sintomatología desde el principio del tratamiento.

En tanto al tratamiento farmacológico se prefiere los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina como primera línea, la selección de los fármacos se basa en los efectos secundarios, además de considerarse la polifarmacia, que conllevan a alteraciones en la farmacodinamia y farmacocinética. ⁽²²⁾

3.2 Marco conceptual.

Las emergencias de salud pública pueden afectar la salud, seguridad y bienestar de las personas, causando inseguridad, confusión, aislamiento y estigmas emocionales, secundario a pérdidas económicas, familiares y sociales, desencadenando condiciones psiquiátricas y comportamientos poco saludables.

(23)

Ante la aparición del virus el 31 de Diciembre de 2019, en el que se informa a la OMS sobre un grupo de casos de neumonía vírica, se cumple con una primera etapa; al existir una propagación del virus dentro en un área geográfica específica y que este se mantiene durante cierto tiempo, se da paso a lo que conocemos como epidemia, para finalmente, el día de hoy afrontemos la tercera etapa conocida como pandemia, ya que la propagación del virus ya se encuentra a nivel mundial, ya ha afectado a más de un continente y los contagios que en un principio eran importados, ahora son comunitarios.⁽²³⁾

La aparición de una enfermedad altamente contagiosa obligó al confinamiento de la población en casi todas partes del mundo, causando un aumento de los problemas psicológicos, en particular las personas que contraen la enfermedad, particularmente quienes corren un mayor riesgo de contraerla en adultos mayores un grupo vulnerable para sufrir consecuencias negativas, con mayores tasas de mortalidad registrada, la ANSIEDAD en este grupo etario se considera como “el gigante geriátrico silencioso”; en el cual influyen cambios en la neuropatología relacionados al envejecimiento y factores sociales, tales como las pérdidas, el aislamiento y la soledad, debe ser de vital importancia central los esfuerzos de prevención y detección de estos problemas de salud mental en este grupo de riesgo.⁽²⁴⁾

Los efectos del confinamiento a largo plazo en población mayor a 65 años es de peor pronóstico, puesto que esta población carecen de habilidades en el uso de dispositivos electrónicos, por ende puede cortar en gran medida sus conexiones con el mundo exterior. No se pueden ignorar el impacto de síntomas por ansiedad en adultos mayores, ya que existe una estrecha relación con la fragilidad, la

disminución en el funcionamiento y la calidad de vida, a su vez todo ello incrementando la susceptibilidad al COVID-19. En China fueron analizados los datos de 17 estudios con 11,237 participantes todos ellos adultos mayores de 60 años, tanto sanos como con enfermedades crónicas, donde resalta la prevalencia por síntomas de ansiedad del 14%, 23% y 85% para los pacientes mayores con COVID19, los adultos mayores del público en general y los adultos mayores con enfermedades crónicas, respectivamente, evidentemente la ansiedad fue mucho más frecuente entre los adultos mayores con enfermedades crónicas, entre las enfermedades crónicas presentes en los pacientes fueron hipertensión, enfermedades cardíacas y diabetes.

En encuestas realizadas en línea durante el periodo de Enero a Febrero de 2020, se encontraron síntomas clínicamente significativos de ansiedad, angustia y estrés postraumático en el 36% de adultos, en una encuesta realizada en China donde se incluyeron más de 1210 personas, se encontró que la ansiedad de moderada a grave estaba presente en el 28.8% evaluado mediante la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), donde la mayoría de encuestados pasaron 20-24 horas al día en casa en el 84.7%. ⁽²⁵⁾

Dentro de la patogénesis incluida en los trastornos psiquiátricos que surgen durante la pandemia por COVID-19, se ha encontrado alteración en la función del sistema nervioso central a través de la respuesta inmunitaria inflamatoria, en un estudio transversal realizado durante Abril de 2020 en Reino Unido, donde fueron estudiados n=125 pacientes, el 59% con estado mental alterado cumplieron las definiciones de caso clínico para diagnósticos psiquiátricos clasificadas por un psiquiatra notificante, el 92% de ellos de nueva aparición, donde el 51% eran mayores de 60 años. ⁽²⁶⁾

Los impactos psicológicos negativos que nos deja a consecuencia la pandemia que se vive al día de hoy por COVID-19, no hace pensar en la necesidad de encontrar servicios de salud mental oportunos para adultos mayores y con ello prevenir un brote en enfermedades relacionada a la salud mental, particularmente

en aquellas personas que padecen alguna enfermedad crónica cuya historia natural de la enfermedad puede tener un desenlace fatal sino es detectada en forma oportuna.

Existen diversos instrumentos de detección que apoyan el diagnóstico de ansiedad en la persona mayor dentro de ellos encontramos el Inventario de Ansiedad de Beck, la Escala de Ansiedad de Hamilton, sin embargo dentro de estos instrumentos se han detectado deficiencias en términos de utilidad clínica y psicométrica, sin embargo en un intento por superar las deficiencias en ansiedad, se diseñó un nuevo instrumento específico para uso con adultos mayores, se trata del Inventario de Ansiedad Geriátrica un instrumento que consta de 20 enunciados dicotómicos el cual facilita su uso en el contexto de nivel educativo en los pacientes, y limita la superposición con otros síntomas, de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica tiene una sensibilidad del 90% y una especificidad del 83.3%, se considera como el Gold estándar entre la población adulta mayor, dicho instrumento fue validado en Australia en el año 2007, en un estudio realizado a 452 adultos mayores, en la cual el punto de corte son 8 puntos para la presencia de Ansiedad. ⁽²⁷⁾

3.3 Marco contextual

El presente estudio se realizará en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”, en pacientes geriátricos, esta unidad cuenta con una población mayor a los 65 años de 24,075.

El objetivo de este estudio es identificar la asociación entre el trastorno de ansiedad, en los pacientes geriátricos de la Unidad de Medicina Familiar número 28 “Gabriel Mancera” IMSS y su prevalencia a raíz del virus COVID-19.

El IMSS ha lanzado la guía titulada Diagnóstico y tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada en la persona mayor que tiene como objetivo proporcionar al profesional de la salud las recomendaciones constituidas con la mejor evidencia científica disponible sobre diagnóstico y tratamiento no farmacológico y farmacológico del Trastorno de Ansiedad Generalizada en personas mayores,

constituyendo un instrumento de ayuda para mejorar los estándares de calidad de la atención, proporcionar un uso eficiente de recursos y limitar el impacto médico, social y económico de esta condición médica.

La Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada en la persona mayor forma parte del Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Específico: Evaluación y Gestión de Tecnologías para la Salud, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2019-2024.

Al día de hoy existen pocos estudios sobre el tema, incluso el 14 de agosto de 2020 inició el levantamiento de la encuesta nacional de salud por parte del personal del Instituto Nacional de Salud Pública con relación al COVID-19, sin embargo, esta encuesta no incluye ningún parámetro sobre alguna discapacidad o trastorno sufrido por los adultos mayores a causa del virus, solamente aporta información sobre experiencia familiar sobre la pandemia, la seguridad alimentaria, la calidad en la dieta, el acceso a servicios de salud, así como la medición de anticuerpos de SARSCoV-2 para estimar el porcentaje de la población que ha estado expuesta al coronavirus, por lo que es importante implementar estos estudios que arrojen parámetros de aplicación y, como lo he mencionado, permitan establecer protocolos efectivos de prevención, disminución y control de los trastornos mentales.

