



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚM. 61

**INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN PACIENTES CON COVID-19
EN LA UMF 61**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL:

GRADO DE ESPECIALISTA

EN:

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. GLADYS CLARITA AYUSO RAMIREZ

ASESOR DE TESIS

DR MAURICIO ESPINOSA LUGO

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR.



NAUCALPAN, ESTADO DE MÉXICO

AÑO 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

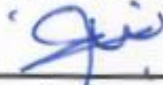
**INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19
EN LA UMF 61**

TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

GLADYS CLARITA AYUSO RAMÍREZ

AUTORIZACIONES:



DRA. MYRNA ROCÍO HUAROCO MACIAS
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR



DR. MAURICIO ESPINOSA LUGO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.222
ASESOR DE TESIS



DRA. MAYRA ADORAIM AGUILAR GONZALEZ
COORDINADORA CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 61



DRA. ALEJANDRA ROJO COCA
COORDINADORA AUXILIAR MEDICO EN EDUCACIÓN EN SALUD DEL ÓRGANO
DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADO REGIONAL ESTADO DE
MÉXICO PONIENTE.

DRA. ROSA MARIA PIÑA NAVA

COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL DEL ÓRGANO
DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADO REGIONAL ESTADO DE
MÉXICO PONIENTE.

NAUCALPAN, ESTADO DE MÉXICO

AÑO 2023

**INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19
EN LA UMF 61**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. GLADYS CLARITA AYUSO RAMIREZ.

AUTORIZACIONES:



DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA

**JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR,
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**



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



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES.
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.**

NAUCALPAN, ESTADO DE MÉXICO

AÑO 2023

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por la fortaleza y protección que me ha dado desde el inicio de mi vida, a mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; por enseñarme que puedo caminar sola, pero a la vez entendiendo que siempre serán el pilar que necesito en cada paso que doy, por formarme con reglas y ciertas libertades, por su gran apoyo en esta etapa que fue crítica para mí en el ámbito personal. A mis hermanos por su infinito apoyo y amor y en especial a mi hijo mi motivación de cada día Diego Samuel por ser un guerrero y comprender que mamá se ausentaría un momento, buscando un mejor futuro para los dos, a ti mi niño mi vida entera... Te amo.

A mi asesor de tesis por su gran apoyo, motivación y paciencia durante el inicio, desarrollo y termino de este proyecto de investigación, quien con su experiencia y conocimientos logramos concluir satisfactoriamente este estudio.

A mis titulares, jefe de enseñanza por su apoyo y disposición en la enseñanza y aprendizaje en esta etapa de posgrado.

Agradezco a los jefes de departamento clínico, médicos familiares y demás personal que nos brindaron su apoyo y disposición en cada rotación compartiendo amablemente sus conocimientos y su tiempo.

A mis amigos... por su amistad y su infinito apoyo y paciencia en estos tres años, los llevare siempre en mi ser.

A los pacientes de la UMF 61 que participaron en esta investigación por su importante cooperación y paciencia durante el desarrollo de los test, porque sin su ayuda no hubiese sido posible realizar este estudio.

Y por último agradezco a mi persona por concluir una etapa más de mi educación sin importar lo fácil o difícil que haya sido, el camino continúa cuando se desea seguir avanzando.

Gracias.

**INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19
EN LA UMF 61**

INDICE

| | |
|--|----|
| RESUMEN | 6 |
| MARCO TEORICO..... | 7 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 29 |
| OBJETIVOS | 30 |
| HIPÓTESIS: | 31 |
| DISEÑO METODOLÓGICO Y TIPO DE ESTUDIO: | 32 |
| TAMAÑO DE LA MUESTRA | 33 |
| DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:..... | 34 |
| ANÁLISIS DE DATOS:..... | 34 |
| DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES | 35 |
| CONSIDERACIONES ÉTICAS. | 39 |
| SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS. | 42 |
| RESULTADOS: | 44 |
| DISCUSION: | 52 |
| CONCLUSIONES:..... | 54 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 56 |
| ANEXOS | 60 |

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

RESUMEN

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

Espinosa LM ¹, Ayuso RG ²

Introducción: Durante la pandemia de COVID-19 la población a nivel mundial se ha visto afectada por la enfermedad desde diciembre 2019, mes en que fue detectado por primera vez en Wuhan China, mismo que dio inicio al desarrollo de brotes a nivel mundial, desencadenado una ola de alteraciones psicológicas durante el confinamiento. Existen antecedentes en la bibliografía que muestran desarrollo de ansiedad y depresión en epidemias pasadas por lo cual es de gran interés investigar la presencia de alteraciones psicológicas en la población mexicana como consecuencia de la pandemia **Objetivo:** Evaluar la incidencia de ansiedad y depresión en pacientes con COVID-19 de la UMF 61 **Material y métodos:** Estudio de tipo observacional y transversal, retrolectivo, prospectivo, descriptivo y abierto con pacientes diagnosticados con COVID-19 confirmado se aplicó el inventario de Beck y test de Hamilton, al finalizar se reportará en tablas de salida y gráficos. **Resultados:** Se estudio un total de 300 participantes diagnosticados por COVID-19 confirmado con RT-PCR positivos en la UMF No. 61, con predominio del género femenino (64%) con respecto al género masculino (36%). En relación a la edad se obtuvo como moda 28 años y mediana 35.5 años de edad, la escolaridad predominante correspondió a estudios medio superior 36% y licenciatura 35%. La prevalencia obtenida de ansiedad leve 59%, ansiedad moderada 31% ansiedad severa 10%. En relación a depresión se detectaron casos de depresión leve 20%, depresión moderada 78% y depresión severa 2%. **Conclusiones:** En el presente estudio se observó que la pandemia por COVID-19 condiciono ansiedad y depresión en pacientes derechohabientes que cursaron con la enfermedad por COVID-19 en la UMF No. 61.

Palabras clave: COVID-19, ansiedad, depresión. Incidencia.

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

MARCO TEÓRICO

En diciembre del 2019, el primer paciente con neumonía atípica fue diagnosticada en China que posteriormente fue definida como COVID-19 por sus siglas en inglés (Coronavirus Viral Infection Disease-19). Un mes después, la Organización mundial de la salud reporta que el agente causal de esta enfermedad viral y nombrado SARS-COV2. A mediados de abril del 2020 el impacto del COVID -19 a nivel global fue evidente. Las regiones que más problema tuvieron con este padecimiento fue Europa Occidental y los adultos mayores así como los que tienen comorbilidades crónicas e inmunosupresión son la población mayormente afectada (1)

El SARS-COV2 es transmitido de una persona a otra. En brotes de otras cepas de coronavirus incluido el Síndrome Respiratorio del Este Medio (MERS-COV) y el Síndrome Respiratorio Severo Agudo (SARS-COV), la transmisión persona a persona fue por el contacto de aerosoles, contacto físico y a través de objetos contaminados (Fómites). La forma de transmisión del SARS-COV2 ha sido similar a las anteriores.

El origen zoonótico aún es incierto. El virus ha sido identificado en muestras ambientales de un mercado de animales vivos en Wuhan, y algunos casos humanos se han relacionado epidemiológicamente con este mercado. Otros coronavirus, como el SARS y el MERS, también son zoonóticos y pueden transmitirse de los animales (gatos de civeta y camellos dromedario, respectivamente) a los humanos. (2)

El SARS-CoV2 ha continuado su expansión global, hasta la primera semana de Mayo se han confirmado más de tres millones de casos y cerca de 230 mil muertes alrededor del mundo siendo de lenta expansión en Asia mientras que en América y Europa son las regiones en donde más se han presentados casos, siendo Europa la región que ha contribuido cerca del 49% del total de los casos; desde el primer caso reportado en los Estados Unidos el 31 de enero se ha visto

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

su expansión regional en 50 países y territorios incluido México quien confirmó su primer caso el 27 de febrero de 2020 y declarando el 19 de marzo emergencia sanitaria iniciando el aislamiento social como medida de contención, el cambio de fase se realizó en México el 21 de abril cuando el número de casos confirmados fue de 9501 casos y 857 defunciones.

La primera información sobre los mecanismos de transmisión y el periodo de incubación, así como de las manifestaciones clínicas se desarrollaron en China en donde se describe el periodo de incubación de 4 a 7 días con una recuperación

aproximadamente de 7 a 10 días, por otra parte también se describieron complicaciones fatales como falla orgánica, choque séptico, edema pulmonar, neumonía severa y síndrome de distrés respiratorio y se describe que las personas de edad avanzada y otras condiciones de salud son de alto riesgo para enfermedad severa y muerte.(3).

México es uno de los países en donde la alta prevalencia de enfermedades crónico degenerativas especialmente diabetes mellitus, hipertensión y obesidad entre jóvenes y adultos mayores hacen que aumente el riesgo de complicaciones fatales en comparación a otros países.(4)

Carrillo Vega y cols. Realizaron un estudio en donde analizaron los factores de riesgo para hospitalización y muerte en pacientes infectados por COVID-19 en México encontrando que la edad media de los casos era de 46 años así como factores como hipertensión en un 21% de los casos, seguido de obesidad en 20% y diabetes en 17.6% de los casos estudiados y el número de comorbilidades aumentaba conforme también aumentaba la edad, en el grupo de edad de los 25 a 49 años la obesidad fue el factor más frecuentemente observado con un 13.5% de los casos estudiados, y el 59% de los casos por encima de los 50 años desarrollaban neumonía, siendo la mortalidad de 9.1% de la muestra estudiada, la media de días observada desde la presentación de síntomas al momento de la admisión hospitalaria fue de 4.3 días y de la admisión a la muerte 5 días en

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

promedio, siendo la Secretaría de salud (SSA) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) las instituciones que han atendido mayormente los casos con 48.4% y 34.4% respectivamente; en este mismo estudio se observó que las mujeres embarazadas el riesgo de muerte aumenta 3.5 veces en comparación a las mujeres no embarazadas, los datos en mujeres embarazadas con infección por COVID-19 aún son limitados pero basados en las experiencias con influenza, SARS y MERS las mujeres embarazadas, especialmente en el segundo y tercer trimestre de gestación tienen alto riesgo de complicaciones y muertes en comparación a las no embarazadas. (4)(5)(6)

Wenhan y Cols. Sugieren que el género así como factores sociales, inmunológicos, diferencias hormonales y hábitos en el estilo de vida puede jugar un papel en las diferencias entre géneros para COVID-19 tal como se observó en Europa en donde la mayor mortalidad se observó en las edades mayores siendo muy parecido a lo reportado en China, en el caso de México puede haber una alta proporción de enfermedades crónicas no diagnosticadas.(4)(7)

El coronavirus forma partículas envolventes y esféricas de 100-160nm de diámetro. Contiene genoma de ARN monocatenario de sentido positivo de 27-32 kb de tamaño. Los dos tercios del extremo 5´del genoma codifican una poliproteína, pp1ab que genera 16 proteínas no estructurales que participan en la transcripción y replicación del genoma. El término 3´codifica proteínas estructurales, incluidas las espigas de glicoproteínas de la envoltura (S), la envoltura E, la membrana (M) y la nucleocápside (N). (8)

El receptor ACE2 descubierto por dos grupos independientes en el año 2000, es una glicoproteína transmembrana de tipo I (monocarboxipeptidasa) compuesta por 805 aminoácidos que utiliza un único dominio catalítico extracelular. Los genes ACE 2 se asignan al cromosoma X su expresión parece ser más alta en personas asiáticas que en blancas y afroamericanas.(9)

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

Los receptores ACE2 se expresan en el corazón (endotelio de arterias coronarias, miocitos, fibroblastos, adipocitos epicardicos) vasos (células endoteliales vasculares y lisas), intestino (células epiteliales intestinales), pulmón (células epiteliales bronquiales y traqueales, neumocitos tipo 2, macrófagos) riñón (superficie luminal de las células epiteliales tubulares), testículos y cerebro.(9)

En el pulmón, la amplia superficie de las células epiteliales alveolares podría explicar la vulnerabilidad de este órgano a las consecuencias de la invasión del virus. (9)

ACE 2 se une principalmente a las membranas celulares de la unión de la angiotensina II a los receptores AT1 que incluyen vasoconstricción, inflamación aumentada y trombosis. Los receptores de la enzima convertidora de Angiotensina-2 median la entrada en la célula de tres cepas de coronavirus: SARS-CoV, NL63 y SARS-CoV-2. (10)

Durante la entrada del virus a la célula huésped, las proteínas espiga (S) en la envoltura del SARS-CoV-2 se une a las subunidades S1 y S2.

