



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 58

TESIS:

**NIVEL DE ANSIEDAD EN MEDICOS
FAMILIARES Y NO FAMILIARES DE LA
UMF NO 58 QUE CURSARON CON COVID
19**

**QUE PARA OBTENER EL:
TÍTULO DE ESPECIALISTA**

**EN:
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DRA. AVILA GRACIA MINERVA**

**ASESOR:
DR. LOPEZ GARCIA CESAR CARLOS**

TLANEPANTLA DE BAZ 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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 58

TESIS:

**NIVEL DE ANSIEDAD EN MÉDICOS FAMILIARES Y NO FAMILIARES
DE LA UMF NO. 58 QUE CURSARON CON COVID 19**

NUMERO DE REGISTRO SIRELCIS:

R-2023-1503-037

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MINERVA AVILA GARCIA TESISISTA

ASESOR DE TESIS:

DR. CESAR CARLOS LÓPEZ GARCÍA

Scanned with CamScanner

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 58

**NIVEL DE ANSIEDAD EN MÉDICOS FAMILIARES Y NO FAMILIARES
DE LA UMF NO. 58 QUE CURSARON CON COVID 19**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

AUTORIZA:



DRA. ALEJANDRA ROJO COCA
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL



DRA. IDANIA CLAUDIA GÓMEZ MÉNDEZ
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN



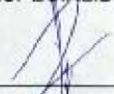
DRA. DULCE MARÍA JUÁREZ ANDRADE
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 58



DRA. MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ VARGAS
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD



DRA. SANDRA GRISEL GARCÍA CAMPOS
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR



DR. CÉSAR CARLOS LÓPEZ GARCÍA
ASESOR DE TESIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité de Investigación en Salud No. 1503
H. CUAL. 2019. 14.11.14

Registro COFEPRIS 47 CE LS 104 007
Registro CONASECUCAR CONBIOEUCAR 15 CEI 002 2017083

Fecha: Monterrey, 23 de mayo de 2023

N.E. César Carlos López García

P R E S E N T E

Tengo el agrado de haberle, que el protocolo de investigación con título **Nivel de ansiedad en Médicos Familiares y no familiares de la UMF No. 58 que cursaron con COVID 19** que sometió a consideración para continuación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de las revisiones, siempre con la calidad metodológica y los requisitos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A.P.R.O.B.A.D.O.**

Número de Registro Definitivo
R-2023-1503-032

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

ATENTAMENTE

Dr. SOFIA LORENA ARIAS CABRERAS
Presidente del Comité de Investigación en Salud No. 1503

Imprimé

IMSS
DEL REPOBLICANO ARMANDO RIVERA

DEDICATORIA

Dedico este trabajo con todo mi corazón a mis seres amados quienes me han visto crecer y han formado parte de este proyecto.

A MIS PADRES

Quienes han sido mi apoyo incondicional en todo momento, y siguen guiando mi camino sin soltarme, gracias por su paciencia, por su fortaleza, por sus enseñanzas, y su amor incondicional, todo lo que soy es gracias a ustedes.

A MIS HERMANAS

Quienes de igual forma me han brindado su apoyo en los momentos más difíciles de mi vida y de mi carrera profesional, ellas también son parte de este logro.

A MI AMIGA

Jessica Becerril quien me ha sostenido cuando me flaquean las piernas, gracias por estar cuando sentía que no podía más, gracias por ser incondicional en cada paso de mi vida y mi carrera.

A MI HIJO EMILIANO

La persona más especial y valiosa que la vida me pudo dar, quien me hizo dejar a un lado mis miedos y me impulso a ser mejor persona, mejor profesionista y mejor madre, gracias hijo por venirme a enseñar el verdadero amor, sé que no ha sido nada fácil por todos los días de ausencia, sin embargo quiero que sepas que no había momento en que no dejará de pensar en ti porque tú eres el motivo que me llevo a realizar este sueño, porque gracias a ti quiero ser mejor para ti.

TE AMO HASTA EL INFINITO Y MÁS ALLÁ...

AL AMOR DE MI VIDA RICARDO JIMÉNEZ HERNÁNDEZ

Quien ha sido mi inspiración, mi soporte y apoyo incondicional desde que inicie este proyecto llamado Residencia Medica, gracias por no soltar mi mano, sé que no ha sido fácil este camino, gracias por formar parte de este logro, por creer en mí, por hacerme ver que todo es posible siempre que así lo desees, gracias amor mío no tengo como agradecer todo tu amor, paciencia y complicidad.

TE AMO CON TODO MI CORAZÓN CARIÑO

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a cada uno de mis compañeros y de sus enseñanzas, me llevo un pedacito de ustedes en mi corazón, a mis maestros y colegas por poner un granito de arena, gracias por sus infinitas enseñanzas, amor y paciencia, deseo de corazón que todos tengan mucho éxito en donde quiera que se paren.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| Resumen | 7 |
| Introducción..... | 8 |
| Marco teórico..... | 9 |
| Justificación..... | 24 |
| Planteamiento del problema..... | 25 |
| Pregunta de investigación..... | 26 |
| Objetivos..... | 26 |
| Hipótesis..... | 26 |
| Material y métodos..... | 26 |
| Aspectos éticos..... | 29 |
| Recursos Financiamiento y Factibilidad..... | 33 |
| Resultados..... | 34 |
| Discusión..... | 37 |
| Conclusión..... | 38 |
| Impacto..... | 39 |
| Cronograma de actividades..... | 40 |
| Anexos..... | 41 |
| Bibliografía..... | 46 |

RESUMEN

Título: Nivel de ansiedad en Médicos Familiares y no Familiares de la UMF 58 que cursaron con COVID 19. **Autores:** López-García. ; Ávila-García M. **Antecedentes:** La pandemia por COVID 19, es una de las más catastróficas de este siglo, comenzó en diciembre del 2019 originada en el país de China, causada por el virus SARS-CoV-2. A la fecha más de 6.3 millones de personas han fallecido por el virus SARS-CoV-2 a nivel mundial, es la tercera causa de muerte a nivel mundial y en México es la principal causa, afectando directa o indirectamente a la población en general, hasta el momento sigue habiendo contagios a nivel mundial, generando crisis no solo de salud a nivel mundial, sino que también en el sector económico y social. Debido a la rápida extensión de la pandemia por COVID 19 en todo el mundo, ha generado un grado considerable de miedo y preocupación en la población en general, afectando de manera directa a grupos vulnerables y de alto riesgo desde adultos mayores, mujeres embarazadas, personas con comorbilidades, niños, hasta personal de salud. La pandemia de COVID-19 ha cambiado la vida de muchas personas y en particular, sus costumbres diarias, ha traído: incertidumbre, rutinas diarias alteradas, presiones económicas, aislamiento social y temor a enfermarse. Hasta el momento no existe un tratamiento específico para erradicar esta pandemia, por lo tanto debemos continuar con las medidas de higiene, aislamiento vacunación y protección personal, para evitar y empezar a disminuir los contagios por COVID 19. **Objetivo:** Identificar el nivel de ansiedad en Médicos Familiares y no Familiares de la UMF 58 que cursaron con COVID 19. **Material Y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo, prospectivo y prolectivo, se utilizó el cuestionario Test de Ansiedad de Beck (BAI) que consta de 21 ítems y se recabaron los niveles de ansiedad como única ocasión en Médicos Familiares y no Familiares de la UMF No. 58 para evaluar el nivel de Ansiedad posterior a la exposición por Covid-19. **Resultados.** Se encuestaron 87 Médicos Familiares y no Familiares se excluyeron 8 Médicos porque no cumplieron con los criterios de inclusión quedando una muestra de 79 médicos, de acuerdo a los resultados el nivel de ansiedad que predomina es 47%, se presentó con mayor frecuencia en mujeres, fue ansiedad leve con 40.50% de acuerdo al genero predomina el sexo femenino, sin embargo la población de la Unidad de Medicina Familiar NO. 58 en Médicos Familiares y no Familiares son mujeres. Los grupos más afectados fueron de 35-41 años con ansiedad grave 1.26%, de 42 a 48 años 1.26% con ansiedad grave. **Experiencia de grupo:** Dr. César Carlos López García, investigador responsable con 10 años de experiencia en asesoría de tesis de pre y postgrado. Minerva Ávila García, residente de la especialidad de Medicina Familiar, con experiencia clínica en el diagnóstico, tratamiento, seguimiento, y prevención de diferentes padecimientos así como el trato con Médicos.

INTRODUCCIÓN

El virus del síndrome respiratorio agudo severo tipo-2 (SARS-CoV-2), causante de COVID-19, se ubica taxonómicamente en la familia *Coronaviridae*. Esta familia se subdivide en cuatro géneros: *Alphacoronavirus*, *Betacoronavirus*, *Gammacoronavirus* y *Deltacoronavirus*, de ellos, los dos primeros son capaces de afectar a seres humanos y murciélagos, y los segundos predominantemente a las aves. (1)

Provocando enfermedades que van desde el resfriado común hasta afecciones más graves, como el Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) y el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS-CoV), que causó miles de muertes en 2002. Cuatro de los HCoV (HCoV 229E, NL63, OC43 y HKU1) son endémicos en todo el mundo y representan del 10 al 30% de las infecciones del tracto respiratorio superior en adultos. (1)

Caso sospechoso. Cualquier persona con un cuadro clínico de infección respiratoria aguda de aparición súbita de cualquier gravedad que cursa, entre otros, con fiebre, tos o sensación de falta de aire. Otros síntomas como la odinofagia, anosmia, ageusia, dolor muscular, diarrea, dolor torácico o cefalea, entre otros, pueden ser considerados también síntomas de sospecha de infección por SARS-CoV-2 según criterio clínico y pendiente de realización de prueba diagnóstica de infección activa (PDIA). (2)

Caso probable. Persona con infección respiratoria aguda grave con cuadro clínico y radiológico compatible con COVID-19 y resultados de PDIA negativos, o casos sospechosos con PDIA no concluyente.

Caso confirmado con infección activa: persona que cumple criterio clínico de caso sospechoso y PDIA positiva, persona asintomática con PDIA positiva. En situaciones de cribado, únicamente se considerará caso confirmado si se obtiene una PCR positiva. (2). Las manifestaciones clínicas eran fiebre (83%), tos (82%), dificultad para respirar (31%), dolor muscular (11%), confusión (9%), dolor de cabeza (8%), dolor de garganta (5%), rinorrea (4%), dolor en el pecho (2%), diarrea (2%), náuseas y vómitos (1%). Según el examen por imágenes, el 75% de estos pacientes presentaron neumonía bilateral, el 14% mostró moteado múltiple y opacidad en vidrio esmerilado y el 1% tenía neumotórax. Igualmente, el 17% desarrolló síndrome de dificultad respiratoria aguda, y de ellos el 11% empeoraron en un corto período de tiempo y murieron por insuficiencia orgánica múltiple. (2)

Los Trastornos de Ansiedad (TA) son caracterizados por miedos y preocupaciones excesivas a lo largo de la vida, estas emociones emergen en situación que no representan un peligro real para él o la paciente. Muestran una etiología compleja, se reconoce el componente genético y factores estresantes debido a acontecimientos de la vida. (3)

El impacto de la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2 va más allá del espectro de manifestaciones clínicas propias de la enfermedad, la aparición de este

nuevo virus ha cambiado radicalmente y en muy poco tiempo el modo de vida y la economía de prácticamente todo el mundo, enfrentando a la humanidad a una realidad a la que no estamos preparados. Dentro de las repercusiones más importantes de esta pandemia se encuentra el impacto a la salud mental del personal sanitario que atiende a pacientes con COVID-19, debido al riesgo de desarrollar desde trastornos psicológicos hasta enfermedades mentales. ⁽³⁾

La preocupación en el personal de salud es similar: miedo a contagiarse y miedo al contagio de familiares, amigos o compañeros. Lo anterior conlleva renuencia al trabajo, dejando de lado el interés económico y pensando en la renuncia laboral como medida desesperada en esta pandemia. La falta de profesionalismo o vocación no son las razones, sino que sencillamente faltan equipos de protección personal (EPP), insumos, medicamentos específicos, equipos para ventilación mecánica e, incluso, la ausencia de un espacio físico «áreas específicas» disponibles para la atención de pacientes COVID-19. ⁽³⁾

MARCO TEÓRICO

En el mes de diciembre de 2019, un brote de casos de una neumonía grave se inició en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, en China. Una enfermedad nueva caracterizada por neumonía e insuficiencia respiratoria, a causa de un nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) causante de COVID-19, se ubica taxonómicamente en la familia Coronaviridae. Esta familia se subdivide en cuatro géneros: Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus y Deltacoronavirus. Los coronavirus de importancia médica conocidos hasta hoy son siete, y pertenecen a uno de los dos primeros géneros mencionados. Desde el punto de vista epidemiológico se pueden clasificar en dos grupos: coronavirus adquiridos en la comunidad (o coronavirus humanos, HCoV) y coronavirus zoonóticos. ⁽⁴⁾

TABLA 1. CLASIFICACIÓN DE LOS CORONAVIRUS DE IMPORTANCIA EN LA SALUD HUMANA

| |
|--|
| Adquiridos en la comunidad (asociados con enfermedad respiratoria leve) |
| HCoV 229E |
| HCoV OC43 |
| HCoV NL63 |
| HCoV HKU-1 |
| Zoonóticos (asociados con enfermedad respiratoria grave) |
| SARS-CoV. Coronavirus del Síndrome Respiratorio Severo (SARS) |
| MER-CoV. Coronavirus del Síndrome Respiratorio del Medio Oriente (MERS) |
| SAR-CoV2. Coronavirus de COVID-19 |
| CoV. Coronavirus ; HCoV: Coronavirus Humano |

Francisco Javier Díaz-Castrillón1, Ana Isabel Toro-Montoya. SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia, Volumen 24, Número 3, 2020 ⁽⁵⁾

El 11 de febrero de 2020, la organización mundial de la salud nombro a este agente etiológico como COVID-19 (Coronavirus Disease, 2019). Los estudios epidemiológicos iniciales mostraron que la enfermedad se expandía rápidamente, que se comportaba más agresivamente en adultos entre los 30 y 79 años, con una letalidad global del 2,3%.