4. JUSTIFICACIÓN

Cuando nos referimos al envejecimiento, hablamos de un proceso natural, gradual, continuo e irreversible de cambios a través del tiempo. Estos cambios se dan en el nivel biológico, psicológico y social, y están determinados por la historia, la cultura y las condiciones socioeconómicas de los grupos y las personas. Por ello, la forma de envejecer de cada persona es diferente.

A nivel mundial, aproximadamente el 20% de las personas mayores de 60 años sufren algún trastorno psiquiátrico, entre las más frecuentes se encuentran los trastornos de ansiedad, los cuales ocasionan elevadas cargas económicas para la sociedad e inclusive contribuye a elevar la morbi-mortalidad, disminuyendo la calidad de vida en los pacientes e incrementando los costos del cuidado de la salud.

En la mayoría de los países los trastornos mentales no son debidamente diagnosticados y tratados. El personal sanitario no reconoce los problemas de salud mental en su verdadera dimensión y el estigma hacia estos padecimientos dificulta la búsqueda de ayuda.

Los trastornos de ansiedad (junto con otros trastornos mentales), han sido una pandemia silenciosa a nivel mundial, especialmente en países que no poseen el poder de financiación para poder crear programas efectivos que atiendan esta necesidad social, el brote de COVID-19 que surgió a finales de 2019 y se volvió una crisis (pandemia) mundial, prevaleciendo hasta hoy, ha desencadenado un sinnúmero de escenarios de cuidado, prevención y protección a la salud, no solo médica, sino también emocional (mental), poniendo en evidencia la incapacidad (inicial) de afrontar dicha situación, pero sobre todo, la capacidad de reaccionar y trabajo multidisciplinario que permite la adaptabilidad de la sociedad y por lo tanto la resiliencia ante la situación, creando proyectos, programas y controles que ayuden a atender de manera integral la salud de la población mundial.

El conocimiento de la magnitud por trastorno de ansiedad generalizada que ha propiciado dentro de esta nueva enfermedad por Coronavirus es lo que me ha motivado a desarrollar el presente protocolo de investigación cuya finalidad es reconocer la presencia de trastorno de ansiedad por la sintomatología, determinar la relación que existe entre el sexo, estado civil y la ocupación de los pacientes de la UMF 28 en Ciudad de México, y ver de qué manera se puede apoyar a los

pacientes quienes por lo general acuden a la consulta refiriendo datos de ansiedad somática principalmente.

La idea de este protocolo surge ya que hasta el momento se cuenta con pocas investigaciones de esta patología derivada del contexto actual que vive México y es necesario que se cuente con un antecedente de este trastorno para conocer cómo se ha ido desarrollando en la población seleccionada, y cuáles son las consecuencias mediatas y sobre todo, cómo prevenir de manera adecuada la aparición de este tipo de trastornos o cómo regularlos para lograr estabilidad mental en la población geriátrica.

5. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

Durante el último año la pandemia de COVID-19 ha sacado a la luz un sinfín de secuelas tanto físicas como psicológicas secundario a vivir el confinamiento por dicha enfermedad, dentro de ellos se observó que se asocia con múltiples problemas psiquiátricos en varios grupos, incluyendo la población geriátrica lo cual ha afectado de manera negativa a los pacientes que tienen trastornos psiquiátricos anteriores a la pandemia y pueden tener un mayor riesgo de infección, debido a las dificultades para adherirse al lavado de manos frecuente y al distanciamiento físico, así como la falta de conocimiento y los problemas para comprender el riesgo de infección, durante el confinamiento se observó que los casos de trastornos mentales tales como la ansiedad fueron incrementando hasta en un 29%; además de impactar de manera directa en los individuos en diversas áreas dentro de su entorno y llevar a corto y largo plazo en deterioro psicológico.

Por lo cual surge la pregunta de investigación; ¿Cuál es la prevalencia del trastorno de ansiedad asociado a la pandemia por COVID-19 en pacientes geriátricos de la UMF 28 Gabriel Mancera IMSS?

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo General:

- Identificar la prevalencia de trastorno de ansiedad secundario a la Pandemia por COVID-19 en pacientes geriátricos de la UMF 28 Gabriel Mancera IMSS.

6.2 Objetivos Específicos:

- Identificar variables demográficas (edad, sexo y estado civil)
- Determinar la prevalencia de ansiedad en los pacientes adultos mayores de 65 años con el Inventario de Ansiedad Geriátrica en pacientes confinados por COVID-19
- Identificar la prevalencia de paciente geriátricos con diagnóstico confirmatorio de COVID-19.
- Analizar la prevalencia de los de síntomas por ansiedad en pacientes adultos mayores de 65 años.
- Relacionar el aislamiento por la Pandemia COVID-19 con los casos de ansiedad.

7. HIPÓTESIS

HIPÓTESIS ESTADÍSTICA

Ho: No existe relación entre el aislamiento por la Pandemia de COVID-19 y la prevalencia por Trastorno de Ansiedad en pacientes geriátricos.

Ha: Existe relación entre el aislamiento por la Pandemia de COVID-19 y la prevalencia por Trastorno de Ansiedad en pacientes geriátricos.

8. MATERIAL Y MÉTODOS

8.1 Periodo y sitio de estudio.

Este trabajo se realizará con los pacientes geriátricos que acuden a la consulta externa de la UMF No. 28 "Gabriel Mancera", IMSS, en el periodo comprendido de Marzo 2022 a Septiembre 2022.

8.2 Universo de trabajo

Pacientes geriátricos mayores de 65 años derechohabientes adscritos a la UMF No.

28 "Gabriel Mancera",IMSS.

8.3 Unidad de análisis

Se estudiará a pacientes geriátricos mayores de 65 años, de ambos sexos que acudan a la consulta externa de la UMF No. 28 "Gabriel Mancera",IMSS.

8.4 Diseño de estudio

Observacional, transversal y descriptivo

8.5 Criterios de selección

8.5.1 Criterios de inclusión:

-Hombres y mujeres derechohabientes, mayores de 65 años, adscritos a laUMF No.

28 "Gabriel Mancera",IMSS.

8.5.2 Criterios de exclusión:

-Pacientes con problemas psiquiátricos, ya diagnosticados y en tratamiento. -
Pacientes geriátricos con discapacidad funcional total

8.5.3 Criterios de eliminación:

- Pacientes que por cuestiones adversas no terminen de contestar la encuesta en el momento del estudio
- Pacientes geriátricos que pierdan vigencia de derechos

9. MUESTREO

Tipo de muestreo

-No probabilístico por conveniencia

9.1 Cálculo de tamaño de muestra

Se realizará un trabajo de tipo observacional, donde las variables son de tipo cualitativo, que se reporta mediante la proporción del fenómeno en estudio en la población de referencia, por lo cual la muestra se calculó a través de fórmula para población infinita (cuando se desconoce el total de unidades de observación que la integran o la población es mayor a 10,000):

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

Donde: n = tamaño de la muestra p = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia. q = proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1 -p).