S2 no interactúa con el receptor, pero alberga los elementos funcionales necesarios para la fusión de la membrana del virión. La interacción proteína/receptor S1 es el determinante fundamental para que se produzca una infección.(9)

Después de la fusión de membrana el genoma viral ARN se libera en el citoplasma y el ARN no cubierto traduce dos poliproteínas no estructurales que codifican y forman complejos de replicación-transcripción (CRT) en vesículas de doble membrana. Continuamente CRT replica y sintetiza un conjunto anidado de ARN subgenómico que codifica proteínas accesorias y proteínas estructurales. En el retículo endoplásmico y el aparato de Golgi, el nuevo ARN genómico, las proteínas de nucleocápside y glicoproteínas se ensamblan y forman vesículas de partículas virales, que se fusionan nuevamente con la membrana y liberan el virus.(10)

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

PRONÓSTICO

Hasta la fecha, ningún tratamiento antiviral específico ha sido confirmado como efectivo contra COVID-19. Respecto a pacientes infectados con COVID-19, se ha recomendado aplicar un tratamiento sintomático apropiado y atención de apoyo. Hay seis ensayos clínicos registrados tanto en la plataforma del Registro Internacional de Ensayos Clínicos y el Registro de ensayos clínicos chinos para evaluar la eficacia o seguridad de la medicina dirigida en el tratamiento o pronóstico de COVID-19. Con respecto a los pacientes infectados con COVID-19, se ha recomendado aplicar tratamiento sintomático.

En una revisión sistemática de todos los modelos de predicción relacionados a la pandemia de covid-19, identificamos y criticamos evaluaron 51 estudios que describieron 66 modelos.

Los modelos de predicción se pueden dividir en tres categorías: modelos para la población general para predecir el riesgo de desarrollar covid-19 o ser ingresado en el hospital por COVID-19; modelos para apoyar el diagnóstico de covid-19 en pacientes con sospecha de infección; y modelos para Apoyar el pronóstico de pacientes con covid-19.

Todos los modelos informaron predicción buena a excelente rendimiento, pero todos fueron evaluados para tener un alto riesgo de sesgo debido a una combinación de informes deficientes y mala conducta metodológica para la selección de participantes, Descripción del predictor y métodos estadísticos utilizados. Como esperado, en estas predicciones tempranas relacionadas con covid-19 estudios modelo, datos clínicos de pacientes con covid-19 aún son escasos y limitados a datos de China, Italia, y registros internacionales.

Al crear un nuevo modelo de predicción, se recomienda basarse en la literatura previa y opinión experta para seleccionar predictores, en lugar de seleccionar predictores de manera puramente basada en datos. Según los predictores incluidos en múltiples modelos identificados en esta revisión, nosotros alentar a lo

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

investigadores a considerar incorporar varios predictores candidatos: en el caso de los modelos pronósticos, se revisaron 16 modelos pronósticos para predecir el riesgo de mortalidad, progresión a enfermedad grave. Este análisis sugiere incluir los siguientes predictores: edad, características tomográficas, deshidrogenasa láctica, sexo, proteína C reactiva, comorbilidad (incluida hipertensión, diabetes, enfermedad cardiovascular, enfermedad respiratoria), y recuento de linfocitos.

Sin embargo, todos los modelos fueron calificados con riesgo alto de sesgo, principalmente debido a una selección no representativa de pacientes control, exclusión de pacientes, alto riesgo de sobreajuste del modelo, e informes vagos. La mayoría de los informes no incluyeron ninguna descripción de la población de estudio o uso previsto de los modelos y la calibración de las predicciones del modelo rara vez se evaluó. (11)

DEPRESIÓN

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (12)

Es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En algunos casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. (12)

El número total de personas que tienen depresión en el mundo es de 322 millones. Casi la mitad de estas personas viven en la Región de Asia Sudoriental y en la Región del Pacífico Occidental, lo que refleja las poblaciones relativamente más grandes de esas dos regiones (que incluyen India y China). (13)

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

Las tasas de prevalencia varían según la edad y alcanzan su punto máximo en la edad más adulta (por encima de 7,5% en mujeres de edades comprendidas entre los 55 y 74 años, y por encima de 5,5% en hombres).(13)

La depresión también ocurre en niños y adolescentes menores de 15 años, pero en un grado menor que en los grupos de mayor edad.(13)

La Organización Mundial de la Salud estima una prevalencia puntual de depresión en la población general de 1.9% para hombres y 3.2% para mujeres.(14)

Una encuesta nacional representativa señaló la prevalencia puntual en 7% en los Estados Unidos, y en México de 15%.(14)

El término depresión se utiliza especialmente para referirse a cualquiera de los trastornos depresivos.(15)

Se clasifican algunos tipos de trastornos según los síntomas específicos:

- Trastorno depresivo mayor (a menudo denominado depresión)
- Trastorno depresivo persistente (distimia)
- Otro trastorno depresivo especificado o no especificado

Otros son clasificados por la etiología:

- Trastorno disfórico premenstrual.
- Trastorno depresivo debido a otra enfermedad.
- Trastorno depresivo inducido por sustancias/fármacos.

Los trastornos depresivos pueden presentarse a cualquier edad, pero es típico su desarrollo a mediados de la adolescencia, en la tercera y la cuarta década de la vida. Hasta el 30% de los pacientes refieren síntomas depresivos en los centros de atención primaria, pero < 10% tendrá una depresión mayor.(15)

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR (DSM V)

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica. (16)

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor. Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

ANSIEDAD

La Ansiedad es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como un síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos.(17)

Se considera que la ansiedad es patológica por su presentación irracional, ya sea porque el estímulo está ausente, la intensidad es excesiva con relación al estímulo o la duración, es injustificadamente prolongada y la recurrencia inmotivada, generando un grado evidente de disfuncionalidad en la persona.(17)

EPIDEMIOLOGÍA.

El número total estimado de personas con trastornos de ansiedad en el mundo es de 264 millones en el 2015, lo que refleja un aumento de 14,9% desde el 2005 a consecuencia del crecimiento y el envejecimiento de la población.(13)

Se calcula que, en el 2015, la proporción de la población mundial con trastornos de ansiedad fue de 3,6%. Del mismo modo que en el caso de la depresión, los trastornos de ansiedad son más comunes en las mujeres que en los hombres (4,6% en contraste con 2,6%, a nivel mundial). (13)

CUADRO CLÍNICO

1.- Las manifestaciones o sensaciones somáticas(17)

- Aumento de la tensión muscular
- Mareos
- Sensación de “cabeza vacía”
- Sudoración
- Hiperreflexia
- Fluctuaciones de la presión arterial
- Palpitaciones

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

- Midriasis
- Síncope
- Taquicardia
- Parestesias
- Temblor
- Molestias digestivas
- Aumento de la frecuencia y urgencia urinarias
- Diarrea

2.- Los síntomas cognoscitivos, conductuales y afectivos como:(17)

- Intranquilidad
- Inquietud
- Nerviosismo
- Preocupación excesiva y desproporcionada
- Miedos irracionales
- Ideas catastróficas
- Deseo de huir
- Temor a perder la razón y el control
- Sensación de muerte inminente

Los trastornos de ansiedad se refieren a un grupo de trastornos mentales caracterizados por sentimientos de ansiedad y temor, que incluyen los siguientes trastornos:

La fobia social se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

El trastorno por estrés postraumático se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación (arousal) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.

El trastorno por estrés agudo se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses.

El trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.(18)

CUESTIONARIO DE MEDICIÓN DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Inventario de ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI; Beck et al., 1988; Beck y Steer, 1993). El BAI es un instrumento de autoinforme de 21 ítems diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología ansiosa. Cada ítem del BAI recoge un síntoma de ansiedad y para cada uno de ellos la persona debe valorar el grado en que se ha visto afectado por el mismo durante la última semana, utilizando para ello una escala tipo Likert de cuatro puntos que va desde 0 (Nada en absoluto) hasta 3 (Gravemente, casi no podía soportarlo) Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la respuesta dada por el individuo y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total que varía de 0 a 63.(19)

La Escala de depresión de Hamilton (HAMD) se ha utilizado ampliamente para evaluar la aparición de ansiedad contiene 17. Cada pregunta incluye 5 elementos.

El puntaje total de HAMD se puede clasificar en normal (puntaje 0–6), leve y moderado (puntaje 7–23), depresión severa (puntaje ≥ 24). Varios estudios anteriores habían demostrado que estos cuestionarios podían evaluar el estado

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

psicológico con una fiabilidad y validez satisfactorias(Chen et al., 2020b; Zhang et al., 2020a)(20)

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ANTE UN EVENTO PANDÉMICO

En la segunda mitad del siglo XX y en lo que llevamos del siglo XXI ha habido otras pandemias en Europa, pero ninguna ha tenido la extensión y las implicaciones sociales de la actual.(21)

La cuarentena es la separación y restricción del movimiento de personas que potencialmente han estado expuestas a una enfermedad contagiosa para determinar si se encuentran mal, lo que reduce el riesgo de que infecten a otros. Esta definición difiere del aislamiento, que es la separación de las personas que ha sido diagnosticado con una enfermedad contagiosa de personas que no están enfermas.(22)

La palabra cuarentena se usó por primera vez en Venecia, Italia en 1127 con respecto a la lepra y se usó ampliamente en respuesta a la Peste Negra, aunque no fue hasta 300 años después, el Reino Unido comenzó a imponer cuarentena en respuesta a la peste. (22)

Más recientemente, la cuarentena se ha utilizado en el brote de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). Este brote ha visto a ciudades enteras en China efectivamente puestas en cuarentena masiva, mientras que a miles de extranjeros que regresan a sus hogares desde China se les ha pedido que se auto aíslen en sus hogares o en instalaciones estatales. (22)

Las cuarentenas en toda la ciudad también se impusieron en áreas de China y Canadá durante el brote de 2003 del síndrome respiratorio agudo severo (SRAS), mientras que aldeas enteras en muchos países de África occidental se pusieron en cuarentena durante el brote de ébola de 2014.(22)

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

La separación de los seres queridos, la pérdida de libertad, la incertidumbre sobre el estado de la enfermedad y el aburrimiento pueden, en ocasiones, crear efectos dramáticos.(22)

La pandemia causada por Covid-19 ha sido una emergencia social y de salud sin precedentes en todo el mundo.

Las reacciones psicológicas a las pandemias incluyen conductas desadaptativas, angustia emocional y respuestas defensivas: ansiedad, miedo, frustración, soledad, ira, aburrimiento, depresión, estrés, conductas de evitación.

