



L
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON UMAA NÚMERO 161

**COMPORTAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL
ESTADO DE ÁNIMO (ANSIEDAD Y DEPRESIÓN) EN
PACIENTES POSITIVOS A COVID-19 EN LA UMF CON
UMAA NO.161.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. FÁTIMA NOEMÍ ZAMORA PÉREZ
RESIDENTE DE TERCER AÑO

UMF CON UMAA No. 161

Matrícula: 99376317, Correo: zamorafatima655@gmail.com

Celular: 5580654369, Fax: No fax.

DR. PAUL GONZALO VÁZQUEZ PATRÓN

DIRECTOR DE TESIS

MÉDICO FAMILIAR

UMF CON UMAA No. 161

Matrícula: 99122480, Correo: paulecito@hotmail.com

Celular: 5549655436, Fax: No fax.

DRA. INDIRA ROCÍO MENDIOLA PASTRANA

ASESOR EXPERIMENTAL

MÉDICO FAMILIAR

HGZ/UMF No. 8, Dr. Gilberto Flores Izquierdo

Matrícula: 99126743, Correo: dramendiolapastrana@gmail.com

Celular: 2222395398, Fax: No fax.

DR. PAUL GONZALO VÁZQUEZ PATRÓN

COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

CIUDAD DE MÉXICO, SEPTIEMBRE DEL 2022

R-2021-3605-007

Facultad de Medicina





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.

Resumen:

COMPORTAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO (ANSIEDAD Y DEPRESIÓN) EN PACIENTES POSITIVOS A COVID-19 EN LA UMF CON UMAA NO.161.

Antecedentes: La pandemia por COVID-19 causada por el virus SARS CoV-2 que se originó en Wuhan, China, ha traído como consecuencia la suspensión de diversas actividades que forman parte de la vida diaria de las personas, principalmente las actividades económicas, la restricción de congregaciones masivas y las recomendaciones de permanecer en el domicilio, con el lema “quédate en casa”, lo que conlleva a la limitación del contacto físico con el resto de las personas, sumándose el miedo a contraer o contagiar la enfermedad. Son factores que pueden afectar la salud mental, presentándose principalmente los trastornos de ansiedad y depresión.

Objetivo general: Evaluar el comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19.

Material y Métodos: Se realizará un estudio transversal, observacional, descriptivo, retrospectivo. Para el análisis de los resultados se utilizarán medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), frecuencias y proporciones. Se utilizarán elementos gráficos y tablas para resumir y presentar los datos de forma organizada.

Recursos e infraestructura: La obtención de los datos se llevará a cabo dentro de las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar con UMAA No. 161 Olivar de los Padres del Instituto Mexicano del Seguro Social, se utilizarán distintos recursos materiales como equipo de cómputo, impresora, hojas de papel blanco, plumas y fotocopias, gastos que serán proporcionados por el investigador.

Tiempo a desarrollar: Se realizará en el periodo de julio del año 2021 al mes de febrero del 2022.

Palabras clave: Pandemia, COVID-19, ansiedad, depresión, prevalencia, PHQ-9, GAD-7.

**COMPORTAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE
ÁNIMO (ANSIEDAD Y DEPRESIÓN) EN PACIENTES POSITIVOS A
COVID-19 EN LA UMF CON UMAA NO.161.**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON UMAA No. 161
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

AUTORIZACIONES

Dra. Dalila Huerta Vargas

Director

De la UMF con UMAA No. 161

Dr. Paul Gonzalo Vázquez Patrón

Coordinador Clínico De Educación E Investigación En Salud

De la UMF con UMAA No. 161

Dra. Irene Tamariz Rojas

Profesor Titular De La Especialidad De Medicina Familiar

De la UMF con UMAA No.161

Dr. Paul Gonzalo Vázquez Patrón
Director De Tesis
De la UMF con UMAA No.161

Dra. Indira Rocía Mendiola Pastrana
Asesor Experimental
De la UMF con UMAA No.161

AGRADECIMIENTOS

A mi hijo por creer en mí todos los días, por llenarme de amor, paciencia y alegría, por demostrarme que juntos somos más fuertes, quien a su manera ha sabido entender mi ausencia durante días de arduo trabajo, gracias por ser uno de los pilares más importantes de mi vida.

A mis padres por brindarme el apoyo incondicional durante toda mi formación académica, por ser parte importante de todos mis logros, por creer en mi cuando ni yo podía hacerlo,

A mi hermano por demostrarme que los sueños se cumplen, por ser un ejemplo de constancia y disciplina.

ÍNDICE

	Páginas
Resumen	2
Marco teórico	9
Capítulo 1	
Pandemia por Covid-19	9
Capítulo 2	
Trastornos del estado de ánimo y su comportamiento durante la pandemia por COVID 19	11
Capítulo 3	
Ansiedad	14
Capítulo 4	
Depresión	22
Justificación	27
Planteamiento del problema	28
Pregunta de investigación	28
Objetivos	29
6.1 Objetivo general	29
6.2 Objetivos Específicos	29
Hipótesis	30
Material y métodos	31
8.1 Diseño de estudio	31
8.2 Periodo de estudio	31
8.3 Lugar del desarrollo del estudio	31
8.4 Población de estudio	31
8.5 Selección de la muestra	31
8.5.1 Tipo de muestra y muestreo	31

8.5.2 Cálculo de tamaño de muestra	32
8.6 Sesgos y maniobras para evitarlos	33
8.7 Criterios de selección de las unidades de muestreo	34
8.7.1 Criterios de inclusión	34
8.7.2 Criterios de exclusión	34
8.7.3 Criterios de eliminación	34
8.8 Definición de las variables y escalas de medición	35
8.9 Instrumentos de recolección de datos	37
8.10 Técnicas y procedimientos	38
8.11 Análisis estadístico	39
Aspectos éticos	40
Recursos, Financiamiento y Factibilidad	43
Cronograma de actividades	44
Resultados	46
Discusión	73
Conclusiones	74
Referencias bibliográficas	75
Anexos	79
Consentimiento informado	80
Cuestionario sobre la salud del paciente-p (PHQ-9)	81
GAD-7	82
Cuestionario de datos personales	83

COMPORTAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO (ANSIEDAD Y DEPRESIÓN) EN PACIENTES POSITIVOS A COVID-19 EN LA UMF CON UMAA NO.161.

Marco Teórico:

Pandemia por COVID-19:

En el mes de noviembre del año 2019, en Wuhan, China, se presentó un brote de neumonía de causa desconocida, la cual despertó gran interés a nivel internacional. Debido a la incertidumbre causada por dicho brote, las autoridades sanitarias de China iniciaron investigaciones, con el propósito de lograr caracterizar la causa y así, poder controlar la enfermedad, implementando simultáneamente medidas que incluyeron el aislamiento de las personas que fueron consideradas sospechosas de tener la enfermedad, así como también llevar un seguimiento cercano con la finalidad de recopilar datos epidemiológicos y clínicos, se desarrollaron procedimientos para obtener un diagnóstico y tratamiento. El agente causal de la nueva enfermedad se aisló el día 7 de enero del año 2020, hecho realizado por parte de los científicos chinos, obteniendo un nuevo coronavirus (CoV). (1) El virus se asoció al síndrome respiratorio agudo, denominándolo SARS-CoV-2, esto a causa de su gran similitud con el SARS-CoV que se descubrió en el año 2003. (2) La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró emergencia de salud pública de importancia internacional' el día 30 de enero de 2020. (3)

En México, el primer caso surgió en la Ciudad de México el día 27 de febrero de 2020. Fue un hombre de descendencia mexicana el cual había regresado de un viaje a Italia. Para el día 28 de febrero se sumaron dos casos, un italiano, residente de la Ciudad de México, y un mexicano que se encontraba en el estado de Sinaloa, ambos casos compartían el antecedente de haber viajado a Italia. Para ese día, los casos de infección solo eran importados del extranjero y el número de personas infectadas era limitado, por lo que inició la fase 1, en la que las medidas se limitan a implementar acciones preventivas. Los siguientes casos se confirmaron los días 29 de febrero, 1, 6 y 7 de marzo, los cuales tenían en común haber estado en Italia.

El día 11 de marzo, la OMS declaró a la COVID-19 como pandemia, para esa fecha ya eran 11 los casos reportados en México. A partir de esa fecha se implementaron medidas para evitar la propagación del virus. (4)

La Secretaría de Salud decretó el 24 de marzo el inicio de la fase 2 de la pandemia COVID-19 en el país, tras registrar las primeras infecciones locales. En esta fase se suspenden principalmente ciertas actividades económicas, se restringen las congregaciones masivas y se recomienda permanecer en el domicilio a la población en general, especialmente a los menores de 5 años, y a las personas con diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes, enfermedad cardíaca o pulmonar, inmunosupresión inducida o adquirida, a las mujeres que se encuentren en estado de embarazo o en lactancia. (5)

Trastornos del estado de ánimo y su comportamiento durante la pandemia por COVID 19:

Ante esta situación es de gran importancia considerar la existencia de enfermedades mentales, pues es de saber que en la población existe el miedo a infectarse y presentar la enfermedad, aunado a esto está la incertidumbre ante los cambios impuestos durante las distintas fases de la pandemia, en la que los estilos de vida cambiaron de forma drástica, con el fin de disminuir la propagación del virus. El distanciamiento social, desempleo, trabajo en casa, clases en línea o por medio de programas de televisión y principalmente el hecho de evitar el contacto físico de las personas más cercanas, son factores importantes que se ven reflejados en la salud mental de las personas. (6)

El día 18 de agosto del año en curso, la directora de la Organización Panamericana de la Salud anunció que se debe implementar acciones que intervengan en la salud mental ante los efectos que la enfermedad COVID-19 ha desencadenado. Etienne, directora de dicha Organización, menciona que los pacientes que han resultado positivos para SARS-CoV-2, presentan insomnio, delirio y depresión, se ha demostrado que un tercio de los pacientes recuperados de COVID.19 experimentan cambios en el estado de ánimo, presentando ansiedad o depresión, las cuales representan una epidemia, siendo estas dos las principales causas de discapacidad cuando de salud mental se habla. (7)

El riesgo que existe de presentar problemas de salud mental incrementa ante la presencia de crisis epidemiológicas, los síntomas de estrés postraumático se pueden ver reflejados incluso después de 3 años de haber ocurrido los hechos en personas que vivieron el aislamiento. (8)

Ante la existencia de epidemias y muertes masivas se presentan cambios en el estado de ánimo de las personas que sobreviven, a continuación se describen (9):

- Desconsuelo y aflicción por el fallecimiento de personas cercanas.
- Temor a asumir los nuevos roles que se imponen ante la falta de integrante de la familia.

- Miedo a que un mismo suceso se repita dentro de los miembros de la familia o dentro de la comunidad.
- Temor personal por morir.
- Emociones como soledad y abandono.
- Miedo a olvidar o ser olvidado.
- Ira: Presentan cierto grado de enojo en contra de las personas que murieron y expresan ese sentimiento en contra de personas cercanas.
- Sentimientos de culpa: Experimentan de alguna medida, cargo de conciencia ante la muerte de sus seres queridos.

Ante la urgencia de atender estos casos se deben considerar criterios para referir a las personas con un especialista, ya sea psicólogo o médico psiquiatra, los cuales se enlistan a continuación (10):

- Síntomas constantes o exacerbados que no seden con la terapia inicial.
- Dificultades que se presentan en la familia, el trabajo o en la convivencia ante la sociedad.
- Riesgo de presentar alguna complicación, como el suicidio.
- Presencia de adicciones.
- Trastornos como depresión mayor, psicosis y presencia de estrés postraumático, deben ser valoradas por un especialista.

Las personas con algún problema de salud mental, con o sin diagnóstico, pueden tener dificultad para dimensionar el riesgo que implica la pandemia por COVID-19; aquellos que padecen trastornos mentales graves presentan una especial vulnerabilidad durante las emergencias, además, se encuentran expuestas a más barreras para acceder a los servicios de salud oportunos, debido a la discriminación asociada a éstos y otros trastornos de salud mental, en entornos de atención

médica; sumado esto a los efectos adversos de la cuarentena, pueden generar recaídas o empeoramiento de su condición de salud mental. Por tanto, requieren acceso a servicios en igualdad y sin discriminación. Se suma el desgaste emocional y físico de los equipos de salud y primeros respondientes, ante el aumento de la demanda de servicios, así como del estigma asociado a contraer COVID-19 y el miedo a contagiar o contagiarse, que pueden menoscabar su salud mental. Por ello, desde las medidas de prevención de pánico hasta las intervenciones especializadas por servicios de psicología y psiquiatría, la salud mental es un elemento esencial para considerarse en la atención de COVID-19. (10)

Ansiedad:

La ansiedad es una reacción que se presenta ante eventos estresantes, la cual puede resultar beneficiosa en algunas situaciones. Resulta ser una respuesta que puede alertar a las personas y con ello estar más atentos a los sucesos. Los trastornos mentales más comunes son los trastornos de ansiedad, los cuales afectan hasta en un 30 por ciento de los adultos. Las personas que presentan trastornos de ansiedad suelen evitar situaciones que ayudan a desencadenar o empeorar los síntomas. Normalmente la calidad de vida se ve afectada debido a que el desempeño no es el mismo, las relaciones interpersonales también resultan afectadas. Cuando la persona presenta miedo o ansiedad, éstos deben dificultar la capacidad para adecuarse a la vida cotidiana, suelen ser inapropiados con la situación o la edad de la persona para poder diagnosticar un trastorno de ansiedad.

