



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN BAJA CALIFORNIA
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS



COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
COORDINACIÓN AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 18

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

“Prevalencia de ansiedad y depresión en las familias de los trabajadores de salud de la UMF No.18 en Tijuana, B.C. debido a contingencia Covid-19”

Autor e Idea Original:

Dra. Paola Avila González

Investigador responsable:

Dra. Erika Armenta Inzunza

Asesora temática:

Dra. Karen Lizbeth López Díaz

INDICE

<u>Título</u>	1
<u>Identificación de los investigadores</u>	2
<u>Resumen</u>	3
<u>Marco teórico</u>	4
<u>Antecedentes</u>	13
<u>Justificación</u>	16
<u>Planteamiento del problema</u>	17
<u>Objetivos</u>	18
<u>Hipótesis</u>	18
<u>Material y Métodos</u>	19
<u>Aspectos éticos</u>	22
<u>Recursos, financiamiento y factibilidad</u>	23
<u>Bioseguridad</u>	24
<u>Cronograma de actividades</u>	25
<u>Resultados</u>	26
<u>Discusión</u>	42
<u>Conclusiones</u>	44
<u>Referencias bibliográficas</u>	45
<u>Anexos</u>	50

1. TITULO:

**“Prevalencia de ansiedad y depresión en las familias de los
trabajadores de salud de la UMF No. 18 en Tijuana, B.C debido a la
contingencia Covid-19”**

2. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Nombre: Paola Avila González
Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 18
Matrícula: 98029541
Teléfono: 6641988939
Correo: paolaavilag93@gmail.com
Investigadora responsable

Nombre: Karen Lizbeth López Díaz
Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 34
Matrícula: 98023818
Teléfono: 6643414899
Correo: karencita_heeey@hotmail.com
Asesora temática

Nombre: Erika Armenta Inzunza
Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 18
Matrícula: 99263370
Teléfono: 6642286367
Correo: erikaarmenta@hotmail.com
Asesora metodológica

3. RESUMEN

Título: “Prevalencia de ansiedad y depresión en las familias de los trabajadores de salud de la UMF No. 18 en Tijuana, B.C debido a la contingencia Covid-19”.

Investigadores: Paola Avila González (investigadora responsable), Dra. Erika Armenta Inzunza (asesora metodológica) y Dra. Karen Lizbeth López Díaz (asesora temática).

Antecedentes: La enfermedad por coronavirus surgió en Diciembre de 2019, en Wuhan(China), y para el 2020, se extendió de forma global. México fue el segundo país Latinoamericano que reportó casos de Covid-19. Como resultado de la pandemia se han alzado casos de ansiedad y depresión en trabajadores de salud, esto corroborado en varios estudios en dónde la principal patología es la ansiedad, seguida de la depresión, sin embargo no hay estudios sobre el familiar del trabajador.

Objetivo: Determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en familiares de trabajadores de la salud por motivo de contingencia COVID-19.

Material y métodos: Con previa autorización de los Comités Locales de Investigación y ética en Investigación, se realizó un estudio en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No 18 de la Ciudad de Tijuana Baja California, con un enfoque de tipo descriptivo, transversal y observacional. Se incluyeron familiares sanguíneos y no consanguíneos de los trabajadores de salud con la condición de que se encontrarán viviendo con ellos.

Análisis estadístico: El análisis de datos incluye estadísticas descriptivas, medidas de dispersión y el uso de distribución porcentual por medio de X^2 . Se empleó el programa SPSS para el análisis de los datos.

Resultados: La media de la edad fue de 40 años, el sexo más común fue el femenino con 62 participantes (51.2%), los familiares más afectados fueron los padres con 59 participantes (48.8%) y 26 participantes (21.5%) tenían a un familiar médico como trabajador

Conclusiones: El tener un familiar trabajador del área de salud que se encuentra en contacto con pacientes Covid-19, contribuye al desarrollo de ansiedad y/o depresión, además de que el sexo femenino y la edad avanzada son factores que propician el desarrollo de estas patologías.

Palabras clave: Ansiedad, Depresión, Covid-19.

4. MARCO TEÓRICO

El presente apartado contiene la información necesaria para asimilar los principios teóricos del tema de estudio acerca de la depresión y ansiedad en las familias de los trabajadores de salud debido a la contingencia por pandemia COVID-19.

Se comienza haciendo referencia a las definiciones, epidemiología, sintomatología, el diagnóstico y el tratamiento de ansiedad, depresión y enfermedad por COVID-19.

4.1 Definiciones

4.1.1 COVID-19

La actualización de la definición operacional de Covid-19 en cuanto a un caso sospechoso entró en vigor a partir del 25 de Agosto del 2020 y se define como: Persona de cualquier edad que en los últimos 10 días haya presentado al menos uno de los siguientes signos y síntomas mayores: tos, fiebre, disnea (dato de gravedad) o cefalea. Acompañadas de al menos uno de los siguientes signos o síntomas: artralgias, mialgias, odinofagia, escalofríos, rinorrea, conjuntivitis, dolor torácico, anosmia y disgeusia.¹

Un caso confirmado de Covid-19 se define como toda persona que cumpla con la definición operacional de caso sospechoso y que cuente con diagnóstico confirmado por la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública reconocidos por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE). En menores de cinco años de edad, la irritabilidad puede sustituir a la cefalea.¹

4.1.2 Ansiedad

La ansiedad es una condición o estado emocional del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprehensión subjetiva, conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del Sistema Nervioso Autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctúa a través del tiempo.²

4.1.3 Depresión

La palabra depresión viene del latín depressio: hundimiento. El paciente se siente hundido con un peso sobre su existencia. Es un trastorno afectivo que varía desde: bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad. La depresión es una enfermedad tratable, al igual que la diabetes o la hipertensión.²