Las pandemias y epidemias siempre han sido una parte esencial de la historia humana y solo en el siglo pasado, la gripe española (1918-1920), la gripe asiática (1956-1957), el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS, 2002-2003), la gripe "porcina" (2009), el ébola (2013-2014) y otras personas afectadas en todo el mundo.(23)

En el pasado se realizaron varias investigaciones con diferentes diseños de estudio con el objetivo de evaluar los síntomas psicológicos derivados de estas y otras pandemias / epidemias. (12)

La literatura sugiere que las medidas restrictivas como la cuarentena, el aislamiento y el distanciamiento social tienen un impacto en el bienestar psicológico de las personas, así como en las reacciones emotivas a la pandemia en sí.

Las reacciones psicológicas a las pandemias incluyen conductas desadaptativas, angustia emocional y respuestas defensivas: ansiedad, miedo, frustración, soledad, ira, aburrimiento, depresión, estrés, conductas de evitación.

La población general informó efectos negativos en respuesta a la cuarentena: miedo, nerviosismo, tristeza, culpa, confusión, ira, entumecimiento e insomnio inducido por la ansiedad.

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

Durante el brote de influenza H1N1 2009 (“gripe porcina”), se estimaron conductas de evitación, altos niveles de ansiedad y preocupación por la infección entre las poblaciones en general y el personal del hospital con grandes diferencias regionales.

Los familiares de los pacientes mostraron niveles elevados de estrés y depresión percibidos, en comparación con una población de control, y niveles moderados de ansiedad por muerte.

Desde 2012, un brote del síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS) ha afectado a varios países, principalmente en su mismo nombre, el Medio Oriente. Los estudios sobre el impacto psicológico confirmaron niveles más altos de ansiedad, preocupaciones, conductas de evitación social en la población general. Los sobrevivientes de enfermedades críticas del MERS informaron una calidad de vida más baja que los sobrevivientes de enfermedades menos graves, mostraron síntomas psiquiátricos y recibieron un diagnóstico psiquiátrico y medicamentos durante su estadía en el hospital.

La depresión, la ansiedad y el estrés postraumático fueron secuelas comunes en los sobrevivientes del ébola.

La angustia psicológica, el uso indebido de alcohol / drogas, el trastorno de estrés postraumático, la depresión, la ansiedad y el insomnio también se encontraron en las poblaciones militares desplegadas en la emergencia en África occidental.

A nivel mundial, los resultados mostraron que la mayoría de los chinos, del 7% al 53.8%, experimentaron angustia psicológica durante la etapa inicial del brote de CoViD-19. Se identificó un rango de respuestas psicológicas negativas: además de ansiedad, depresión y estrés, que fueron las condiciones más exploradas.

Investigaciones anteriores centradas en pandemias confirmaron que las personas que han experimentado emergencias de salud pública informaron diversos grados de trastornos psicológicos.

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

Por lo tanto, se supone que el brote de COVID-19 causa enormes problemas psicológicos y morbilidades psiquiátricas en la subpoblación de pacientes con infecciones confirmadas y sospechosas.

Se presume que los pacientes afectados por CoViD-19 pueden experimentar síntomas psicopatológicos debido a varias razones: síntomas clínicos o progresión de la enfermedad, efectos secundarios de los medicamentos, peligro percibido, miedo a la transmisión del virus a otros o aislamiento social, incertidumbre, incomodidad física y abrumadoramente negativa.

Casi el 50% de las personas diagnosticadas con COVID-19 en el otro estudio chino tenían síntomas depresivos, más del 55% tenían ansiedad y casi el 70% tenían síntomas somáticos. Entre estos pacientes, 9%, 15% y 21% fueron casos graves, respectivamente.

El estudio vietnamita encontró que, de todos los participantes, el 7,4% estaba deprimido: la prevalencia de la depresión fue significativamente mayor en las personas con CoViD-19 (64,3%) que en las personas no afectadas (35,7%).

La puntuación de calidad de vida relacionada con la salud fue significativamente menor en las personas con CoViD-19. Algunos datos demográficos se asociaron con un mayor grado de depresión, como la edad avanzada (es decir, 60 años o más), comorbilidades, bajo nivel educativo, menor actividad física.

Las personas experimentaron una angustia psicológica considerable durante la etapa inicial del brote de CoViD-19 en términos de ansiedad, depresión y síntomas postraumáticos. A nivel mundial, los hallazgos fueron relativamente consistentes en términos de gravedad: la mayoría de las personas sufrieron trastornos de leves a moderados, mientras que los sujetos que informaron síntomas graves fueron una minoría.

Con respecto a las personas afectadas por COVID-19, las intervenciones deben basarse en una evaluación exhaustiva de los factores de riesgo que conducen a

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

problemas psicológicos, incluida la mala salud mental antes de una crisis, duelo, lesiones personales o familiares, circunstancias potencialmente mortales, pánico, separación de familia y bajos ingresos del hogar. Estas medidas pueden ayudar a disminuir o prevenir la futura morbilidad psiquiátrica.(23)

El impacto psicológico del brote de COVID-19 en una muestra de la población española. Se realizó un estudio transversal a través de una encuesta en línea de 3480 personas. La presencia de depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático (TEPT) se evaluó con pruebas de detección a partir del 14 de marzo. Se realizaron análisis descriptivos y se compilaron modelos de regresión lineal. El 18.7% de la muestra reveló síntomas depresivos, 21.6% de ansiedad y 15.8% de Trastorno de estrés postraumático.

Estar en el grupo de mayor edad, tener estabilidad económica y creer que se había proporcionado información adecuada sobre la pandemia se relacionaba negativamente con la depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático. Sin embargo, el sexo femenino, los diagnósticos previos de problemas de salud mental o trastornos neurológicos, los síntomas asociados con el virus o aquellos con un pariente cercano infectado se asociaron con una mayor sintomatología en las tres variables.

Cuando el presente estudio se completó el 28 de marzo de 2020 en España, la situación de alarma ya había estado vigente durante dos semanas. Según fuentes oficiales en el momento del estudio, España presentó un total de 72,248 resultados positivos para Covid-19 y 5690 muertes, siendo el cuarto país con más infecciones por la pandemia y el segundo país con el mayor número de muertes en el mundo. Este es el primer estudio en la literatura científica que informa el impacto psicológico del brote de Covid-19 en una muestra de la población española tres semanas después del brote de la pandemia y la declaración del estado de alarma.

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

La encuesta se lanzó el 21 de marzo y los datos se recopilaron hasta el 28 de marzo de 2020. Los participantes fueron reclutados enviando la encuesta a través de varios canales de redes sociales. (24)

La muestra final, obtenida mediante el método de bola de nieve, tenía 3480 personas, conformadas por la población general y varios grupos específicos. Los criterios de inclusión fueron: 1. Ser mayor de 18 años; 2. Estar viviendo en España durante la situación de alarma sanitaria derivada de Covid-19. (24)

En relación con COVID-19, el 13,9% de la muestra declaró que habían sufrido síntomas compatibles con la enfermedad, mientras que solo el 7% había dado positivo por COVID-19. Sin embargo, el 28,3% tenía un familiar o pariente cercano que había sido diagnosticado, y casi el 3% de la muestra tenía que vivir con una persona infectada. Tener síntomas actuales o anteriores de Covid-19 y tener un familiar o pariente cercano diagnosticado y viviendo con él se relacionó positivamente con la sintomatología. (24)

Recibir suficiente información fue un factor protector en la aparición de síntomas de depresión, ansiedad. (24)

La soledad y la discriminación mostraron una relación positiva significativa con los síntomas del trastorno de estrés depresivo, ansioso y postraumático. (24)

Los puntajes de las diferentes escalas revelaron cómo el 18.7% de la muestra reveló un posible diagnóstico de depresión y es probable que el 21.6% sea potencialmente diagnosticado con ansiedad. (24)

Con respecto a las variables relacionadas con el impacto psicológico, hemos encontrado que el género femenino está asociado con mayores síntomas depresivos, ansiedad y trastorno de estrés postraumático. (24)

Estos resultados son similares a los resultados de Wang et al., 2020a, Wang et al., 2020b, y Kang et al. (2020), y también a otro estudio realizado en el País Vasco,

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

donde encontraron un mayor impacto psicológico en las personas más jóvenes y las personas con enfermedades previas (Dosil-Santamaria et al., 2020). (24)

Las personas que estuvieron aisladas durante dos semanas debido al contacto con pacientes con MERS sufrieron altas tasas de síntomas de ansiedad y enojo durante el aislamiento, y mostraron efectos sobre la salud mental incluso a los cuatro o seis meses después de la retirada del aislamiento.(25).

En la etapa inicial del brote de SARS, se informaron muchos síntomas psiquiátricos, como depresión persistente, ansiedad, ataques de pánico e incluso autolesiones , y hubo niveles más altos de depresión en personas que tenían ellos mismos o su familia y amigos fueron puestos en cuarentena o quienes sospecharon que estaban infectados.(26)

La Comisión Nacional de Salud de China promulgó la notificación de principios básicos para intervenciones de crisis psicológicas de emergencia para COVID-2019 el 26 de enero de 2020. Esta notificación indicaba que el público podría experimentar pánico, desilusión e ira, especialmente aquellos que habían confirmado o sospechado una infección de SARS-CoV-2; que las personas que estaban en cuarentena pudieran experimentar ansiedad, discriminación, aburrimiento, soledad, culpa y estigma; y que el apoyo a la salud mental debe proporcionarse al público necesitado.(26)

Los trastornos de ansiedad y estado de ánimo son los problemas de salud mental más comunes en la población general de todo el mundo, y existen conexiones importantes entre la ansiedad y la depresión y la aparición de enfermedades virales

Las personas que sufren pérdidas económicas tienen que soportar la presión de la pérdida y también deben enfrentar el problema de cómo recuperar la pérdida económica. Tener mala salud se asoció con un alto nivel de ansiedad y depresión durante la epidemia de COVID-19. Tener una salud deficiente hace que uno sea más propenso a infectarse por el SARS-CoV-2, especialmente según el informe de noticias de que la infección es más probable que infecte a los hombres mayores con

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

comorbilidades y puede provocar enfermedades respiratorias graves e incluso mortales, como el SDRA (27)

En un estudio realizado del 31 de enero al 2 de febrero de 2020 con 1.210 personas en 194 ciudades de China se administró la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21). El objetivo de este estudio fue hacer una encuesta en línea, usando técnicas de muestreo de snowball para entender mejor, entre otras variables, sus niveles de impacto psicológico, ansiedad, depresión y estrés en la etapa inicial del brote de COVID-19. El 16,5% de los participantes mostró síntomas depresivos de moderados a graves; el 28,8% síntomas de ansiedad de moderados a graves; y el 8,1% informó de niveles de estrés de moderados a graves.

Las personas que respondieron tener enfermedades crónicas mostraron una media superior también en estrés ansiedad y depresión, en comparación con los y las participantes que no referían ninguna enfermedad crónica.

Estos resultados coinciden con investigaciones que demuestran que las personas con enfermedades graves o múltiples enfermedades presentan niveles más altos de síntomas psicológicos ante esta situación de crisis. (28)

En una pandemia, el miedo incrementa los niveles de estrés y ansiedad en individuos sanos e intensifica los síntomas de aquellos con trastornos mentales preexistentes, a saber, los pacientes diagnosticados con COVID-19 o sospecha de estar infectados pueden experimentar emociones intensas y reacciones comportamentales, además de miedo, aburrimiento, soledad, ansiedad, insomnio o rabia. Estas condiciones pueden evolucionar en desórdenes como depresión, ataques de pánico, trastorno de estrés postraumático, síntomas psicóticos y suicidio, especialmente prevalentes en pacientes en cuarentena, en quienes el estrés psicológico tiende a ser mayor.(29).