Se sabe que existen varios tipos de trastornos de ansiedad, profundicemos en el trastorno de ansiedad generalizada, la cual se caracteriza por presentar una preocupación excesiva y persistente, interfiriendo con las actividades de la vida cotidiana. Suele acompañarse de síntomas, como intranquilidad, nerviosismo, fatiga, alteraciones en el sueño, dificultad en prestar o enforzar la atención. (11)

En los distintos países existe gran variabilidad en la prevalencia de este trastorno mental, por lo que actualmente se estima una prevalencia global de 7,3% (del 4,8% al 10,9%). (12) Los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales con mayor prevalencia a nivel mundial y se asocian con una comorbilidad y morbilidad significativas. (13)

Los pacientes que presentan síntomas relacionados con ansiedad asisten a consulta en un primer nivel de atención, en el que con frecuencia solo se tratan los síntomas físicos y no el trastorno psiquiátrico de base, demostrándose que a pesar de la alta prevalencia de las enfermedades mentales, son poco reconocidas y como consecuencia, no son tratadas de manera adecuada. (14)

Fisiopatología:

Las investigaciones en neurobiología con animales, y la respuesta al tratamiento propuesto a los pacientes que manifiestan sufrir de ansiedad, revelan que tres neurotransmisores están implicados en los estados de ansiedad: la noradrenalina (NA), la serotonina (5HT) y el ácido Gammaaminobutílico (GABA):

- La noradrenalina: sustancia que actúa como neurotransmisor (agente que transmite impulsos nerviosos entre las células del cerebro o neuronas) y estimula una parte del sistema nervioso llamado sistema nervioso simpático, encargada de regular ciertas actividades involuntarias, tales como el ritmo del corazón, la presión arterial y sudoración, entre otros. Los cuerpos neuronales del sistema NA, noradrenérgico, se localizan principalmente en el locus coeruleus del puente límbico y médula espinal. La estimulación del locus coeruleus en animales provoca una respuesta de miedo y su ablación inhibe o bloquea completamente esta respuesta.
- La serotonina: el interés por la relación de la serotonina con los trastornos de ansiedad ha sido motivado por la constatación que los antidepresivos serotoninérgicos tienen efectos terapéuticos en algunos trastornos de ansiedad. Los cuerpos celulares de la mayoría de las neuronas serotoninérgicas están localizados en los núcleos del rafe en el tallo y se proyectan hacia la corteza, sistema límbico y el hipotálamo. Nótese que el interés por la relación entre serotonina y ansiedad aparece al evidenciarse efectos terapéuticos producidos por el uso de los antidepresivos serotoninérgicos; de forma colateral se encuentra que dichos antidepresivos tienen, además, un efecto benéfico sobre la ansiedad (angustia).
- GABA: en el tratamiento de los trastornos de ansiedad se apoya en la eficacia de las benzodiacepinas. Dichas benzodiacepinas potencian la actividad de dicho neurotransmisor en el receptor GABA-A. A la serotonina y GABA se atribuye la capacidad de generar la ansiedad que los sujetos sienten cuando saben que van a ser expuestos al estímulo o gatillazo y las reacciones evasivas al mismo. (15)

Factores de riesgo:

Dentro de los factores de riesgo, se encuentran los no modificables como la edad, principalmente personas que se encuentran en el margen de 30 a 54 años, predominantemente se asocia un riesgo mayor cuando se es mujer. Otros de los factores es ser portador de enfermedades crónico-degenerativas, vivir solo, ser viudo o divorciado, tener baja escolaridad y presenciar eventos estresantes al largo de la vida. También se debe tomar en cuenta a todo aquel que cuenta con limitaciones físicas que interfieren en las actividades de la vida diaria. (16)

Manifestaciones clínicas:

Se caracteriza por cursar con un estado de anticipación aprensiva y dificultad para poder controlar la preocupación, también puede presentarse con dificultad para concentrarse o el hecho de no poder dejar de pensar en algo. (17)

Con frecuencia, los pacientes manifiestan dificultad para obtener un rendimiento cognitivo deseable, lo que termina perjudicando su desempeño en las funciones que realiza. (18)

En cuanto a las personas mayores se trata, ellos son quienes cursan con insomnio, cursan con mayor discapacidad debido a las preocupaciones que presentan, a menudo experimentan mayor preocupación por su salud y porque sus familiares se encuentren bien, en comparación con la población más joven, a los que les importa más la salud del resto antes que la propia, así como mayor interés por lo que vendrá en un futuro. (19)

Recordemos que quienes sufren de trastorno de ansiedad, también suelen acompañarse de alteraciones a nivel de diferentes sistemas, las cuales se asocian en mayor y menor proporción, entre estas se encuentra las gastrointestinales, genitourinarias, fallas en la memoria diferida y malas relaciones sociales respectivamente. (20)

El problema radica en las deficiencias sociales y ocupacionales, como se ha dicho en anterioridad, se ve afectada el área laboral y escolar al presentar 3 o 4 síntomas que lo caracterizan (síntomas físicos: inquietud o sensación de nerviosismo o fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, alteración del sueño (dificultad para conciliar o quedarse dormido o sueño insatisfactorio) y síntomas de excitación autonómica) durante al menos 6 meses. (21)

Diagnóstico:

Para la valoración inicial de la TAG, se debe realizar una historia clínica completa, la cual debe incluir los factores de riesgo, el inicio de la presentación de los síntomas para valorar la duración y progresión de la enfermedad, se debe realizar un examen físico y mental, así como considerar la presencia de comorbilidades como cardiopatías, depresión, enfermedades autoinmunes, entre otras. También se tiene que indagar en medicamentos que pueden causar ansiedad, como lo son:

- Estimulantes del sistema nervioso: Anfetamina, cafeína cocaína, efedrina, metilfenidato.
- Retiro de depresores del sistema nervioso: Alcohol, ansiolíticos barbitúricos, agonistas narcóticos, sedantes-hipnóticos.
- Cardiovasculares: Captopril, enalapril, digoxina, hidralazina, clonidina.
- Pulmonares: Salbutamol, teofilina, aminofilina.
- Anti-inflamatorios: Corticoesteroides y analgésicos no esteroideos.
- Otros: Anticolinérgicos, anticonvulsivantes, antihistamínicos, antidepresivos, antipsicóticos, fármacos tiroideos.

Como ya se dijo, existen condiciones clínicas que se asocian con TAG, por lo que se deben realizar estudios de laboratorio para descartar los distintos condicionantes:

- Biometría hemática
- Química sanguínea
- Electrolito séricos

- Perfil de lípidos
- Perfil tiroideo.
- Pruebas de funcionamiento hepático.
- Examen general de orina.
- Electrocardiograma.

Para determinar la gravedad de los trastornos de ansiedad y así poder supervisar el progreso con el tratamiento, se puede utilizar la Escala de Ansiedad de Hamilton. (22)

Se deben considerar los criterios diagnósticos de la CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas Relacionados con la salud):

Tensión, preocupaciones y miedos sobre eventos cotidianos y problemas durante al menos seis meses, con los siguientes síntomas: (17)

- Manifestaciones vegetativas (aumento del ritmo cardiaco, diaforesis, temblor o sequedad de boca).
- Síntomas en el pecho o el abdomen (síntomas respiratorios, sensación de opresión, dolor en el pecho, molestias abdominales).
- Síntomas mentales (mareos, desrealización, miedo a perder el control, miedo a morir).
- Síntomas generales bochornos, escalofríos, parestesias)
- Síntomas de tensión (tensión muscular, agitación, sensación de cuerpo extraño en la garganta).
- Otros síntomas no específicos (respuesta de susto exagerada, falta de concentración, irritabilidad, dificultad para conciliar el sueño).

Tratamiento:

No es necesario tratar todos los trastornos de ansiedad cuando los síntomas son leves, transitorios y sin deterioro asociado de la función social y laboral. El tratamiento está indicado cuando un paciente muestra una marcada angustia o sufre

complicaciones derivadas del trastorno (depresión secundaria, ideación suicida o abuso de alcohol).

Los trastornos de ansiedad pueden tratarse principalmente de forma ambulatoria, pero cuando existe falta de respuesta a los tratamientos habituales o comorbilidad relevante como depresión, mayor, trastornos de la personalidad o abuso de sustancias, se debe considerar la hospitalización.

Debe ser un tratamiento multidisciplinario, en el que se abarque psicoterapia, farmacoterapia y otras intervenciones, en el que se deben considerar los factores individuales, por ejemplo, la preferencia del paciente, el historial del paciente con tratamientos anteriores, la gravedad de la enfermedad, las comorbilidades como los trastornos de la personalidad, la tendencia al suicidio, la disponibilidad local de métodos de tratamiento, el tiempo de espera para las citas de psicoterapia, los costes y otros factores. (22)

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina e inhibidores selectivos de la recaptación de norepinefrina:

Debido a su balance positivo entre el riesgo y el beneficio, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores selectivos de la recaptación norepinefrina (IRSN) se recomiendan como fármacos de primera línea. Se debe informar a los pacientes que el inicio del efecto ansiolítico de estos antidepresivos tiene una latencia de 2 a 4 semanas (en algunos casos hasta 6 semanas). Durante las primeras 2 semanas, los efectos adversos pueden ser más fuertes. Puede producirse un nerviosismo inicial o un aumento de los síntomas de ansiedad, lo que puede reducir el apego al tratamiento. La reducción de la dosis inicial de los antidepresivos puede reducir estos efectos adversos. (23)

Después de interrumpir el tratamiento con un ISRS, pueden producirse reacciones de abstinencia, sin embargo, éstas son mucho menos frecuentes y graves que las reacciones de abstinencia observadas después de terminar el tratamiento con benzodiacepinas, las reacciones adversas pueden ser más frecuentes con paroxetina que con sertralina o fluoxetina. (24)

Pregabalina:

La pregabalina es un modulador del calcio que actúa en la subunidad $\alpha 2\delta$ de los

canales de calcio activados por voltaje, tiene propiedades sedantes, por lo que los trastornos del sueño, que son frecuentes en pacientes con trastornos de ansiedad, pueden mejorar antes con el uso de pregabalina que con los ISRS o los IRSN. El inicio de la eficacia es más temprana con la pregabalina que con los antidepresivos. (25)

Antidepresivos tricíclicos:

Los antidepresivos tricíclicos tradicionales (ATC) imipramina y clomipramina son tan eficaces como los antidepresivos de segunda generación en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. La frecuencia de los eventos adversos es mayor para los ATC que para los ISRS o los IRSN. Por lo que estos últimos deben probarse primero antes de utilizar los ATC. La dosis debe aumentarse lentamente hasta que se alcancen los niveles de dosis utilizados en el tratamiento de la depresión. Los ATC deben utilizarse con precaución en pacientes que se consideran riesgo de suicidio, debido a su potencial toxicidad mortal tras una sobredosis. (26)

Benzodiazepinas:

Los efectos ansiolíticos de las benzodiazepinas comienzan pronto, tras su aplicación oral o parenteral. A diferencia de los antidepresivos, las benzodiazepinas no provocan inicialmente un aumento del nerviosismo y del insomnio. Después de un tratamiento a largo plazo con benzodiazepinas, entre 4 a 8 meses, se puede producir dependencia por parte de algunos pacientes, principalmente en pacientes con predisposición al abuso de sustancias. (27) (28)

En casos excepcionales (por ejemplo, enfermedad cardíaca grave, contraindicaciones para los fármacos estándar, suicidio y otras condiciones), las benzodiazepinas pueden utilizarse durante un periodo de tiempo limitado. Sin embargo, los pacientes con un historial de abuso de benzodiazepinas u otras sustancias deben ser excluidos del tratamiento. Las benzodiazepinas también pueden utilizarse en combinación con ISRS/IRSN durante las primeras semanas antes del inicio de la eficacia de los antidepresivos. (29)

En casos singulares, los ataques de pánico agudos pueden requerir tratamiento farmacológico inmediato. En ese caso, el Lorazepam a una dosis de 1,0 a 2,5 mg puede administrarse según sea necesario (hasta una dosis no superior a 7,5

mg/día).

A diferencia de los ISRS y los IRSN, las benzodiacepinas no tratan la depresión, que es una condición comórbida común en los trastornos de ansiedad. (22)

Depresión:

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos como los sentimientos de dolor profundo, de culpa, de soledad, tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, desesperanza, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, también están presentes síntomas de tipo cognitivo como baja atención, concentración y memoria, pensamientos de muerte o ideación suicida, volitivo (apatía, anhedonia, retardo psicomotor, descuido en sus labores cotidianas) y somático (cefalea, fatiga, dolores, alteraciones del sueño, somatizaciones, propensión a infecciones, etc.), por lo que es una afectación global de la vida psíquica. (30)

En México, tres de las diez enfermedades más discapacitantes son neuropsiquiátricas: desórdenes mentales, desórdenes neurológicos y uso de sustancias. (31)

De acuerdo con la Encuesta Mundial de Salud Mental, se estima que, en México, las personas que padecieron algún trastorno grave de salud mental perdieron en promedio 27 días productivos y alrededor de siete días la gravedad fue moderada. (32)

Al explorar la prevalencia de SD y la cobertura de detección y tratamiento de depresión, su en el tiempo y los factores sociodemográficos asociados, utilizando datos de las Ensanut 2006, 2012, 2018-19, resultó que la prevalencia de SD en cada ronda de la Ensanut fue de 15.4, 13.7, 13.6 y 15.0%, respectivamente.

Se ha demostrado que la cobertura de detección y tratamiento de depresión no ha cambiado sustancialmente en el tiempo e indican que uno de cada diez adultos ha recibido diagnóstico de depresión por parte de un profesional de la salud y 7% ha recibido tratamiento. (33)

Fisiopatología:

Desde hace 5 décadas, el enfoque biológico de la depresión ha sido dominado por la hipótesis de las monoaminas. La hipótesis propone que la depresión es causada por un déficit funcional de los neurotransmisores noradrenalina (NA) y la serotonina (5-HT), en las regiones límbicas (emocionales) del cerebro. Esta hipótesis se apoyó por el hallazgo de que el tratamiento con reserpina (un fármaco antihipertensivo, que agota las reservas de las monoaminas), causó episodios depresivos en algunos pacientes. La versión básica de esta hipótesis, con respecto al trastorno depresivo, especuló que la depresión se debe a una reducción en la disponibilidad de los neurotransmisores 5-HT y NA, resaltando que los fármacos antidepresivos ejercen su acción terapéutica mediante el aumento de la disponibilidad extracelular de estos neurotransmisores. Estos sistemas monoaminérgicos se distribuyen ampliamente en toda la red de neuronas del sistema límbico, el estriado y los circuitos neuronales corticales prefrontales, quienes proporcionan las manifestaciones conductuales y viscerales de los trastornos del estado de ánimo. (34)

Factores de riesgo:

Se debe poner atención a los pacientes que presentan los siguientes actores:

- Ideas de muerte
- Pérdida del sentido de la vida
- Desesperanza
- Sexo masculino
- Edad avanzada
- Vivir solo
- Historia familiar de suicidio
- Historia familiar y personal de abuso de sustancias, en particular el alcohol
- Psicosis
- Enfermedades crónicas, terminales, invalidantes y dolorosas
- Impulsividad
- Pobre capacidad para manejo del estrés.