4.2 Epidemiología:

La depresión afecta a más de 300 millones de personas en el mundo y es la principal causa mundial de discapacidad. En casos de mayor severidad puede llevar al suicidio.³ En Diciembre del 2019, el brote por COVID 19 fue detectado en Wuhan (China); 1 mes después se declaró Emergencia de Salud Pública de preocupación internacional, y el 11 de Marzo del 2020 se reconoció como una pandemia que se esparció a través de 190 países en un corto período de tiempo. El 7 de Abril del 2020, había más de 1,348,000 casos confirmados de COVID-19, un poco más de 286,000 casos recuperados y alrededor de 74,000 muertes a nivel global. Con más de 367,000 casos en total, Estados Unidos fue por mucho, el país más afectado, seguido por España (>136,000 casos), Italia (>132,000 casos) y Alemania (>103,000 casos).⁴

También se ha identificado ciertos grupos que son más vulnerables a padecer estrés psicológico por la pandemia: Taylor et al. reportaron que, durante un brote de influenza equina, las personas jóvenes, así como personas con un nivel de estudios bajo y personas con dependencia financiera de empresas que enfrentan una crisis, son significativamente más propensos a padecer angustia psicológica. Estos autores identificaron que aquellos con 1 hijo tienen 1.2 más riesgo de padecer angustia psicológica a comparación de los que no tienen hijos.⁵

Durante la pandemia de influenza, Jacobs et al. encontraron que personas con mal estado de salud tenían una mayor percepción de riesgo y preocupación por sí mismos y por los demás que aquellos con un buen estado de salud; también, Giuseppe et al, reportaron que personas con bajo estatus socioeconómico y menor nivel educativo mostraron un riesgo más elevado de preocupación durante la

influenza aviar.⁵ Algunos efectos negativos que ha tenido la enfermedad por COVID-19 en México incluyen la generación de pánico en compras y robos, lo que a su vez ha llevado a la escasez de gel antibacterial y mascarillas, así como una caída en el precio de la gasolina, y el cierre temporal o definitivo de empresas. De hecho, se perdieron 346,878 empleos formales entre el 13 de Marzo y el 6 de Abril.⁵

En cuanto a los efectos que produce el confinamiento, los primeros estudios en realizarse en esta enfermedad específica arrojan que el confinamiento afecta más a las personas jóvenes, y una causa probable es el uso de las redes sociales. Se ha demostrado que las personas mayores tienen un mejor manejo de la información que reciben, así como una mejor adaptación a las situaciones que se presenten, a diferencia de los más jóvenes, por lo que la edad es un factor predisponente para sufrir alguna de las entidades tratadas en este estudio y puede afectarnos en cualquier momento de nuestro ciclo vital.⁶

En pandemias anteriores, se han identificado diferentes efectos en la salud mental de las personas, incluyendo ansiedad y depresión, debido al confinamiento social, ya que aunque esta medida se utilice para disminuir los contagios, repercute en cuestiones sociales, económicas y la salud mental. Unos ejemplos son los estudios realizados durante la epidemia por el Síndrome Respiratorio de Oriente Medio en donde uno de los principales síntomas presentados por las personas en aislamiento fue ansiedad, y la epidemia del Síndrome Respiratorio Agudo Grave en Canadá, en donde uno de los principales síntomas fue depresión.⁷

4.3 Diagnóstico

4.3.1 Depresión

De acuerdo con el DSM-V, esta entidad se puede diagnosticar con al menos 5 de los siguientes síntomas con una duración de al menos 2 semanas (deben incluir estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer):⁸

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva.

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.⁸

4.3.2 Ansiedad

Igualmente, el DSM-V diagnostica a esta entidad de la siguiente manera: 1. Se siente nervioso o tenso. 2. Se siente inhabitualmente inquieto. 3. Dificultad para concentrarse debido a las preocupaciones. 4. Miedo a que pueda suceder algo terrible. 5. El individuo siente que podría perder el control de sí mismo.

Ésta puede clasificarse por la gravedad actual: Leve: 2 síntomas. Moderado: 3 síntomas. Moderado-grave: 4 o 5 síntomas. Grave: 4 o 5 síntomas.⁸

4.3.3 COVID-19

Actualmente el diagnóstico puede realizarse por medio de la transcripción inversa reacción en cadena de (RT-PCR) y la amplificación isotérmica mediada

por bucle de transcripción inversa. En pacientes con fiebre, odinofagia, tos o disnea de reciente aparición se les debe realizar tomografía computarizada independientemente de si su RT-PCR es negativa.⁹

4.4 Tratamiento

4.4.1 COVID-19

4.4.1.1 Antivirales

Hasta el momento no hay evidencia de que un antiviral sea mejor que otro, los más utilizados hasta el momento son el Lopinavir que inhibe la actividad de la proteasa del virus in vitro y en estudios en animales, por lo que este antiviral es uno de los que podrían ser de elección para tratar la enfermedad en un futuro. Otro antiviral es la Ribavirina (análogo de guanósina), que se utiliza para tratar múltiples infecciones virales, incluyendo el virus sincitial respiratorio, virus de Hepatitis C y algunas fiebres hemorrágicas. El Remdesivir se utiliza para tratar el ébola, ya que muestra actividad antiviral de amplio espectro contra varios virus de ARN. En un estudio en roedores, el uso del Remdesivir mejoró la función pulmonar, así como se notó mejoría en patología pulmonar grave. Este antiviral fue el primero en utilizarse para tratar infección por COVID-19 en los Estados Unidos, en donde el paciente al que se le aplicó mejoró condiciones en un día. El Lopinavir/ritonavir y el arbidol se asocian con mejoría significativa en pacientes con COVID-19, aunque su eficacia y seguridad aún no están bien definidos.⁹