La infección por SARS-CoV-2, causante de la COVID-19 ha impactado al mundo entero debido a su extensa y rápida propagación. En los dos últimos años se han confirmado más de 412 millones de casos, con más de 5.8 millones de muertes, hasta el 14 de febrero del 2022. ⁽⁴⁾

Variantes de SARS-CoV-2

Para fines epidemiológicos, las variantes de SARS-CoV-2 se clasifican en variantes de interés, de preocupación, bajo vigilancia y previamente vigiladas (VOI, VOC, VUM y FMV, respectivamente, por sus siglas en inglés). Estas clasificaciones no son estáticas, sino que están sujetas a cambios conforme se modifica la epidemiología y se avanza en el conocimiento de esta enfermedad. Actualmente existen tres clasificaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre variantes: ⁽⁵⁾

- Variantes de preocupación (VOC por sus siglas en inglés)
- Variantes de preocupación /Linajes bajo monitoreo (VOC-LUM por sus siglas en inglés)*
- Variantes bajo monitoreo (VUM por sus siglas en inglés)

Variante Alfa: se detectó por primera vez en septiembre del 2020 en el Reino Unido y se convirtió en la variante dominante en menos de dos meses; se demostró una tasa de reproducción incluso hasta 90% más alta y una mortalidad incluso hasta de 60% mayor que la variante original.

Variante Beta (linaje B.1.351): se identificó en Sudáfrica, en septiembre del 2020. Se clasificó como VOC al demostrar su asociación con un OR de 3.6 para hospitalización por COVID-19 grave, y que la eficacia de la vacunación se veía mermada ante esta variable.

Variante Gamma (linaje P.1): VOC (variantes preocupantes) a partir de la identificación de los primeros casos en Brasil, en diciembre del 2020, ha tenido mutaciones en la proteína S que permiten una mayor unión con el receptor ECA-2 (enzima convertidora de angiotensina 2), lo que le confiere una mayor transmisibilidad.

Variante Delta (linaje B.1.617.2): identificada por primera vez en diciembre del 2020 en India. Es una variante con transmisibilidad de hasta 115% más, comparada con la variante inicial. Asimismo, el riesgo de admisión hospitalaria se incrementó en

85% con esta variante. El efecto de la vacunación parece tener también disminución en su efectividad respecto de otras variantes, aunque se mantiene cerca del 85%.

Ómicron y sus variantes: después de su identificación en Sudáfrica, en noviembre del 2021, la variante de SARS-CoV-2 Ómicron (B.1.1.529) se ha posicionado como la de mayor relevancia clínica en las últimas semanas: desplazó a la variante Delta (B.1.617.2) para ubicarse en la de circulación predominante. El primer caso detectado en nuestro país ocurrió el 27 de febrero del 2020 en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en la Ciudad de México, en un paciente con antecedente de haber viajado a Italia. ⁽⁵⁾

El 28 de febrero se confirmaron dos casos en México: un italiano de 35 años, residente de la Ciudad de México, y un ciudadano mexicano del estado de Hidalgo que se encontró en el estado de Sinaloa. Los dos habían viajado recientemente a Italia. Se activó la fase 1 de COVID-19. En esta fase, los casos de infección son importados del extranjero y no hay casos de contagio local; el número de personas infectadas con el virus es limitado. ⁽⁵⁾

El cuarto caso se concedió el 29 de febrero de 2020: una joven del Estado de Coahuila que viajó recientemente a Milán (Italia). El 1 de marzo, una joven que estudiaba en Italia fue confirmada en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, alcanzándose los cinco casos. El 6 de marzo se aseguró el sexto caso en el Estado de México: un hombre de 71 años que viajó a Italia. El séptimo caso, confirmado el 7 de marzo, era un hombre de 46 años de la Ciudad de México. El 11 de marzo, el mismo día que la OMS clasificó a la COVID-19 como pandemia, se informó de cuatro nuevos casos: dos en la Ciudad de México y uno más en Querétaro, todos ellos pacientes que habían regresado de un viaje a España y cuyas edades oscilaban entre 30 y 41 años. También ese día se produjo el caso de una mujer de 64 años del Estado de México, que había viajado a Estados Unidos recientemente. ⁽⁵⁾

En México el gobierno creó y presentó el viernes 20 de marzo la figura “Susana Distancia” como parte de la Jornada Nacional de Sana Distancia para evitar la propagación del COVID-19:

1. Mantener distancias de 1.50, 1.80, 1.95 y 2.25 metros entre una persona y otra
2. Respetar las medidas de higiene básicas, como el “estornudo de etiqueta” y el lavado frecuente de manos con agua y jabón
3. No saludar de beso, de mano o abrazo
4. Aislamiento preventivo, es decir, no salir de casa a menos que sea necesario
5. Reprogramación de eventos públicos masivos hasta nuevo aviso
6. No difundir ni hacer caso a rumores o noticias cuya fuente parezca de dudosa procedencia, por el contrario, mantenerse al tanto sólo de la información emitida por las autoridades sanitarias

El 14 de marzo de 2020, la Secretaría de Educación Pública (SEP) adelantó el período de vacaciones de Semana Santa, extendiéndolo a un mes, del 23 de marzo al 20 de abril en todas las instituciones educativas de todo el país. ⁽⁶⁾

El 18 de marzo se reportaron 118 casos confirmados de COVID-19, un aumento del 26% en comparación con el resultado del día anterior (93 casos). Ese mismo día, la Secretaría de Salud constituyó la primera muerte por COVID-19 en México.

⁽⁶⁾

El Gobierno Federal decretó el 24 de marzo el inicio de la fase 2 de la pandemia COVID-19 en el país, tras registrar las primeras infecciones locales. En esta fase se suspenden ciertas actividades económicas, se restringen las congregaciones masivas y se recomienda permanecer en el domicilio a la población en general, especialmente a los mayores de 60 años y a las personas con diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes, enfermedad cardíaca o pulmonar, inmunosupresión inducida o adquirida, a las mujeres que se encuentran en estado de embarazo o puerperio inmediato. A partir del 26 de marzo se suspendieron las actividades no esenciales del gobierno federal, excepto las relacionadas con los servicios de seguridad, salud, energía y limpieza. Se recomienda el estornudo de etiqueta, el lavado de manos constante y la desinfección continua de áreas de uso público. Las personas que tienen los síntomas y se han confirmado con COVID-19 tienen que usar mascarillas faciales para evitar el contagio de otras personas. El personal de atención médica debe portar el equipo necesario de protección personal para evitar contagios al identificar a los pacientes en riesgo y al ser internados en las instalaciones médicas. El 30 de marzo, se decretó una emergencia de salud nacional en México, dada la evolución de casos confirmados y las muertes por la enfermedad. Esto condujo al establecimiento de medidas adicionales para su prevención y control, como la suspensión inmediata de actividades no esenciales en todos los sectores económicos del país durante un mes, hasta el 30 de abril. ⁽⁶⁾

El 21 de abril del 2020 se dio por iniciada la fase 3 por COVID-19 en México, ya que se tenía evidencia de brotes activos y propagación en el territorio nacional con más de mil casos. Las medidas tomadas en esta fase fueron la suspensión de actividades no esenciales del sector público, privado y social, así como la extensión de la Jornada Nacional de Sana Distancia hasta el 30 de mayo. ⁽⁷⁾ La pandemia ha afectado, directa o indirectamente, a todos los habitantes del planeta. Se estima que, hasta ahora, más del 10% de la población mundial ha sido infectada por el nuevo coronavirus, COVID-19 es por ahora la tercera causa de muerte a nivel mundial; en México es la principal causa.

La estadística muestra el número de muertes causadas por el SARS-CoV-2 es de más 6,5 millones de muertes debidas al virus, de las cuales 5.226 ocurrieron en China. A mediados de julio de 2022, más de 6,44 millones de casos acumulados de COVID-19 habían sido registrados en México. Hacia mediados de 2022, el número de personas fallecidas a causa de esta enfermedad había superado las 326.000. ⁽⁷⁾

México destaca como uno de los países que menos ha gastado en fondos públicos para apoyar la respuesta de salud pública y permitir a las personas cumplir con las

directivas de salud. Los ingresos laborales cayeron drásticamente durante el confinamiento nacional en abril y mayo, sobre todo entre los trabajadores informales. La caída de los ingresos familiares empujó a muchos a la pobreza y al endeudamiento. A fines de 2019, poco más del 37% de la población, 47 millones de trabajadores, no podía pagar una canasta de alimentos básicos con su ingreso laboral (pobreza laboral). ⁽⁸⁾

De acuerdo a la clasificación de COVID-19 la podemos dividir en 3 etapas las cuales son:

Etapa 1 (infección temprana); el abordaje es ambulatorio, con síntomas clínicos (caso sospechoso) al menos uno de los siguientes signos o síntomas mayores: fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$, tos seca, disnea, cefalea, más al menos uno de los siguientes síntomas menores: odinofagia, mialgias, artralgias, dolor torácico, escalofríos, rinorrea, conjuntivitis, anosmia, disgeusia. Hallazgos de laboratorio normales o se puede encontrar linfopenia, incrementos del tiempo de protrombina, incremento leve del dímero D y LDH. Sin alteraciones por imagenología, Tratamiento sintomático.

Etapa 2 (Fase pulmonar); el abordaje es médico y evaluación para hospitalización, con síntomas clínicos, disnea, dolor torácico, taquipnea, neumonía leve/moderada (riesgo moderado e incremento en la probabilidad de complicación). Signos clínicos CURB 65 2 puntos, saturación de oxígeno 90%, trasaminasemia, leucopenia, alteración radiográfica (infiltrados bilaterales), elevación de la proteína C reactiva, CPK, o mioglobina.

