

INSTITUTO SUPERIOR
DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE



POSGRADO
TESIS





INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE
DOCTORADO EN SALUD MENTAL

**EVALUACIÓN DE ANSIEDAD EN PACIENTES DE CONSULTA
PRIVADA DE PSIQUIATRÍA DURANTE EL PRIMER AÑO DE
PANDEMIA POR COVID-19**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTORADO
EN SALUD MENTAL

PRESENTA:

CARMEN LETICIA ARANDA GÓMEZ
CÓDIGO ORCID: 0009-0003-7595-3236

DIRECTOR:

DR. JUAN YOVANI TELUMBRE TERRERO
CÓDIGO ORCID: 0000-0002-8695-7924

CODIRECTOR:

DR. ALEJANDRO GUADALUPE RINCÓN CASTILLO
CÓDIGO ORCID: 0000-0002-4905-9535

Tepic, Nayarit, México, Febrero, 2025

ACTA DE APROBACIÓN DE TESIS

Nombre del alumna: Carmen Leticia Aranda Gómez

Matrícula: LINOSM342

Programa académico: Doctorado en Salud Mental

Título de la tesis: Evaluación de ansiedad en pacientes de consulta privada de psiquiatría durante el primer año de pandemia por COVID-19

Nombre del Director de Tesis: Dr. Juan Yovani Telumbre Terrero

Nombre del Codirector de Tesis: Dr. Alejandro Guadalupe Rincón Castillo

Fecha de aprobación: 20 de diciembre de 2024.

DECLARACIÓN DE APROBACIÓN

El Comité de Tesis del Instituto Superior de Estudios de Occidente, después de la revisión exhaustiva del presente trabajo de investigación y en virtud de que satisface los requisitos establecidos en el Reglamento General Institucional, certifica que la tesis titulada, presentada por el alumno(a), cumple con los requisitos académicos y metodológicos establecidos para optar al grado de DOCTOR EN SALUD MENTAL.

COMITÉ DE TESIS

DIRECTOR DE TESIS



DR. JUAN YOVANI TELUMBRE TERRERO

CODIRECTOR DE TESIS

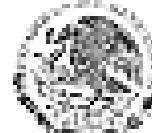
Alfonso Gómez Rincón CENTE

DR. ALEJANDRO GUADALUPE RINCÓN CASTILLO

DIRECTOR ACADÉMICO Y DE INVESTIGACIÓN



DRA. RUTH IZZETH MADERA SANDOVAL



COMITÉ DE TESIS
DE IMPORTANCIA DE
LA TESIS
DIRECTOR DE TESIS
CODIRECTOR DE TESIS
PRACTICAS
CLAVES DE LA TESIS

INSTITUTO SUPERIOR DE
ESTUDIOS DE OCCIDENTE

CONSTANCIA DE DECLARACIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS A FAVOR DEL INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

Por este medio, el que suscribe, **CARMEN LETICIA ARANDA GÓMEZ**, en mi calidad de autor legítimo del trabajo titulado "**EVALUACIÓN DE ANSIEDAD EN PACIENTES DE CONSULTA PRIVADA DE PSIQUIATRÍA DURANTE EL PRIMER AÑO DE PANDEMIA POR COVID-19**", manifiesto que, como antecedente, he firmado la **CARTA DE DECLARACIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS DE LA TESIS** mediante la cual he cedido los derechos patrimoniales sobre mi obra **A FAVOR DEL INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE**.

En este sentido, autorizo al **INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE** a realizar el depósito, preservación, difusión y publicación digital de mi obra en su **Repositorio Institucional** y en plataformas académicas reconocidas, tanto nacionales como internacionales. Esta autorización incluye la reproducción, distribución, comunicación pública, transformación y cualquier otra forma de explotación permitida por la Ley Federal del Derecho de Autor, siempre garantizando el reconocimiento de mi autoría.

Declaro que la obra es original, inédita y no infringe derechos de terceros. Asimismo, me comprometo a colaborar con el **INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE** en las adaptaciones necesarias para su publicación y a respetar los lineamientos establecidos para su divulgación.

El presente documento se incluye como comprobante de la cesión de derechos a favor del **INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE** y forma parte integral de los anexos de "**LA OBRA**".

Carmen Leticia Aranda Gómez

ATENTAMENTE

Carmen Leticia Aranda Gómez

INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE (ISEO)

PUBLICACIÓN DE TESIS DIGITAL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (Méjico).

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.



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega:	Carmen Leticia Aranda Gómez
Título del ejercicio:	Quick Submit
Título de la entrega:	Evaluación de ansiedad en pacientes de consulta privada de...
Nombre del archivo:	SEPT_2024_FINAL_TESIS_ISEO_Aranda_Gomez_Carmen_Letic...
Tamaño del archivo:	594.44K
Total páginas:	149
Total de palabras:	27,001
Total de caracteres:	156,555
Fecha de entrega:	17-dic.-2024 08:42p. m. (UTC-0500)
Identificador de la entre...	2555004019



Evaluación de ansiedad en pacientes de consulta privada de pacientes de consulta privada de paciente por paciente

Fecha para obtener el grado de:

Completo en Salud Mental

Práctica

Opción Lectora: Aranda Gomez

Asesor: Dr.

Dr. Juan Vicente Jiménez Fernández

Fecha: 10/12/2024

(R. Asignado a Recibimiento Docente) Clase 000

Firma: Aranda Gomez

Fecha: 10/12/2024

DEDICATORIAS

- **Dedico este trabajo a toda mi querida familia, a mis padres y abuelos, que día a día están presentes; les agradezco el enseñarme a afrontar las dificultades sin perder la calma y a mantener perseverancia y empeño. Por su ejemplo y apoyo incondicional, no dejaré de estar agradecida.**

AGRADECIMIENTOS

- **Agradezco a todos los docentes que me guiaron en este camino, agradezco por transmitirme los conocimientos necesarios para concluir esta etapa.**

ÍNDICE GENERAL

INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE	2
ACTA DE APROBACIÓN DE TESIS.....	3
CARTA DE PUBLICACIÓN PARA EL DEPÓSITO Y PUBLICACIÓN DE CONTENIDOS DIGITALES EN REPOSITORIO ISEO.....	4
PUBLICACIÓN DE TESIS DIGITAL EN ISEO –REPOSITORIO INSTITUCIONAL.	5
INFORME DE REVISIÓN DE ORIGINALIDAD.....	6
DEDICATORIAS.....	7
AGRADECIMIENTOS.....	8
ÍNDICE GENERAL.....	9
ÍNDICE DE TABLAS.....	11
ÍNDICE DE FIGURAS.....	12
RESUMEN.....	13
ABSTRACT.....	14
INTRODUCCION.....	15
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
1.1 Antecedentes.....	19
1.2 Contexto.....	19
1.3 Definición del problema de investigación.....	24
1.4 Objetivo General.....	26
1.5 Objetivos específicos.....	26
1.6 Justificación.....	27
1.7 Beneficios esperados.....	30
1.8 Limitaciones.....	31
1.9 Alcances.....	32
CAPÍTULO II: MARCO TEORICO.....	33
CAPÍTULO III: MÉTODO.....	80
3.1 Línea de investigación.....	80
3.2 Metodología Utilizada.....	81
3.3 Diseño metodológico.....	81

3.4 Población.....	83
3.5 Procedimientos de selección de la muestra.....	84
3.5.1 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	84
3.6 Participantes.....	85
3.7 Técnicas e instrumentos empleados.....	85
3.8 Procedimiento de Recolección de Datos.....	86
3.9 Desarrollo de Etapas de la Investigación.....	86
3.9.1 Etapa 1.....	86
3.9.2 Etapa 2.....	88
3.9.3 Etapa 3.....	89
3.9.4 Etapa 4.....	92
3.9.5 Etapa 5.....	93
3.10 Aspectos bioéticos.....	95
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	97
4.1 Análisis de resultados.....	97
4.2 Discusión.....	104
RECOMENDACIONES.....	111
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES.....	113
5.1 Hallazgos.....	113
5.2 Recomendaciones.....	116
5.3 Investigaciones futuras.....	116
5.4 Limitaciones.....	117
5.5 Validez de la Investigaciones.....	119
5.6 Conclusión general y Reflexiones Personales	120
APÉNDICES.....	138
6.1 Apéndice A. Inventario de Ansiedad de Beck.....	138
6.2 Apéndice B. Escala de Ansiedad de Hamilton.....	140
6.3 Apéndice C. Áreas de la Entrevista Clínica.....	142
6.4 Apéndice D. Descripción de variables.....	144
6.5 Apéndice E. Resultados del “Inventario de ansiedad de Beck”	147
6.6 Apéndice F. Resultados de la “Escala de Ansiedad de Hamilton”.....	149

6.7 Apéndice G. Solicitud de aceptación para realizar la investigación.....	152
CURRICULUM VITAE	154

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Número de casos de trastorno de ansiedad, por Región de la OMS.....	36
Tabla 2. Prevalencia de los trastornos de ansiedad, por Región de la OMS.....	36
Tabla 3. Prevalencia mundial de los trastornos de ansiedad, por edad y sexo.....	37
Tabla 4. Prevalencia de Trastornos de ansiedad en la Región de las Américas	38
Tabla 5. Descripción de las características sociodemográficas de la muestra.....	98
Tabla 6. Descripción de las características clínicas de sintomatología somática de ansiedad en la muestra.....	99
Tabla 7. Procesamiento de resultados del “Inventario de ansiedad de Beck”	100
Tabla 8. Descripción del diagnóstico de la muestra.....	102
Tabla 9. Pacientes que acudieron a atención a servicio de urgencia (hospital general) por motivo de sintomatología ansiosa.....	103
Tabla 10. Pacientes con sintomatología somática de ansiedad que refirieron como factor detonante la pandemia por COVID-19	103

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Participación por estados en la Encuesta “COVIDiSTRESS global survey” (2020).....	59
Figura 2. Participación por edad y sexo en la Encuesta “COVIDiSTRESS global survey” (2020).....	60
Figura 3. Escolaridad de los participantes en la Encuesta “COVIDiSTRESS global survey” (2020).....	61
Figura 4. Percepción de los participantes en la Encuesta “COVIDiSTRESS global survey respecto a cambios en la forma de vida (2020).....	62
Figura 5. Situación de los participantes durante la pandemia.....	63
Figura 6. Niveles de estrés de los participantes de la Encuesta “COVIDiSTRESS global survey” (2020)	65
Figura 7. Distribución de los niveles de estrés de la población por género de los participantes en la Encuesta “COVIDiSTRESS global survey” (2020).....	66
Figura 8. Preocupación por las consecuencias de COVID de los participantes en la Encuesta “COVIDiSTRESS global survey” (2020).....	67
Figura 9. Confianza en las instituciones en la Encuesta “COVIDiSTRESS global survey” (2020) en comparación con otros países.....	69
Figura 10. Confianza en las instituciones en la Encuesta “COVIDiSTRESS global survey” (2020) en comparación con otros países.....	70

RESUMEN

El presente trabajo establece, define y cuantifica los síntomas físicos (somáticos) de ansiedad más comunes que presentan pacientes que acuden a consulta particular de psiquiatría durante el primer año de pandemia por COVID-19 a través de la información contenida en expedientes clínicos. Se trata de un estudio descriptivo transversal y retrospectivo, realizado en pacientes mayores de edad que solicitaron atención psiquiátrica entre abril del 2020 a marzo del 2021, en Guadalajara, Jalisco. Se revisaron 1,191 expedientes clínicos, los datos se recopilaron de la cedula de datos personales e historial clínico que incluye resultados de la Escala de Hamilton para Ansiedad (HARS) y del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) aplicados durante cada valoración en la consulta. El análisis de datos se llevó a cabo en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23.0 para Windows a través de la estadística descriptiva. El principal hallazgo fue que los pacientes con atención por sintomatología ansiosa (incapacitante) fue del 77% y el 54% identificaron y refirieron como detonante de la ansiedad a la pandemia por COVID-19. Los 3 diagnósticos más prevalentes fueron el trastorno de ansiedad generalizada (35.01%), ataques de pánico (27.53%) y trastorno mixto ansioso-depresivo (14.02%); mismos que representan el 76.5% del total de padecimientos identificados en la muestra (n: 1,191). El presente estudio es relevante por el creciente problema en salud mental secundario a la pandemia por COVID-19, en nuestro país contamos con datos obtenidos de la atención a la salud mental en el sector público, sin contar con datos sociodemográficos de la atención en la consulta privada.

ABSTRACT

The present work establishes, defines and quantifies the most common physical (somatic) symptoms of anxiety presented by patients who attend a private psychiatry consultation during the first year of the COVID-19 pandemic through the information contained in clinical records. This is a cross-sectional and retrospective descriptive study, carried out in patients of legal age who requested psychiatric care between April 2020 and March 2021, in Guadalajara, Jalisco. A total of 1,191 clinical records were reviewed, the data were collected from the personal data and clinical history form that includes results of the Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) and the Beck Anxiety Inventory (BAI) applied during each consultation assessment. Data analysis was carried out in the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 23.0 for Windows using descriptive statistics. Results: The main finding was that 77% of patients were attended for anxious symptoms (disabling) and 54% identified and referred the COVID-19 pandemic as a trigger for anxiety. The main finding was that 77% of patients were attended for anxious symptoms (disabling) and 54% identified and referred the COVID-19 pandemic as the trigger for their anxiety. The 3 most prevalent diagnoses were generalized anxiety disorder (35.01%), panic attacks (27.53%) and mixed anxiety-depressive disorder (14.02%), representing 76.5% of the total number of conditions identified in the sample (n: 1,191). The present study is relevant because of the growing mental health problem secondary to the COVID-19 pandemic, in our country we have data obtained from mental health care in the public sector, without having sociodemographic data on care in private practice.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación presenta la descripción y cuantificación de las características clínicas de la ansiedad como uno de los trastornos mentales más prevalentes e incapacitantes por el cual se solicita atención de urgencia en el sector de salud privado. A través de él se busca obtener el Grado de Doctor en Salud Mental, el estudio se titula *Evaluación de Ansiedad en Pacientes de Consulta Privada en Psiquiatría, durante el Primer Año de Pandemia por COVID-19*.

El presente proyecto se integra por cinco capítulos:

En el capítulo 1 se describe la definición de la ansiedad, los antecedentes, epidemiología a nivel mundial y en México, características clínicas e implicación en la calidad de vida, la dificultad para su diagnóstico por la múltiple sintomatología que la caracteriza y su abordaje desde el primer nivel de atención y la relación de la epidemiología y secuencia en relación con el avance de la pandemia por COVID-19 en diversos países, las definiciones, cifras e impacto establecidos por la Organización Mundial de la Salud y por diversas instituciones mundialmente reconocidas. Se resume la información de cada uno de los países de los cuales se cuenta con información detallada y se describen los diferentes estudios que se integraron en cada país. Se incluye la definición del problema de investigación a partir de la consideración de que los trastornos de ansiedad son los más comunes en la población mexicana, los principales cambios que se experimentan cuando se presenta un trastorno mental, la consideración referente en cuanto a la normatividad establecida, como los cambios en la Ley General de Salud (artículo 72) referente a

que la atención a pacientes que padecen trastornos mentales cuenten con atención de carácter obligatorio desde el primer nivel de atención; se definen tanto el objetivo general y objetivos específicos, la justificación e interés del presente estudio, entre ellos la relevancia de que en México solo se cuenta con datos obtenidos de la atención a la ansiedad en el medio público, sin contar con datos sociodemográficos de la atención brindada en la consulta privada, para su comparación; se aportan datos integrados en el momento en el que inició la crisis de salud mundial desencadenada por la pandemia de COVID-19, específicamente los registrados en la consulta privada de psiquiatría en la ciudad de Guadalajara, Jalisco.

En el capítulo 2 se integra el marco teórico las estimaciones de prevalencia regionales y mundiales previos a la pandemia por COVID-19; se describe específicamente estudio de Sánchez, Mejía (2021) realizado en Perú que reporta a la persona encuestada con alguna persona cercana afectado con COVID-19 (66.4%). En Paraguay un estudio observacional encontró que pasar entre 5 a 7 horas o más expuesto a noticias sobre el COVID-19, trajo consigo un aumento de los síntomas de ansiedad (Torales et al., 2021). En estados Unidos la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) con cifras considerablemente más altas que, durante períodos de normalidad, las cuales van desde 8.8% en China y hasta 32% en Bangladesh; una muestra por conveniencia en México identificó 48.4% de GAD (Galindo, et al., 2020). en España, Ausín, et al. (2020), refirieron que el 30% de las personas manifestó haber tenido ataques de pánico durante el confinamiento y se describe el “Proyecto COVIDiSTRESS” que al igual que en otros países se estableció como un proyecto transcultural que recaba datos sobre

actitudes, conductas y experiencias de la gente alrededor del mundo durante la pandemia del COVID-19, en México se cuenta con muestra de 6,424 encuestados.

En el capítulo 3 integra la parte operacional de la tesis; es decir, en este capítulo se desarrolla el método y procedimiento aplicado para el desarrollo de la investigación, se muestra el desarrollo de los procedimientos estadísticos siendo el método descriptivo el que permite organizar y clasificar las variables como la forma más frecuente de organizar la información mediante tablas de frecuencias, gráficos y medidas de tendencia central (mediana, media y moda). Se hace mención de la línea de investigación categorizada como “Salud Mental y Desarrollo Psicosocial”, con sub línea en características clínicas en la atención psicosocial, en apego a lo establecido como parte de los requerimientos por la institución educativa. Descripción del enfoque y diseño metodológico, desarrollando un estudio descriptivo transversal y retrospectivo y no probabilístico, descripción de la población y muestra, criterios de selección de la muestra (inclusión y exclusión), la revisión detallada de cada uno de los expedientes y los instrumentos aplicados (Escala de Hamilton para Ansiedad y el Inventory de Ansiedad de Beck), la descripción de las variables a través de tablas que describen los principales síntomas clínicos que se presentan en la ansiedad (ver apéndices E y F), las etapas de la investigación, análisis de la información, presentación de resultados, análisis de la información y finalmente las implicaciones bioéticas.

En el capítulo 4 se realiza el análisis cuantitativo a través del software SPSS, procesamiento de los datos clasificados mediante las variables establecidas con la discusión de resultados. Finalmente, en el capítulo 5 se presentan las conclusiones

con la descripción de las limitaciones del estudio, las recomendaciones y la posibilidad de dar continuidad para la ampliación de la información con investigaciones futuras.

CAPITULO I : PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Antecedentes

La ansiedad representa en múltiples ocasiones un diagnóstico complicado, por la amplia gama de síntomas físicos que puede comprender y por la compatibilidad que tienen estos síntomas con múltiples padecimientos médicos, lo cual representa un diagnóstico complejo.

Los instrumentos o escalas que son mayormente utilizados para su medición son preferibles aquellos cuestionarios breves, fáciles de manejar e interpretar como la Escala de Hamilton para Ansiedad (HARS) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (UNAM, 2018).

La Organización Mundial de la Salud (2021) estableció que los problemas de salud mental (como uno de los principales motivos de disfuncionalidad en Europa) aumentaron significativamente durante la pandemia por COVID-19. En la población general, se cuantificó un evidente aumento en el nivel de estrés y de ansiedad, se realizaron encuestas que mostraron que alrededor de una tercera parte de las personas adultas presentó niveles de ansiedad y angustia, mientras hasta 1 de cada 2 jóvenes presentó esta misma condición.

Específicamente los grupos que más estuvieron expuestos a este riesgo fue el resultado de un bajo acceso a los servicios de salud mental, ya que como parte de la pandemia, se presentó una disminución en el contacto social y una disminuida actividad económica, como las poblaciones de migrantes y refugiados, personas indigentes, la población infantil y adolescentes sin acceso a la escolarización,

personas con una reciente condición de desempleo, personas de la tercera edad que residen en asilos, grupos de personas con antecedente de enfermedad mental o de otras comorbilidades médicas, condición de discapacidad cognoscitiva, intelectual o en desventaja psicosocial. (OMS, 2021).

Recientemente, la Confederación de Salud Mental de España refirió que las consecuencias a nivel local y mundial en la salud física de las personas que presentaron contagio por COVID-19, además de todas las muertes ocasionadas en todo el mundo, se reflejaron en una repercusión económica y social en todos los estratos sociales. Las secuelas de salud física, la diminución en el contacto social, el aislamiento, las dificultades de un autoconocimiento personal, situaciones familiares, la falta de hábitos saludables, comenzaron a “pasar factura” a la salud mental de la población; por lo anterior nos vimos rebasados por el aumento en la demanda en la atención a la salud mental y según la Organización Mundial de la Salud, a nivel mundial el 93% de los países se vio afectado cuando la pandemia afectó e incluso rebasó sus servicios de atención a la salud mental, mismos que históricamente y de manera general ya de por sí han presentado un bajo presupuesto (Confederación de Salud Mental de España, 2021).

La situación actual por la pandemia COVID-19 se ha considerado una emergencia de salud pública internacional; es importante investigar el impacto psicológico para poder desarrollar estrategias en aras que puedan reducir el impacto, se prevé habrá niveles más altos en la ansiedad y depresión por el confinamiento, ya que acarrea problemas psicológicos como estrés, ansiedad y depresión (Ozamiz, et al., 2020).

Por su parte, a través del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (INCMNSZ, 2022), el Gobierno de México, reportó que la enfermedad pro COVID-19, puede generar alteraciones emocionales como secuela; y su importante identificación para realizar un abordaje oportuno; se describió entre los síntomas emocionales más frecuentes a la depresión, trastorno por estrés postraumático, ansiedad y trastornos en el sueño; siendo el trastorno por estrés postraumático más comúnmente reportado en aquellos pacientes que requirieron hospitalización sobre todo en el área de terapia/cuidados intensivos.

Entre los síntomas referidos por el INCMNSZ se refirió la ansiedad, y como síntomas más frecuentes se menciona: náusea, mareo, opresión en pecho, problemas en sueño, tensión muscular, palpitaciones súbitas; mientras que en el trastorno por estrés postraumático se presentan recuerdos de la enfermedad y de la hospitalización, los cuales se manifiestan mediante pensamientos o imágenes (mentales) relacionadas al suceso (hospitalización); lo anterior genera una ansiedad muy intensa al grado como “si se estuviera viviendo nuevamente”, pueden aparecer sueños repetitivos que generen mucha angustia llegando a afectar el ciclo de sueño; se puede presentar alteraciones en el estado de ánimo y en la concentración, se pueden presentar conductas que ayuden a evitar todo lo relacionado con el suceso de la hospitalización, incluyendo: olores, sonidos, lugares, personas, entre otros factores; los síntomas anteriores se deben reconocer lo más rápido posible para una valoración por médico psiquiatra para un manejo rápido y adecuado.

1.2. Contexto

La Organización Mundial de la Salud (OMS), establece que la salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino un estado completo de bienestar físico y mental, y que para alcanzar el grado máximo al derecho a la salud se debe contar con disponibilidad a los servicios de salud (Montiel, 2021).

La característica más importante de los diagnósticos psiquiátricos es que se realizan mediante la entrevista clínica, y dicha información quedará debidamente registrada en el expediente clínico, en apego a lo establecido por la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico:

Tiene como propósito establecer con precisión los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico (Nartín, et al., 2022), el cual se constituye en una herramienta de uso obligatorio para el personal del área de la salud, de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud (Diario Oficial de la Federación, 2012).

El sistema nacional de salud en México está compuesto a nivel federal y local de dependencias públicas a cargo de la Secretaría de Salud y paralelamente se encuentra el sector privado (Gómez, 2017).

El sector de la medicina privada en México, se compone por numerosas unidades, con diversas características en cuanto a la capacidad y calidad del servicio, como antecedente, la Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación refirió

que la medicina privada representaba servicios a solo un grupo menor del 5% de la población, información reforzada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) por los años ochenta; información que fue modificada posterior a la implementación del Sistema de Encuestas Nacionales en Salud y aplicación de la primera Encuesta Nacional de Salud (ENSA) (1986), se descubrió que el sector privado representa, en oferta, un tercio de los servicios ambulatorios, información que 8 años después mediante la (segunda) encuesta ENSA II (1994), se confirmaron dichos datos: un tercio de la población mexicana solicita atención consistentemente en la medicina privada (Olaiz, 2020).

En México para el año 2012, el gasto total en salud representó solo el 6.2% de su Producto Interno Bruto (PIB), entre los países de la OCDE el promedio de la participación pública en el financiamiento de la salud es del 72%, mientras que México solo tuvo una participación del 50% (OCDE, 2021), y alrededor de la mitad del gasto total en salud, es pagado directamente por los pacientes mexicanos, lo cual favoreció la privatización de la salud en México (Ibarra, 2018).