4.4.1.2 Cloroquina e hidroxicloroquina

La cloroquina es un antipalúdico y usado en enfermedades autoinmunes, ampliamente utilizado por ser de amplio espectro. Se sabe que bloquea la infección por virus al aumentar el pH endosómico necesario para la fusión del virus con las células, además de que interviene con la glicosilación de los receptores celulares de SARS-COV. Este medicamento se incluyó en las recomendaciones para la prevención y tratamiento de la neumonía por COVID-19, sin embargo, requerirá de más estudios para determinar la dosis. La hidroxicloroquina es un análogo de la cloroquina, que en estudios realizados se encontró una mejor eficacia que la de la cloroquina en células infectadas por SARS-CoV-2 in vitro. Ambos medicamentos

pueden suprimir el sistema inmune por lo que se requiere evaluar aún su eficacia, para que, en caso de ser efectiva, usarla como profilaxis y tratamiento definitivo en pacientes expuestos al SARS-CoV-2.⁹

4.4.1.3 Anticuerpos

La creación de anticuerpos contra COVID-19 es una de las terapias que actualmente se encuentran en investigación, sin embargo se sabe poco de sus avances al ser una enfermedad nueva y porque no es fácil aplicar anticuerpos monoclonales para nuevos patógenos, sin embargo, diferentes estudios han reportado que los anticuerpos CR3022 podrían ser usados como tratamiento en un futuro, ya sea solos o en combinación con otros anticuerpos para la prevención y el tratamiento de esta enfermedad debido a que al interactuar con el ARN del virus suelen reproducirse y crear inmunidad.⁹

4.4.1.4 Transfusión de plasma convaleciente

Se ha demostrado que la transfusión de éste en etapas tempranas de la enfermedad reduce la probabilidad de mortalidad comparada con placebo y con no dar tratamiento. Se recomienda que el plasma se obtenga 2 semanas posteriores a la recuperación para asegurar que haya anticuerpos de neutralización. ⁹

4.4.1.5 Vacunas

La vacuna que actualmente se ha estado aplicando en mayor cantidad en nuestro país, en especial a los trabajadores de salud es la BNT_{162b2} PFIZER/BioNTECH, la cual está compuesta por ácido ribonucleico mensajero (ARNm) de una sola cadena por medio de transcripción in vitro libre de células a partir de plantillas de ácido desoxirribonucleico (ADN), la cual contiene información codificadora de la proteína S (SPIKE). Ésta vacuna debe estar congelada y puede mantenerse hasta por 6 meses a una temperatura de -80 °C a -60°C y una vez descongelada puede almacenarse por 5 días entre 2°C y 8°C.¹⁰

La eficacia de esta vacuna es del 95% al pasar 7 días de la segunda aplicación, y su aplicación es intramuscular en el músculo deltoides del brazo de menor uso a una dosis de 0.3ml. Su uso se recomienda en personas mayores de 16 años.¹⁰

El 4 de Enero de 2021 la COFEPRIS otorgó la autorización para el uso de la vacuna de AstraZeneca de emergencia en México, la cual está basada en un vector viral no replicante que requiere condiciones de almacenamiento compatibles con las demás vacunas del Programa Universal de Vacunación de México (de 2°C a 8°C).¹¹

Actualmente en México se encuentran diversos sitios de investigación de las vacunas CanSino, Janssen y Novavax, además de que el gobierno se encuentra optimista en que otros laboratorios puedan abrir sitios de investigación de sus vacunas candidatas contra el virus SARS-CoV-2 en 2021, siempre que cumplan los requisitos establecidos por la autoridad sanitaria y se garantice la seguridad de los participantes.¹¹

Hasta el 12 de Febrero de 2021, la vacuna de AstraZeneca presenta una efectividad del 65% y se requiere de 2 dosis para que alcance esta efectividad; la vacuna de CanSino aún no está autorizada por la OMS y tampoco tiene un porcentaje de efectividad definido pero investigaciones hasta el momento arrojan que podría necesitarse sólo una dosis; la vacuna Janssen tampoco ha sido aprobada por la OMS, aún no tiene definido el número de dosis y su porcentaje de efectividad es del 66% según los ensayos en fase 3 que se han realizado.¹²

La vacuna Novavax tampoco ha sido aprobada por la OMS, requiere de 2 dosis y tiene un porcentaje de efectividad del 89% en el Reino Unido, aunque en África presentó una efectividad del 49%; por último la vacuna Sputnik-V (desarrollada en Gamaleya, Rusia) ya está aprobada por la OMS, tiene una efectividad del 92% y se requiere de 2 dosis para alcanzar esta efectividad.¹²

4.4.1.6 Corticoesteroides

Su uso se recomienda en casos de infección COVID-19 severa, incluyendo pacientes embarazadas o que tengan enfermedad cardiovascular a una dosis de 6mg/día; en ningún caso indicarla por más de 10 días y vigilar efectos adversos.¹³

4.4.2 Ansiedad

El tratamiento puede dividirse en no farmacológico y farmacológico. El no farmacológico consiste en terapia conductual. Se debe proporcionar al paciente toda la información científica sobre su padecimiento, así como los diferentes tratamientos, además de tomar en cuenta su opinión para un mejor tratamiento. Para el tratamiento farmacológico se debe considerar la edad del paciente, si ha tenido tratamiento previo, riesgo de intento suicida, así como preguntar morbilidades por interacción de medicamentos o si la paciente es mujer preguntar si está embarazada. Se recomienda iniciar tratamiento a la brevedad; se puede utilizar benzodiazepinas (alprazolam, Lorazepam y diazepam) al inicio, en las regularizaciones y en el tratamiento a corto plazo (8-12 semanas). En cuanto al tratamiento de largo plazo, se sugiere el uso de inhibidores selectivos de la recaptura de Serotonina (ISRS); se puede iniciar con paroxetina, sertralina o escitalopram (en caso de usar ISRS, el retiro del medicamento debe ser de manera lenta y gradual). En pacientes adictos se puede recetar buspirona en lugar de benzodiazepinas. En caso de no ver mejoría para las 8-12 semanas, se debe cambiar de medicamento. Cuando los ISRS no funcionan después de 12 semanas de tratamiento, se puede recetar antidepresivos tricíclicos (Imipramina, clomimipramina). Para la fobia social simple, se recomienda propanolol antes de que inicie el cuadro. ¹⁴