La suma de la p y la q siempre debe dar 1.

Z = valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal. Llamado también nivel de confianza d = nivel de precisión absoluta. Referido a la amplitud del intervalo de confianza deseado en la determinación del valor promedio de la variable en estudio.

% Error	Nivel de Confianza	Valor de Z calculado en tablas
1	99 %	2.58
5	95 %	1.96
10	90 %	1.645

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

El valor de Z con un nivel de confianza del 95% = 1.96

d = valor de 5 Sustituyendo en la fórmula: $n = (1.96^2)$

$(0.5)(0.5) / 0.05^2$ $n = (3.84) (0.25) / 0.0025$ $n =$

$0.96/0.0025$ **n = 384**

10. VARIABLES

Variables socio demográficas:

- Sexo
- Edad
- Estado civil

Variables independientes:

- Comorbilidades
 - Aislamiento social.
 - Caso confirmado de COVID-19
- Variables dependientes
- Ansiedad

10.1 Operacionalización de variables

Variable	Definición Teórica	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de medición	Indicador
Sexo	Condición biológica que distingue a las personas en hombre y mujeres por su función potencial en la reproducción.	Fenotipo	Cualitativa	Nominal	1.- Femenino 2.- Masculino
Edad	Número de años cumplidos transcurridos entre la fecha de nacimiento de la persona y la fecha de obtención de los datos	Número de años al realizar la encuesta	Cuantitativa	Discontinua	Años cumplidos

Estado civil	Conjunto de situaciones en las que se ubica el ser humano dentro de la sociedad, respecto de los derechos y obligaciones que le corresponden, con carácter de pertenencia y permanencia.	Su situación civil reportada al momento de la encuesta	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero 2. Unión libre 3. Casado 4. Divorciado 5. Viudo
--------------	--	--	-------------	---------	--

Comorbilidad	Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible	Patología que presenta el paciente al momento de la encuesta	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1.- HAS 2.- DT2 3.- Dislipidemias 6.- Otras.
--------------	---	--	-------------	---------	--

Ansiedad	Desorden caracterizado por preocupación crónica y persistente, multifocal, excesiva y difícil de controlar, suele ir acompañado de otros síntomas psicológicos y físicos inespecíficos. Con duración mínima de 6 meses	Puntuación en la escala de Inventario de Ansiedad Geriátrica	Cualitativa	Ordinal	1. Con síntomas de ansiedad 2. Sin síntomas de ansiedad
Aislamiento social	Falta de contactos sociales y tener pocas personas con las que se puede interactuar con regularidad.	Situación vivida por el participante y reportada al momento de la encuesta.	Cualitativa	Ordinal	1. SI 2. NO

Caso confirmado COVID 19	<p>Persona que cumpla con la definición operacional de caso sospechoso y que cuente con diagnóstico confirmado por la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública reconocidos por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos.</p>	<p>Prueba Rápida de Antígenos con resultado positivo</p>	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Positivo. 2. Negativo.
--------------------------	---	--	-------------	---------	--

11. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Se realizará un estudio observacional, transversal y descriptivo en el cual se revisarán 384 derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social correspondientes a la Unidad de Medicina Familiar número 28 con edad mayor a 65 años hombres y mujeres. Intervención: posterior a la firma del consentimiento informado, se integrará ficha de identificación, y el siguiente cuestionario ya validados e instrumento de recolección de datos, en un tiempo de 10 minutos donde se aplicarán el Inventario de Ansiedad Geriátrica para evaluar la presencia de síntomas de ansiedad. Con los datos obtenidos se analizará la relación entre la presencia de ansiedad en pacientes geriátricos confinados ante la pandemia por COVID-19.

12. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis de los datos se empleará estadística descriptiva. Para las variables cualitativas, se utilizarán frecuencias y porcentajes de las respuestas obtenidas, para relacionar la presencia de ansiedad, y el confinamiento por la pandemia, se utilizará estadística inferencial, usando las pruebas X^2 o prueba exacta de Fisher, con nivel de significancia de 0.05. El análisis estadístico se realizará con el programa SPSS versión 22. Los datos se analizarán en el periodo descrito en el cronograma.

13. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se consideró este estudio de acuerdo con 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. Con base en el artículo 17 del anterior reglamento, esta investigación se considera tipo; Investigación sin riesgo.

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 sus apartados 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. En su apartado 23 menciona. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al Comité de Ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este Comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El Comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.

Apegándose al “Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación”, el presente protocolo se basa en sus principios:

En su apartado de Principios Éticos Básicos.

I. Respeto a las personas. Los individuos deben ser tratados como agentes autónomos, es decir, tienen la capacidad de decidir con toda libertad si desean o no participar en el estudio una vez explicados todos los riesgos, beneficios y potenciales complicaciones descritos en el consentimiento informado. Las personas con autonomía disminuida tienen derecho a la protección.

III. Beneficencia. Las personas son tratadas éticamente no sólo respetando sus condiciones y protegiéndolas del daño, sino también haciendo esfuerzos para asegurar su bienestar en el sentido de no hacer daño y aumentar los beneficios y disminuir los posibles daños lo más que sea posible.

III. Justicia. Los riesgos y beneficios del estudio de investigación deben ser repartidos equitativamente entre los sujetos de estudio, evitando bajo toda circunstancia procedimientos de riesgo exclusivamente a población vulnerable.

En su apartado de Aplicaciones:

I. Consentimiento informado: El respeto por las personas exige que a los sujetos se les dé la oportunidad de escoger lo que les ocurrirá o no. Esta oportunidad se provee cuando se satisfacen estándares adecuados de consentimiento informado el cual contiene tres elementos: a) Información; b) comprensión; c) voluntariedad.

a) Información: Incluye procedimiento de investigación, propósitos, riesgos y beneficios que se prevén, personas responsables de la investigación y una declaración que ofrece al sujeto la oportunidad de hacer preguntas y de retirarse de la investigación en cualquier momento.

b) Comprensión: Los investigadores son responsables de asegurarse que la información que se da a los sujetos está completa y es comprendida adecuadamente.

c) Voluntariedad: El consentimiento de participar en la investigación es válido sólo si es dado voluntariamente.

II. Valoración de riesgos y beneficios: Requiere organizar con cuidado los datos importantes incluyendo, en algunos casos, maneras alternas de obtener los beneficios que se persiguen con la investigación.

III. Selección de sujetos: Del mismo modo que el principio del respeto por las personas se expresa en la exigencia del consentimiento y el principio de la beneficencia en la valoración de riesgos y beneficios, el principio de justicia da lugar a la exigencia moral de que hay procedimientos y resultados justos en la selección de los sujetos de investigación.

Así mismo, el protocolo se apega al “Código de Nuremberg” Normas éticas sobre experimentación en seres humanos:

I. Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano. II. El experimento debe ser útil para el bien de la sociedad, irremplazable por otros medios de estudio y de la naturaleza que excluya el azar.

III. Basados en los resultados de la experimentación animal y del conocimiento de la historia natural de la enfermedad o de otros problemas en estudio, el experimento debe ser diseñado de tal manera que los resultados esperados justifiquen su desarrollo.