Etapa 3 (fase hiperinflamatoria) – tormenta de citosinas-. Tipo de abordaje, hospitalización en unidades de reconversión, síntomas clínicos, síntomas de dificultad respiratoria aguda, síndrome de respuesta inflamatoria sistémicas, neumonía grave, frecuencia respiratoria > 30 por minuto, sepsis qSOFA >2 , falla orgánica/choque. Signos clínicos CURB 65 > 2 puntos, saturación de oxígeno $< 90\%$, Hipoxia ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300\text{mmHg}$), elevación de marcadores inflamatorios (proteína C reactiva, LDH, IL-6, Dímero D, ferritina, troponina), leucopenia, linfopenia, trombocitopenia, elevación enzimas hepáticas, alteración renal, radiografía de tórax/ TAC (imagen en vidrio despulido, opacidades bilaterales, parches, consolidación bilateral). Debido a la alta contagiosidad del virus y al número cada vez mayor de casos confirmados y muertes en el mundo, las emociones y los pensamientos negativos se extienden amenazando la salud mental de la población. Según la experiencia de epidemias y pandemias pasadas, se conoce que los pacientes y el personal de salud pueden padecer situaciones de miedo a la muerte y presentar sentimientos de soledad, tristeza e irritabilidad, ansiedad. ⁽⁹⁾

Inicialmente el brote del SARS_CoV_2 en China causó alarma y estrés en la población general. El miedo a la enfermedad se podría explicar por la novedad e incertidumbre que genera. El creciente número de pacientes y casos sospechosos suscitaban la preocupación del público por infectarse. El miedo se exacerbó por los

mitos y por la desinformación en las redes sociales y medios de comunicación, a menudo impulsado por noticias erróneas y por la mala comprensión de los mensajes relacionados al cuidado de la salud. Luego de la declaración de emergencia en China, un estudio reveló un incremento de las emociones negativas (ansiedad, depresión e indignación) y una disminución de las emociones positivas (felicidad y satisfacción). ⁽⁹⁾

La cuarentena incrementa la posibilidad de problemas psicológicos y mentales, principalmente por el distanciamiento entre las personas. En ausencia de comunicación interpersonal, es más probable que los trastornos depresivos y ansiosos ocurran o empeoren. Por otro lado, la cuarentena reduce la disponibilidad de intervenciones psicosociales oportunas y de asesoramiento psicoterapéutico de rutina. Los siguientes problemas de salud mental surgirán durante la pandemia:

- **Ansiedad por la salud:** ocurre cuando algunos cambios o sensaciones corporales son interpretados como síntomas de alguna enfermedad. Se caracteriza por interpretaciones catastróficas de sensaciones y cambios corporales, creencias disfuncionales acerca de la salud y la enfermedad, y malos mecanismos adaptativos. En el contexto de la pandemia de COVID19, las personas con altos niveles de ansiedad por la salud son susceptibles de interpretar sensaciones corporales inofensivas como evidencia de que se encuentran infectados, lo que incrementa su ansiedad, influye en su capacidad para tomar decisiones racionales y en su comportamiento. Esto ocasiona conductas desadaptativas, como acudir frecuentemente a los centros de salud para descartar la enfermedad, excesivo lavado de manos, retraimiento social y ansiedad. ⁽⁹⁾

Estos problemas de salud mental no solo pueden afectar la calidad de atención que brinda el personal de salud, su capacidad de comprensión clínica o sus habilidades en la toma de decisiones, lo que podría dificultar la lucha contra la infección del COVID-19, sino que también pueden tener un impacto significativo en su bienestar y en su calidad de vida. Por tanto, es muy importante proteger la salud mental del personal de salud para el adecuado control de la epidemia y para cuidar su propia salud. ⁽¹⁰⁾

Huang Jizheng y colaboradores realizaron un estudio descriptivo transversal en China desde el 7 hasta el 14 de febrero de 2020. Los objetivos del estudio fueron conocer el estado psicológico del personal de salud que trabaja en la lucha contra la infección del COVID-19 y proporcionar una base teórica para la intervención psicológica. Para ello se contó con 246 participantes con un muestreo por conglomerados. Se les aplicó la escala de autoevaluación para la ansiedad (SAS) y la escala de autoevaluación para el trastorno de estrés postraumático (PTSDSS). Se recuperaron 230 cuestionarios con una tasa de recuperación del 93,5%. En el estudio participaron 43 hombres (18,7%) y 187 mujeres (81,3%), con edades entre 20 a 59 años ($32,6 \pm 6,2$), donde 70 eran médicos (30,4%) y 160 eran enfermeras

(69,6%). La tasa de ansiedad del personal de salud fue del 23,04% (53/230) y el puntaje de ansiedad fue de $42,91 \pm 10,89$ puntos. Entre ellos, la incidencia de ansiedad severa, ansiedad moderada y ansiedad leve fueron 2,17% (5/230), 4,78% (11/230) y 16,09% (37/230) respectivamente. La tasa de ansiedad femenina fue mayor que la de los hombres [25,67% (48/187) frente a 11,63% (5/43), $Z = -2,008$, $P = 0,045$] y los puntajes de ansiedad femenina fueron más altos que en los hombres [$(43,78 \pm 11,12)$ vs $(39,14 \pm 9,01)$, $t = -2,548$, $P = 0,012$]. La tasa de ansiedad entre las enfermeras fue mayor que la de los médicos [26,88% (43/160) vs. 14,29% (10/70), $Z = -2,066$, $P = 0,039$] y los puntajes de ansiedad de las enfermeras fue mayor que la de los médicos [$(44,84 \pm 10,42)$ vs $(38,50 \pm 10,72)$, $t = -4,207$, $P < 0,001$]. ⁽¹¹⁾

El impacto de la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2 va más allá del espectro de manifestaciones clínicas propias de la enfermedad, La aparición de este nuevo virus ha cambiado radicalmente y en muy poco tiempo el modo de vida y la economía de prácticamente todo el mundo, enfrentando a la humanidad a una realidad a la que no estamos preparados. Dentro de las repercusiones más importantes de esta pandemia se encuentra el impacto a la salud mental del personal sanitario que atiende a pacientes con COVID-19, debido al riesgo de desarrollar desde trastornos psicológicos hasta enfermedades mentales. ⁽¹¹⁾

Se realizó una revisión sistemática de la bibliografía utilizando las palabras clave “salud mental”, “personal de la salud”, “COVID-19” consultando las bases de datos del Centro de Prevención y Control de Enfermedades de los Estados Unidos de América (CDC por sus siglas en inglés), de la Organización Mundial de la Salud y de PubMed, en idioma inglés mediante búsqueda manual. No se hicieron restricciones respecto al tipo de estudio. Se revisaron los *abstracts* y en los casos necesarios los artículos completos. La preocupación en el personal de salud es por miedo a contagiarse y miedo al contagio de familiares, amigos o compañeros. Lo anterior conlleva renuencia al trabajo, dejando de lado el interés económico y pensando en la renuncia laboral como medida desesperada en esta pandemia. La falta de profesionalismo o vocación no son las razones, sino que sencillamente faltan equipos de protección personal (EPP), insumos, medicamentos específicos, equipos para ventilación mecánica e, incluso, la ausencia de un espacio físico «áreas específicas» disponibles para la atención de pacientes COVID-19. ⁽¹¹⁾

Se realizó una encuesta personal, vía correo electrónico y redes sociales, la cual incluyó 10 preguntas que fueron hechas basándonos en las «dudas» del día a día de diferentes hospitales donde laboramos o donde laboran compañeros y amigos. En el personal entrevistado, el requisito indispensable fue que atendieran pacientes sospechosos o confirmados COVID-19. Los encuestados fueron médicos y enfermeras; los servicios en los que laboran son: urgencias, piso (hospitalización), UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) y quirófano. Incluimos hospitales públicos y privados. ⁽¹⁰⁾

Se encuestaron a 150 elementos del personal de salud: la ansiedad fue el sentimiento más frecuente en 65.33%, pero 17.33% presentó enojo, 9.33% pánico y a 8% le fue indiferente. La principal carencia según la percepción del personal es el equipo de protección personal (EPP) (54.66%), seguida del equipo tecnológico o ventiladores (26.66%); 12% percibió que faltaba recurso humano (médicos, enfermeras, inhalo terapéutas) y 6.66% medicamentos. ⁽¹⁰⁾

La principal preocupación personal de médicos y enfermeras es infectar a algún miembro de su familia con 68%, infectarse 18%, morir 12% y sólo 2% está preocupado por su economía en estos momentos. Además 65.33% sabe que el nivel socioeconómico es indistinto como factor de riesgo para esta enfermedad, 19.33% considera que el nivel socioeconómico bajo es un factor de riesgo para contagiarse, 10.66 y 3.88% consideran al nivel socioeconómico medio y alto como factor de riesgo. ⁽¹¹⁾

TRANSTORNO DE ANSIEDAD

Definición

Es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos. ⁽¹²⁾

La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental del individuo. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. ⁽¹³⁾

Según la OMS, parte de tener una salud mental adecuada equivale a tener una respuesta apta al estrés normal de la vida, un rendimiento productivo laboral y con la comunidad. ⁽¹³⁾

Organización Panamericana de la Salud (OPS) junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁽²⁾, revela que los trastornos de ansiedad son el segundo trastorno mental más incapacitante en la mayoría de los países de la Región de las Américas. Los trastornos mentales representan un 23% de años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos a moderados, se ven relacionados con menor esperanza de vida y mayores tasas de mortalidad. ⁽¹⁴⁾

Los Trastornos de Ansiedad (TA) son caracterizados por miedos y preocupaciones excesivas a lo largo de la vida, estas emociones emergen en situación que no representan un peligro real para él o la paciente. Muestran una etiología compleja, se reconoce el componente genético y factores estresantes debido a

acontecimientos de la vida. Para su diagnóstico, los médicos y psiquiatras se basan en criterios clínicos establecidos por el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) y International Statistical of Diseases and Related Health problems (ICD). ⁽¹⁵⁾

Epidemiología

Los trastornos de ansiedad son condiciones frecuentes, las cuales generan complicaciones del desarrollo, psicosocial y psicopatológico.

La Universidad Estatal a Distancia (UNED) y la Universidad Nacional (UNA), con apoyo del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) (6), a través de una investigación realizada con 6.786 personas quienes completaron un cuestionario en línea, durante el periodo comprendido entre el 9 al 29 de octubre del 2020, sobre Salud mental y relaciones con el entorno en tiempos de COVID-19, menciona que el 43,7% de la población, presento sintomatología asociada con ansiedad generalizada severa, solo un 13,8% de las personas participantes manifestaron síntomas de ansiedad. ⁽¹⁶⁾

En relación con los Trastornos de Ansiedad, la OMS informó, que más de 260 millones de personas, padecen un trastorno de ansiedad. También esta misma organización, reporta un incremento de la angustia en diferentes países: se reportó en China, los niveles de angustia aumentaron en un 35%, un 60% en Irán y un 40% en Estados Unidos. Esta misma entidad en 2020 informa según cifras globales, que el 90% de los adolescentes experimentaron ansiedad (5). La OPS/OMS, (2) revela que los TA son la segunda patología psiquiátrica más incapacitante de la región de las Américas. Brasil tiene la primera posición (7.5%) de los países sudamericanos, situándose por el encima del promedio (4.7%) del total de países. Sin embargo, Costa Rica muestra una discapacidad por TA de 4.1% estando igual a la de Estados Unidos, estando por debajo del promedio. Por otro lado, los TA son el tipo más común de trastornos mentales en la Unión Europea, Suiza, Islandia, y Noruega; son más comunes que cualquier otra enfermedad mental entre las personas de 14-65 años de edad, siendo las mujeres, las mayormente afectadas. ⁽¹⁷⁾

Los trastornos de ansiedad son prevalentes con estimaciones globales que van del 3,8% al 25% en todos los países, con tasas de prevalencia de hasta el 70% en personas con enfermedades crónicas. ⁽¹⁷⁾

Factores de riesgo

Su variabilidad genética se estima que ronda 30% a un 50%. Entre factores influyentes se asocian los temperamentales, factores sociales y ambientales. Según Williams, se observaron: alteraciones en el procesamiento de amenazas, que implican la activación y conectividad de la amígdala, circunvolución del cíngulo anterior. ⁽¹⁸⁾

La amígdala presenta sobre reactividad, provocada por el proceso consciente o no consciente de estímulos relacionados con amenazas en el trastorno depresivo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno generalizado de la fobia social/ansiedad, fobia específica, y trastorno de pánico. La actividad excesiva de la amígdala provocada por rostros encubiertos amenazantes, también se ha asociado a variabilidad de ansiedad por rasgos y con neuroticismo en personas sanas, por lo que se concluye que se presenta una hiperreactividad a fuentes de amenaza. También reportaron una hipoactivación de la circunvolución del cíngulo anterior en el trastorno de ansiedad generalizada y la ansiedad social. ⁽¹⁸⁾

Bandelow refirió que los trastornos de ansiedad suelen estar infradiagnosticados en la atención primaria, porque los Trastornos de Ansiedad a menudo coexisten con otros trastornos psiquiátricos; ejemplo de ello: trastorno depresivo mayor es altamente correlacionado con todos los trastornos de ansiedad, así como el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) estaba emparentado con la Agorafobia, Trastorno de Pánico (TP) y Trastorno de Ansiedad Social (TAS). ⁽¹⁹⁾ Según Ströhle, se ha demostrado que los familiares de primer grado de los pacientes con trastornos de pánico tienen entre tres y cinco veces, más riesgo de desarrollar tal trastorno, en comparación con la población general.