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática el 30 de septiembre del 2019, mediante un comunicado de prensa refirió que los servicios ambulatorios con más demanda en el sector privado fueron los servicios de consulta externa, destacando la consulta de especialidad con un 44.9% (6,058,688), consulta general con 37.4% (5,045,494) y urgencias con un 15% (2,030,054) (INEGI, 2019).

El dato referido respecto al número de solicitudes de atención de consulta de especialidad (6,058,688), no especifica la cantidad que corresponden a cada

especialidad/subespecialidad médica; y no se cuenta con otros datos que den un aproximado de la cantidad de pacientes que acuden a atención psiquiátrica en el sector privado, ni el caso específico de psiquiatría cuales son los padecimientos que son motivo de la atención.

El presente estudio se realiza en consultorio médico particular, mediante la solicitud de valoración por el propio paciente o sus familiares directos; la atención consiste en la integración de la historia clínica contenida en el expediente clínico, anamnesis de la sintomatología mediante entrevista clínica semiestructurada y clinimetría complementaria aplicada por médico psiquiatra, procesos que conllevan un tiempo aproximado de 60 minutos; para su posterior revisión de la información, mediante el análisis y el procesamiento de los datos obtenidos; el promedio de pacientes que se recibieron semanalmente fueron 50, incluyendo pacientes que acuden por primera vez a valoración y a valoraciones subsecuentes.

1.3. Definición del problema de investigación

Los trastornos de ansiedad son los más comunes en la población mexicana, los principales cambios que se experimentan cuando se presenta un trastorno mental son: irritabilidad, cambios de humor frecuentes, padecer insomnio o tener mucho sueño y fatiga, dejar de comer o comer en exceso (IMSS, 2021).

El Senado de la República (2017) refirió que el 14.03% de la población mexicana padece trastornos de ansiedad, y en ese año se aprobaron cambios a la Ley General de Salud en el artículo 72 para que personas que padecen trastornos mentales sean atendidos sin excepción en un primer nivel de atención; el Senado

de la República (2017) estimó que en México al menos 14.3 % de la población presenta trastorno de ansiedad generalizada, posicionándose como la enfermedad mental más prevalente en nuestro país, en segundo lugar, con un 9% la depresión y 9% adicciones. Se estima que de los trastornos de ansiedad el 50% de la población los presenta antes de los 25 años de edad; en cuanto a la depresión el 50% de la población la presenta entre las edades de 20 y los 30 años; y la esquizofrenia entre los 15 y los 25 años de edad en el caso de los hombres, y en las mujeres, entre los 25 y los 35 años de edad.

Para integrar el presente estudio, se plantean las siguientes preguntas de investigación: ¿Es posible establecer las características clínicas de pacientes que solicitan atención en consulta del sector salud privado por patología mental, y cuántos de ellos presentan sintomatología ansiosa de componente somático al solicitar atención por 1ra vez?

Se planteó si mediante la revisión de expediente clínico, integrado por médico psiquiatra (en consulta particular) ¿la sintomatología ansiosa que presentan los pacientes tiene una relación con la pandemia por COVID-19?

¿Es posible establecer cuantos pacientes acudieron solicitando atención a servicio de urgencias en hospital general por motivo de sintomatología de ansiedad, previo a realizarse el diagnóstico correcto?

Para la presente investigación se ha planteado un objetivo general y 3 objetivos específicos.

1.4. Objetivo General

- Conocer la prevalencia y características clínicas (síntomas físicos) más frecuentes de ansiedad que presentan pacientes que solicitan atención de 1ra vez en la consulta privada durante el primer año de pandemia por COVID-19 (abril del 2020 a marzo del 2021), mediante la revisión de expedientes clínicos.

1.5. Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas (género, edad, escolaridad, estado civil y ocupación) y características clínicas de pacientes con sintomatología somática de ansiedad y padecimientos mentales con los que se presenta mayor comorbilidad para realizar comparativo con lo reportado en estudios de población atendida en el sector público.
- Analizar si los pacientes que presentan sintomatología somática de ansiedad refieren a través de la entrevista clínica como factor detonante la pandemia por COVID-19.
- Cuantificar la cantidad de pacientes que acudieron a atención a servicio de urgencias por motivo de sintomatología ansiosa.

1.6. Justificación

A principios del año 2020, se identificó la enfermedad ocasionada por el nuevo coronavirus (COVID-19), mismo que presentó un rápido aumento en los casos y muerte, generando de manera inesperada graves problemas en la salud mental como ansiedad y depresión, en diversos campos escolares, profesionales, laborales, en general en todos los estratos socioeconómicos.

La importancia del tema de la presente investigación radica en que la ansiedad es el padecimiento mental con mayor prevalencia y mayormente diagnosticado por médicos generales, su diagnóstico no es sencillo, debido a que los síntomas que incluye son variables y pueden similar múltiples enfermedades médicas, lo que conlleva a la solicitud de múltiples estudios médicos con la subsecuente implicación económica y gasto de recursos que requiere su abordaje para descartar patologías médicas y establecer el diagnóstico y tratamiento correcto; Otra de las finalidades del presente estudio radica en que en México se cuenta con datos obtenidos de la atención en el medio público, sin contar con datos sociodemográficos de la atención brindada en la consulta privada, para comparar si dichos datos (género, edad, escolaridad, estado civil y ocupación) son dispares de lo obtenido en la atención en hospitales públicos.

En el presente estudio se medirán los síntomas físicos (somáticos) de ansiedad en una muestra de pacientes que acuden a consulta particular con médico psiquiatra en la ciudad de Guadalajara, Jalisco, en el momento en el que inicia la crisis de salud mundial desencadenada por la pandemia de COVID-19, para así poder

analizar la incidencia y prevalencia una de las necesidades psicológicas a las que se está enfrentando la población.

Las consecuencias de no atender la ansiedad en etapas iniciales de su aparición es la tendencia manifestarse como una afección crónica de salud mental, con una modificación totalmente negativa en los ámbitos interpersonales como la socialización la disfunción laboral o escolar y en general, en cualquier actividad de la vida cotidiana, el beneficio de una atención oportuna es la notable disminución en la disfuncionalidad global del paciente.

En México contamos solo con datos generales sobre la prevalencia de la ansiedad previamente a la pandemia por covid-19, sin embargo, no se cuenta con datos que proporcionen mayor descripción sociodemográfica ni una cuantificación exacta de la intensidad de esta.

A diferencia de México, en otros países (sobre todo en España), si se cuenta con información más precisa sobre la influencia de la pandemia por covid-19 en el área de salud mental, específicamente en el impactó que ha ejercido en el incremento de la ansiedad, por ejemplo: en España Ozamiz, et al (2020) describió “que el miedo a lo desconocido y la incertidumbre pueden llevar a evolucionar a enfermedades mentales como pueden ser los trastornos de estrés, ansiedad, depresión, somatización y conductas como aumento de consumo de alcohol y tabaco”.

Los mismos autores en España Ozamiz, et al (2020) reportaron que al inicio de la pandemia los niveles de sintomatología mental en general fueron bajos, y quienes presentaron una sintomatología más alta en comparación con el resto de la

población, fue la población más joven y con enfermedades crónicas; con un empeoramiento a partir del confinamiento y previeron que la sintomatología mental empeoraría según transcurriera el tiempo del aislamiento (Ozamiz, 2020).

La confederación de Salud Mental de España (2020) refirió que las personas que sobreviven a la infección por COVID-19 pueden presentar mayor riesgo de padecer secuelas en la salud mental y que una de cada cinco personas que han padecido la enfermedad, por primera vez han presentado a un diagnóstico de depresión, insomnio o ansiedad, y que han presentado el doble de probabilidad de padecerlos que personas con otras enfermedades, los pensamientos suicidas aumentaron entre un 8% y un 10%, sobretodo en personas jóvenes donde la cifra se encontró entre un 12,5% y 14% (Frode, 2017). Lasa et al. (2020) estimaron que en España un 68,7% llegó a tomar fármacos con duración de más de 3 meses y el 77,1% lo continuó tomando mínimo hasta el año 2020. Un 15.4% de mujeres aumentaron el consumo de psicofármacos en el aislamiento por la pandemia y se estimó que en los hombres fue de un 7.6% (Lasa, et al, 2020).

Por su parte, también en España, Ausín, et al. (2020), refirieron que, en el confinamiento, un 30% de la población externó haber padecido ataques de pánico, un 55% sintió no tener la capacidad para controlar la preocupación, un 25% mencionó haberse sentido en una situación de exclusión social y un 60% indicó presentar anhedonia (no sentir placer o desinterés por hacer cosas) sintiendo tristeza, desesperanza o decaimiento durante varios días. Más de la mitad de los días entre un 15% y 18% tuvo preocupaciones o ansiedad (Ausín, et al, 2020). Igualmente, en España el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS,2021),

describió que desde el 2020 que dio inicio la pandemia hasta el 2021 el 6.4% de la población acudió a solicitar atención por presentar sintomatología de enfermedad mental, ocupando el porcentaje más alto la ansiedad con un 43.7% y depresión con 35.5%. Más del 50% de los pacientes que acudieron a solicitar servicios de salud mental fueron mujeres; y un 5.8% recibió tratamiento con fármacos, destacando los ansiolíticos con un 58.7% y en un 41.3% los antidepresivos (CIS, 2021).

1.7. Beneficios esperados:

Con el presente estudio se pretende obtener información clínica específica referente a la sintomatología ansiosa que pacientes con enfermedad mental solicitan valoración médico psiquiátrica y si la presencia de dicha sintomatología tiene relación con la presencia de la pandemia por COVID-19, datos sociodemográficos sobre los pacientes que presentan patología mental y que solicitan atención médica psiquiátrica en la práctica privada; generalmente los artículos y estudios referentes al tema se han elaborado en instituciones públicas y en ámbito escolar, más no en grupo poblacional que cuenta con los recursos para acudir a la consulta privada, lo cual proporcionará información sobre un sector poblacional menos estudiado en comparación con usuarios de servicios de atención pública.

1.8. Limitaciones

La presente investigación tiene algunas delimitaciones que se deben tener en consideración, ya que a lo largo del tiempo que se ha establecido el presente estudio

(abril 2020 a marzo 2021) se estuvo en situaciones de cierres masivos establecidos por las autoridades municipales y estatales, siendo diferentes las circunstancias en otros municipios y estados en los cuales residen los pacientes que solicitaron la atención, en segundo lugar, estrictamente no se realizó reclutamiento de participantes y respecto a los datos de modalidad, la recogida de los cifras fue de manera presencial, en consultorio médico con el pleno consentimiento del paciente y se considera que la muestra es heterogénea.

Una de las limitantes consideradas es que el presente estudio se enfoque solo a pacientes que solicitan atención de primera vez y no a usuarios subsecuentes, son la falta de un apego farmacológico adecuado por parte del paciente y la deserción de la atención para dar un seguimiento adecuado y que permita incluir en el presente estudio la aplicación de escala psicométrica para evaluar la evolución clínica del paciente, además de que la escala utilizada para la evaluación en el presente estudio no solo establece la ansiedad derivada de los trastornos de ansiedad, sino también la que se presenta como comorbilidad con sintomatología depresiva. La delimitación del presente trabajo es en referencia a la población de estudio, ya que la investigación se efectuó en la práctica médica privada y no en población que acude a instituciones públicas, lo cual puede representar diferencias en el nivel económico y escolar de la población de estudio.

En cuanto a la identificación y cuantificación de la sintomatología somática generada por ansiedad, el alcance del presente estudio se delimita a la aplicación de dos escalas psicométricas: el Inventory de Ansiedad de Beck y la Escala de Hamilton para Ansiedad como herramientas para valorar los síntomas somáticos

de ansiedad, tanto en los propios diagnósticos específicos de ansiedad como la ansiedad que puede presentarse en cuadros depresivos: el Inventory de Ansiedad de Beck se limita a aplicar sus ítems a la última semana, mientras que la Escala de Hamilton para Ansiedad no se considera un instrumento diagnóstico, sino que es de utilidad para cuantificar la ansiedad previamente diagnosticada.

1.9. Alcances

Se propone un estudio con diseño descriptivo transversal y retrospectivo, que permita contar con datos epidemiológicos y síntomas clínicos más comunes para facilitar el diagnóstico de ansiedad en servicios de urgencias y atención de primer nivel de atención del sector salud.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

El sustento teórico del presente estudio se basa en la definición de ansiedad, revisión del panorama epidemiológico y relación con la pandemia por COVID-19, definición de signos y síntomas.

2.1 Definición de ansiedad

La ansiedad se define como una respuesta anticipatoria a una probable amenaza, mientras que el miedo es la respuesta a una amenaza verdadera, ambas modifican la respuesta de la conducta, y el individuo presenta tendencia a evitar las situaciones. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, 2013) los trastornos de ansiedad comparten características de ansiedad excesiva y miedo y alteraciones conductuales. El miedo es entendido como una respuesta emocional a una amenaza verdadera, inminente o imaginaria y la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una futura amenaza. La ansiedad suele estar más frecuentemente asociada con tensión muscular, hipervigilancia de un peligro y comportamiento evitativo.

En ocasiones, la intensidad del miedo o de la ansiedad se ve influido por conducta evitativa de manera generalizadas (Mowbray, 2019). Una crisis de pánico se presenta básicamente en los trastornos de ansiedad como una forma particular de respuesta ante la sensación de miedo. Por lo anterior, podemos describir a la ansiedad como una respuesta ante una probable amenaza de manera anticipada, mientras que el miedo lo es ante una amenaza real, representando ambas una

alteración en la respuesta conductual, por lo que la persona presenta una tendencia de evitar las situaciones (Balluerka, 2020).

2.2 Panorama epidemiológico del COVID en el Mundo y en México

Respecto a la epidemiología descrita a través de estimaciones regionales y mundiales de la prevalencia de trastornos de ansiedad previos a la pandemia por COVID-19; la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud, refirieron que para el año 2015 “se calcula que la proporción de la población mundial con trastornos de ansiedad fue de 3.6%; el mismo modo que en el caso de la depresión, los trastornos de ansiedad son más comunes en las mujeres que en los hombres (4,6% en contraste con 2.6%, a nivel mundial)” (OMS y OPS, 2020). En la denominada Región de las Américas, se ha establecido que hasta el 7.7% de la población de sexo femenino padece trastornos de ansiedad, mientras que los hombres lo presentan en un 3.6%.

Respecto a las tasas de prevalencia se ha encontrado que son similares entre los grupos etario y se ha observado una tendencia a una mayor prevalencia en los grupos de menor edad y menor prevalencia en aquel grupo de mayor edad. La convivencia de las personas con el COVID-19 ha provocado un importante repunte de las enfermedades mentales. Un nuevo estudio de la Organización Mundial de la Salud destaca que durante el primer año de la pandemia la prevalencia mundial de la ansiedad y la depresión aumentó un 25%. Aunque el 90% de los países encuestados incluyeron la salud mental y el apoyo psicosocial en sus planes de

respuesta a la COVID-19, el informe indica que todavía siguen existiendo importantes lagunas y preocupaciones.

Los mayores aumentos de la depresión y la ansiedad se produjeron en los países más afectados por el COVID-19, donde las infecciones eran elevadas y la interacción social estaba restringida, e identificó como una de las principales causas del incremento de ansiedad el estrés que causó el aislamiento social, además de la soledad, el miedo a la infección, al sufrimiento y a la muerte, tanto propia como de los seres queridos, el dolor tras el duelo y las preocupaciones económicas. Entre el personal sanitario, el agotamiento fue una de las principales causas de los pensamientos suicidas (ONU, 2022).

La ONU (2022), en un informe refirió que las enfermedades mentales se incrementaron más en las mujeres que en los hombres y en la población joven más que en los adultos, especialmente los que tenían entre 20 y 24 años, más que a los adultos mayores. Se ha descrito que la salud mental de la población puede verse severamente afectada por la pandemia de la COVID-19; especialmente los grupos prioritarios, lo anterior como consecuencia de mayores niveles de estrés relacionados con la cuarentena (Ibarra, 2020). En la revista “The Lancet”, en el 2016 publicó que el número de trastornos de ansiedad a nivel mundial estimado fue de 264 millones para el año 2015 (UNAM, 2021), lo que representó el aumento de un 14.9% desde el año 2005 como consecuencia del crecimiento y del envejecimiento poblacional; además estadísticas referentes a la ansiedad; se muestran en las tablas:

Tabla 1.

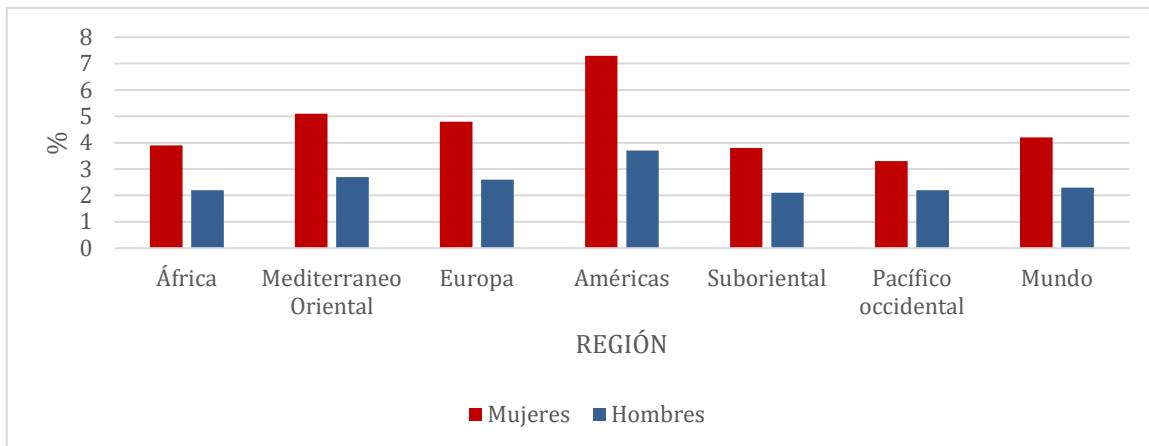
Número de casos de trastorno de ansiedad, por Región de la OMS (en millones)

Región	Total 264 Millones	%
Asia sudoriental	60.05	23
Américas	57.22	21
Pacífico Occidental	54.08	20
Europa	36.17	14
Mediterráneo Oriental	31.36	12
África	25.91	10

Fuente: Global Burden of Disease Study 2015 (<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>)

Tabla 2.

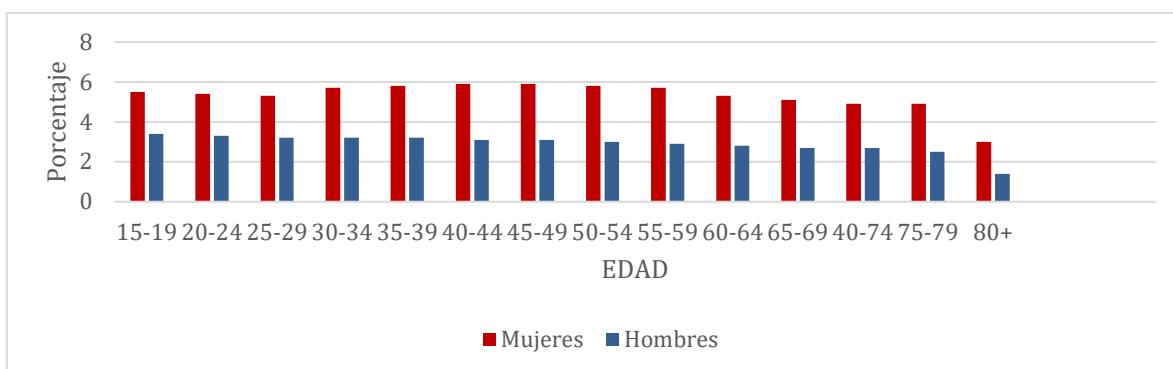
Prevalencia de los trastornos de ansiedad (porcentaje de la población), por Región de la OMS



Fuente: Global Burden of Disease Study 2015 (<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>)

Tabla 3.

Prevalencia mundial de los trastornos de ansiedad, por edad y sexo (%)



Fuente: Global Burden of Disease Study 2015 (<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>)

Tabla 4.

Prevalencia de Trastornos de ansiedad en la Región de las Américas

PAÍS	Total Casos	Prevalencia	Pérdida de salud/
		Trastornos de ansiedad	Carga de enfermedad
		% de población	% del total de años vividos con discapacidad
Antigua y Barbuda	5 327	6.1	5.6
Argentina	2 542 091	6.3	5.9
Bahamas	22 721	6.2	5.4
Barbados	16 640	6.1	4.8
Belice	19 295	5.7	5.9
Bolivia	565 857	5.4	5.5
Brasil	18 657 943	9.3	8.3
Canadá	1 654 746	4.9	4.0
Colombia	2 691 716	5.8	6.0

Costa Rica	211 997	4.6	4.7
Cuba	675 037	6.1	5.1
Chile	1 100 584	6.5	6.0
Ecuador	879 900	5.6	5.8
El Salvador	267 780	4.6	4.4
EEUU	18 711 966	6.3	4.6
Granada	5 910	5.7	5.2
Guatemala	652 313	4.2	4.4
Guyana	42 507	5.7	5.3
Haití	565 920	5.5	4.7
Honduras	335 907	4.3	4.9
Jamaica	159 012	5.7	5.2
México	4 281 809	3.6	4.0
Nicaragua	257 009	4.5	5.0
Panamá	166 598	4.5	4.5
Paraguay	483 755	7.6	7.6

Perú	1 730 005	5.7	5.9
República Dominicana	570 312	5.7	5.7
Sn Vicente y las Granaditas	6 187	5.8	5.2
Santa Lucía	10 640	5.9	5.3
Suriname	30 273	5.8	5.4
Trinidad y Tobago	79 574	6.1	5.0
Uruguay	203 915	6.4	5.6
Venezuela	1 322 024	4.4	4.1

Fuente: Global Burden of Disease Study 2015 (<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>)

Peng y et al. (2010) identificaron y definieron que los efectos psicosociales que se pueden presentar son variados en la población que es expuesta a una pandemia. Por ejemplo, después del SARS-CoV en Taiwán, se presentó en los meses posteriores una actitud pesimista en la población en apropiadamente el 10%, a la par de una prevalencia de morbilidad por enfermedad mental de un 11.7%. Mientras

que, en Singapur, aproximadamente un 27% del personal de salud reportaron síntomas psiquiátricos posterior a la epidemia (Lee, Kang, Cho, Kim, Park, 2015).

En Hong Kong un estudio elaborado por Lai, et al., (2020) encontró que un 89% de empleados de la salud presentaron situaciones de alto riesgo. Lai, et al, en 2020 a través de un estudio transversal con una muestra de 1,257 trabajadores del área de la salud en China, distribuidos en 34 hospitales que brindaban manejo a pacientes con COVID-19, con la aplicación del 9-item Patient Health Questionnaire, en Wuhan se encontró que el 34.4% del personal médico y de enfermería presentó trastornos leves (promedio: 5.4), un 22.4% presentaba alteraciones moderadas (promedio: 9.0) y el 6.2% presentaba alteraciones graves (promedio: 15.1), mientras que 36.3% había accedido a materiales psicológicos, el 50.4% había recurrido a recursos psicológicos disponibles y el 17.5% había solicitado psicoterapia (Lai, 2019).

En China se reportó un aumento de sintomatología depresiva en la población joven en un 22.6%, siendo una cifra mayor a lo reportado en otros estudios realizados a nivel escolar en primarias (17.2%). En pandemia de COVID-19, la disminución de actividades al aire libre y disminución de la interacción social pudo asociarse con el incremento de síntomas depresivos en la población infantil (Li, 2020). El 18.9% de los estudiantes presentaron sintomatología ansiosa, representando una prevalencia más elevada en comparación con otras encuestas. Estos datos orientan a que enfermedades infecciosas graves pueden ocasionar alteraciones en la salud mental de los niños al igual que situaciones o exposición al trauma (Xiang, et al, 2020).

En México, el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Dirección General de Información en Salud (DGIS, 2021), refirió que durante el primer semestre de 2020 se registraron 306 mil 918 consultas menos de salud mental respecto al mismo periodo de 2019; ocho de cada diez consultas que se dejaron de otorgar corresponden a consulta subsecuente (DGIS, 2020). La información previamente referida corresponde a datos obtenidos de instituciones públicas, sin encontrarse en la búsqueda bibliográfica información estadística de patología que corresponde a ansiedad en aquellos pacientes que acuden solicitando atención en la consulta en el medio privado; motivo del presente protocolo de estudio.