IV. El experimento debe ser ejecutado de tal manera que evite todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario.

V. Ningún experimento debe ser ejecutado cuando existan razones a priori para creer que pueda ocurrir la muerte o un daño grave, excepto, quizás en aquellos experimentos en los cuales los médicos experimentadores sirven como sujetos de investigación.

VI. El grado de riesgo a tomar nunca debe exceder el nivel determinado por la importancia humanitaria del problema que pueda ser resuelto por el experimento. VII. Deben hacerse preparaciones cuidadosas y establecer adecuadas condiciones para proteger al sujeto experimental contra cualquier remota posibilidad de daño, incapacidad y muerte.

VIII. El experimento debe ser conducido solamente por personas científicamente calificadas. Debe requerirse el más alto grado de destreza y cuidado a través de todas las etapas del experimento, a todos aquellos que ejecutan o colaboran en dicho experimento.

IX. Durante el curso del experimento, el sujeto humano debe tener libertad para poner fin al experimento si ha alcanzado el estado físico y mental en el cual parece a él imposible continuarlo.

De la misma manera, el procedimiento se apega con las “Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos”

establecidas en el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), Ginebra 2016, el presente protocolo se basa en sus pautas:

Pauta 1. Valor social y científico, y respeto de los derechos.

Pauta 2. Investigación en entornos de escasos recursos.

Pauta 3. Distribución equitativa de beneficios y cargas en la selección de individuos y grupos de participantes en una investigación.

Pauta 4. Dentro de los posibles beneficios individuales, todo paciente que se diagnostique con trastorno de estrés postraumático se notificará a su médico familiar para su referencia a psicología y/o psiquiatría. Dentro de los posibles riesgos de participar en una investigación; para justificar la imposición de cualquier riesgo a los participantes en una investigación relacionada con la salud, esta debe de tener valor social y científico.

Pauta 8. Asociaciones de colaboración y formación de capacidad para la investigación y la revisión de la investigación.

13.1. Aspectos de bioseguridad

Debido a que no se requiere toma de muestras biológicas, no se requiere tomar medidas de bioseguridad para el manejo de muestras, sólo la vigilancia del paciente durante las evaluaciones.

13.2 Conflictos de interés

Declaro que el grupo de investigadores no recibe financiamiento externo y no se encuentra en conflicto de interés al participar en el presente estudio

14. RECURSOS

14.1 Humanos

- Médico residente
Dra. Karen Rubí Rodríguez Cárdenas
- Asesor clínico
Dr. Juan Luis Vega Blancas
- Asesor metodológico
Dr. Juan Luis Vega Blancas

14.2 Materiales

- Computadora con acceso a internet
- Programa Microsoft Office
- Impresora
- Hojas de papel
- Bolígrafo
- Lápiz
- Borrador

14.3 Económicos

Los recursos materiales serán aportados por el médico residente, el estudio no cuenta con financiamiento institucional ni extrainstitucional.

14.4 Factibilidad

Se realizará dentro de las instalaciones de la UMF 28 Gabriel Mancera, previo consentimiento informado, interrogando a los pacientes que decidan participar de manera directa, aplicando el cuestionario en un lapso menor a 10 minutos, se interpretará la evaluación y se generarán resultados.

15. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La limitación más importante de este estudio es la fidelidad y veracidad de los datos proporcionados, además de la poca empatía que exista en la participación

de los pacientes para realizar el cuestionario y propiamente para participar en la investigación.

16. BENEFICIOS ESPERADOS Y USO DE RESULTADOS

Conocer y analizar la relación que existe entre la presencia de ansiedad y confinamiento por la pandemia de COVID-19 en pacientes geriátricos para desarrollar estrategias de prevención y diagnóstico oportuno y derivar de manera oportuna a los servicios adecuados para un manejo óptimo.

17. MANIOBRAS PARA EVITAR SEGOS

En este estudio el sesgo de selección se controlará, ya que los investigadores seleccionaran directamente a los pacientes a través de los criterios de inclusión.

El sesgo de registro de datos se controlará realizando una doble verificación al conformar la base de datos.

Para el sesgo de mala interpretación de la información se corroborarán los resultados de la investigación con el apoyo de un asesor metodológico especialista en epidemiología y desarrollo de proyectos de investigación.

18. RESULTADOS

En la tabla 1 se muestran las características sociodemográficas y de salud que se obtuvieron en este estudio.

Tabla 1. Características sociodemográficas y de salud en los adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar 28 “Gabriel Mancera”

Total	N = 384
Edad (años)	
Mediana (RIC*)	75 (70-81)
Sexo N (%)	
Hombre	154 (40.1)
Mujer	230 (59.9)
Estado civil N (%)	
Soltero (a)	81 (21.1)
Casado (a)	189 (49.2)
Divorciado (a)	23 (6)
Viudo (a)	71 (18.5)
Unión libre	20 (5.2)
Comorbilidades N(%)	
Hipertensión	232 (60.41)
Diabetes	129 (33.59)
Dislipidemia	53 (13.80)
Otras	165 (42.96)

La edad se presentó con una mediana de edad de 75 años con un rango intercuartil de 70 a 81 años. En cuanto al sexo, la mujer presentó mayor prevalencia siendo 59.9% y 40% para hombre (gráfico 1). El estado civil se muestra que casado (a), soltero (a), viudo (a), divorciado (a) y unión libre ocupan los lugares respectivos presentando una frecuencia de 49.2%, 21.1%, 18.5%, 6% y 5.2% respectivamente. (gráfico 2). Por otro lado, la población mostró que la

comorbilidad mas frecuente en concomitancia fue hipertensión (60.41%), otras enfermedades (42.96%), diabetes (33.59%) y dislipidemia (13.80%) (gráfico 3).

Gráfico 1. Sexo en adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar 28 "Gabriel Mancera"

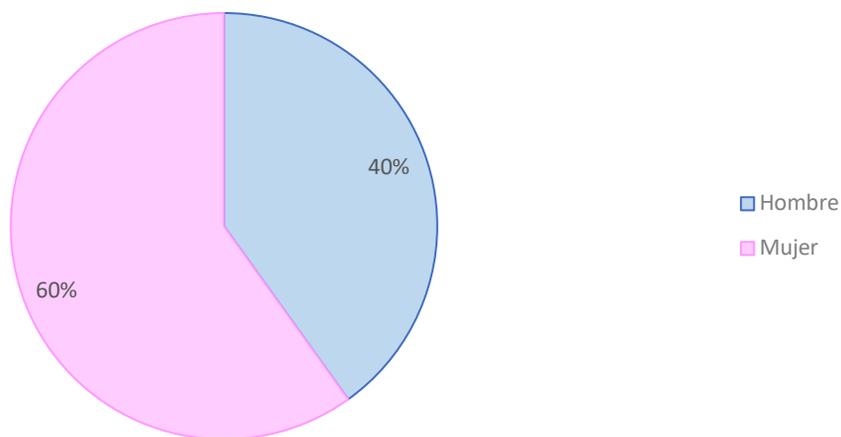


Gráfico 2. Estado civil en adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar 28 "Gabriel Mancera"

