



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94 "SAN
JUAN DE ARAGON"

**DEBUT DE TRASTORNO DEPRESIVO DURANTE LA
PANDEMIA ASOCIADO AL AISLAMIENTO SOCIAL.**

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

FUENTES ESCAMILLA GABRIELA JUDITH

DR. JUAN PABLO SALAZAR REYES

DR. SERGIO A. LEÓN ÁNGELES

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX 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

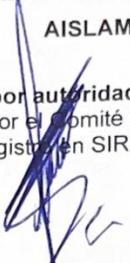
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.

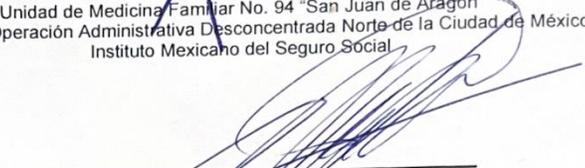
“DEBUT DE TRASTORNO DEPRESIVO DURANTE LA PANDEMIA ASOCIADO AL AISLAMIENTO SOCIAL”

Aprobación por autoridades institucionales
Proyecto Autorizado por el Comité Local de Investigación 3511
Con Número de Registro en SIRELCIS: R-2022-3511-045



Dr. Sergio Alberto León Angeles
Director Médico

Unidad de Medicina Familiar No. 94 "San Juan de Aragón"
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Norte de la Ciudad de México
Instituto Mexicano del Seguro Social



Dra. Miriam Ramírez Cortez

Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud
Unidad de Medicina Familiar No. 94 "San Juan de Aragón"
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Norte de la Ciudad de México
Instituto Mexicano del Seguro Social



Dr. Rodrigo Villasenor Hidalgo

Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No. 94 "San Juan de Aragón"
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Norte de la Ciudad de México
Instituto Mexicano del Seguro Social



Dra. Judith Magdalena Corona Lara

Profesora Adjunta del Curso de Especialización en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No. 94 "San Juan de Aragón"
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Norte de la Ciudad de México
Instituto Mexicano del Seguro Social



Dra. Monserrat Jazmin Garcia Rangel

Profesora Adjunta del Curso de Especialización en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No. 94 "San Juan de Aragón"
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Norte de la Ciudad de México
Instituto Mexicano del Seguro Social



Dr. Juan Pablo Salazar Reyes

Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No. 94 "San Juan de Aragón"
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Norte de la Ciudad de México
Instituto Mexicano del Seguro Social



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **3511**.
U MED FAMILIAR NUM 14

Registro COFEPRIS **19 CI 09 017 032**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 09 CEI 012 2018082**

FECHA **Martes, 04 de octubre de 2022**

Dr. JUAN PABLO SALAZAR REYES

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **DEBUT DE TRASTORNO DEPRESIVO DURANTE LA PANDEMIA ASOCIADO AL AISLAMIENTO SOCIAL**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2022-3511-045

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

ATENTAMENTE

Dr. ANDRÉS LEÓN SANTAMARÍA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3511

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

Para mis padres que siempre están conmigo, por su apoyo incondicional siempre.

A mi hermano por estar para mí, y por apoyarme en mis decisiones.

A mis asesores por todo el aprendizaje y apoyo en mis logros.

Gracias por todo.

INDICE

Resumen estructurado.	03
Marco Teórico.	04
Introducción.	04
Antecedentes.	11
Antecedentes científicos	14
Justificación.	18
Planteamiento del problema.	20
Pregunta de Investigación.	20
Objetivos.	21
Objetivo general.	21
Objetivos específicos	21
Hipótesis	21
Sujeto, material y métodos.	21
Diseño de la investigación	21
Universo y población de estudio.	22
Criterios de Selección de la muestra.	22
Determinación del tamaño de la muestra	23
Procedimiento para integrar la muestra	24
Definición de variables	25
Descripción del estudio	26
Instrucciones de recolección de datos	27
Procedimiento para recolección de datos	29
Análisis de datos.	29
Consideraciones Éticas	30
Recursos, financiamiento y factibilidad	36
Cronograma de actividades.	38
Referencias bibliográficas.	39
Anexos.	43

RESUMEN ESTRUCTURADO

DEBUT DE TRASTORNO DEPRESIVO DURANTE LA PANDEMIA ASOCIADO AL AISLAMIENTO SOCIAL.

Fuentes Escamilla Gabriela Judith¹, Salazar-Reyes Juan Pablo², León-Ángeles Sergio A.³

1. Médico Residente de Segundo Año del Curso de Especialización en Medicina Familiar. UMF No. 94, IMSS.
2. Médico Familiar. Profesor de Apoyo del Curso de Especialización en Medicina Familiar. UMF No 94, IMSS.
3. Médico Familiar, Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 94, IMSS.

Antecedentes: La pandemia por coronavirus 2019 (COVID-19) es una emergencia de salud pública de preocupación internacional, con impactos sin precedentes en el siglo XXI y hoy representa un gran desafío a la salud mental; La implementación de medidas de salud pública como la cuarentena o el aislamiento son estrategias útiles para el control de una enfermedad; no obstante, también traen consecuencias sobre la salud mental. Las políticas de cuarentena y aislamiento pueden generar distintos estresores que deriven en afecciones de la salud mental como es el caso de debutar con trastorno depresivo. **Objetivo:** asociar la presencia de trastorno depresivo y aislamiento social durante la pandemia COVID-19 en mujeres de 30 a 50 años de edad. **Materiales y métodos:** estudio observacional, transversal y analítico, en mujeres mayores de 30 a 50 años de edad, derechohabientes del IMSS adscritas a la UMF 94; se utilizó la escala ZUNG para evaluar depresión; los resultados se presentaron en tablas y gráficas, el análisis estadístico fue mediante chi cuadrada. Se cuenta con la **infraestructura y la autorización** de la institución educativa. **Riesgo de Estudio:** Bajo. Se tiene experiencia en investigación por los tutores en el área de estrés, sobrepeso y obesidad. **Periodo de estudio:** 2022-2023.

Palabras clave: Trastorno depresivo, pandemia, aislamiento social, COVID-19.

MARCO TEÓRICO.

Introducción.

En diciembre del 2019, en Wuhan (Hubei, China), se produjo un grupo de casos de neumonía, causada por un nuevo tipo de coronavirus, (SARS-CoV-2, anteriormente conocido como 2019-nCoV), los coronavirus son una familia de virus que normalmente afectan sólo a animales, aunque algunos tienen la capacidad de transmitirse a las personas. Esta enfermedad por coronavirus, se llegó a extender por toda China y recibió atención mundial debido a su rápido crecimiento y cantidad de víctimas mortales. Si bien la mayoría de los casos son leves, en otros casos la enfermedad puede ser grave, presentando dificultad respiratoria, neumonía, fracaso renal y otras condiciones médicas, incluso la muerte.¹

Esto sucede en mayor medida en personas con perfil de riesgo: tener más de 60 años, padecer enfermedades previas a la COVID-19 (hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares crónicas, cáncer, inmunodeficiencias) o estar embarazada. Por los conocimientos disponibles hasta el momento, la transmisión se produce por contacto con las secreciones respiratorias de una persona contagiada o enferma, y se considera poco probable la transmisión por el aire a distancias mayores de 1 a 2 metros.²

Epidemiología Internacional de la COVID-19 en México.

La OMS el 30 de enero de 2020, llegó a catalogar al virus como una emergencia de salud pública a escala internacional; posteriormente, el 11 de marzo de 2020, se vio obligada en declarar a la enfermedad respiratoria aguda como una pandemia global, ya que se encontraban afectados más de 100 países, con alrededor de 100.000 casos de personas contagiadas.^{2,3}

Durante el periodo de alarma, se estableció que la circulación debía realizarse individualmente y estaba limitada a actividades de primera necesidad o desplazamientos al lugar de trabajo; el transporte de viajeros debía reducir su oferta; los locales de actividades culturales, artísticas, deportivas y similares deberían permanecer cerrados; se priorizaba el trabajo a distancia y se suspendía la actividad

escolar presencial en favor de actividades educativas en línea, obligando así al confinamiento en el hogar; la cual, es una situación sin precedentes recientes en nuestro país, causando un gran impacto en el bienestar físico y psicológico, poniendo a la población en una situación extraordinaria y con múltiples estímulos generadores de estrés.³

La OMS y las autoridades de salud pública de todo el mundo están actuando para contener el brote de COVID-19. Sin embargo, este momento de crisis está generando estrés en la población. Estas consideraciones de salud mental fueron elaboradas por el Departamento de la OMS de Salud Mental y Uso de Sustancias elaboró consideraciones, como mensajes dirigidos a diferentes grupos clave para apoyar el bienestar psicosocial y la salud mental durante el brote de COVID-19.⁴

Bajo estos antecedentes, el confinamiento a causa de la COVID-19, es una situación que usualmente se convierte en una experiencia poco agradable, pues, incluye separación, pérdida de libertad e incertidumbre. Lo que puede provocar efectos psicológicos negativos, como estrés, miedo, ansiedad y depresión.⁵

Desde la confirmación de los primeros casos de COVID-19 hasta el 20 de agosto de 2021, se han notificado un total acumulado de 210.112.064 casos confirmados de COVID-19, incluidas 4.403.765 defunciones en todo el mundo, lo que representa un total de 19.784.373 casos confirmados adicionales y 310.801 defunciones adicionales desde la actualización epidemiológica de la OPS/OMS sobre COVID-19 publicada el 22 de julio de 2021.^{5,6}

Hasta el 20 de agosto 2021, fueron notificados 210.112.064 casos acumulados confirmados de COVID-19 a nivel global, incluyendo 4.403.765 defunciones, de los cuales 39% de los casos y 47% de las defunciones fueron aportadas por la región de las Américas. Hasta el 20 de agosto del 2021, Antigua y Barbuda, Argentina, Aruba, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, los Estados Unidos de América, Guayana Francesa, Guadalupe, Guatemala, las Islas Caimán, Martinica, México, Panamá, Puerto Rico, Sint Maarten, Suriname, y Uruguay han detectado las cuatro variantes de preocupación.⁷

La aparición de mutaciones es un evento natural y esperado dentro del proceso de evolución de los virus. Desde la caracterización genómica inicial del SARS-CoV-2, este virus se ha dividido en diferentes grupos genéticos o clados. Desde la identificación inicial del SARS-CoV-2, hasta el 19 de agosto de 2021, se han compartido, a nivel mundial, más de 2.895.410 secuencias genómicas completas a través de bases de datos de acceso público.⁸

Epidemiología de la COVID-19 en México.

Ahora hablando de COVID en México se han enfrentado diferentes olas; las cuales han representado diferentes escenarios para la implementación de respuesta organizada por parte de todas las instituciones que representan al Sector Salud en nuestro país así como de otras dependencias del gobierno para hacerle frente a la demanda de atención clínica de los pacientes; así como para limitar el número de contagios; estas olas han tenido diferentes comportamientos tanto clínicamente hablando, pero también en la situación epidemiológica. Estas "olas", se han establecido por periodos en el curso del tiempo desde el inicio de la pandemia hasta la actualidad:

- 1ra "Ola" COVID-19 (Semana Epidemiológica 08 a Semana Epidemiológica 39 del 2020).
- 2da "Ola" COVID-19 (Semana Epidemiológica 40 de 2020 a Semana Epidemiológica 15 del 2021).
- 3ra "Ola" COVID-19 (Semana Epidemiológica 23 a Semana Epidemiológica 42 de 2021).
- 4ta "Ola" COVID-19 (Semana Epidemiológica 51 de 2021 a la semana epidemiológica 09 del 2022).^{8,9}

Sigue siendo Ómicron la variante predominante en los casos registrados hasta la fecha, cuya propagación mostró durante la última ola una mayor rapidez entre la población de México y el mundo con una cifra exponencial de contagios; sin embargo, a diferencia de lo que representó la "1ra, 2da y 3ra Olas", la gravedad de los casos fue mucho menor en comparación de estas, con tasas de ocupación hospitalaria mínimas con respecto a la "2da Ola".⁹

Hasta la semana epidemiológica número 13 del 2022, se han registrado 488,112,598 casos acumulados de COVID-19, lo que representa 6,286.79 casos por cada 100,000 habitantes a nivel mundial. La región de la OMS que tiene más casos acumulados registrados es Europa (41.67 %), América (30.9 %), Asia Sudoriental (11.71 %), Pacífico Occidental (9.54 %), Mediterráneo Oriental (4.42 %), y África (1.76 %).^{4,9,10}

La tasa de incidencia acumulada nacional es de 43.6 casos por 1,000 habitantes. Hasta esta fecha, se han notificado un total de 15,602,373 personas en todo el país (incluye casos totales, negativos y sospechosos totales).¹⁰

Se han registrado 323,232 defunciones totales de COVID-19, incluyen las confirmadas a SARS-CoV-2 por laboratorio, por antígeno y defunciones por asociación o dictaminación clínica-epidemiológica. Hasta el día de hoy, se tienen 14,111 defunciones sospechosas de COVID-19.^{10,11}

Trastornos psicológicos y COVID-19.