2.3 Salud Mental y COVID

La Organización Mundial de la Salud (OMS), a través del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, ha dado a conocer que la exposición a factores estresantes extremos es grande, y que la exposición a sustancias constituye un importante factor de riesgo para el desarrollo de patologías mentales (OMS, 2020).

Por su parte, la Sociedad Española de Psiquiatría (2020), estableció que el aburrimiento y la frustración por el aislamiento puede llevar a que se desarrolle un mayor deseo y riesgo de tomar bebidas alcohólicas o consumir sustancias de abuso.

Ante esta situación pueden aparecer síntomas depresivos como: desesperanza, irritabilidad, cambios en el apetito y alteraciones del sueño. La población juvenil también se vio severamente afectada por la disminución de oportunidades para la educación, la educación formal de las personas jóvenes se ha visto muy afectada por los efectos de la pandemia, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), a través del Fondo de Población de

las Naciones Unidas, reportó en el 2020 que 107 países tuvieron que recurrir al cierre de sus escuelas, afectando a más de 8,617,000,000 de jóvenes e infantes. Se hace evidente que, los prolongados períodos de cierre de escuelas y la restricción de movimiento pueden traducirse en intranquilidad emocional y ansiedad adicional (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2020).

En una encuesta online ($n=1210$) en 194 ciudades en China, realizada entre el 31 de enero al 2 de febrero de 2020, por Wang et al., (2020) 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 disponible (Wang, et al, 2020).

En Italia, el Instituto Superiore di Sanità (2020), refirió que la pandemia por COVID-19, propició una crisis no antes vista en el ámbito sanitario, económico y social. A nivel internacional la mortalidad de la pandemia principalmente afectó a personas de la tercera edad, particularmente a quienes presentaron alguna comorbilidad médica previa (Center for Disease Control and Prevention, 2020).

La Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria de España (2020), ha identificado circunstancias psicosociales que pueden propiciar un mayor riesgo en

el desarrollo de problemas de salud mental sumados a la pandemia por COVID-19, entre ellas se han descrito: personas en estado de indigencia, dependencia de bebidas alcohólicas o a sustancias adictivas, falta de redes de apoyo, síntomas depresivos, bajo estrato socioeconómico, pobre acceso a tecnología, menores de edad, vulnerabilidad laboral. El aislamiento impactó significativamente la actividad e interacción social y laboral, la cancelación de actividades públicas, el cierre de escuelas, falta de interacción, favoreciendo enfermedades mentales como ansiedad y depresión, además al ser el COVID-19 una patología con alto riesgo de infección generó temor e incertidumbre, empeorando situaciones de salud mental (McNally, Levenstein, 2020). En Perú se reportó que por el COVID-19, las características de la muestra que participó en la respuesta al cuestionario fueron predominantemente del sexo femenino (72.6%), de nivel educativo superior (88.8%), de ocupación profesionales y estudiantes (84.6%), y relativamente jóvenes (65.1% entre 17 y 40 años), de la región de la costa (78%), de Lima (66%) y con conocimiento de alguien cercano afectado con COVID-19 (66.4%) (Sánchez, Mejía, 2021).

En la revisión de la literatura, se encontró reporte del trabajo de tesis elaborado por Villagra (2021), quien aplicó la escala de Hamilton en el contexto de pandemia de COVID-19 en personal médico en un hospital de Perú (Hospital Goyeneche) en el año 2021, el objetivo fue encontrar la frecuencia y gravedad de la depresión y de la ansiedad mediante la escala de Hamilton, como método se encuestó una muestra de 214 trabajadores a quienes se les aplicó la escala de ansiedad de Hamilton y de depresión de Hamilton, el resultado mostró que el 45.33% presentó ansiedad baja

y el 25.23% ansiedad elevada; el 12.62% de médicos tuvo niveles de ansiedad elevada, comparada con el 36.94% del personal de enfermería ($p < 0.05$).

El grupo etario menor de 30 años presentó en un 25% ansiedad elevada, y en la edad de 30 a 39 años se elevó en un 7.59%, mientras que el grupo etario comprendido entre los 40 y 49 años se elevó un 22.64%, entre los 50 y 59 años con un 41.07%, y llegando a un 71.43% en las personas entre 60 a 69 años ($p < 0.05$). Sin diferencias significativas respecto al sexo ($p > 0.05$), solo que la ansiedad elevada se observó con más frecuencia entre los viudos (71.43%) y menor en los solteros (12.07%), los separados se presentaron como un porcentaje intermedio entre los viudos y los solteros (16%; $p < 0.05$); presentaron más ansiedad elevada/grave aquellos trabajadores con más antigüedad (46.81%), en comparación con aquellos que habían laborado solo entre 6 a 10 años (19.35%) y con un porcentaje menor los que presentaron antigüedad de 1 a 5 años (19.12%; $p < 0.05$).

En Paraguay a través de un estudio observacional, descriptivo de asociación cruzada, de corte transversal y temporalmente prospectivo, encontró que la exposición constante a información referente al COVID-19, pasar entre 5 a 7 horas o más expuesto a noticias sobre el COVID-19, trajo consigo un aumento de los síntomas de ansiedad puede resultar en mayores niveles de ansiedad, pero así también diferentes factores hacen a parte de la población más susceptible a presentar estos niveles elevados (Torales et al., 2021). Poblaciones consideradas como vulnerables para presentar COVID-19 como personas indigentes, espectro autista, enfermedad psiquiátrica como la depresión, esquizofrenia, se ha encontrado

que presentan un riesgo más elevado de presentar enfermedades crónicas, comorbilidades autoinmunes y el consumo crónico de más fármacos, lo cual pudo elevar la vulnerabilidad para presentar infección por el virus del COVID-19.

Por su parte, en el informe sobre políticas públicas en respuesta al coronavirus de la OCDE para México establecen que la pandemia por COVID-19 triplicó las afectaciones a la salud mental; con la ansiedad y la depresión al alza, debido al impacto de la emergencia sanitaria, México ocupa la primera posición entre los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) con los mayores niveles de ansiedad. Antes de la emergencia la OMS estimaba que en México el 75% de la fuerza laboral padecía estrés, después de 18 meses de pandemia sus efectos en la vida laboral y personal llevaron a México al primer lugar entre los países miembros de la OCDE con más niveles de ansiedad.

Previo a la crisis sanitaria, el 15% de la población de nuestro país experimentaba este padecimiento, esa proporción se elevó al 50% un año después; “Como resultado de la crisis sanitaria, la población de México es ahora la que mayores niveles de ansiedad reporta entre los países de la OCDE. Se estima que el 50% de sus habitantes presentan dicho padecimiento, mientras que el año previo a la pandemia, dicha proporción era de 15%” (OCDE, 2021).

En México, Gaitán et al., (2021) refieren que a nivel mundial los trastornos de ansiedad es de los principales padecimientos más recurrentes dentro de los trastornos mentales, representando una prevalencia estimada de 7.3% a nivel global, ocupando el noveno lugar como causa de años perdidos por discapacidad.

Los trastornos de ansiedad se presentan más en las mujeres, el grupo de edad que más lo padece se encuentra entre 35 y 55 años y es común encontrar como comorbilidad a la depresión y al estrés postraumático. En la Región de las Américas, los trastornos que comprenden ansiedad ocupan la segunda causa de años de vida ajustados en función de discapacidad (2.1%) y de los años perdidos por discapacidad (4.9%) (Medina, et al., 2007). En México, la epidemiología de la ansiedad, representó una prevalencia de 14.3% para el año 2002 (Medina, et al., 2003).

Estudios en la pandemia por COVID-19 compuestos por muestras representativas, que fueron recabadas vía telefónica y a través de internet, representaron prevalencias de la escala de ansiedad generalizada a personal médico (GAD), puntaje de la escala GAD-7 igual o mayor a 10 puntos fueron mucho más altas que en períodos en los que no estuvo la pandemia por COVID-19, las cuales fueron en China de un 8.8%, hasta en un 32% en Bangladesh; en México una muestra por conveniencia permitió identificar valores de la escala GAD de un 48.4% (Galindo, et al., 2020). Se realizó un monitoreo con la escala GAD-2 de manera semanal y se reportó un puntaje igual o mayor a 3 puntos, y durante la pandemia el Center for Disease Control de Estados Unidos, mostró una prevalencia de entre un 28% y un 36%.

Gaitán et. al. (2021) reportaron la prevalencia mensual de trastorno de ansiedad generalizada durante la pandemia COVID-19. La prevalencia de síntomas de trastorno de ansiedad generalizada en el mes de julio del 2020 fue de 26.8% con el GAD-7. En mujeres con la escala GAD-2 se reportó un 34.9% y en los jóvenes se

reportó una menor prevalencia (28.0%) que en los adultos maduros (35%), aunque la diferencia no fue significativa al comparar el grupo de adultos maduros con el grupo de adultos mayores, hay que considerar que las cifras referidas pueden estar representadas por un tamaño de muestra pequeño. La misma escala GAD mostró diferencias en cuanto a la prevalencia dependiendo del nivel socioeconómico; aquellos que se encontraron con un bajo nivel socioeconómico presentaron una prevalencia de ansiedad de un 34.5%, mientras que en los de nivel alto el porcentaje era menor, disminuyó a solo un 25.9%.

Se reportó en el 43.3% síntomas de trastorno de ansiedad generalizada en personas desempleadas y en quienes cohabitaban con menores de edad en un 33.0%. Por tanto, se puede considerar que existe validez concurrente al utilizar la GAD-2 (Vos, 2017). La comparación entre la GAD-7 y la GAD-2 muestra la precisión con la cual la escala corta predice el resultado de la larga. Con un punto de corte en 3 o más, la GAD-2 de la Encovid-19 tiene un área bajo la curva de 0.95. Una tabla de contingencias muestra que el GAD-2 tiene una sensibilidad de 0.87 [IC95%: 0.83-0.90], una especificidad de 0.90.

Resultados reportados en un estudio que consta de una encuesta transversal por Lai, et al., (2020), realizada en 1,257 empleados de la salud de 34 hospitales de China, los cuales laboraron en una primera línea de atención a pacientes con COVID-19, reveló una prevalencia elevada de síntomas de enfermedad mental entre ellos, encontrando que el 50.4% presentaron depresión, 44.6 % ansiedad, el 34% presentó insomnio y el 71.5 % presentó angustia. Se observó que trabajar en la atención médica de primera línea con pacientes con la COVID-19, fue un factor

de riesgo independiente para todos los síntomas previamente expuestos, por lo que la salud mental de estas personas requiere de una atención especial (Lai et al, 2020).

Lai et al (2020) realizaron un estudio en la etapa inicial de la infección por COVID-19 a inicios del 2020, se encontró que el insomnio se presentó con una prevalencia elevada (34.0%) en profesionales de la salud de primer nivel.

Otra encuesta realizada también a inicios del 2020 encontró que la prevalencia de un sueño no reparador en profesionales de salud que laboraron en la atención médica de primer nivel fue de un 18.4% (Yao, et al., 2020).

Un estudio con una muestra de 1,563 profesionales de la salud reportó que más de la mitad (50.7%) de los participantes reportaban síntomas depresivos, 44.7% de ansiedad, y 36.1% trastornos del sueño (Li et al, 2020). Se ha estipulado una prevalencia de trastorno depresivo mayor (TDM) en un 7% después de un brote de la pandemia (Xiang, et al., 2020). A manera de antecedente, es importante mencionar que mediante otros estudios se encontró que entre un 10% y un 35% de los sobrevivientes de la infección por el virus SARS-CoV reportaron la presencia de síntomas de depresión y de ansiedad, o de ambos, en la etapa inicial de la recuperación (Mak, et al, 2009) y de los sobrevivientes un 44% que presentaron algún trastorno psiquiátrico, fue representado por sintomatología depresiva y fueron identificados y propuestos factores específicos de riesgo como: el sexo femenino, pertenecer a un bajo nivel socioeconómico, tener conflictos interpersonales, usar recurrentemente redes sociales, contar con una resiliencia disminuida y un bajo o

limitado apoyo social. (Mak et al., 2009). En China se cuenta con un estudio donde se evaluó la presencia de psicopatología en 1,257 profesionales de la salud expuestos al COVID-19, se encontró que un 50% de ellos refirió presentar depresión, ansiedad en un 45%, sensación de angustia en un 72% e insomnio en un 34%; en cuanto a características sociodemográficas, el sexo femenino, la profesión de enfermería, empleados en la atención de primer nivel y que eran residentes de Wuhan fueron quienes presentaron más gravedad en todos los síntomas referentes a enfermedad mental en comparación con otros profesionales que brindan atención médica. Aquellos profesionales involucrados en la atención de primera línea, en la atención de urgencias y en la elaboración diagnóstica de pacientes con COVID-19 se asoció directamente con mayor riesgo de síntomas de insomnio, ansiedad y depresión. El aislamiento social se asoció como una condición clara relacionado al síndrome de burnout en los médicos (Southwick, et al., 2020).

En la revisión de la literatura se encontró la un estudio correlacional predictivo de corte transversal, que como objeto de estudio incluyó como población de estudio a habitantes de Saltillo, Coahuila, México integrado por una muestra pequeña de 501 participantes, la información fue recabada mediante una encuesta realizada online, misma que estuvo activa del 5 al 24 de octubre del año 2020, donde se encontró que el no contar con pareja ($OR = 2.64$; 95% IC: 1.347 - 5.201) aumentó la posibilidad de presentar síntomas depresivos graves, individuos más jóvenes presentaron un 0.95 de mayor probabilidad de presentar mayores niveles de estrés, al igual que ser mujer ($OR = 2.37$; 95% IC: 1.144 - 4.915) y encontrarse

desempleado (OR = 2.62; 95% IC: 1.308 - 5.254) significó una probabilidad más elevada de presentar ansiedad más incapacitante o severa.

Algunas características sociodemográficas en que se encontró una asociación directa a mayor problema mental fueron la percepción económica, el sexo y la edad en conjunto con condiciones de salud emocional como la presencia de sintomatología depresiva, nivel de ansiedad y de estrés; se exhortó al personal de salud para que dieran importancia a la salud mental, anteponiéndola como prioridad para poder sobrellevar la marcada crisis sanitaria ocasionada por COVID-19. Estos resultados, en su momento, dieron la pauta a información preliminar en México, aunque fueron necesarios más estudios con poblaciones de estudio significativas en diferentes contextos, diferenciando áreas rurales y urbanas con la incorporación de más factores que mejor puedan explicar las diferentes variables; como conclusión, puedo definir que se encontró una asociación directa a factores sociodemográficos como el sexo, la edad e ingreso económico con la sintomatología depresiva, nivel de estrés y niveles de ansiedad en tiempos de la pandemia COVID-19 (Trujillo, et al, 2021).

2.4 Ansiedad en tiempos de pandemia

Se cuenta con el antecedente de que la palabra “cuarentena” se usó por primera vez para referirse a la lepra en el año 1127 en Venecia, Italia; posterior el término fue frecuentemente utilizado para referirse a la Peste Negra y 300 años después en respuesta a la peste se comenzó a imponer la cuarentena en el Reino Unido. Es

importante mencionar que la definición de cuarentena difiere de lo que conocemos como aislamiento social, ya que el aislamiento es la separación de personas que han sido identificadas por presentar una enfermedad contagiosa de las que no están infectadas; sin embargo, a menudo los 2 términos se aplican indistintamente (Intramed, 2020). El inminente aumento del hacinamiento y las consecuentes restricciones conllevan a comportamiento anómalo y ante la necesidad de diseñar medicamentos para el manejo de la infección por el COVID-19, como fármacos experimentales que pueden causar interacciones con fármacos no solo psiquiátricos sino de cualquier medicamento usado por los pacientes. Geller et al (2020) refieren que la cuarentena además de exacerbar los síntomas en las personas con enfermedades mentales graves ya diagnosticadas, también puede poner en evidencia a aquellas personas que presentan una enfermedad mental grave, que no se había diagnosticado previamente; lo cual es importante que sus familias lo identifiquen y traten, y a lo cual el personal de salud debe estar preparado.

Shigemura, et al., (2020), mencionaron que el miedo que detona una pandemia aumenta los niveles de estrés y de ansiedad en individuos sanos y que ocasiona un empeoramiento en aquellos individuos con trastornos mentales ya diagnosticados.

La salud mental de la población general puede ser severamente afectada por la pandemia de la COVID-19; especialmente en grupos prioritarios (anteriormente conocidos como vulnerables), lo anterior, como una consecuencia del aumento del estrés que se relacionan a la cuarentena y al aislamiento (Ibarra, 2020). También se encuentra descrito en la literatura, la importancia que representa el identificar aquellas poblaciones que se encuentran con un mayor riesgo de situaciones

adversas para la salud mental, como actividades importantes que conciernen a la salud pública en el transcurso y después de una pandemia; previamente, se cuenta con evidencia que la exposición a una pandemia puede estar asociada con síntomas de depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático (Nicolini, 2020).

Poblaciones consideradas como vulnerables para presentar COVID-19 como personas indigentes, espectro autista, enfermedades psiquiátricas como la depresión, esquizofrenia, se ha encontrado que presentan una posibilidad más elevada de padecer enfermedades crónicas, el presentar un compromiso autoinmune y el uso crónico de fármacos, puede contribuir a contraer COVID- 19 más fácilmente que aquellas personas que no cumplen con estas características. Ante la atención depositada en cuanto a la propagación, forma de transmisión e implicación física del COVID-19, se minimizó el interés de las consecuencias a nivel psicosocial que presentaron los afectados por la infección (Torales, 2020). Las implicaciones en la salud mental que emergen en una pandemia pueden evolucionar a problemas de salud a mediano y largo plazo, si tomamos como referentes las epidemias del síndrome respiratorio agudo grave SARS-CoV en 2003 y el síndrome respiratorio del medio oriente MERS-CoV en el 2012, (Mak, et al., 2009) en este último alrededor del 40% de los afectados necesitaron intervención psiquiátrica (Kim, 2018).

En la literatura, diversos estudios señalan que secundario a la pandemia por COVID-19 se incrementó el diagnóstico de ansiedad (Halabe, 2022); Nicolini

(2020) señala la importancia de identificar poblaciones con mayor riesgo de presentar dicho padecimiento incluyendo a pacientes con COVID-19 y sus familiares, personal de salud, principalmente; previamente, se cuenta con evidencia de que la exposición a una pandemia se relaciona con síntomas de ansiedad, depresión y del trastorno de estrés postraumático como se documentó durante el brote de Ébola entre los años 2014 al 2016; donde se estableció la relación de los padecimientos mentales ante la exposición a una pandemia (Nicolini, 2020).

La Organización de las Naciones Unidas (2020), a través de The Lancet Commission on global mental health and sustainable development, estableció que los problemas mentales se dan en un continuo que abarca desde una angustia moderada y limitada en el tiempo hasta trastornos mentales graves (Sierra, 2020). La pandemia de COVID-19 influye en la posición de las personas en ese continuo. Muchas personas que en el pasado habían respondido bien a la situación son ahora menos capaces de enfrentarse a ella debido a los múltiples factores estresantes generados por la pandemia.

The Lancet publicó en el año 2020 que la depresión y ansiedad aumentaron más de 25% en el mundo por la pandemia de COVID-19, observando los casos de depresión y ansiedad debido al impacto del COVID-19, la investigación, que se llevó a cabo en 204 países, arrojó que los casos de depresión aumentaron 28%, y los de ansiedad crecieron 26%, los resultados también mostraron que las mujeres se vieron más afectadas que los hombres, y que los jóvenes fueron más que los adultos mayores. Agregó que los países más afectados por la pandemia en 2020 son los que tuvieron un aumento en la prevalencia de problemas mentales.

La Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria de España (2020), refirió que el COVID-19 ha demostrado tener consecuencias en todos los individuos, sobre todo en aquellos que previo a la pandemia ya presentaban sintomatología ansiosa y depresiva; las medidas de control que se han tomado para control para limitar la expansión de la pandemia contribuyeron negativamente en la salud mental de la población, se ha visto implicado un temor generalizado tanto por el riesgo de contagio, la sobresaturación de hospitales para la atención y las consecuencias socioeconómicas que el aislamiento ha generado, además de un mayor riesgo en la estigmatización de los pacientes que ya padecen enfermedad mental y del propio personal de salud que ha atendió a pacientes víctimas de la epidemia.

El aumento del consumo del alcohol y drogas es otra área de preocupación importante en el campo de la salud mental. Cada persona reacciona de modo distinto ante el impacto psicológico provocado por una epidemia como la COVID-19. El distanciamiento social, la cuarentena y el aislamiento, traen aparejados una serie de reacciones psicológicas que los individuos pueden experimentar en relación con su propio estado de salud y al de otros, a los que haya podido contagiar (Facultad de Psicología, República de Uruguay, 2019). Es conocido que las conexiones sociales juegan un papel importante en la prevención del suicidio; las personas que llegan a presentar ideas suicidas pueden carecer de relaciones interpersonales, y frecuentemente, a medida que aumenta el riesgo ser más aislados, siendo el aislamiento social y la soledad factores que incrementan los pensamientos y comportamiento suicida.

Andrades et al., (2021) reportaron la posibilidad de que uno de los principales problemas de salud mental sea el estrés que se origina por la presión que genera la enfermedad y el consecuente riesgo de contagio, el aislamiento, el exceso de información generado por los médicos de comunicación, el temor ante el desbasto de alimentos y fármacos (Wang et al., 2020).

Liu, et al. (2020) encontraron que en la población china el porcentaje de personas con estrés es semejante al de sintomatología postraumática. Se observó que ante la pandemia, la severidad subjetiva influyó en mayor enfermedad mental, esta circunstancia también se documentó en otros estudios, mismos que señalaron que la percepción de severidad de un evento estresante tiene una relación con mayores consecuencias negativas de la salud mental (Brewin, et al., 2000; García, et al., 2019; García y Miranda, 2019), siendo probable que al tener una percepción inicial de un evento grave se activen mecanismos psicológicos que conducen a una consecuencia negativa en la salud mental (Alzugaray, et al., 2015; Cann, et al., 2011).

Peng, et al. (2010) encontraron que las condiciones psicosociales que puede presentar la población que se enfrenta a una epidemia pueden ser múltiples; por ejemplo, en Taiwán después del brote del SARS-CoV, se hizo evidente en los meses siguientes al brote, en alrededor de un 10% de la población una perspectiva pesimista de la vida a la par de una prevalencia de morbilidad psiquiátrica de hasta un 11.7%; y a la par, en Singapur, casi el 27% de los trabajadores de la salud presentaron enfermedad mental posterior a la epidemia (Lee, et al., 2015).

La población china presentó un incremento en su población juvenil de sintomatología depresiva del 22.6%, siendo una cifra mayor que lo encontrado en escuelas primarias (17.2%). En la pandemia, la reducción obligatoria de las prácticas al aire libre y de la consecuente interacción social pudo haberse asociado con el aumento de los síntomas de depresión en la población infantil. También se reportó una prevalencia mayor a diferencia de otras encuestas, ya que hasta el 18.9% de los estudiantes presentó sintomatología ansiosa. Estas cifras sugieren que las enfermedades infecciosas graves tienen un impacto negativo en la salud mental de los menores al igual que otras experiencias traumáticas (Xiang, et al, 2020).

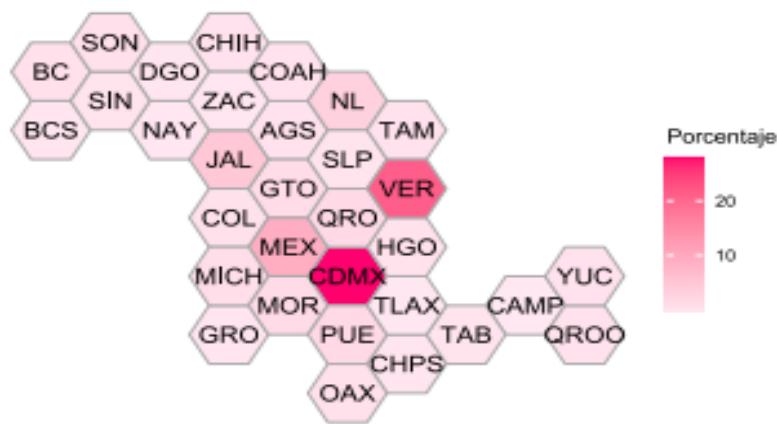
2.4.1 Proyecto COVIDiSTRESS

Respecto al primer año de pandemia en nuestro país, se encontró un reporte descriptivo que consta de datos que se recolectaron durante el primer mes de pandemia (entre el 30 de marzo al 30 de abril al 2020), en este tiempo se reportó que se respondieron 158,771 cuestionarios a nivel mundial; tomando como antecedente el “Proyecto COVIDiSTRESS” que fue liderado por el Dr. Lieberoth de la Universidad de Dinamarca, consta de una encuesta traducida a 52 idiomas y distribuida en más de 50 países y fue definido como “un proyecto de psicología colaborativa bajo circunstancias extremas” y categorizado como un proyecto transcultural que buscó recabar datos sobre conductas, actitudes y experiencias de la población mundial durante la pandemia del COVID-19 el comprendido por una encuesta digital y anónima, que identificar los factores que generan estrés psicológico.