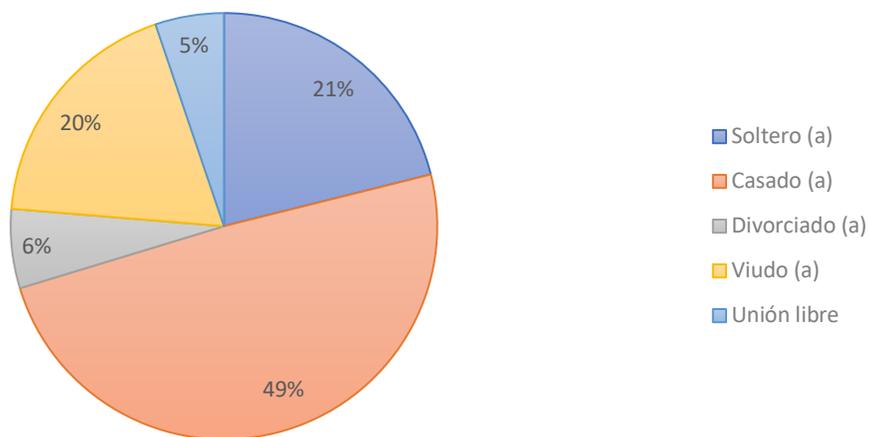
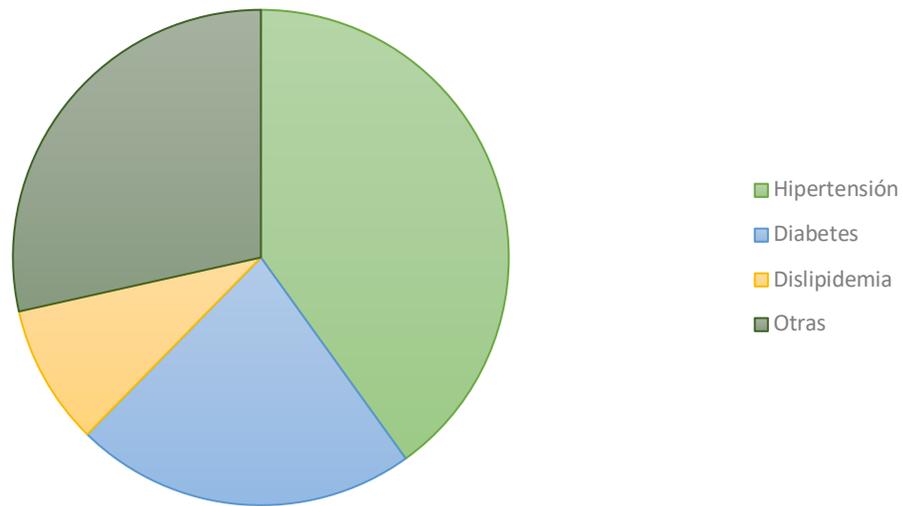


Gráfico 3. Comorbilidad en adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar 28 "Gabriel Mancera"

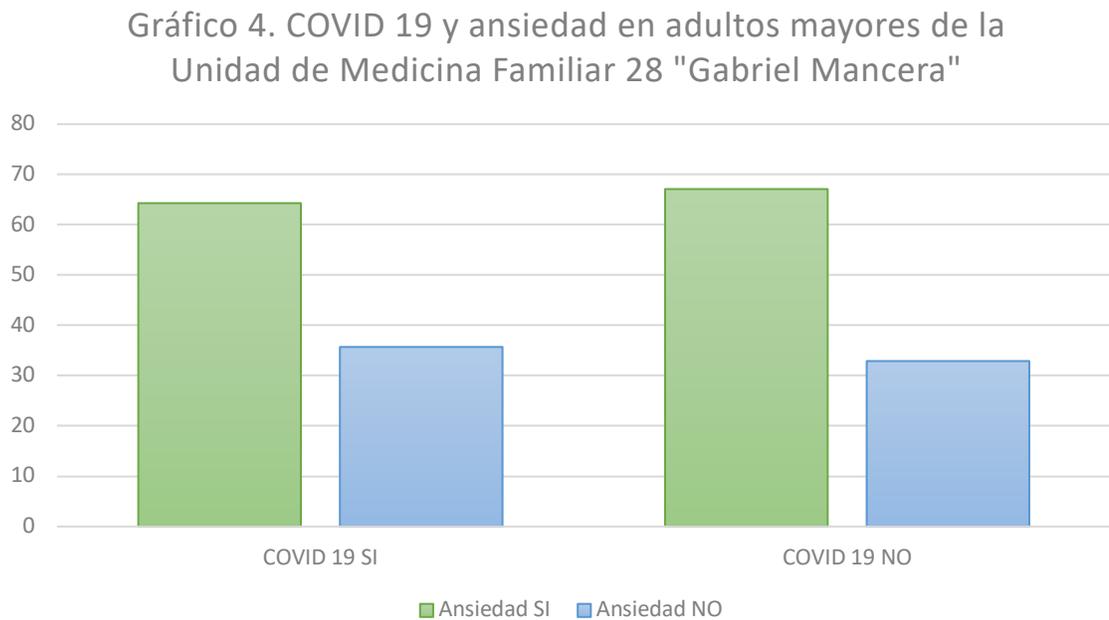


Se observa en la tabla 2 la prevalencia de ansiedad y aislamiento social en pacientes adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar 28 que tuvieron diagnóstico confirmado de COVID 19.

Tabla 2. Prevalencia de trastorno de ansiedad y aislamiento social en pacientes adultos mayores con COVID 19

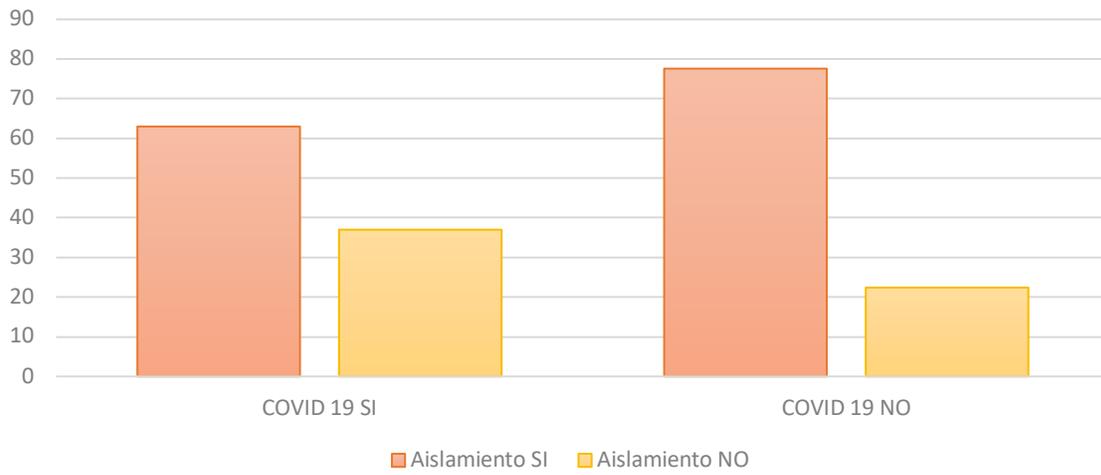
Característica	COVID 19		Valor de p	OR (IC 95%)
	Si	No		
Ansiedad N (%)				
Si	200 (64.3)	111 (35.7)	0.205	0.88 (0.51 - 1.51)
No	49 (67.1)	24 (32.9)		
Aislamiento social N (%)				
Si	211 (63)	124 (37)	3.97	0.49 (0.24 – 0.99)
No	38 (77.6)	11 (22.4)		

En cuanto la presencia de ansiedad y el diagnóstico confirmatorio de COVID 19 se obtuvo una frecuencia del 64.3%; sin embargo, el 67.1% que tenían la enfermedad respiratoria no presentaban ansiedad; por lo que al obtener la significancia estadística se presenta una $p = 0.205$ por Chi cuadrado de Pearson sin ser relevante; a su vez al calcular OR se observó que no existe asociación entre COVID 19 confirmado y trastorno de ansiedad (gráfico 4).