Como resultado del rápido incremento de casos confirmados y muertes, la población general y el personal de salud experimentaron problemas psicológicos, como ansiedad, depresión y estrés. Si bien la información científica sobre la COVID-19 se incrementa constantemente, esta se centra en los aspectos genéticos y epidemiológicos del virus y en las medidas de salud pública, dejando de lado los posibles efectos en la salud mental. Según un informe de Nature, se publicaron al menos 54 artículos académicos sobre la COVID-19 desde el inicio de la pandemia. La gran mayoría de ellos se enfocan en las características clínicas y epidemiológicas de la enfermedad, la caracterización genómica del virus y las políticas de salud pública para enfrentar la pandemia. Sin embargo, a pesar de la relevancia de los problemas de salud mental durante las pandemias, es poca la información disponible en el contexto de la COVID-19.¹²

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; Además, 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.^{12,13}

Un estudio chino realizado en la fase inicial de la pandemia en 1210 personas descubrió que el 13,8% presentó síntomas depresivos leves; el 12,2%, síntomas moderados; y el 4,3%, síntomas graves. Se observaron mayores niveles de depresión en los varones, en personas sin educación, en personas con molestias físicas (escalofríos, mialgia, mareo, coriza y dolor de garganta) y en personas que no confiaban en la habilidad de los médicos para diagnosticar una infección por COVID-19. Asimismo, se informaron menores niveles de depresión en las personas que se enteraron del incremento de pacientes recuperados y en las personas que siguieron las recomendaciones de salud pública.¹⁴

Con la finalidad de evitar el contagio del nuevo coronavirus SARS-CoV-2 y la enfermedad que causa, COVID-19, gran parte de la población en las distintas regiones del país se aisló y adoptó conductas de distanciamiento físico o social. Asimismo, las autoridades gubernamentales en México y el mundo han impuesto restricciones a sus ciudadanos, tales como el cierre de escuelas, centros de trabajo y de esparcimiento. Limitar las interacciones entre personas puede ayudar a mitigar el contagio del virus, a evitar la saturación de los servicios de salud, y por lo tanto, a reducir el número de muertes. En efecto, distintos indicadores de distanciamiento social sugieren que la población en las entidades del país ha implementado medidas de distanciamiento, si bien de forma diferenciada.¹⁵

Diversos estudios en el nivel internacional han intentado medir el impacto de dichas medidas de aislamiento sobre las tasas de contagio y defunciones por COVID-19 utilizando, en términos generales, dos tipos de variables: restricciones legales a la movilidad impuestas por las autoridades (*de jure*), así como restricciones voluntarias llevadas a cabo por los individuos (*de facto*). Entre el primer tipo de restricciones se puede mencionar a todas aquellas medidas dictadas por los gobiernos (en sus

distintos niveles administrativos) para restringir la movilidad, tales como cierre de espacios públicos o la declaratoria del cierre de actividades consideradas como no esenciales, por ejemplo. En cuanto al segundo tipo de medidas, la literatura refiere el uso de indicadores de movilidad generados a partir de reportes agregados por empresas de sistemas operativos de aparatos de telefonía móvil, tales como Apple y Google.¹⁶

Las medidas de distanciamiento social propuestas por la Organización Mundial de la Salud se han implementado de manera generalizada para evitar la propagación del virus SARS-CoV-2 entre la población a nivel mundial, aunque con variantes en cada país. El lema “Quédate en casa” ha generado diversas reacciones entre las sociedades y sus respectivos Gobiernos, y ha puesto de manifiesto distintas formas de ejercer la autoridad. A su vez, los ciudadanos reaccionan a las medidas recomendadas o impuestas en relación con mantenerse en casa. Según las capacidades económicas y la fortaleza de los sistemas de salud de cada país, los Gobiernos se han esforzado por identificar fundamentalmente a los pacientes con covid-19 en condición grave o seria, realizando pruebas y tratamientos rápidos con el fin de aislarlos y de ese modo proteger a las personas con mayor riesgo de desarrollar una evolución desfavorable. La vigilancia y el Estado policial. La suspensión de las interacciones sociales ha modificado de maneras particulares nuestros estilos de vida y las formas de relacionarnos familiar y laboralmente. Gracias a la tecnología, sobre todo en sectores sociales de clase media y alta, ha sido posible mantenernos en contacto a la distancia.¹⁷

Algunos Gobiernos, frente a la pandemia, han establecido formas de vigilancia a través del uso de la ubicación personal por medio de los teléfonos inteligentes, lo que permite rastrear el movimiento del individuo para de alguna manera hacerle cumplir la cuarentena. Con ese fin se han creado aplicaciones que ofrecen información sobre salud y su relación con covid-19, al tiempo que se comparten datos de localización con las autoridades en tiempo real. Las medidas para conocer la trazabilidad de la pandemia a través del uso del big data, la tecnología y los teléfonos inteligentes, así como las cámaras de vigilancia y de seguridad localizadas

en espacios públicos, permiten dar seguimiento y tener un registro pormenorizado de los movimientos del individuo, ya sea de manera anónima o no.¹⁸

En el caso específico de México no se han registrado fuertes restricciones a la circulación y tampoco el uso de tecnologías para monitorear a la población de manera generalizada. La autoridad sanitaria federal estableció la Jornada Nacional de Sana Distancia (23 de marzo al 30 de mayo), la suspensión de actividades no esenciales y la reprogramación de eventos masivos. Por medio del análisis de macrodatos (big data) relacionados con la geolocalización de dispositivos móviles, en México fue posible conocer la intensidad de la movilidad de los ciudadanos durante la cuarentena, siendo Chiapas y Oaxaca las entidades federativas que registraron más movimiento; seguidas por Chihuahua, Zacatecas y Tamaulipas; mientras que Nuevo León, Ciudad de México, Baja California Sur, Quintana Roo y Querétaro fueron los estados que registraron menos movilidad. En particular, el Gobierno de la Ciudad de México utiliza información sobre el movimiento de los ciudadanos a través de sus teléfonos móviles con el propósito de entender la manera en que se propaga el nuevo coronavirus y responder con acciones de política pública. El seguimiento se hace a través de la detección y registro anónimo de celulares conectados a antenas, de manera que, considerando solo la cantidad promedio de teléfonos registrados (por día y hora) en cada una de las radiobases, se detectan las aglomeraciones en la vía pública.¹⁹

La salud mental es considerada como un estado de bienestar individual en el que la persona tiene la capacidad de ser funcional y productiva y puede hacer frente al estrés normal de la vida (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018), por ello es crucial mantenerla. En este sentido, la OPS-OMS (2020) ha sugerido que durante el aislamiento se deben mantener rutinas personales diarias o incluso crear nuevas en familia, las cuales incluyan el ejercicio regular, la limpieza y las tareas domésticas diarias u otras actividades como cantar y bailar. Particularmente en períodos de estrés, las familias deben incluir actividades en grupo, con técnicas de relajación que contribuyan a mejorar el sueño y promover el consumo de alimentos saludables.²⁰

Antecedentes.

La implementación de medidas de salud pública como la cuarentena o el aislamiento son estrategias útiles para el control de una enfermedad; no obstante, también traen consecuencias sobre la salud mental. ²¹

En general, hay distintos factores que pueden aumentar o disminuir el riesgo de desarrollar síntomas de enfermedades mentales como producto de la exposición prolongada a estímulos estresores. Principalmente, deben tenerse en cuenta las diferencias que pueden encontrarse según distintas características sociodemográficas. Por ejemplo, durante la actual pandemia, se ha encontrado mayor nivel de ansiedad y depresión en trabajadoras de salud, han evidenciado que un factor de riesgo para el desarrollo de depresión es ser del género femenino y vivir en áreas urbanas. Por otro lado, se ha hallado que los jóvenes y la población con enfermedades crónicas muestran mayor nivel de depresión. En estudiantes universitarios se han encontrado niveles de ansiedad y depresión más elevados que el nivel normativo nacional. ²²

El nivel educativo también ha mostrado ser una variable de importancia. Se ha encontrado que la prevalencia de depresión y ansiedad es mayor cuando la cantidad de años de escolaridad es menor, sobre todo en mujeres, y cuando las estrategias de afrontamiento son ineficaces para el manejo del estrés. ²³

Depresión: La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la depresión es la cuarta enfermedad que más incapacidad provoca en el mundo. Asimismo, la OMS considera que su frecuencia aumentará en los próximos años y que pasará del cuarto puesto al segundo en esta lista de enfermedades que generan más incapacidad. La depresión es la enfermedad psiquiátrica más frecuente. Cerca del 20% de las personas padecen a lo largo de su vida una depresión. El 70% de los pacientes con depresión son mujeres. Puede sufrirse una depresión a cualquier edad. ²⁴

Subtipos de depresión: Podemos clasificar la depresión en: Depresión mayor. Los síntomas depresivos son intensos y aparecen en forma de episodios (duran

semanas o meses). Distimia (o trastorno distímico). Los síntomas depresivos son menos intensos, pero son muy incapacitantes porque son crónicos (duran como mínimo dos años). Trastorno adaptativo. Los síntomas depresivos son leves, están presentes durante un período breve de tiempo y se deben a algún problema (factor estresante agudo) que ha sufrido el paciente. Otros trastornos depresivos. En este apartado hay que incluir los síndromes depresivos que pueden formar parte del conjunto de síntomas de otras enfermedades psiquiátricas (por ejemplo, el trastorno bipolar) y no psiquiátricas (por ejemplo, anemias, esclerosis múltiple, hipotiroidismo).²⁵

Diagnóstico: Síntomas: Ningún síntoma garantiza el diagnóstico por sí solo. El síntoma más característico de las depresiones es la tristeza. La tristeza en el paciente depresivo es: Intensidad superior a la esperable para la situación ambiental en la que se encuentra el sujeto. El paciente la describe como diferente a otras experiencias tristes que hubiera podido sufrir previamente, y existe mayor sensación de pérdida de control y gran dificultad o incluso imposibilidad para motivarse por otras cuestiones que no sean el foco de su tristeza. Lentitud de movimientos, gesticulación facial y corporal escasa, sensación de fatiga, irritabilidad, llanto fácil, temor a la toma de decisiones, pérdida de apetito. Insomnio: Muy característico de las formas más graves, es lo que llamamos «despertar precoz» (se duerme bien las primeras horas de la noche, y después, ya de madrugada, el paciente se despierta y ya no puede volver a conciliar el sueño).²⁶

Un síntoma particularmente grave es la anhedonía, que consiste en una dificultad enorme para disfrutar de las situaciones y condiciones de la vida que antes de enfermar producían placer en la persona. Síntomas físicos, como dolor de cabeza, molestias digestivas, dolor generalizado, etc. Pensamientos pesimistas, con aumento de sentimientos de culpa por cosas hechas en el pasado. En casos graves las ideas pesimistas pueden llegar a ser delirantes, es decir, a no tener ninguna lógica. Pensamientos relacionados con la muerte, bien en forma de «sería mejor estar muerto», y entonces aumenta mucho el riesgo de suicidio, planificando el método de cómo quitarse la vida.²⁷

La comunidad médica internacional ha consensuado unos criterios clínicos para establecer el diagnóstico de depresión. Estos criterios diagnósticos están recogidos en un manual denominado DSM-IV.²⁷

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DEPRESIÓN MAYOR

Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser el síntoma 1 o el síntoma 2.^{126,27,28}

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto, por ejemplo, se siente triste o vacío, o la observación realizada por otros, por ejemplo, llanto.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5 % del peso corporal en un mes) o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
4. Insomnio o sueño excesivo casi cada día.
5. Inquietud o lentitud casi cada día.
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o incoherentes casi cada día
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día.
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.^{27,28}

Causas de la depresión.

Se considera que hay diversos factores implicados.

Factores relacionados con la personalidad del paciente. Presentar un carácter con alguna cualidad extrema (inseguridad, dependencia, hipocondría, perfeccionismo, autoexigencia) predispone a padecer depresiones.²⁹

Factores ambientales. Sufrir algún problema (económico, familiar, de salud) predispone a padecer un trastorno depresivo. Factores biológicos. Sobre este punto, se deben destacar diversos aspectos:

- **ALTERACIONES CEREBRALES.** Una alteración en el funcionamiento de dos áreas del cerebro (área frontal y área límbica) motivan la aparición de un trastorno depresivo. No existe una lesión anatómica visible. ^{29, 30}
- **ALTERACIONES EN NEUROTRANSMISORES.** Para que el cerebro funcione correctamente debe existir una comunicación correcta entre las diversas neuronas del cerebro. Las neuronas se comunican a través de unas moléculas denominadas neurotransmisores, como la serotonina, la noradrenalina y la dopamina. En la depresión la conexión neuronal mediante neurotransmisores no funciona bien. Los antidepresivos ayudan a normalizar este problema. ³⁰
- **ALTERACIONES GENÉTICAS.** Dado que es más fácil que una persona padezca una depresión si tiene algún familiar que haya presentado alguna, se cree que tener según qué genes predispone a padecer una depresión. No obstante, por el momento no se conoce qué genes provocan la aparición de esta enfermedad. ^{29, 30,31}

Antecedentes Científicos.