El “Proyecto COVIDiSTRESS” reportó que a nivel mundial se respondieron 158,771 cuestionarios, de estos, 6424 se respondieron en México, completándose más del 80% del cuestionario, alcanzando la quinta mayor participación como país a nivel mundial. Los resultados fueron descriptivos, e incluyeron datos demográficos, condiciones de aislamiento, la percepción del nivel de estrés (con diferenciación en cuanto a edad, sexo y situación del aislamiento), comparativo con otros países, cuales fueron las fuentes principales del estrés, las preocupaciones generadas por las consecuencias de la pandemia por COVID-19, las estrategias de afrontamiento, la confianza en el gobierno y el cumplimiento de las medidas de distanciamiento social; en México se reportó una mayor participación en la Ciudad de México (1,739), en los estados de Veracruz (1,349), Estado de México (606), Jalisco (345) y Nuevo León (243), entre estos 4 estados y la capital del país se sumó el 66.65% de la participación, cabe mencionar que en una menor proporción pero si se obtuvo respuesta de todos los estados del país.

Figura 1.

Participación por estados en la Encuesta “COVIDiSTRESS global survey” (2020):



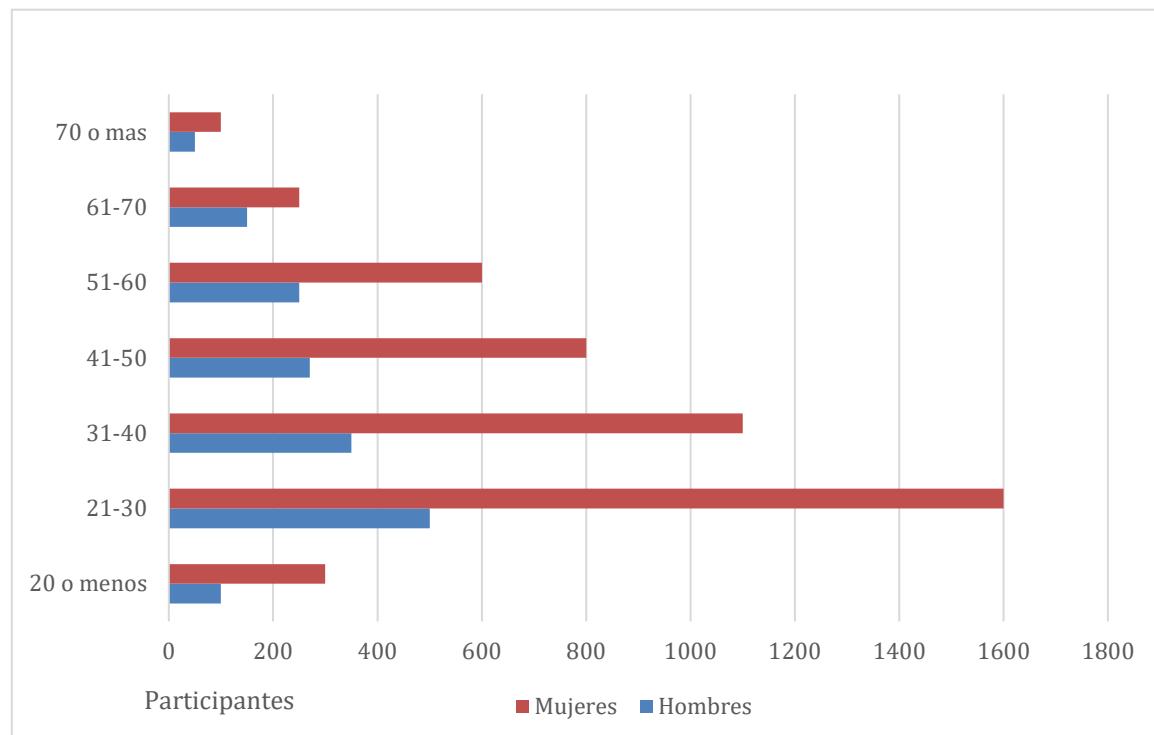
Fuente: Pérez-Gay, et al., The COVID-Stress International Collaboration (2020).

En México la edad media del estudio fue de 38 años (con desviación estándar de 13.82) y la mayor participación se obtuvo del grupo etario ubicado entre los 21 años a los 30 años.

La encuesta fue respondida mayoritariamente por el sexo femenino, con participación de 4,643 mujeres (72%), 1,715 hombres (27%) y 31 personas se identificaron como de “otro género” o tomaron la decisión de no mencionar alguna identificación (0.5%); y otras 35 personas omitieron respuesta.

Figura 2.

Participación por edad y sexo en la Encuesta “COVIDiSTRESS global survey” (2020)

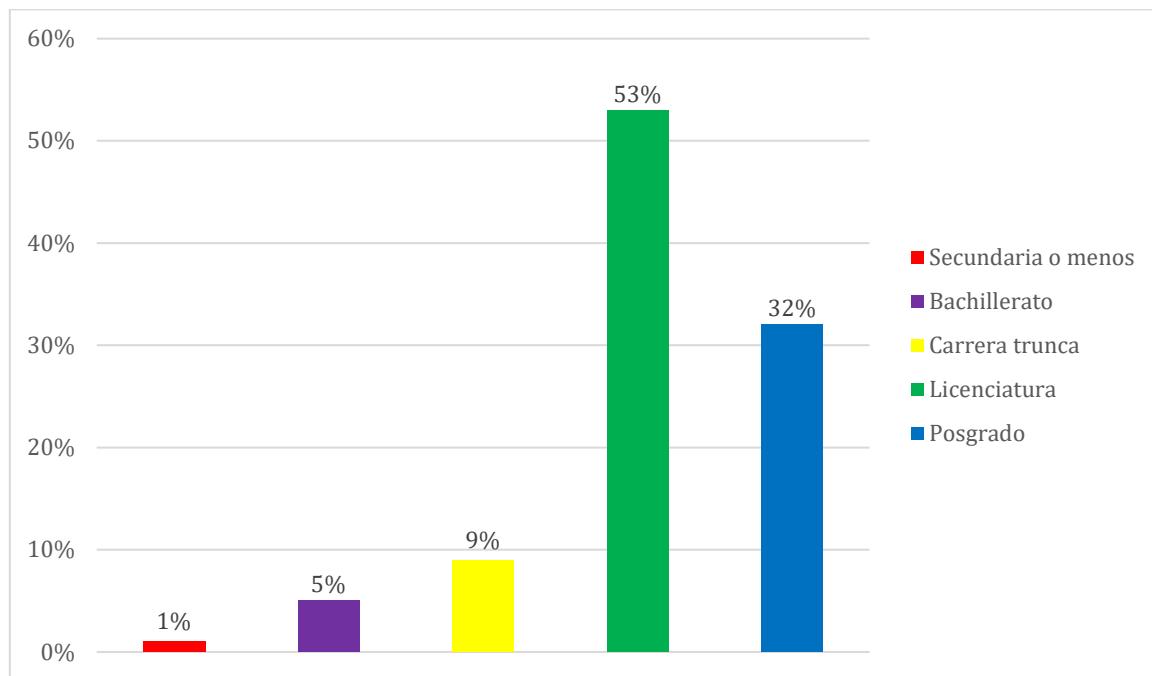


Fuente: Pérez-Gay, et al., The COVID-Stress International Collaboration (2020).

Respecto al nivel educativo (escolaridad), la mayoría de los encuestados contaron con una licenciatura y un posgrado.

Figura 3.

Escolaridad de los participantes en la Encuesta “COVIDiSTRESS global survey” (2020)

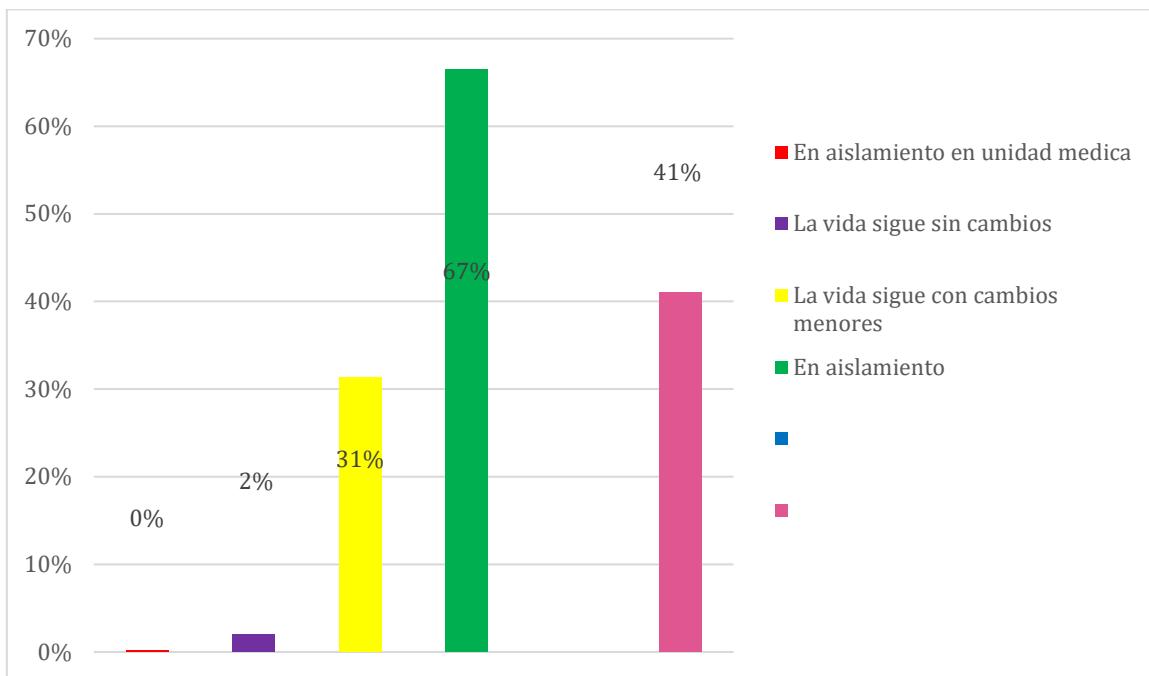


Fuente: Pérez-Gay, et. al., The COVID-Stress International Collaboration (2020).

La mayor prevalencia de la situación laboral fue representada por empleos de tiempo completo y el auto empleo.

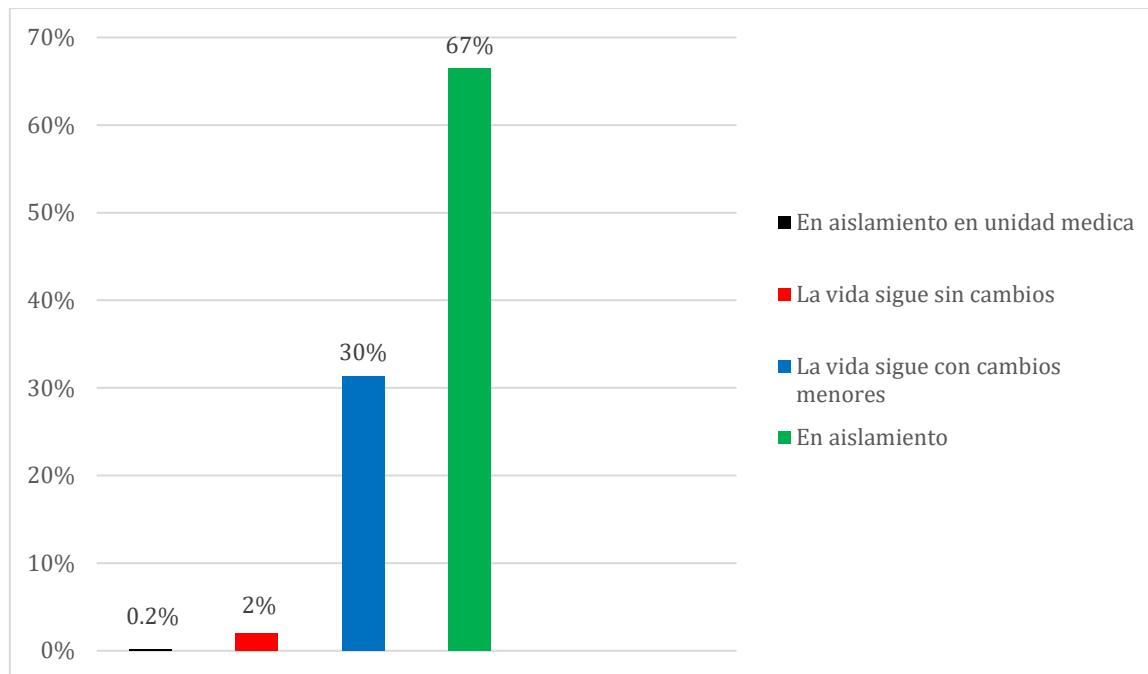
Figura 4.

Percepción de los participantes en la Encuesta “COVIDiSTRESS global survey respecto a cambios en la forma de vida (2020)



Fuente: Pérez-Gay, et. al., The COVID-Stress International Collaboration (2020).

Los participantes respecto a “situación actual” durante la pandemia; un 66.5% reportó encontrarse en aislamiento, 31.3% consideraron presentar cambios menores, un 2% mencionó seguir la vida sin cambios y 0.2% estaban en aislamiento en una unidad médica.

Figura 5.*Situación de los participantes durante la pandemia*

Fuente: Pérez-Gay, et. al., The COVID-Stress International Collaboration (2020).

Para la medición del nivel de estrés se utilizó la Escala de Estrés Percibido en su versión de 10 reactivos (PSS-10) (Cohen et al., 1983); que cuantifica el estrés percibido por el propio participante en la última semana, explora la falta de control sobre los eventos, la presión para afrontar dificultades y la sensación de sentimientos negativos ante cambios inesperados; el resultado se cuantifica del 1 al 5, categorizado en tres niveles, bajo (1-2.4), moderado (2.5-3.7) y alto (más de

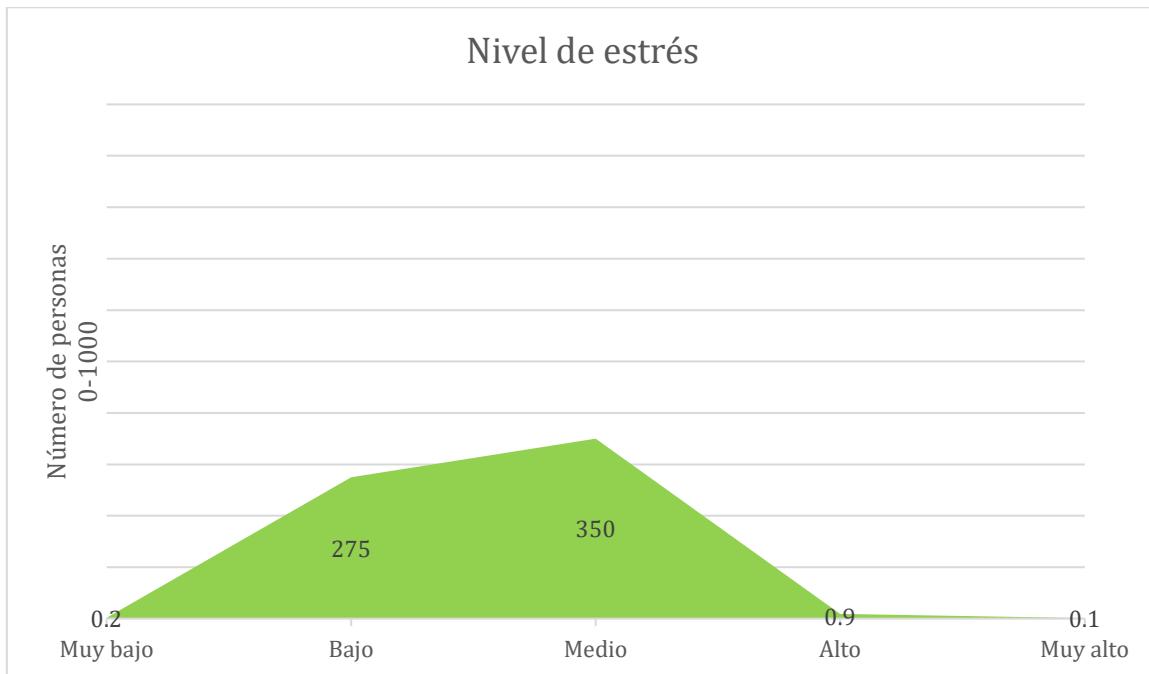
3.7); la escala fue validada por González y Landero (2007) para la población mexicana.

El promedio general del índice global de estrés en los mexicanos que participaron fue de 2.71 con una desviación estándar de 0.74, lo que representa un nivel moderado de estrés; mientras que 711 participantes equivalente a un 11% se encontró un nivel alto de estrés.

La encuesta “COVIDiSTRESS global survey” (2020), en México mostró una distribución de los niveles de estrés de la población por condición de aislamiento, un 66.5% reportó encontrarse en aislamiento y en ellos se reportó un mayor nivel de estrés que quienes dijeron seguir su vida sin cambios (2%).

Figura 6.

Niveles de estrés de los participantes de la Encuesta “COVIDiSTRESS global survey” (2020)

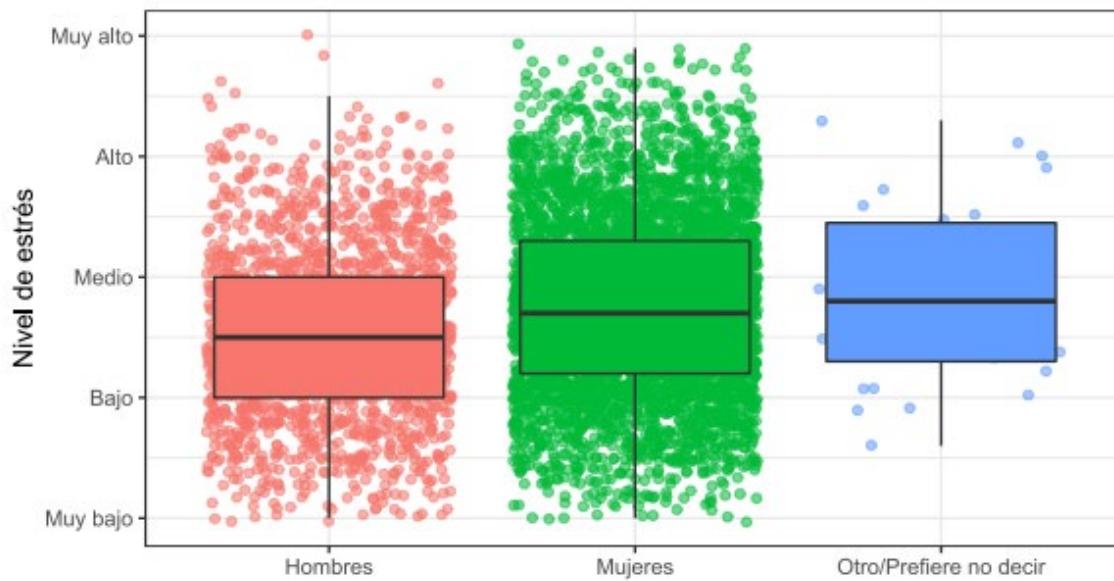


Fuente: Pérez-Gay, et. al., The COVID-Stress International Collaboration (2020).

Se encontró un mayor nivel de estrés en personas que se identificaron como no binarias, seguidos por el sexo femenino y en tercer y último lugar el sexo masculino.

Figura 7.

Distribución de los niveles de estrés de la población por género de los participantes en la Encuesta “COVIDiSTRESS global survey” (2020)



Fuente: Pérez-Gay, et. al., The COVID-Stress International Collaboration (2020).

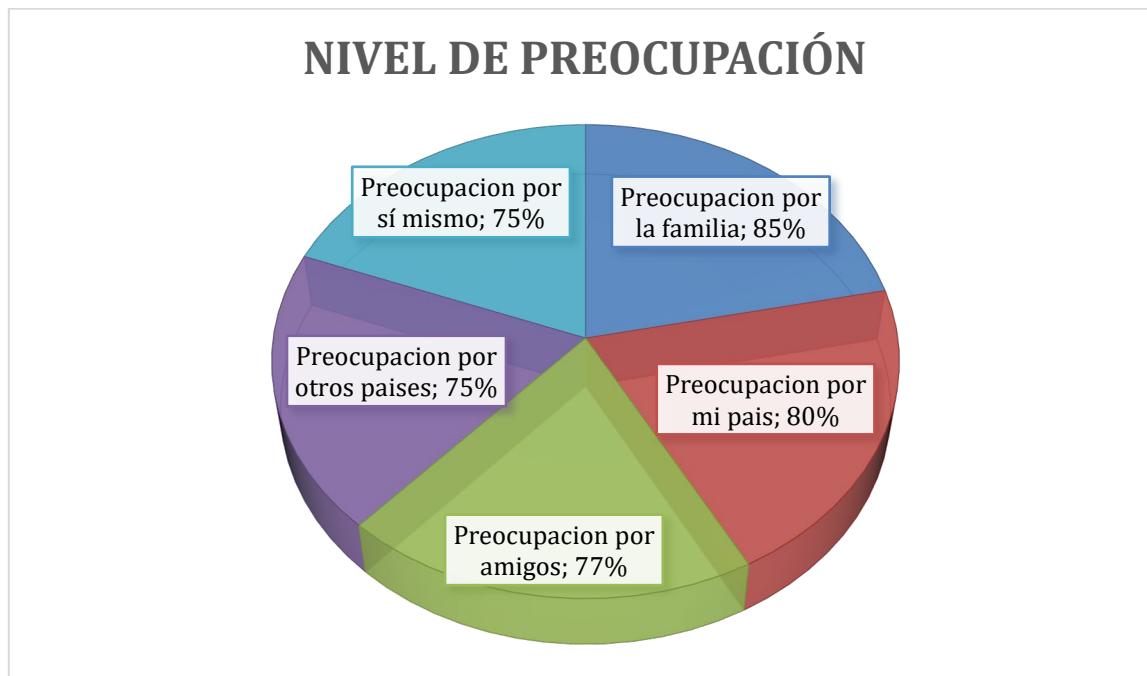
En cuanto a grupo etario, quienes reportaron mayores niveles de estrés percibido fueron los jóvenes, encontrando una relación inversamente proporcional entre la edad y el estrés.

De los mexicanos que participaron en el proyecto, la economía nacional fue la condición que mayormente fue reportada como el mayor de los estresores relacionado con la pandemia por el COVID-19, coincidiendo el resultado con el Reporte de Fuentes de Estrés en Europa reportado por Travaglino (2020).

En cuanto a la respuesta de la preocupación por las consecuencias del COVID-19, las 5 opciones mostraron valores considerables, siendo la mayormente referida la preocupación por su familia (85%), seguido por la preocupación de su país (80%), en tercer lugar, la preocupación por amigos; y en cuarto y quinto lugar ambos con prevalencia del 75% la preocupación por sí mismo y por otros países.

Figura 8.

Preocupación por las consecuencias de COVID de los participantes en la Encuesta “COVIDiSTRESS global survey” (2020)



Fuente: Pérez-Gay, et. al., The COVID-Stress International Collaboration (2020).

Las actividades reportadas que más ayudaron a sobrellevar el estrés fueron:

- 1) Realizar hobbies;

- 2) Interactuar a distancia con su familia y amigos;
- 3) Ver televisión; y
- 4) Trabajar.