4.4.3 Depresión

Se recomienda al inicio del tratamiento la psicoeducación, así como envío con un psicoterapeuta al terminar la fase aguda. En el primer nivel de atención se inicia manejo con ISRS; en caso de que el tratamiento no funcione en un lapso de 6 semanas se debe cambiar a otro medicamento de la misma familia (los pacientes que no respondan al tratamiento o tengan riesgo de suicidio se deben referir a segundo nivel de atención). ¹⁵

4.5 Recomendaciones para personas en aislamiento o cuarentena

La Organización Panamericana de Salud (OPS) recomienda que las personas en confinamiento sigan conectadas y mantengan sus redes de relaciones sociales. En

situación de aislamiento, tratar de continuar con la rutina personal normal, así como crear rutinas nuevas; en caso de requerir distanciamiento social se recomienda continuar en contacto con los demás por medio del internet (correo electrónico, redes sociales) y el teléfono. También recomienda que, en los períodos de estrés, tengamos en cuenta nuestra propia necesidad y sentimientos, así como realizar actividades saludables de nuestro agrado y que sean relajantes. Se debe llevar una alimentación saludable, realizar ejercicio de forma regular, y mantener rutinas habituales de sueño. ¹⁶

5. ANTECEDENTES:

En diciembre de 2019, surgió una patología ocasionada por un coronavirus en Wuhan (Hubei, China). A principios de 2020, la enfermedad por el nuevo coronavirus (COVID-19) comenzó a extenderse por toda China. Este rápido aumento de confirmaciones de casos y muertes ha creado problemas como ansiedad y depresión en toda la población, entre los cuales se encuentran los trabajadores de la salud debido a la falta de información sobre el nuevo virus, al aumento en las horas de trabajo, a la falta de equipo de protección personal y la exposición a la muerte tan cercana.^{17,18}

El primer caso registrado fuera de China se dio en Tailandia el 13 de Enero del 2020, y para el 11 de Marzo del 2020 la OMS declaró la infección por COVID-19 como una pandemia, trayendo consigo una fuerte carga de trabajo para los profesionales de salud, aumentando así la presión física y psicológica, en especial en aquellas regiones en Europa (España), en donde la mortalidad comenzó a subir, así como la mortalidad en el personal sanitario.^{19,20}

En cuanto al continente americano, el primer país en presentar un caso por COVID-19 fue Estados Unidos, quién reportó su primer caso el 20 de Enero en un paciente de 35 años que viajó a Wuhan.²¹

Debido a esto, se realizó un metaanálisis acerca de ansiedad y depresión en trabajadores de la salud (incluyendo China, Taiwán, Singapur, Estados Unidos, entre otros), y se descubrió que el 62% de esta población presentó ansiedad en algún punto de esta pandemia, y 54% depresión, especialmente en aquellos trabajadores que se encontraban trabajando directamente con pacientes con COVID-19.²²

Así mismo, se realizó una encuesta a través de internet en 75 países diferentes en relación a la salud mental en trabajadores de la salud, en donde se reportó que la mayoría de los trabajadores que sufren de problemas de ansiedad son médicos generales, en comparación con los especialistas debido a la falta de experiencia, así como también un mayor número de ansiedad en enfermeras que se encuentran en primera línea que en los médicos.²³

En el caso de América Latina, el primer caso se reportó en Brasil, debido a una persona que regresó de un viaje a Italia el 20 de febrero del 2020. El segundo país fue México con 5 casos, seguido con Ecuador con 6 casos y República Dominicana con 4 casos.²⁴

Para el 26 de marzo, el total de casos registrados a nivel mundial era de 588 905, siendo Estados Unidos, China e Italia los países con la mayor cantidad de casos, para este entonces ya se tenía registrada la enfermedad en 176 países. En cuanto al número de muertos, la cantidad superaba los 25,336, principalmente en Italia, España y China, dando así una letalidad global aproximada de 4.30%.²⁵

La Secretaría de Salud reportó el primer caso de Covid-19 en México importado el 28 de febrero en la Ciudad de México (iniciando la fase 1), por lo que se tomaron medidas para tratar de frenar la propagación del virus en la población. El 24 de Marzo de 2020 se declaró la fase 2, la cual consistía en la dispersión comunitaria del virus donde se presenta el contagio de persona a persona en las comunidades, y finalmente, el 21 de abril se declaró la Fase 3, consistente en la etapa de contagio epidémico, siendo Baja California uno de los estados más afectados.²⁶

Se realizó una encuesta en México vía correo electrónico y en redes sociales en la que se evaluaba la salud mental de los trabajadores de salud y la mayoría de las personas encuestadas presentó ansiedad(65.33%), y la principal preocupación de los trabajadores era infectar a algún miembro de su familia (68%).²⁷

En cuanto a la población general, se realizó una encuesta en la primera semana de la Fase 1 y de la Fase 2, en donde se encontró que la salud mental de las personas empeoraba, ya que conforme la enfermedad fue avanzando, los niveles de ansiedad fueron subiendo, siendo responsables las noticias en la televisión y el uso de las redes sociales (Facebook), así como la prolongación del distanciamiento social.²⁸