La aplicación de cuarentenas o de aislamiento social como medida de salud pública ha sido respaldada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) durante el brote del COVID-19 (OMS, 2020). La Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL) explica que las medidas de salud pública adoptadas para frenar el brote del COVID-19 pueden tener un fuerte impacto sobre la economía a nivel mundial y a nivel regional; lo cual podría llegar a causar la mayor crisis económica y social de la región en décadas (CEPAL, 2020). Más allá de las consecuencias económicas, las políticas de cuarentena y aislamiento pueden generar distintos estresores que deriven en afecciones de la salud mental, manifestados tanto en las personas en cuarentena como en el personal encargado del cuidado de la salud.¹²

Durante la epidemia generada por el MERS, se encontró mayor riesgo de depresión y de síntomas postraumáticos en pacientes con niveles elevados de angustia.³²

En una encuesta online reciente del 31 de enero al 2 de febrero de 2020, (n=1210) en 194 ciudades en China, el impacto psicológico se evaluó mediante Impact of Event Scale-Revised, y el estado de salud mental se evaluó mediante Depression, Anxiety and Stress Scale. Reportándose que el 53.8% de los evaluados calificó el impacto psicológico del brote como moderado o severo; el 16.5% síntomas depresivos moderados a severos; el 28,8% síntomas de ansiedad moderada a severa; y el 8.1% niveles de estrés moderados a severos. La mayoría de los encuestados (84,7%) pasaron 20-24 horas/día en casa; el 75.2 % estaban preocupados de que sus familiares adquirieran el COVID-19 y el 75.1% estaban satisfechos con la cantidad de información de salud disponible. ³³

Las personas que están aislamiento social, con movilidad restringida y pobre contacto con los demás son vulnerables a presentar complicaciones psiquiátricas que van desde síntomas aislados hasta el desarrollo de un trastorno mental como insomnio, ansiedad, depresión y trastorno por estrés postraumático (TEPT). Ya en el contexto de una pandemia es importante tener en consideración la pérdida de funcionamiento que puede acompañar a la enfermedad adquirida, y esto a su vez representarse en desmoralización y desamparo, llegando a configurar un estado de duelo. Por otra parte, las personas sometidas al estrés del brote pueden presentar angustia marcada y un deterioro significativo en el funcionamiento social u ocupacional, configurando trastornos de la adaptación y en caso de persistir con ánimo triste se puede presentar un trastorno depresivo mayor (TDM). ³⁴

En la situación actual de confinamiento global en el hogar debido al brote del COVID-19, la mayoría de las personas están expuestas a situaciones estresantes sin precedentes y de duración desconocida. Esto puede no solo aumentar los niveles de estrés, ansiedad y depresión durante el día, sino también interrumpir el sueño. ^{34, 35}

Son varios los factores que se pueden relacionar con manifestaciones depresivas y ansiosas en los pacientes que se encuentran en cuarentena por una pandemia,

ambas se pueden considerar una reacción normal ante el estrés generado. Perder el control en este contexto es frecuente dado que la situación impide en muchos casos que la persona tenga certeza del resultado final o conozca el tiempo exacto en el que se resolverá la crisis.³⁵

Ésa sensación de incertidumbre así como las limitaciones secundarias a las medidas de aislamiento social preventivo, la posibilidad de que los planes a futuro se vean cambiados de forma dramática y la separación brusca del contexto social o familiar del paciente son catalizadores frecuentes de cuadros de depresión y ansiedad, los cuales en circunstancias de aislamiento social, se pueden presentar como parte de un trastorno adaptativo o una reacción de ajuste que, en muchas ocasiones, no amerita un tratamiento farmacológico.³⁶

Estudios mostraron que el 10-35% de los sobrevivientes del SARS-CoV 2 reportaron tener síntomas sugestivos de ansiedad, depresión o ambas durante la fase de recuperación temprana y cerca del 44% de los pacientes sobrevivientes con algún trastorno psiquiátrico, correspondieron a trastornos depresivos. Como factores de riesgo se han propuesto: sexo femenino, bajo nivel socioeconómico, conflictos interpersonales, uso frecuente de redes sociales, baja resiliencia y apoyo social.³⁷

En una pandemia, el miedo incrementa los niveles de estrés y ansiedad en individuos sanos e intensifica los síntomas de aquellos con trastornos mentales preexistentes. Diferenciar la cuarentena del aislamiento voluntario. La primera se encuentra indicada para aquellas personas que han tenido contacto con pacientes infectados mientras que, en el aislamiento voluntario, las personas pueden restringir su movilidad gracias a sus condiciones laborales, económicas y sociales. La epidemia de covid-19 tiene características únicas que permiten catalogarla como una crisis humanitaria o como un evento altamente estresante.³⁷

Se han descrito algunos estresores durante la cuarentena, tanto para las personas en aislamiento voluntario como para aquellas que han estado infectadas. Entre más se prolonga el aislamiento voluntario suele ser más estresante. Las indicaciones a nivel internacional tienen que ver con intentar reducir, tanto como sea posible, la duración del aislamiento social para evitar la aparición de emociones como el

aburrimiento y el enojo, así como el incremento de conflictos familiares o la violencia intrafamiliar. Aunado a ello, otras problemáticas se hacen visibles durante esta pandemia, como el equipamiento poco adecuado, el desconocimiento de las características de una enfermedad que recién aparece y la confusión que representa recibir información poco adecuada o poco clara de las entidades de gobierno.³⁸

Desde la teoría del estrés, esta emergencia sanitaria siembra en terreno fértil para generar trastornos relacionados con la ansiedad y la depresión, principalmente, esto debido a que es un evento increíble e inesperado difícil de procesar para la población.³⁹

Aunque México tuvo oportunidades para prepararse porque emergió primero en otras partes del mundo. Esta situación puede ser traumática porque representa una amenaza de vida o muerte muchas personas van a presenciarlo directamente o a tener noticias del fallecimiento de personas cercanas, y porque la complejidad del evento, en un contexto político y económico particular, puede activar en un grupo de personas la desesperanza y el desencanto en las instituciones.⁴⁰

JUSTIFICACIÓN.

En marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud declaró a COVID-19 como una pandemia; en respuesta, los gobiernos de cada país dictaron medidas sanitarias conducentes a disminuir el número de contagios entre la población, como el aislamiento o distanciamiento social. Estas medidas fueron observadas como una variable con efectos psicológicos negativos de carga afectiva, comportamental y cognitiva.

Además, la alerta sanitaria por COVID-19 desencadenó eventos estresantes tales como miedo al contagio, incertidumbre por la afectación de las finanzas personales, xenofobia, excesiva exposición a medios (infodemia), pánico a la muerte y temor al fallecimiento de seres cercanos, entre otros.

De acuerdo con el informe *COVID-19 y necesidades en salud mental*, publicado por la Organización de las Naciones Unidas, se reconoció que de no abordar de forma pertinente y oportuna el impacto de esta pandemia sobre la salud mental de la población mundial, se derivará en una crisis de dimensiones incontrolables.

La aplicación de cuarentenas o de aislamiento social como medida de salud pública ha sido respaldada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) durante el brote del COVID-19 (OMS, 2020). Y aunque la implementación de medidas de salud pública como la cuarentena o el aislamiento son estrategias útiles para el control de una enfermedad; no obstante, también traen consecuencias sobre la salud mental.

La pandemia por COVID-19 ha provocado no solo consecuencias en la salud física de las personas contagiadas y un elevado número de muertes en todo el mundo, sino que ha tenido (está teniendo) importantísimas consecuencias en los ámbitos social y económico, tanto a nivel mundial como local. Los problemas de salud física, el aislamiento, la falta de contacto social, la dificultad en la conciliación con la vida personal, los cambios de hábitos, los problemas laborales... empiezan a “pasar factura” a la salud mental de la población.

Las personas que superan el COVID-19 pueden tener un mayor riesgo de tener secuelas en su salud mental. Una de cada cinco personas que han pasado la

enfermedad, se ha enfrentado por primera vez a un diagnóstico de ansiedad, depresión o insomnio, y tiene además el doble de probabilidad de tenerlos que personas con otras patologías. Los pensamientos suicidas han aumentado entre un 8% y un 10%, especialmente en personas adultas jóvenes (donde la cifra asciende a entre un 12,5% y un 14%). Ha empeorado la salud mental entre las personas que viven situaciones socioeconómicas más desfavorables y entre las personas con problemas de salud mental previos. La OMS ya recomienda asignar recursos a la atención de la salud mental en el marco de sus planes de respuesta y recuperación.

Las mujeres tienen un mayor riesgo de que su salud mental empeore en el contexto de la pandemia, debido a factores de riesgo como: Desigualdades y discriminaciones en el ámbito profesional. Carga de responsabilidades familiares y de cuidado: las mujeres son las que más han tenido que compaginar el teletrabajo con el cuidado de los hijos e hijas, atendiéndoles y ayudándoles con sus tareas escolares, así como con las tareas domésticas. Violencia contra las mujeres: el confinamiento implica en algunos casos tener que convivir con el agresor las 24 horas del día, con las consecuencias que esto tiene para la salud mental de la mujer.

La pandemia de COVID-19 no solo está afectando la salud física de la población; la salud mental y el estado de bienestar de las personas también se alteran, lo que demanda atención prioritaria por parte de los especialistas en salud. Lo anterior implica un cambio en la práctica clínica que permita garantizar el cuidado y soporte de las personas con padecimientos mentales, así como de la población que comienza a padecer las consecuencias psicosociales de la pandemia de COVID-19. Ello representa un reto para la población y los sistemas de salud que permitirá detectar la prevalencia de afectación en el dominio de la salud mental de la población mexicana, con el objetivo de generar estrategias de abordaje clínico.

El poder identificar a tiempo en la población los problemas de salud mental en este caso el trastorno depresivo le permite al personal de salud tener mayor oportunidad de tratamiento y derivación pertinente de los pacientes para mejorar su estado mental, su calidad de vida y evitar consecuencias, ya que este es fácil de detectar en la consulta de atención primaria.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Anteriormente la humanidad ha enfrentado pandemias a nivel mundial que han afectado la calidad de vida de toda la población, entre las cuales podemos resaltar la Peste de Atenas, Peste de Justiniano, peste Negra, virus de inmunodeficiencia humana adquirida, estas pandemias no solo han generado problemas de salud, han generado problemas económicos y sociales, esta última pandemia por SARS Cov-2 ha afectado a 530.9 millones de personas en el mundo, en México ha afectado a 5.78 millones de mexicanos de los cuales 325 mil han perdido la vida, estas cifras son altas y generan un impacto en la vida de los familiares que se quedan, ocasionando un alto número de enfermedades mentales, entre ellos trastorno depresivo, aunado a esto el confinamiento para evitar la infección por dicho virus, esta problemática genero problemas de salud mental en la población, esto dado por múltiples factores ya sea por la incertidumbre del tiempo que tendrán que pasar en confinamiento, el temor a contagiarse de esta enfermedad, el temor a separarse de amigos y familiares, de que fallezcan sus familiares más cercanos, el perder sus empleos y en el caso específico de las mujeres que han tenido que quedarse en casa a cuidar a sus hijos, poder estar al pendiente de su educación a distancia, las tareas domésticas de su hogar y en algunos casos tener que estar con su agresor 24 horas, generaron en ellas una situación demandante que termino en un trastorno depresivo antes no experimentado.

El trastorno depresivo en una condición sencilla de categorizar en la consulta diaria con encuestas validadas. Éste fenómeno involucra la calidad de vida de las mujeres, afectando tantos sus actividades diarias como su núcleo familiar. Una vez detectado este aspecto, el médico familiar puede tomar decisiones para intervenir en ellas con colaboración del equipo multidisciplinario, como lo es referir a tiempo a una consulta de salud mental que permita mejorar la calidad de vida de las pacientes además de prevenir complicaciones.

Pregunta de Investigación

¿Qué asociación tiene el aislamiento social y la presencia de trastorno depresivo durante la pandemia COVID-19?

Objetivo general

Asociar la presencia de trastorno depresivo y aislamiento social durante la pandemia COVID-19 en mujeres de 30 a 50 años de edad.

Objetivos Específicos

- Determinar el nivel sociodemográficas en mujeres de 30 a 50 años de edad.
- Determinar la presencia de trastorno depresivo en mujeres de 30-50 años
- Determinar el grado de soledad social en mujeres con diagnóstico de trastorno depresivo.

Hipótesis

H1: El aislamiento social está asociado al incremento de casos de trastorno depresivo durante la pandemia COVID-19 en mujeres de 30 a 50 años de edad.

H2: El aislamiento social no está asociado al incremento de casos de trastorno depresivo durante la pandemia de COVID-19 en mujeres de 30 a 50 años de edad.

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

Lugar del estudio

El estudio se realizó en el Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social N°94 “San Juan De Aragón” G.A.M, CDMX, perteneciente a la OOAD Norte que se encuentra en Calzada San Juan de Aragón No. 235, Casas Alemán, Gustavo A. Madero, 07580, Ciudad de México.

Diseño y tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico.

Periodo de estudio:

2022-2023.

Grupo de estudio:

Mujeres de 30 a 50 años de edad adscritas a la UMF 94.

Criterios de selección de la muestra**Criterios de inclusión:**

- Mujeres de 30-50 años adscritas a la UMF 94 del IMSS.
- Mujeres entre 30 a 50 años de edad con diagnóstico de primera vez de trastorno depresivo durante el periodo la pandemia COVID-19.
- Mujeres que acepten y hayan firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Mujeres con diagnóstico previo de trastorno de depresión, trastorno de ansiedad o trastorno mixto de ansiedad y depresión, trastorno bipolar, etc.
- Mujeres con patologías que alteren el estado de ánimo (hipotiroidismo, hipertiroidismo, estrés postraumático).
- Mujeres que en los últimos 6 meses se encuentre en duelo por alguna pérdida.
- Mujeres con duelo patológico.

Criterios de eliminación:

- Mujeres con información incompleta en la recolección de los datos.
- Mujeres que por alguna circunstancia abandonen o desean desertar durante la aplicación del test por cuenta propia.
- Participantes que durante el estudio presente una crisis familiar paranormativa.

Determinación del tamaño de muestra.

Para el cálculo de la muestra debe calcularse la fórmula de acuerdo con una población finita puesto que se conoce el total de unidades de observación que la integran.

$$n = \frac{N Z^2 p q}{d^2 (N - 1) + Z^2 p q}$$

En donde:

n= tamaño de la muestra

p= proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población referencia.

q= proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio.

(1-p).

La suma de p y q siempre debe dar 1.

Por ejemplo, si p=0.8 q=0.2.

Z: indica el grado de confianza.

N= tamaño de la población.

S² = varianza de la población en estudio (es el cuadrado de la población estándar).

El Cálculo del tamaño de la muestra se realiza a partir de una fórmula para relaciones finitas en la cual se tomó en cuenta como población blanco de estudio 225 pacientes con el diagnóstico con clave CIE 10, F412 (trastorno mixto de ansiedad y presión), F320 (episodio depresivo leve) y F321 (episodio depresivo moderado) de un total de 528 pacientes del sexo femenino de entre 30 a 50 años de la Unidad de Medicina Familiar # 94, considerando una frecuencia esperada del 33.3 % de depresión, así como un nivel de confianza del 95%, se realizó la estimación de la muestra con la ayuda de la aplicación Epi Info StalCalc se considera como tamaño de muestra un total de 194 participantes.

Tamaño de la muestra: 194 participantes

Tipo de muestreo: No probabilístico por conveniencia.

Procedimiento para integrar la muestra.

El investigador en la Unidad Médica Familiar No. 94 del IMSS procedió a identificar con apoyo de archivo clínico para obtener la base de datos de los expedientes de pacientes con diagnóstico de COVID-19, la cual contiene los datos para realizar el contacto vía telefónica o presencial en pasillos según la cita previa o el seguimiento a distancia, se realizó la entrevista en las salas de espera o consultorio médico, se abordó al potencial participante de manera amigable y respetuosa con la presentación del investigador y se le invitó a participar mediante la respuesta rápida de un cuestionario impreso y se le explicó el objetivo del estudio y la forma en que será participe de dicha investigación, en caso de que el paciente acepte su participación se procedió a la firma de consentimiento informado, con previa explicación clara de dicho consentimiento y se recabó la información requerida por medio del instrumento de escala de depresión de ZUNG y ESTE II de Soledad Social. Se dio las gracias al participante aclarando las dudas surgidas.