Las personas con alta ansiedad por la salud también tienden a participar en una variedad de otros comportamientos de seguridad desadaptativos. En el contexto de brotes virales, esto puede incluir lavarse las manos en exceso, retraimiento social y

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

compras de pánico. Es de destacar que todos estos comportamientos son consistentes con las recomendaciones de salud pública para el manejo de epidemias y pandemias; sin embargo, en el caso de las personas con alta ansiedad de salud, son llevados a un extremo que puede tener consecuencias negativas para el individuo y su comunidad.(30)

La pandemia de la enfermedad de coronavirus 19 (COVID-19) es un estresante psicológico significativo además de su tremendo impacto en todas las facetas de las vidas y organizaciones de las personas en prácticamente todos los sectores sociales y económicos del mundo.

Los informes de los siglos XVIII y XIX sugieren que las pandemias de influenza en particular han estado marcadas por una mayor incidencia de varios síntomas neuropsiquiátricos, como insomnio, ansiedad, depresión, manía, psicosis, tendencias suicidas y delirio.

La depresión, la ansiedad y los síntomas relacionados con el trauma se han asociado con brotes de CoV, pero aún no está claro si los riesgos son atribuibles a infecciones virales per se o a la respuesta inmune del huésped.

Los estudios de trabajadores de la salud durante la epidemia de SARS-CoV-1, el brote de MERS-CoV y la pandemia actual de SARS-CoV-2 sugieren que la frecuencia y la gravedad de los síntomas psiquiátricos están asociadas con la proximidad a pacientes infectados.(31)

Por lo tanto, además de los esfuerzos en varios niveles para prevenir la propagación de la enfermedad y otras condiciones preocupantes, la intervención de crisis psicológica debe ser parte de la respuesta de salud pública al brote de COVID-19 (23).

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

JUSTIFICACIÓN

El mundo durante los últimos meses ha experimentado una serie de cambios drásticos producto de la enfermedad de COVID-19, dada su rápida propagación después del brote en Wuhan China, dichos cambios han afectado el estilo de vida de la sociedad en general.

Según estudios a nivel mundial han mostrado alteraciones psicológicas en personas positivas a COVID-19, familiares con pacientes positivos, y en personas sanas como respuesta a la cuarentena. Otros estudios realizados en China, España, Italia, entre otros, con antecedentes de desarrollo de ansiedad y depresión posterior a epidemias previas como SARS, H1N1 y MERS por mencionar algunas. Por lo cual es de gran relevancia investigar el impacto psicológico que está presentado la sociedad ante la pandemia por SARS CoV-2, enfocándonos en el desarrollo de trastornos de ansiedad y depresión.

Debido a que actualmente en México no se cuenta con estudios relacionados con trastornos psicológicos de ansiedad y depresión en tiempos de pandemia, la presente investigación pretende identificar el desarrollo de ansiedad y depresión en pacientes de la UMF 61.

Dichos trastornos mentales son un problema de gran magnitud, ya que un alto porcentaje de la población la padece, sin embargo, en esta etapa crucial en la que atravesamos es probable que el número de casos aumente.

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pandemia causada por Covid-19 ha sido una emergencia social y de salud sin precedentes en todo el mundo. (24) Según la bibliografía a nivel mundial se muestran alteraciones psicológicas en personas positivas a PCR por COVID-19, familiares con pacientes positivos, y en personas sanas como respuesta a la cuarentena.

A nivel mundial el número total de personas que tienen depresión en el mundo es de 322 millones.(13). Por otro lado, el número total estimado de personas con trastornos de ansiedad en el mundo es de 264 millones en el 2015, lo que refleja un aumento de 14,9%. (2)

En una pandemia, el miedo incrementa los niveles de estrés y ansiedad en individuos sanos e intensifica los síntomas de aquellos con trastornos mentales preexistentes, a saber, los pacientes diagnosticados con COVID-19 o sospecha de estar infectados pueden experimentar emociones intensas y reacciones comportamentales. (29) en consecuencia el no identificarlos podría aumentar la cantidad de atención de urgencias psiquiátricas o inclusive muertes por suicidios.

La razón por la que se originó este estudio es para detectar trastornos de ansiedad y depresión en los pacientes que presentaron COVID-19 asociado a la situación instaurada durante estos meses de la pandemia por medio de instrumentos para detección de estas dos patologías de una manera eficaz y con un buen grado de confiabilidad.

Dicha investigación se llevó a cabo debido a que en la población mexicana al momento no se han realizado estudios adecuados para detectar ansiedad y depresión como resultado de la pandemia, Si se verifica que estos instrumentos son adecuados para esta población permitirá una detección temprana con instauración de tratamiento multidisciplinario temprano con la posibilidad de limitación del daño por lo que se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la incidencia de ansiedad y depresión en pacientes con covid-19 de la UMF 61?

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la incidencia de ansiedad y depresión en pacientes con COVID-19 de la UMF 61

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar pacientes con COVID -19
- Examinar ansiedad en pacientes con COVID-19 de la UMF 61
- Encuestar sobre depresión en pacientes con COVID-19 de la UMF 61

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

HIPÓTESIS:

H1: La incidencia de ansiedad y depresión en pacientes con covid-19 de la UMF 61 es diferente a la bibliografía reportada.

H0: La incidencia de ansiedad y depresión en pacientes con covid-19 de la UMF 61 es similar a la bibliografía reportada.

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

DISEÑO METODOLÓGICO Y TIPO DE ESTUDIO:

Estudio de tipo observacional, retrolectivo, transversal, descriptivo, prospectivo, abierto.

UNIVERSO DEL ESTUDIO:

El estudio se realizó en pacientes derechohabientes de la UMF 61 durante la pandemia de COVID-19

POBLACIÓN ACCESIBLE:

RT-PCR positivo a COVID-19, que aceptaron de forma voluntaria realizar el estudio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Pacientes derechohabientes de la UMF 61.
2. Pacientes de ambos sexos.
3. Confirmación de diagnóstico de infección por COVID-19 por medio de RT PCR.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Pacientes con diagnóstico establecido previamente de ansiedad.
2. Pacientes con diagnóstico establecido previamente de depresión.
3. Pacientes con problemas endocrinos como hipo o hipertiroidismo, Enfermedades reumáticas.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1. Pacientes que decidan retirarse por voluntad propia durante el estudio.
2. Pacientes que no completen el test.
3. Con respuestas ilegibles.

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se realizó un muestreo no probabilístico a conveniencia donde se seleccionó según los criterios de inclusión, exclusión y eliminación de pacientes confirmados a COVID-19 de la unidad de medicina familiar número 61 de Naucalpan de Juárez del 1 de marzo al 30 de julio del 2020. Por lo que no se requiere fórmula para tamaño de muestra.

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

Con autorización del comité local de ética e investigación R-2020-1503-047 se realizó un estudio de tipo observacional, retrolectivo, prospectivo, transversal, descriptivo y abierto con la finalidad de evaluar la incidencia de ansiedad y depresión en pacientes con COVID-19 de la UMF 61, se buscó a los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión por medio de expedientes electrónicos del sistema de información de medicina familiar(SIMF), se les invitó por vía telefónica a participar, resolviendo cualquiera de sus inquietudes y posteriormente al haber autorizado se les entrego un cuestionario diseñado ex profeso en el que incluyó el inventario de Beck para diagnosticar ansiedad y el test de Hamilton para identificar depresión. Así mismo, se les solicitó algunos otros datos conocidos como variables descriptoras como es edad, escolaridad, sexo, religión.

ANÁLISIS DE DATOS:

Análisis Exploratorio. Una vez realizada la captura electrónica y la configuración de la base de datos se procedió a la limpieza de dicha base en búsqueda de errores en la captura, valores extremos, datos perdidos y no plausibles.

Análisis Descriptivo. Análisis descriptivo de la población general y comparación entre grupos, de acuerdo al tipo de distribución (si existe normalidad o no) y al tipo de cada variable, con medidas de resumen y de dispersión apropiadas para cada caso. Tras la comparación de grupos se estimará si existe diferencia de acuerdo nuevamente al tipo de distribución y tipo de variable

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

A). VARIABLE INDEPENDIENTE:

VARIABLE INDEPENDIENTE: Depresión

Definición conceptual:

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.(12)

Definición operacional:

La Escala de depresión de Hamilton (HAMD) contiene 17 preguntas, cada una con 5 elementos. El puntaje total de HAMD se puede clasificar en normal (puntaje 0–6), leve y moderado (puntaje 7–23), depresión severa (puntaje ≥ 24).

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: nominal dicotómica

Indicador: si- no

VARIABLE: Ansiedad

Definición conceptual:

La Ansiedad un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como un síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos.(17)

Definición operacional:

El Inventario de ansiedad de Beck (BAI) es un instrumento de autoinforme de 21 ítems diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología ansiosa. Cada ítem

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

se valora de 0 a 3 puntos en función de la respuesta dada por el individuo y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total que varía de 0 a 63

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: nominal dicotómica

Indicador: si- no

B). VARIABLES DEPENDIENTE:

Variable: COVID-19

Definición conceptual: La enfermedad por coronavirus (COVID-19) es causada por el SARS-COV2 y representa el agente causante de una enfermedad potencialmente mortal que constituye un gran problema de salud pública mundial.

Definición operacional: prueba de RT-PCR (reacción de cadena polimerasa con transcriptasa inversa). Es una prueba molecular que detecta el material genético del virus. Se obtiene a través de muestras nasales o de la garganta (la mayoría de las pruebas) Saliva (algunas pruebas).

Diagnostica una infección activa de coronavirus.

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: nominal dicotómica

Indicador: si - no

C). VARIABLES DESCRIPTORAS: Son las características que te permiten describir a la población en estudio (Edad, Sexo, raza, adscripción) No afectan la relación entre las variables.

Variable: Género. Edad, escolaridad, ocupación, religión, estado civil.

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

Definición conceptual:

1.-**Género:** Condición orgánica masculina o femenina de los animales o las plantas, (RAE).

Definición Operacional: Lo referido por el participante con la palabra género

Tipo de Variable: Cualitativo

Escala de Medición: Nominal (dicotómica).

Indicador: Masculino, Femenino.

2.- **Edad:** Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales (RAE).

Definición Operacional: Lo referido por el participante.

Tipo de Variable: Cuantitativa

Escala de Medición: Nominal (politómica).

Indicador: Años de vida.

3.-Escolaridad:

Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente (RAE).

Definición Operacional: Lo referido por el participante.

Tipo de Variable: Cualitativo

Escala de Medición: Nominal (politómica).

Indicador: Sin enseñanza educacional, enseñanza básica incompleta, enseñanza básica completa, enseñanza media incompleta, enseñanza media completa, enseñanza superior.

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

4.- Religión:

Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto (RAE)

Definición Operacional: Lo referido por el participante.

Tipo de Variable: Cualitativo

Escala de Medición: Nominal (politómica).

Indicador: cristianismo (catolicismo, protestantismo, evangélicos).

5.-Estado civil: 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.

Definición Operacional: Lo referido por el participante.

Tipo de Variable: Cualitativo

Escala de Medición: Nominal (politómica).

Indicador: Soltero, Unión libre, Casado, Separado, Divorciado, Viudo

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Con autorización del comité local de ética e investigación R-2020-1503-047 el presente protocolo de investigación, permitió la aplicación de un instrumento validado que evalúa de forma estandarizada la impresión subjetiva de los pacientes que padezcan ansiedad y depresión positivos a COVID -19 que cumplieron con los criterios de inclusión y que son derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 61.

Riesgo del estudio:

De acuerdo con el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, dicho estudio no presenta riesgos, por tratarse de un estudio en el cual se aplicó un cuestionario por escrito.

Apego a las normas éticas:

En todos los casos los cuestionarios fueron recolectados y conservados de acuerdo con los lineamientos institucionales, con estricta privacidad de información. Conservado los principios básicos para poder satisfacer conceptos morales, éticos y legales establecidos en el código de Nuremberg 1947.