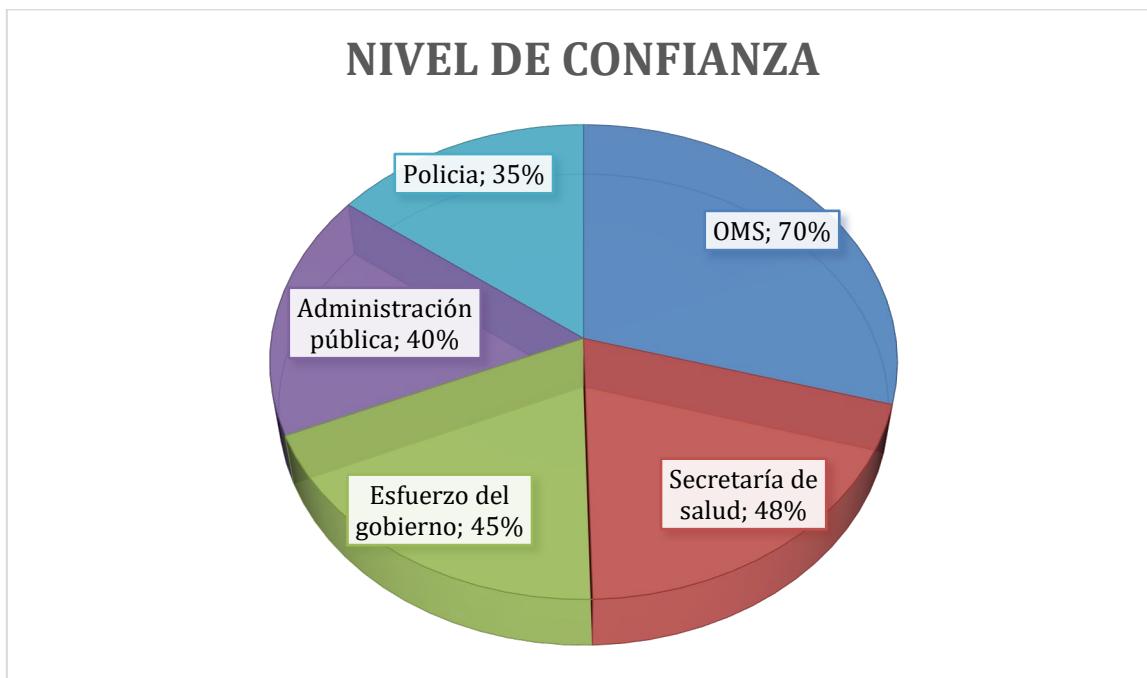
Se realizó un comparativo del nivel de estrés de otros países vs México; y se encontró que el estrés en nuestro país se presentó en un grado medio, en comparación con el resto del mundo.

De los países con una participación con más de 500 encuestas, Turquía y Brasil mostraron un nivel de estrés percibido más elevado, mientras que en Países Bajos se reportó el nivel más bajo.

Seis preguntas fueron diseñadas para valorar la confianza de los participantes en distintas circunstancias, las opciones se basaron en guías de la OCDE, incluyendo a la OMS, el gobierno del país, las instituciones de administración pública y el sistema de salud del país. Una pregunta hacía referencia a qué tanto se confiaba en las medidas establecidas por el gobierno para hacer frente a la pandemia y los niveles más altos de confianza fueron a la OMS, se reportó una confianza media a baja a las instituciones mexicanas, siendo la Secretaría de Salud el organismo nacional en que más se confió, confianza con nivel medio ante el esfuerzo del gobierno para controlar la pandemia y la policía como el organismo en el que menos se tuvo confianza.

Figura 9.

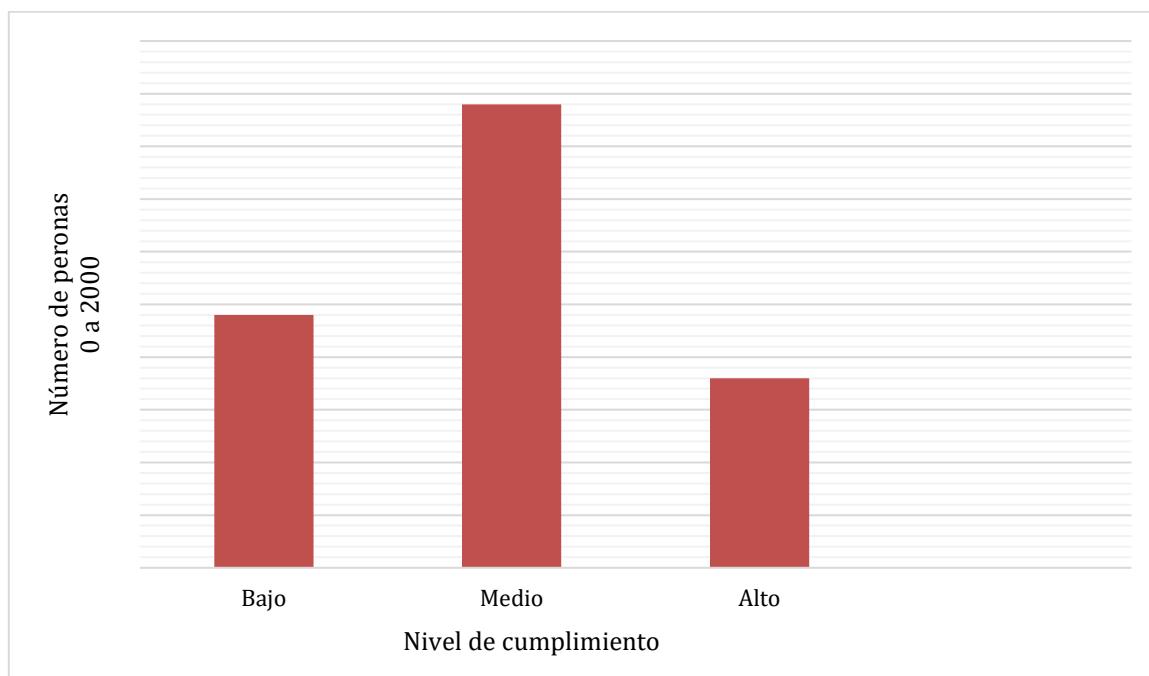
Confianza en las instituciones en la Encuesta “COVIDiSTRESS global survey” (2020) en comparación con otros países



Fuente: Pérez-Gay, et. al., The COVID-Stress International Collaboration (2020).

Figura 10.

Confianza en las instituciones en la Encuesta “COVIDiSTRESS global survey” (2020) en comparación con otros países



Fuente: Pérez-Gay, et. al., The COVID-Stress International Collaboration (2020).

Desde la Facultad de Psicología de la República de Uruguay (2019) se refirió que entre los signos y síntomas, fue muy recurrente encontrar que el personal de salud experimentó en relación a mayor carga (horas) de trabajo: ansiedad, culpa, pena, miedo, frustración y agotamiento, también relación con un desbordamiento en la demanda asistencial, el riesgo de contagio y de transmitir la infección a otras personas. Las carencias a las que a diario tuvieron que enfrentarse, la falta de un equipo suficiente para desempeñar su trabajo, el vivenciar las emociones de

familiares, amistades, familiares de pacientes ante la enfermedad grave o la propia muerte, enfrentarse a dilemas éticos y morales, al tener que tomar decisiones de toda índole. Se ven obligados a enfrentar esta ardua situación que con frecuencia afecta su estabilidad emocional.

Ozamiz, Dosil, Picaza, Idoiaga (2020), describen un estudio donde participaron 976 personas de la Comunidad Autónoma Vasca, España; las muestras fueron reclutadas desde el 11 al 15 de marzo del 2020 en las tres provincias de la Comunidad Autónoma Vasca. Concretamente, entre los y las participantes de la muestra un 81.1% ($n = 792$) eran mujeres y un 18.9% ($n = 184$) hombres, con resultado de presentar una ansiedad moderada a grave en la población general.

Por su parte la Confederación de Salud Mental de España (2021), estableció que el 15.8% de la población presentó algún ataque de pánico o de ansiedad, y que un 22% fue población femenina, influyendo de manera negativa en la vida cotidiana de un 66.7% de las personas entrevistadas, lo que representó un 10.5% de la población general y la población femenina en un 14.8%.

Huremovic (2019) encontró que quienes estuvieron en aislamiento social, con una movilidad restringida y mínimo contacto social presentaron mayor vulnerabilidad de presentar complicaciones psiquiátricas, con intensidades variables, desde solamente síntomas aislados hasta trastornos mentales más complejos como ansiedad, depresión, insomnio y hasta trastorno por estrés postraumático (TEPT). Durante una pandemia es importante considerar que la perdida de funcionalidad

puede acompañar a la enfermedad infecciosa, llegando a ocasionar un duelo, acompañado de sentimiento de desmoralización y desesperanza (Huremovic, 2019).

La población que se ve inmerso en el estés que ocasiona el brote de una pandemia puede ocasionar angustia y deterioro significativo en el funcionamiento laboral y social, implicando diversos trastornos adaptativos, y en casos de que un ánimo triste persista se puede desarrollar un trastorno o episodio depresivo mayor (Huremovic, 2019).

El vivenciar de cerca eventos que amenazan y ponen en un peligro inminente la vida y la supervivencia como lo es la enfermedad, propicia la aparición de un trastorno por estrés postraumático (TEPT). La exposición a la pandemia por COVID-19 fue un factor de riesgo comórbido para aquellos pacientes diagnósticos con enfermedades mentales graves, además de que durante la pandemia se presentó ansiedad en niveles elevados y de casos de trastorno por estrés postraumático, con riesgo del incremento de alucinaciones y delirios, el comunicarse a distancia se identificó como riesgo que pudo incrementar la paranoia en algunos pacientes, y las personas con déficit cognitivo pudieron tener una falta de entendimiento para visualizar la gravedad de la situación (Geller, Abi, 2020).

Liu et al. (2020) informaron que en la población china, la severidad subjetiva de la sintomatología postraumática referida sobre la pandemia influyó en más problemas de salud mental, lo que coincide con otros estudios que también mostraron que ante

una percepción de severidad de un evento estresante tendría una relación con consecuencias negativas sobre la salud mental (Brewin et al., 2000; García et al., 2018; García y Miranda, 2019); siendo probable que tras una percepción inicial de una gravedad subjetiva se activen mecanismos psicológicos que conlleven a una consecuencia negativa reflejada en la salud mental; por ejemplo, se cuenta con antecedente que una severidad subjetiva activa pensamiento de rumiación de manera intrusiva (Alzugaray et al., 2015; Cann et al., 2010).

Según Brooks y colaboradores (2020), para los trabajadores del área de la salud estar en cuarentena se asoció de manera significativa con conductas evitativas, como disminuir el contacto directo con los mismos pacientes y el no presentarse a laborar.

Reger, et al., (2019) señalaron que, surgió controversia sobre las preocupaciones del personal de la salud sobre diversos temas, como si la infección por el COVID-19, colegas enfermos, el exponer a sus familias al contagio, la deficiencia de equipos de protección personal y el tener que laborar en instalaciones bajo condiciones de estrés laboral, se sugirió que ante estas circunstancias, era necesario proporcionar a este personal servicios de prevención y apoyo, y se consideró el riesgo de suicidio entre el personal del área de la salud aumentara.

El Centro de Enfermedades para el Control y Prevención de Ansiedad y Depresión en Estados Unidos (2020) reportó, que la prevalencia se mantuvo elevada a pesar de que disminuyeron las medidas de aislamiento, lo cual sugiere que los estresores que influyen en el trastorno de ansiedad generalizada son resultado de la

combinación de factores sociales, económicos y sanitarios (Brooks et al, 2020) y se estimó que la prevalencia podría continuar siendo alta en tanto las crisis y sus efectos persistieran. Entre las consecuencias del trastorno de ansiedad generalizada, se encuentra una menor calidad de vida, un bajo rendimiento laboral, una mayor morbilidad e incluso una mortalidad más prematura (Newman et al., 2013), por tanto, se trata de un problema de salud pública, ante las cuales es necesaria la toma de decisiones a corto plazo.

También se evidenció que el trastorno de ansiedad generalizada afecta desproporcionadamente a algunos grupos, por ejemplo, a quienes habitan en hogares con menores de edad y de manera significativa el sexo femenino reportó mayores niveles de ansiedad, considerando la posibilidad de que sea secundario a una mayor carga en las labores domésticas a diferencia del sexo masculino, sobre todo durante el cierre de las escuelas (Pérez et al, 2020).

Esquivel (2020), mencionó que, a nivel laboral, la ansiedad la presentaron en una mayor proporción las personas desempleadas y de un nivel socioeconómico bajo, quienes se vieron mayormente afectados por el incremento en la pobreza secundaria a la crisis sanitaria y económica.

El trastorno de ansiedad generalizada, en cuanto a su distribución, mostró que la enfermedad mental también está sujeta a factores y determinantes sociales de la salud (Goldmann, Galea, 2014) y el trastorno de ansiedad generalizada puede catalogarse como un indicador de como la pandemia por COVID-19 evidenció las desigualdades, por lo cual, es necesario implementar políticas de atención a la salud

mental que tengan un impacto positivo en las consecuencias que la pandemia puede generar a mediano y largo plazo.

El Dr. Nicolini (2020) refirió sobre las personas que presentaron padecimientos mentales, como el grupo que posiblemente se vio más afectado por la pandemia de COVID-19, aquellos pacientes que presentan diagnóstico de un Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), como parte de la propia patología, como un múltiple intento de “evitar el peligro” con comportamientos compulsivos, sobre todo con el incremento de la ansiedad generado por el virus que empeora el miedo obsesivo ya existente del riesgo de contaminación, potenciando más la dañina conducta compulsiva.

2.5 Abordaje clínico de la ansiedad

2.5.1 Diagnóstico de ansiedad en pacientes con COVID-19

Los pacientes con diagnóstico de infección por COVID-19 o sospecha de presentar la infección, pudieron experimentar reacciones emocionales intensas, ansiedad, miedo, soledad, aburrimiento, insomnio o ira y estas condiciones pudieron evolucionar a trastornos como depresión, ataques de pánico, trastorno por estrés postraumático, sintomatología psicótica e incluso suicidio, (Xiang et al., 2020) sobretodo en aquellos pacientes en confinamiento, como condición que indudablemente el estrés psicológico es mayor (Brooks, et al, 2020).

Brooks et al., (2020) hicieron una revisión del impacto psicológico del confinamiento utilizando 3 bases electrónicas de datos; encontrando 3,166 documentos, fueron

incluidos solo 24 de ellos y en la mayoría de los estudios revisados se encontró la presencia de síntomas psicológicos negativos, sintomatología de estrés postraumático, confusión y enojo. Entre los factores estresantes se encontró que la cuarentena había sido más prolongada, miedo al contagio y desarrollo de la infección, suministros insuficientes, aburrimiento, información deficiente, pérdidas económicas y el estigma entorno a la enfermedad mental; de igual manera, algunos investigadores sugirieron la persistencia de efectos negativos persistentes, considerándolo como un hecho preocupante.

2.5.2 Clinimetría

Para el diagnóstico de ansiedad se han utilizado instrumentos que permiten su valoración y cuantificación de la ansiedad, el inventario de Ansiedad de Beck, diseñado por en los años 80 por Aaron T. Beck (UNAM, 2018), es un instrumento sencillo y conciso, diseñado para la ansiedad en adolescentes y adultos, auto aplicado, consta de 21 preguntas o ítems todos ellos de selección múltiple, la finalidad es valorar la gravedad de sintomatología ansiosa de tipo fisiológico, emocional y cognitiva del trastorno de ansiedad; permite diferenciar la ansiedad de la depresión (Beck, 2020). También es aplicable a población con discapacidad intelectual y se puede responder entre 5 a 10 minutos, solo se requiere el formulario impreso y contar con un lápiz (Padrós, et al., 2020).

Los 21 ítems tienen cuatro opciones posibles de respuesta qué son: nada en absoluto, levemente, moderadamente o severamente; cada una de estas

respuestas tiene valores asignados que van desde 0 a 3; se suma el valor de cada uno obteniéndose una puntuación que va desde 0 a 63 puntos (Beck A, 2021).

-Puntuación entre 0 y 7: Nivel Mínimo de Ansiedad.

-Puntuación entre 8 y 15: Nivel Leve de Ansiedad.

-Puntuación entre 16 y 25: Nivel Moderado de Ansiedad.

-Puntuación entre 26 y 63: Nivel Grave de Ansiedad.

Este inventario de ansiedad se puede aplicar para evaluar y determinar la ansiedad inicial y ayuda a realizar un diagnóstico clínico correcto; además, se puede aplicar en valoraciones subsecuentes para determinar la eficacia de un tratamiento farmacológico conforme trascurre el tiempo y también para medir la ansiedad posterior a un tratamiento (UNAM, 2018).

A raíz de la pandemia por COVID-19, se generó la creación de una escala psicométrica para la evaluación de la ansiedad; diseñada por Lee (2020), consta de 5 ítems, el objetivo principal de evaluar las propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS), su validación se realizó con una muestra de 775 adultos (329 mujeres y 446 hombres), de un promedio de 32.72 años.

En el estudio se encontró que puntajes altos en el CAS se asocian con el diagnóstico de infección por coronavirus, tener deterioro emocional, uso de drogas/alcohol, desesperanza extrema, falta de creencia religiosa e ideación suicida; también, la

escala CAS discrimina entre personas que presentan ansiedad disfuncional y las que no la presentan, estableciendo una puntuación de corte igual o mayor a 9 (90% de sensibilidad y 85% de especificidad). Estos resultados la respaldan como un instrumento eficaz y válido, tanto para la investigación como para la práctica clínica en la población de Estados Unidos (Nicolini, 2020).

Por su parte, la Escala de Ansiedad de Hamilton es una de las escalas más aplicadas para la evaluación de ansiedad, diseñada para población general, es una herramienta auto administrada, compuesta de 14 ítems, se puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, cada pregunta tiene cinco opciones de respuesta: Ninguno:0; Leve:1; Moderada:2; Grave:3; Muy incapacitante:4; cuantifica tanto la frecuencia como la intensidad, puede brindar dos puntuaciones, una de ellas corresponde a ansiedad emocional o psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y la otra a ansiedad somática o física (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).

-Puntuación entre 0 a 17: ansiedad leve.

-Puntuación entre 18 a 24: ansiedad moderada.

-Puntuación entre 24 a 30: ansiedad severa.

2.7 Manejo

Ante la aparición de una epidemia como la del coronavirus, los gobiernos y las distintas autoridades sanitarias debieron tomar medidas para minimizar la propagación de la enfermedad como parte del tratamiento, debiendo limitar las

consecuencias de todas las posibles complicaciones de la salud mental y física que pudieran derivarse de la pandemia.

El manejo de la ansiedad en cada paciente, generalmente el tratamiento es establecido por médico psiquiatra, además de un equipo multidisciplinario e individualizado; cuando el paciente presenta síntomas de ansiedad incapacitantes es necesario el manejo farmacológico, el cual consiste en antidepresivos y benzodiacepinas a los cuales se debe llevar a la par de manejo terapéutico.

CAPITULO III: MÉTODO

El presente capítulo comprende la parte operacional del trabajo de investigación; se desarrolla el método y procedimiento aplicado. Para el Diseño y selección de metodología se ha considerado que en las ciencias sociales no basta con realizar mediciones (Arias, 2016); sino que es necesaria la aplicación de procedimientos que muestren las tendencias, regularidades, y las relaciones en el proceso o fenómeno objeto de estudio, como lo son los procedimientos estadísticos, considerándose como el más importante en este trabajo el método científico e inferencial (Guevara, et. al., 2020).

3.1. Línea de Investigación

En apego a las opciones de líneas de investigación establecidas institucionalmente, la presente investigación se categoriza en la línea de “Salud Mental y Desarrollo Psicosocial”, con sub línea en características clínicas en la atención psicosocial, debido a que con la presente investigación se obtendrán datos que permitan aportar a personal de salud (medicina general) y áreas afines a la salud mental (psicología, psiquiatría, enfermería) la importancia de considerar en primera instancia la sintomatología de ansiedad para una atención oportuna; ya que la ansiedad es el padecimiento mental con mayor prevalencia y mayormente diagnosticado por médicos generales, el diagnóstico no es sencillo, ya que los síntomas son variables y pueden simular múltiples enfermedades médicas, frecuentemente ello conlleva a la solicitud de múltiples estudios médicos situación que representa un elevado costo.

3.2. Metodología Utilizada

La investigación se comprende de un proceso metódico y sistemático dirigido a la solución de problemas mediante la producción de nuevos conocimientos. La presente investigación es de tipo transversal descriptivo; consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno individuo o grupo, la finalidad es establecer su comportamiento o estructura. La investigación no experimental es también conocida como investigación Ex Post Facto, término que proviene del latín y significa después de ocurridos los hechos. Hernández (2020), Fernández y Baptista ya desde 1991 la investigación Ex Post Facto los cambios en la variable independiente ya ocurrieron y el investigador tiene que limitarse a la observación de situaciones ya existentes dada la incapacidad de influir sobre las variables y sus efectos (Guevara, et. al., 2020).

3.3. Diseño metodológico

El presente estudio de investigación, de acuerdo con el propósito es de tipo básica (o pura), por los medios usados para obtener los datos es de campo, atendiendo al nivel de conocimientos es descriptiva, la información se recolectó de lo ya establecida en un historial clínico contenido en un expediente médico, para la presente investigación se propuso un estudio descriptivo transversal y retrospectivo y no probabilístico.

Se definió como una investigación de tipo cuantitativa ya que como parte del proceso se implica la observación, entrevista cara a cara, aplicación de los

cuestionarios de la Escala de Hamilton y el Inventory de Ansiedad de Beck (auto y hetero aplicado); además de que se cumplen elementos que caracterizan a este tipo de investigación como lo es una postura objetiva, permite la generalización, la información es de un número relativamente grande de participantes, la información al ser numérica es fácilmente entendible, los datos que se obtienen son sólidos y existe una relación entre los elementos que se investigan.

El método es descriptivo, con un muestreo intencional o de conveniencia, ya que la selección es por métodos no aleatorios de una muestra cuyas características fueron similares a las de la población objetivo (Flores, 2022). El diseño de estudios transversales se define como el diseño de una investigación observacional, individual, que mide una o más características o enfermedades (variables), en un momento dado (Sánchez, 2021).

Se realizó a partir de la revisión de expedientes clínicos, tanto de la información contenida en la historia clínica/nota de valoración inicial (entrevista cara a cara) circunstancia en la cual el investigador estableció contacto directo con los participantes y se estableció una relación favorable médico-paciente, a su vez la entrevista fue asistida por computadora para aplicar los cuestionarios lo cual apoyó para simplificar y cuantificar el proceso de aplicación de los instrumentos; como de instrumentos aplicados durante la primera consulta; las técnicas de recolección más comunes son las entrevistas y pruebas secundarias de datos/fuentes de datos de archivo (Flores, 2022).

3.4. Población

El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia que es una técnica comúnmente usada que consiste en seleccionar una muestra de la población por el hecho de que sea accesible. Es decir, los individuos empleados en la investigación se seleccionan porque están fácilmente disponibles, no porque hayan sido seleccionados mediante un criterio estadístico. Esta conveniencia, que se suele traducir en una gran facilidad operativa y en bajos costes de muestreo, tiene como consecuencia la imposibilidad de hacer afirmaciones generales con rigor estadístico sobre la población. Incluyendo a los pacientes valorados por cada mes entre los meses de marzo a abril del 2021; sin importar el sexo, sin importar el criterio diagnóstico psiquiátrico que hayan acudido a solicitar atención (por su propia voluntad) a consulta particular de psiquiatría.

Los datos se recolectaron en el mes de enero a junio del 2022. En el presente estudio la muestra consistió en incluir todos los expedientes que cumplieran los criterios de inclusión, siempre y cuando los pacientes fueron valorados por 1ra vez en el tiempo establecido (01 de abril del 2020 al 31 de marzo del 2021); características sociodemográficas como escolaridad, sexo, ocupación no se tomó como criterio de exclusión, debido a que todos los pacientes atendidos se encontraron en un rango de 18 a 60 años.

3.5. Procedimiento de selección de la muestra

Se tomó como referente un consultorio de atención psiquiátrica en la ciudad de Guadalajara, Jalisco, ubicado en Calle Tarascos 3469, el investigador es médico psiquiatra que labora ahí desde hace 3 años. El proceso de selección de la muestra se basó en considerar de manera mensual a todos aquellos pacientes que acudieran solicitando atención, sin importar el diagnóstico, para una posterior revisión de los expedientes clínicos; se contó con total acceso a la información, misma que ha sido exclusivamente registrada por el investigador principal de manera electrónica se ha decidido que la muestra sea universal (total) a todos aquellos pacientes que hayan solicitado atención (de primera vez) durante el periodo establecido para la presente investigación (01 de abril del 2020 al 31 de marzo del 2021).