Se deben tener en cuenta los aspectos sociodemográficos y culturales que puedan afectar al desarrollo o mantenimiento de los síntomas depresivos e influir en el tratamiento, como el sexo, la familia, la red social o el estigma percibido. (30)

Cuadro clínico:

La depresión mayor es un trastorno mental que se caracteriza por una tristeza profunda y una pérdida del interés; además de una amplia gama de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y del comportamiento. (35) Estos síntomas incluyen el llanto, la irritabilidad, el retraimiento social, la falta de libido, la fatiga y la disminución de la actividad, la pérdida del interés y el disfrute de las actividades en la vida cotidiana, además, de los sentimientos de culpa e inutilidad. (36). También, se encuentran a la baja los sentimientos de autoestima, existe una pérdida de la confianza, sentimientos de impotencia, y en una gran parte de la población que padece la depresión mayor se presenta una ideación suicida, intentos de autolesión o suicidio. (35)

Diagnóstico:

Las múltiples clasificaciones de los síndromes depresivos, las cuales obedecen a perspectivas muy diferentes, se encuentran plasmadas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) (37), y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) (38), ambas basadas en la clasificación de síntomas que buscan un consenso en aras de una aplicación práctica y de un lenguaje común que permita el trabajo científico entre investigadores y clínicos. En el manual DSM-V, la depresión es considerada como un trastorno del estado de ánimo y se subdivide en las siguientes categorías: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado. En la CIE10 la depresión se incluye entre los trastornos del humor (afectivos) y se clasifica en: episodio depresivo leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos y otros tipos de episodios depresivos (estados depresivos sin especificación o atípicos), mismos que suelen acompañarse de un cambio en la actividad general asociada con otros síntomas, la mayoría de las veces secundarios. El trastorno de depresión

mayor suele ser recurrente y, a menudo, el inicio de un episodio depresivo se relaciona con la presencia de acontecimientos o situaciones estresantes. (38)

Los criterios de diagnóstico para la depresión que se consideran en la Asociación Americana de Psiquiatría del año 2005 son: (39)

Presencia de 5 o más de los siguientes síntomas, diariamente durante un período de 2 semanas, de los cuales uno de ellos debe ser el 1 o el 2:

- Estado de ánimo depresivo o irritable (tristeza profunda).
- Disminución del interés en las actividades placenteras y la capacidad de experimentar placer (anhedonia).
- Significativo aumento o pérdida de peso (cambio de > 5% en un mes).
Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o retardo psicomotor.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

Tratamiento:

Desde principios de la década de los 60's, los antidepresivos tricíclicos representaron el tratamiento farmacológico para la depresión mayor. Estos antidepresivos, en general han sido considerados como un grupo homogéneo de fármacos, que difieren principalmente en su potencia para inhibir la recaptura de la 5-HT y de la NA. Su eficacia en el tratamiento de la depresión mayor está bien establecida. Sin embargo, estos antidepresivos presentan efectos adversos, los cuales pueden aparecer al inicio del tratamiento o tras aumentar la dosis de su administración. Muchos de estos efectos aparecen antes de alcanzar el efecto antidepresivo. Estos medicamentos se pueden dividir en dos clases principales, por un lado, la imipramina y la amitriptilina, que son fármacos duales inhibidores de la recaptura de la 5-HT y la NA, y que tienen una alta carga de efectos secundarios

anticolinérgicos. Por otro lado, la nortriptilina y la desipramina, son más selectivos en el bloqueo de la recaptura de la NA. Los antidepresivos tricíclicos inducen efectos anticolinérgicos, efectos secundarios cardíacos que están relacionados con su acción sobre los receptores muscarínicos (M1), y efectos anti-histaminérgicos a través de los receptores de la histamina (H1). (40)

Otro tipo de fármacos son los inhibidores de la MAO han sido efectivos en producir una mejoría de los pacientes con depresión mayor. Su efecto consiste en aumentar la función de los sistemas monoaminérgicos (5-HT y NA). Sin embargo, su efecto es lento y puede observarse después de varias semanas de administración. (41)

Para las décadas de los 80's y 90's se produjo el desarrollo de nuevos fármacos que producían un menor número de efectos adversos y que se basaron en inhibir la recaptura de la 5-HT y de la NA, con la finalidad de obtener una respuesta terapéutica más rápida, los inhibidores selectivos de la recaptura de la 5-HT (ISRS) y la NA (ISRN), respectivamente. Entre los ISRS, se encuentran el citalopram, la sertralina y la fluoxetina, los cuales han reemplazado a los fármacos antidepresivos tricíclicos porque tienen menos efectos adversos. (42)

Al contrario de los ISRS y ISRN, otro grupo de fármacos han sido empleados para el trastorno de depresión mayor, los antipsicóticos atípicos, los cuales aumentan la recaptura selectiva de la 5-HT y de la NA. Entre ellos se encuentran la quetiapina, olanzapina, risperidona, tianeptina y la ziprasidona, que han demostrado ser eficaces en pacientes deprimidos. (43)

En general, todos son fármacos que se usan para el tratamiento de depresión y actúan en los sistemas serotoninérgicos y noradrenérgicos, se sabe que todos tienen efectos adversos y que su efecto se ve reflejado en un mínimo de dos a tres semanas de comenzar a ingerirlos.

Justificación:

La incidencia y mortalidad por COVID-19 en México se ha incrementado, y con ello, el distanciamiento social, el desempleo, trabajo en casa, las clases en línea o por medio de programas de televisión y principalmente el hecho de evitar el contacto físico de las personas más cercanas, hechos de la vida diaria tan importantes que se ven reflejados en la salud mental de las personas. El presente trabajo pretende describir y aportar información referente al comportamiento que los trastornos de ansiedad y depresión han presentado durante la pandemia por COVID-19, así como el aumento en el uso de los medicamentos utilizados para dichos padecimientos.

La ansiedad y depresión son causa de discapacidad en nuestro país y estas pueden precipitarse ante un ambiente estresante como lo es el aislamiento social, estar expuestos a un factor precipitante de manera prolongada, hace más susceptible a la persona de sufrir alteraciones emocionales como enojo, aburrimiento, presencia de crisis familiares que someten a un estado de estrés, en donde se pueden generar trastornos de ansiedad y estrés que finalmente interfieren con la calidad de vida.

La investigación acerca de los trastornos de ansiedad y depresión en pacientes positivos a COVID-19, permitirá describir el comportamiento ante una etapa de pandemia, en la que el ser humano se ha enfrentado a crisis que lo predisponen a padecer trastornos del estado de ánimo. Así, el presente estudio permite demostrar la prevalencia de los trastornos del estado de ánimo posterior a la exposición a un evento traumático, así como dar hincapié a la planeación de servicios de prevención y tratamiento en el primer nivel de atención.

Planteamiento del problema:

Las enfermedades de salud mental constituyen una epidemia silenciosa que ha afectado al continente americano, incluso mucho tiempo antes del surgimiento de COVID-19.

Los trastornos por depresión y por ansiedad son problemas habituales de salud mental que afectan a la capacidad de trabajo y la productividad. Más de 300 millones de personas en el mundo sufren depresión, un trastorno que es la principal causa de discapacidad, y más de 260 millones tienen trastornos de ansiedad.

En México, el surgimiento de la nueva enfermedad causada por el virus SARS CoV-2 ha causado que la población se vea en la necesidad de realizar aislamientos, hecho que se ha convertido en un factor de riesgo, pues mientras más se prolonga el aislamiento, mayor es la exposición al estrés. El Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS reconoce que el número de personas expuestas a los factores estresantes extremos es grande y que la exposición a estos factores es un riesgo para los problemas sociales y de salud mental. (44) (45) (46)

Ante el presente escenario, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el comportamiento de los trastornos de ansiedad y depresión en pacientes mayores de edad con resultado positivo a COVID-19?

6 Objetivos:

6.1 Objetivo general:

- Evaluar el comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes mayores de edad, positivos a COVID-19 en la UMF No.161.

6.2 Objetivos específicos:

- Estimar la prevalencia del trastorno de ansiedad en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF No. 161.
- Estimar la prevalencia de depresión en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF No. 161,
- Comparar el impacto psicológico entre hombres y mujeres con resultado positivo a COVID-19.
- Analizar la asociación de la enfermedad por acovid-19 y los cambios en los estilos de vida, así como el abuso de sustancias psicotrópicas.
- Demostrar que el confinamiento en casa tiene más repercusiones nocivas para la salud mental de las mujeres.

7 Hipótesis:

Hipótesis nula: No existe asociación entre la prevalencia del trastorno de ansiedad y depresión en pacientes mayores de edad positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No. 161.

Hipótesis alterna: Existe una mayor prevalencia del trastorno de ansiedad y depresión en pacientes mayores de edad positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No. 161.

- Se espera el desarrollo de un impacto psicológico en los pacientes de ambos sexos con resultado positivo a COVID-19, en especial el aumento de sentimientos de ansiedad y depresión
- El confinamiento se asocia con cambios en los patrones de estilo de vida, (el sueño, el ejercicio, desempeño laboral y académico), así como con los cambios en el consumo o uso de drogas psicotrópicas (café, alcohol, nicotina).
- El confinamiento en casa tiene repercusiones más nocivas en la salud mental de las mujeres y, en particular, de las cuidadoras.

8 Material y métodos:

8.1 Diseño de estudio:

Se realizará un estudio transversal, observacional, descriptivo, retrospectivo.

Transversal: Se realiza una sola medición en la población de estudio, sin realizar seguimiento.

Observacional: El factor de estudio no es controlado por el investigador.

Descriptivo: Se explican los factores que influyen en la población de estudio.

Retrospectivo: El inicio del estudio fue posterior a los hechos ocurridos.

Los datos de cada sujeto representan un momento durante la pandemia, no estableceré relaciones causales porque tanto el factor como los trastornos serán obtenidos de manera simultánea, es un estudio que no es controlado por el investigador, solo me limito a observar y medir. El inicio del estudio es posterior a los hechos estudiados, por lo que los datos serán obtenidos por encuestas sobre hechos sucedidos.

8.2 Periodo de estudio:

Julio 2021 - febrero 2022

8.3 Lugar del desarrollo del estudio:

Unidad de Medicina Familiar con UMAA No. 161.

8.4 Población de estudio:

Pacientes mayores de edad positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No. 161, con derechohabencia al IMSS.

8.5 Selección de la muestra:

8.5.1 Tipo de muestra y muestreo:

Se realizará muestreo no probabilístico por conveniencia ya que se incluirá a todo el universo de estudio.

8.5.2 Cálculo de tamaño de muestra:

Se realizó cálculo de tamaño de muestra para estimar una proporción en una población finita.

Se obtuvo un total de registro de 1782 pacientes que presentaron síntomas respiratorios y que cuentan con folio SINOLAVE, de los cuales se excluyeron 9 pacientes de los que no se tuvo registro de fecha de inicio de los síntomas obteniendo un total de 1773 pacientes. Se excluyeron a 1201 pacientes que no contaron con prueba positiva (PCR o prueba rápida de detección de antígeno), obteniendo 572 pacientes, de los cuales 48 fueron defunciones, quedando 524 pacientes, 79 de ellos no contaba con derechohabencia al IMSS, por lo que fueron excluidos, de los 445 pacientes, 15 eran menores de 18 años, obteniendo finalmente 430 pacientes, por último fue excluido el folio correspondiente a mi nombre, con la finalidad de evitar entrar en conflicto de interés, obteniendo así un total de 429 pacientes.

Se consideró la prevalencia de ansiedad y depresión en México para el año 2017 y 2018 respectivamente: (47)(33)

- Prevalencia de ansiedad: México 14.3%
- Prevalencia de depresión: México 15%

Se consideraron los siguientes parámetros:

Seguridad: 95%

N (total de la población con prueba positiva a COVID-19 en UMF 161) = 429

$$P= 0.15\% \quad n= \frac{N \cdot z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

d=0.05%

$$\text{Precisión}=5\% \quad n= \frac{429 \cdot 1.96^2 \cdot 0.15 \cdot 0.85}{0.05^2 \cdot (429-1) + 1.96^2 \cdot 0.15 \cdot 0.85}$$

Z_{α}^2 : 1.96%

$$q: 1-p=0.85\% \quad n= \frac{429 \cdot 3.8416 \cdot 0.15 \cdot 0.85}{0.0025 \cdot 428 + 3.8416 \cdot 0.15 \cdot 0.85} = 134.7130255$$

Considerando un 20% por probables pérdidas:

N= 168.75

8.6 Sesgos:

1. Sesgo de confusión:

Se presenta cuando una variable externa enmascara una verdadera asociación, existe una asociación aparente entre una exposición y una enfermedad, pero es debida por otra variable que se encuentra asociada y resulta ser un factor de riesgo para padecer la enfermedad. Los trastornos de ansiedad y depresión pueden ser desencadenados por otros factores independientes a haber padecido COVID-19, como lo es la pérdida de algún familiar durante la pandemia.

Maniobra para evitarlo: Definir posibles variables de confusión.

Desde el momento del diseño del estudio deben preverse las posibles variables de confusión y así establecer un control adecuado de éstas, se enlistaron criterios de inclusión y de exclusión.

2. Sesgo de medición:

Se presenta cuando los investigadores hacen más detallados y profundo el interrogatorio en algunos integrantes de la población.

Maniobra para evitarlo: Estandarización.

Estandarizar el procedimiento de medición al igual la aplicación del instrumento, la entrevista, y la recolección de datos igualitaria, para reducir la presencia de errores en la medición.

3. Sesgo por pérdidas:

Se presenta cuando se pierden los pacientes, principalmente por muerte, el deseo de no participar o el llenado incompleto de los cuestionarios.

Maniobra para evitarlo: Pérdidas.

Para ello, desde el momento del diseño debe preverse cuánto será el porcentaje de posibles pérdidas que se van a tolerar para no afectar los resultados, e incluir esta estimación en el cálculo del tamaño de la muestra. Sobreestimé un 20% de la muestra.