Consentimiento informado:

Todos los participantes incluidos en el protocolo de investigación entendieron la importancia y finalidad de una carta de consentimiento informado, así como, la resolución de dudas que surgieron en lo referente al estudio antes de firmar, el documento fue entregado por el residente de medicina familiar en un aula de enseñanza posteriormente a la invitación del participante. En esta carta, se empleó un lenguaje sencillo y accesible para los participantes, poniendo de manifiesto su libre decisión de participar o permanecer en el estudio sin que esto afecte o demerite la atención que reciben en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Como se establece en la declaración de Helsinki 2013.

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

Contribuciones y beneficio a los participantes:

El participar en este estudio no generó ningún beneficio económico para los participantes, sin embargo; la intención del presente estudio es generar información científica útil y aplicable en la atención en salud.

Balance riesgo/beneficio:

Tomando en cuenta que la información fue obtenida por un método que no implica riesgo alguno a la integridad del participante ni a su salud, los beneficios si bien no son claros a corto plazo tendrán impacto favorable a la población derechohabiente, siguiendo los principios éticos relevantes de la ética que son respeto por las personas, justicia, principio de beneficencia descritos en el informe Belmont 1979.

Confidencialidad:

Los datos de los participantes que aceptaron participar en el estudio son mantenidos en total confidencialidad. A cada participante se le asignó un número con el cual fue identificado cada cuestionario. Los datos completos solo están disponibles para los investigadores responsables del protocolo, quienes manifiestan su obligación de no revelar la identidad de los participantes, durante la realización del estudio e incluso durante la divulgación de los resultados.

Obtención del consentimiento informado:

La carta de consentimiento informado de todos los participantes, obtenidas por parte del tesista Dra. Gladys Clarita Ayuso Ramírez respaldado por el investigador principal. Se informó al paciente por vía telefónica y posteriormente se le invitó en el aula 1 de enseñanza explicando de manera detallada el objetivo y propósito del estudio, en un lenguaje fácil y comprensible y que fue voluntad propia del participante sin coacción de ningún tipo como está establecido en el informe Belmont 1979.

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

Selección de participantes:

Fueron tomados del registro pacientes que durante la pandemia hayan cursado con COVID-19, a los cuales se le explicó de manera detallada el objetivo del estudio procurando mantener los principios intactos y sin generar manipulación y coerción. Se contempló participantes en riesgo de vulnerabilidad como son los adultos mayores sin embargo no afecta su integridad toda vez que será la aplicación de un cuestionario validado.

Beneficios al final del estudio:

Los beneficios de este estudio tienen un carácter estrictamente científico y en ningún momento se persiguen beneficios lucrativos para ninguno de los participantes.

Aspectos de Bioseguridad:

La obtención de información fue través de un cuestionario, el cual es un instrumento no invasivo no tiene implicaciones de bioseguridad, que pongan en riesgo la salud o la integridad física del personal de salud, o las y los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, o afecte al medio ambiente, evitando todo sufrimiento o daño innecesario físico o mental como lo dicta el código de Nuremberg 1947.

Recursos, financiamiento:

Los recursos necesarios fueron cubiertos por el tesista.

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

Factibilidad:

Unidad de Medicina Familiar con Urgencias No. 61 de Naucalpan con la ubicación en Av. 16 de septiembre No. 39. Col. San Bartolo. C.P. 53000, Naucalpan Estado de México Poniente, ofrece servicio de consulta externa de primer nivel de atención y servicio de urgencias. Además de los servicios de estomatología, psicología, nutrición, módulos de medicina preventiva, rayos X, laboratorio clínico, departamento de salud en el trabajo, epidemiología, planificación familiar, farmacia, dirección, administración, jefatura de enseñanza e investigación, aulas, auditorio, trabajo social, archivo Clínico, almacén, servicios básicos, departamento de mantenimiento, comedor y central de equipos y esterilización.

Difusión de los Resultados:

La publicación de los resultados será de carácter interno y/o en revistas científicas que estará disponible para consulta por personal del área médica.

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS.

El siguiente estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar con Urgencias No 61, corresponde a la Delegación Poniente del Estado de México del Instituto Mexicano del Seguro Social; se encuentra ubicada en Avenida 16 de septiembre No 39, Colonia San Bartolo, Naucalpan Estado de México, C.P. 53000. Es actualmente una unidad de primer nivel que cuenta con una infraestructura constituida por dos plantas distribuidas en 33 consultorios de medicina familiar y área de urgencias. Además de los servicios de estomatología, psicología, nutrición, módulos de medicina preventiva, rayos x, laboratorio clínico, departamento de salud en el trabajo, epidemiología, planificación familiar, farmacia, dirección, administración, coordinación clínica de enseñanza e investigación en salud, 3 aulas, 1 auditorio, trabajo social, archivo clínico, almacén, servicios básicos, departamento de conservación, comedor y CEYE, sin dejar de lado los servicios del centro cultural y deportivo que ofrece la Unidad Cuauhtémoc.

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

SUJETOS, MATERIAL Y METODOS

Población de estudio: Pacientes derechohabientes de la UMF 61 que hayan cursado durante la pandemia con COVID-19

Recursos materiales

- Computadora y material de oficina.
- Internet.
- Teléfono celular.
- Encuestas de Hamilton para depresión.
- Encuesta para ansiedad de Beck.
- Consentimiento informado.

Recursos, financiamiento:

Los recursos necesarios serán cubiertos por el tesista, de requerirse algunos adicionales se gestionarán en la estancia correspondiente.

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

RESULTADOS:

El presente estudio tuvo como objetivo general detectar la incidencia de casos de ansiedad y depresión en pacientes con COVID-19 en la unidad de medicina familiar 61, donde se realizó un estudio observacional, retrolectivo, transversal, descriptivo, prospectivo y abierto, en donde fueron encuestados un total de 300 participantes, a través de dos instrumentos confiables para la detección incidencia de ansiedad y depresión, donde también se obtuvieron datos demográficos como género, edad, escolaridad, religión, ocupación y estado civil, los resultados demostraron la incidencia de ansiedad y depresión presente en esta población a consecuencia de la enfermedad por COVID-19.

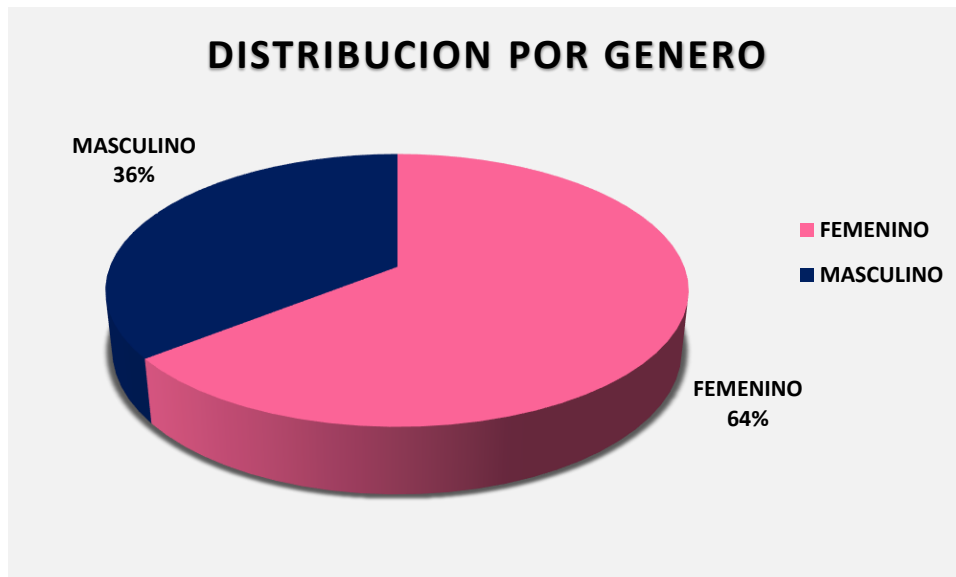


Gráfico 1 Distribución de género de 300 pacientes que cursaron con ansiedad y depresión durante la enfermedad por Covid-19 en la UMF 61, en la cual el 64% corresponde al género femenino y 36% al género masculino, siendo predominante el género femenino en el estudio de estas patologías.

**INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19
EN LA UMF 61**

| OCUPACIONES | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---|-------------------|-------------------|
| COMERCIANTES, EMPLEADOS Y AGENTES DE VENTAS | 162 | 54% |
| PROFESIONALES Y TÉCNICOS | 65 | 22% |
| TRABAJADORAS DEL HOGAR Y PENSIONADOS | 38 | 13% |
| TRABAJADORES EN ACTIVIDADES ELEMENTALES Y DE APOYO | 18 | 6% |
| TRABAJADORES AUXILIARES EN ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS | 8 | 3% |
| TRABAJADORES EN SERVICIOS PERSONALES Y VIGILANCIA | 5 | 2% |
| FUNCIONARIOS, DIRECTORES, JEFES | 2 | 1% |
| OPERADORES DE MÁQUINA INDUSTRIAL, ENSAMBLADORES, CHOFERES Y CONDUCTORES DE TRANSPORTE | 2 | 1% |
| TRABAJADORES AGRICOLAS, GANADERAS, FORESTALES, CAZA Y PESCA | 0 | 0% |
| TRABAJADORES ARTESANALES, CONSTRUCCIÓN Y OTROS OFICIOS | 0 | 0% |
| TOTAL | 300 | 100% |

Gráfico 2 Distribución de ocupación en pacientes que cursaron con ansiedad y depresión durante la enfermedad por Covid-19 en la UMF 61. Las ocupaciones predominantes fueron comerciantes, empleados y agentes de ventas con un 54 % de prevalencia, 22% profesionales y técnicos.

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

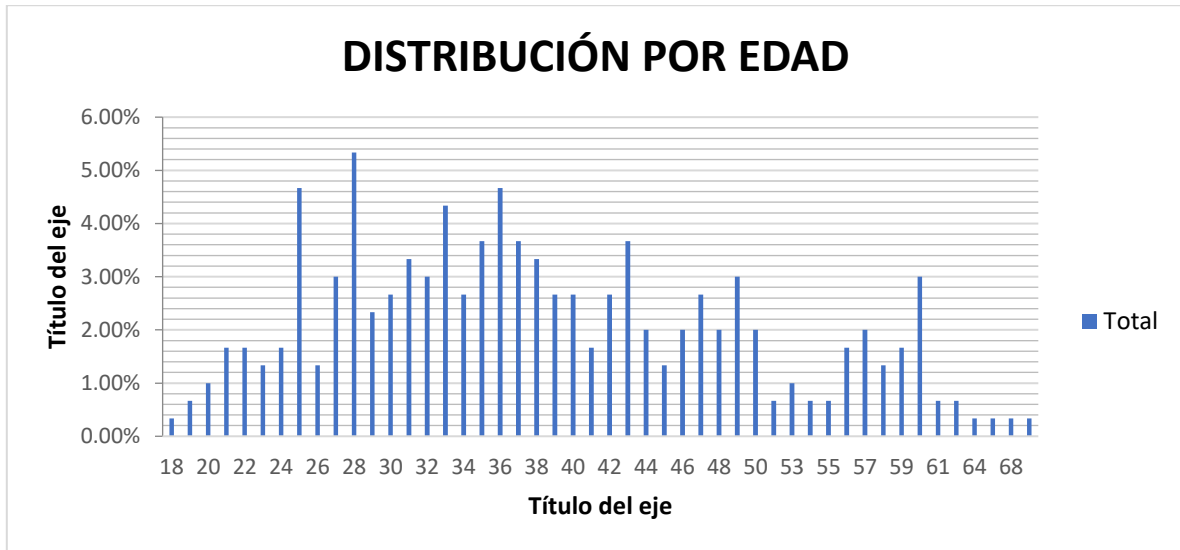


Gráfico 3 Distribución por edad en pacientes que cursaron con ansiedad y depresión durante la enfermedad por Covid-19 en la UMF 61, de 300 pacientes estudiados se obtuvo como moda 28 años y mediana 35 años.