Por otro lado, el caso confirmado de COVID 19 y el aislamiento social obtuvo una frecuencia 63% y 77.6% no tuvieron aislamiento social, pero si enfermedad respiratoria confirmada; resultando una significancia estadística de $p = 3.97$ por Chi cuadrado de Pearson siendo no relevante, con un OR 0.49 (IC 0.24 – 0.99) sin existir asociación entre aislamiento social y caso confirmado de COVID 19 (gráfico 5).

Gráfico 5. COVID 19 y aislamiento social en adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar 28 "Gabriel Mancera"



19. DISCUSION DE RESULTADOS

En este estudio, tratamos de asociar la relación entre diagnóstico confirmatorio de COVID 19 y ansiedad - aislamiento social en adultos mayores. Para ello se utilizó una población heterogénea, que acude a la Unidad de Medicina Familiar número 28 “Gabriel Mancera”, para ser atendido por presentar síntomas respiratorios durante la pandemia por COVID 19 haciendo hincapié en el desarrollo de trastornos psiquiátricos como ansiedad ante el diagnóstico confirmatorio de infección por SARS COV 2.

Dentro de las características sociodemográficas se obtuvo una mayor población de sexo mujer; con estado civil casado (a), soltero (a) y viudo (a) respectivamente, con mayor prevalencia en comorbilidad siendo hipertensos, diabéticos y con otras enfermedades.

En cuanto a la asociación entre - aislamiento social y COVID 19 se obtuvo que no existe relación entre dichas variables debido a que estadísticamente mostro una $p = 0.205$ con OR 0.88 IC (0.51 – 1.51) y $p = 3.97$ con OR 0.49 (0.24 – 0.99) por lo que se concluye que no existe asociación entre caso confirmado de COVID 19 y desarrollo de ansiedad – aislamiento social. En este estudio se obtuvo dicho resultado, sin embargo, existen múltiples estudios que afirman que la aparición COVID 19, al ser altamente contagiosa que obligó al confinamiento de la población en casi todas partes del mundo, causando un aumento de problemas psicológicos, en particular las personas que contraen la enfermedad y en quienes corren un mayor riesgo de morbimortalidad, hace que el trastorno de ansiedad encabece como problema psiquiátrico relacionado; por lo que sería bueno analizar el resultado obtenido de la población y valorar posibles sesgos.

20. CONCLUSIONES

Las emergencias de salud pública pueden afectar la salud, seguridad y bienestar de las personas, causando inseguridad, confusión, aislamiento y estigmas emocionales, secundario a pérdidas económicas, familiares y sociales, desencadenando condiciones psiquiátricas y comportamientos poco saludables.

La depresión es una de las enfermedades de salud mental más común en el mundo, siendo los adultos mayores uno de los grupos más afectados, es importante inmiscuirse en la presencia de síntomas relacionados con esta patología pues nuestra población está conformada en un 80% por este grupo etario, en primer nivel se busca fomentar acciones que garanticen entornos familiares y condiciones saludables que ayuden a prevenir el desarrollo de esta enfermedad ya que puede estar presente la depresión sin saberlo o sin contar con un diagnóstico previo, debido a que el sentimiento de la tristeza no es el síntoma principal, sino que existen otros de los cuales no se habla regularmente.

Por otro lado una red de apoyo familiar y social sólida con las que cuenten los adultos mayores para la atención integral de la depresión, las cuales puedan brindar apoyo emocional a través de la plática, escucha activa, acompañamiento y cuidados; además de que hoy en día se han implementado centros culturales y comunitarios para personas mayores que incentivan dinámicas grupales y funcionan como una herramienta importante para el fortalecimiento de las redes de apoyo social.

Como personal de primer nivel debe incentivar a la familia a integrar al adulto mayor en actividades familiares, escuchar sus miedos, y no minimizarlos, es importante tener en cuenta que aunque la depresión es frecuente en adultos mayores no es algo que deba normalizarse. La pandemia y el aislamiento ha dejado entrever que cuidar de nuestros adultos mayores debe convertirse en una prioridad tanto para la familia como a nivel institucional, para encaminar a un envejecimiento saludable y con una adecuada salud mental.

18. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Yan Y, Du X, Lai L, *et al.* Prevalence of depressive and anxiety symptoms among Chinese older adults during the COVID-19 pandemic: A systematic review and metaanalysis. *J Geriatr Psychiatry Neuro.* 2022;35(2):182-195.

- 2.- Baldwin D. Generalized anxiety disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis; UpToDate [Internet]. 22 de marzo de 2022 [consultado el 16 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate-com.pbidi.unam.mx:2443/contents/generalized-anxiety-disorder-in-adults-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis?search=ansiedad&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H448541483

- 3.- McIntosh K, Hirsch MB. Covid-19: Epidemiology, Virology And Prevention; UpToDate [Internet]. 2021 [consultado el 02 de FEBRERO DE 2022]. Disponible en: https://www-uptodate-com.pbidi.unam.mx:2443/contents/covid-19-epidemiology-virology-and-prevention/print?search=covid%2019&topicRef=127759&source=see_link

- 4.- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica Nuevo Coronavirus (2019-nCoV) Washington, D.C: OPS/OMS; [Internet]. 2020 [consultado el 27 de enero de 2022]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51859/EpiUpdate5February2020_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y

- 5.- Suarez V, Suarez M, Oros S, *et al.* Epidemiología de COVID-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril de 2020. *Rev Cli Esp.* 2020 (8):220; pp463-471

6.- University of Medicine JH. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center COVID19 Map; [Internet]. [consultado el 15 de marzo de 2022].

Disponible en: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

7.- Adil M, Rahman R, Whitelaw D, Jain V, Al-Taani O, *et al.* El SARS-CoV-2 y la pandemia de COVID-19. *Postgrado Med J.* 2021;97(1144):110-6.

8.- Murillo Bonilla L. Sars-CoV-2 Como factor de riesgo vascular. *Rev Méd Clín.* 2020 ;4(2):61-4.

9.- Wiersinga W, Rhodes A, Cheng A, *et al* Fisiopatología, transmisión, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19): una revisión.