Desafortunadamente, el pueblo mexicano no ha seguido las medidas que el gobierno ha propuesto y aún se ve mucha gente caminando por la calle sin el uso del cubrebocas; también se observa mucho la discriminación en contra del gremio médico, quien en ocasiones ha llegado a sufrir de agresiones verbales y físicas en todos los estados, lo que ha ocasionado un aumento en enfermedades mentales como ansiedad y depresión, y debido a la falta de uso de medidas higiénicas y de

sana distancia hasta el mes de Mayo del 2020 se reportaron 33,460 casos positivos, siendo Baja California uno de los estados con más casos positivos en el país.²⁹

Esta pandemia no solo ha afectado la salud física de las personas, sino que también afecta directamente las condiciones de vida de una familia completa, en especial por la parte económica, ya que si el miembro de la familia que trabaja es el que se enferma, no sólo habrá miedo a contagiarse, sino preocupación por la pérdida de la principal fuente de ingresos familiares y frustración debido al confinamiento obligatorio.³⁰

6. JUSTIFICACIÓN

La problemática que se vive actualmente al enfrentarnos a una pandemia por el virus de Covid-19 constituye un verdadero problema de salud pública con consecuencias negativas debido a la depresión y ansiedad que las personas pueden desarrollar al encontrarse en confinamiento, afectando no sólo a ellas mismas si no a su entorno familiar inmediato, como a la sociedad en general. Así mismo, conlleva un costo económico y de salud pública real que repercute en la dinámica social propiciando trastornos en la integridad biopsicosocial del individuo, su familia y la comunidad en general. Debemos recordar que esta enfermedad es nueva, por lo que no tenemos muchos datos sobre los efectos que ésta tiene sobre la salud mental de las personas; actualmente hay muchos estudios sobre ansiedad y depresión en trabajadores de salud, sin embargo, en este estudio nuestra finalidad es identificar éstas 2 entidades importantes en la familia del trabajador de salud, ya que de esta manera no nos enfocamos en evaluar el estado psicológico de un solo individuo, sino en la familia completa. Gracias a este estudio podrían beneficiarse familias completas y podríamos hacer una proyección de lo que las familias de los trabajadores de salud se encuentran viviendo en todas las unidades de Medicina Familiar, no sólo en la Unidad de Medicina Familiar No.18. Este estudio es factible ya que se realizará a los familiares de trabajadores de salud de la UMF No. 18 en Tijuana, B C, por lo que ellos serán mi población de estudio para la obtención de datos. Por lo tanto existe una necesidad urgente de estudio de dicha población para realizar acciones correspondientes, no existen publicaciones en nuestra entidad sobre esta temática.

7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La revisión de la literatura científica existente revela que hasta la fecha se han realizado varios estudios de ansiedad y depresión en trabajadores de la salud, pero no se ha encontrado referencia de una investigación que evalué si existe o no desarrollo de estas entidades en los familiares de los trabajadores, y esto puede afectar en gran parte al mismo trabajador de salud. Se tiene registrado que durante la pandemia hemos tenido mucha falta de información, y debido a esto, hemos tenido muchos casos de COVID-19; así mismo se han registrado agresiones al personal de salud por lo que los mismos familiares pueden llegar a desarrollar cuadros de ansiedad y depresión. Por esta razón se pretende investigar la prevalencia de ansiedad y depresión en las familias de los trabajadores de la Salud en la Unidad de Medicina Familiar No18.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia de ansiedad y depresión en las familias de los trabajadores de salud debido a la contingencia Covid-19, con un rango de edad de 18 a 65 años en la Unidad de Medicina Familiar No18 en Tijuana, Baja California?

8. OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en familiares de trabajadores de la salud por motivo de contingencia COVID-19.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar la presencia de ansiedad y depresión en familiares de trabajadores de salud debido a la contingencia COVID-19.
- Analizar cuál es el rango de edad más susceptible a padecer ansiedad y depresión.
- Describir cuál es el sexo que predomina para desarrollar ansiedad y depresión.
- Determinar cuál es el parentesco familiar más susceptible a padecer ansiedad y depresión
- Identificar la presencia de miedo a enfermarse por COVID-19 en las familias de los trabajadores de la salud relacionado con COVID-19 con el uso de la escala de miedo a COVID.

9. HIPÓTESIS DE TRABAJO

En este proyecto de investigación no hay hipótesis.

10. MATERIAL Y MÉTODOS

Clasificación del estudio: este estudio es de tipo descriptivo, transversal y observacional y se realizó por medio de aplicación de las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton, así como la escala de miedo a COVID-19 de acuerdo a su validez, ya que la escala de depresión tiene una alfa de Cronbach entre 0.7 y 0.92, la escala de ansiedad de 0.89 y la escala de miedo al covid-19 es de 0.92 . En cuanto a la escala de ansiedad, hay 14 ítems y los puntajes van de: 0-5 puntos: normal, 6-14: ansiedad leve, 15-24: ansiedad moderada y >24: ansiedad severa. Para la escala de depresión de Hamilton hay 17 ítems y los puntajes van de; 0-7: normal, 8-12: depresión menor, 13-17: menos que depresión mayor, 18-19: depresión mayor y de 30-52: más que depresión mayor; además de la escala de miedo al COVID-19 que consta de 7 ítems en los cuales el familiar responde a las preguntas si está completamente en desacuerdo, en desacuerdo, si le es indiferente, si está de acuerdo o completamente de acuerdo, y si la mayoría de las preguntas son positivas entonces el test es positivo.

Lugar: Unidad de Medicina Familiar No.18, Tijuana, Baja California.