| | |
|----------------------------|------------|
| MODA | 28 |
| MEDIANA | 35.5 |
| DESVIACIÓN ESTÁNDAR | 2.12132034 |

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

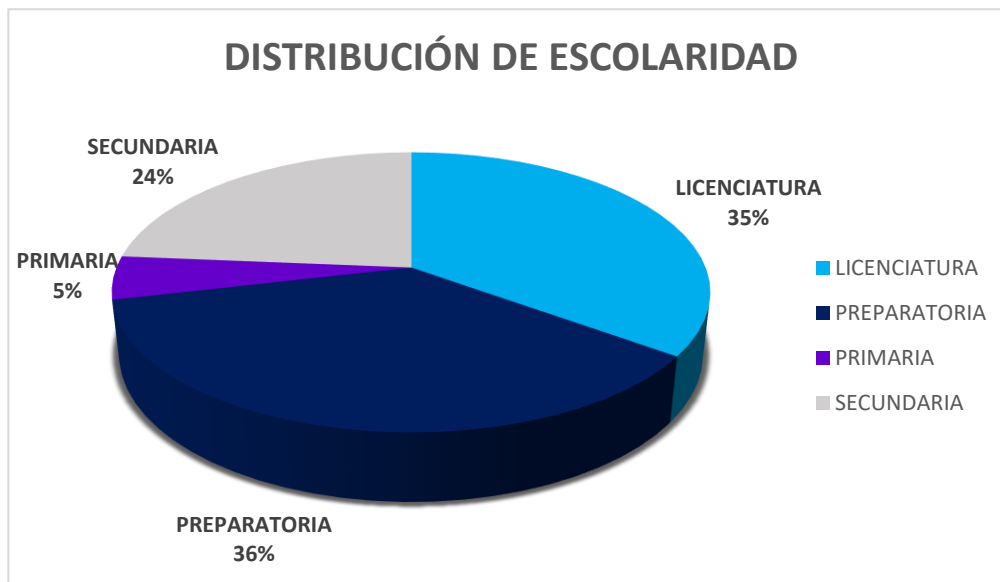


Gráfico 4 Distribución de escolaridad de pacientes que cursaron con ansiedad y depresión por Covid-19 en la UMF 61, correspondiendo un 36% con preparatoria, el 35% licenciatura, 24% secundaria y 5% primaria.

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

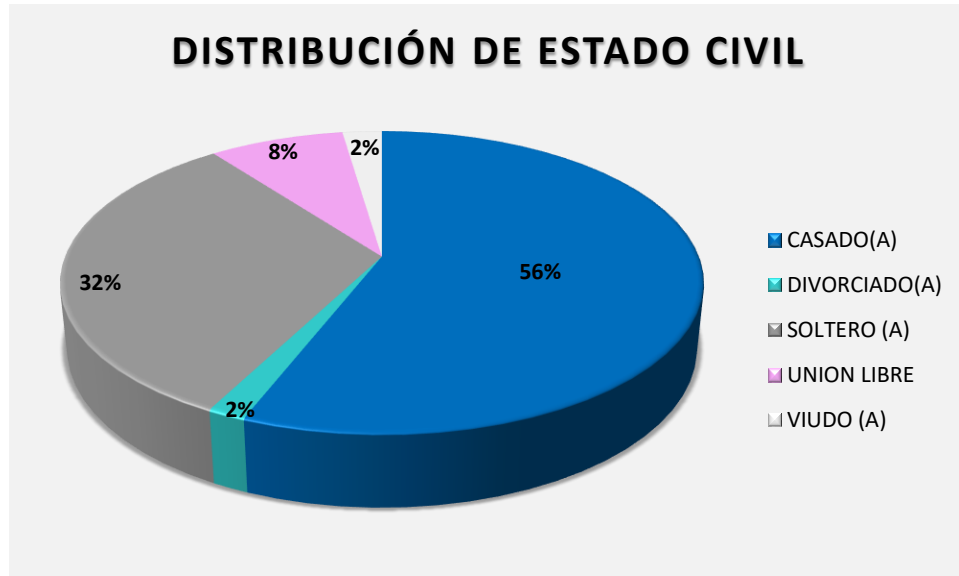


Gráfico 5 Distribución del estado civil de pacientes que cursaron con ansiedad y depresión por Covid-19 en la UMF 61, correspondiendo 56% casados, 32%, unión libre 8%, viudos 2%, divorciados 2%.

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

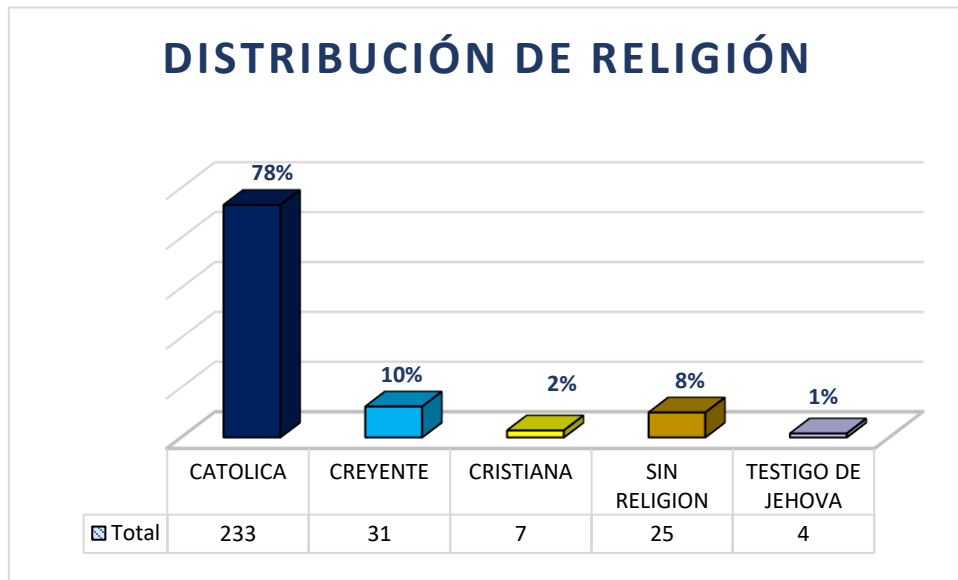


Gráfico 6 Distribución de religión en pacientes que cursaron con ansiedad y depresión por Covid-19 en la UMF 61, correspondiendo 78% religión católica, creyentes 10%, sin religión 8%, religión cristiana 2%, testigos de jehová 1%.

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

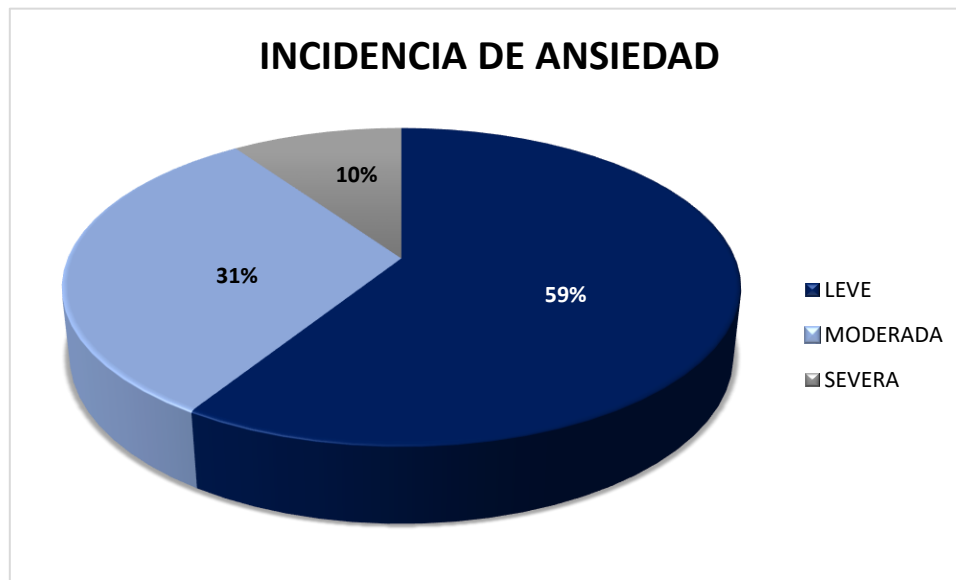


Gráfico 7 Incidencia de ansiedad en los pacientes que cursaron con Covid-19 en la unidad de medicina familiar 61, correspondiendo a ansiedad leve 59%, ansiedad moderada 31%, ansiedad severa 10%.

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

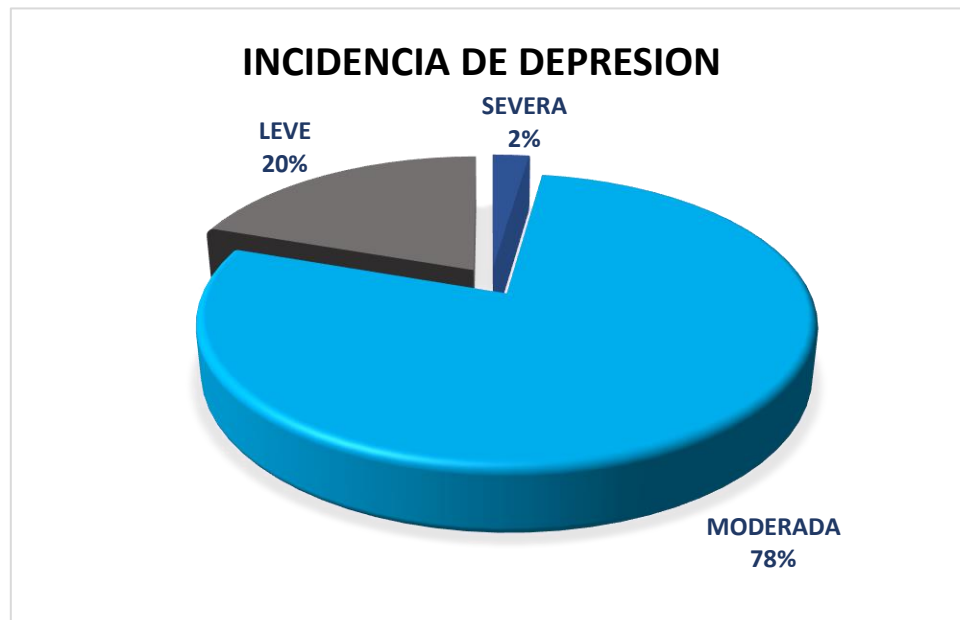


Gráfico 8 Muestra la incidencia de depresión en los participantes que cursaron con Covid-19 en la unidad de medicina familiar 61, mostrando depresión leve 20%, depresión moderada 78% y depresión severa 2%.

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

DISCUSION:

Los resultados obtenidos en comparación con autores como Talevi, Socci, Carai, et al., 2020 quienes describen que casi el 50% de las personas diagnosticadas con COVID-19 en un estudio chino tenían síntomas depresivos, más del 55% tenían ansiedad y casi el 70% tenían síntomas somáticos, además hace mención sobre datos demográficos que se asociaron con un mayor grado de depresión, como la edad avanzada (es decir, 60 años o más), comorbilidades, bajo nivel educativo, menor actividad física. Autores como González, Ausin, Castellanos et al., 2020 muestran el impacto psicológico del brote de COVID-19 en una muestra de la población española, El 18.7% de la muestra reveló síntomas depresivos, 21.6% de ansiedad y 15.8% de Trastorno de estrés postraumático, hacen mención que el género femenino está asociado con mayores síntomas depresivos, ansiedad y trastorno de estrés postraumático mostrando similitud con otro estudio realizado en el País Vasco, donde encontraron un mayor impacto psicológico en las personas más jóvenes y las personas con enfermedades previas (Dasil-Santamaria et al., 2020).