3.5.1. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

-Inclusión:

- Pacientes que solicitaron valoración de consulta psiquiatría por primera vez.
- Pacientes que tengan como mínimo 18 años (cumplidos al momento de acudir a valoración por primera vez) y no mayores de 60 años.
- Expedientes que cuenten con los datos sociodemográficos establecidos como necesarios en el presente protocolo de estudio.
- Expedientes que cuenten con Escala de Ansiedad de Hamilton e Inventory de Ansiedad de Beck.

-Exclusión:

- Pacientes que solicitaron atención por segunda o más ocasiones.
- Expedientes que no cuenten con la clinimetría necesaria (se registró la cantidad).
- Expedientes que no cuenten con todos los datos sociodemográficos establecidos para la integración del historial clínico (historia clínica).

Pacientes que se atendieron en la consulta fueron todos mayores de edad; por la naturaleza y diseño del estudio no se consideró establecer criterios de eliminación, ya que desde un inicio quedarían excluidos al no cumplir los criterios de inclusión previamente referidos.

3.6. Participantes.

Los pacientes fueron todos mayores de edad; sin importar lugar de origen, género, edad, ocupación, ni estado civil; por la naturaleza y diseño del estudio se les solicitó consentimiento informado.

3.7. Técnicas e Instrumentos empleados

Se revisaron los expedientes clínicos que incluyeron solicitud de atención por primera vez a psiquiatría en el período que se especifica para la elaboración de estudio, se obtuvieron los datos de tipo sociodemográfico, asistencial y clínicos; además de una revisión y colecta de datos de la clinimetría aplicada como herramienta para el presente estudio (Inventario de Ansiedad de Beck y Escala de

Hamilton), que permitieron complementar la cedula de datos para su concentración en la cedula de datos y posterior tratamiento estadístico.

En el presente trabajo se describe la definición conceptual y operacional, así como los instrumentos validados y utilizados para cuantificar la ansiedad (ver apéndices A y B).

3.8. Procedimiento de Recolección de Datos

Posterior a definir la población de estudio (población total o universo completo), se establecieron los criterios que deben cumplir los participantes, en este caso, los criterios de inclusión, exclusión y eliminación de los expedientes para ser incluidos como población del estudio. Dichos criterios de elegibilidad o criterios de selección son los que van a delimitar a la población elegible:

3.9. Desarrollo de Etapas de la Investigación

3.9.1. Etapa 1

Selección del objeto de estudio. La noción de objeto de estudio se emplea en el ámbito de la ciencia para referirse a un tema de investigación. El objeto de estudio puntuiza qué se analizará y cómo se llevará a cabo, para poder determinar el objeto de estudio de una investigación hay que tener en cuenta los siguientes elementos, que deben acotarse de forma clara:

- El espacio geográfico donde se realizó este estudio en un consultorio particular de atención medico psiquiátrica ubicado en la ciudad de Guadalajara, Jalisco.
- El periodo temporal que se va a abarcar en la investigación será del 01 de abril del 2020 al 31 de marzo del 2021.
- El elemento que se va a investigar es sintomatología y diagnósticos elaborados en la 1ra valoración con apoyo de la aplicación de instrumentos estandarizados para la medición de ansiedad.

Previo a la valoración de los pacientes para el llenado de historia clínica se solicita que el paciente otorgue su consentimiento, en ese momento se explica en qué consistirá la evaluación y que la información proporcionada es totalmente confidencial. En la recopilación de datos se revisaron los expedientes clínicos que incluyeron formalmente la solicitud de atención de valoración psiquiátrica a la investigadora en el período que se especificó para la elaboración de estudio.

Se hizo la revisión de expedientes contenidos en el archivo clínico del consultorio entre los meses de enero a junio del año 2022; los datos fueron recabados únicamente por el presente investigador y no fue necesaria la autorización por terceros, ya que el investigador (único) fue el médico tratante que realizó la entrevista directa y aplicó la clinimetría; terceras personas no cuentan con acceso a los expedientes clínicos (electrónicos) ni a los datos necesarios para la presente investigación.

3.9.2. Etapa 2

Trabajo de campo. Como antecedente, la definición de trabajo de campo, se introdujo en el año 1920 por sociólogos de la Universidad de Chicago, con la finalidad de estudiar las condiciones reales en la que vivía la población, para poderlo realizar se requirió que los investigadores acudieran a lo entorno de la investigación que permitiera una observación directa del comportamiento cotidiano de las personas. Al pasar del tiempo, el trabajo de campo persistió como uno de los métodos más aplicables en la investigación sociológica (Cvetkovic et. al., 2021) al permitir el acceso directo en la vida social y acceder directamente a la vida social y el análisis de los resultados con más confiabilidad, ya que permite la comparación con la vida real de la muestra. La información recabada es más amplia y completa a diferencia de los datos obtenidos mediante una encuesta por cuestionario. Este tipo se representa por métodos de investigación que incluyen la observación directa, una participación limitada, el análisis de información, y documentos como encuestas, entrevistas informales y otros. Aunque este tipo de investigación se caracteriza de manera general como investigación cualitativa, frecuentemente se involucra con la investigación cuantitativa.

Debido a que se cuenta con único investigador, mismo que es el único responsable de la recolección, almacenamiento, uso y protección de los datos personales contenidos en los expedientes clínicos utilizados para el presente protocolo de estudio, no fue necesaria la autorización por ninguna persona para su revisión.

La investigadora no recibió remuneración económica para la gestión de los recursos humanos, físicos y financieros necesarios para el presente estudio. Los recursos materiales utilizados fueron limitados: computadora, impresora, dispositivos de almacenamiento externo (USB), y fueron financiados por el investigador.

Etapa 3

Análisis de la información. El análisis de información forma parte del proceso de adquisición y apropiación de los conocimientos latentes acumulados en distintas fuentes de información. El análisis busca identificar la información "útil", es decir, aquella que interesa al usuario, a partir de una gran cantidad de datos; va desde la recopilación y lectura de textos, hasta su comprensión para poder ser interpretada la información. El análisis, se considera una actividad intelectual que perfecciona la capacidad profesional del analista; a través de un correcto empleo de procedimientos y métodos de investigación, ya sean cualitativos o cuantitativos, mismos que permiten separar lo principal de lo secundario y lo trascendental de lo efímero. Dentro de la investigación cuantitativa se pueden observar:

Los diseños experimentales, constan de la aplicación de experimentos puros, y reúnen 3 requisitos básicos: la manipulación de una o múltiples variables independientes; la medición del efecto de la o las variables independientes sobre la o las variables dependientes, y finalmente se realice la validación interna del experimento.

La encuesta social, que consiste en la aplicación de técnicas con el objeto de reunir, procesar y analizar las características que se presentan en un grupo de estudio,

este tipo de encuesta representa la investigación cuantitativa de mayor uso en las ciencias sociales.

Los estudios cuantitativos con datos secundarios, que se distingue de los diseños experimentales y de la encuesta social, por abordar el análisis de la información a partir de datos ya existentes.

Los métodos cuantitativos en términos de validez externa son completos, ya que, al constar de una muestra representativa, el resultado se considera preciso y seguro.

En un estudio transversal, para calcular la prevalencia, se miden parámetros múltiples de manera simultánea a través de preguntas, observaciones y respuestas.

Prevalencia = Número de casos en un momento dado / no de personas en un momento dado.

Las variables continuas caen a lo largo de un rango dado. Para calcular la prevalencia, los valores deben estar por debajo o por encima de un nivel predeterminado o, de lo contrario, no se pueden calcular los niveles medios.

Del análisis de cada uno de los expedientes, la información con que se integró la cedula de datos sociodemográficos (género, edad y estado civil) fue obtenida de la "historia clínica"; se obtuvo la escolaridad, ocupación. El diagnóstico se obtuvo de la nota de la primera consulta efectuada en el consultorio particular, de igual manera se integró cedula de resultados del Inventario de ansiedad de Beck y escala de Ansiedad de Hamilton, y se identificó en la nota de la primera valoración si el confinamiento por la pandemia por covid-19 se refirió como detonante en la

ansiedad que motivó a solicitar la atención. Los resultados del estudio se presentan mediante método tabular.

Respecto a los instrumentos utilizados para la valoración y cuantificación de la ansiedad, el inventario de Ansiedad de Beck, fue diseñado en los años 80 por Aarón T. Beck, es un instrumento conciso, auto aplicado, consta de 21 preguntas, cada una de ellas es ítem de selección múltiple, mide la gravedad de sintomatología ansiosa de tipo emocional/cognitivo y fisiológico del trastorno de ansiedad.

Su aplicación puede ser, incluso en personas que presentan discapacidad intelectual, se puede realizar entre 5 a 10 minutos y no es necesario el uso de aparatos electrónicos para su aplicación ya que con la impresión de la escala es suficiente (Padrós et al., 2020). En cada uno de los 21 ítems se tienen cuatro opciones como posibles respuestas: nada en absoluto, leve, moderada o severamente; cada una de estas respuestas representa un valor que va desde 0 a 3; al final se realiza la suma de cada uno de los ítems seleccionados y se obtiene una puntuación de entre 0 a 63 puntos como máximo (Beck A, 2021).

-Puntuación de 0 a 7: nivel mínimo de ansiedad.

-Puntuación de 8 a 15: nivel leve de ansiedad.

-Puntuación de 16 a 25: nivel moderado de ansiedad.

-Puntuación de 26 a 63: nivel grave de ansiedad.

Este inventario de ansiedad de Beck, también puede aplicarse para realizar un diagnóstico adecuado, evaluar las oscilaciones de la ansiedad durante el tratamiento, a la par de la eficacia del manejo (UNAM, 2018).

Por su parte, la Escala de Ansiedad de Hamilton es una de las escalas más frecuentemente utilizadas para evaluar ansiedad, diseñada para la población general, es una escala auto aplicada, consta de 14 ítems, se puntuá de 0 a 4 puntos cada ítem, cada pregunta tiene cinco opciones de respuesta: Ninguno:0; Leve:1; Moderada:2; Grave:3; Muy incapacitante:4; mide la intensidad y la frecuencia, se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad física o somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).

-Puntuación entre 0 a 17: ansiedad leve.

-Puntuación entre 18 a 24: ansiedad moderada.

-Puntuación entre 24 a 30: ansiedad severa.

Etapa 4

Presentación de resultados. Una vez finalizada la investigación es necesario comunicar los resultados. Estos deben ser claros. Para que la información recolectada en el informe sea benéfica tiene que ser comprensible y debe dirigirse a la(s) persona(s) que tienen que aplicarla. La calidad de la información obtenida y presentada en el informe es muy importante; sin embargo, es necesario también saber cómo presentar esa información tanto en la forma escrita como oral.

Debido a que el presente estudio es de tipo cuantitativo los resultados se presentaron mediante tablas, gráficas y discusiones narrativas.

Etapa 5

Los datos, una vez seleccionados y recolectados, deben ser codificados, proceso este que consiste en traspasar la información a formularios especialmente diseñados, que luego son copiados o perforados en tarjetas de procesamiento electrónico para luego ser almacenados en computadora. Las conclusiones se obtuvieron a través del proceso de análisis de resultados, para ello se tomó en cuenta lo que Cvetkovic et al., (2021) establecieron que aquellos estudios de tipo observacionales transversales, dependiendo del objetivo general pueden ser de tipo analítico o descriptivos; siendo este diseño económico, rápido y además permite el cálculo directo de la prevalencia en el estudio, la relación de temporalidad entre la exposición y el efecto son medidas de forma simultánea en un único período, siendo prácticamente imposible identificar una direccionalidad respecto a la temporalidad.

El objetivo perseguido por este tipo de estudio es analítico como un objetivo general, la medida de asociación es la Razón de Prevalencias (RP), especialmente cuando la prevalencia del efecto es mayor o igual a 10% o el Odds Ratio (OR) cuando la prevalencia es baja. Cuando se utiliza el OR como medida de asociación, la regresión logística múltiple es el modelo más comúnmente empleado.

Para el análisis estadístico se elaboró una descripción de toda la información recabada, considerando frecuencias y porcentajes del total de la muestra, con dichos resultados se elaboró la conclusión y discusión de la información.

Además del análisis estadístico para la elaboración de las conclusiones es importante tomar en cuenta las ventajas y desventajas; los estudios transversales al igual que cualquier otro tipo de estudio cuentan con limitaciones (mismas que se deben mencionar en el apartado correspondiente dentro del trabajo de tesis); cabe mencionar que entre las ventajas se encuentra que este tipo de estudio permite obtener resultado de varias variables, se obtienen resultados rápidamente debido a que no se hace un seguimiento, cuenta con un costo menor en comparación a los estudios experimentales, permite un buen control en la selección de la muestra y los datos permiten realizar un análisis descriptivo; sin embargo entre las desventajas se encuentra que no se puede determinar la causa, no permite predecir si hay causalidad entre las variables, no se puede medir objetivamente el riesgo, no permite realizar un pronóstico; por estos motivos los campos donde se pueden encontrar más este tipo de estudios en las ciencias de la salud y en las ciencias sociales.

El presente estudio fue meramente descriptivo, aunque la ocurrencia de exposición y evento se mide simultáneamente ante la búsqueda de relación si la sintomatología ansiosa presento correlación con la exposición y aislamiento ante la pandemia por covid-19, cuidando de no emitir una conclusión errónea ante la posibilidad de que había transcurrido tiempo posiblemente insuficiente para plantear una relación causal.

3.9. Aspectos bioéticos

La presente investigación no implica riesgo alguno para la salud e integridad de los pacientes debido a que el estudio es de tipo documental descriptivo (revisión de expedientes clínicos) considerado este tipo de investigación como "Investigación sin riesgo" y no se transgrede ningún precepto estipulado en el "Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud" en el capítulo I (vigente), y en apego a su artículo 16 que establece que en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice (2014).

En el presente estudio se ha manejado pertinente mente los datos personales del paciente, siendo solo el investigador principal quien tiene acceso a esa información, misma que está resguardada en plataforma digital.

El artículo No. 17 establece que la probabilidad de que un sujeto implicado en la investigación presente alguna consecuencia o daño al participar en la misma, ya sea de manera inmediata o posterior al estudio se considera como un riesgo de la investigación. Como parte del Reglamento, se cuenta con una clasificación categórica:

- I. Investigación sin riesgo: considerado como aquellos estudios que constan de investigación retrospectiva documental como revisión de expedientes, revistas, cuestionarios, entre otros y que no se ejerce ninguna intervención premeditada en las variables, psicológicas, sociales ni fisiológicas de los participantes que se integran en el estudio (CONAMED, 2018).

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Análisis de Resultados

Se realizó la descripción de toda la información recabada, considerando frecuencias y porcentajes del total de la muestra, con dichos resultados se elaboró la discusión y conclusiones. Para el análisis de los resultados, se procesaron los datos obtenidos para su análisis cuantitativo a través del software SPSS. Se incluyeron resultados de tipo descriptivo como parte de los datos sociodemográficos de la muestra.

Se recurrió a los expedientes electrónicos seleccionados y registrados de manera mensual de los pacientes valorados en consulta de los meses de abril del 2020 a marzo del 2021. La revisión de expedientes se corroboró con la agenda de citas, revisando y recabando información de un total de 1,266 expedientes, de los cuales todos los pacientes solicitaron atención de primera vez, todos se encontraron disponibles en el archivo clínico (formato electrónico) para su revisión; de estos se excluyeron 5 expedientes debido a que no cumplieron con los datos sociodemográficos requeridos, los 5 se encontraron incompletos. En el presente estudio se encontró que 1,191 pacientes presentaron sintomatología de ansiedad, referida directamente durante la entrevista y cuantificada mediante el Inventory para ansiedad de Beck y la Escala de ansiedad de Hamilton.

Tabla 5.*Descripción de las características sociodemográficas de la muestra*

Variable	f	%
Genero		
Masculino	501	42
Femenino	690	58
Edad		
(en años)	37.78 ± 13.13	100
	18-59 [†]	
Escolaridad		
(en años)	14.72 ± 3.49	100
	0-20 [†]	
Estado civil		
Soltero	513	43
Casado	584	43
Soltero por divorcio	9	8
Ocupación		
Hogar	215	18
Obrero	36	3
Empleado	274	23
Comerciante	94	8
Ejerce profesión independientemente	167	14
Estudiante	262	22
Desempleado	143	12

Nota: f=frecuencia, %=porcentaje, *=promedio, ±=desviación estándar, †=puntuación

mínima y máxima, n=1,191

Tabla 6.

Descripción de las características clínicas de sintomatología somática de ansiedad de la muestra

Ítem		En	Leve	Moderado	Severo
		absoluto			
1. Entumecimiento	f	173	115	697	206
	%	14.5	9.7	58.5	17.3
2. Acalorado	f	185	151	600	255
	%	15.5	12.7	50.4	21.4
3. Con temblor en piernas	f	204	206	473	308
	%	17.1	17.3	39.7	25.9
4. Incapaz de relajarse	f	286	174	529	202
	%	24.0	14.6	44.4	17.2
5. Con temor a que ocurra lo peor	f	260	254	487	190
	%	21.8	21.3	40.9	16.0
6. Mareado, o que se le va la cabeza	f	206	205	552	228
	%	17.3	17.2	46.3	19.1
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados	f	256	97	657	181
	%	21.5	8.1	55.2	15.2
8. Inestable	f	197	205	614	175
	%	16.5	17.2	51.6	14.7
9. Atemorizado o asustado	f	191	170	425	4058
	%	16.0	14.3	35.7	34.0
10. Nervioso	f	285	160	499	247
	%	23.9	13.4	41.9	20.7
11. Con sensación de bloqueo	f	204	126	487	374
	%	17.1	10.6	40.9	31.4
12. Con temblores en manos	f	243	172	419	357
	%	20.4	14.4	35.2	30.0
13. Inquieto, inseguro	f	161	144	444	442

	%	13.5	12.1	37.3	37.1
14. Con miedo a perder el control	f	254	105	495	337
	%	21.3	8.8	41.6	28.3
15. Con sensación de ahogo	f	226	116	388	461
	%	19.1	9.7	32.6	38.7
16. Con temor a morir	f	198	180	509	304
	%	16.6	15.1	42.7	25.5
17. Con miedo	f	171	138	527	355
	%	14.4	11.6	44.2	29.8
18. Con problemas digestivos	f	161	271	548	205
	%	13.5	22.8	46.0	17.2
19. Con desvanecimientos	f	159	236	451	339
	%	13.4	19.8	37.9	28.5
20. Con rubor facial	f	70	269	432	414
	%	5.9	22.6	36.3	3.8
21. Con sudores, fríos o calientes	f	311	132	608	140
	%	26.1	11.1	51.0	11.8

Nota: f= frecuencia, % = porcentaje, n=1,191.

Tabla 7.

Procesamiento de resultados de la “Escala de Ansiedad de Hamilton”

Ítem		Ninguno	Leve	Moderada	Grave	Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso	f	160	159	594	250	28
	%	13.4	13.4	49.9	21.0	2.4
2. Tensión	f	169	204	470	303	45
	%	14.2	17.1	39.5	25.4	3.8
3. Miedos	f	216	250	488	194	43
	%	18.31	21.0	41.0	16.3	3.6

	<i>f</i>	180	205	549	226	31
4. Insomnio	%	15.1	17.2	46.1	19.0	2.6
	<i>f</i>	163	168	425	402	33
5. Intelectual (cognitivo)	%	13.7	14.1	35.7	33.8	2.8
	<i>f</i>	266	163	494	247	21
6. Humor depresivo	%	22.3	13.7	41.5	20.7	1.8
	<i>f</i>	183	128	481	366	33
7. Somático (muscular)	%	15.4	10.7	40.4	30.7	2.8
	<i>f</i>	210	172	421	354	34
8. Somático (sensorial)	%	17.6	14.4	35.3	29.7	2.9
9. Síntomas	<i>f</i>	207	116	384	460	24
cardiovasculares	%	17.4	9.7	32.2	38.6	2.0
	<i>f</i>	180	180	505	302	24
10. Síntomas respiratorios	%	15.1	15.1	42.4	25.4	2.0
	<i>f</i>	156	138	525	350	22
11. Síntomas	<i>f</i>	13.1	11.6	44.1	29.4	1.8
gastrointestinales	%	11.6	22.3	45.9	17.3	2.9
	<i>f</i>	138	266	547	206	34
12. Síntomas	<i>f</i>	130	231	446	336	48
genitourinarios	%	10.9	19.4	37.4	28.2	4.0
	<i>f</i>	62	262	431	409	27
13. Síntomas autónomos	%	5.2	22.0	36.2	34.3	2.3
14. Comportamiento						
durante la entrevista						

Nota: *f*= frecuencia, % = porcentaje, *n*=1,191.

Tabla 8.*Descripción del diagnóstico de la muestra*

Variable	f	%
Trastorno de ansiedad generalizada	417	34.98
Trastorno mixto ansioso-depresivo	167	14.01
Ataque de pánico	328	27.51
Fobia específica	24	2.01
Esquizofrenia	6	0.50
Trastorno Bipolar	16	1.34
Trastorno / Episodio depresivo	96	8.05
Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de múltiples sustancias	36	3.02
Trastorno mental y del comportamiento debido a lesión o disfunción cerebral	13	1.09
Trastorno Psicóticos Agudos y Transitorios	14	1.17
Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de alcohol	24	2.01
Discapacidad intelectual leve/moderada	36	3.02
Trastorno de personalidad	6	0.50
Trastorno de ideas delirantes persistentes	7	0.58
Epilepsia		

Nota: f= frecuencia, % = porcentaje, n=1,191.

Tabla 9.

Pacientes que acudieron a atención a servicio de urgencia (hospital general) por motivo de sintomatología ansiosa

Variable	f	%
Si	414	34.76
No	777	65.24

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje, n=1,191.

Tabla 10.

Pacientes con sintomatología somática de ansiedad que refirieron como factor detonante la pandemia por COVID-19

Variable	F	%
Si	548	46.01
No	643	53.99

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje, n=1,191.

4.2. Discusión

En 2018, los trastornos mentales afectaron a 15 millones de mexicanos, aproximadamente 25% de las personas entre 18 y 65 años presentaron algún problema de salud mental y 3% de este porcentaje buscó atención médica (Secretaría de Salud, 2018).

Antes de la pandemia por COVID-19, la prevalencia de cualquier trastorno de ansiedad en la población mexicana se estimó en 14.3% (ENEP, 2002) sin contar con cifras de la prevalencia de trastornos de ansiedad generalizada previos a la pandemia que sean recientes para tomarlos como referente. Los resultados de la ENCOVID-19, misma que muestra una prevalencia entre 31% y un 33% nos alerta sobre un indiscutible incremento durante el periodo de pandemia, coincidiendo con los resultados que arroja el presente estudio, siendo mayor en este último ya que tanto la Encuesta Nacional de Epidemiología como el estudio de Ojeda, et al., (2019). En Jalisco, México se cuenta con un único estudio de prevalencia de ansiedad (Ojeda, et. al., 2010) que se integró con una muestra de 1,819 sujetos elegidos aleatoriamente a quienes se les aplicó el Cuestionario en Red para la Detección de Trastornos Mentales Comunes (CRD) en las 12 regiones económicas de Jalisco; el 23.9 % de la población del Estado de Jalisco presentó algún trastorno mental de los evaluados. Los trastornos mentales más frecuentes fueron: la ansiedad (16%), depresión (4.4%) y el alcoholismo (3.2 %) de la población. Se encontró que la prevalencia de los trastornos mentales en Jalisco es similar al resto del país y a otros países. Existen diferencias entre sus diferentes regiones económicas. Los trastornos más prevalentes son ansiedad, depresión y adicciones

(Ojeda et al., 2010), lo que coincide con el Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME. 2021) en el año 2018, atendió 57 mil 373 casos de personas que padecieron alguna enfermedad mental, las principales enfermedades tratadas fueron los trastornos de ansiedad (10.73%) (SALME, 2018), cifra menor a lo identificado en este estudio donde los tres diagnósticos más prevalentes fueron el trastorno de ansiedad generalizada (34.98%), ataques de pánico (27.51%) y trastorno mixto ansioso-depresivo (14.01%); mismos que representan el 76.5% del total de padecimientos identificados en los 1,191 expedientes revisados.