8.7 Criterios de selección de las unidades de muestreo:

8.7.1 Criterios de inclusión:

- Ambos sexos
- Mayores o igual a 18 años
- Sin antecedente de diagnóstico de la enfermedad durante el 2019
- Sin antecedente de tratamiento para ansiedad y/ depresión previa al año 2020
- Paciente derechohabiente
- Paciente que resultó positivo a COVID-19
- Que sepa leer y escribir
- Que acepte participar en el estudio

8.7.2 Criterios de exclusión:

- Con trastornos neurológicos
- Que presenten otras enfermedades psiquiátricas
- Que tengan antecedente de tratamiento con ansiolíticos o antidepresivos
- Pérdida de algún familiar por muerte durante la pandemia

8.7.3 Criterios de eliminación:

- Muerte
- Negativa
- Paciente que realice las encuestas incompletas

8.8 Definición de las variables y escalas de medición:

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicador
Depresión	Dependiente	Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos	Calificación obtenida en el cuestionario. (PHQ-9 Patient Health Questionnaire 9)	Cualitativa Ordinal Politómica	Ninguna 0-4 Leve 5-9 Moderado 10-14 Moderadamente grave 15-19 Grave 20-27
Ansiedad	Dependiente	Angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos.	Calificación obtenida en el cuestionario (GAD7, Generalized Anxiety Disorder 7)	Cualitativa Ordinal Politómica	Ninguna 0-4 Leve 5-9 Moderado 10-14 Grave 15-21
Sexo	Dependiente	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.	Observación	Cualitativa Nominal Dicotómica	1- Mujer 2- Hombre
Edad	Dependiente	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.	Análisis de documentos	Cuantitativa Discreta	Años
Peso antes de la pandemia	Dependiente	Medida resultante de la acción que ejerce la gravedad terrestre sobre un cuerpo.	Análisis de documentos	Cuantitativa Continua	Kilogramos
Peso durante la pandemia	Dependiente	Medida resultante de la acción que ejerce la gravedad terrestre sobre un cuerpo.	Somatometría	Cuantitativa Continua	Kilogramos
Talla	Dependiente	Estatura o altura de las personas.	Somatometría	Cuantitativa Continua	Metros
IMC antes de la pandemia	Dependiente	Peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m ²).	Análisis de documentos	Cuantitativa Continua	Kg/m ²
IMC durante la pandemia	Dependiente	Peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m ²).	Somatometría	Cuantitativa Continua	Kg/m ²
Muerte de familiar durante la contingencia	Dependiente	Cesación o término de la vida de un familiar durante la contingencia.	Entrevista	Cualitativa Nominal Dicotómica	1- Si 2- No
Sustancias psicoactivas	Dependiente	Compuestos naturales o sintéticos, que actúan sobre el sistema nervioso generando alteraciones en las funciones que regulan pensamientos, emociones y el comportamiento.	Entrevista	Cualitativa Nominal Politómica	1.- Nicotina 2.- Alcohol 3.- Cafeína
Estado civil	Universal	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales.	Análisis de documentos	Cualitativa Nominal Politómica	1- Casado 2- Unión libre 3- Soltero
Escolaridad	Universal	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Análisis de documentos	Cualitativa Nominal Politómica	1- Sin estudios 2- Primaria 3- Secundaria 4- Bachillerato 5- Carrera técnica 6- Licenciatura 7- Maestría 8- Doctorado

Trabajo remunerado	Universal	Actividad que ejerce una persona de forma habitual a cambio de un salario	Entrevista	Cualitativa Nominal Dicotómica	1- Si 2- No
Situación laboral durante la contingencia	Universal	Estado laboral actual del sujeto.	Entrevista	Cualitativa Nominal Politómica	1- Si, con actividad laboral 2- Permiso por contingencia 3- Desempleo durante la contingencia
Comorbilidad	Universal	Coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo, generalmente relacionadas.	Análisis de documentos	Cualitativa Nominal Politómica	1- Diabetes 2- Hipertensión arterial sistémica 3- Obesidad 4- EPOC 5- ASMA 6- Cardiopatía isquémica 7- Enfermedad autoinmune 8- Colitis
Hijos	Universal	Persona o animal respecto de sus padres.	Entrevista	Cualitativa Nominal Politómica	1- Lactante 2- Preescolar 3- Escolar 4- Adolescente 5- Adulto

8.9 Instrumentos de recolección de datos:

- Se utilizará la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7):

Compuesta por 7 ítems y focalizada en el trastorno de ansiedad generalizada.

Para cada ítem existen 4 respuestas posibles evaluadas por una escala *Likert* de 4 puntos (de 0 a 3), sobre cómo el individuo se sintió en las 2 semanas anteriores. La puntuación final clasifica la ansiedad como normal (0 a 4 puntos), ligera (5 a 9 puntos), moderada (10 a 14 puntos) y severa (15 a 21 puntos).

- Se utilizará el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9)

Fue desarrollado para realizar un diagnóstico basado en criterios del trastorno depresivo mayor. El PHQ-9 comprende nueve ítems que evalúan la presencia de los trastornos mentales, considera los criterios para el trastorno depresivo mayor en el periodo de 2 semanas. Cada elemento del PHQ-9 se califica en una escala de 4 puntos, que va de 0 (nada) a 3 (casi todos los días), para una puntuación total que va de 0 a 27. Las puntuaciones más altas indican una mayor gravedad de síntomas y una mayor probabilidad de trastorno depresivo mayor. Los cuestionarios con hasta dos valores perdidos se puntúan, reemplazando los que faltan.

Los puntos de corte de 5, 10, 15 y 20 representan niveles leves, moderados, moderadamente graves y graves de síntomas depresivos, respectivamente.

Un límite de 10 o más ha sido descrito como diagnóstico en revisiones sistemáticas y metaanálisis del PHQ-9.

Un ítem final evalúa la percepción de deterioro social, funcional y ocupacional causado por los síntomas examinados por el PHQ-9. Los participantes califican la dificultad en la realización de sus actividades, con cuatro posibles respuestas: nada difícil, algo difícil, muy difícil y extremadamente difícil.

8.10 Técnicas y procedimientos:

Se procederá a realizar la selección de los pacientes considerando los criterios de inclusión, las encuestas PHQ-9 Y GAD-7 se realizarán a las personas derechohabientes que hayan presentado positividad a la prueba PCR o prueba rápida de antígeno a COVID-19, se contactará vía telefónica para ser citados y realizar de forma presencial las encuestas. Se les informará el tipo de estudio que se llevará a cabo y la importancia del mismo. Se solicitará inicialmente la firma de consentimiento informado.

El tiempo estimado para contestar las escalas será de 10 minutos.

Se formulará una hoja de recolección de datos en la que queden registradas las variables que desglosé previamente en el cuadro de variables.

Posteriormente procederé a la recolección de las encuestas, y el concentrado de la información en una hoja de trabajo de Excel, para realizar posteriormente su análisis y aplicación de una prueba estadística.

8.11 Análisis estadístico:

Análisis descriptivo de variables cuantitativas discretas, las cuales toman un número finito o infinito, cuantitativas continuas, que toman un número infinito no numerable, también se analizan variables cualitativas nominales, que únicamente ponen nombre a una característica y las variables ordinales, las cuales llevan asociadas un orden en las respuestas.

Para el análisis de los resultados se utilizarán medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), frecuencias y proporciones. Se utilizarán elementos gráficos y tablas para resumir y presentar los datos de forma organizada.

Aspectos éticos:

El presente trabajo de investigación con el título “Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) durante el año 2020 asociado a la pandemia por COVID-19 en pacientes inscritos a la UMF con UMAA No. 161”, no desobedece la declaración de Helsinki de la asociación Médica mundial, estará fundamentado con el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en México. Se apega a la NOM-012- SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Se integra la carta de consentimiento informado del proyecto de investigación.

Declaración de Helsinki:

La Declaración fue originalmente adoptada en junio de 1964 en Helsinki, Finlandia, y ha sido sometida a cinco revisiones y dos clarificaciones, creciendo considerablemente de 11 a 37 párrafos. La Asociación Médica Mundial (AMM) promulgó la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. Se agregan los párrafos más relevantes sobres los cuales se fundamenta el actual protocolo de investigación:

Párrafo 6: El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

Párrafo 7: La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Párrafo 10: Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual

que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

Párrafo 22: El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración.

Párrafo 25: La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria.

Ley General de Salud

Con fundamento en lo dispuesto por los Artículos 13 Inciso A, Fracción I, 14 y 96 de la Ley General de Salud, 5o. Inciso A y 113 al 120 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y Artículo 22 Fracción V del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Se integra la carta de consentimiento informado del proyecto de investigación.

NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

GERMAN ENRIQUE FAJARDO DOLCI, Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud y presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4º. De la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, 3º. Fracción XI, 38 fracción II, 40 fracciones III y XI, 41, 43, 47 fracciones III y IV de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 2º. fracción VII, 3º. fracciones I, II y IX, 13 apartado A fracciones I, II y IX, 45, 48, 78, 79, 81, 96, 98, 99, 100, 101, 102 y 103 de la Ley General de Salud; 28 y 34 del Reglamento de la Ley Federal

sobre Metrología y Normalización; 3º., 4º., 5º., 22, 62, 78, 108, 115, 116 y 119 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud; 2º. apartado A fracción I, 8º. fracción V y 9º. fracción IV Bis del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación de la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

A nivel internacional se toman en cuenta las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos, preparadas por el consejo de organizaciones internacionales de las ciencias médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización mundial de la salud, ginebra 2002.

Recursos, Financiamiento y Factibilidad:

Recursos humanos

Investigador y recolector de datos: Dra. Zamora Pérez Fátima Noemí

Director de tesis: Paul Gonzalo Vázquez Patrón

Asesor metodológico: Dra. Mendiola Pastrana Indira Rocío

Recursos físicos:

Instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar con UMAA No. 161 “Olivar de los Padres” del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Recursos materiales:

- Equipo de cómputo (7500 pesos)
- Impresora (1500 pesos)
- Cartuchos de tinta negra (1500 pesos)
- Hojas de papel blanco (200 pesos)
- Lápices (100 pesos)
- Plumas de tinta negra (100 pesos)
- Fotocopias (200 pesos)
- USB para almacenamiento de datos (300 pesos)

Financiamiento del estudio:

Todos los gastos que se generen durante la realización del estudio serán sustentados por el investigador principal.



Cronograma de actividades:

Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA NO.161.

Dra. Fátima Noemí Zamora Pérez¹, Dr. Paul Gonzalo Vázquez Patrón², Dra. Indira Rocío Mendiola Pastrana³, Dra. Marlene Carmina Montesinos Castillo⁴

2020-2022

ACTIVIDAD	2 0 2 0											
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
Título.	R											
Antecedentes.		R										
Planteamiento del problema.			R									
Objetivos.				R								
Hipótesis.				R								
Diseño metodológico.					R							
Análisis estadístico.						R						
Consideraciones éticas.							R					
Recursos.							R					
Bibliografía.		R	R									
Aspectos generales.								R				
Aceptación.												



ACTIVIDAD	2 0 2 1												2 0 2 2											
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Revisión del protocolo por parte del comité.	P	P	P	P	P	P	P																	
Planeación operativa.								P																
Recolección de la información.								P																
Captura de datos.									P															
Análisis de datos.										P														
Análisis de resultados.											P													
Elaboración de discusión y conclusiones.												P												
Integración del trabajo final.												P												
Envío del trabajo final.													P											

P: pendiente R: realizado

Resultados:

Se estudió a 169 pacientes con resultado positivo a Covid 19 en la UMF con UMAA No. 161, la media de edad fue de 52.09 años en mujeres, con una mediana de 54 y una moda de 35 años. Además, cuenta con una desviación estándar de 14.61 con una edad mínima de 19 y una máxima de 87 años. La media de edad en hombres fue de 41.48 años, con una mediana de 46 y una moda de 47 años, además, cuenta con una desviación estándar de 8.648 con una edad mínima de 19 y un valor máximo de 47 años.

En la categoría de trastornos del ánimo en pacientes con diagnóstico de Covid 19, se encontró 127 (75.1%) femenino y 42 (24.9%) masculino, los cuales presentaron algún grado de depresión 154 (91.1%), ansiedad 141 (83.4%) o ambas 129 (76.3%). [Ver tabla y gráfica 1].

Con respecto a la sección de depresión de acuerdo al sexo, se obtuvo un total de 154 pacientes, ya que 15 no presentaron ningún trastorno, siendo 8 (4.73) mujeres, 7 (4.14) hombres, 92 presentaron depresión leve, de los cuales 69 (40.82%) eran mujeres y 23 (13.6%) eran hombres, 52 con depresión moderada, siendo 41 (24.3%) mujeres y 11 (6.5%) hombres, 10 con depresión moderadamente grave, 9 (5.32%) mujeres y 1 (.59%) hombre. [Ver tabla y gráfica 2].

En la sección de ansiedad de acuerdo con la edad, se obtuvo un total de 141 pacientes, excluyendo a 28 que no presentaron ningún grado de ansiedad, 105 presentaron ansiedad leve, de los cuales 83 (49.1%) fueron mujeres, 22 (13%) hombres, 36 con ansiedad moderada, siendo 23 (13.6%) mujeres y 13 (7.7) hombres. [Ver tabla y gráfica 3].

En el rubro de ansiedad leve se obtuvieron 105 pacientes, que con base en la edad 6 (5.7%) se encontraba en el rango de edad de 18-27 años, 23 (21.9%) de 28-37 años, 22 (20.95%) entre 38 a 47, 32 (30.5%) en 48 a 57 años y mayor a 57 se encontraban 22 (20.95%). [Ver tabla y gráfica 4].

En el apartado de ansiedad moderada con respecto al rango de edad, 5 (13.9%) se encontraba entre 18 a 27 años, 6 (16.7%) en 28 a 37, 7 (19.4%) e el rango de 38 a 47 años, 4 (11.1%) entre 48 a 57 y 14 (38.9%) mayor a 57 años. [Ver tabla y gráfica 5].

Por su parte, los pacientes con depresión leve 4 (4.34%) en el rango de edad de 18 a 27, 22(23.9) en 28 a 37, 21 (22.8%) entre 38 a 47, 26 (28.3%) entre 48 y 57, mientras que 19 (20.6%) mayor a 57 años. [Ver tabla y gráfica 6].

Respecto a la depresión moderada, 5 (9.6%) se encontraban en el rango de edad de 28 a 37, 10 (19.2%) entre 38 a 47, 20 (38.5%) entre 48 y 57 y 17 (32.7%) mayor a 57 años. [Ver tabla y gráfica 7].

Por lo que respecta a la depresión moderadamente grave, 1 (10%) entre 38 a 47 años, 1 (10%) entre 48 a 57 y 8 (80%) en más de 57 años. [Ver tabla y gráfica 8].

En el análisis de la prueba de Fisher para ansiedad, obtuvimos un total de 141, de los cuales 73 (51.77%) fueron mujeres y 68 (48.23%) hombres. El valor de P de 0.0650. [Ver tabla y gráfica 9].

En la evaluación de la prueba de Fisher para depresión, obtuvimos un total de 154, de los cuales 119 (77.27%) fueron mujeres, 35 (22.73%) hombres. El valor de P de 0.0578. [Ver tabla y gráfica 10].

En el apartado de índice de masa corporal en trastornos del estado de ánimo 69 pacientes presentaron un IMC normal antes de la pandemia, 48 entraron dentro de este rango durante la pandemia, de los cuales 25 tuvieron depresión y 23 ansiedad, 151 presentó sobrepeso durante la pandemia, 79 con depresión y 72 con ansiedad, durante la pandemia 90 se encontraron en obesidad grado I, siendo 47 los que presentaron depresión y 43 ansiedad, 6 pacientes en obesidad grado II de los cuales, 3 tenían depresión y 3 ansiedad. [Ver tabla y gráfica 11].

En la valoración de sobrepeso y obesidad grado I con relación a los trastornos del estado de ánimo, dentro de la clasificación de sobrepeso 79 presentaron depresión, de los cuales 55 (69.6%) eran mujeres y 24 (30.4%) hombres, 71 con ansiedad, siendo 48 (67.6%) mujeres y 23 (32.4 %) hombres, 67 entraban dentro de ambos trastornos, siendo 45 (67.2%) mujeres y 22 (32.85) hombres. Por su parte, en obesidad grado I, 43 presentaron depresión, 34 (79.1%) eran mujeres, 9 (20.9%) hombres, 43 con ansiedad, siendo 35 (81.4%) mujeres y 8 (18.6%) hombres, 45 compartían ambos trastornos, de los cuales 37 (82.2%) eran mujeres y 8 (17.8%) hombres. [Ver tabla y gráfica 12].