DEFINICION DE VARIABLES

Variable dependiente

Depresión: una alteración incluida dentro de los trastornos del estado de ánimo cuya principal manifestación es la alteración en el sentido de ánimo bajo.¹⁸ Para fines de este estudio es la presencia o ausencia de Depresión; en caso de depresión se subdivide en gravedad de acuerdo al puntaje obtenido. Su indicador es el puntaje obtenido en la escala de ZUNG, siendo una variable cualitativa, nominal politómica, en escala de medición ordinal con las categorías de: 25-49 Rango normal, 50-59 Ligeramente deprimido, 60-69 Moderadamente deprimido, mayor a 70 Severamente deprimido.

Variable independiente.

Aislamiento Social: es “la situación objetiva de contar con contactos mínimos con otras personas bien sean familiares o amigos”.¹⁹ Para fines de este estudio se utiliza la escala de valoración de Soledad Social Escala ESTE II, la cual es una variable cualitativa, nominal, politómica en escala de medición ordinal con las categorías de: Bajo: 0 a 10 puntos, Medio: 11 a 20 puntos, Alto: 21 a 30 puntos. Un puntaje alto indica alta soledad social.

Variables descriptoras.

Edad: se define como el tiempo que ha vivido una persona ²⁰, para fines del estudio es el número de años que ha vivido una persona, su indicador es el número de años que cada participante refiere, es una variable de tipo cuantitativa discreta en escala de medición de razón, con las categorías del número de años a partir de 30 y hasta 50.

Estado civil: se define como la condición de una persona en relación con su pareja y que se hace constar ante el registro civil²⁰, para fines del estudio es la situación de un individuo ante el registro civil, es una variable de tipo cualitativa policotómica en escala de medición nominal con las categorías de soltera, casada, unión libre, viuda y divorciada.

Grado académico: es “Cada una de las etapas en que se divide un nivel educativo. A cada grado corresponde un conjunto de conocimientos”²¹, para fines de este estudio será la respuesta del participante a la pregunta ¿Cuál es su grado máximo de estudios terminado?; es decir el máximo nivel educativo hasta donde ha cursado el individuo; siendo una variable cualitativa, policotómica, en escala de medición cualitativa ordinal politómica con las categorías de: sin estudios, primaria, secundaria, preparatoria, y licenciatura.

Ocupación: Se define como la actividad que realiza la persona al momento del estudio.²² Para fines del estudio es el trabajo que realiza el cuidador y genere recursos económicos, su indicador es la respuesta del participante a la pregunta ¿Cuál es su actividad remunerada económicamente principal?, siendo una variable de tipo cualitativa policotómica, es escala de medición nominal, con las categorías: obrera, técnica, profesionista, actividades domésticas, jubiladas, ninguna.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.

Con la autorización previa para llevar a cabo el presente de investigación otorgada por el comité local de investigación en salud 3511 (CLIS 3511), se procedió a que el investigador identifique en la sala de espera de la consulta externa a la población

susceptible de mujeres de 30-50 años que acudan a su consulta mensual o trimestral. Se presentó el investigador, se explicó el motivo de la investigación y de la importancia de su participación, explicando al participante de forma clara y precisa en que consiste el estudio, los beneficios de participar y se garantizará la confidencialidad de la información obtenida, aquellos pacientes que acepten participar se les solicitó la firma de un consentimiento informado.

Se explicó detalladamente los instrumentos a utilizar, se le aclaró que si en algún momento considera pertinente retirarse podrá hacerlo y será respetada su decisión; se explicó que si en algún momento del estudio requiere información podrá solicitarla. Una vez entendido el consentimiento informado se procedió a firmar el consentimiento informado escrito, considerando un periodo de tiempo que no interrumpa con la consulta que tenía previamente, se llevó a cabo el cuestionario ZUNG y ESTE II. Una vez obtenidos el resultado de la escala se explicó la relación con el estado de salud y la influencia en la evolución de su padecimiento, se orientó a las medidas de manejo y a quienes resulten con debut de trastorno depresivo, en caso de ser derechohabiente se le envió a su médico familiar para atención integral y con el servicio de trabajo social para canalización al centro de integración juvenil que le corresponde de acuerdo a la zonificación de la unidad para atención a cargo del servicio de psicología y/o si lo desea solicitar al médico familiar él envió correspondiente al HGZ correspondiente. Los resultados se explicaron de forma individual y se aclararon dudas al respecto del enfoque que se plantea. Posteriormente se agradeció a los participantes su atención y colaboración con la investigación. Teniendo los resultados de la escala de depresivos de ZUNG y escala ESTE II de soledad social se realizó una base de datos en la paquetería de Microsoft office con Excel con la codificación correspondiente de las variables a números para análisis. Posterior en programa SPSS versión 25, Para las variables cualitativas se utilizaron frecuencia, promedios y media, mientras que para variables cuantitativas percentiles, desviación estándar y mediana. La pregunta de investigación se analizó con la prueba estadística chi cuadrada. Los resultados se reportaron en tablas y gráficos.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

ESCALA DE DEPRESIVOS DE ZUNG. La escala de depresión de Zung ha sido utilizada con excelentes resultados para evaluar y predecir estados de depresión en diferentes sectores de la población y respecto de diferentes problemas de salud. Esta validada en población mexicana, en el análisis de confiabilidad de la medida se obtuvo un α de Cronbach global de 0.887. x Esta escala, creada por Zung en 1965, está basada en aspectos afectivos, fisiológicos y psicológicos que generalmente caracterizan la depresión, y está conformado por 20 reactivos con respuestas en formato tipo likert (nunca = 1; siempre = 4), en donde los ítems 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 20 se encuentran redactados en afirmaciones negativas.^{23,24,25,26}

Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung. La escala de autoevaluación para la depresión de Zung fue diseñada por W.W.Zung para evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo. La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras. Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo). El rango de calificación es de 20-80. • 25-49 rango normal • 50-59 Ligeramente deprimido • 60-69 Moderadamente deprimido • 70 o más, Severamente deprimido.²³

24

ESCALA ESTE II DE SOLEDAD SOCIAL.

La escala validada para la población mexicana es una herramienta útil para medir el nivel de soledad. El coeficiente alfa ordinal resultó con alta confiabilidad ($\omega = .920$)

La Escala ESTE II ha sido elaborada en cuatro fases.

Se realizó una revisión bibliográfica sobre las principales escalas que medían Soledad Social tales como: la escala de Soledad de Russell (1980), la escala de Soledad Social y emocional de Jong Gierveld (2006), la adaptación española de la Escala de Evaluación de Soledad Social y Emocional en Adultos SESLA-S de Yárnoz (2008). En base a esta revisión se construyó una escala compuesta por 10 ítems dicotómicos (Sí o No), agrupados en dos áreas: relaciones sociales y sentimientos. Seis ítems hacían referencia a relaciones sociales, por ejemplo: “Siente que no tiene a nadie con quien hablar” o “Mi círculo de amistades y amigos es muy limitado” y los cuatro restantes aludían a los sentimientos, por ejemplo: “Me siento vacío sentimentalmente” o “Me siento ignorado o excluido por los demás”.^{27,28,29}

Escala Este II de Soledad Social está compuesta por 15 ítems con tres alternativas de respuesta: Siempre, A veces y Nunca. Esta escala se divide en tres factores:

- Factor 1: Percepción del apoyo social.
- Factor 2: Uso que el mayor hace de las nuevas tecnologías.

Factor 3: Índice de participación social.

La puntuación total de la escala oscila entre 0 y 30 puntos y se obtiene mediante la suma de la puntuación en cada uno de los ítems, Siendo soledad social baja en un rango de 0 a 10 puntos, soledad social media de 11 a 20 puntos y soledad social alta de 21 a 30 puntos.

PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se utilizó una hoja de recolección de datos, en la cual se obtuvo información sociodemográfica de mujeres de 30 a 50 años de edad (edad, estado civil, ocupación y grado de estudios), además se aplicó la escala de depresión de Zung para valorar el grado de depresión, escala ESTE II para determinar el grado de soledad social y por ultima determinar si la paciente se encontraba en aislamiento social.

ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de los datos obtenidos se dio a través de frecuencias y porcentajes, se utilizó chi cuadrada como prueba estadística para las variables de interés (aislamiento social y depresión); también se utilizaron medidas de tendencia central para el análisis descriptivo (media, mediana, moda).

La captura de los datos obtenidos se realizó en hojas de cálculo del programa estadístico SPSS versión 22.0 para Windows, se dieron a conocer los resultados en tablas y gráficos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación se encontrará avalada por el Comité de Bioética e Investigación a la que pertenece la Unidad de Medicina Familiar No. 94 Aragón. Se realizará en mujeres de 30 a 50 años, se apega a los lineamientos de la Declaración de Helsinki y a los de la ley general de salud vigente acerca de investigación en seres humanos.

Se apega a la ley general de salud y la Normatividad del Instituto Mexicano de Seguro Social. (El artículo 3 indica en los términos de esta ley en materia de salubridad general: fracción I. La organización, control y vigencia de presencia de servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el artículo 34 fracciones I, II, IV, de esta ley, fracción VII: La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud, fracción IX, la coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos, fracción XXVI. (Artículo 100 fracción V solo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias correspondiente fracción IV de la ley general de salud, deberá contar con consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación.

Los resultados serán publicados siempre y cuando las autoridades competentes estén de acuerdo y lo soliciten (Artículo 238 solamente para fines de investigación científica).

Factibilidad: El estudio que se presentará es factible ya que se cuenta con la infraestructura y el permiso de las autoridades de las Instituciones pertenecientes a la jurisdicción sanitaria de la Unidad de Medicina Familiar No. 94 San Juan de Aragón y al ser dos encuestas de auto aplicación y libre participación se considera de bajo riesgo para los participantes.

Estudio en población vulnerable: En el presente protocolo participarán mujeres de 30 a 50 años con debut de trastorno depresivo, con el previo consentimiento informado, para la aplicación de dos encuestas auto aplicables que abarcarán la Escala de Depresivos de Zung y la escala de Escala ESTE II de Soledad Social.

Riesgo de la investigación: De acuerdo con el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y conforme a los aspectos éticos de la investigación de seres humanos, Título II, Capítulo I, ARTICULO 17, el estudio se considera sin riesgo ya que solo se recabará información con preguntas dirigidas a mujeres de 30-50 años de edad, mediante cuestionarios estructurados, sin realizarse ninguna intervención fisiológica, psicológica o social.

Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en conjunto: Este estudio contribuirá a determinar la asociación que existe entre del debut de trastorno depresivo y el aislamiento social de mujeres quienes estén adscritas a la jurisdicción de la UMF 94 San Juan de Aragón; en segunda instancia los cuestionarios nos permitirán identificar si las pacientes debutan con el mismo y si este si es relacionado al aislamiento social. Los cuestionarios nos permitirán comparar los estudios previos que sean realizado en la misma población, así como aplicar medidas preventivas y dar recomendaciones de iniciar una atención integral oportuna para evitar las consecuencias a corto y medio plazo, la derivación subsecuente a un segundo nivel de atención médica, con la finalidad de mejorar la calidad de vida y mejorar o disminuir sus síntomas respecto al trastorno depresivo.

Los participantes podrán obtener sus resultados si así lo solicitarán, además de explicar los resultados obtenidos asegurando la confidencialidad de los entrevistados, además de recomendarles acciones preventivas para mejorar su calidad de vida.

Posibles inconvenientes: El tiempo invertido para contestar las encuestas, previo consentimiento de los participantes o familiar responsable si así lo requiriera el caso.

Balance riesgo – beneficio: el beneficio directo para el paciente es que si se detecta presencia de trastorno depresivo no estable o un grado moderado a severo se enviara a su consultorio para una valoración integral por el médico familiar, además valorar el envío a un segundo nivel (psiquiatría/ psicología), aunado que se genera nuevo conocimiento sobre el problema específico y al ser un estudio sin implicaciones de riesgo se considera que el balance riesgo-beneficio es favorable a toda la población del estudio.

Confidencialidad: Los datos proporcionados en este estudio son totalmente confidenciales, sus resultados se usarán de manera global y para fines estadísticos. Se identificará la mujer con su número de seguridad social, número telefónico o número de cuenta o e-mail solo en caso de que requiera sus resultados los cuales se proporcionarán en forma personal y confidencial; los datos personales serán resguardados por el investigador, su difusión será totalmente académico al personal de salud.

Proceso para solicitar el consentimiento informado: Se informará de manera clara y con lenguaje comprensible a los posibles participantes, se explicara los objetivos y el papel que desempeñaran en el estudio; el investigador se cerciorara de que el participante haya comprendido lo explicado y se resolverán dudas, se le explicara que su participación será de manera voluntaria, lo cual no lo obliga a participar, pudiendo acceder, no acceder o salir posteriormente del estudio si así lo desea, sin ninguna repercusión en su atención médica institucional; además de que se les explicará que los investigadores no forman parte de la atención médica que recibe en el instituto, en caso de aceptar su participación en este protocolo

firmará hoja de consentimiento informado con previa explicación acerca de lo que firmará.

Forma de selección de los participantes: En las instalaciones de la UMF No 94 del IMSS, en cumplimiento con los aspectos mencionados, cualquier mujer entre 30 a 50 años adscrita a la unidad puede ser un posible participante del protocolo por conveniencia, previo consentimiento informado con firma del paciente o del representante legal y con firma de los testigos.

Guiados en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, donde indica que la realización de la investigación para la salud debe atender a aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación, siendo preciso sujetarse a las normas de seguridad generalmente aceptadas, conforme a ello establecido en el capítulo I y V, en los artículos 13, 18, 20; y 57 y 58 respectivamente que indican:

ARTÍCULO 13.- Prevalecerá el criterio de respeto a la dignidad, la protección de los derechos y bienestar del sujeto de estudio.