Medina-Mora et. al. (2007) indicaron que los trastornos de ansiedad son los padecimientos mentales más comunes en México; en la población mexicana alrededor de 14-15% de los individuos presentaba algún trastorno de ansiedad" (Medina-Mora et al., 2007); encontrando una frecuencia de 61.5 a 62.5%, mientras que el resultado del presente estudio reportó una frecuencia de 76.5%, de igual manera, en la presente investigación se observó que de los pacientes que acudieron a consulta, el 54% refirió como factor detonante de la ansiedad a la pandemia por COVID-19, se observó que este número de solicitud de atención en la consulta privada de psiquiatría, resultó elevado debido a que la mayoría de los pacientes llegan a consulta en un momento crítico del trastorno, es decir, cuando su funcionalidad cotidiana ya se encontraba afectada por la sintomatología; característica que coincide con las elevadas puntuaciones de la Escala de Hamilton para Ansiedad (HARS) y el Inventory de Ansiedad de Beck (BAI) (UNAM, 2018) y con los principales diagnósticos de registrados y encontrados en esta investigación. En el año 2020 el Centro de Investigación Económica y Presupuestaria A.C.

(México), refirió que “se cuenta con datos De acuerdo con la ONU, las mujeres son más propensas que los hombres a sufrir depresión y ansiedad (2020). En México, de 2013 a 2019, las mujeres que asistieron a buscar atención psiquiátrica fueron en promedio, 19.8% más que los hombres a consultas de primera vez relacionadas a salud mental y 5.3% veces más a consultas “subsecuentes”; en el presente estudio se encontró que la solicitud de atención por primera ocasión en hombres fue de 42% vs un 58% en mujeres, lo que representa un 16% versus un 19.8% reportado entre los años 2013 al 2019, aumentando un 3.8% la búsqueda de atención en el sexo masculino durante el primer año de pandemia por COVID-19 y la edad entre las que se solicitó la atención fue entre los 18 y 59 años, con una media de 37.78 ± 13.13 años, con estado civil igual entre solteros y casados, con minoría de divorciados.

El presente estudio se centra en el análisis de la prevalencia y características clínicas de la sintomatología ansiosa, como principal padecimiento por el cual se solicita atención de urgencia en los servicios públicos en general y de salud mental. Respecto al objetivo general, se encontró que la prevalencia de ansiedad de pacientes que solicitaron atención de primera vez en la consulta psiquiátrica en el medio privado durante el primer año de pandemia (marzo 2020-abril 2021) fue de 94.44% (1,191 pacientes de un total de 1261 valorados); mientras que la incidencia fue del 34.76% (414 pacientes de 1,191) el 94.52% de los pacientes que solicitaron atención de primera vez, presentó sintomatología ansiosa de componente somático, el 54% de los pacientes refirió de manera directa durante la entrevista clínica relación entre el inicio y/o exacerbación de la sintomatología ansiosa relacionada con la pandemia por COVID-19; el 34.76% de los pacientes, antes de solicitar

atención en psiquiatría solicitaron atención en un servicio de urgencias (en hospital general) especialmente consulta al servicio de cardiología por motivo de sintomatología de ansiedad, siendo descartada patología cardiaca, previo a realizarse el diagnóstico correcto (ansiedad). Estos resultados son similares a lo observado durante la pandemia como en Bangladesh, donde de la misma manera se cuantificaron síntomas del trastorno de ansiedad generalizada. (Hamadani et al., 2020).

Otro estudio mexicano tomado como referente es de Galindo (2020) donde se analizó una encuesta en línea distribuida durante tres semanas mediante muestreo no probabilístico, empleando el Cuestionario sobre la Salud del Paciente PHQ-9, la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada GAD-7 y la Escala análoga visual de conductas de autocuidado. Se realizaron análisis descriptivos y de comparación entre los grupos con ansiedad y depresión. Se observó mayor número de individuos con síntomas de ansiedad y depresión moderadas a graves que en otras pandemias, y como consecuencia los efectos psicológicos de la pandemia de COVID-19 se consideraron un problema de salud mental pública emergente.

Los instrumentos para la cuantificación de la sintomatología ansiosa fueron seleccionados posterior a su revisión y al ser escalas psicométricas validadas y estandarizadas en diversos países (Inventario de Ansiedad de Beck y la Escala de Hamilton para Ansiedad); aplicables también a la población de estudio; para su interpretación es importante considerar que el Inventario de Ansiedad de Beck se

limita a aplicar sus ítems a la última semana y los ítems con mayor puntuación fueron rubor facial, inquietud, sensación de ahogo, miedo y sentirse atemorizado/asustado; la Escala de Hamilton para Ansiedad no se considera un instrumento diagnóstico, sino que es de utilidad para cuantificar la ansiedad previamente y en los resultados se encontró que un comportamiento ansioso durante la entrevista, sintomatología cognitiva, presencia de síntomas cardiacos, gastrointestinales y autónomos (Fernández, et al., 2012) el presente estudio en el procesamiento de la “Escala de Ansiedad de Hamilton” por orden de frecuencia encontró: humor depresivo (22.3%), miedos (18.31%), alteración somático sensorial (17.6%), síntomas cardiovasculares (17.4%) y síntomas respiratorios (15.1%); coincidiendo ambas escalas con la presencia de comportamiento identificado por la Escala de Hamilton que coincide con los ítems de ansioso con rubor facial, inquietud cuantificados por el inventario de ansiedad de Beck; siendo más frecuente el presentar “sudores fríos o calientes”, sensación de “incapacidad para relajarse”, sentirse “nervioso”, taquicardia (latidos del corazón fuertes y acelerados), temor a perder el control y los síntomas más prevalentes.

Los diagnósticos de las valoraciones corresponden a la clasificación CIE-10/DSM-5, se encontró que el diagnóstico más frecuente en el presente estudio es el “trastorno de ansiedad generalizada”, seguido por “ataques de pánico” y por el “trastorno mixto ansioso-depresivo”, en el cuarto lugar se encontró trastorno del afecto (“trastorno/episodio depresivo”) y en quinto lugar los “trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de múltiples sustancias.

Respecto a estudios referentes al primer año de pandemia en nuestro país, el reporte descriptivo que consta de datos que se recolectaron durante el primer mes de pandemia (entre el 30 de marzo de 2020 al 30 de abril al 2020), retomando como antecedente el “Proyecto COVIDiSTRESS”, (n=6,424) se respondieron en México, donde la participación mayoritaria fue en la Ciudad de México (n = 1,739), seguido de Veracruz (n = 1,349), Estado de México (n = 606), Jalisco (n = 345) y Nuevo León (n = 243), los cuales representaron el 66.65% de los participantes de la encuesta, obteniendo como resultados que la edad media fue de 38 años (DE = 13.82), siendo el grupo de edad entre los 21 a los 31 años los que presentaron una mayor participación en la encuesta, resultado muy similar al de la presente investigación donde la edad media fue de 37.78 años (DE = 13.13).

La situación laboral de los participantes en el “Proyecto COVIDiSTRESS” fue que el 41% eran empleados que laboraban de tiempo completo, de los cuales 20% laboraban por cuenta propia, 16% eran estudiantes y 10% desempleados; mientras que en el presente estudio quienes laboran de tiempo completo (empleados) fue del 23%, laboraban por cuenta propia el 22% (comerciantes 8% y ejercer su profesión independientemente 14%); el 22% eran estudiantes y 12% se encontraba desempleado al momento de solicitar la atención, encontrando un ligero aumento en la tasa de desempleo y una mayor proporción de estudiantes que laboran.

Se realizó comparativo y se tomó como referencia a la Encuesta “COVIDiSTRESS global survey”, fue realizada en México y su objetivo fue detectar cualquier tipo de trastorno de ansiedad, por lo cual comparte similitudes con el presente trabajo de investigación; ambas investigaciones integran muestras representativas con

participantes mayores de 18 años, los resultados de la Encovid-19 demostraron una prevalencia de entre 31% y 33% que alerta un fuerte incremento durante el período de crisis, resultando mayor la cifra obtenida del análisis de los resultados de pacientes que solicitaron atención por la presencia de sintomatología ansiosa (incapacitante) que fue del 77%, y quienes identificaron y refirieron que la pandemia por COVID-19 fue detonante de la ansiedad fue del 54%.

La Encuesta “COVIDiSTRESS global survey” evidenció que el trastorno de ansiedad generalizada afecta desproporcionalmente a ciertos grupos: quienes habitan en hogares con menores de edad y, destacadamente las mujeres, reportan mayor ansiedad y en el ámbito laboral, la ansiedad la padecen en mayor proporción personas desempleadas y de nivel socioeconómico bajo, concluyendo que la crisis económica y sanitaria ha hecho que estas personas se vean fuertemente afectadas.

Esta distribución de trastornos de ansiedad demuestra que los padecimientos de salud mental están sujetos a los determinantes sociales de salud. La causa de consulta de mujeres que presentan discapacidad emocional y/o mental fue, en 31.3% de los casos, por violencia, mientras para los hombres, la misma causa representa 2.8% de las consultas (OMS, 2020).

Las principales limitantes del estudio consideradas son la revisión manual de los expedientes clínicos para la extracción y procesamiento de la información y el muestreo por conveniencia (debido a que la muestra no es seleccionada mediante un criterio estadístico específico), además de un faltante de estudios Mexicanos recientes que se centren en el tema de la presente investigación y compartan la misma línea de población y de patología ansiosa con los cuales se pueda llevar a

cabo un comparativo y es importante tener en cuenta que los comparativos de este apartado sobre las características sociodemográficas y de las características clínicas de la ansiedad se toma como referente los datos sociodemográficos descritos en estudios realizados en población general que solicitaron atención en instituciones públicas de salud, mientras que el presente estudio fue desarrollado en pacientes que acudieron a atención psiquiátrica en sector privado.

RECOMENDACIONES

Se considera importante la estandarización y aplicación rutinaria de clinimetría que permita cuantificar de manera más precisa la sintomatología que integra el principal diagnóstico tratado en la consulta en atención a la salud mental, tanto en el ejercicio privado como público, mismos que permitan obtener información que permita el desarrollo de estudios, ya que el área de salud mental, posterior a la revisión de la literatura para el desarrollo del presente trabajo se ha encontrado que la información estadística y clínica disponible es mínima en comparación con la de otras especialidades médicas; y a través de esa información generar estudios que propicien el desarrollo de políticas que representen un mayor impacto en la atención a la salud metal, ante su creciente incremento en los últimos años y el estigma persistente en torno a este tema, además de la asignación baja de recursos, siendo más significativos durante y posterior a los gastos inesperados que se generaron posterior a la pandemia por COVID-19.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES

La ansiedad se compone por múltiple sintomatología, la cual es importante conocer para identificarla y tratarla de una manera oportuna, mejorando la funcionalidad de quienes la presentan.

La Organización Mundial de la Salud a través de un informe estableció que la prevalencia mundial de la ansiedad y la depresión aumentó un 25% en el primer año de pandemia, destacando quiénes fueron los más afectados y describiendo los efectos de la pandemia en la disponibilidad de servicios de salud mental y las afecciones sobre el personal de salud; organizaciones mundiales han mostrado preocupación por el aumento de las afecciones mentales; el doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS hizo una llamada de atención a todos los países para que presten más atención a la salud mental y hagan un mejor trabajo de apoyo a la salud mental de sus poblaciones (OMS, 2022), refirió que en el 90% de los países encuestados se incluía la salud mental, sin dejar de lado la importancia el apoyo psicosocial en todo plan de respuesta a la COVID-19, a pesar de ello, persisten preocupaciones ante la falta de recursos para una atención satisfactoria.

5.1. Hallazgos

La situación por la pandemia COVID-19 se consideró una emergencia de salud pública internacional; es importante investigar el impacto psicológico que permita desarrollar estrategias que minimicen su impacto. El presente estudio se enfocó en establecer las características clínicas de la ansiedad en aquellos pacientes que

acudieron a solicitar atención en la consulta privada, debido a la insuficiencia para recibir atención en instituciones públicas ante la crisis de salud mental ocasionada por la pandemia COVID-19. Se planteó, si mediante la revisión de expedientes clínicos, integrado por médico psiquiatra (en consulta particular) si la sintomatología ansiosa que presentan los pacientes tenía relación con la pandemia por COVID-19, encontrando cuantitativamente las características clínicas de clínicas sintomatología ansiosa que representaron el motivo de atención en consulta del sector salud privado por patología mental (Argibay, 2009).

Los pacientes que acudieron solicitando atención a servicio de urgencias a un hospital general por motivo de sintomatología de ansiosa, previo a realizarse el diagnóstico fue del 77%, síntomas considerados como incapacitantes y fue un 54% quienes identificaron y refirieron que la pandemia por COVID-19 fue detonante de dicho padecimiento.

Como hallazgo incidental se encontró que del 77% los pacientes que solicitaron atención en servicio de urgencias de hospital general, un 21% ya habían acudido en más de 1 ocasión por el mismo motivo sin ser referidos al servicio de psiquiatría, como hallazgo incidental inesperado se encontró que el 18% de los pacientes que acudieron a solicitar atención al servicio de urgencias, acudieron acompañados por un familiar y que la instancia en el servicio de urgencias fue con manejo ambulatorio, es decir, no requirieron hospitalización y egresaron del servicio de urgencias en unas horas, y en todos ellos se les aplicó una dosis única de fármaco en su mayoría no especificado, el 11% de ellos si refirió el manejo descrito como “un calmante o tranquilizante” y de ellos el 9% mencionó entre esos fármacos benzodiacepinas

como “Tafil” (alprazolam), “diazepam” o “Rivotril” (clonazepam). Otro de los hallazgos inesperados, fue que posterior a acudir al servicio de urgencias, aproximadamente el 8% de los pacientes se automedicaron para el manejo de ansiedad, y el 6% lo hizo con fármacos controlados, es decir benzodiacepinas que les fue proporcionada directamente por algún familiar o conocido, y el resto por fármacos no controlados de tipo “naturista u homeopático”.

Otros hallazgos no esperados, encontrados durante la revisión de los expedientes clínicos, fue que, de los pacientes, entre los principales detonantes de la sintomatología ansiosa fue el presentarse como desempleados en un promedio entre los 3 a 6 meses posterior al inicio de la pandemia, la mayoría de ellos tenían como fuente de empleo u negocio propio, predominando aquellos negocios particulares con historial entre 2 a 6 años de antigüedad.

Entre los hallazgos inesperados, y a partir del examen mental realizado durante todas las valoraciones como parte de la valoración integral psiquiátrica, se identificó que la higiene y el aliño de los pacientes al momento de la primera evaluación psiquiátrica fue menor en aquellos pacientes que en las escalas de ansiedad aplicadas que arrojaron una puntuación más alta; es decir, se encontró una relación directa entre los pacientes que presentaron un nivel de ansiedad menor cuantificado mediante la clinimetría tuvieron un menor grado de desesperanza, una mayor planeación a futuro y un mejor estado de ánimo que de manera básica se muestra en la higiene y aliño como parte de la motivación y de la funcionalidad para realizar actividades básicas, sin encontrarse diferencia entre sexo, escolaridad ni estado civil.

5.2. Recomendaciones

Se considera importante la estandarización y aplicación rutinaria de clinimetría que permita cuantificar de manera más precisa la sintomatología que integra el principal diagnóstico tratado en la consulta en atención a la salud mental, tanto en el ejercicio privado como público, mismos que permitan obtener información que permita el desarrollo de estudios, ya que el área de salud mental, posterior a la revisión de la literatura para el desarrollo del presente trabajo se ha encontrado que la información estadística y clínica disponible es mínima en comparación con la de otras especialidades médicas; y a través de esa información generar estudios que propicien el desarrollo de políticas que representen un mayor impacto en la atención a la salud metal, ante su creciente incremento en los últimos años y el estigma persistente en torno a este tema, además de la asignación baja de recursos, siendo más significativos durante y posterior a los gastos inesperados que se generaron posterior a la pandemia por COVID-19.

5.3. Investigaciones Futuras

Se considera importante el estudio de la ansiedad en años posteriores a la pandemia por COVID-19 que permita hacer un comparativo de la prevalencia de ansiedad previo, durante y posterior a la pandemia, las características clínicas mismas que pueden ser muy variables, incluir aspectos que se salen del alcance de la presente investigación como lo son la comorbilidad con consumo de sustancias licitas e ilícitas, comorbilidad con otras patologías mentales y médicas y sobre todo, un seguimiento de aquellos pacientes en quienes se inició tratamiento, a fin de

describir la respuesta terapéutica, descripción de fármacos utilizados y continuidad de manejo y exacerbaciones a lo largo del manejo.

La búsqueda exhaustiva de información mostró que no se cuenta con precedente de información de pacientes con sintomatología ansiosa que acuden a consulta privada, por tanto es complicado realizar un comparativo exhaustivo a nivel nacional; sin embargo, se cuenta con la prevalencia de ansiedad en la población general estimada en 14.3% y también se cuenta con los datos de la Encuesta “COVIDiSTRESS global survey” realizado en el 2020, en México y en otros países, estudio que comparte similitudes con la presente investigación.

De las posibles líneas de investigación referidas previamente, se ha encontrado que el referente a consumo de sustancias ilícitas es quizá, el área de salud mental con la que se encuentra información más basta y reciente en nuestro país debido a los recursos que se han asignado al manejo de adicciones.

5.4. Limitaciones

La presente investigación identifica como limitación que el estudio se realizó solo durante el primer año de la pandemia pro COVIL-19 (abril 2020 a marzo 2021), tiempo en el cual, se vivió el cierres masivo establecidos por las autoridades municipales y estatales como medida para evitar la propagación del contagio, siendo diferentes las medidas tomadas en cada municipio y estados de los cuales son provenientes los pacientes que solicitaron la atención médica del presente estudio; la muestra del presente estudio es considerada como heterogénea, otra

de las limitantes consideradas para que el presente estudio se enfoque solo a pacientes que solicitan atención de primera vez y no a usuarios subsecuentes, la falta de un apego farmacológico adecuado por parte del paciente y la deserción de la atención para dar un seguimiento adecuado y que permita incluir en el presente estudio la aplicación de escala psicométrica para evaluar la evolución clínica del paciente, además de que la escala utilizada para la evaluación en el presente estudio no solo establece la ansiedad derivada de los trastornos de ansiedad, sino también la que se presenta como comorbilidad con sintomatología depresiva.

Otra delimitación es que el presente estudio se realiza sobre una población que acude a solicitar atención a la práctica médica privada y no en población que acude a institución pública, lo cual puede representar significancia en el nivel económico y escolar de la población de estudio.

En cuanto a la identificación y cuantificación de la sintomatología somática generada por ansiedad, el alcance del presente estudio se delimita a la aplicación de dos escalas psicométricas: el Inventory de Ansiedad de Beck y la Escala de Hamilton para Ansiedad como herramientas para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en los propios diagnósticos específicos de ansiedad como la ansiedad que puede presentarse en cuadros depresivos: el Inventory de Ansiedad de Beck se limita a aplicar sus ítems a la última semana, mientras que la Escala de Hamilton para Ansiedad no se considera un instrumento diagnóstico, sino que es de utilidad para cuantificar la ansiedad previamente diagnosticada.

Es indiscutible el aumento de ansiedad en la pandemia por COVID-19, en las fuentes bibliográficas consultadas se encontró una asociación directa de un aumento considerable de la ansiedad durante el primer año de la pandemia por COVID-19, a pesar de ello, no se cuenta con suficiente bibliografía referente, lamentablemente la Salud Mental es una de las áreas médicas que recibe un menor presupuesto, comparado con otras enfermedades cronicodegenerativas. El presente estudio mostró que la ansiedad es la patología más prevalente en nuestro medio, y nos muestra las características de su sintomatología con la cual puede presentarse clínicamente.

5.5. Validez de la Investigación

La validez del presente estudio, se establece a partir de instrumentos fiables mediante los cuales se cuantificó la sintomatología, escalas psicométricas validadas y estandarizadas no solamente en la población de estudio, sino en múltiples países (Inventario de Ansiedad de Beck y la Escala de Hamilton para Ansiedad); para su interpretación es importante considerar que el Inventario de Ansiedad de Beck se limita a aplicar sus ítems a la última semana, mientras que la Escala de Hamilton para Ansiedad no se considera un instrumento diagnóstico, sino que es de utilidad para cuantificar la ansiedad previamente. Se considera que la estrategia de investigación fue uniforme con cada uno de los pacientes, con una concordancia interna adecuada, ya que la valoración de cada paciente se realizó de manera sistematizada, siendo la clinimetría y valoración clínica realizada por solo una persona. La planificación fue detallada al igual que la recolección de la muestra, las variables se encuentran completamente relacionadas, mismas que fueron

explícitamente descritas, recabadas y cuantificadas una a una, y aquellos expedientes clínicos que no cumplieron con solo una de las variables o información incompleta fueron excluidos y reportados como parte de los resultados. Las conclusiones se emiten con sustento en la literatura referente obtenida de fuentes confiables, haciendo referencia y tomando como principal fuente de información se consideró a la Organización Mundial de la Salud, siendo a la mayor instancia a nivel mundial; se considera que los objetivos se lograron y que la muestra con la que se realizó el estudio superó a los 1,000 participantes.

5.6. Conclusión General y Reflexiones Personales

En conclusión, la situación por la pandemia COVID-19 se consideró una emergencia de salud pública internacional; entendiendo la ansiedad como una respuesta de enfermedad mental, que requiere una prevención, diagnóstico y atención oportuna, de igual manera es importante investigar la carga psicológica que genera para poder desarrollar estrategias que aminoren su impacto; Es imprescindible la disminución en estigma, que permita más oportunidades de atención en la población general ya que al atender la patología se logra una mayor funcionalidad en las áreas interpersonales, familiares y laborales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alzugaray, C., García, F., Reyes, A. y Álvarez, R. (2015). Propiedades psicométricas de una versión breve de la escala de rumiación relacionada a un evento en población chilena afectada por eventos altamente estresantes. *Ajayu*, 13(2), 183-198.

Andrades, M., García, F., Concha P., Valiente, C. y Cibelle, L. (2021). Predictores de síntomas de ansiedad, depresión y estrés a partir del brote epidémico de COVID-19. *Journal of Psychopathology and Clinical Psychology / Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 26(1), 13-22, 202-
<https://www.ucentral.cl/ucentral/site/docs/20210513/20210513124440/articulo.pdf>

Argibay, J.. (2009). *Muestra en investigación cuantitativa. Subjetividad y procesos cognitivos*, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales Buenos Aires, Argentina.13 (1), 13-29. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales Buenos Aires, Argentina.
<https://www.redalyc.org/pdf/3396/339630252001.pdf>

Arias, J., Villasís, M.A. y Miranda, M. (2016). El protocolo de investigación III: la población de estudio.
<https://revistaalergia.mx/ojs/index.php/ram/article/view/181/309>

Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria (2020). Guía de apoyo psicosocial durante esta epidemia de coronavirus, España. <https://ome-aen.org/guia-de-apoyo-psicosocial-durante-esta-epidemia-de-coronavirus/>

Ausín, B., González, C., Castellanos, M. A., López, A., Saiz, J. y Ugidos, C. (2020). Estudio del impacto psicológico derivado del covid-19 en la población española (psi-covid-19). Universidad Complutense de Madrid.

Balluerka, N., Gómez, J., Hidalgo, M., Gorostiaga, A., Espada, J. P., Padilla, J. y Santed, M. (2020). Las consecuencias psicológicas de la covid-19 y el confinamiento: informe de investigación. Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco.

Beck, A., Steer, R., Brown, G. (2021) BDI-II Inventario de Depresión de Beck-II

Boletín CONAMED-OPS, (2018). Órgano de difusión del centro colaborador en Materia de calidad y seguridad del paciente, Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Brewin, C., Andrews, B. y Valentine, J. (2000). Metaanalysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748>

Brooks, S., Webster, R., Smith L., Woodland, L., Wessely, S. y Greenberg, N. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet.*, 395(10227).

https://www.researchgate.net/publication/339522816_The_psychological_im pact_of_quarantine_and_how_to_reduce

Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Triplett, K., Vishnevsky, T. y Lindstrom, C. (2011). Assessing posttraumatic cognitive processes: The Event Related Rumination Inventory. *Anxiety, Stress y Coping*, 24, 137-156.

<https://doi.org/10.1080/10615806.2010.529901>

Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Anxiety and Depression. United States: United States Census Bureau.

<https://www.cdc.gov/nchs/covid19/pulse/mental-health.htm>

Center for Disease Control and Prevention. (2019). The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019. 2(10). <http://www.ourphn.org.au/wp-content/uploads/20200225-Article-COVID-19.pdf>

Cvetkovic, Vega., Maguiña, L., Soto, A., Lama, V. y Correa, L. (2021). Estudios transversales artículo de revisión. *Rev. Facultad de Medicina y Humanidades*. 21 (1). <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i1.3069>

Centro de Investigación Económica y Presupuestaria A. C. (2020). (<https://ciep.mx/presupuesto-para-salud-mental-relevancia-ante-la-covid19/>)

Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). (2021). Encuesta sobre la salud mental de los españoles durante la pandemia de la COVID-19.