JAMA. 2020;324(8):782-93.

10.- Aragón R, Vargas I, Miranda M. COVID-19 por SARS-CoV-2: la nueva emergencia de salud. *Rev Mex Pediatría.* 2019; 86(6):213-8.

11.- Secretaria de Salud. Direccional de Información Epidemiológica [Internet]. 34° Informe Epidemiológico de la Situación de COVID-19; 25 de octubre de 2021

[consultado el 11 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/680333/Informe_COVID19_2021_10.25.pdf

10.25.pdf

12.- Varguese G, John R, Manesh A. World Health Organization. Clinical Management of COVID-19; [Internet]. 2020 [consultado el 17 de febrero de 2022].

Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-ofcovid19>

13.- Estadísticas A Propósito Del Día Internacional De Las Personas De Edad (1° De Octubre). Mexico: [Internet]; septiembre de 2019 [consultado el 3 de febrero de 2022]. 9 p. Informe del INEGI/ Num. 475/19. Disponible en:

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/edad2019_Nal.pdf

14.- Organización Mundial de la Salud. OMS. La salud mental y los adultos mayores; [Internet] . 12 de diciembre de 2017 [consultado el 10 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-saludmental-y-losadultos-mayores>

15.- Stamu-O BC, Carniciu S, Halvorsen E, *et al.* Aspectos psicológicos de COVID-19. *J Cosme Dermatol.* 2020; 19(9):2169-73.

16.- MB Sareen J. Trastorno de ansiedad generalizada. *Rev de Medicina de Nueva Inglaterra.* 2017;373(21):2059-68.

17.- Baldwin D, Murray BS, Friedman M. UpToDate. Generalized anxiety disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis; [Internet]. 21 de Abril de 2021 [consultado el 2 de marzo de 2022].

Disponible en: https://www-uptodate-com.pbidi.unam.mx:2443/contents/generalized-anxiety-disorder-inadultsepidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessmentanddiagnosis?search=trastorno%20de%20ansiedad&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

18.- Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5). Arlington: Panamerica; 2019. 93-94 p.

19.- Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales y del comportamiento; descripciones clínicas y pautas del diagnóstico (CIE 10) [Internet]; 1992 [consultado el 10 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.centromultiprofesional.com/wpcontent/uploads/2016/08/CIE_10Ansiedad.pdf

20.- Craske M. Generalized anxiety disorder in adults: cognitive-behavioral therapy and other psychotherapies; [Internet]. 2021 [consultado el 7 de enero de 2022].

Disponible en: https://www-uptodate-com.pbidi.unam.mx:2443/contents/generalized-anxiety-disorder-in-adultscognitivebehavioral-therapy-andotherpsychotherapies?search=trastorno%20de%20ansiedad%20en%20adultos%20mayores&source=search_result&selectedTitle=6~150&usage_type=default&display_rank=6

21.- Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en la Persona Mayor. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, IMSS; 2019 [Consultado el 21 de Febrero de 2022]. Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>

22.- Craske M, Bystriksy A. Generalized anxiety disorder in adults: Management.; [Internet]. 2021 [consultado el 6 de enero de 2022]. Disponible en: https://wwwuptodate-com.pbidi.unam.mx:2443/contents/generalized-anxietydisorder-inadultsmanagement?search=tratamiento%20farmacologico%20para%20trastorno%20de%20ansiedad%20generalizada&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H3281817958

23.-Secretaria de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública [Internet]. Glosario epidemiológico; 26 de agosto de 2020 [consultado el 9 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.insp.mx/nuevo-coronavirus-2019/glosarioepidemiologico.html>

24.- Pfefferbaum B, North C. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. The New England Journal of Medicine. 2020; 383:510-2.

25.- Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, *et al.* Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease

(COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *PubMed*. 2020;17(5).

26.- Aravinthan V, *et al.* Neurological and neuropsychiatric complications of COVID19 in 153 patients: a UK-wide surveillance study. *Lancet Psychiatry*.

2020;(7):875-82.

27.- Pachana NA, Byrne G, Siddle H, *et al.* Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *Int Psychogeriatr*. 2007;19(1):103-14.

19. CONSENTIMIENTO INFORMADO

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (ADULTOS)	
Nombre del estudio:	<i>"Prevalencia de trastorno de ansiedad asociado a pandemia por COVID-19 en pacientes geriátricos de la UMF 28 "Gabriel Mancera" IMSS"</i>
Patrocinador externo (si aplica):	No existe
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar # 28 Gabriel Mancera ubicada en Gabriel Mancera 800, esquina San Borja Col. De Valle, Alcaldía Benito Juárez, CP 03100, Ciudad de México. FECHA PENDIENTE
Número de registro:	R-2022-3703-095
Justificación y objetivos del estudio:	El investigador me ha informado que envejecimiento de la población es un grave problema a nivel mundial ya que implica una mayor demanda de servicios de salud, el grupo de edad de mayores de 60 años presenta las cifras más altas en cuanto a enfermedades y discapacidad. En México en el 2010 la población de adultos mayores fue de 9.67 millones se espera que en el 2025 sea de 18.08 millones y para el 2050, alcance 35.96 millones, donde 1 de cada 4 habitantes será considerado adulto mayor. Las personas con ansiedad presentan un enlentecimiento o bajo rendimiento en prácticamente todos los aspectos psicomotores. Las actividades que realizan también son afectadas. Por lo que entiendo que el objetivo de éste estudio es identificar la asociación que existe entre la ansiedad y el confinamiento que se vive por la Pandemia por COVID-19.
Procedimientos:	Se me hace una cordial invitación para participar en este proyecto de investigación si cumplo con las condiciones necesarias y si acepto participar, se me aplicará un cuestionario que abarca datos de identificación, escala de depresión y de funcionalidad, los cuales son de fácil entendimiento para determinar la asociación entre depresión y funcionalidad.
Posibles riesgos y molestias:	El investigador me ha explicado que éste proyecto de investigación está calificado como "sin riesgo". En caso de que alguna pregunta pudiera incomodarme, soy libre de no responderla.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	En caso de identificar datos compatibles con ansiedad, se me hará referencia como apoyo en atención integral al paciente. No habrá compensación económica alguna por mi participación.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Con base en el puntaje del Inventario de Ansiedad Geriátrica, se me informará el resultado en el momento de la entrevista y será referenciado (a) a los servicios pertinentes.
Participación o retiro:	Se me informa que mi participación es voluntaria y que, si decido retirarme o no participar, continuaré teniendo acceso a los servicios de salud u otras prestaciones que recibo en el IMSS. Así mismo puedo hacer las preguntas que desee al inicio o a lo largo del estudio a la persona encargada del estudio.
Privacidad y confidencialidad	Se me ha asegurado que la información que se obtenga como parte de este estudio será confidencial, que no se mencionará mi nombre, ni se me identificará de otras formas, en este trabajo o cualquier otro derivado de este.
Declaración de consentimiento:	
En caso de recolección de material biológico:	
<input type="checkbox"/>	No autorizo que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador responsable:	Vega Blancas Juan Luis Matrícula 98389710 Médico Cirujano, Especialista en Medicina Familiar, con Alta Especialidad en Gerontología Médica. Consulta externa de UMF 28 "Gabriel Mancera" IMSS. Tel: 56843354, 5531483857. E-mail: luis_drvega@outlook.es
Colaboradores:	Rodríguez Cárdenas Karen Rubí. Matrícula 97379576 Médico residente de la Especialidad en Medicina Familiar. Consulta externa de UMF 28 "Gabriel Mancera", IMSS. Tel: 5579581368 E-mail: pzzkareen@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cu 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: comision.etica@imss.gob.mx