ARTÍCULO 17.- El sujeto a investigar no sufrirá daños en el estudio, ya que solo se aplicarán cuestionarios.

ARTÍCULO 20.- El sujeto tendrá un consentimiento informado con el cual autoriza su participación en la investigación con pleno conocimiento.

ARTÍCULO 57.- Se entiende por grupos subordinados a los siguientes: a los estudiantes, trabajadores de laboratorios y hospitales, empleados, miembros de las fuerzas armadas, internos en reclusorios o centros de readaptación social y otros grupos especiales de la población, en los que el consentimiento informado pueda ser influenciado por alguna autoridad.

ARTÍCULO 58.- Cuando se realicen investigaciones en grupos subordinados, en la Comisión de Ética deberá participar uno o más miembros de la población en estudio,

capaz de representar los valores morales, culturales y sociales del grupo en cuestión y vigilar:

I. Que la participación, el rechazo de los sujetos a intervenir o retiro de su consentimiento durante el estudio, no afecte su situación médica, laboral, militar o la relacionada con el proceso judicial al que estuvieran sujetos y las condiciones de cumplimiento de sentencia, en su caso:

II.- Que los resultados de la investigación no sean utilizados en perjuicio de los individuos participantes, y

III.- Que la institución de atención a la salud y los patrocinadores se responsabilicen del tratamiento médico de los daños ocasionados y, en su caso, de la indemnización que legalmente corresponda por las consecuencias dañosas de la investigación.

Dentro del estudio se actuará con respeto hacia el paciente (Artículo 8), así como se respetara su autonomía traducido a respetar la participación o no participación del paciente en el estudio, se respetara su autonomía, una vez dada la debida información sobre la investigación, no se podrá obligar a ninguna persona a participar, tendrá derecho a tomar decisiones informadas (Artículo 20, 21, 22, Declaración de los Derechos de los Pacientes) por medio del consentimiento informado (Código de Núremberg), la confidencialidad de las respuestas como del resultado estos serán vistos y analizados únicamente por el investigador, dentro del estudio no se busca dañar de ninguna forma ni la integridad física psicológica y moral de los participantes ya que no se pondrá en peligro su integridad debido a que no será un estudio experimental, y se buscara dentro del beneficio observar la presencia de severidad de los síntomas de tracto urinario, así como la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes (Artículo 100 de la Ley General de Salud) para otorgar una atención médica integral por su médico familiar.

Por otro lado, se basa de acuerdo a los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, contenida en la declaración de Helsinki, adoptada por la 64ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial en Brasil 2013, que corresponde al apartado II, Investigación Biomédica en terapéutica con humanos

(investigación Biomédica no Clínica); las Guías Éticas Internacionales para la investigación Biomédica que involucra a seres humanos del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).

En Declaración de Helsinki estipula lo siguiente: “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En especial nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos” por lo que en este estudio no se realizará experimento que dañe a los pacientes.

Los aspectos éticos del presente trabajo se fundamentan en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su Artículo 4º publicado el 6 de abril de 1990 en el Diario Oficial de la Federación, donde nos habla sobre la igualdad y la libertad de decisión sobre su salud y el libre acceso a los servicios médicos en busca de un beneficio.

Además, apegándonos a las leyes nacionales: Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, Código de Bioética para el personal de salud. Los lineamientos generales para realizar investigación en el Instituto Mexicano del Seguro Social dentro de los cuales destaca lo siguiente: “que toda investigación realizada en el instituto debe ponerse de manifiesto un profundo respeto hacia la persona la vida y la seguridad de todos los derechos que quién participe en ellos rigiéndose por las normas institucionales en la materia”, en particular por el Manual de Organización de la Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación (Acuerdo No 15; 6 – 84 del 20 de junio de 1984 del Honorable Consejo Técnico).

El informe Belmont presenta los Principios éticos y pautas para la protección de sujetos humanos de la investigación. El informe establece los principios éticos fundamentales subyacentes a la realización aceptable de la investigación en seres humanos tomando en consideración los siguientes principios:

- Respeto a las mujeres que deberán ser tratadas como agentes autónomos, tratados de una manera ética, implica no sólo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar.
- Autonomía se respeta la decisión de los pacientes a participar en el estudio al momento de solicitar consentimiento informado.
- Beneficencia. El concepto de tratar dignamente a los participantes implica no sólo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar, a través del estudio se encontraran mujeres con trastorno depresivo relacionado al aislamiento social, se les brindará información de su resultado así como opción de manejo para atención y seguimiento en centro de integración ya que cuentan con apoyo psicológico gratuito para derechohabientes y no derechohabientes, según sea el caso, además de explicar a las mujeres sobre el trastorno depresivo relacionado a aislamiento por covid-19.
- No maleficencia. Esta investigación no generará daño alguno a sus participantes.
- Justicia. Se incluirán a las mujeres de entre 30 a 50 años que cumplan los criterios de selección para el estudio sin discriminación de condición social, religión, filiación política, preferencias sexuales, etc.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

RECURSOS HUMANOS

- Salazar Reyes Juan Pablo
Médico Investigador responsable
Encargado de la revisión del estudio
- León Ángeles Sergio A.
Investigador Asociado

Encargado de la revisión del estudio

- Fuentes Escamilla Gabriela Judith
Médico Residente de Medicina Familiar
Encargado de la recopilación y análisis de datos

RECURSOS FÍSICOS

Se utilizo

1. Consultorios e instalaciones de la UMF No. 94 IMSS.
2. Documentación y cálculo de datos
 - ✓ Hojas.
 - ✓ Impresoras.
 - ✓ Plumas, lápices.
 - ✓ Computadora.
 - ✓ Programa estadístico SPSS versión 22.0 para Windows

RECURSOS FINANCIEROS

Todos los gastos serán autofinanciados por los investigadores.

FACTIBILIDAD.

El estudio que se presentará es factible ya que se cuenta con la infraestructura y el permiso de las autoridades de las Instituciones pertenecientes a la jurisdicción sanitaria de la Unidad de Medicina Familiar No. 94 Aragón del IMSS y de los participantes por medio del consentimiento informado, y al ser una encuesta de libre participación se considera de bajo riesgo para los involucrados.

CONFLICTO DE INTERESES

Los investigadores declaran no tener conflicto de intereses de ningún tipo, se agrega una carta donde se asienta por escrito en los anexos.

RESULTADOS

Se encuestaron a 194 (100%) participantes del sexo femenino pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar No. 94, entre los 30 a 50 años de edad, con una media de 39.15, mediana de 39 y moda de 33, encontrándose como datos sociodemográficos de interés que el nivel de escolaridad que prevaleció sobre las demás con una frecuencia de 64 (33%) participantes fue el nivel preparatoria y licenciatura con la misma prevalencia respectivamente, seguido del nivel secundaria 42 (21.6%) participantes, en cuanto a la ocupación prevaleció ser Profesionalista 57 (29.4%) participantes, seguido de Obrera 51 (26.3%) participantes, y por último en cuanto al estado civil se muestra que predominó las mujeres casadas 87 (44.8%) participantes, seguido de Solteras 46 (23.7%) participantes. (Cuadro 1)

Cuadro 1.- Datos sociodemográficos de mujeres con aislamiento social durante la pandemia por COVID-19 adscritas a la UMF No 94.		
Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
Escolaridad		
Sin estudios	5	2.6
Primaria	19	9.8
Secundaria	42	21.6
Preparatoria	64	33
Licenciatura	64	33
Ocupación		
Ninguna	7	3.6
Obrera	51	26.3
Técnica	29	14.9
Profesionista	57	29.4
Actividades domesticas	48	24.7
Jubilada	2	1.0
Estado Civil		
Soltera	46	23.7
Casada	87	44.8
Divorciada	27	13.9
Viuda	8	4.1
Unión Libre	25	13.4

Fuente: Hoja de recolección de datos aplicado en 194 mujeres de 30 a 50 años de la UMF 94.

A partir de los cuestionarios Escala de depresión de ZUNG y Escala ESTE II de Soledad Social se obtuvieron los resultados sobre nuestras variables de interés la presencia de Depresión y de Aislamiento Social, en donde en cuanto a depresión se encontró el predominio en Rango normal con 100 (51.4) participantes seguido de Ligeramente deprimido 79 (40.7%) participantes, y en cuanto a Soledad social se encontró el predominio de Soledad social media 112 (57.7%) participantes, seguida de Soledad social baja 46 (23.7%) participantes. (Cuadro 2).

Cuadro 2.- Presencia de Depresión y Aislamiento Social durante la pandemia por COVID-19 en mujeres adscrita a la UMF No 94.

Variab les	Frecuencia	Porcentaje (%)
Depresión		
Rango normal	100	51.5
Ligeramente deprimido	79	40.7
Moderadamente deprimido	14	7.2
Severamente deprimido	1	5
Aislamiento Social		
Soledad Social Baja	46	23.7
Soledad Social Media	112	57.7
Soledad Social Alta	36	18.6
Fuente: Cuestionarios Escala de depresión de ZUNG y Escala ESTE II de Soledad Social		

En cuanto a los datos sociodemográficos que prevalecieron en relación a la variable de interés depresión se encontró en cuanto al dato sociodemográfico escolaridad un predominio en nivel licenciatura en relación con rango normal de depresión 34 (34.0%) participantes seguido de preparatoria en relación con rango normal de depresión 32 (32.0%) participantes, en cuanto a la ocupación se muestra el predominio de profesionista en relación con rango normal de depresión 30 (30.0%) participantes, seguido de la ocupación obrera en relación con rango normal de depresión 25 (25.0%) participantes; En cuanto al estado civil predomino estar casada en relación con ligeramente deprimido 42 (53.2%) participantes. Se muestra en la escolaridad un valor de P de 0.648, en Ocupación un valor de P de 0.238 y en Estado Civil un valor de P de 0.010 (Cuadro 3).

Cuadro 3.- Asociación de las variables sociodemográficas con la presencia de depresión durante la pandemia por COVID-19 en mujeres adscritas a la UMF No 94.					
Variables	Depresión				P
	Rango normal	Ligeramente deprimido	Moderadamente deprimido	Severamente deprimido	
Escolaridad					
Sin estudios	3 (3.0%)	1 (1.3%)	1 (7.1%)	0 (0.0%)	0.648
Primaria	8 (8.0%)	1.0 (12.7%)	1 (7.1%)	0 (0.0%)	
Secundaria	23 (23.0%)	13 (16.5%)	6 (42.9%)	0 (0.0%)	
Preparatoria	32 (32.0%)	30 (38%)	2 (14.3%)	0 (0.0%)	
Licenciatura	34 (34.0%)	25 (31.6%)	4 (28.6%)	1 (100%)	
Ocupación					
Ninguna	2 (2.0%)	3 (3.8%)	2 (14.3%)	0 (0.0%)	0.238
Obrera	25 (25.0%)	21 (26.6%)	5 (35.7%)	0 (0.0%)	
Técnica	15 (15.0%)	13 (16.5%)	1 (7.1%)	0 (0.0%)	
Profesionista	30 (30.0%)	24 (30.4%)	2 (14.3%)	1 (100.0%)	
Actividades domesticas	27 (27.0%)	18 (22.8)	3 (21.4%)	0 (0.0%)	
Jubilada	1 (1.0%)	0 (0.0%)	1 (7.1%)	0 (0.0%)	
Estado Civil					
Soltera	29 (29.0%)	13 (16.5%)	3 (21.4%)	1 (100.0%)	0.010
Casada	40 (40.0%)	42 (53.2%)	5 (35.7%)	0 (0.0%)	
Divorciada	7 (7.0%)	17 (21.5%)	3 (21.4%)	0 (0.0%)	
Viuda	6 (6.0%)	0 (0.0%)	2 (14.3%)	0 (0.0%)	
Unión Libre	18 (18.0%)	7 (8.9%)	1 (7.1%)	1 (100.0%)	
Fuente: Hoja de recolección de datos y Escala de depresión de ZUNG aplicado en 194 mujeres de 30 a 50 años de la UMF 94					

En cuanto a los datos sociodemográficos que prevalecieron en relación a la variable de interés aislamiento social se encontró en cuanto al dato sociodemográfico escolaridad un predominio en nivel preparatoria en relación con soledad social media 37 (33.0%) participantes, seguido de licenciatura en relación con soledad social media 25 (22.3%) participantes, en cuanto a la ocupación se muestra el predominio de Obrera y Actividades domésticas en relación con Soledad Social Media 31 (27.7%) participantes en ambas respectivamente, seguido de la ocupación técnica en relación con Soledad Social Media 23 (20.5%) participantes; En cuanto al estado civil predominó estar casada en relación con Soledad Social Media 50 (44.6 %) participantes, seguido de Soltera en relación con soledad social media 30 (26.8 %) participantes. Se muestra en la escolaridad un valor de P de 0.002, en Ocupación un valor de P de 0.001 y en Estado Civil un valor de P de 0.034 (Cuadro 4).