En el presente estudio realizado a 300 participantes confirmados a COVID-19 de la unidad de medicina familiar número 61 de Naucalpan de Juárez del 1 de marzo al 30 de julio del 2020, se obtuvo el siguiente resultado mediante un estudio transversal descriptivo la incidencia de depresión leve 20%, depresión moderada 78% y depresión severa 2%, referente a la incidencia de ansiedad leve 59%, ansiedad moderada 31%, ansiedad severa 10%, siendo más relevante la incidencia de depresión moderada y ansiedad leve respectivamente.

Los datos sociodemográficos obtenidos mostraron el impacto psicológico que se obtuvo participantes encuestados, la mayoría fue del género femenino en número de 193 participantes (64%), masculino en número de 107 participantes (36%), reflejando una media de edad de participantes adultos jóvenes de 28 a 36 años, es importante mencionar que la población de adultos mayores tuvo limitantes y fue poco estudiada debido a que durante el estudio poca población de esta etapa no

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

logró ser encuestada como consecuencia de la pandemia y/o por complicaciones propias de la enfermedad o comorbilidades asociadas.

La escolaridad más relevante estudios medio superior 36% y licenciatura 35% debido a que gran parte de estas etapas se encontraba laborando, ocasionando mayor exposición y vulnerabilidad al COVID-19. Aunado al desconocimiento de la enfermedad y su forma de transmisión en la mayoría de la población

En el presente estudio realizado obtuvo resultados similares con los estudios realizados en China y España en el año 2020. Los principales hallazgos obtenidos en la investigación realizada es el alto porcentaje de incidencia de ansiedad y depresión obtenida en la población de estudio de la UMF 61.

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

CONCLUSIONES:

La enfermedad por COVID-19 condiciono grandes cambios a nivel global los cuales se presentaron de forma precipitada, debido a la naturaleza del virus que condiciono gran impacto social debido a la pandemia que se originó, trayendo consigo aislamiento social, estrés, miedo, problemas económicos, alteraciones físicas propias de la enfermedad y trastornos mentales, como las obtenidas en el presente estudio enfocado a la detección de ansiedad y depresión en pacientes de la unidad de medicina familiar 61, encontrándose mayor predominio de ansiedad leve y depresión moderada en adultos jóvenes.

Los resultados obtenidos en esta investigación fueron a partir de dos instrumentos, para la medición, que se encuentran válidos para población mexicana con la finalidad de detectar estas enfermedades. Para el trastorno depresivo se utilizó la escala de depresión de Hamilton (HAMD) y para ansiedad el Inventario de ansiedad de Beck (BAI), ambos son de fácil adquisición que requieren de un periodo corto de tiempo por lo que aquel paciente con diagnóstico confirmado de COVID-19 pudiera ser un buen instrumento para abordar problemas mentales de una manera temprana.

En México no se contaba con estudios sobre incidencia de ansiedad y depresión en pacientes que cursaron con COVID-19 debido al poco conocimiento que se tenía de la enfermedad así mismo solo se tenía en otros países la presencia de ansiedad y depresión sin una clasificación por lo que en este estudio, lo relevante que pudimos verificar es clasificarlas en leve, moderada y severa lo que nos ayuda a dar una pauta de tratamiento más específico según las guías de práctica clínica nacionales e internacionales y más incidente dentro de una población dentro del primer nivel de atención.

La hipótesis que tomamos como cierta fue la H0 donde la incidencia de ansiedad y depresión en pacientes con COVID-19 de la UMF 61 es similar a la bibliografía

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

reportada. Cabe aclarar que los participantes que estuvieron que cumplieron con puntaje acorde a los instrumentos aplicados con ansiedad o depresión de tipo leve, moderado o severo se le invito a acudir con su médico familiar para su valoración y otorgar pase a psicología o psiquiatría según lo amerite.

Dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social en el primer nivel de atención contamos con diversas estrategias para aminorar los problemas de estos trastornos mejorando la calidad de vida de los pacientes. Para ello, contamos en las unidades con psicología, abordando a los pacientes con terapia cognitivo conductual, psicoeducación, terapia breve o estructurada. Por otro lado, se cuenta con estrategias de bienestar social como son las actividades recreativas dentro de los centros de seguridad social el cual se encuentra a pocos pasos de la unidad médica donde se reciben a aquellos pacientes con trastornos depresivos o de ansiedad leve y moderada para realizar actividades sociales, recreativas, culturales, y trabajo en equipo, así como mesas de ayuda. También contamos con líneas telefónicas que durante el tiempo que llevamos en pandemia han sido un apoyo para la población en general debido a que se encuentran psicólogos y psiquiatras orientando y dando terapias que pueden ser a distancia para algunos pacientes.

En el caso de una depresión o Ansiedad Severa contamos con la referencia inmediata a urgencias y posterior revisión de la especialidad de psiquiatría que nos apoyará conteniendo el problema mental.

Debido a que COVID-19 es una enfermedad de emergencia social y de salud, es fundamental continuar con futuras investigaciones sobre este padecimiento encaminado a los trastornos mentales en pro de la mejora de los pacientes.

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Calina D, Docea AO, Petrakis D, Egorov AM, Ishmukhametov AA, Gabibov AG, et al. Towards effective COVID_19 vaccines: Updates, perspectives and challenges (Review). *Int J Mol Med*. 2020 May;
2. World Health Organization. 2019 Novel Coronavirus (2019_nCoV): Strategic Preparedness and Response Plan. 2020;(February):28.
3. Carrillo-Vega MF, Salinas-Escudero G, Garcia-Peña C, Gutierrez-Robledo LM, Parra-Rodríguez L. Early estimation of the risk factors for hospitalisation and mortality by COVID-19 in Mexico. *medRxiv [Internet]*. 2020 May 14 [cited 2020 Aug 26];2020.05.11.20098145. Available from: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.11.20098145v1>
4. Parra-Rodríguez L, González-Meljem JM, Gómez-Dantés H, Gutiérrez-Robledo LM, López-Ortega M, García-Peña C, et al. The Burden of Disease in Mexican Older Adults: Premature Mortality Challenging a Limited-Resource Health System. *J Aging Health [Internet]*. 2019 Mar 27 [cited 2020 Aug 26];089826431983651. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0898264319836514>
5. Donders F, Lonnée-Hoffmann R, Tsiakalos A, Mendling W, De Oliveira JM, Judlin P, et al. ISIDOG recommendations concerning COVID-19 and pregnancy [Internet]. Vol. 10, *Diagnostics*. MDPI AG; 2020 [cited 2020 Aug 26]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32338645/>
6. Chui ML, Shell FW, Tse NL, Kam MC, Wai CY, Tin YW, et al. A case-controlled study comparing clinical course and outcomes of pregnant and non-pregnant women with severe acute respiratory syndrome. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol [Internet]*. 2004 Aug [cited 2020 Aug 26];111(8):771–4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15270922/>
7. Wenham C, Smith J, Morgan R. COVID-19: the gendered impacts of the outbreak [Internet]. Vol. 395, *The Lancet*. Lancet Publishing Group; 2020 [cited 2020 Aug 26]. p. 846–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32151325/>
8. Cui J, Li F, Shi ZL. Origin and evolution of pathogenic coronaviruses [Internet]. Vol. 17, *Nature Reviews Microbiology*. Nature Publishing Group; 2019 [cited 2020 Aug 26]. p. 181–92. Available from: www.nature.com/nrmicro

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

9. Verdecchia P, Cavallini C, Spanevello A, Angeli F. The pivotal link between ACE2 deficiency and SARS-CoV-2 infection [Internet]. Vol. 76, European Journal of Internal Medicine. Elsevier B.V.; 2020 [cited 2020 Aug 26]. p. 14–20. Available from: www.elsevier.com/locate/ejim
10. Guo YR, Cao QD, Hong ZS, Tan YY, Chen SD, Jin HJ, et al. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak- A n update on the status [Internet]. Vol. 7, Military Medical Research. BioMed Central Ltd.; 2020 [cited 2020 Aug 26]. p. 1–10. Available from: <https://link.springer.com/articles/10.1186/s40779-020-00240-0>
11. Wynants L, Van Calster B, Collins GS, Riley RD, Heinze G, Schuit E, et al. Prediction models for diagnosis and prognosis of covid-19: systematic review and critical appraisal WHAT IS ALREADY KNOWN ON THIS TOPIC. 7:18.
12. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 26]. p. 0–1. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
13. Organización mundial de la Salud., Salud organización panamericana de la. Depresión y otros trastornos mentales comunes Estimaciones sanitarias mundiales. 2017. 1–24 p.
14. López león S, Rosales Mariscal K, Ayuzo del Valle C, Villegas Pichardo LO, Huante Salceda A. Depresión en madres médicas en México: un estudio transversal. Rev CONAMED 2019; 24 [Internet]. 2019;24:s3–7. Available from: <https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n4/e00054020/es/#>
15. Merck and Co. Trastornos depresivos - Trastornos psiquiátricos - Manual MSD versión para profesionales [Internet]. Trastornos depresivos. 2018 [cited 2020 Jul 9]. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-psiquiátricos/trastornos-del-estado-de-ánimo/trastornos-depresivos>
16. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5™. Vol. 5, American Psychiatric Association. 2014. 1–492 p.
17. Guía de Práctica Clínica. Guia de Practica Clinica. Diagnostico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el adulto. Inst Mex del Seguro Soc [Internet]. 2010 [cited 2020 Jun 28];1–61. Available from: www.cenetec.salud.gob.mx
18. American Psychiatric Association. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. cuarta edi. MASSON, S.A.; 1995. 1–897 p.
19. Sanz Jesus PGVMFM. EL “INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK” (BAI): PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA EN PACIENTES CON TRASTORNOS PSICOLÓGICOS. 2012 [cited 2020 Aug

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

- 29];20:563–83. Available from: https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/05.Sanz_20-3oa-1.pdf
20. Lu W, Wang H, Lin Y, Li L. Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry Res* [Internet]. 2020 Jun 4 [cited 2020 Jul 3];288:112936. Available from: </pmc/articles/PMC7195354/?report=abstract>
 21. Chacón-Fuertes F, Fernández-Hermida J-R, García-Vera MP. La Psicología ante la Pandemia de la COVID-19 en España. *La Respuesta de la Organización Colegial. Clínica y Salud* [Internet]. 2020 Jun 15 [cited 2020 Jun 27];31(2):119–23. Available from: <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/clysa2020a18>
 22. Sandín B, Valiente RM, García-Escalera J, Chorot P. Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Rev Psicopatología y Psicol Clínica*. 2020 May 26;25(1):1.
 23. Talevi D, Socci V, Carai M, Carnaghi G, Faleri S, Trebbi E, et al. Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic. *Riv Psichiatr*. 2020 May 1;55(3):137–44.
 24. González-Sanguino C, Ausín B, Castellanos MÁ, Saiz J, López-Gómez A, Ugidos C, et al. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain Behav Immun*. 2020 Jul 1;87:172–6.
 25. Jeong H, Yim HW, Song YJ, Ki M, Min JA, Cho J, et al. Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome. *Epidemiol Health* [Internet]. 2016 [cited 2020 Jul 8];38:e2016048. Available from: </pmc/articles/PMC5177805/?report=abstract>
 26. Choi EPH, Hui BPH, Wan EYF. Depression and anxiety in Hong Kong during covid-19. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 May 5 [cited 2020 Jul 1];17(10). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32466251/>
 27. Lei L, Huang X, Zhang S, Yang J, Yang L, Xu M. Comparison of Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression among People Affected by versus People Unaffected by Quarantine during the COVID-19 Epidemic in Southwestern China. *Med Sci Monit* [Internet]. 2020 Apr 26 [cited 2020 Jul 3];26:e924609-1. Available from: </pmc/articles/PMC7199435/?report=abstract>
 28. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, Idoiaga-Mondragon N. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Artig • Cad Saúde Pública* [Internet]. 2020;36:1. Available from: <https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n4/e00054020/es/#>

INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF 61

29. Ramírez-Ortiz J, Castro-Quintero D, Lerma-Córdoba C, Yela-Ceballos F, Escobar-Córdoba F. CONSECUENCIAS DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LA SALUD MENTAL ASOCIADAS AL AISLAMIENTO SOCIAL. Pre- Print em Anal [Internet]. 2020 May 3 [cited 2020 Jun 27];57(1):1–21. Available from: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/303>
30. Asmundson GJG, Taylor S. How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know [Internet]. Vol. 71, Journal of Anxiety Disorders. Elsevier Ltd; 2020 [cited 2020 Jun 28]. p. 1. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7271220/>
31. Troyer EA, Kohn JN, Hong S. Are we facing a crashing wave of neuropsychiatric sequelae of COVID-19? Neuropsychiatric symptoms and potential immunologic mechanisms. Brain Behav Immun [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2020 Jun 28];87:34–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S088915912030489X>

**INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19
EN LA UMF 61**

**INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN PACIENTES CON COVID-19
EN LA UMF 61**

ANEXOS

| INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI) | | | | | |
|---|---|-------------|-----------|---------------|-------------|
| En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuánto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy: | | | | | |
| | | En absoluto | Levemente | Moderadamente | Severamente |
| 1 | Torpe o entumecido | | | | |
| 2 | Acalorado | | | | |
| 3 | Con temblor en las piernas | | | | |
| 4 | Incapaz de relajarse | | | | |
| 5 | Con temor a que ocurra lo peor | | | | |
| 6 | Mareado, o que se le va la cabeza. | | | | |
| 7 | Con latidos del corazón fuertes y acelerados. | | | | |
| 8 | Inestable | | | | |
| 9 | Atemorizado o asustado | | | | |
| 10 | Nervioso | | | | |
| 11 | Con sensación de bloqueo | | | | |
| 12 | Con temblores en las manos | | | | |
| 13 | Inquieto, inseguro. | | | | |
| 14 | Con miedo a perder el control | | | | |
| 15 | Con sensación de ahogo | | | | |
| 16 | Con temor a morir | | | | |

**INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19
EN LA UMF 61**

| | | | | | |
|----|---------------------------------|--|--|--|--|
| 17 | Con miedo | | | | |
| 18 | Con problemas digestivos. | | | | |
| 19 | Con desvanecimientos. | | | | |
| 20 | Con rubor facial. | | | | |
| 21 | Con sudores, fríos o calientes. | | | | |

ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESION (HDRS)

| ITEMS | | CRITERIOS OPERATIVOS DE VALOR |
|-------|--|--|
| 1 | Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad) | <p>0 Ausente</p> <p>1 Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado.</p> <p>2 Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente.</p> <p>3 Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz, la tendencia al llanto.</p> <p>4 El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.</p> |
| 2 | Sensación de culpabilidad | <p>0 ausente.</p> <p>1 se culpa así mismo, cree haber decepcionado a la gente.</p> <p>2 ideas de culpabilidad o meditación sobre errores pasados o malas acciones.</p> <p>3 la enfermedad actual es un castigo, ideas delirantes de culpabilidad.</p> <p>4 oye voces acusadoras o de denuncia y experimenta alucinaciones visuales amenazadoras</p> |
| 3 | Suicidio | 0 ausente |

**INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19
EN LA UMF 61**

| | | |
|----|--|---|
| | | <p>1 le parece que la vida no merece la pena vivirla.</p> <p>2 desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir.</p> <p>3 ideas de suicidio o amenaza</p> <p>4 intentos de suicidio (cualquier intento serio califica 4)</p> |
| 4 | Insomnio precoz | <p>0 ausente</p> <p>1 dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora.</p> <p>2 dificultades para dormirse cada noche.</p> |
| 5 | Insomnio medio | <p>0 ausente</p> <p>1 el paciente se queja de estar inquieto durante la noche.</p> <p>2 está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)</p> |
| 6 | Insomnio tardío | <p>0 ausente</p> <p>1 se despierta a primeras horas de la madrugada, pero vuelve a dormirse.</p> <p>2 no puede volver a dormirse si se levanta de la cama</p> |
| 7 | Trabajo y actividades | <p>0 ausente.</p> <p>1 ideas y sentimientos de incapacidad: fatiga o debilidad relacionadas con su actividad física, trabajo o aficiones.</p> <p>2 pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación.</p> <p>3 disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad.</p> <p>4 dejo de trabajar por la presente enfermedad.</p> |
| 8 | Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida). | <p>0 palabras</p> <p>1 ligero retraso en el diálogo</p> <p>2 evidente retraso de diálogo</p> <p>3 dialogo difícil</p> <p>4 torpeza absoluta</p> |
| 9 | Agitación | <p>0 ninguna</p> <p>1 “Juega” con sus manos, cabellos, etc.</p> <p>2 se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se retira de los cabellos, etc.</p> |
| 10 | Ansiedad psíquica | 0 no hay dificultad |

**INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19
EN LA UMF 61**

| | | |
|----|---------------------------------------|--|
| | | <p>1 tensión subjetiva e irritabilidad 2 preocupación por pequeñas cosas. 3 actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla. 4 terrores expresados sin preguntarle.</p> |
| 11 | Ansiedad somática | <p>0 ausente 1 ligera 2 moderada 3 grave 4 incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones. • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias. • Respiratorios: hiperventilación, suspiros. • Frecuencia urinaria. • Sudoración. |
| 12 | Síntomas somáticos gastrointestinales | <p>0 ninguno 1 pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen, sensación de pesadez en el abdomen. 2 dificultad en comer si no le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales.</p> |
| 13 | Síntomas somáticos generales | <p>0 ninguno 1 pesadez en las extremidades, espalda, cabeza, dorsalgias, cefalalgias, algias musculares, pérdida de energía y fatigabilidad 2 cualquier síntoma bien definido se califica 2.</p> |
| 14 | Síntomas genitales | <p>0 ausente 1 débil 2 grave 3 incapacitante: Síntomas como: pérdida de la libido, trastornos menstruales.</p> |
| 15 | Hipocondría | <p>0 no hay 1 preocupado por sí mismo (corporalmente). 2 preocupado por su salud 3 se lamenta constantemente, solicita ayuda, etc. 4 ideas delirantes hipocondriacas.</p> |

**INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19
EN LA UMF 61**

| | | |
|----|------------------------------------|---|
| 16 | Pérdida de peso (completar A o B) | <p>A -Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)</p> <p>0 no hay pérdida de peso.</p> <p>1 probable pérdida de peso asociada a la enfermedad actual.</p> <p>2 pérdida de peso definida (según el enfermo).</p> <p>B.- Según peso evaluado por el psiquiatra (evaluaciones siguientes)</p> <p>0 pérdida de peso inferior a 500 g en una semana</p> <p>1 pérdida de peso de más de 500 en una semana.</p> <p>2 pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio).</p> |
| 17 | Insight (conciencia de enfermedad) | <p>0 se da cuenta de que está deprimido y enfermo.</p> <p>1 se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.</p> <p>2 niega que este enfermo.</p> |

**INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19
EN LA UMF 61**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y
POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN
SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 61
(ADULTOS)**

**Anexo X. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

**INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN LA UMF
61**

| | |
|--|--|
| Investigador Principal | Dr. Mauricio Espinosa Lugo |
| Investigador Asociado o Tesista | Gladys Clarita Ayuso Ramírez |
| Número de registro: | R-2018-1503-x |
| Financiamiento (si Aplica) | Numero de fondo: FIS/IMSS/ |
| Lugar y fecha: | Naucalpan, Estado de México a de del 2020 |
| Riesgo de la Investigación: | Estudio Sin riesgo |
| Justificación y Objetivos del estudio: | Por favor lea la información y haga las preguntas que desee antes de decidir si participará o no en la investigación. Usted a sido invitado a participar en un estudio para evaluar si padece ansiedad o depresión. Dicho estudio pretende detectar desarrollo de alteraciones psicológicas durante el periodo de la enfermedad. |
| Procedimientos: | Al haber autorizado a participar en el estudio. Se le realizarán dos cuestionarios escala de depresión de Hamilton el cual comprende 17 preguntas y el inventario de ansiedad de Beck con 21 preguntas respectivamente. |
| Posibles riesgos y molestias: | La realización de encuesta no genera lesiones en el participante, sin embargo, algunas preguntas del cuestionario pudieran generar susceptibilidad para algunos participantes. |

**INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19
EN LA UMF 61**

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: No recibirá pago por su participación, ni implica gasto alguno para usted, si bien; los beneficios directos para usted pudieran no existir, los resultados de este estudio brindarán información relevante y se incrementará el conocimiento científico sobre el tema de investigación.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento (ensayos clínicos) Al finalizar de analizar los datos pudiera encontrarse alguna alteración psicológica Se entregarán información de manera personal y se pedirá acudir con el médico familiar que corresponda.

Participación o retiro: Su participación es completamente voluntaria, si decide NO participar no se verá afectada la atención que recibe por parte del IMSS, Si decide participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento, lo cual tampoco modificará los beneficios que usted tiene como derechohabiente del IMSS. Si se incluyeran en la investigación participantes NO derechohabientes al IMSS especificar que no se obtendrá Afiliación.

Privacidad y confidencialidad: La información que nos brinde es estrictamente confidencial y será resguardada con claves alfanuméricas y las bases de datos estarán protegidas por una clave de acceso, solo el equipo de investigación tendrá acceso a la información, cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en foros o conferencias no existe información que pudiera revelar su identidad.

En caso de colección de material biológico:

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con esta investigación podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dr. Mauricio Espinosa Lugo, Unidad de Medicina Familiar 61, avenida 16 de septiembre no 39 col. San Bartolo CP 53000, Naucalpan estado de México poniente, Teléfono de la Unidad de atención médica y el número de la extensión del servicio: 5527940400 extensión 157 en horario de 08:00 a 14:00hrs

**INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19
EN LA UMF 61**

Colaboradores: Dra. Gladys Clarita Ayuso Ramírez. Unidad de medicina familiar, avenida 16 de septiembre no 39 col. San Bartolo CP 53000, Naucalpan estado de México poniente, Teléfono de la Unidad de atención médica y el número de la extensión del servicio: 5527940400 extensión 157 en horario de 08:00hrs a 14:00hrs.

En caso de dudas, aclaraciones o quejas sobre sus derechos como participante en un estudio de investigación, podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación 15038, Hospital General de Zona No. 58 del IMSS: Blvd. Manuel Ávila Camacho, fraccionamiento Las Margaritas, Colonia Santa Mónica. Tlalnepantla de Baz, Estado de México, CP. 54050. Teléfono (55) 53974515 extensión 52315, de lunes a viernes, en un horario de 8:00 a 16:00 hrs., Correo electrónico: comite.etica15038@gmail.com

Nombre, firma y fecha del participante

Nombre, firma y fecha de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Mi firma como testigo certifica que la participante firmó este formato en mi presencia, de manera voluntaria

Testigo 2

Mi firma como testigo certifica que la participante firmó este formato en mi presencia, de manera voluntaria

Nombre, relación y firma

Nombre, 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

Clav2810-009-013

43