Periodo: Marzo 2021-Marzo 2022

Población: Familiares directos (hombres y mujeres) de trabajadores de salud que tengan entre 18 y 65 años.

Tipo de muestra: No probabilística.

Tamaño de muestra: El total de trabajadores de salud en la UMF No. 18 es de 234 según el último censo realizado en el departamento de personal de la unidad, por lo que basados en un nivel de confianza del 95%, y con un intervalo de confianza de 3, obtenemos una muestra de 192 familias; esta información se obtuvo de The Survey System, el cual es un software que nos ayuda a calcular el tamaño de una muestra. El muestreo fue aleatorio simple, y por no encontrar el número de familias seleccionado pasó a conveniencia, en bola de nieve, ya que los trabajadores de salud les daban las escalas a sus familiares para que las contestaran.

Criterios de inclusión: Familiares directos de los trabajadores de salud de la Unidad de Medicina familiar No. 18, así como familiares del trabajador de salud que vivan en la misma casa.

Criterios de Exclusión: Familiares directos que no se encuentren viviendo en la misma casa que el trabajador de la salud, así como los familiares que por algún motivo se encuentren fuera de la ciudad o viajen fuera de la misma durante el tiempo de estudio.

Criterios de eliminación: Familiares directos de los trabajadores de salud que no completaran correctamente las escalas.

Tipo de estudio: descriptivo, transversal y observacional de tipo encuesta descriptiva.

Análisis estadístico: el análisis de datos incluye estadísticas descriptivas, incluyendo la media, mediana y moda, así como medidas de dispersión (desviación estándar), así como el uso de distribución porcentual por medio de X^2 . Se empleó el programa SPSS para el análisis de los datos.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Ansiedad	Es una condición o estado emocional del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprehensión subjetiva, conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del Sistema Nervioso Autónomo	Cualitativa nominal	0-5: normal 6-14: ansiedad leve 15-24: ansiedad moderada >24: severa	Medida a través de un ítem cerrado situado en la Escala de Hamilton para ansiedad.
Depresión	Es un trastorno afectivo que varía desde: bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad.	Cualitativa nominal	0-7: estado normal 8-12: depresión menor 13-17: menos que depresión mayor	Medida a través de un ítem cerrado situado en la Escala de Hamilton para ansiedad.

			18-29: depresión mayor	
Edad	Número de años de vida de una persona, medidos a partir de su nacimiento.	Cuantitativa continua	Número en años	Medida a través de un ítem abierto situado en el cuestionario.
Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Cualitativa Nominal	1. Hombre 2. Mujer	Escala en donde se escribió si son de sexo femenino o masculino
Parentesco con el trabajador de salud	Vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta.	Cualitativa Nominal	1= Hijo (a) 2= Esposo (a) 3= Abuelo (a) 4= Tío (a) 5= Primo (a) 6= Sobrino (a) 7= Otro (a)	Escala en donde describieron el parentesco que tienen con el trabajador de salud (hijo, hija, esposo, esposa, etc.)
Miedo al Covid-19		Cualitativa Nominal	Dicotómica	Escala de miedo al Covid-19. Consta de 7 ítems, en los cuales el paciente responde si está completamente en desacuerdo, en desacuerdo, le es indiferente, si está de acuerdo o completamente de acuerdo, si está de acuerdo en la mayoría entonces la prueba es positiva a miedo a COVID-19

11. ASPECTOS ÉTICOS

En el presente estudio, se manejaron con respeto y plena confidencialidad los datos personales recabados de cada uno de los pacientes por medio de las escalas que se les aplicaron. La investigadora responsable resguardó toda la información generada en la presente investigación bajo llave.

Según lo estipulado en la Declaración de Helsinki, cada participante llenó un consentimiento informado que avalaba que participa de manera voluntaria en el estudio, tal como lo especifican los principios 23 a 32; así como las Guías de Ética internacionales para Investigación Biomédica en su apartado referente a la investigación; lo dispuesto por la Organización Mundial de la Salud en materia de investigación. También se apega al Artículo 96, en su segundo apartado, que habla del conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.

La presente investigación se apega a los lineamientos en materia de investigación emitidas por el Instituto Mexicano del Seguro Social, los cuales se alinean a normatividad internacional y nacional.

Se considera que al no representar una intervención física directa en los pacientes ni tener repercusión en trámites laborales, la investigación presente no representó riesgo.

12. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

RECURSOS:

Humanos: Primeramente la investigadora responsable (Paola Avila Gonzalez) se encargó de realizar las escalas e imprimirlas para entregarlas a los trabajadores de salud. La Dra. Erika Armenta Inzunza se encargó del asesoramiento metodológico del trabajo de investigación y la Dra. Karen Lizbeth López Díaz quien es la asesora temática de este trabajo, así como todos los trabajadores de salud que serán seleccionados se encargaron de aplicar las escalas a sus familias en casa.

Físicos: se estimó alrededor de 50-100 cuestionarios para nuestro estudio, así como 50-100 hojas de consentimiento informado. Para mayor comodidad los datos personales se llenarán con pluma azul y las preguntas con lápiz.

FINANCIAMIENTO: este estudio no requirió financiamiento externo.

FACTIBILIDAD: esta investigación se pudo realizar dentro del tiempo límite establecido ya que solo es un cuestionario, además de que no interviene en cuanto a los aspectos éticos establecidos en la Declaración de Helsinki ni en la Ley Federal de Salud.

13. BIOSEGURIDAD

En esta investigación no existe riesgo a la integridad o a la vida de los pacientes ya que solo se les aplicará un cuestionario.

14. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	2020	2021	2022	2023		
	JUL-DIC	ENE-NOV	DIC	ENE-FEB	MAR-DIC	ENE
Elaboración del protocolo						
Revisión final y registro del protocolo						
Aplicación de escalas						
Recolección de datos						
Análisis de resultados						
Presentación de tesis						

15. RESULTADOS

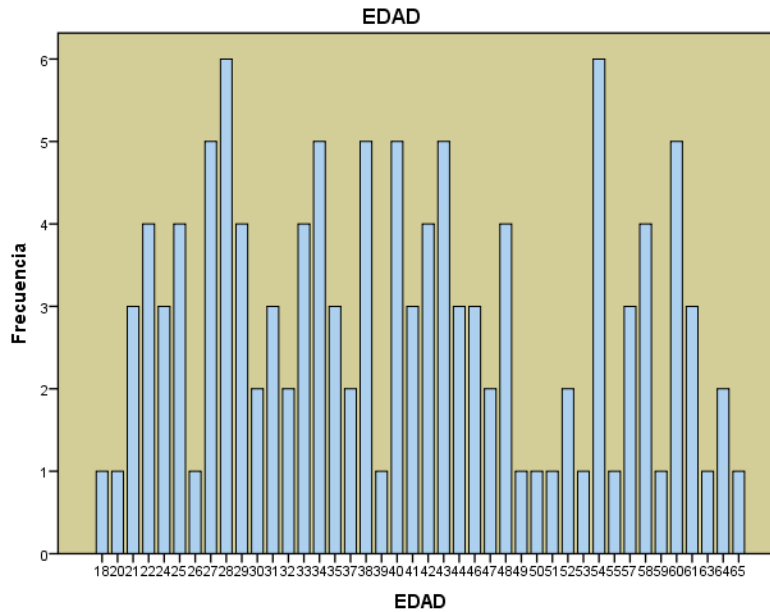
15.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Durante el periodo de Marzo de 2022 a Enero de 2023, se entregó a los trabajadores de salud las escalas de Ansiedad y Depresión de Hamilton, así como una escala de miedo a Covid-19 para que sus familiares la llenarán en casa, sin embargo de las 201 encuestas que se entregaron, sólo las devolvieron 111 familias, dándonos un total de 121 participantes. El principal motivo por el que no se recuperaron las encuestas es porque el trabajador no las regresó (47 familias), 12 trabajadores no aceptaron que su familia participara y 31 trabajadores vivían solos.

De los datos obtenidos, primeramente se sacaron frecuencias; iniciando por la edad, la media fue de 40 años (40.35%), la mediana de 40 años (40.0%) y la moda fue de 28 años con 6 participantes (5%).

EDAD				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	18	1	.8	.8
	20	1	.8	1.7
	21	3	2.5	4.1
	22	4	3.3	7.4
	24	3	2.5	9.9
	25	4	3.3	13.2
	26	1	.8	14.0
	27	5	4.1	18.2
	28	6	5.0	23.1
	29	4	3.3	26.4
	30	2	1.7	28.1
	31	3	2.5	30.6
	32	2	1.7	32.2
	33	4	3.3	35.5
	34	5	4.1	39.7
	35	3	2.5	42.1
	37	2	1.7	43.8
	38	5	4.1	47.9
	39	1	.8	48.8

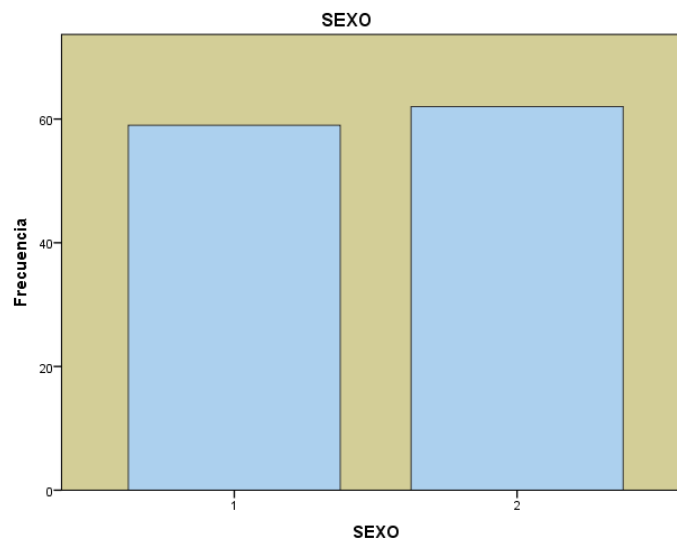
40	5	4.1	4.1	52.9
41	3	2.5	2.5	55.4
42	4	3.3	3.3	58.7
43	5	4.1	4.1	62.8
44	3	2.5	2.5	65.3
46	3	2.5	2.5	67.8
47	2	1.7	1.7	69.4
48	4	3.3	3.3	72.7
49	1	.8	.8	73.6
50	1	.8	.8	74.4
51	1	.8	.8	75.2
52	2	1.7	1.7	76.9
53	1	.8	.8	77.7
54	6	5.0	5.0	82.6
55	1	.8	.8	83.5
57	3	2.5	2.5	86.0
58	4	3.3	3.3	89.3
59	1	.8	.8	90.1
60	5	4.1	4.1	94.2
61	3	2.5	2.5	96.7
63	1	.8	.8	97.5
64	2	1.7	1.7	99.2
65	1	.8	.8	100.0
Total	121	100.0	100.0	



El sexo más común fue el femenino con un total de 62 participantes (51.2%).