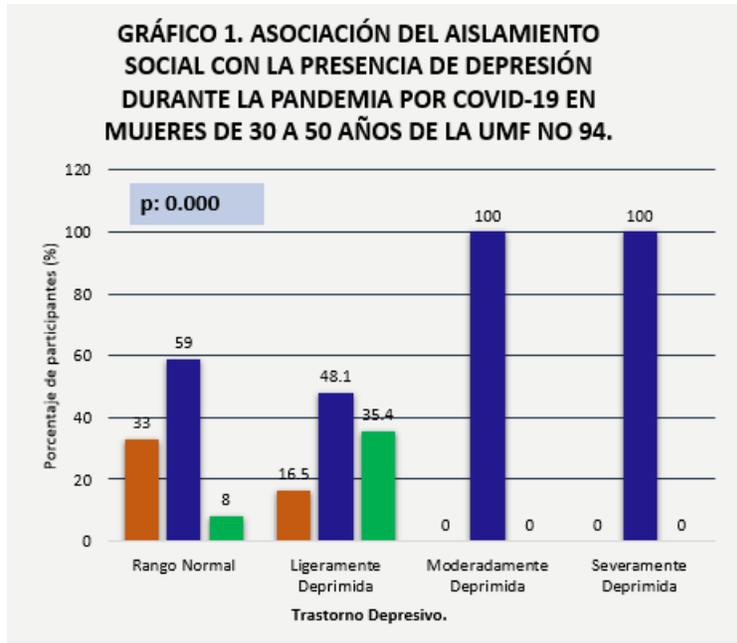
Cuadro 4.- Asociación de las variables sociodemográficas con la presencia de aislamiento social durante la pandemia por COVID-19 en mujeres adscritas a la UMF No 94.				
Variables	Aislamiento Social			P
	Soledad Social Baja	Soledad Social Media	Soledad Social Alta	
Escolaridad				
Sin estudios	0 (0.0%)	3 (2.7%)	2 (5.6%)	0.002
Primaria	2 (4.3%)	13 (11.6%)	4 (11.1%)	
Secundaria	7 (15.2%)	34 (30.4%)	1 (2.8%)	
Preparatoria	15 (32.6%)	37 (33.0%)	12 (33.3%)	
Licenciatura	22 (47.8%)	25 (22.3%)	17 (47.3%)	
Ocupación				
Ninguna	2 (4.3%)	4 (3.6%)	1 (2.8%)	0.001
Obrera	4 (8.7%)	31 (27.7%)	16 (44.4%)	
Técnica	5 (10.9%)	23 (20.5%)	1 (2.8%)	
Profesionista	19 (41.3%)	21 (18.8%)	17 (47.2%)	
Actividades domésticas	16 (34.8%)	31 (27.7%)	1 (2.8%)	
Jubilada	0 (0.0%)	2 (1.8%)	0 (0.0%)	
Estado civil				
Soltera	10 (21.7%)	30 (26.8%)	6 (16.7%)	0.034
Casada	18 (39.1%)	50 (44.6%)	19 (52.8%)	
Divorciada	4 (8.7%)	15 (13.4%)	8 (22.2%)	
Viuda	1 (2.2%)	5 (4.5%)	2 (5.6%)	
Unión Libre	13 (28.3%)	12 (10.7%)	1 (2.8%)	
Fuente: Hoja de recolección de datos y Escala ESTE II de Soledad Social aplicado en 194 mujeres de 30 a 50 años de la UMF 94				

En cuanto a la Asociación del aislamiento social con la presencia de depresión durante la pandemia se encuentra un predominio de Depresión en Rango normal en relación a Soledad Social Media 59 (59.0%) participantes, seguido de Ligeramente deprimido en relación a soledad social media 38 (48.1%) participantes. Con un valor de P de 0.000 (Cuadro 5).

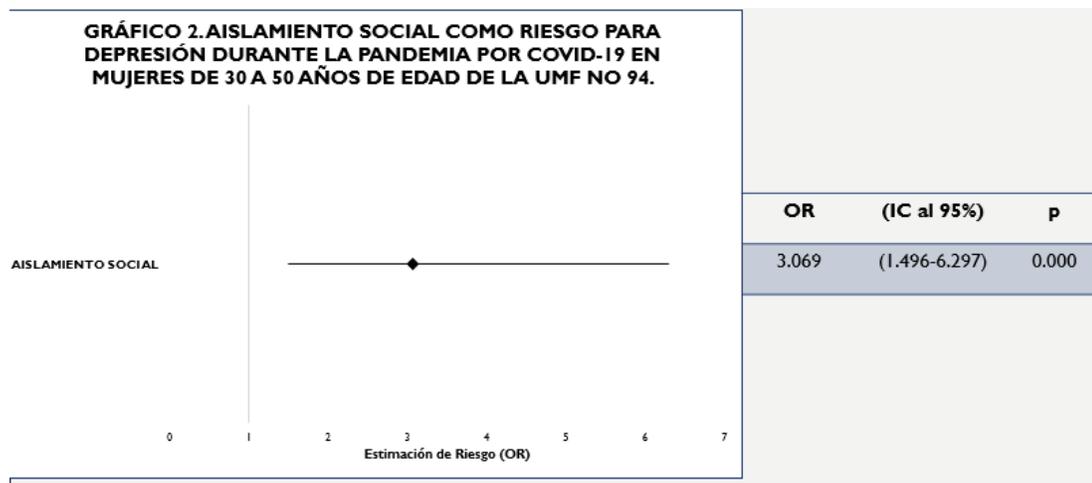
Cuadro 5.- Asociación del aislamiento social con la presencia de depresión durante la pandemia por COVID-19 en mujeres de la UMF No 94.					
Variables	Depresión				P
	Rango normal	Ligeramente deprimido	Modernamente deprimido	Severamente deprimido	
Aislamiento Social					0.000
Soledad Social Baja	33 (33.0%)	13 (16.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Soledad Social Media	59 (59.0%)	38 (48.1%)	14 (100.0%)	1 (100.0%)	
Soledad Social Alta	8 (8.0%)	28(35.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Fuente: Cuestionarios Escala de depresión de ZUNG y Escala ESTE II de Soledad Social					

En cuanto a la asociación del aislamiento social con la presencia de depresión se observa que en cuanto al rango normal de depresión predomina una soledad social Media en 59% de participantes, seguido de soledad social baja en 33% de participantes, en el rango ligeramente deprimido predomina una soledad social

Media en 48.1% de participantes, seguido de soledad social alta con 35.4% de participantes y en rango moderadamente y severamente deprimido predomina en 100 % de participantes el dato soledad social media y se observa un valor de P de 0.000. (Grafico 1).



Se realiza una gráfica de Forrest Plot en donde se dicotomizan las variables en con depresión y sin depresión y con aislamiento y sin aislamiento, para poder general una estimación de Riesgo (OR) con un valor de 3.069 con in intervalo de confianza mínimo de 1.496 y un máximo de 6.297 generando un valor de P de 0.000 (Grafico 2).



DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La pandemia de COVID-19 ha golpeado fuertemente a las mujeres, aun cuando la tasa de mortalidad ha sido mayor en los hombres. Las mujeres se han visto afectadas tanto en el lugar de trabajo como en el hogar, al ser el 70% del personal sanitario en todo el mundo, gran parte de ellas están enfrentando el virus en primera línea; del mismo modo, conforman la mayor parte del personal de servicio de los centros sanitarios (limpiadores, lavandería y catering). Además, la carga doméstica y la violencia familiar que padecen las mujeres, han incrementado los problemas de salud mental como ansiedad, depresión y trastornos de estrés postraumáticos en este grupo.⁴³

Entre los factores relacionados con la prevalencia de síntomas psicológicos en esta pandemia, se tienen: el sexo femenino, no tener hijos, estado civil soltero, comorbilidad médica y antecedentes de atención de salud mental.⁴³

De igual manera, el impacto en los niveles de inactividad física es mayor en las mujeres, ya que acumulan tareas profesionales con las tareas domésticas y el cuidado de los niños que están en casa y estudian de manera virtual.⁴³

El impacto de la pandemia no ha sido igual en los hombres que en las mujeres, ni a nivel clínico, ni epidemiológico o socioeconómico. Las mujeres han estado más expuestas a riesgo de infección por su mayor presencia en profesiones y espacios de atención en primera línea y servicios esenciales: sanidad, servicios sociales, cuidados formales e informales, alimentación, comercio y limpieza. Además, tienen un papel central en las tareas y cuidados domésticos y sufren en mayor medida situaciones de precariedad y pobreza. La violencia contra las mujeres y los niños, y otros tipos de violencia en el hogar han aumentado durante la pandemia.⁴⁴

En este estudio se observó que las mujeres están afectadas en este grupo de edad de 30 a 50 años que es una edad productiva en el cual como se menciona en el artículo de León C, se acumulan las tareas profesionales con las tareas domésticas y que los niños estén en casa.

La sinergia entre el distanciamiento social, confinamiento en casa, la nueva enfermedad, miedo al contagio propio o de familiares, así como la preocupación de los ingresos económicos y el desempleo, se manifestaron por medio de alteraciones emocionales e impacto psicológico en las personas, creando problemas individuales y colectivos en la sociedad.⁴⁵ Lo cual nos preocupa en este estudio que es relacionar que tanto afectada el aislamiento social para presentar problemas mentales como es la depresión.

En un estudio realizado por Campos A et al, se mostró que Durante el confinamiento, el análisis descriptivo mostró que los niveles de depresión, ansiedad y estrés tienen mayor afectación en mujeres, que no tiene salario seguro, no tener hijos, ser soltera y tener entre 18 y 25 años.⁴⁵ En relación a este estudio podemos decir que ser mujer tiene afectación, aquí se observaron mujeres profesionistas, casadas con una edad promedio de 39.5 años.

Con el propósito de identificar los factores que incrementan el riesgo de depresión, ansiedad y estrés, se formaron 2 categorías para cada variable (con riesgo y sin riesgo): los resultados mostraron que las variables sociodemográficas que representan riesgo para depresión fueron ser mujer (Exp = 1.757), no tener salario seguro (Exp = 1.445) y tener hijos (Exp β = .455).⁴⁶ Nuevamente es importante ya se quería corroborar porque es importante estudiar a las mujeres ya que son un factor de riesgo para la presencia de depresión.

La OMS menciona que una de las principales causas de este incremento de depresión fue el estrés sin precedentes que causó el aislamiento social provocado por la pandemia. A este factor, se le ha de añadir otros condicionantes como las limitaciones de las personas a la hora de trabajar, a recibir el apoyo de sus seres queridos y a participar en sus comunidades.⁴⁶ De acuerdo con el artículo de la OMS podemos decir que el aislamiento social es un factor para debutar con depresión al no contar con el apoyo de sus seres queridos y no participar en actividades recreativas y comunitarias.

En un artículo de la Universidad Interamericana de Puerto Rico se menciona que sus resultados revelaron que las personas que cumplían con no salir de sus casas se

asociaban a presentar más ansiedad de salud, más preocupaciones financieras y sentirse muy solos. Es muy probable que, en ausencia de las relaciones interpersonales significativas, los trastornos de ansiedad y depresión surjan o empeoren. Asimismo, la cuarentena dificulta para muchas personas la disponibilidad de intervenciones psicoterapéuticas y de asesoramiento.⁴⁷

En el mismo artículo se reporta que los factores de riesgo que predisponían a las personas a presentar complicaciones emocionales eran los siguientes: ser mujer, una vida de mucho estrés, eventos traumáticos anteriores, tener poco conocimiento de la pandemia, y tener poco apoyo social. Notemos como en casi todos los estudios se repite de manera consistente la variable de ser mujer como factor de riesgo.⁴⁷

De acuerdo a un artículo de Rodríguez se realiza una revisión sobre los síntomas mentales en la población general, donde se muestra que la prevalencia de síntomas depresivos osciló entre el 14,6% y el 48,3%¹⁹. Se identificaron diferentes factores de riesgo asociados con síntomas de depresión en la pandemia de COVID-19: ser mujer, edad más joven, ser estudiante en comparación con otros estatus (como estar trabajando o jubilación) o el nivel de educación (en un estudio el factor de riesgo era tener un nivel de educación más bajo, mientras que en otro el factor de riesgo identificado era tener estudios de educación superior y trabajos profesionales)⁴⁸. Comparado con este estudio que también podemos observar riesgo en las mujeres nuevamente y el tener estudios de educación superior, así como trabajos profesionales.

En el artículo de la Universidad de O'Higgins menciona que el confinamiento y el distanciamiento social promulgados para limitar los contagios en lo posible añaden variables de riesgo a la situación. Para algunos el confinamiento conlleva soledad, para otros hacinamientos, y ambas situaciones tienen efectos en el bienestar psicológico y la cognición de animales sociales, el distanciamiento físico cancela o limita el uso de nuestras habituales estrategias de afrontamiento del estrés, No podemos reunirnos con las personas significativas de nuestra vida, perdemos contacto físico, no podemos refugiarnos en nuestras actividades de ocio habituales, etc. Además, se espera un efecto especialmente devastador de la pandemia para

las mujeres en tanto que ésta conllevaría a un incremento de la violencia doméstica y un empeoramiento de la atención a la salud reproductiva. De nuevo estas situaciones se verían agravadas para las mujeres en situación de vulnerabilidad cuyos empleos estarían además en mayor riesgo durante la pandemia. El trabajo de las mujeres en riesgo de exclusión, muchas veces de naturaleza informal y asistencial, incrementaría por un lado el riesgo de contagio y limitaría por otro la posibilidad de acceder a las prestaciones de ayuda al desempleo.⁴⁹

En el estudio realizado por Vázquez O, Orozco M, realizado a 1508 participantes, hombres y mujeres de México y el extranjero se encontró el sexo femenino, no tener hijos, estado civil soltero, comorbilidad médica y antecedentes de atención a la salud mental son las variables indicadas en literatura como relacionadas con la presencia de mayores síntomas psicológicos; adicionalmente, se identificaron las preocupaciones económicas, las repercusiones de la pandemia en la vida diaria y el retraso académico.⁵⁰

En un estudio de España realizado por Ruiz A, nos menciona que la crisis económica y social producida por la pandemia de COVID-19 también está teniendo una huella particular en la salud mental de la población, especialmente en las mujeres, en la fase de confinamiento estricto uno de cada cinco españoles sufrió síntomas significativos de depresión, ansiedad y/o estrés postraumático, con mayor prevalencia en mujeres que en varones, así como en personas jóvenes. Se advierten diferencias significativas por sexo en todas las variables analizadas, de manera que los resultados indican que son las mujeres las que sufren en mayor proporción problemas de ansiedad y depresión, quienes más acuden a tratamiento por un problema psicológico y quienes más consumen psicofármacos, se han visto más afectadas por el desempleo que los varones y que tienen más dificultades para buscar empleo fuera del hogar, principalmente por motivos relacionados con responsabilidades familiares y de cuidados.⁵¹

Finalmente, en el Ministerio de Sanidad en un informe de salud y género mencionan que la pandemia por COVID-19 ha creado un entorno en el que se exacerban muchos factores condicionantes de una mala salud mental entre los que destaca el

confinamiento y, por tanto, el aislamiento físico y social, los estudios analizados muestran, en todos los países, la existencia de importantes diferencias de género en la salud mental siendo los datos más negativos para las mujeres. La situación de desventaja en la sociedad, desventajas socioeconómicas, bajos ingresos y/o desiguales ingresos, estatus social y rango social bajo o subordinado, dobles trabajos fuera y dentro de casa con jornadas sin descanso y con la complejidad de compaginarlos, responsabilidad del cuidado de otros, alta prevalencia de violencia sexual en la infancia, relaciones de pareja de subordinación y/o violencia de género, etc., exponen a las mujeres a un mayor nivel de estrés, con problemas mayores para modificar su entorno estresante y consecuentemente con mayor probabilidad de aparición de los problemas de salud mental que son más frecuentes en las mujeres.⁵²

CONCLUSIÓN

De acuerdo a la población estudiada, se determinó que el grupo de edad predominante fue de 39.15 años de la población de mujeres entre 30 a 50 años de edad, estas están casadas, con un nivel de estudios a nivel preparatoria (33%) y licenciatura con la misma prevalencia, en cuanto a ocupación predominan las profesionistas (29.4%), en cuanto a nuestras variables de interés predomina ligeramente deprimido (40,7%) y Soledad social media (57,7%).