En el módulo de escolaridad en los pacientes con Covid, no se obtuvo a nadie sin estudio, 1 (.6%) con grado de estudios a nivel primaria, 47 (27.8%) secundaria, 46 (27.2%) bachillerato, 57 (33.7%) carrera técnica, 17 (10.1%) licenciatura y 1 (.6%) con maestría. [Ver tabla y gráfica 13].

En relación a la presencia de haber vivenciado la muerte de algún familiar durante la pandemia, se obtuvo un total de 79 pacientes que si presentaron dicha situación, 12 mujeres con ansiedad, 13 con depresión y 12 con ambos trastornos, 54 eran hombres con ansiedad, 63 con depresión y 53 con ambos. [Ver tabla y gráfica 14].

En el rubro de estado civil, 124 (73.4%) eran casados, de los cuales 120 con depresión, 11 con ansiedad y 11 con ambos. En unión libre 11 (6.5%), todos con ansiedad y depresión, 34 (20.1%) solteros, 23 con depresión, 31 ansiedad y 21 ambos. [Ver tabla y gráfica 15].

Analizando la situación laboral, 61 (36.1%) se encontraba con actividad laboral, 63 (37.3%) con permiso por contingencia y 45 (26.6%) desempleado durante la pandemia. [Ver tabla y gráfica 16].

En la categoría de sustancias psicoactivas, 54 (32%) ingiere nicotina, 36 (21.3%) alcohol y 79 (46.7%) cafeína. [Ver tabla y gráfica 17].

En la sección de comorbilidades, 30 (17.8%) con diabetes, 73 (43.2%) hipertensión arterial sistémica, 4 (2.4%) EPOC, 10 (5.9%) ASMA, 4 (2.4%) Cardiopatía isquémica, 8 (4.7%) enfermedad autoinmune y 40 (23.6%) con colitis. [Ver tabla y gráfica 18].

En el bloque de edad de los hijos de pacientes con Covid, 4 (2.4%) con hijos lactantes, 6 (3.6%) preescolar, 23 (13.6%) escolar, 41 (24.3%) adolescente, 61 (36%) adulto y 34 (20.1%) no tenía hijos. [Ver tabla y gráfica 19].

En el apartado de escolaridad y trastornos del estado de ánimo, 1 (.59%) hasta nivel primaria con ansiedad y depresión, 41 (24.3%) hasta nivel secundaria, con ambos trastornos, 47 (27.7%) con depresión, hasta nivel bachillerato 41 (24.3%) con ansiedad, 41 (24.3%) con depresión y 37 (21.9%) con ambos. A nivel licenciatura 13 (7.7%) con ansiedad, 15 (8.9%) con depresión, 12 (7.1%) ambos, maestría 1 (.59%) con ansiedad y depresión. [Ver tabla y gráfica 20].

En el módulo de situación laboral y los trastornos del estado de ánimo, 61 laboran, de los cuales 52 (30.7%) con ansiedad, 50 (29.5%) depresión, 43 (25.4%) ambos, 63 con permiso por contingencia, con 50 (29.5%) ansiedad, 59 (34.9%) depresión y 47 (27.8%) ambos, 45 con desempleo, 39 (23%) ansiedad, 38 (22.4%) depresión y 17 (10%) con ansiedad y depresión. [Ver tabla y gráfica 21].

En cuanto a la relación entre el uso de sustancias psicoactivas y los trastornos del estado de ánimo, 54 (32%) ingiere nicotina, de lo cuales 43 (25.4%) tuvo ansiedad, 50 (29.6%) depresión y 41 (24.2%) ambos, 36 (21.3%) ingiere alcohol, 32 (18.9%) con ansiedad, 28 (16.5%) depresión y 25 (14.8%) ambos, 79 (46.7%) ingiere cafeína, 66 (39%) con ansiedad, 76 (44.9%) depresión y 63 (37.2%) ambas. [Ver tabla y gráfica 22].

En la sección de comorbilidades y los trastornos del estado de ánimo, de quienes tuvieron diabetes 20 (11.8%) tuvo ansiedad, 29 (17.1%) depresión y 19 (11.2%) ambas, HAS 61 (36.9%) ansiedad, 71 (42%) depresión, 60 (35.5%) ambos, EPOC 4 (2.4%) ansiedad, 4 (2.3%) depresión y 4 (2.3%) ambas, ASMA 9 (5.3%) ansiedad, 4 (2.3%) depresión, 4 (2.3%) ambas, Cardiopatía isquémica 3 (1.8%) ansiedad, 4 (2.3%) depresión, 3 (1.8%) ambas, Enfermedad autoinmune 7 (4.1%) ansiedad, 8 (4.7%) depresión, 7 (4.1%) ambas, Colitis 37 (21.9%) ansiedad, 34 (20.1%) depresión y 32 (18.9%) con ansiedad y depresión. [Ver tabla y gráfica 23].

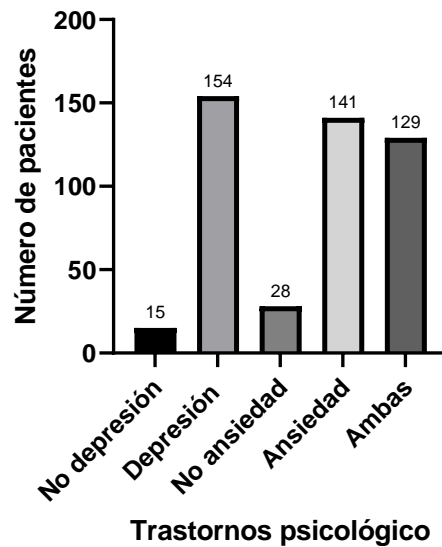
En la evaluación de la edad de los hijos de pacientes con Covid, 4 (2.4%) con ansiedad y depresión, tenían hijos lactantes, preescolar 4 (2.3%) con ansiedad, 5 (2.9%) depresión, 4 (2.3%) ambas, escolar 20 (11.8%) con ansiedad, 22 (13%) depresión, 20 (11.8%) ambas, adolescente 35 (20.7%) con ansiedad, 39 (23%) depresión, 33 (19.5%) ambas, adulto 47 (27.8%) con ansiedad, 61 (36%) depresión, 47 (27.8%) ambas, sin hijos 31 (18.3%) con ansiedad, 34 (20.1%) depresión, 31 (18.3%) ambas. [Ver tabla y gráfica 24].

Tabla 1. Número de pacientes con Covid que presentaron trastornos psicológicos en la UMF con UMAA No. 161

Trastorno psicológico	Frecuencia	Porcentaje
Depresión	154	91.1
No depresión	15	8.9
Ansiedad	141	83.4
No ansiedad	28	16.6
Ambas	129	76.3

Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Gráfica 1. Número de pacientes con Covid 19 que presentaron trastornos psicológicos en la UMF con UMAA No. 161.



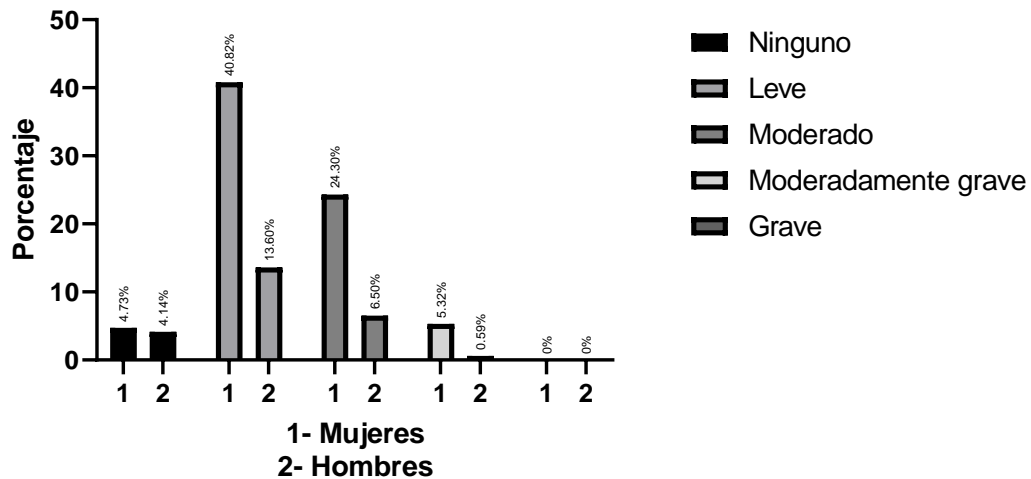
Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Tabla 2. Comportamiento del trastorno de depresión en pacientes con Covid 19 de acuerdo con el sexo en la UMF con UMAA No. 161

Sexo	Clasificación de la depresión PHQ-9									
	Ninguno		Leve		Moderado		Moderadamente grave		Grave	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Femenino	8	4.73	69	40.82	41	24.3	9	5.32	0	0
Masculino	7	4.14	23	13.6	11	6.5	1	.59	0	0
Total	15	8.87	92	54.42	52	30.8	10	5.9	0	0

Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Gráfica 2. Comportamiento del trastorno de depresión en pacientes con Covid 19 de acuerdo con el sexo, en la UMF con UMAA No. 161,



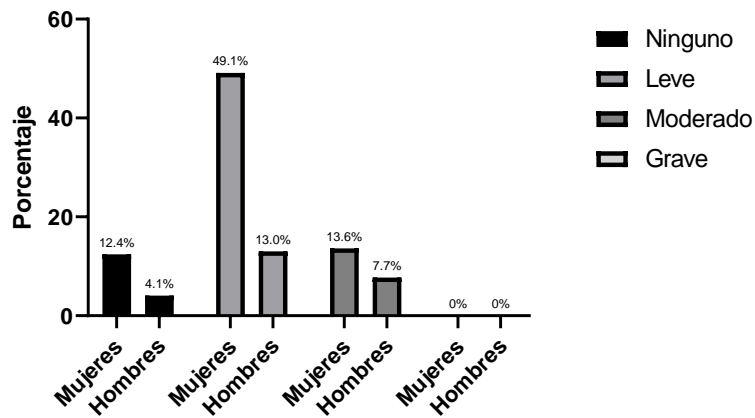
Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Tabla 3. Comportamiento del trastorno de ansiedad en pacientes con Covid 19 de acuerdo con el sexo en la UMF con UMAA No. 161

Sexo	Clasificación de la depresión PHQ-9							
	Ninguno		Leve		Moderado		Grave	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Femenino	21	12.4	83	49.1	23	13.6	0	0
Masculino	7	4.1	22	13	13	7.7	0	0
Total	28	16.5	105	62.1	36	21.3	0	0

Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Gráfica 3. Comportamiento del trastorno de ansiedad en pacientes con Covid 19 de acuerdo con el sexo en la UMF con UMAA No. 161



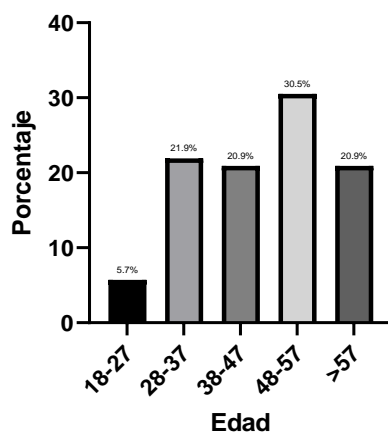
Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Tabla 4. Porcentaje de ansiedad leve con base a la edad en pacientes positivos a Covid 19 en la UMF con UMAA No. 161.

Edad en Rangos	Frecuencia	Porcentaje (%)
18-27	6	5.7
28-37	23	21.9
38-47	22	20.95
48-57	32	30.5
>57	22	20.95
Total	105	100

Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Gráfica 4. Porcentaje de ansiedad leve con base a la edad en pacientes positivos a Covid en la UMF con UMAA No. 161..



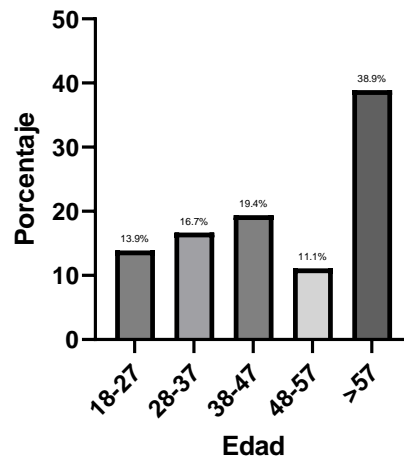
Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Tabla 5. Porcentaje de ansiedad moderada con base a la edad en pacientes positivos a Covid 19 en la UMF con UMAA No. 161.

Edad en Rangos	Frecuencia	Porcentaje (%)
18-27	5	13.9
28-37	6	16.7
38-47	7	19.4
48-57	4	11.1
>57	14	38.9
Total	36	100

Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Gráfica 5. Porcentaje de ansiedad moderada con base a la edad en pacientes positivos a Covid 19 en la UMF con UMAA No. 161.



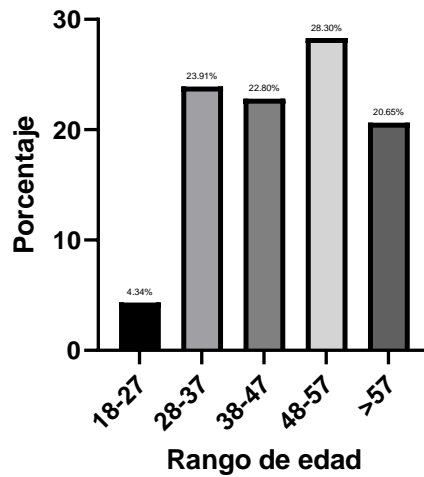
Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Tabla 6. Porcentaje de depresión leve con base a la edad en pacientes positivos a Covid 19 en la UMF con UMAA No. 161.

Edad en Rangos	Frecuencia	Porcentaje (%)
18-27	4	4.34
28-37	22	23.91
38-47	21	22.8
48-57	26	28.3
>57	19	20.65
Total	92	100

Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Gráfica 6. Porcentaje de depresión leve con base en la edad en pacientes positivos a Covid 19 en la UMF con UMAA No. 161.



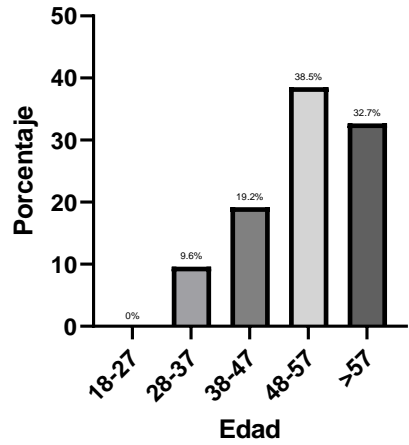
Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Tabla 7. Porcentaje de depresión moderada con base a la edad en pacientes positivos a Covid 19 en la UMF con UMAA No. 161.