TABLA 3. FACTORES AMBIENTALES

Enfermedad crónica

Abuso físico

Violencia sexual

Lesiones traumáticas

Muerte de personas significativas

Divorcio o separación

dificultad económica

Eloy Chacón Delgado, Dayana Xatruch De la Cera, Generalidades sobre el trastorno de ansiedad, Revista Cúpula 2021, 35 (1): 23-36. ⁽²⁰⁾

Los trastornos de ansiedad, junto con los trastornos depresivos son patologías frecuentes en la población general. Se asocian a baja calidad de vida, disfunción social y aumento en el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

La ansiedad es un mecanismo de defensa fisiológico ante una amenaza, puede generar sensaciones desagradables como: preocupación, irritabilidad, inquietud, hipervigilancia o agitación. Puede convertirse en una patología ansiosa, si se convierte en una respuesta incontrolable, persistente por el paciente. **(20)**

Clasificación

Tabla 1. CLASIFICACIÓN TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN DSM-5:

| |
|--|
| 1. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/ medicamentos |
| 2. Mutismo selectivo 313.23 (F94.0) |
| 3. Fobia específica |
| 4. Trastorno de ansiedad social (fobia social) 300.23 (F40.10) |
| 5. Trastorno de pánico 300.01 (F41.0) |
| 6. Especificar del ataque de pánico |
| 7. Agorafobia 300.22 (F40.00) |
| 8. Trastorno de ansiedad por separación 309.21 (F93.0) |
| 9. Trastorno de ansiedad generalizada 300.02 (F41.1) |
| 10. Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica 293.84 (F06.4) |
| 11. Otro trastorno de ansiedad especificado 300.09 (F41.8) |
| 12. Otro trastorno de ansiedad no especificado 300.00 (F41.9) |

Eloy Chacón Delgado, Dayana Xatruch De la Cera, Generalidades sobre el trastorno de ansiedad, Revista Cúpula 2021, 35 (1): 23-36. ⁽²⁰⁾

Trastornos de Ansiedad

Los TA se caracterizan por el miedo excesivo, angustias, ataques de pánico y evitación de amenazas. Los cuales pueden afectar su rendimiento social, académico y laboral. ⁽²²⁾

Trastorno de ansiedad por separación

Se caracteriza por miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego. ⁽²²⁾

Trastorno de Ansiedad Social

Se caracteriza por miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Ejemplos: mantener una conversación, reunirse con personas extrañas, ser observado cuando está comiendo o bebiendo y actuar delante de otras personas, entre las que se destaca dar una charla. ⁽²²⁾

Trastorno de Ansiedad Generalizada

La presencia de ansiedad y preocupación excesiva, que se origina durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades como en la actividad laboral o escolar. ⁽²²⁾

Trastorno de Ansiedad Inducido por Sustancias o medicamento

Se relacionan a los ataques de pánico o la ansiedad predomina en el cuadro clínico. Deben de existir pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio, desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento. ⁽²²⁾

Trastorno de Ansiedad por Enfermedad Médica

El cuadro clínico se caracteriza por ataques de pánico o la ansiedad predomina en el cuadro clínico. El trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica. ⁽²²⁾

Otros Trastornos Específicos de Ansiedad

Son los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad. La categoría de otro trastorno de ansiedad especificado, se utiliza en situaciones en las que el médico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno de ansiedad específico. ⁽²²⁾

Trastorno de Ansiedad No Específica

La categoría del trastorno de ansiedad no especificado, se utiliza en situaciones en las que el médico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de ansiedad específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más puntual. El sobrediagnóstico en los TA conlleva una serie de riesgos para el paciente, tanto en el ámbito médico como en el ámbito social y económico.

La ansiedad se discurre como uno de los principales factores capaces de afectar negativamente a la capacidad de trabajo del paciente. ⁽²²⁾

TRATAMIENTO

Los TA son enfermedades crónicas que pueden llevar a la discapacidad. Por lo que su diagnóstico y el inicio de tratamiento es fundamental para la calidad de vida, usualmente se brinda tratamiento con antidepresivos y Benzodiacepinas (BZD). Es de suma importancia informar al paciente de su prescripción, inicio del tratamiento, efectos adversos, riesgo por discontinuidad o suspensión del mismo. La mayoría de antidepresivos tiene su acción en el sistema monoaminérgico, el cual tiene efecto en el sistema de neurotransmisores, principalmente la dopamina, serotonina y la noradrenalina, aumentando la disponibilidad en la hendidura sináptica estableciendo regulación en los receptores postsinápticos, el efecto clínico se manifestará de 2 - 4 semanas tras el inicio de su uso, debido a los cambios adaptativos en los neurotransmisores y su receptor. Todo paciente debe de ser informado del inicio de su tratamiento, así como posible sintomatología ansiosa al inicio del tratamiento, posibles efectos adversos, riesgos por discontinuidad y suspensión brusca del mismo. ⁽²³⁾

CLASIFICACIÓN:

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) Ejemplos: Escitalopram, Sertralina.
- Inhibidores de la recaptación de serotonina noradrenalina (IRSN) Ejemplos: Venlafaxina, Duloxetina, Paroxetina. • Antidepresivos tricíclicos (TCA)
Ejemplo: Clomipramina, Imipramina.
- Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)

Entre los antidepresivos, los más comúnmente utilizados son los inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la recaptación de serotonina noradrenalina (IRSN). ⁽²⁴⁾

El inventario de ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory) fue desarrollado por Beck en 1988, con el objeto de poseer un instrumento capaz de discriminar de manera fiable entre la depresión y la ansiedad. Fue concebido específicamente para valorar la severidad de los síntomas. ⁽²⁴⁾

Está basado en los cuestionarios Situational Anxiety Checklist (SAC), The Physician's Desk Reference Checklist (PDR) 2 y The Anxiety Checklist (ACL).

Es un inventario auto aplicado, compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad, se centra en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad, estando sobrerrepresentado este componente. Los elementos que lo forman están claramente relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-IV. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo a la puntuación 0 a "en absoluto" 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable,

pero podía soportarlo” y la puntuación de 3 a “severamente, casi no podía soportarlo”. La puntuación total es la suma de las de todos los ítems (si en alguna ocasión se eligen 2 respuestas se considera solo la de mayor puntuación. Los síntomas hacen referencia a la última semana y momentos actuales. Se trata de una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos. Dada su facilidad de utilización se ha recomendado su empleo como screening en población general. No existen puntos de corte aceptados para distinguir entre población normal y ansiedad ni entre depresión y ansiedad. ⁽²⁸⁾

En estudios comparativos con las principales escalas de depresión y ansiedad (Inventario de depresión de Beck, escala de depresión de Hamilton, Escala de ansiedad de Hamilton, listado de pensamientos y escala de desesperanza), se han encontrado unos índices de correlación mayores con aquellas que valoran ansiedad, frente a las que valoran depresión, lo que avalaría su utilización para valorar ansiedad. ⁽²⁹⁾

El rango de la escala es de 0 a 63. La puntuación media en pacientes con ansiedad es de 25,7 (DE 11,4) y en sujetos normales 15,8 (DE 11,8). Somoza y cols han propuesto como puntos de corte para distinguir trastorno de pánico los 26 puntos. Osman en sujetos sin patología obtiene una puntuación media de 13,4 con una de 8,9. No obstante, no debe considerarse una medida específica de ansiedad generalizada. Posee una elevada consistencia interna (alfa de Crombach de 0,90 a 0,94). La correlación de los ítems con la puntuación total oscila entre 0,30 y 0,71. ⁽²⁹⁾

Validez

En cuanto a la validez, Spilberger (1971) demostró una correlación significativa ubicada entre 0.89 y 0.91 entre el inventario de ansiedad de Beck y otras pruebas que miden la misma variable. ⁽²⁹⁾

Confiabilidad

Su utilización la confiabilidad de test-retest. Con respecto a esta Spilberger (1971) demostró que la misma se encuentra entre 0.92 y 0.94. También se utilizó la correlación de participación por mitades: esta fue obtenida por Beck en 1976 y se ubicó entre 0.78 y 0.92 lo cual refiere alta consistencia en las respuestas. ⁽²⁹⁾

Igualmente ha demostrado ser un instrumento con propiedades psicométricas fiables en diversas poblaciones norteamericanas. En cuanto a la composición factorial, algunos investigadores han informado una estructura de dos factores de síntomas cognitivos y somáticos, mientras que otros informan una composición factorial de cuatro factores correspondientes a síntomas cognitivos, autonómicos y neuromotor (Rua, 2009). Al analizar los elementos del Test, Beck en el trabajo original encuentra dos factores principales: síntomas somáticos y síntomas

subjetivos de ansiedad, pudiendo obtenerse dos subescalas. Con posterioridad el propio Beck describió cuatro factores: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico. (29)

La ansiedad como síndrome acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos como: Endocrinas (hipotiroidismo, hipertiroidismo, hipoglucemia, síndrome climatérico), Cardiovasculares (Insuficiencia cardiaca congestiva, arritmias, angina de pecho, postinfarto al miocardio), Respiratorios (Asma, EPOC, neumonía), Metabólicas (diabetes, Neurológicas o del Sistema Nervioso Central (Migraña, epilepsia del lóbulo temporal, Psiquiátricas; Depresión, esquizofrenia, trastornos de la personalidad), Gastrointestinales (ulcera péptica, Síndrome de intestino irritable, otras (cáncer fatiga crónica). (30)

Los factores de riesgo para presentar ansiedad y depresión son: el ambiente extraño o desconocido, incomodidad, mala calidad del sueño, incertidumbre, pérdida de control de uno mismo, preocupaciones, dolor, intervención quirúrgica e ingreso en la UCI tras la misma, adaptación a la nueva situación crítica, privación, reducción o variación de las interacciones, sensaciones y estímulos habituales (televisión, radio, ruido limitación de la comunicación y la capacidad para comer, intentos fallidos de comunicación no verbal), abandono de roles y un rol dependiente, aislamiento. (30)

Los coronavirus pueden inducir secuelas psicopatológicas a través de la infección viral directa del sistema nervioso central (SNC) o indirectamente a través de una respuesta inmune. Los pacientes ambulatorios mostraron mayor ansiedad y trastorno del sueño, mientras que la duración de la hospitalización se correlaciono inversamente con el trastorno de estrés post traumático, la depresión, la ansiedad y la sintomatología obsesiva compulsiva. Los sobrevivientes de COVID-19 presentaron una alta prevalencia de secuelas psiquiátricas emergentes, y el 55% de la muestra presento una puntuación patológica para al menos un trastorno. (30) En un estudio de cohorte de COVID-19 realizado en Estados Unidos se incluyó 22,063 (55%) mujeres y 18,364 (45%) hombres. Una gran mayoría de estos pacientes estaban en el grupo de edad de 18 a 50 años 19,709 (48.7%), mientras que un grupo pequeño, pero no insignificante de pacientes 3830 (9.5%) tenían más de 80 años. La distribución racial fue: 15,113 (37%) caucásicos, 8350 (21%) afroamericanos, 797 (2%) asiáticos y 16,000 (40%) de la raza desconocida. En total, 30,589 (76%) eran residentes de los Estados Unidos (EE. UU.) y 9880 (24%) eran residentes no estadounidenses. Dentro de los EE. UU., la distribución regional fue de 8951 (22%) del noreste, 7375 (18%) del medio oeste, 7228 (18%) del sur y 7035 (17%) del oeste. La cohorte de COVID-19 incluyo paciente de entorno ambulatorios 29,830 (73.7%) y pacientes hospitalizados 10,639 (26.3%). Se concluyó que de los 40,469 pacientes infectados con (COVID-19) mostro 1869 (4,6%) sufrían trastornos relacionados con la ansiedad, 1549 (3.8%) tenían trastorno del estado de ánimo,

318 (0.8%) tenían otros trastornos emocionales y 63 (0.2%) pacientes tenían ideación suicida. ⁽²⁵⁾

La pandemia de la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19) ha creado una necesidad y una oportunidad para las consultas de telemedicina. El riesgo de transmisión de la enfermedad a paciente sin COVID-19 y a los trabajadores de salud ha estimulado a las instituciones de salud a identificar nuevas formas de rastrear y dar seguimiento a las personas con COVID-19 potencial o comprobado. ⁽²⁸⁾

En México la identificación de casos sospechosos o confirmados por COVID-19 se realizará con base en los criterios de definición operacional descritos en el “lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de COVID-19”. Dentro de las unidades médicas de primer nivel sean públicas o privadas, la evaluación clínica y paraclínica de un caso sospechoso o caso confirmado de COVID-19, debe apegarse a las practicas medicas actualmente aceptadas para pacientes con infecciones respiratorias agudas y comorbilidades. Es fundamental la determinación de los signos vitales y la oximetría de pulso. ⁽²⁸⁾

JUSTIFICACIÓN

El trastorno de ansiedad se caracteriza por un miedo y preocupación excesivos y por trastornos del comportamiento.