En cuanto a los datos sociodemográficos que prevalecieron en relación a la variable de interés depresión se encontró en cuanto al dato sociodemográfico escolaridad un predominio en nivel licenciatura, ocupación de predominio profesionista, y predominio de estado civil casada.

En cuanto a los datos sociodemográficos que prevalecieron en relación a la variable de interés aislamiento social se encontró en cuanto al dato sociodemográfico escolaridad un predominio en nivel preparatoria, Ocupación de predominio obrera y actividades domésticas, y en cuanto a estado civil estar casada.

En cuanto a la Asociación del aislamiento social con la presencia de depresión durante la pandemia se encuentra un predominio de Depresión en Rango normal

en relación a Soledad Social Media 59 (59.0%) participantes, seguido de Ligeramente deprimido en relación a soledad social media 38 (48.1%)

En cuanto a la asociación del aislamiento social con la presencia de depresión se observa que en cuanto al rango normal de depresión predomina una soledad social Media en 59% de participantes, seguido de soledad social baja en 33% de participantes, en el rango ligeramente deprimido predomina una soledad social Media en 48.1% de participantes, seguido de soledad social alta con 35.4% de participantes y en rango moderadamente y severamente deprimido predomina en 100 %.

Por lo tanto, se acepta la hipótesis: El aislamiento social está asociado y es un factor de riesgo en el debut del trastorno depresivo durante la pandemia por COVID-19 en mujeres de 30 a 50 años de edad.

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Debido a la importancia que ha tenido la pandemia en relación a la salud mental de la población, se recomienda poder explorar no solo a la población femenina, sino también a los demás grupos que pudieron verse afectados por diferentes estresores como lo es el grupo infantil en cuanto que tanto le afecto el aislamiento social por dejar de acudir a clases presenciales y empezar con clases en línea, estar todo el día en casa y dejar de ver a sus compañeros. Así como también al grupo de hombres que se quedaron sin empleo o que de igual manera tuvieron que regresar a casa a hacer home office.

De igual forma valorar estrategias educativas y de afrontamiento como parte del tratamiento para el trastorno depresivo. Qué tipo de personalidad es un factor de riesgo para aislamiento social y trastorno depresivo. Algunas determinantes clínicas, individuales y familiares asociados al trastorno depresivo en pacientes postcovid. Si el uso de tecnología e inteligencia artificial está asociado a la prevención del aislamiento social y trastorno depresivo en épocas de pandemia y la importancia de la telemedicina como factor protector para la prevención del trastorno depresivo en padecimientos que ameriten resguardo domiciliario

Cronograma de actividades

DEBUT DE TRASTORNO DEPRESIVO DURANTE LA PANDEMIA ASOCIADO AL AISLAMIENTO SOCIAL.																
ACTIVIDAD	2021					2022										
MES	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Seminario de investigación	P	P														
	R	R														
Selección del tema			P	P												
			R	R												
Búsqueda bibliográfica					P	P	P									
					R	R	R									
Realización del marco teórico								P	P	P						
								R	R	R						
Solicitud de revisión de CLIS 3511											P	P	P			
											R	R	R			
Recolección de la muestra													P			
														R	R	R
Análisis de resultados														P		
Difusión de investigación															P	P

Elaboró: Fuentes Escamilla Gabriela Judith

PROGRAMADO = P

REALIZADO = R

Bibliografía:

- 1.- Nicolini H, "Depresión y ansiedad en los tiempos de la pandemia de COVID-19" Cirugía y Cirujanos. 2020;88 (5)
- 2.- Teruel G, Gaitan P, et al "Depresión en México en tiempos de pandemia" COYUNTURA DEMOGRÁFICA, NÚM.19, ENERO, 2021
- 3.- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad por Coronavirus (COVID-19). 21 de agosto de 2021, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021
- 4.- Dirección General de Epidemiología, Gobierno de México, "Informe Integral de COVID 19 en México" Numero 05-2022, 06 de abril 2022.
- 5- Hernández J "Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas" Medicentro Electrónica vol.24 no.3 Santa Clara jul.-set. 2020 Epub 01-Jul-2020
- 6.- De la Mora G, "Aislamiento social y vigilancia para contener la pandemia por COVID-19: algunas acciones de Gobiernos y actores sociales" Notas de coyuntura del CRIM, No. 26, junio 2020
- 7.- Rodríguez Y, Moreno M, et al "Rutinas de salud y síntomas emocionales en adultos durante el aislamiento social" Volumen 32, 2022
8. - Prieto E, Aguirre G, et al "Depresión y ansiedad durante el aislamiento obligatorio por el COVID-19 en Lima Metropolitana" 2020 en línea disponible
- 9.- DSM IV (1995). Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. E D. Masson. Barcelona
- 10.- C Gasto, V Navarro, "La depresión" GUÍA INTERACTIVA PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES DE LARGA DURACIÓN
- 11- García S, Julio C, et al "GUIA DE PRACTICA CLINICA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS" Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos
- 12 - Ramírez J, Castro D, et al "Consecuencias De La Pandemia COVID 19 En La Salud Mental Asociadas Al Aislamiento Social"

- 13- Huarcaya J, "CONSIDERACIONES SOBRE LA SALUD MENTAL EN LA PANDEMIA DE COVID-19" Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2020;37(2):327-34.
- 14.- Hernández J "Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas" Medicentro Electrónica vol.24 no.3 Santa Clara jul.-set. 2020 Epub 01-Jul-2020
- 15.- Santillán Carolina, "El impacto psicológico de la pandemia COVID 19 en México"
- 16.- Rodríguez C, Medrano O, Hernández A "Salud mental de los mexicanos durante la pandemia de COVID-19" Gac. Méd. Méx vol.157 no.3 Ciudad de México may./jun. 2021 Epub 13-Sep-2021
- 17.- Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA "Salud Mental y COVID 19 Un año de pandemia", Madrid. Marzo de 2021
- 18- Goncalvez F, González V, et al "Guía de la Buena Práctica clínica en Depresión y Ansiedad" Deposito legal M 36-013-2008.
- 19.- Géne J, Ruiz M, "Aislamiento social y soledad: ¿Qué podemos hacer los equipos de atención primaria?, Atención Primaria Volumen 48, Número 9 , noviembre de 2016, páginas 604-609
- 20.- Universidad Rey Juan Carlos "Aislamiento y patología inherente: paralelismo entre el renacimiento en doña Juana I de Castilla y la época actual", 2014.
- 21.- secretaria de Educación Pública "Glosario educación Superior", Material de Apoyo.
- 22- Álvarez, E., Gómez, S., Muñoz, et al (2010). Definición y desarrollo del concepto de ocupación: ensayo sobre la experiencia de construcción teórica desde una identidad local.
- 23.- Zung WW, "Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung" (1965) A self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry 12, 63-70.
- 24 Rivera M, Corrales A, et al, "Validación de la Escala de Depresión de Zung en Personas con VIH" TERAPIA PSICOLÓGICA 2007, Vol. 25, Nº 2, 135-140
- 25.- Del Carmen V "Validación de la escala de auto medición de la depresión ZUNG en adolescentes estudiantes de secundaria mexicanos" Tesis 1988

- 26.- Benítez A, Caballero M, et al, "Estudio psicométrico de las escalas de depresión, ansiedad y funcionalidad familiar en estudiantes de la Universidad Industrial de Santander" *Acta.colomb.psicol.* 20 (1): 221-231, 2017
- 27 González J, Garza R, "La medición de soledad en personas adultas mayores: estructura interna de la escala ESTE en una muestra del norte de México" 2021, 38(3), 169-184
- 28.- González M & Landero R. Síntomas psicosomáticos y estrés: comparación de un modelo estructural entre hombres y mujeres, *Ciencia UANL*, 2008;11(4): 403-410.
- 29.- González J, Garza R "Soledad en personas mayores de España y México: un análisis comparativo" *Acta Colombiana de Psicología*, 23(1), 106-116.
- 30.- Muñoz S, Vega Z, Berra E, Nava C & Gómez G. Asociación entre estrés, afrontamiento, emociones e imc en adolescentes, *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 2015; 17(1): 11-29
- 31.- Pérez-Cano HJ, Moreno-Murguía MB, Morales-López O, Crow-Buchanan O, English JA, Lozano-Alcázar J, Somilleda-Ventura SA. Anxiety, depression, and stress in response to the coronavirus disease-19 pandemic. *Cir Cir.* 2020;88(5):562-568.
- 32.- Romero-Gonzalez B, Puertas-Gonzalez JA, Mariño-Narvaez C, Peralta-Ramirez MI. Confinement variables by COVID-19 predictors of anxious and depressive symptoms in pregnant women. *Med Clin (Barc).* 2021 Feb 26;156(4):172-176.
- 33.- Losada-Baltar A, Márquez-González M, Jiménez-Gonzalo L, Pedroso-Chaparro MDS, Gallego-Alberto L, Fernandes-Pires J. Differences in anxiety, sadness, loneliness and comorbid anxiety and sadness as a function of age and self-perceptions of aging during the lock-out period due to COVID-19. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2020 Sep-Oct;55(5):272-278.
- 34.- Rodríguez-Hernández C, Medrano-Espinosa O, Hernández-Sánchez A. Mental health of the Mexican population during the COVID-19 pandemic. *Gac Med Mex.* 2021;157(3):220-224.

- 35.- Igo D, Jones L, Munthali R, Pei J, Westenberg J, Munro L, Judkowitz C, Wang AY, Van den Adel B, Dulai J, Krausz M, Auerbach RP, Bruffaerts R, Yatham L, Gadermann A, Rush B, Xie H, Pendakur K, Richardson C. Association of COVID-19 dissemination with symptoms of anxiety and depression among university students. *Vertex*. 2021 Sep;XXXII(153):53-69.
- 36.- Atencio-Janela C, Aranguren-Avenidaño F, Rivera-Lozada O. Worldwide comparison of the levels of anxiety and depression during the COVID-19 pandemic. *Gac Med Mex*. 2021;157(4):450.
- 37.- Barranco-Cuevas IA, Flores-Raya D, González-López AM, Reyes-Bello J, Vázquez-Cruz E, García-Galicia A. Symptoms of depression, anxiety and stress from COVID-19 in a family medicine unit. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2021 Aug 2;59(4):274-280.
- 38.- Castillo-Martínez M, Castillo-Martínez M, Ferrer M, González-Peris S. Child and adolescent depression and other mental health issues during lockdown and SARS-CoV-2/COVID-19 pandemic: A survey in school setting. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2020 Oct 3;96(1):61-4.
- 39.- Acine N, Eirich R, Cooke J, Zhu J, Pador P, Dunnewold N, Madigan S. When the Bough Breaks: A systematic review and meta-analysis of mental health symptoms in mothers of young children during the COVID-19 pandemic. *Infant Ment Health J*. 2022 Jan;43(1):36-54.
- 40.- Ochoa-Fuentes DA, Gutiérrez-Chablé LE, Méndez-Martínez S, García-Flores MA, Ayón-Aguilar J. Confinement and social distancing: stress, anxiety, depression in children and adolescents. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2022 May 2;60(3):338-344.
- 41.- Zafra Mercedes, Rubio Laura, Herrera Ramona "Un Instrumento de medición de Soledad Social: Escala ESTE II"
- 42.- Molero M, et al. Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud. *ASUNIVEP*. 2016 (3) 2016.p 1-595
- 43.- León C. "La depresión en tiempos de COVID 19: análisis del impacto de la pandemia en grupos vulnerables", ISSN: 2617-0337, Educa-UMCH, 18, julio – diciembre 2021

- 44.- Ramírez F, Misol M, Fernández M, et al “Repercusiones de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental de la población general. Reflexiones y propuestas” 2021 Aug-Sep; 53(7): 102143
- 45.- Campos A, León C, Hernández G,” Niveles de depresión y estrés en una muestra durante el confinamiento por COVID 19” 57 Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales Vol. 12 Núm. 1 (enero-junio 2021)
- 46.- OMS “La pandemia de COVID-19 dispara la depresión y la ansiedad” 2 de marzo de 2022, en línea.
- 47.- Martínez-Taboas, A. (2020). Pandemias, COVID-19 y Salud Mental: ¿Qué Sabemos Actualmente? Revista Caribeña de Psicología, 4(2), 143-152. <https://doi.org/10.37226/rcp.v4i2.4907>
- 48.- Rodríguez A, Buiza C, Alvarez MA, et al “COVID-19 y salud mental Update on COVID-19 and mental health” Volume 13, Issue 23, December 2020, Pages 1285-1296
- 49.- Angulo R, Instituto de Ciencias Sociales. Universidad de O’Higgins, “Vulnerabilidad social y vulnerabilidad psicológica: el gran desafío de la salud mental en Latinoamérica ante el covid-19” 2020 Vol. 14 N°2 10-15
- 50.- Vázquez O, Orozco M, et al, “Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en la población general” Gac Med Mex. 2020;156:298-305
- 51.- Ruiz A, “COVID-19 y desigualdad de género en España: consecuencias de la pandemia para las mujeres en empleo y salud mental”, Investig. Fem (Rev.) 13(1) 2022: 39-51
- 52.- Ministerio de Sanidad, Informe de Salud y Género 2022 “Aproximación multidisciplinar a la pandemia por COVID-19”, en línea

Anexos

Anexo 1. Hoja de Recolección de Datos.