Edad en Rangos	Frecuencia	Porcentaje (%)
18-27	0	0
28-37	5	9.6
38-47	10	19.2
48-57	20	38.5
>57	17	32.7
Total	52	100

Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Gráfica 7. Porcentaje de depresión moderada con base a la edad en pacientes positivos a Covid 19 en la UMF con UMAA No. 161.



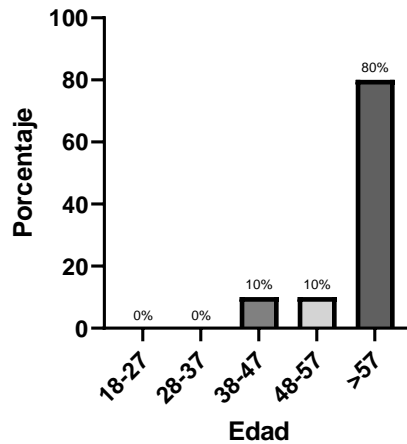
Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Tabla 8. Porcentaje de depresión moderadamente grave con base a la edad en pacientes positivos a Covid 19 en la UMF con UMAA No. 161.

Edad en Rangos	Frecuencia	Porcentaje (%)
18-27	0	0
28-37	0	0
38-47	1	10
48-57	1	10
>57	8	80
Total	10	100

Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Gráfica 8. Porcentaje de depresión moderadamente grave con base a la edad en pacientes positivos a Covid en la UMF con UMAA No. 161.



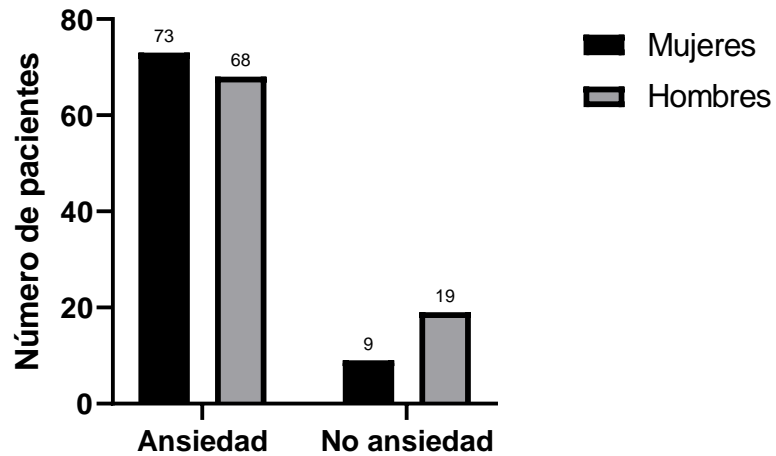
Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Tabla 9. Prueba de Fisher para ansiedad en pacientes positivos a Covid 19 en la UMF con UMAA No. 161.

Trastorno psicológico	Mujeres	Hombres
Ansiedad	73	68
No ansiedad	9	19

Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Gráfica 9. Contingency: Retrospective data (Fisher's exact test)



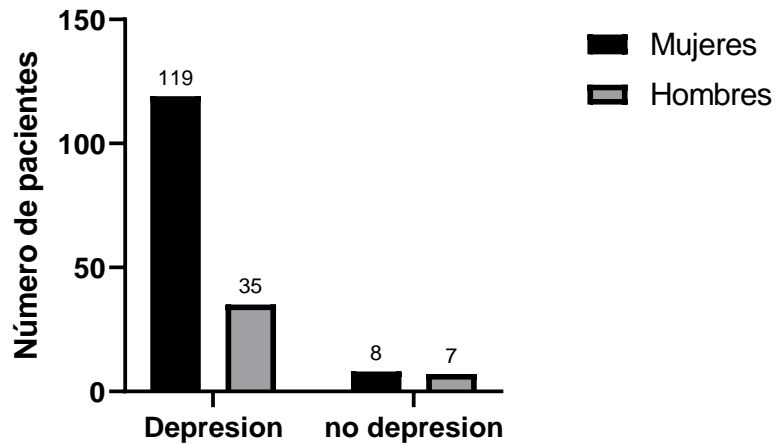
Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Tabla 10. Prueba de Fisher para depresión en pacientes positivos a Covid 19 en la UMF con UMAA No. 161.

Trastorno psicológico	Mujeres	Hombres
Depresión	119	35
No depresión	8	7

Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Gráfica 10. Contingency: Retrospective data (Fisher's exact test)



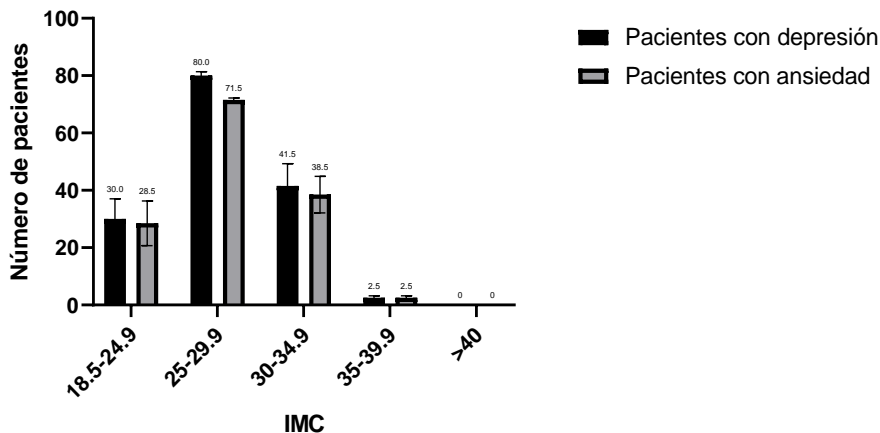
Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Tabla 11. Índice de masa corporal y trastornos psicológicos en pacientes con Covid 19 en la UMF con UMAA No. 161.

Trastorno psicológico	Índice de Masa Corporal									
	Normal		Sobrepeso		Obesidad Grado I		Obesidad Grado II		Obesidad Grado III	
	Previo pandemia	Durante pandemia	Previo pandemia	Durante pandemia	Previo pandemia	Durante pandemia	Previo pandemia	Durante pandemia	Previo pandemia	Durante pandemia
Depresión	35	25	81	79	36	47	2	3	0	0
Ansiedad	34	23	71	72	34	43	2	3	0	0
Total	69	48	152	151	70	90	4	6	0	0

Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Gráfica 11. Índice de masa corporal y trastornos psicológicos en pacientes con Covid 19 en la UMF con UMAA No. 161.



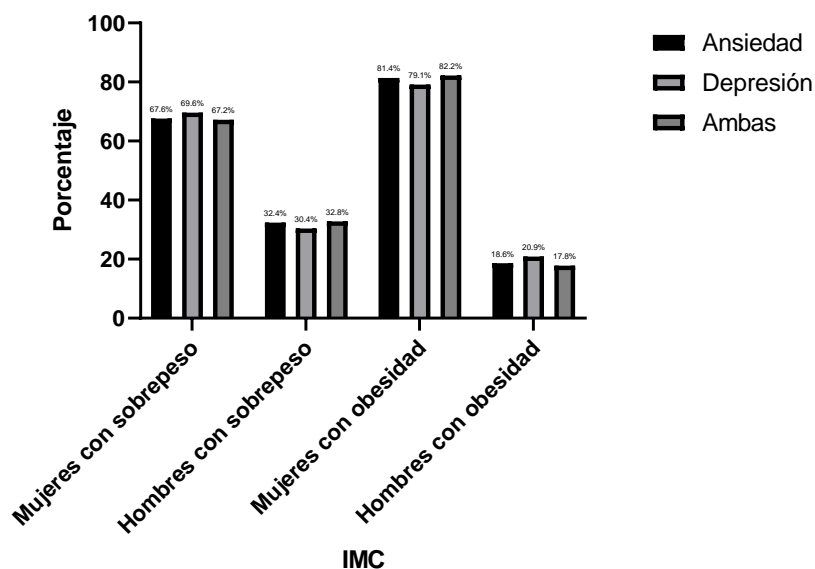
Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Tabla 12. Comportamiento del sobrepeso y obesidad grado I, con relación a los trastornos psicológicos en pacientes con Covid 19 en la UMF con UMAA No. 161.

Trastorno psicológico	Índice de Masa Corporal											
	Sobrepeso						Obesidad Grado I					
	Mujeres		Hombres		Total		Mujeres		Hombres		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Depresión	55	69.6	24	30.4	79	100	34	79.1	9	20.9	43	100
Ansiedad	48	67.6	23	32.4	71	100	35	81.4	8	18.6	43	100
Ambas	45	67.2	22	32.8	67	100	37	82.2	8	17.8	45	100

Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Gráfica 12. Comportamiento del sobrepeso y obesidad grado I, con relación a los trastornos psicológicos en pacientes con Covid 19 en la UMF con UMAA No. 161. 1



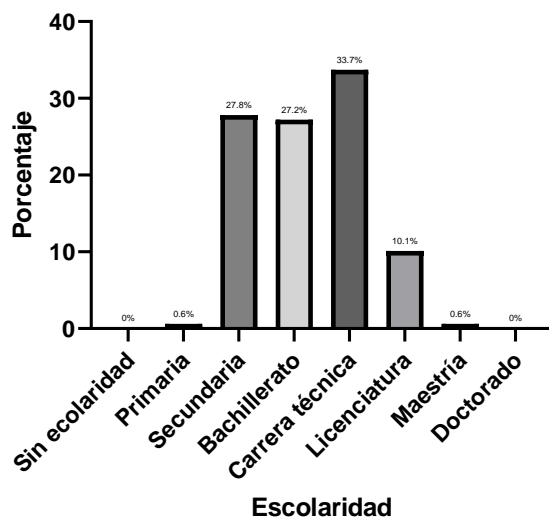
Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Tabla 13. Escolaridad en pacientes positivos a Covid 19 en la UMF con UMAA No. 161.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Sin Estudio	0	0
Primaria	1	.6
Secundaria	47	27.8
Bachillerato	46	27.2
Carrera técnica	57	33.7
Licenciatura	17	10.1
Maestría	1	.6
Doctorado	0	0

Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Gráfica 13. Escolaridad en pacientes con Covid 19 en la UMF con UMAA No. 161.



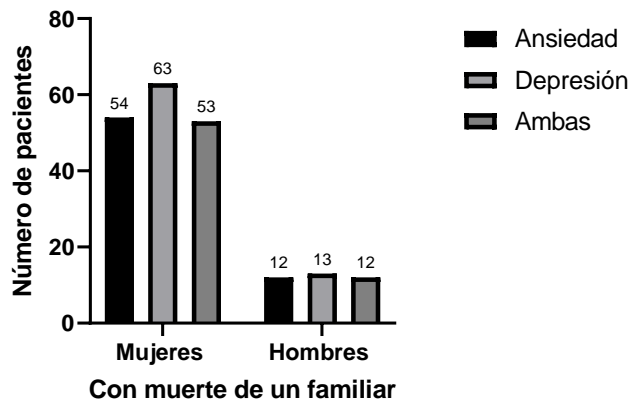
Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Tabla 14. Comportamiento de los trastornos psicológicos en pacientes positivos a Covid que presenciaron la muerte de un familiar durante la pandemia por SARS COV 2 en la UMF con UMAA No. 161.

Trastorno psicológico	Muerte de un Familiar		
	Hombres	Mujeres	Total
Ansiedad	12	54	66
Depresión	13	63	76
Ambas	12	53	65

Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Gráfica 14. Comportamiento de los trastornos psicológicos en pacientes positivos a Covid que presenciaron la muerte de un familiar durante la pandemia por SARS COV 2 en la UMF con UMAA No. 161.



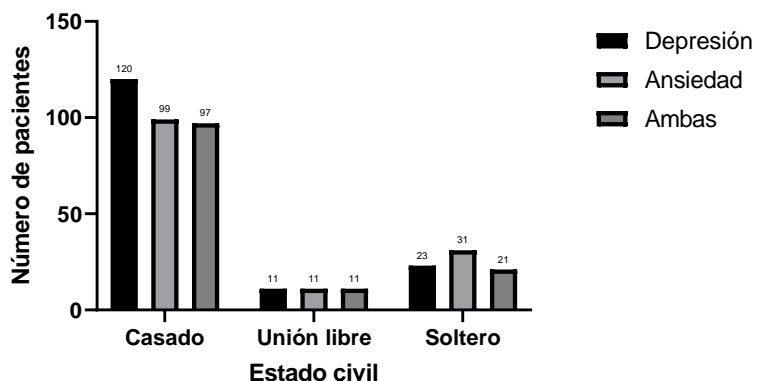
Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Tabla 15. Comportamiento de los trastornos psicológicos de acuerdo con el estado civil de los pacientes positivos a Covid 19 en la UMF con UMAA No.161.

Estado Civil	Trastorno psicológico		
	Depresión	Ansiedad	Ambos
Casados (124)	120	99	97
Unión Libre (11)	11	11	11
Soltero (34)	23	31	21

Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Gráfica 15. Comportamiento de los trastornos psicológicos de acuerdo con el estado civil de los pacientes positivos a Covid 19 en la UMF con UMAA No. 161.



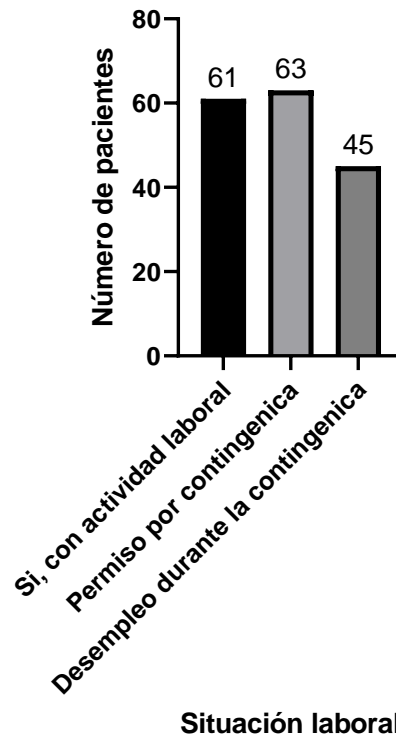
Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Tabla 16. Situación laboral en pacientes positivos a Covid 19 en la UMF con UMAA No. 161.

Situación laboral	Frec	%
Si, con actividad laboral	61	36.1
Permiso por contingencia	63	37.3
Desempleo durante la contingencia	45	26.6
Total	169	100

Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Gráfica 16. Situación laboral en pacientes positivos a Covid 19 en la UMF con UMAA No. 161.



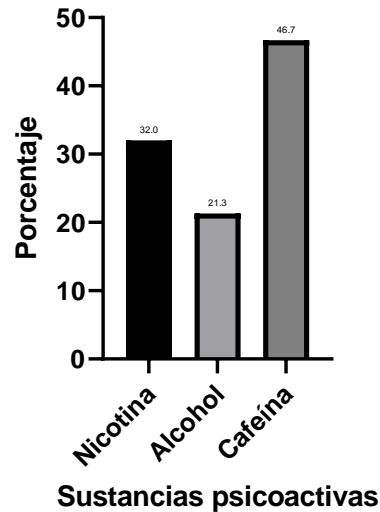
Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Tabla 17. Sustancias psicoactivas ingeridas por pacientes positivos a Covid 19 en la UMF con UMAA No. 161.