Confederación de Salud Mental de España (2021). Salud Mental y COVID-19, un año de pandemia. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Salud-mental-covid-aniversario-pandemia.pdf>

Diario Oficial de la Federación (2012). Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012

Dirección General de Información en Salud (DGIS). (2020). http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_recursos_gobmx

Esquivel, G. (2020). Los impactos económicos de la pandemia en México. *Econ UNAM*.2020;17(51):28-44.<http://revistaeconomia.unam.mx/index.php/ecu/article/view/543/576>

Fernández, O., Jiménez, B., Alfonso R., Sabina, D. y Cruz, J. (2012). Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*; 10(5).

Flores, J., (2022). Tipos de Investigacion. <https://www.academia.edu/31419261>

Gaitán, D., Pérez, V., Vilar, M. y Teruel, G. (2021). Prevalencia mensual de trastorno de ansiedad generalizada durante la pandemia por Covid-19 en México. Salud pública de México, 63(4), 63:478-485. <https://doi.org/10.21149/12257>. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/12257/12117>

Galindo, O. (2020)., Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en la población general. Gaceta de Medicina de México, 156, (4), 294-301. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0016-38132020000400294&script=sci_abstract

Galindo, O., Ramírez, M., Costas, R., Mendoza, L., Calderillo, G. y Meneses, A. (2020). Symptoms of anxiety, depression and self-care behaviors during the COVID-19 pandemic in the general population. Gaceta de Medicina de México, 156(4), 298-305. <https://doi.org/10.24875/GMM.20000266>

García, F. y Miranda, F. (2019). Predictores de sintomatología postraumática aguda y crecimiento post-estrés tras un accidente laboral reciente. Actualidades en Psicología, 33(126), 117-135. <https://doi.org/10.15517/ap.v33i126.32680>

GBD. (2015). Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, and others. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990– 2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 388: 10053.

Geller, J. y Abi, M. (2020). Patients With SMI in the Age of COVID-19: What Psychiatrists Need to Know. *Psychiatric News*;55(8). https://www.researchgate.net/publication/340540129_Patients_with_SMI_in_the_Age_of_COVID-19_What_Psychiatrists_Need_to_Know

Guevara, G., Verdesoto, A., y Castro, N. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas y de investigación-acción), 4.(3).julio.2020.163-173.

<https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/860>

Goldmann, E., y Galea, S. (2014). Mental health consequences of disasters. *Annu Rev Public Health*, 35(1):169-83. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182435>

Gómez, C. (2017). El sistema de salud en México, *Revista CONAMED*, 22 (3).
<https://www.mediographic.com/pdfs/conamed/con-2017/con173e.pdf>

Halabe, J., Robledo, Z., Fajardo, G. (2022). “Síndrome post-COVID-19 CERTEZAS E INTERROGANTES”.

Hamadani, J., Hasan, M., Baldi, A., Hossain, S., Shiraji, S., y Bhuiyan, M. (2020).

Immediate impact of stay-at-home orders to control COVID-19 transmission on socioeconomic conditions, food insecurity, mental health, and intimate partner violence in Bangladeshi women and their families: an interrupted time series. *Lancet Global Health*, 8(11):1380-9. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30366-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30366-1)

Hernández, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. <http://orcid.org/0000-0001-5811-5896>

Huremovic, D.. (2019). Psychiatry of pandemics: a mental health response to infection outbreak.

Ibarra, F., (2018). La responsabilidad Civil de los hospitales privados, experiencias jurisprudenciales de derecho corporativo, Instituto de investigaciones Jurídicas UNAM, 151-171. <https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2020). “Asegurados.” Disponible en <http://datos. Imss.gob.mx/group/asegurados?query=>.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2021). Los problemas de salud mental a consecuencia de la pandemia son atendidos por el IMSS, 30 (1). <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202107/301>

Instituto Jalisciense de Salud Mental SALME. (2021).

<https://www.informador.mx/Ansiedad-principal-trastorno-mental-1201905040001.html>

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ).

(2022). “Trastornos psiquiátricos en pacientes post COVID-19”.
<http://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/APOYO-EN-EL-MANEJO-DE-COVID-19/Informacion-POSTCOVID-19-salud-mental.html>

IntraMed. (2020). El impacto psicológico de la cuarentena y cómo reducirlo.

de: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=95688>

IntraMed.(2020). Mortalidad por suicidio y COVID-19: ¿una tormenta perfecta?

<https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=95948>

Instituto Superiore di Sanità. (2020). Italia Epidemia COVID-19. Aggiornamento

nazionale. Recuperado de: https://www.google.com/url?client=internal-elementcse&cx=005880577442820647727:q3zo3k0emvg&q=https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_9-aprile

2020.pdf&sa=U&ved=2ahUKEwiGi5aKw4vqAhXLmXIEHY53Cr8QFjAAegQI

ARAC&usg=AOvVaw3YOrPV2QnSOleUIOXQIB

Kim, H., Yoo, S., Lee, B., Lee, S. y Shin, H. (2018). Psychiatric Findings in Suspected and Confirmed Middle East Respiratory Syndrome Patients Quarantined in Hospital: A Retrospective Chart Analysis. Psychiatry Investig.4;15(4):355-60.

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J. y Wei, N. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA, 3(3Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7090843/>

Lee, S., Kang, WS., Cho, A., Kim, T., y Park, JK. (2015). Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. Compr Psychiatry, PubMed, 87:123-7. PubMed.

Li, W., Yang, Y., Liu, Z., Zhao, Y., Zhang Q. y Zhang L. (2020). Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. Int J Biol Sci;16(10):1732-8. PubMed PMID: 32226291. PMCID: PMC7098037. Epub 2020/04/01. eng.

Liu, S., Yang, L., Zhang, C., Xiang, Y., Liu, Z., Hu, S., y Zhang, B. (2020). Mental health services in China during the COVID-19 outbreak. The Lancet Psychiatry, 7(4), e17–e18. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30077-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8)

Lobo, A., Camorro, L. y Luque, A. (2002). Validación de las versiones en español de la montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Medicina clínica. escala_de_ansiedad_de_hamilton (2).pdf

Martín, M., Feito, L., Júdez, J., Abajo Iglesias, F., Pàmpols Ros. T., Benedetto y Terracini. (2022). Recomendaciones sobre aspectos éticos de la investigación cualitativa en la salud. <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80317/recomendaciones-sobre-aspectos-eticos-de-la-investigacion-cualitativa-en-la-salud/>

Mak, I., Chu, C., Pan, P., Yiu, M. y Chan, V. (2009). Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *Gen Hosp Psychiatry*, 31(4):318-26. PubMed PMID: 19555791. PMCID: PMC7112501.

McNally, J. y Levenstein, M. (2020). Best Practices for measuring the social, behavioral, and economic impact of epidemics. United States: University of Michigan.<https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/154682/Best%20Practices%20Measuring%20Impact%20of%20Epidemics%20Version%20April%203%2c%202020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Medina-Mora, M., Borges, G., Benjet, C., Lara, C. y Berglund P. (2007). Psychiatric disorders in Mexico: lifetime prevalence in a nationally representative sample. *BJ Psych.*, 7(190): 521-8.

Medina-Mora, M., Borges, G., Muñoz, C., Benjet, C. y Bautista. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4):1-16. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58242601>

Montiel, L. (2021). El Derecho a la salud en México, un análisis desde el debate teórico desde la justicia sanitaria. <http://www.corteidh.or.cr/tablas/R08064-9.pdf>

Mowbray, H. (2019). coronavirus 2019-nCoV has created a siege mentality, 368:m516. PubMed PMID: 32033967.

Newman, M., Llera, S., Erickson, T., Przeworski, A. y Castonguay, L. (2013). Worry and generalized anxiety disorder: a review and theoretical synthesis of evidence on nature, etiology, mechanisms, and treatment. *Annu Rev Clin Psychol.*, 9:275-97. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185544>

Nicolini, H., (2020). Depresión y ansiedad en los tiempos de la pandemia de COVID-19. *Cirugía y Cirujanos*, 88(5). https://neuroeticamexico.org/wp-content/uploads/2021/04/CIRU_M67_20_Depresion_Nicolini_20200609_V0-1.pdf

OCDE. (2021). <https://www.jornada.com.mx/notas/2021/11/04/economia/por-pandemia-50-de-la-poblacion-mexicana-padece-ansiedad-ocde/>

Ojeda, D., González, C., Cambero, E., Madrigal, E., González, M., Calderón, R. (2019). Prevalencia de los trastornos mentales y la infraestructura en salud mental en el estado de Jalisco.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2019/sje191b.pdf>

Olaiz, G., Lezana, M., Fernández S., Wong, R. y Sepúlveda, J. (1995). La medicina privada en México: resultados del Censo Nacional de Unidades Hospitalarias Privadas. Salud Pública Mex, 37:12-18.

<https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5812/6484>

Organización Mundial de la Salud (2021). Recuperado el 01 de agosto del 2021 de <http://www.who.int/es/>

Organización Mundial de la Salud (2021). Recuperado el 18 de diciembre del 2021 de <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>

Organización Mundial de la Salud. (2021). Salud mental y apoyo psicosocial en las emergencias. https://www.who.int/mental_health/emergencies/es/

Organización de las Naciones Unidas. (2020). Informe de políticas: La COVID-2019 y la necesidad de actuar en relación con salud mental.
https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_-_covid_and_mental_health_spanish.pdf

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes estimaciones sanitarias mundiales.<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2020). La pandemia por COVID-19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo.
<https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-pandemia-por-covid-19-provoca-aumento-25-prevalencia-ansiedad-depresion-todo>

Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil, S., Picaza, M. y Idoiaga, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. Cad. Saúde Pública 36(4).
<https://blog.scielo.org/wp-content/uploads/2020/04/1678-4464-csp-36-04-e00054020.pdf>

Padrós, F., Montoya, K., Bravo M. y Martínez, M., (2020). Propiedades psicométricas del Inventory de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory) en población general en México, 26 (1), paginas 181-187.

Peng, E., Lee, M., Tsai, S., Yang, C., Morisky, D. y Tsai, L. (2010). Population-based post-crisis psychological distress: an example from the SARS outbreak in Taiwan. J Formos Med Assoc,109(7):524-32.

Pérez, V. y Gaitán-Rossi P., (2020). Usos desiguales de “Aprende en Casa”. Mexico: INIDE/Universidad Iberoamericana. <https://faroeducativo.ibero.mx/wp-content/uploads/2020/07/Apuntes-de-politica-18c.pdf>

Reger, M., Stanley, I. y Joiner, T. (2019). Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019-A Perfect Storm? JAMA Psychiatry. <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2764584>

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (2014). Nuevo reglamento publicado en el diario oficial de la federación el 6 de enero de 1987 texto vigente última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación 02-04-2014

Sánchez, H. y Mejía, K. (2021). Memoria del I Encuentro Virtual avances y propuestas de investigaciones en salud mental en condiciones de pandemia por covid-19 realizado los días 02 y 03 de octubre del 2020.

Sánchez, V., (2021). Diseño de estudios transversales.
<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1721§ionid=115929954>

Senado de la república, coordinación de comunicación social, 2017.
<http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/39699-14-3-de-la-poblacion-mexicana-padece-trastornos-de-ansiedad.html>

Shigemura, J., Ursano, R., Morganstein, C., Kurosawa, M., Benedek, D. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin Neurosci*, 74(4):281-2.

Sierra, J., Ortega, V., Zubeidat, I. (2020). Ansiedad, Angustia y Estrés: tres conceptos a diferenciar.

Sociedad Española de Psiquiatría (2020). Cuide su salud mental durante la cuarentena por coronavirus.
<http://www.sepsiq.org/file/InformacionSM/SEP%20COVID19-Salud%20Mental%20Cuarentena.pdf>

Southwick, S. y Southwick, F. (2020). The loss of social connectedness as a major contributor to physician burnout. Applying organizational and teamwork principles for prevention and recovery. *JAMA Psychiatry*. doi:

10.1001/jamapsychiatry.2019.4800. Recuperado 11 diciembre 2021 de:
https://neuroeticamexico.org/wp-content/uploads/2021/04/CIRU_M67_20_Depresion_Nicolini_20200609_V0-1.pdf

Torales, J., Barrios, I., Ayala, N., O'Higgins M. y Palacios, J. (2021). Ansiedad y depresión en relación a noticias sobre COVID-19: un estudio en población general paraguaya. *Revista de salud pública Paraguay*, 11 (1).

Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. y Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *Int J Soc Psychiatry*. 2020 Mar 31:20764020915212. PubMed PMID: 32233719.

Trujillo, P., Gomez, D., Lara, J., Medina, I. y Hernández, E. (2021). Asociación entre características sociodemográficas, síntomas depresivos, estrés y ansiedad en tiempos de la COVID-19. *Enferm. Global*, 20 (64).

Universidad Autónoma Nacional de México órgano informativo (2021).
<https://www.gaceta.unam.mx/mas-de-264-millones-padecen-ansiedad-a-nivel-mundial/>

Universidad Nacional Autónoma de México. (2018). *Inventario de Ansiedad de Beck, Guías, proyectos, investigaciones de psicología*.
<https://www.docscopy.com/es/inventario-de-ansiedad-de-beck-1/4675478/>

Villagra, G. (2021). Ansiedad y depresión según la Escala de Hamilton en el contexto de la pandemia de COVID-19 en el personal médico y de enfermería del Hospital Goyeneche. https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCSM_2e66fe0795941657f53b29bad6d6c3b3

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C.S., y Ho, R.C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(5), 1-25. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

Xiang, Y., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q. y Cheung, T. (2019). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. Lancet Psychiatry, 7(3):228-9.

Yao, H., Chen, H., y Xu, Y. (2020). Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. Lancet Psychiatry, 7(4):e21. PubMed

APÉNDICES

Apéndice A. Inventario de Ansiedad de Beck

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

Estas respuestas tienen valores asignados que van desde 0 a 3

Nada en absoluto:0, levemente:1, moderadamente:2 o severamente:3.

Ítem	En absoluto	Levemente	Moderada	Severamente
			Mente	e
1. Entumecimiento				
2. Acalorado				
3. Con temblor en piernas				
4. Incapaz de relajarse				
5. Con temor a que ocurra lo peor				
6. Mareado, o que se le va la cabeza				
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
8. Inestable				
9. Atemorizado o asustado				
10. Nervioso				

11. Con sensación de bloqueo

12. Con temblores en manos

13. Inquieto, inseguro

14. Con miedo a perder el

control

15. Con sensación de ahogo

16. Con temor a morir

17. Con miedo

18. Con problemas digestivos

19. Con desvanecimientos

20. Con rubor facial

21. Con sudores, fríos o

calientes

Fuente: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (UNAM, 2018).

-Puntuación entre 0 a 17: Ansiedad leve.

-Puntuación entre 18 a 24: Ansiedad moderada.

-Puntuación entre 24 a 30: Ansiedad severa.

Apéndice B. Escala de Ansiedad de Hamilton

Nombre del paciente _____ Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: lea la lista de síntomas es para ayudar al médico o psiquiatra en la evaluación del grado de ansiedad del paciente y sin alteración patológica. Por favor anote la puntuación adecuada.

0: Ninguno 1: leve 2: moderada 3: Grave 4: Muy incapacitante

Elemento	Síntomas	Puntos
1. Estado de ánimo ansioso	Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad.	
2. Tensión	Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	
3. Miedos	Temor a la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.)	
4. Insomnio	Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	
5. Intelectual (cognitivo)	Dificultad para concentrarse, mala memoria.	
6. Humor depresivo	Estado de ánimo deprimido, pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	
7. Somático (muscular)	Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	
8. Somático (sensorial)	Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	
9. Síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	

10.	Síntomas respiratorios	Presión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea)
11.	Síntomas gastrointestinales	Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborígmox (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.
12.	Síntomas genitourinarios	Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia)
13.	Síntomas autónomos	Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección.
14.	Comportamiento durante la entrevista	Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas energéticas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos, sudor, tics en los párpados.

Puntuación Total:

Apéndice C. Áreas de la Entrevista Clínica

Área a evaluar	Síntoma
Estado de ánimo ansioso	Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad.
Tensión	Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.
Miedos	Temor a la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.)
Insomnio	Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.
Intelectual (cognitivo)	Dificultad para concentrarse, mala memoria.
Humor depresivo	Estado de ánimo deprimido, pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.
Somático (muscular)	Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.
Somático (sensorial)	Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.
Síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.
Síntomas respiratorios	Presión o constrictión en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea)
Síntomas gastrointestinales	Dificultad para tragiar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borbotones (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorrhagia, aparición de la frigidez, eyaculación
Síntomas genitourinarios	precoz, ausencia de erección, impotencia)

Síntomas autónomos	Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección.
Comportamiento durante la entrevista	Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos, sudor, tics en los párpados.

Apéndice D. Descripción de variables

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Nivel de medición
Género	Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos, y hacen posible una reproducción que se caracteriza por una diversificación genética.	Masculino/ Femenino	Variable nominal y cualitativa
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	En años vividos.	Variable intervalar, cuantitativa.
Escolaridad	Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.	En años.	Variable intervalar, cuantitativa.
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas.	1.soltero, 2.casado, 3.soltero divorcio.	Variable nominal, por cualitativa.

Ocupación	Término que proviene del latín <i>occupatio</i> y que está vinculado al verbo ocupar. El concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o quehacer. Se refiere al trabajo asalariado, al servicio de un empleador.	1. hogar 2. obrero 3.empleado 4.comerciante 5.estudiante 6.desempleado 7. otro	Variable nominal y cualitativa.
Diagnóstico	Diagnóstico realizado durante la (primera) valoración.	<p>De acuerdo al CIE 10 o DSM-5.</p> <p>1.Trastorno de ansiedad generalizada 2. Trastorno mixto ansioso-depresivo. 3. Ataque de pánico. 4. Fobia específica. 5. Esquizofrenia 6. Tx Bipolar 7.Tx/Episodio depresivo 8.Tx mental y del comportamiento debido al consumo de múltiples sustancias. 9.Tx mental y del comportamiento debido a lesión o disfunción cerebral. 10.Tx Psicóticos Agudos y Transitorios. 11.Tx Esquizaafectivo. 12.Tx mental y del comportamiento debido al consumo de alcohol. 13.Retraso Mental Leve/ Moderado. 14.Tx de Personalidad. 15.Tx de ideas delirantes persistentes.</p>	Variable nominal y cualitativa.

16.Epilepsia.

17.Otros.

Apéndice E. Procesamiento de resultados del “Inventario de ansiedad de Beck”

Número de ítem	Definición	Puntuación (de 0 a 3)	Nivel de medición
1	Entumecimiento		Variable intervalar, cuantitativa.
2	Acalorado		Variable intervalar, cuantitativa.
3	Con temblor en piernas		Variable intervalar, cuantitativa.
4	Incapaz de relajarse		Variable intervalar, cuantitativa.
5	Con temor a que ocurra lo peor		Variable intervalar, cuantitativa.
6	Mareado, o que se le va la cabeza		Variable intervalar, cuantitativa.
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados		Variable intervalar, cuantitativa.
8	Inestable		Variable intervalar, cuantitativa.
9	Atemorizado o asustado		Variable intervalar, cuantitativa.
10	Nervioso		Variable intervalar, cuantitativa.
11	Con sensación de bloqueo		Variable intervalar, cuantitativa.
12	Con temblores en manos		Variable intervalar, cuantitativa.

13	Inquieto, inseguro	Variable intervalar, cuantitativa.
14	Con miedo a perder el control	Variable intervalar, cuantitativa.
15	Con sensación de ahogo	Variable intervalar, cuantitativa.
16	Con temor a morir	Variable intervalar, cuantitativa.
17	Con miedo	Variable intervalar, cuantitativa.
18	Con problemas digestivos	Variable intervalar, cuantitativa.
19	Con desvanecimientos	Variable intervalar, cuantitativa.
20	Con rubor facial	Variable intervalar, cuantitativa.
21	Con sudores, fríos o calientes	Variable intervalar, cuantitativa.

Apéndice F. Procesamiento de resultados de la “Escala de Ansiedad de Hamilton”

Número de ítem	Definición	Puntuación (de 0 a 4)	Nivel de medición
1. Estado de ánimo ansioso	Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad.		Variable intervalar, cuantitativa.
2. Tensión	Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.		Variable intervalar, cuantitativa.
3. Miedos	Temor a la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.)		Variable intervalar, cuantitativa.
4. Insomnio	Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.		Variable intervalar, cuantitativa.
5. Intelectual (cognitivo)	Dificultad para concentrarse, mala memoria.		Variable intervalar, cuantitativa.
6. Humor depresivo	Estado de ánimo deprimido, pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.		Variable intervalar, cuantitativa.
7. Somático (muscular)	Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.		Variable intervalar, cuantitativa.

8.	Somático (sensorial)	Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	Variable intervalar, cuantitativa.
9.	Síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	Variable intervalar, cuantitativa.
10.	Síntomas respiratorios	Presión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea)	Variable intervalar, cuantitativa.
11.	Síntomas gastrointestinales	Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborígmox (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia)	Variable intervalar, cuantitativa.
12.	Síntomas genitourinarios	Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección.	Variable intervalar, cuantitativa.
13.	Síntomas autónomos	Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros,	Variable intervalar, cuantitativa.
14.	Comportamiento durante la entrevista		Variable intervalar, cuantitativa.

palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas energicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos, sudor, tics en los párpados.

Lobo A, Camorro L, Luque A et al. Validación de las versiones en español de la Montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Medicina clínica.

Recuperado de: escala de ansiedad_de_Hamilton (2).pdf

Apéndice G. Solicitud de Aceptación para Realizar la Investigación

Tepic, Nayarit a 01 de Mayo de 2022

COMITÉ DE ETICA**INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE****P R E S E N T E**

Reciba un cordial saludo, por medio del presente solicito su autorización como médico especialista en psiquiatría que ejerce en consultorio médico particular en la ciudad de Guadalajara, Jalisco; quien cuenta con cédula de especialidad profesional y debidamente certificado por el Concejo Mexicano de Psiquiatría para ejercer la especialidad médica en apego a lo establecido por las ley, en calidad de único investigador del proyecto de tesis denominado “Análisis de la prevalencia de síntomas somáticos de ansiedad durante el primer año de la pandemia por covid-19, en pacientes que solicitaron consulta psiquiátrica de primera vez”, me permito solicitar su autorización para poder desarrollar la presente investigación misma que será de tipo cuantitativo transversal y retrospectivo a partir de la revisión de expedientes clínicos, lo cual no implica riesgo para la integridad de pacientes. Cabe mencionar que su servidora tendrá presente en todo momento el lineamiento de la Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012 del Expediente Clínico, la información sobre los pacientes contenida en los expedientes clínicos, se manejará con sigilo y responsabilidad.

Sin más por el momento, dejo a su consideración la presente solicitud.

Atentamente

Carmen Leticia Aranda Gómez

Dra. Carmen Leticia Aranda Gómez

Médico Psiquiatría

CURRICULUM VITAE

Carmen Leticia Aranda Gómez

Originaria de Ocotlán, Jalisco, México, Carmen Leticia Aranda Gómez realizó estudios profesionales en área de especialidad en Psiquiatría en el Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME) en Guadalajara, Jalisco. La investigación titulada “Evaluación de Ansiedad en Pacientes de Consulta Privada de Psiquiatría, durante el Primer Año de Pandemia por COVID-19” es la que presenta en este documento para aspirar al grado de Doctorado en Salud Mental.

Su experiencia de trabajo ha girado, principalmente, alrededor del campo de la Psiquiatría desde hace ocho años.

Así mismo ha participado en iniciativas como en la Coordinación de Psiquiatría en la Red Estatal de Salud Mental, Instituto Jalisciense de Salud Mental; como profesora de asignatura en “Psiquiatría”, en el Centro Universitario de los Altos, Universidad de Guadalajara; Coordinadora de Servicio Social de Odontología y Medicina en Secretaría de Salud Jalisco; exdirectora General del Consejo Estatal de Salud Mental y Adicciones en la Secretaría de Salud Jalisco, y como médico psiquiatra en la consulta particular, cargo que actualmente ocupa, Carmen Leticia Aranda Gómez desde el año 2019, ofreciendo a sus pacientes un manejo integral con enfoque personalizado para propiciar la Salud Mental.

Protocolo de Tesis actualizado al 26 de febrero del 2025