La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental del individuo, y para tener una salud mental adecuada debemos tener una respuesta apta al estrés normal de la vida, un rendimiento productivo laboral y con la comunidad, sin embargo debido a la pandemia que ha generado crisis a nivel mundial posteriores a la preocupación del personal médico con miedo a contagiarse, miedo al contagio de familiares, amigos, compañeros, lo anterior conlleva renuencia al trabajo, dejando de lado el interés económico y pensando en la renuncia laboral. La principal preocupación personal de médicos y enfermeras es infectar a algún miembro de su familia con 68%, infectarse 18%, morir 12% y sólo 2% está preocupado por su economía en estos momentos.

La carga emocional del personal de salud es exponencial se encuentran el número exponencialmente creciente de casos sospechosos y confirmados, las largas y extenuantes horas de trabajo; la escasez cada vez mayor de equipo de protección personal (EPP) que va acreciendo con el tiempo, la gran cobertura y difusión por parte de los medios de comunicación y redes sociales, la falta hasta el momento de un tratamiento específico y eficaz o de una vacuna. La angustia de convertirse en

un paciente más y ver cómo compañeros de trabajo son contagiados y ocupan camas en las unidades de cuidados intensivos (UCI), la necesidad de tomar decisiones difíciles como la utilización de recursos cada vez más escasos en pacientes igualmente necesitados, brindar la mejor atención médica posible a pacientes gravemente enfermos en un sistema de salud colapsado. Mantener el equilibrio entre las propias necesidades mentales y físicas y las de los pacientes, la angustia de ser un foco de infección para familiares y seres queridos, así como la difícil tarea de equilibrar los deseos propios con el deber. En la lucha contra la infección del nuevo Coronavirus (COVID-19) el personal de salud de se ha enfrentado a una enorme presión de trabajo en el día a día esta presión incluye el estar expuestos a un alto riesgo de sufrir la infección del COVID-19, a una inadecuada protección para evitar ser contaminados, a sentir frustración, a sufrir discriminación, a pasar al aislamiento, a interactuar con pacientes con emociones negativas, a la pérdida del contacto con la familia y al agotamiento físico y mental. Así, la situación de crisis que enfrenta el personal de salud está causando problemas de salud mental como el estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, negación, ira y temor.

Debido a esto es importante investigar el nivel de ansiedad que cursan los Médicos Familiares y no Familiares de la UMF 58 ya que dentro de las repercusiones se encuentra el impacto de la salud mental del personal de salud que atiende a pacientes con COVID-9 debido al riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad, depresión, insomnio, angustia, pánico, repercutiendo en la atención de los pacientes en la consulta diaria.

Planteamiento del problema:

En la Unidad de Medicina Familiar número 58 los médicos que han estado en la primera línea de atención por la pandemia de COVID -19, también se han contagiado, ocasionando una crisis que afecta su salud mental, por lo que están expuestos a tener repercusiones a mediano y largo plazo por trastornos mentales, conllevando a que los trabajadores de la salud experimenten: miedo, frustración, culpa, agotamiento y ansiedad, en sus centros de trabajo, ya que se enfrentan día con día al contagiarse por COVID 19.

Así mismo se enfrentan a diario con posibilidad de no contar con el equipamiento suficiente, y la exposición de familiares y amistades ante la enfermedad grave que puede conllevar a la muerte del propio médico y sus seres queridos.

Se ven obligados a enfrentar esta ardua situación que con frecuencia afecta su estabilidad emocional, es importante mencionar que para los trabajadores de la salud el estar aislado provocó conductas de evitación, por ejemplo minimizar el contacto directo con los pacientes, e inclusive no presentarse a trabajar.

Es importante saber el nivel de ansiedad de los trabajadores de la salud, en este caso Médicos Familiares y no Familiares de la UMF 58, para poder minimizar las

secuelas Post-Covid 19 y disminuir trastornos mentales y que esto pueda agravar su salud mental, afectando su entorno social desde el trabajo hasta la familia.

Pregunta de investigación

Por lo descrito anteriormente, se realiza la siguiente pregunta:

¿Cuál es el nivel de ansiedad en Médicos Familiares y no Familiares de la UMF 58 que cursaron con COVID 19?

Objetivo general:

Determinar el nivel de ansiedad en Médicos Familiares y no familiares de la UMF 58 que cursaron con COVID 19.

Objetivos específicos:

- Medir el nivel de ansiedad en Médicos Familiares y no Familiares de la UMF 58 expuestos a COVID 19
- Identificar en que género: masculino o femenino se presenta con mayor índice la ansiedad
- Determinar qué nivel de ansiedad más frecuente en médicos: ansiedad baja, ansiedad moderada y/o ansiedad severa
- Describir el grupo de edad más afectado

HIPÓTESIS

El nivel de ansiedad en Médicos Familiares y no Familiares de la UMF 58 que cursaron con COVID 19 es moderado en un 85 % de acuerdo a la literatura reportada.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Características del lugar.

Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 58 "Gral. Manuel Ávila Camacho", ubicado en Boulevard Manuel Ávila Camacho sin número, Código Postal 54050, Colonia Las Margaritas, Tlalneantla de Baz, Estado de México, primer nivel de atención médica al paciente derechohabiente.

TIPO DE ESTUDIO

Estudio Observacional: Se observó el nivel de ansiedad en Médicos Familiares de la UMF 58.

Transversal: Se realizó el Inventario de Ansiedad de Beck y se recabaron los niveles de ansiedad como única ocasión.

Descriptivo: Sólo se estudió a un grupo de personas con ansiedad y no se hicieron comparaciones.

Estudio prospectivo y prolectivo: El estudio que se realizó es prospectivo prolectivo y es hacia una sola dirección, ya que se realizó un cuestionario a Médicos Familiares y no Familiares de la UMF No. 58 para evaluar el nivel de Ansiedad posterior a la exposición por Covid-19.

MUESTRA:

De nuestro universo de 87 médicos (Médicos Familiares y no Familiares) que se encuentran adscritos a consulta externa de UMF No.58 turno matutino y vespertino se seleccionaran aquellos que tuvieron diagnóstico de COVID 19 y de ellos se integrarán al estudio quienes deseen participar. Es decir se integrara una muestra por conveniencia

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de inclusión:

- Médicos Familiares de la UMF 58
- Médicos no Familiares de la UMF 58
- Entre los 29 a 55 años de edad
- Que hayan padecido COVID 19 con prueba rápida COVID 19
- Médicos que acepten participar en el Estudio

Criterios de exclusión:

- Médicos Familiares que cuenten con diagnóstico de ansiedad, previo al diagnóstico de COVID 19
- Médicos que no deseen participar en el estudio

Criterios de eliminación:

- Cuestionarios incompletos

VARIABLES

Variable independiente: Médicos Familiares y no Familiares con antecedente de haber padecido Covid 19 de la UMF No.58.

Variable dependiente: nivel de ansiedad

Definición de variables: Definición operacional, conceptual, tipo de variable escala de medición.

| Variable | Tipo de variable | Definición conceptual | Definición operacional | Categoría |
|------------------------|------------------|--|--|---|
| Prueba rápida covid 19 | Cuantitativa | La prueba rápida de antígeno COVID-19 es un inmunoensayo cromatográfico rápido para la detección de antígenos del SARS-CoV-2 presente en la nasofaringe humana. | Los resultados corresponden a la detección de antígenos del SARSCoV-2. Generalmente, un antígeno es detectable en muestras de las vías respiratorias superiores durante la fase aguda de la infección. | Positivo Negativo |
| Ansiedad | Cuantitativa | Es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos | Cuadro clínico que cumpla con cuestionario de Beck. | Leve puntuación 10 a 18 Moderado puntuación 19 a 29 Severo Puntuación 30 a 63 |
| Edad | Cuantitativa | Número de años completos que tiene una persona en una fecha concreta. | Se les preguntará través de la aplicación del cuestionario. | Años cumplidos |
| Sexo | Cualitativa | Hace referencia al sexo biológico de la persona. Según la OMS el sexo hace referencia a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres. | Se les preguntará través de la aplicación de los cuestionarios. | Femenino Masculino |

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para medir el nivel de ansiedad en Médicos Familiares y no Familiares de la UMF 58 posterior a la exposición a COVID 19 se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck; es un cuestionario de 21 ítems que evalúa la gravedad de los síntomas ansiosos en una escala de 0 (“en absoluto”) a 3 (“grave, difícilmente podía aguantarlo”). Según el manual, el intervalo normal para la Puntuación Total del BAI es de 0-9, la ansiedad leve es de 10-18, la ansiedad moderada es de 19-29 y la ansiedad grave oscila entre 30 y 63, se revisaran expedientes para corroborar prueba rápida Covid 19 con resultado positivo.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Análisis exploratorio

Una vez realizados los cuestionarios, se vaciaron los resultados en una base de datos de Excel. Una vez realizada la captura electrónica de los datos y la configuración de la base de los mismos, se procedió a la depuración de dicha base en búsqueda de errores en la captura, datos perdidos y no plausibles y se reportaron en graficas de pastel a través de porcentajes.

PROGRAMA DE TRABAJO: DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Previa evaluación y autorización por el comité local de investigación en salud 1503 y el comité local de ética en investigación 1503-8 y con el visto bueno de las autoridades de la unidad se procede a:

Con base al tamaño de muestra calculado se elegirán Médicos Familiares y no Familiares de la UMF 58 que hayan sido expuestos a COVID 19. El médico residente fue el encargado de contactar a Médicos Familiares y no Familiares y explicar el estudio, otorgando un consentimiento informado. Se estudió el nivel de ansiedad en Médicos Familiares y no Familiares de la UMF 58 que cursaron con COVID 19.

Se obtuvo la autorización, con previo consentimiento informado, se comentó con los Médicos Familiares y no Familiares de la consulta externa de la UMF No.58 (matutino y vespertino) en que consiste el protocolo y solicitar su apoyo y permiso para llevar a cabo dicho estudio.

Los resultados obtenidos se vaciaron en una base de datos en el programa Excel, para su posterior análisis estadístico. Los resultados se dieron a conocer y publicaron, cuidando el anonimato de las personas que en este participaron.

ASPECTOS ÉTICOS

El presente protocolo de investigación, sometido a evaluación y aprobación por el comité de ética en investigación 15038 y el comité Local de Investigación 1503, hasta ser dictaminado como aprobado se iniciará con su realización. Este estudio midió el : "nivel de ansiedad en Médicos Familiares y no Familiares de la UMF 58 que cursaron con COVID 19 ". Este estudio se llevo a cabo en una población subordinada dado que son trabajadores IMSS, sin embargo se aplicó en todo momento el respeto por los participantes, ya que no se les obligó a participar en dicho estudio, permitiéndoles su retiro y dándole las gracias. Este protocolo no se llevo a cabo en población vulnerable.

APEGO A LAS NORMAS ÉTICAS

En este protocolo todos los datos recopilados de los cuestionarios fueron recolectados y conservados de acuerdo con los lineamientos institucionales, con estricta privacidad en el manejo de la información.

En apego a los principios básicos para poder satisfacer conceptos morales, éticos y legales establecidos en el Código de Núremberg 1947, los principios básicos de la bioética de Beauchamp y Childress sobre la investigación de los seres humanos: autonomía o de respeto por las decisiones de otros por lo que en este protocolo fuimos respetuosos con la revelación de la información personal a la cual solo tendrán acceso los investigadores; no maleficencia ya que este protocolo no se pretendió hacer ningún daño intencionadamente; así mismo este protocolo garantizó la beneficencia porque la información se utilizó para beneficio del grupo de estudio y de los demás pacientes; justicia ya que los investigadores de este protocolo trataron a las personas con equidad, integridad científica, y respeto; por lo anterior este protocolo se apego a los siguientes lineamientos: la Ley General de Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, la declaración de Helsinki realizada durante la 8ª Asamblea Médica Mundial, en Helsinki Finlandia en junio de 1964 y su última enmienda realizada durante la 64 de la Asociación Médica Mundial en Fortaleza Brasil en octubre del 2013 y la declaración de Taipei sobre las consideraciones éticas en relación con las bases de los datos de salud y biobancos que complementa oficialmente a la declaración de Helsinki desde el 2016, con el objetivo de asegurar la protección de las personas en su integridad y derechos, contribuyendo así mismo al bienestar individual y social. Este protocolo no expuso a riesgos ni daños innecesarios al participante.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Todos los participantes incluidos en el protocolo de investigación entendieron la importancia y la finalidad de una carta de consentimiento informado, así como la resolución de dudas que puedan surgirle en lo referente al estudio antes de firmarla, el documento fue entregado y solicitado a cada uno de los participantes por el Médico Residente. En esta carta se utilizó 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 sus derechos laborales, como se establece en la declaración de Helsinki 2013.

OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO:

La carta de consentimiento informado de todos los participantes, fueron obtenidas por parte del Tesista (Minerva Ávila García) y respaldado por el investigador principal Dr. César Carlos López García. Para la obtención del consentimiento informado se acudió al consultorio de cada Médico a la hora de la salida o bien cuando el Médico me indicó un espacio libre y se explicó detalladamente el objetivo

del estudio, la importancia de sus respuestas, y se aclaró dudas que pudieran surgirle del consentimiento informado; si acepta participar le doy a firmar el consentimiento, el cual será entregado para su requisición y firma, haciéndole la aclaración de que en caso de no participar no habrá represalias ni repercusión en sus derechos laborales, como se establece en la declaración de Helsinki 2013. La obtención del consentimiento informado se realizó a partir de la autorización de este protocolo en los horarios laborales de los Médicos de lunes a viernes en la UMF 58.

CONTRIBUCIÓN Y BENEFICIO A LOS PARTICIPANTES:

El participar en este estudio no ningún beneficio económico para los participantes; ni tampoco generó ningún costo adicional para ellos, sin embargo, la intención del presente estudio es generar información científica útil y aplicable en la atención de salud de los pacientes con ansiedad, los beneficios que obtendremos de este estudio es investigar el nivel de ansiedad en Médicos Familiares y no Familiares de la UMF 58 y con esto mejorar la calidad de vida del personal de salud que atiende a pacientes con COVID 19 debido al riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad, depresión, insomnio, angustia, pánico, repercutiendo en la atención de los pacientes en la consulta diaria.

BALANCE RIESGO/BENEFICIO:

Tomando en cuenta que la información fue obtenida por un método que implicó riesgo mínimo alguno a la integridad del participante y a su salud, los beneficios si bien no son claros a corto plazo, tendrán impacto favorable en la población general y salud al realizar una detección oportuna de ansiedad, siguiendo los principios de respeto y justicia por las personas, ya que todas las personas tienen la misma dignidad y son merecedoras del mismo trato, y todos los médicos tendrán la misma oportunidad de integrarse a la investigación y decidir si aceptan o no colaborar en la investigación, sin que exista coerción por parte de los investigadores, en apego al principio fundamental de la Autonomía, de la misma forma se respetarán los principios de Beneficencia-No maleficencia que consisten en no poner en riesgo innecesario a los participantes, buscando el beneficio máximo, con el mínimo riesgo, procurando no producir daño y/o prevenirlo al máximo, haciendo manifiesto el apego a los principios fundamentales de la bioética en la investigación en seres humanos descritos en el informe de Belmont 1979.

CONFIDENCIALIDAD:

Los datos recopilados de los Médicos Familiares y no Familiares serán mantenidos en total confidencialidad. A cada participante se le asignará un código número con el cual será identificado cada cuestionario. Los datos completos sólo estarán

disponibles para los investigadores responsables del protocolo, en una base de datos que estará resguardada por una clave a la cual solo tendrán acceso los investigadores, quienes manifestamos la obligación de no revelar la identidad de los participantes, durante la realización del estudio e incluso durante la divulgación de los resultados.

SELECCIÓN DE PARTICIPANTES:

La selección de participantes se llevó a cabo bajo los principios de equidad y justicia donde no existirá ningún tipo de discriminación y fueron tomados de la plantilla vigente de trabajadores de Salud de la UMF 58, y que cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión.

BENEFICIOS AL FINAL DEL ESTUDIO:

Los beneficios de este estudio tienen un carácter estrictamente científico y en ningún momento se persigue beneficios lucrativos para ninguno de los participantes ni los investigadores, además que puede tener aportaciones para el personal de salud de las diferentes unidades de trabajo.

ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD:

Como la obtención de información será a través de cuestionario el cual no tiene implicaciones de bioseguridad que pongan en riesgo la salud o integridad física del personal de salud, o las y los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, o afecte al medio ambiente, evitando de esta manera todo daño o sufrimiento innecesario físico o mental como lo dicta el código de Núremberg 1947.

DECLARACIÓN DE HELSINKI

Conforme a la última enmienda de Helsinki por la asociación médica mundial en su 64 asamblea general celebrada en su última edición en Brasil de 2013, este trabajo de investigación obedeció a los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.

Destacando los siguientes principios aplicables a esta investigación.

- El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
- El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través

de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

- La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.
- En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento. ⁽²⁰⁾

RECURSOS FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Los recursos necesarios fueron cubiertos por el Tesista, de requerirse algunos adicionales se gestionaron en la estancia correspondiente.

RECURSOS HUMANOS:

Investigador Tesista: residente de Medicina Familiar Investigador responsable.

RECURSOS FÍSICOS

Área física: Consultorios de la UMF 58

Instrumentos de medición: Cuestionario de Beck

Formatos de recolección: Cuestionarios, 1 computadora

1 impresora, programa Excel, Plumas, Lápices, Paquetes de hojas blancas.

RECURSOS ECONÓMICOS

Los gastos generados para esta investigación corrieron a cargo del investigador principal.

FACTIBILIDAD:

Los instrumentos empleados para el cotejo de información, así como el programa donde se registró y analizó la información son de fácil acceso vía internet y sin costo. Además, es factible contar con los recursos humanos, materiales y el financiamiento necesario para la investigación.

DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS:

La realización de este proyecto dió como resultado la formación de un recurso humano de nivel Posgrado en Medicina Familiar, por lo que la difusión de los resultados fue a través de la tesis, adicionalmente se pretende presentar en un foro de investigación regional o nacional y/o la publicación en una revista científica indizada.

Así mismo a todo el personal que salga con algún nivel de ansiedad (baja, moderada, o severa) se le va a sugerir buscar tratamiento con su Médico Familiar o acercarse al servicio de SPPSTIMSS (Servicio de Prevención y Promoción de los Trabajadores IMSS), sin embargo esto escapa a los objetivos del estudio.

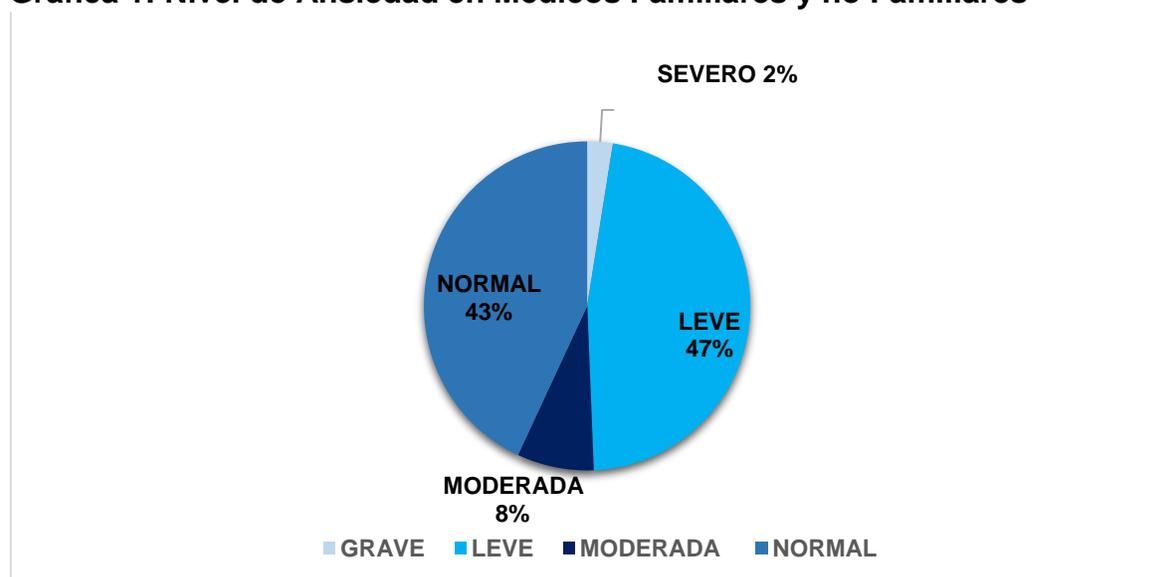
RESULTADOS

Se encuestaron 87 Médicos Familiares y no Familiares de la Unidad de Medicina Familiar número 58, se utilizó el Inventario de ansiedad de Beck, se excluyeron 8 Médicos porque no cumplieron con los criterios de inclusión, quedando con una muestra de 79 médicos, obteniendo los siguientes resultados.

Tabla 1: Nivel de Ansiedad en Médicos Familiares y no Familiares

| Nivel de ansiedad | n: 79 | % |
|-------------------|-------|----|
| Severo | 2 | 2 |
| Moderado | 6 | 8 |
| Leve | 37 | 47 |
| Normal | 34 | 43 |

Gráfica 1: Nivel de Ansiedad en Médicos Familiares y no Familiares

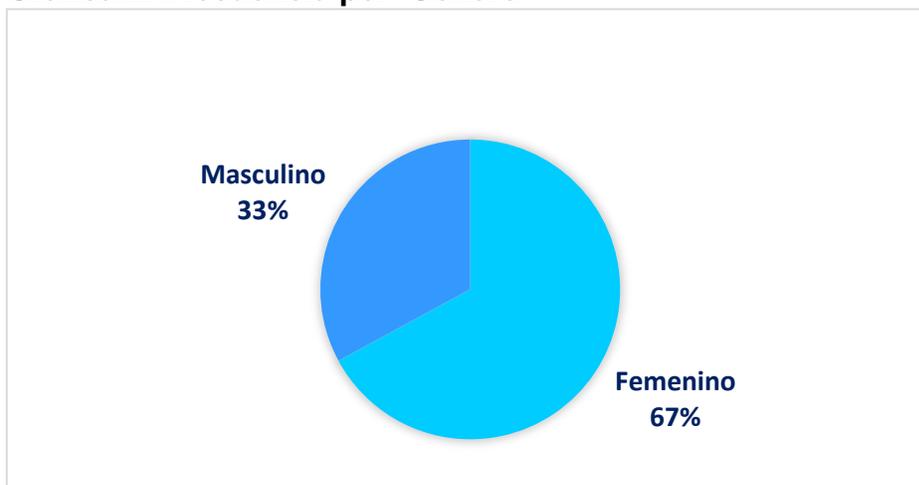


Se observa que el 43% de los médicos presenta nivel de ansiedad normal, 47% leve, 8% moderado y 2% grave.

Tabla 2: Frecuencia por Género

| Sexo | n : 79 | % |
|------------------|--------|----|
| Femenino | 53 | 67 |
| Masculino | 26 | 33 |

Gráfica 2: Frecuencia por Género

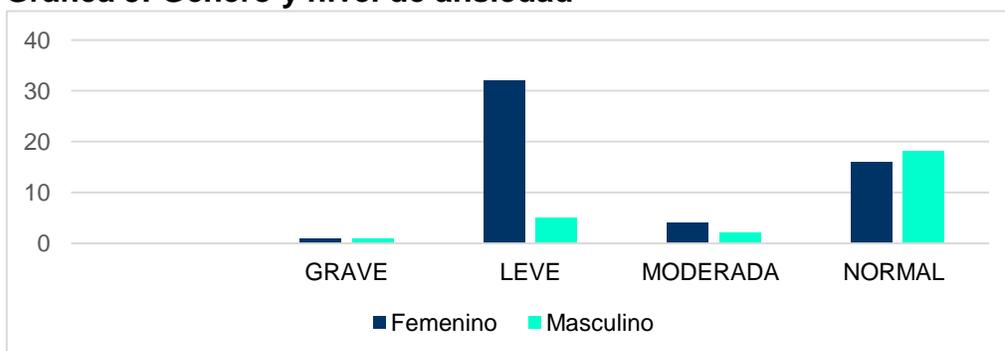


Se observa que del total de Médicos Familiares y no Familiares encuestados, el 67% corresponden al sexo femenino y 33% del sexo masculino.