Sustancia Psicoactiva	Frec	%
Nicotina	54	32
Alcohol	36	21.3
Cafeína	79	46.7
Total	169	100

Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Gráfica 17. Sustancias psicoactivas ingeridas por pacientes positivos a Covid 19 en la UMF con UMAA No. 161.



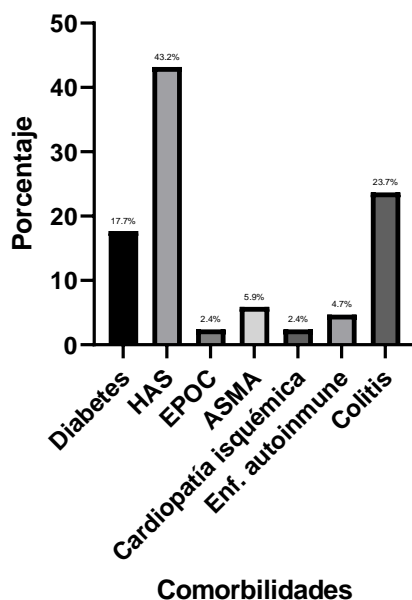
Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Tabla 18. Comorbilidades en pacientes positivos a Covid 19 en la UMF con UMAA No. 161.

Comorbilidades	Frecuencia	%
Diabetes	30	17.8
HAS	73	43.2
EPOC	4	2.4
ASMA	10	5.9
Cardiopatía isquémica	4	2.4
Enfermedad – autoinmune	8	4.7
Colitis	40	23.6
Total	169	100

Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Gráfica 18. Comorbilidades en pacientes positivos a Covid 19 en la UMF con UMAA No. 161.



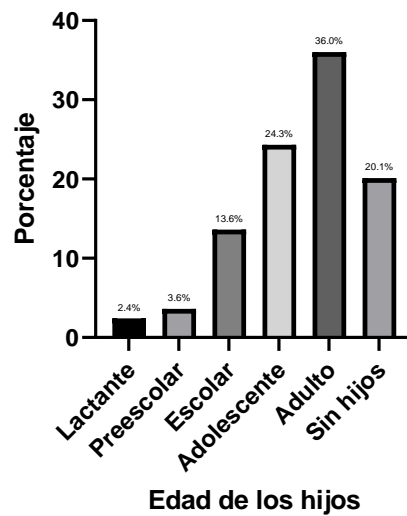
Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Tabla 19. Edad de los hijos de pacientes positivos a Covid 19 en la UMF con UMAA No. 161.

Edad de los hijos	Frec	%
Lactante	4	2.4
Preescolar	6	3.6
Escolar	23	13.6
Adolescente	41	24.3
Adulto	61	36
Sin hijos	34	20.1
Total	169	100

Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Gráfica. 19 Edad de los hijos de pacientes positivos a Covid 19 en la UMF con UMAA No. 161.



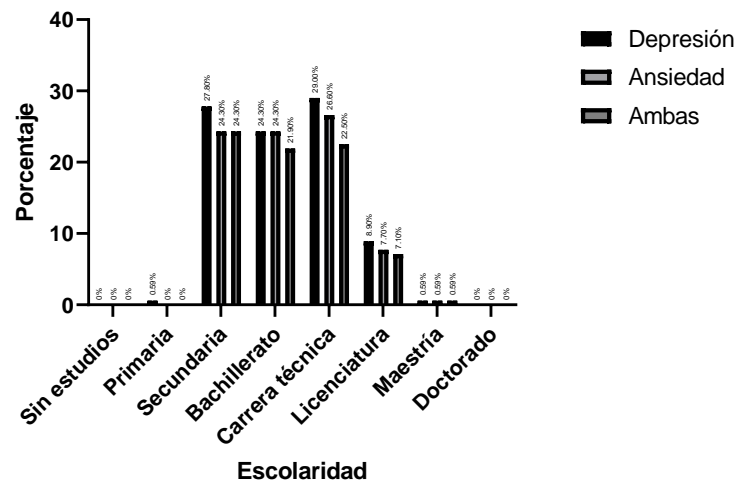
Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Tabla 20. Escolaridad y trastorno psicológico en pacientes positivos a Covid 19 en la UMF con UMAA No. 161

Escolaridad	Ansiedad		Depresión		Ambas	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Sin Estudio	0	0	0	0	0	0
Primaria	1	.59	1	.59	1	.59
Secundaria	41	24.3	47	27.8	41	24.3
Bachillerato	41	24.3	41	24.3	37	21.9
Carrera técnica	45	26.6	49	29	38	22.5
Licenciatura	13	7.7	15	8.9	12	7.1
Maestría	1	.59	1	.59	1	.59
Doctorado	0	0	0	0	0	0

Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Gráfica 20. Escolaridad y trastorno psicológico en pacientes positivos a Covid 19 en la UMF con UMAA No. 161.



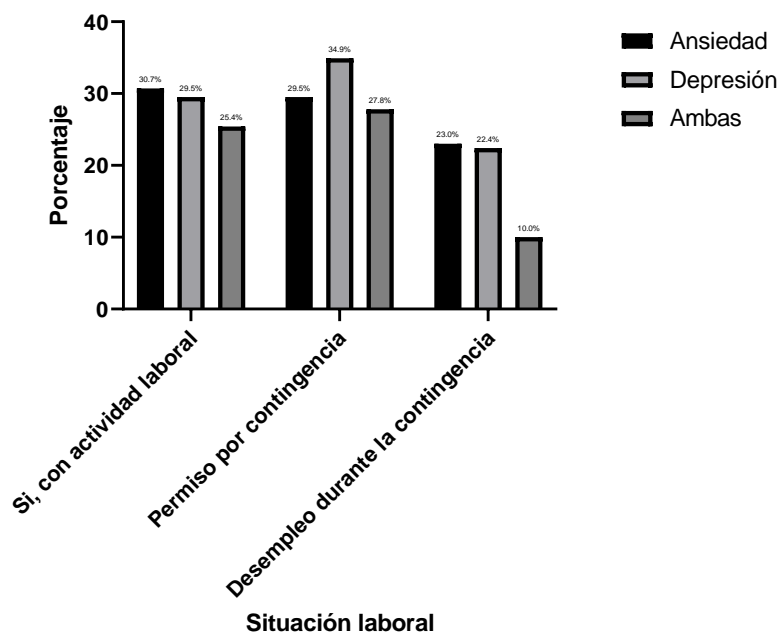
Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Tabla 21. Situación laboral y trastornos psicológicos en pacientes positivos a Covid 19 en la UMF con UMAA No. 161.

Situación laboral	Ansiedad		Depresión		Ambas	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Si, con actividad laboral (61)	52	30.7	50	29.5	43	25.4
Permiso por contingencia (63)	50	29.5	59	34.9	47	27.8
Desempleo durante la contingencia (45)	39	23	38	22.4	17	10

Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Gráfica 21. Situación laboral y trastornos psicológicos en pacientes positivos a Covid 19 en la UMF con UMAA No. 161.



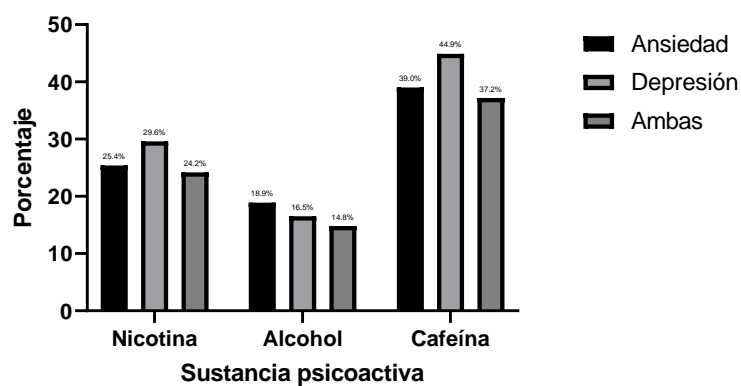
Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Tabla 22. Sustancias psicoactivas y trastornos psicológicos en pacientes con Covid 19 en la UMF con UMAA No. 161.

Sustancia Psicoactiva	Ansiedad		Depresión		Ambas	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Nicotina	43	25.4	50	29.6	41	24.2
Alcohol	32	18.9	28	16.5	25	14.8
Cafeína	66	39	76	44.9	63	37.2

Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Gráfica 22. Sustancias psicoactivas y trastornos psicológicos en pacientes con Covid 19 en la UMF con UMAA No. 161.



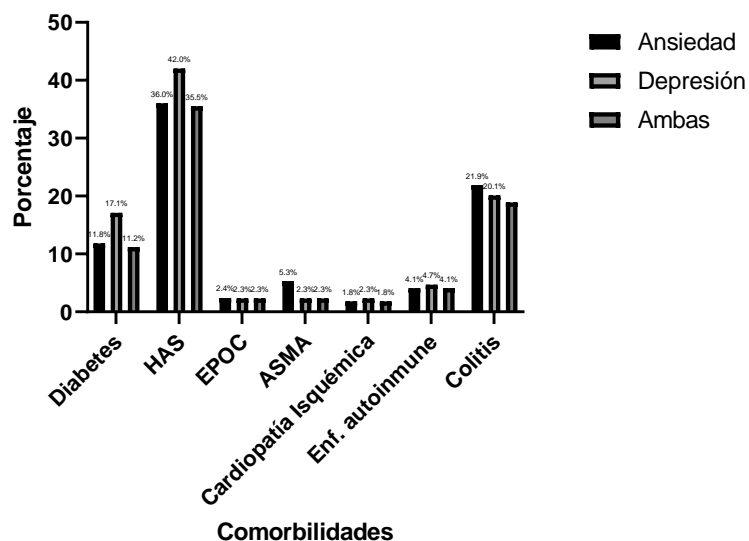
Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Tabla 23. Comorbilidades y trastornos psicológicos en pacientes positivos a Covid 19 en la UMF con UMAA No. 161.

Comorbilidades	Ansiedad		Depresión		Ambas	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Diabetes	20	11.8	29	17.1	19	11.2
HAS	61	36	71	42	60	35.5
EPOC	4	2.4	4	2.3	4	2.3
ASMA	9	5.3	4	2.3	4	2.3
Cardiopatía isquémica	3	1.8	4	2.3	3	1.8
Enfermedad – autoinmune	7	4.1	8	4.7	7	4.1
Colitis	37	21.9	34	20.1	32	18.9

Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Gráfica 23. Comorbilidades y trastornos psicológicos en pacientes positivos a Covid 19 en la UMF con UMAA No. 161.



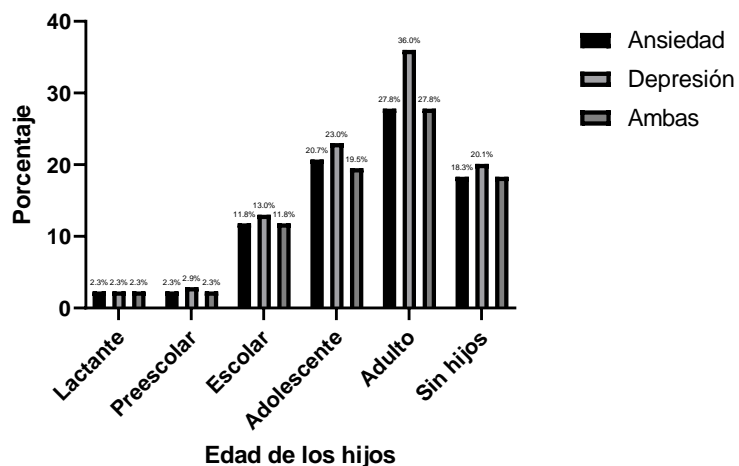
Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Tabla 24. Edad de los hijos y trastornos psicológicos en pacientes positivos a Covid 19 en la UMF con UMAA No. 161.

Edad de los hijos	Ansiedad		Depresión		Ambas	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Lactante	4	2.3	4	2.3	4	2.3
Preescolar	4	2.3	5	2.9	4	2.3
Escolar	20	11.8	22	13	20	11.8
Adolescente	35	20.7	39	23	33	19.5
Adulto	47	27.8	61	36	47	27.8
Sin hijos	31	18.3	34	20.1	31	18.3

Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Gráfica 24. Edad de los hijos y trastornos psicológicos en pacientes positivos a Covid 19 en la UMF cn UMAA No. 161.



Fuente: n=169 . Zamora-P FN, Vázquez-P PG, Mendiola-P IR, Montesinos-C MC. Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA No.161. 2022

Discusión

Los objetivos específicos de la presente investigación indican estimar la prevalencia de los trastornos del estado de ánimo en la población estudiada, considerando las variables, mismas que se esperaba tuvieran una relación directamente proporcional a la presencia de dichos trastornos, el total de nuestra población fue de 169, con una edad mayor a los 18 años de edad, con mayor proporción de mujeres con un total de 127 (75.1%), 73.4% se encontraban casados, el resto se encontraba en unión libre o solteros, 79 (46.7%) sufrió la muerte de un familiar durante la pandemia, solo un paciente contó con nivel escolar en primaria, mismo que presentó depresión moderadamente grave secundario a la pérdida del empleo durante la pandemia, así mismo, solo obtuvimos la participación de un paciente con nivel escolar en maestría, quien presentó depresión y ansiedad leves, el mayor número de pacientes se encontró en nivel de carrera técnica, seguido de secundaria.

El presente estudio pretende lograr un impacto positivo en la detección de los trastornos del estado de ánimo, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes, las enfermedades mentales son cada vez más frecuentes, por ello es de gran importancia identificar los factores de riesgo para prevenir futuros desenlaces desfavorables, por lo que es de gran relevancia identificar de manera temprana a los pacientes que se presentan con los primeros síntomas de ansiedad o depresión.

Conclusiones

Según el cuestionario PHQ-9 el 91.1% de la población padece depresión y según la escala GAD-7 el 83.4% padece ansiedad. La prevalencia se ve influenciada por la edad, comorbilidades, situación laboral e indudablemente por el sexo, siendo las mujeres las más afectadas por depresión y ansiedad en un 77.3% y 75.2% respectivamente.

La hipertensión arterial sistémica fue la comorbilidad más prevalente en el estudio en 43% de la población, seguido de colitis en un 23.6%, de igual manera fueron las comorbilidades con mayor relación con la aparición de los trastornos del estado de ánimo, la hipertensión en un 42% y 36% para depresión y ansiedad respectivamente y en 35.5% de los pacientes con esa comorbilidad presentaron ambos trastornos psicológicos.

El abuso de sustancias psicoactivas como nicotina, alcohol y cafeína presentaron una frecuencia 54, 36 y 79 respectivamente, siendo ésta última la más relacionada con ansiedad en un 39%, depresión en 44.9% y 37.2% en quienes presentan ambos trastornos.