Folio:

Instrucciones: Encierre la opción que usted considere correcta

Edad: _____

Estado Civil:

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Divorciada
- d) Viuda
- e) Unión Libre

Grado Académico:

- a) Sin estudios
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Preparatoria
- e) Licenciatura

Ocupación:

- a) Obrera
- b) Técnica
- c) Profesionista
- d) Actividades domésticas
- e) Jubilada
- f) Ninguna

Anexo 2. ESCALA ESTE II SOLEDAD SOCIAL

Folio:

Instrucciones: Marque con una X la opción que usted considere obtener de acuerdo con las preguntas que se plantean a continuación:

Factor 1: Percepción de Apoyo Social

	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1.- ¿Ud., tiene a alguien con quien puede hablar de sus problemas cotidianos)	0	1	2
2.- ¿Cree que hay personas que se preocupan por usted?	0	1	2
3.- ¿Tiene amigos o familiares cuando le hacen falta?	0	1	2
4.- ¿Siente que no le hacen caso?	2	1	0
5.- ¿Se siente triste?	2	1	0
6.- ¿Se siente usted solo?	2	1	0
7.- ¿Y por la noche se siente solo?	2	1	0
8.- ¿Se siente querido?	0	1	2

Factor 2: Uso de Nuevas Tecnologías

	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
9.- ¿Utiliza usted el teléfono móvil?	0	1	2
10.- ¿Utiliza usted el ordenador (computadora)?	0	1	2
11.- ¿Utiliza usted internet?	0	1	2

Factor 3: Índice de participación social subjetiva

	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
12.- Durante la semana y los fines de semana ¿le llaman otras personas para salir a la calle?	0	1	2
13.- ¿Le resulta fácil hacer amigos?	0	1	2
14.- ¿Va a algún parque, asociación donde se relacione?	0	1	2
15.- ¿Le gusta participar en actividades de ocio que se organizan en su barrio/pueblo?	0	1	2

PUNTAJE TOTAL:

Anexo 3: Escala de autoevaluación para la Depresión de ZUNG (SDS) Folio:

Por favor lea cada enunciado y decida con qué frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días

Instrucciones: Marque con una X la opción que usted considere obtener de acuerdo con las preguntas que se plantean a continuación:

	Poco tiempo 1	Algo de tiempo 2	Una buena parte del tiempo 3	La mayor parte del tiempo 4
1.- Me siento decaído y triste				
2.- Por la mañana es cuando me siento mejor				
3.- Siento ganas de llorar o irrumo en llanto				
4.- Tengo problemas para dormir por la noche				
5.- Como la misma cantidad siempre				
6.- Todavía disfruto del sexo				
7.- He notado que estor perdiendo peso				
8.- Tengo problemas de estreñimiento				
9.- Mi corazón late más rápido de lo normal				
10.- Me canso sin razón alguna				
11.- Mi mente esta tan clara como siempre				
12.- Me es fácil hacer lo que siempre hacia				
13.- Me siento agitado y no puedo estar quieto				
14.- Siento esperanza en el futuro				
15.- Estoy más irritable de lo normal				
16.- Me es más fácil tomar decisiones				
17.- Siento que soy útil y me necesitan				
18.- Mi vida es bastante plena				
19.- Siento que los demás estarían mejor si yo muriera				
20.- Todavía disfruto las cosas que disfrutaba antes				

PUNTAJE TOTAL:

CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	DEBUT DE TRASTORNO DEPRESIVO DURANTE LA PANDEMIA ASOCIADO AL AISLAMIENTO SOCIAL
Patrocinador externo (si aplica):	No Aplica.
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, a ___ de _____ del 2022.
Número de registro:	Sin registro.
Justificación y objetivo del estudio:	<p>La pandemia por coronavirus 2019 (COVID-19) es una emergencia de salud pública de preocupación internacional, con impactos sin precedentes en el siglo XXI y hoy representa un gran desafío a la salud mental; La implementación de medidas de salud pública como la cuarentena o el aislamiento son estrategias útiles para el control de una enfermedad; no obstante, también traen consecuencias sobre la salud mental. Las políticas de cuarentena y aislamiento pueden generar distintos estresores que deriven en afecciones de la salud mental como es el caso de debutar con trastorno depresivo.</p> <p>Objetivo: Asociar la presencia de trastorno depresivo y aislamiento social durante la pandemia COVID-19 en mujeres de 30 a 50 años de edad.</p>
Procedimientos:	<p>Responderé algunos datos personales y contestare 2 cuestionarios: una escala que evalúa el grado de aislamiento social y otra la presencia de depresión y que grado de depresión es percibido, lo cual puede llevarme alrededor de 20 minutos; posteriormente estos datos serán analizados por el investigador y me dará a conocer mis resultados en caso de que presente un alteración en los cuestionarios se me proporcionara información respecto a mis resultados y se me proporcionara atención médica en mi consultorio, se me enviara a trabajo social y valoran en conjunto y de manera integral el envió al servicio de psicología y/o a un centro de integración juvenil para un mejor control en caso de que presente depresión. Finalmente, estos datos serán analizados con pruebas estadísticas para verificar la asociación que el investigador se encuentra estudiando para mejorar y dar conocimiento al resto de la población con la finalidad de mejorar y aportar conocimiento al resto del personal de salud y la población en general.</p>
Posibles riesgos y molestias:	<p>El investigador me ha señalado que mi participación únicamente consiste en responder unas preguntas, que no tomaran más de 20 minutos, esto no debe de producirme ninguna molestia y no existe riesgo alguno que me comprometa física, psicológicamente o en relación a mi atención médica.</p>
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<p>Se me dará a conocer información sobre la ausencia o presencia de depresión y aislamiento social de acuerdo con el resultado del cuestionario; en caso de presentar depresión y/o aislamiento social seré derivado con el médico familiar y trabajo social, para valorar el envió a psiquiatría, psicología y/o a centro de integración juvenil para una atención integral respecto a mi caso particular.</p>
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	<p>Al término de responder la información solicitada, el investigador responsable se ha comprometido a otorgarme información sobre el resultado de los cuestionarios aplicados, aclararé mis dudas sobre el procedimiento del estudio, el motivo de su realización, así como los riesgos y beneficios relacionados con la investigación.</p>
Participación o retiro:	<p>Se me invita a ser participante voluntario en esta investigación, ya que cumplo con los criterios para participar en el estudio; como participante voluntario tengo la plena libertad de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica y/o tratamiento que recibo en el instituto.</p>
Privacidad y confidencialidad:	<p>El Investigador me ha dado la seguridad de no dar a conocer mis datos personales en la investigación o publicación de resultados derivados del presente estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados de forma confidencial en caso de que el trabajo sea publicado, ya que se ocuparán folios en lugar de nombre o número de seguridad social, además de que las hojas de recolección de datos, no se</p>

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	divulgaran y no estarán en manos de personas ajenas a la investigación. En caso de que yo acepte llevar mis resultados a médico tratante, el investigador me otorgará el resultado de las encuestas aplicadas.
Beneficios al término del estudio:	Se me otorgará orientación necesaria y la derivación oportuna a mi médico familiar en caso de identificar la presencia de trastorno depresivo secundario al aislamiento social, si se considera se me hará los envíos a psicología o psiquiatría según sea el caso a través del centro de integración juvenil local.
Beneficios al término del estudio:	El trastorno depresivo es una entidad amplia y compleja, esta enfermedad afecta la calidad de vida de quien la padece, si se identifica a tiempo es una enfermedad que se puede tratar y se puede prevenir si todavía no se desarrolla con intervenciones pertinentes.
<input type="checkbox"/> Si acepto participar en el estudio <input type="checkbox"/> No acepto participar en el estudio	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Salazar Reyes Juan Pablo, Matricula: 98353980. Tel: 01 (55) 5767 2977, extensión: 21465, correo electrónico: pablo_020590@hotmail.com
Investigador Asociado:	Dr. León Ángeles Sergio A., Matricula: 98362511, Tel: 01 (55) 5767 2977, extensión 21400; Correo electrónico: sergio.leon@imss.gob.mx
Colaboradores:	Dra. Fuentes Escamilla Gabriela Judith Matrícula: 97369633. Tel: 01 (55) 5767 2977, extensión 21465; correo electrónico: gabyfuentes48@gmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio. Clave: 2810-009-013	<div style="border-top: 1px solid black; text-align: center; margin-bottom: 20px;">Nombre y firma del sujeto en estudio</div> <div style="border-top: 1px solid black; text-align: center; margin-bottom: 20px;">Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento participante</div> <div style="text-align: center; margin-bottom: 20px;">Testigo 2</div> <div style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">Nombre, dirección, relación y firma</div>
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

Carta de No inconvenientes.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA NORTE DEL D.F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94**

Ciudad de México, a 22 de agosto de 2022

Asunto: CARTA DE NO INCONVENIENTE

A QUIEN CORRESPONDA:
COMITE NACIONAL DE INVESTIGACION
PRESENTE:

Por medio del presente, manifiesto la autorización para llevar a cabo el protocolo de estudio "DEBUT DE TRASTORNO DEPRESIVO DURANTE LA PANDEMIA ASOCIADO AL AISLAMIENTO SOCIAL.", a cargo de Dr. Juan Pablo Salazar Reyes, médico familiar, con matrícula 98353980 adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 94, el cual se llevará en las instalaciones en la unidad a mi digno cargo.

Asimismo, declaro:

No tener conflicto de intereses.

De acuerdo al artículo 63 de la Ley General de Salud en materia de Investigación y al capítulo 7 numeral 4.5 de la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, declaro bajo protesta de decir la verdad:

1. Al advertir alguna situación de conflicto de interés real, potencial o evidente del protocolo o alguno de los participantes, lo comunicaré al Presidente o Secretario del Comité de Investigación para estudios retrospectivos.
2. Declaro que no estoy sujeto a ninguna influencia directa por algún fabricante, comerciante o persona moral, mercantil de los procesos, productos, métodos, instalaciones, servicios y actividades a realizar en el desarrollo del proyecto de investigación.

Me despido agradeciendo su atención y comprensión poniéndome a su disposición para cualquier aclaración o duda.

ATENTAMENTE



DR. SERGIO ALBERTO LEÓN ANGELES
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94

c.c.p. Interesado.

Carta de Protocolos de Investigación sin implicaciones de Bioseguridad.



**GOBIERNO DE
MÉXICO**

Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de
Salud



Carta para protocolos de investigación sin implicaciones de Bioseguridad.

Ciudad de México, a 22 de agosto de 2022

A quien corresponda:

Declaro al Comité de Bioseguridad para la Investigación, que el protocolo de investigación con título: "DEBUT DE TRASTORNO DEPRESIVO DURANTE LA PANDEMIA ASOCIADO AL AISLAMIENTO SOCIAL.", del cual soy responsable, NO TIENE IMPLICACIONES DE BIOSEGURIDAD, ya que no se utilizará material biológico infecto-contagioso; cepas patógenas de bacterias o parásitos; virus de cualquier tipo; material radiactivo de cualquier tipo; animales y/o células y/o vegetales genéticamente modificados; sustancias tóxicas, peligrosas o explosivas; cualquier otro material que ponga en riesgo la salud o la integridad física del personal de salud, o las y los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, o afecte al medio ambiente.

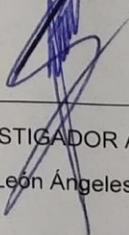
Asimismo, declaro que, en este protocolo de investigación, no se llevarán a cabo procedimientos de trasplante de células, tejidos u órganos, o de terapia celular, ni se utilizarán animales de laboratorio, de granja o de vida silvestre.

El presente es un estudio transversal que se basa en la aplicación de cuestionarios y recabar información sobre debut de trastorno depresivo del expediente clínico electrónico, pues define la investigación sin riesgo como aquellos estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental y retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio.

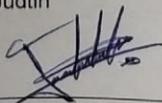
Atentamente



INVESTIGADORA ASOCIADA
Dra. Fuentes Escamilla Gabriela Judith



INVESTIGADOR ASOCIADO
Dr. León Ángeles Sergio A.



INVESTIGADOR RESPONSABLE
Dr. Juan Pablo Salazar Reyes.

Carta para la confidencialidad y apego a la protección de datos personales.



IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE
SALUD.

COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD
CARTA DE CONFEDENCIALIDAD Y APEGO
A LA PROTECCION DE DATOS PERSONALES PARA
INVESTIGADORES/AS y/o COINVESTIGADORES/AS.

Ciudad de México, a 22 de agosto 2022.

Yo Fuentes Escamilla Gabriela Judith investigadora de la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social, hago constar, en relación con el protocolo No._____, titulado DEBUT DE TRASTORNO DEPRESIVO DURANTE LA PANDEMIA ASOCIADO AL AISLAMIENTO SOCIAL, me comprometo a resguardar, mantener la confidencialidad y no hacer mal uso de los documentos, expedientes, reportes, estudios, actas, resoluciones, oficios, correspondencia, acuerdos, contratos, convenios, archivos físicos y/o electrónicos de información relacionada con el estudio mencionado a mi cargo o en el cual participo como investigador, así como a no difundir, distribuir o comercializar con los datos personales contenidos en los sistemas de información desarrollados en la ejecución del mismo. Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones civiles, penales o administrativas que procedan de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y el Código Penal del Distrito Federal, y sus correlativas en las entidades federales y demás disposiciones aplicables en la materia.

ATENTAMENTE

Dra. Fuentes Escamilla Gabriela Judith