Tabla 3: Género y nivel de ansiedad

| Nivel de Ansiedad | Femenino n :53 | % | Masculino n :26 | % |
|-------------------|-------------------|-------|--------------------|-------|
| Severo | 1 | 1.26 | 1 | 1.26 |
| Moderado | 4 | 5.06 | 5 | 6.32 |
| Leve | 32 | 40.50 | 2 | 2.53 |
| Normal | 16 | 20.25 | 18 | 22.78 |

Gráfica 3: Género y nivel de ansiedad

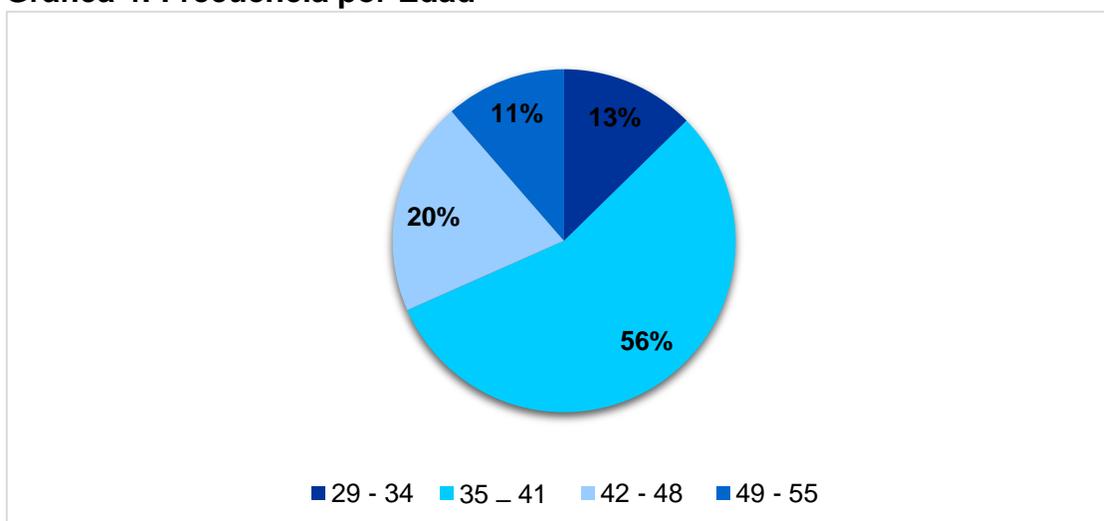


Se observó que del sexo femenino 1.26% presentan ansiedad grave, 5.06% moderada, 40.50% leve y 20.25 normal; del sexo masculino presentan ansiedad grave 1.265, moderada 2.535, leve 6.325 y normal 22.78%.

Tabla 4: Frecuencia por Edad

| Edad | n: 79 | % |
|---------|-------|----|
| 29 - 34 | 10 | 13 |
| 35 - 41 | 44 | 56 |
| 42 - 48 | 16 | 20 |
| 49 - 55 | 9 | 11 |

Gráfica 4: Frecuencia por Edad



Se observó que en el grupo de edad de 29 a 34 años representa el 13%, de 35 a 41 años representa el 56%, de 42 a 48 años representa 20%, y de 49 a 55 años representa el 11%.

Tabla 5: Edad y nivel de ansiedad

| Edad | Normal | % | Leve | % | Moderado | % | Grave | % |
|---------|--------|-------|------|-------|----------|------|-------|------|
| 29 - 34 | 8 | 10.12 | 1 | 1.26 | 1 | 1.26 | 0 | 0 |
| 35 - 41 | 13 | 16.45 | 29 | 36.70 | 1 | 1.26 | 1 | 1.26 |
| 42 - 48 | 7 | 8.86 | 5 | 6.32 | 3 | 3.79 | 1 | 1.26 |
| 49 - 55 | 6 | 7.59 | 2 | 2.53 | 1 | 1.26 | 0 | 0 |

Se observó que el grupo de edad entre 29 y 34 años 10.12 % presente ansiedad normal, 1.26% leve, 1.26% moderado, en el grupo de edad de 35 a 41 años 16.45% presenta ansiedad normal, 36.70% leve, 1.26 % moderado, 1.26% grave, en el grupo de edad 42-48 presente ansiedad normal 8.86%, leve 6.32%, moderado 3.79%, grave 1.26%, en el grupo de edad de 49 a 55 años presente ansiedad normal 7.59, leve 2.53, moderado 1.26.

DISCUSIÓN

A raíz del Covid 19, el personal Médico se ha visto afectado en relación a su salud mental por ser la primera línea durante la pandemia.

En un estudio realizado en China con 1210 participantes se buscó el impacto psicológico por COVID 19 en el personal de salud y la población en general, se utilizó la escala Event Scale-Revised y la escala de Depression, Anxiety and Stress Scale con los siguientes resultados: sexo femenino 67.3% edades entre 21.4 a 30.8 años 53.1%, casados 76.4%, se observó que la ansiedad del personal de salud fue del 23.04% mayor en mujeres que en hombres y mayor en enfermeras que entre los médicos. ⁽²⁰⁾ En el presente se utilizó el cuestionario de Beck, en una población de 79 Médicos Familiares y no Familiares con los siguientes resultados: nivel de ansiedad leve 47%, de acuerdo al sexo se presentó con mayor frecuencia en mujeres 67% con ansiedad leve 40.5%, por lo que se puede observar que el sexo femenino predomina sobre el masculino.

En un estudio realizado de junio a diciembre en 2020 en los Hospitales de la Secretaría de Salud del Estado de Puebla a Médicos residentes para evaluar la prevalencia de depresión, ansiedad, y factores asociados durante la pandemia de Covid 19 se obtuvieron los siguientes resultados: la frecuencia de ansiedad fue de 17 % , el grupo etario más frecuente fue el de 26 a 31 años factores de riesgo para depresión fueron ansiedad (RM = 36.9), historia de contacto con paciente con COVID-19 (RM = 2.49, p = 0.035) e historia de ansiedad en los padres (RM = 2.6, p = 0.009), en relación con el sexo, se estudiaron 124 mujeres y 123 hombres,

respecto a la ansiedad, fue más frecuente la leve; la grave no se registró en ningún médico; la proporción de mujeres y hombres fue de 8.9 y 8 %. ⁽³³⁾

En el presente estudio se observó que el grupo etario más frecuente fue 35 a 41 años con un 56%, en relación al género se estudiaron 53 mujeres que representa el 67% y 26 hombres que representa el 33%; respecto a la ansiedad se presentó con mayor frecuencia en mujeres 40.50%, el nivel de ansiedad que más se presentó fue leve con 47%, sin embargo la ansiedad grave se presentó en un porcentaje mínimo 1.26% en los grupos de edad de 35 y 41 años y de 42 a 48 años. Por lo que también se puede concluir que predomina la ansiedad leve sobre la ansiedad moderada y severa, afectando con mayor frecuencia al sexo femenino.

De acuerdo al artículo de Álvaro Monterrosa-Castro en un estudio realizado en Colombia en el 2020 que se llevó a cabo en 531 médicos generales para determinar la presencia de síntomas de estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID 19, en donde se utilizó la Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) obteniendo como resultados: ansiedad leve: 178 (33.5%) (IC 95%: 29.6-37.6), moderado: 138 (26.0%), (IC 95% 22.4-30.0), severos: 71 (13.4%) (IC 95%: 10.7-16.5) y no presentaban síntomas de ansiedad: 144 (27.1%) (IC 95%: 23.5-31.0) ⁽³²⁾; en comparación el presente estudio se realizó en 79 médicos familiares y no familiares se utilizó el Inventario de ansiedad de Beck, obteniendo los siguientes resultados ansiedad leve 47%, moderada 8%, severo 2%, y normal 43%, por lo que se determina que los resultados son similares predominando ansiedad leve, seguido de médicos que no presentaron síntomas de ansiedad y/o normal.

CONCLUSIÓN

Con el presente estudio se concluye que de los 87 Médicos Familiares y no Familiares en los que se aplicó el cuestionario de ansiedad de Beck, de acuerdo a los resultados el nivel de ansiedad que predomina es leve con un 47%.

El nivel de ansiedad que se presentó con mayor frecuencia en mujeres fue ansiedad leve con 40.50%, de acuerdo al género predomina el sexo femenino sin embargo la población de la Unidad de Medicina Familiar No. 58 en Médicos Familiares y no Familiares son mujeres.

Los grupos más afectados fueron de 35-41 años con ansiedad grave 1.26%, de 42 a 48 años 1.26% con ansiedad grave.

IMPACTO

El presente protocolo ayudará a tener estrategias para el cuidado de la Salud mental del personal medico quienes han mostrado que las exigencias emocionales y cognitivas a los que estuvieron expuestos , la falta de conocimiento sobre este virus, la falta de información, de previsión, de protocolos de actuación contribuyo a tener múltiples afectaciones emocionales, desde desmotivación, insomnio, estrés, hasta la ansiedad siguen afectando su vida personal y laboral, por tal motivo, se requiere métodos, programas e instrumentos eficientes para la detección y apoyo hacia el personal enfocados en detecciones de problemas de salud mental, e implementar instrumentos aplicables en la UMF 58y que a su vez se puedan aplicar en otras Unidades.

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

De acuerdo a la OMS es muy importante cuidar nuestra Salud Mental por lo que nos da los siguientes consejos y recomendaciones desde mantenerse informado en fuentes confiables, tener contacto social evitar drogas, tener redes de apoyo, evitar discriminación, ofrecer ayuda.

Sin embargo varios artículos describen la importancia de la red social satisfactoria que promueve comportamientos y hábitos saludables, además el apoyo social percibido es uno de los factores determinantes del bienestar y la calidad de vida. Las relaciones sociales reportadas por los participantes contribuyeron a propiciar una mejor adaptación al contexto de pandemia. El apoyo percibido a través de amigos y compañeros de trabajo (aunque en modalidad virtual, por la restricción de la sana distancia) puede ser relevante por el soporte social básico que brinda y el cubrimiento de las necesidades cotidianas.

Se sugiere enviar a valoración psicología en caso de ser necesario, así como recomendar un estilo de vida saludable, adquirir una actividad recreativa, así como cumplir con sus esquemas de vacunación en temporada invernal, y llevar las medidas higiénicas.

CRONOGRAMA



GOBIERNO DE MÉXICO



Instituto Mexicano del Seguro Social
 Dirección General de Estudios e Investigación
 Dirección de Estudios e Investigación
 Comisión de Seguimiento de Estudios e Investigación
 Centro de Estudios e Investigación en Salud
 Unidad de Estudios e Investigación

Hidalgo del Parral de Baz, a 08 de mayo de 2023

Asunto: Cronograma de Actividades y Carta Compromiso de envío de informes técnicos
Título de la Investigación: Nivel de ansiedad en Médicos Familiares y no Familiares de la UMF 58 que cursaron con COVID 19.

| ACTIVIDADES | 2022 -2023 | | | | | | | | | | | |
|--|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY |
| DELIMITACIÓN DEL TEMA | | | | | | | | XX | XX | XX | | |
| ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO | | | | | | | | | | XX | | |
| ENVÍO ANTE SIRELCIS PARA SU AUTORIZACIÓN | | | | | | | | | | | XX | XX |
| RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN | X | X | | | | | | | | | | |
| ENVÍO DE INFORMES TÉCNICOS | | X | | | | | | | | | | |
| ANÁLISIS DE RESULTADOS | | | X | | | | | | | | | |
| PUBLICACIÓN DE RESULTADOS | | | X | | | | | | | | | |
| INFORME TÉCNICO DE CIERRE | | | | X | X | | | | | | | |

| | |
|-----------|----|
| Planeado | X |
| Realizado | XX |

“El investigador responsable se obliga a presentar en el Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS) los Informes de Seguimiento Técnico semestrales tomando en cuenta la fecha de aprobación y obtención de registro y que una vez que el estudio haya sido terminado presentará el Informe de Seguimiento Técnico final, así como los informes extraordinarios que se le requieran sobre el avance del protocolo hasta la terminación o cancelación de este.

Atentamente

Dr. Cosar Carlos López García
 Coordinador clínico de
 Educación e Investigación

Investigador (a) Responsable



Cel. Eqp. 4452376
 Mail: 111329@ic



Proceso de Investigación en Salud. El presente es un documento confidencial. No debe ser divulgado fuera del ámbito de su uso. No se permite su reproducción o uso no autorizado.
 2023-05-08 10:00 AM



2023
Francisco VILLA
 COMMEMORATIVO

ANEXOS CARTA DE NO INCONVENIENTE



Instituto Mexicano del Seguro Social
El grande Seguro Social en México
Seguro Social en México
Secretaría de Salud de México
Calle Francisco I. Madero y Estrada, s/n, Jardines
de San Salvador, Delegación Cuauhtémoc, CDMX
Código Postal 06702, México, D.F.
Teléfono: 56 23 43 43, 56 23 43 43

Naucalpan, Estado de México a 08 de mayo del 2023.

Unidad de Medicina Familia No. 58 "Las Margaritas"

Nombre del Investigador Principal: **Ávila García Minerva**

Asunto: Carta de No inconveniente para la realización de Protocolo de Investigación

Por medio de la presente, me permito informar que **No existe inconveniente** alguno para que se realice el protocolo de investigación que a continuación se describe, una vez que haya sido evaluado y aprobado por el comité Local de Investigación en Salud y el comité de ética en Investigación que le correspondan.

Título de la Investigación

"Nivel de ansiedad en Médicos Familiares y no Familiares de la UMF No. 58 que cursaron con COVID 19"

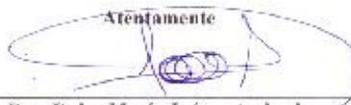
Investigación Vinculada a Tesis.