Referencias bibliográficas:

1. Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet*. 2020;395(10223):470–3.
2. Bogoch II, Watts A, Thomas-Bachli A, Huber C, Kraemer MUG, Khan K. Pneumonia of unknown aetiology in Wuhan, China: Potential for international spread via commercial air travel. *J Travel Med*. 2020;27(2):1–3.
3. WHO. [Internet]. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV) 2020. Available from: [https://www.who.int/es/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
4. V. Suárez, M. Suarez Quezada SOR y ERDJ. Epidemiología de COVID-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril de 2020. *Rev Clínica Española*. 2020;(January):19–21.
5. Federacion DOD. [Internet]. ACUERDO por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19). 2020. Available from: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590339&fecha=24/03/2020
6. Organization PAH. [Internet]. Mental Health and COVID-19. Available from: <https://www.paho.org/en/mental-health-and-covid-19>
7. México ONU. [Internet]. La pandemia de COVID-19 ha provocado una crisis de salud mental 2020. Available from: <https://coronavirus.onu.org.mx/la-pandemia-por-covid-19-ha-provocado-una-crisis-de-salud-mental>
8. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020;395(10227):912–20.
9. WHO. IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support, Settings. *Mental Health and Psychosocial Support in Ebola Virus Disease Outbreaks*. 2015.
10. OPS/OMS. PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y ATENCION PSICOSOCIAL EN SITUACIONES DE EPIDEMIAS Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias, Organización Panamericana de la Salud. 2016;1–19.
11. ASSOCIATION AP. [Internet]. What Are Anxiety Disorders? 2017. Available from: <https://www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders>
12. Baxter AJ, Scott KM, Vos T WH. Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and metregression. *Psychol Med*. 2013;43(5):897-910.

13. Stein DJ, Scott KM, Jonge P De, Kessler RC. Epidemiology of anxiety disorders: from surveys to nosology and back. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017;19(2):127–36.
14. México I. [Internet]. Diagnóstico y tratamiento DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN EL ADULTO MAYOR Evidencias y Recomendaciones. Guía Práctica Clínica Evidencias y Recom 2019; Available from: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
15. Gómez B. G. Neurofisiología de la ansiedad. *Inf Psicológicos*. 2007;9(9):101–19.
16. Moreno-Peral P, Conejo-Cerón S, Motrico E, Rodríguez-Morejón A, Fernández A, García-Campayo J, Roca M, Serrano-Blanco A, Rubio-Valera M BJ. Risk factors for the onset of panic and generalized anxiety disorders in the general adult population: A systematic review of cohort studies. *Journal of Affective Disorders*. 2014. 168:337-348.
17. Archives of Neurology And Psychiatry. [Internet]. Diagnosis C. Vol. 9., 1923. 636 p. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/archneurpsyc/issue/9/5>
18. Aasvik JK, Woodhouse A, Jacobsen HB, Borchgrevink PC, Stiles TC, Landrø NI. Subjective memory complaints among patients on sick leave are associated with symptoms of fatigue and anxiety. *Front Psychol*. 2015;6(September):1–7.
19. Altunoz U, Kokurcan A, Kirici S, Bastug G O-KE. Clinical characteristics of generalized anxiety disorder: older vs. young adults. *Nord J Psychiatry*. 7 2018 2(2):97-102.
20. Ada Wai Tung Fung LCWL. A cross-sectional study on clinical correlates of anxiety disorders in 613 community living older adults in Hong Kong. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2017. 32:742–9.
21. Michelle G Craske. Anxiety. *Lancet*. 2016. 388(10063):3048-3059.
22. Urban S, Raś P. Treatment of anxiety disorders. *Wiad Lek*. 1998;51(1–2):82–9.
23. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Geddes JR, Higgins JP, Churchill R, Watanabe N, Nakagawa A, Omori IM, McGuire H, Tansella M BC. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*. 2009. 28;373(9665):746-58.
24. Stahl MM, Lindquist M, Pettersson M, Edwards IR, Sanderson JH, Taylor NF, Fletcher AP SJ. Withdrawal reactions with selective serotonin re-uptake inhibitors as reported to the WHO system. *Eur J Clin Pharmacol*. 1997;53.
25. Baldwin DS, Ajel K, Masdrakis VG, Nowak M RR. Pregabalin for the treatment of generalized anxiety disorder: an update. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2013; 9:883-92.

26. Thanacoody HK, Thomas SH. Tricyclic antidepressant poisoning : cardiovascular toxicity. *Toxicol Rev.* 2005;24(3):205-14.
27. Schweizer E, Rickels K, Case WG, Greenblatt DJ. Long-term therapeutic use of benzodiazepines. II. Effects of gradual taper. *Arch Gen Psychiatry.* 1990 Oct;47(10):908-15.
28. Nelson J CG. Guidelines for the clinical use of benzodiazepines: pharmacokinetics, dependency, rebound and withdrawal. Canadian Society for Clinical Pharmacology. *Can J Clin Pharmacol.* 1999;6.
29. Goddard AW, Brouette T, Almai A, Jetty P, Woods SW CD. Early coadministration of clonazepam with sertraline for panic disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2001;58.
30. Esquinca J, Gacía A, Platas E, Rodriguez D, Zamora M, Santillana S. [Internet]. Diagnóstico y Tratamiento del trastorno Depresivo en el Adulto. *Inst Mex del Seguro Soc.* 2015;1–64. Available from: http://www.infomedicsa.com/panamajournals/pdf/PJ_RMDP_1998_023_001-8.pdf
31. (IHME). I for HM and E. Findings from the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet.* 2018;
32. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP et al. [Internet]. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Jama* 2004; Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/198847>
33. Cerecero-García D, Macías-González F, Arámburo-Muro T, Bautista-Arredondo S. Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. *Salud Publica Mex.* 2020;62(6):840–50.
34. DJ. N. The neuropharmacology of serotonin and noradrenaline in depression. *Int Clin Psychopharmacol.* 2002;17(Suppl 1:S1-12.).
35. Lang UE BS. Molecular mechanisms of depression: perspectives on new treatment strategies. *Cell Physiol Biochem.* 2013;31:761–77.
36. Gerber PD, Barrett JE, Barrett JA O TE, Manheimer E, Smith R WR. The relationship of presenting physical complaints to depressive symptoms in primary care patients. *J Gen Intern Med* 1. 1992;7:170-3.
37. Association. AP. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Editor Médica Panam. 2014;Edición: 5:492.
38. OPS. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10a. revisión. Washington, D.C. : OPS, 1995 3 v. (Publicación Científica ; 554)
39. Psiquiatría. AA de. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos

Mentales (DSM-IV-TR). Barcelona, España Ed Masson. 2005;387-476.

40. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A CI, Harrington H, McClay J, Mill J, Martin J B, A PR. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* (80-). 2003;301((5631):386-9).
41. F. H. Antidepressant drug discovery in the postgenomic era. *World J Biol Psychiatry*. 2001;2(165-77.).
42. Artigas F, Nutt DJ SR. Mechanism of action of antidepressants. *Psychopharmacol Bull*. 2002;36(Suppl 2:123-32.).
43. Pacher P, Kohegyi E, Kecskemeti V FS. Current trends in the development of new antidepressants. *Curr Med Chem*. 2001;8(89-100.).
44. ONU. [Internet]. La pandemia de COVID-19 ha provocado una crisis de salud mental 2020. Available from: <https://coronavirus.onu.org.mx/la-pandemia-por-covid-19-ha-provocado-una-crisis-de-salud-mental>
45. OMS. [Internet]. La salud mental en el lugar de trabajo. 2017. Available from: https://www.who.int/mental_health/es/
46. OMS. [Internet]. Salud mental y apoyo psicosocial en las emergencias Available from: https://www.who.int/mental_health/emergencias/es/
47. SEDESA. [Internet]. Depresión y ansiedad: Principales problemas de salud mental 2017. Available from: <https://www.salud.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/depresion-y-ansiedad-principales-problemas-de-salud-mental-sedesa>

Anexos:



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:	COMPORTAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO (ANSIEDAD Y DEPRESIÓN) EN PACIENTES POSITIVOS A COVID-19 EN LA UMF CON UMAA NO.161.
Lugar y fecha:	UMF/UMAA 161 del 01 marzo del 2020 al 01 de febrero del 2022
Número de registro institucional: Justificación y objetivo del estudio:	La investigación acerca de los trastornos de ansiedad y depresión en pacientes positivos a COVID-19, permitirá describir el comportamiento ante una etapa de pandemia, en la que el ser humano se ha enfrentado a crisis que lo predisponen a padecer trastornos del estado de ánimo. Evaluar el comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes mayores de edad, positivos a COVID-19 en la UMF No.161.
Procedimientos:	Se utilizará la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) y el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) los cuales se aplicarán a los pacientes derechohabientes a la UMF 161 en un lapso de 30 días
Posibles riesgos y molestias:	Existe la posibilidad de que presente un poco de molestia como malestar o tristeza en el momento de tener que responder las preguntas que pueden llegar a tocar mis sentimientos.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	En caso de identificar alguna enfermedad en los participantes, se les derivará a los servicios pertinentes con los que cuenta el IMSS en caso de ser requerido.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Protocolo descriptivo, el cual permitirá establecer el comportamiento de los estados de animo ante la exposición a un hecho traumático.
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que considere conveniente sin que ello, afecte a la atención medica que recibo en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificara en la presentación o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ 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:

Fátima Noemí Zamora Pérez. Residente de segundo año del Curso de Especialización en Medicina Familiar. Matrícula: 97376317. Lugar de Trabajo: Unidad de Medicina Familiar N. 161 Adscripción: Unidad de Medicina Familiar N. 161. Tel: 5515201763 ext. 21705 Fax: Sin Fax. Email: zamorafatima655@gmail.com

Colaboradores:

Paul Gonzalo Vázquez Patrón. Médico Especialista en Medicina Familiar. Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud adscrito a Unidad de Medicina Familiar con UMAA No. 161. Matrícula: 99122480. Lugar de Trabajo: Unidad de Medicina Familiar N. 161. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar N. 161. Tel: [5515201763](tel:5515201763) ext. 21705 Fax: Sin Fax. Email: paulcito@hotmail.com

Indira Rocío Mendiola Pastrana. Médico Especialista en Medicina Familiar. Matrícula: 99126743. Lugar de Trabajo: Hospital General de Zona Con Medicina Familiar N.8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo". Adscripción: Hospital General de Zona Con Medicina Familiar N.8 "Doctor Gilberto Flores Izquierdo". Tel: 2222395398. Email: iramendiola@pastrana.com

Marlene Carmina Montesinos Castillo. Especialista en Salud Pública y Medicina Preventiva. Matrícula: 97378333. Lugar de Trabajo: Unidad de Medicina Familiar N. 161. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar N. 161. Tel: 5534081833. Email: marlene.montesinos@imss.gob.mx

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 4º 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: comite.eticaiv@imss.gob.mx

_____	Fátima Noemí Zamora Pérez
Nombre y firma del participante	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



Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA NO.161.

Dra. Fátima Noemí Zamora Pérez¹, Dr. Paul Gonzalo Vázquez Patrón², Dra. Indira Rocío Mendiola Pastrana³

1.Residente de segundo año del Curso de Especialización en Medicina Familiar, 2. Médico Especialista en Medicina Familiar, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud adscrito a Unidad de Medicina Familiar con UMAA No. 161, 3. Médico Especialista en Medicina Familiar

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un "□" para indicar su respuesta)	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____

=Total Score: _____

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil

Un poco difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil



Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA NO.161.

Dra. Fátima Noemí Zamora Pérez¹, Dr. Paul Gonzalo Vázquez Patrón², Dra. Indira Rocío Mendiola Pastrana³

1. Residente de segundo año del Curso de Especialización en Medicina Familiar, 2. Médico Especialista en Medicina Familiar, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud adscrito a Unidad de Medicina Familiar con UMAA No. 161, 3. Médico Especialista en Medicina Familiar

GAD-7

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? <i>(Marque con un " " para indicar su respuesta)</i>	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación	0	1	2	3
3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes	0	1	2	3
4. Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)	0	1	2	3
6. Se ha molestado o irritado fácilmente	0	1	2	3
7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T ___ = ___ + ___ + ___)

Elaborado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, mediante una subvención educativa otorgada por Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir.



Comportamiento de los trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) en pacientes positivos a COVID-19 en la UMF con UMAA NO.161.

Dra. Fátima Noemí Zamora Pérez¹, Dr. Paul Gonzalo Vázquez Patrón², Dra. Indira Rocío Mendiola Pastrana³

1. Residente de segundo año del Curso de Especialización en Medicina Familiar, 2. Médico Especialista en Medicina Familiar, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud adscrito a Unidad de Medicina Familiar con UMAA No. 161, 3. Médico Especialista en Medicina Familiar

Cuestionario de datos personales:

Instrucciones: Marque con una X sus respuestas.

1. Sexo del paciente:

- a) Hombre
- b) Mujer

2. Rango de edad del paciente:

- a) 18 a 25 años
- b) 26 a 30 años
- c) 31 a 35 años
- d) 36 a 40 años
- e) 41 a 45 años
- f) 46 a 50 años
- g) 51 a 55 años
- h) 56 a 60 años
- i) Mayores a 60 años

3. ¿Cuánto pesaba antes de iniciada la pandemia?

4. ¿Cuánto pesó durante la pandemia?

5. ¿Cuánto mide, en metros?

6. ¿Usted presenció la muerte de algún familiar durante la pandemia?

- a) Si
- b) No

7. En caso de que la respuesta anterior sea SI, ¿la causa de la muerte fue por COVID-19?

- a) Si
- b) No

8. ¿Cuál es su estado civil?

- a) Casado
- b) Unión libre
- c) Soltero

9. ¿Cuál es su grado de escolaridad?

- a) Sin estudios
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Bachillerato
- e) Carrera técnica
- f) Licenciatura
- g) Maestría
- h) Doctorado

10. Actualmente, ¿Usted cuenta con trabajo remunerado?

- a) Si
- b) No

11. Durante la contingencia, ¿Usted laboró?

- a) Si, con actividad laboral
- b) No, permiso por contingencia
- c) Desempleo

12. En caso de tener alguna enfermedad, favor de marcar cada una de ellas.

- a) Diabetes
- b) Hipertensión arterial sistémica
- c) Obesidad
- d) EPOC
- e) ASMA
- f) Cardiopatía isquémica
- g) Enfermedad autoinmune
- h) Colitis

13. ¿Usted tiene hijos?

- a) Si
- b) No

14. En caso de tener hijos, señale la etapa en la que se encuentran.

- a) Lactante

- b) Preescolar
- c) Escolar
- d) Adolescente
- e) Adulto

15. ¿Ha nota un aumento en el consumo de alguna de estas sustancias psicoactivas?

- a) Nicotina
- b) Alcohol
- c) Cafeína