_____ Nombre y firma del participante	<u>Karen Rubí Rodríguez Cárdenas</u> _____ Nombre y firma de quien entrega el consentimiento
Testigo 1 _____ Nombre y firma	Testigo 2 _____ Nombre y firma de testigo 2
Clave: _2810-009-013_	

20.REFERENCIA A MÉDICO TRATANTE



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 28 GABRIEL MANCERA
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

**Dra. Karen Rubí Rodríguez Cárdenas **Dr. Juan Luis Vega Blancas,*

**Residente de la Especialidad de Medicina Familiar*

*** Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar en UMF Número 28 "Gabriel Mancera" IMSS*

FECHA: _____ HORA: _____

Por medio de este conducto me dirijo amablemente a Usted, como Médico Familiar adscrito al consultorio_____, turno_____, para hacer de su conocimiento que el

paciente: _____, con

NSS_____ adscrito al consultorio a su digno cargo, ha sido participe

del estudio de investigación, **"PREVALENCIA DE TRASTORNO DEANSIEDAD,**

ASOCIADO A PANDEMIA POR COVID-19 EN PACIENTES

GERIATRICOS DE LA UMF 28 "GABRIEL MANCERA" IMSS"

Se realizó mediante el Inventario de Ansiedad Geriátrico que, de acuerdo con el resultado obtenido, el paciente se encuentra con datos sugerentes de ansiedad, el cual representa un riesgo para el paciente. Con base en lo anterior, se sugiere considerar la referencia a Psicología y/o Psiquiatría, con el fin de prevenir el desarrollo de complicaciones.

Le agradezco su atención y aprovecho para mandarle un cordial saludo.

Atentamente

Dr. Karen Rubí Rodríguez Cárdenas
Médico Residente de Medicina Familiar

21. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Abril 2022	May 2022	Junio 2022	Julio 2022	Agos 2022	Sep 2022	Oct 2022	Nov 2022	Dic 2022	Ener 2023
Planteamiento del problema y marco teórico.		REALIZADO	REALIZADO	REALIZADO						
Hipótesis y variable				REALIZADO	REALIZADO					
Objetivos					REALIZADO	REALIZADO				
Cálculo de muestra						REALIZADO				
Hoja de registro							REALIZADO			
Presentación ante el comité								REALIZADO		
Trabajo de campo									REALIZADO	
Análisis de resultados										REALIZADO
Elaboración de conclusiones										REALIZADO
Presentación de tesis										REALIZADO

	REALIZADO
	PROGRAMADO

22. ANEXOS

22.1 Recolección de datos (Anexo 1)

		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD		COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD	
RECOLECCIÓN DE DATOS			
1. Pacientes geriátricos de ambos sexos		FOLIO _____	
2. Mayores de 65 años previa firma de un consentimiento			
Título: <u>"Prevalencia De Trastorno De Ansiedad Asociado A Pandemia Por Covid-19 En Pacientes Geriátricos De La UMF 28 "Gabriel Mancera" IMSS"</u> Fecha (dd/mm/aa) ____/____/____			
1. Nombre Completo: _____			
2. Turno: Matutino () Vespertino ()			
3. Número de Consultorio: (_____)			
4. Edad: _____ años cumplidos		5. Sexo: 1. Masculino () Femenino ()	
6. ESTADO CIVIL			
1. Soltero(a) () 2. Casado(a) () 3. Divorciado(a) () 4. Viudo(a) () 5. Unión libre ()			
7. COMORBILIDADES EXISTENTES			
1. DT2 () 2. HAS () 3. Dislipidemia () 4. Otras () _____			
8. ¿USTED HA PRESENTADO COVID-19?			
1. SI 2. NO			
9. DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 ¿USTED SE MANTUVO AISLADO?			
10. INVENTARIO DE ANSIEDAD GERIATRICA Responda con honestidad y franqueza las siguientes preguntas en su totalidad.			
1.- SIN SINTOMAS DE ANSIEDAD < 8 PTOS. ()			
2.- CON SINTOMAS DE ANSIEDAD > 8 PTOS. ()			

22.2 Inventario de Ansiedad Geriátrica (Anexo 2)



INVENTARIO DE ANSIEDAD GERIATRICA

		COINCIDE	NO COINCIDE
1	Me paso mucho tiempo preocupado		
2	Me resulta difícil tomar una decisión		
3	A menudo me siento asustadizo		
4	Me resulta difícil relajarme		
5	A menudo no puedo disfrutar de las cosas debido a mis preocupaciones		
6	Las pequeñas cosas me molestan mucho		
7	A menudo siento hormigueo en mi estomago		
8	Me considero una persona preocupada		
9	No puedo evitar preocuparme por cosas triviales		
10	A menudo me siento nervioso		
11	Mis propios pensamientos me hacen sentir ansioso		
12	Tengo molestias de estomago debido a mis preocupaciones		

13	Me considero una persona nerviosa		
14	Siempre anticipo que ocurrira lo peor		
15	A menudo me siento tembloroso		
16	Creo que mis preocupaciones interfieren en mi vida		
17	Mis preocupaciones me sobrepasan con frecuencia		
18	Algunas veces siento un gran nudo en mi estomago		
19	Me pierdo cosas porque me preocupo mucho		
20	A menudo me siento alterado		
Pachana NA, Byrne GJ, Siddle H, Koloski N, Harley E, Arnold E. Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. International Psychogeriatrics. 2006;19(01).			



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA SUR CDMX**
Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera"
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud

"2022, Año de Ricardo Flores Magón"

Ciudad de México, a 19 de abril del 2022

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
O.O.A.D. CDMX Sur

P R E S E N T E

Por medio del presente, manifiesto que **NO EXISTE INCONVENIENTE** en el que se lleve a cabo el protocolo de investigación: **"PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ANSIEDAD ASOCIADO A PANDEMIA POR COVID-19 EN PACIENTES GERIÁTRICOS DE LA UMF 28 GABRIEL MANCERA"** en la unidad a mi cargo bajo la responsabilidad de la investigador principal Dr. Juan Luis Vega Blancas, con matrícula 99389710, médico familiar adscrito a esta unidad, y la médico residente de segundo año Rodríguez Cárdenas Karen Rubí, con matrícula 97379576.

El presente protocolo tiene como fin identificar la prevalencia de trastorno de ansiedad asociado a la Pandemia por COVID-19 en pacientes geriátricos de la UMF 28 Gabriel Mancera IMSS.

Sin más por el momento y agradeciendo de antemano su atención, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente:

DRA. DORIS CLAUDIA JIMÉNEZ QUINTANA
DIRECTORA UMF 28 "GABRIEL MANCERA"