Si

Alumno (s): Ávila García Minerva

Residente de tercer año de la especialidad de Medicina Familiar

Sin más por el momento, agradezco su atención y envío un cordial Saludo

Atentamente

Dra. Dulce María Juárez Andrade
Directora de la UMF 58

Cep. Investigador Principal: **Dr. César Carlos López García**

Cep. **Dra. María del Carmen Hernández Vargas, CCEIS**

C.e.p. Archivo

MAP:YYY

Red Mexicana de Alta Especialidad (RMASE) - Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) - Secretaría de Salud (SS) - México - C.P. 06702
Teléfono: 56 23 43 43, 56 23 43 43 | www.imss.gob.mx





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN

Y POLITICAS DE SALUD

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(ADULTOS)

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: Nivel de ansiedad en Médicos Familiares y no Familiares de la UMF 58 que cursaron con COVID 19

Investigador principal Dr. López García César Carlos, Especialista en Medicina Familiar, Coordinador Clínico de Educación e investigación en Salud

Investigador asociado o tesista Ávila García Minerva

No aplica

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha: Unidad de Medicina Familiar No.58, Tlalnepantla de Baz, Estado de México a 04 de mayo 2023

Número de registro: R-2023-1503-037

Justificación y objetivo del estudio: El propósito de este estudio es determinar el Nivel de ansiedad en Médicos Familiares y no Familiares de la UMF 58 , que haya aparecido posterior a cursar con COVID 19, buscando identificar si existe una correlación entre ambos trastornos a fin de sugerir acciones para mejorar su entorno social desde el trabajo hasta su familia.

Procedimientos: ❖ Previo consentimiento, se procederá a la aplicación del Cuestionario Inventario de ansiedad de Beck (BAI). Es un cuestionarios d e21 ítems que evalúa la gravedad de los síntomas ansiosos en una escala de 0 a 3. Según el intervalo normal para la puntuación normal del BAI es de 0 a 9, ansiedad leve 10 a 18, ansiedad moderada 19 a 29 y ansiedad grave oscila entre 30 y 63.

Posibles riesgos y molestias: El estudio implica un riesgo mínimo, las probables molestias que se pudieran originar en los participantes podría ser la incomodidad al contestar ciertas preguntas o tal vez la falta de tiempo para poder contestar tranquilamente cada una de ellas.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: No recibirá pago por su participación, los beneficios de este estudio es que se brindará información relevante y se incrementará el conocimiento científico sobre el tema de investigación.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: La publicación de los resultados se realizará respetando completamente el anonimato de los participantes. Los resultados serán expuestos mediante representaciones gráficas y los de mayor importancia se darán a conocer al personal de salud. En caso de detectarse alguna alteración se informará y referirá con médico tratante o correspondiente.

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.

Privacidad y confidencialidad: La información proporcionada que pudiera ser utilizada para identificar al paciente será guardada de manera confidencial, al igual que la información recabada en el instrumento de recolección de datos, así como también los resultados de los mismos para salvaguardar su información y garantizar su privacidad. La información que nos brinde es estrictamente confidencial, 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 aplica

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): No aplica

Recibir la información resultante acerca del Nivel de ansiedad en

Beneficios al término del estudio: Médicos Familiares y no Familiares de la UMF 58 que cursaron con COVID 19.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dr. López García César Carlos, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la Unidad de Medicina Familiar No.51 Santa Mónica, de lunes a viernes de 8:00hrs a 15:00hrs.

Teléfono: 5553612121 ext 114

Correo Electrónico: cesar.lopezga@imss.gob.mx

Matricula 11152984

Colaboradores:

Dra. Ávila García Minerva, Residente de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No.58

Las margaritas, de lunes a viernes de 07:00hrs a 19:00hrs.

Tel: 5539029633 Correo electrónico: mine43@live.com.mx

Matricula 95155437

En caso de dudas o aclaraciones o quejas sobre sus derechos como participante en un estudio de investigación, garantizando una respuesta, podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación 1503-8, Hospital General de Zona número 58 del IMSS: Calle Boulevard Manuel Ávila Camacho sin número, fraccionamiento Las Margaritas, Colonia Santa Mónica, Tlalnepantla de Baz, Estado de México, C.P. 54050 Teléfono: (55) 53-97-45-15 Extensión 52315, de Lunes a Viernes , en un horario de 07:00hrs a 19:00hrs, Correo Electrónico: comité.etica15038@gmail.com

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

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

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

Nombre, dirección, relación y firma

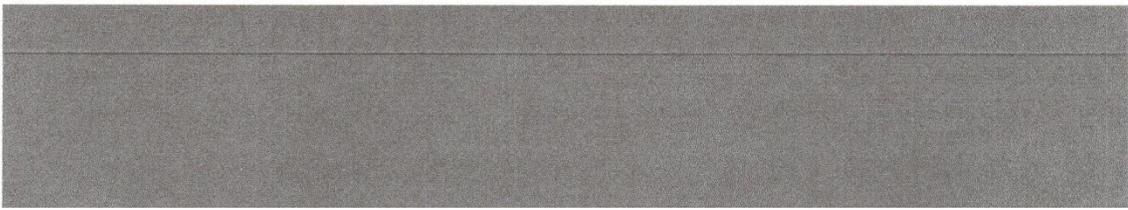
Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

| | En absoluto | Levemente | Moderadamente | Severamente |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 Torpe o entumecido. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2 Acalorado. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3 Con temblor en las piernas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4 Incapaz de relajarse | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5 Con temor a que ocurra lo peor. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6 Mareado, o que se le va la cabeza. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8 Inestable. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9 Atemorizado o asustado. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10 Nervioso. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | En absoluto | Levemente | Moderadamente | Severamente |
| 11 Con sensación de bloqueo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12 Con temblores en las manos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13 Inquieto, inseguro. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14 Con miedo a perder el control. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15 Con sensación de ahogo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16 Con temor a morir. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17 Con miedo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18 Con problemas digestivos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19 Con desvanecimientos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20 Con rubor facial. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | En absoluto | Levemente | Moderadamente | Severamente |
| 21 Con sudores, fríos o calientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Francisco Javier Díaz-Castrillón¹, Ana Isabel Toro-Montoya, SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia, Editora Médica Colombiana S.A., Volumen 24, Número 3, 2020. P23
2. Federico Javier Ortiz-Ibarra,¹ Jesús Abraham Simón-Campos,² Alejandro Macías-Hernández, et al.; COVID-19: prevención, diagnóstico y tratamiento. Recomendaciones de un grupo multidisciplinario; *Med Int Méx* 2022; 38 (2): 288-321
3. Ramírez Ortiz, Jairo et al. Consecuencias de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *Rev. colomb. anestesiología*. [online]. 2020, vol.48, n.4, e301. Epub Nov 25, 2020
4. Palacios Cruz M, et al. COVID-19, una emergencia de salud pública mundial. *Rev Clin Esp*. 2020.
5. Francisco Javier Díaz-Castrillón¹, Ana Isabel Toro-Montoya, SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia, Editora Médica Colombiana S.A., Volumen 24, Número 3, 2020. P23
6. Antonio Lozano-Vargas, Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China, *Rev Neuropsiquiatr*. 2020; 83(1):5156
7. Jesús Salvador Sánchez Díaz, Karla Gabriela Peniche Moguel, Gerardo Rivera Solís, Psicosis del personal de salud en tiempos de COVID-19, tema de investigación, p 1-4
8. Rodríguez Chiliquinga, N. S., Padilla Mina, L. Álvaro, Jarro Villavicencio, I. G., Suárez Rolando, B. I., & Robles Urgilez, M. (2021). Factores de riesgo asociados a depresión y ansiedad por covid-19 (SARS-Cov-2). *Journal of American Health*, 4(1), 63–71.

9. Lupiani Castellanos P. COVID-19. La actualidad imposible. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización en Pediatría 2022. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2022. p. 35-47.
10. Ortiz-Ibarra FJ, Simón-Campos JA, Macías-Hernández A, AndaGaray JC, Vázquez-Cortés J, et al, COVID-19: prevención, diagnóstico y tratamiento. Recomendaciones de un grupo multidisciplinario. Med Int Méx 2022; 38 (2): 288-321.
11. Fernandez R, Sikhosana N, Green H, et al. Anxiety and depression among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic umbrella review of the global evidence. BMJ Open 2021
12. David A. Clark, Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad , DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2012, p 994
13. Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2020; 37(2):327-34.
14. Humberto Nicolini, Depresión y ansiedad en los tiempos de la pandemia COVID 19
15. Carlos Ruiz-Fruto, Juan Gómez-Salgado¹, Efectos de la pandemia por Covid 19 en la salud mental de la población trabajadora
16. González-Rivera, J., Rosario-Rodríguez, A., & Cruz-Santos, A. (2020). Escala de Ansiedad por Coronavirus: Un Nuevo Instrumento para Medir Síntomas de Ansiedad Asociados al COVID-19. Interacciones, 6(3), e163
17. Monterrosa-Castro A, Dávila-Ruiz R, Mejía-Mantilla A, ContrerasSaldarriaga J, Mercado-Lara M, Flores-Monterrosa C. Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos, MedUNAB. 2020; 23: 195-213.
18. Miriam Osorio-Martínez Michan Malca-Casavilca, Yudy CondorRojas² Factores asociados al desarrollo de estrés, ansiedad y depresión en trabajadores, p. 2022;25(3):271-284.

19. Eloy Chacón Delgado, Dayana Xatruch De la Cera,
Generalidades sobre el trastorno de ansiedad, Revista Cúpula
2021, 35 (1): 23-36
20. Lozano-Vargas A. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. Revista de Neuro-Psiquiatria [Internet]. 11abr.2020
21. Sofia Pappa, Vasiliki Ntella, Timoleon Giannakas, Vassilis G. Giannakoulis, Eleni Papoutsis, Paraskevi Katsaounou, Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and metaanalysis, p 8
22. Tariq Noman M. Alanazia, Lisa McKenna, Miranda Bucka, Rayan Jafnan Alharbia, Reported effects of the COVID-19 pandemic on the psychological status of emergency healthcare workers: A scoping review, p 17
23. Johns, V. Samuel, L. Freemantle, J. Lewis, L. Waddington, The global prevalence of depression and anxiety among doctors during the covid-19 pandemic: Systematic review and metaanalysis
24. Wendy Navas Orozco, María Jesús Vargas Baldare, Trastornos de ansiedad, p 11
25. González-Rivera, J., Rosario-Rodríguez, A., & Cruz-Santos, A. (2020). Escala de Ansiedad por Coronavirus: Un Nuevo Instrumento para Medir Síntomas de Ansiedad Asociados al COVID-19. Interacciones, 6(3), p 13
26. Apinya Koontalay, Wanich Suksatan, Kantapong Prabsangob, Jonaid M Sadang, Healthcare Workers, et al Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in Covid-19 pandemics. p. 13
27. Xavier Escudero, Jeannette Guarner, Arturo Galindo-Fraga, Mara Escudero-Salamanca, Marco A. Alcocer-Gamba y Carlos DelRío, La pandemia de Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19): Situación actual e implicaciones para México, p 8

28. Juan Carlos Siurana Aparisi, Los principios de la bioética y el subdesarrollo , Universidad de Valencia (España), p. 37
29. Basaldua-Cabezudo S, Córdova-Tello J, Cadillo-Poma A. COVID-19: nueva escala para medir su relación estrecha con la ansiedad. *Neumol Cir Torax*. 2021; 80 p 12
30. Lucas-Hernández A, González-Rodríguez VR, López-Flores A, Kammar-García A, Mancilla-Galindo J, Vera-Lastra O et al. Estrés, ansiedad y depresión en trabajadores de salud durante la pandemia por COVID-19. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2022;60(5):556-62
31. Miranda Pedroso, R. y Murguía Izquierdo, ED (2021). Síntomas de Ansiedad y Depresión en Personal de Salud que Trabaja con Enfermos de COVID-19. *Revista Internacional de Ciencias Médicas y Quirúrgicas*, 8 (1), 1-12.
<https://doi.org/10.32457/ijmss.v8i1.655>
32. Monterrosa-Castro A, Dávila-Ruiz R, Mejía-Mantilla A, Contreras-Saldarriaga J, Mercado-Lara M, Flores-Monterrosa C. Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *MedUNAB*. 2020;23(2): 195-213. doi: 10.29375/01237047.3890
33. Martínez-García JA et al. Prevalencia de depresión, ansiedad y factores asociados en médicos residentes de centros hospitalarios durante la pandemia de COVID-19, *Rev Alerg Mex*. 2022;69(1):1-6