SEXO

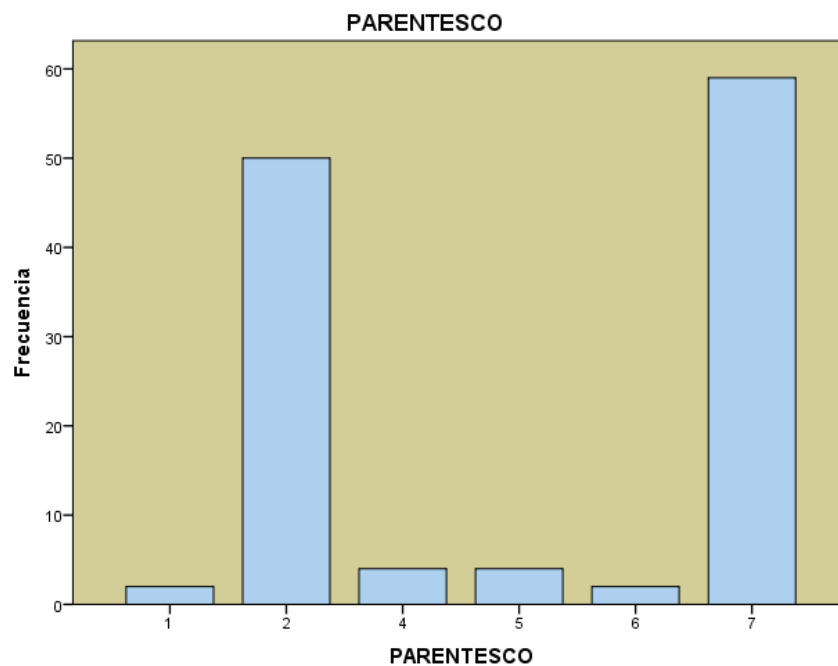
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	59	48.8	48.8	48.8
	2	62	51.2	51.2	100.0
	Total	121	100.0	100.0	



Los familiares más afectados por ansiedad y/o depresión fueron los padres con un total de 59 participantes (48.8%), seguidos de los conyugues con un total de 41.3 participantes (41.3%).

PARENTESCO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	2	1.7	1.7	1.7
	2	50	41.3	41.3	43.0
	4	4	3.3	3.3	46.3
	5	4	3.3	3.3	49.6
	6	2	1.7	1.7	51.2
	7	59	48.8	48.8	100.0
	Total	121	100.0	100.0	

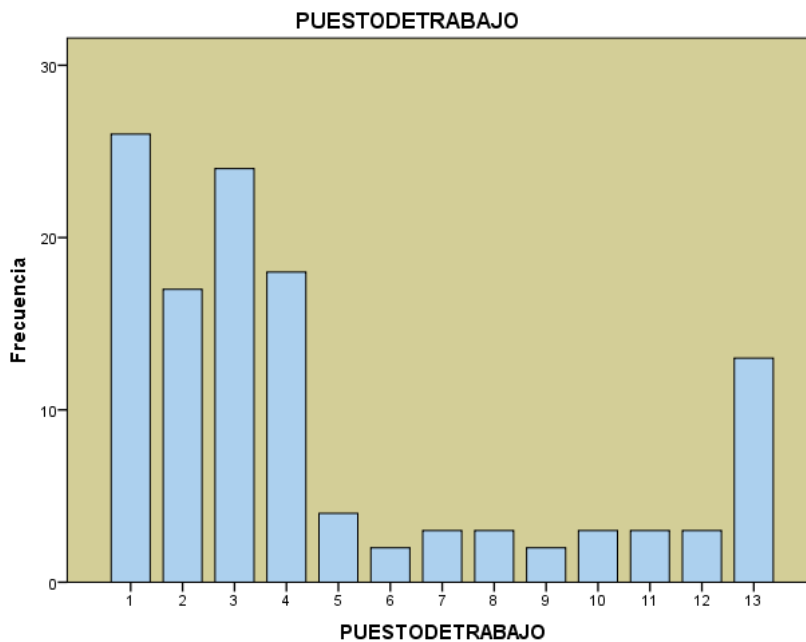


El mayor porcentaje de familiares afectados se observó dentro del área médica con 26 participantes (21.5%), seguido del área de enfermería con 17 participantes (14.0%).

PUESTODETRABAJO

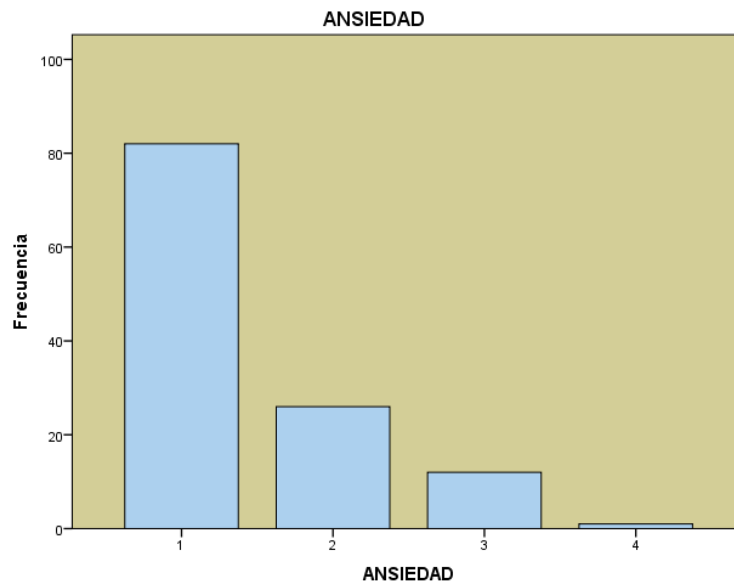
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	26	21.5	21.5	21.5
	2	17	14.0	14.0	35.5

3	24	19.8	19.8	55.4
4	18	14.9	14.9	70.2
5	4	3.3	3.3	73.6
6	2	1.7	1.7	75.2
7	3	2.5	2.5	77.7
8	3	2.5	2.5	80.2
9	2	1.7	1.7	81.8
10	3	2.5	2.5	84.3
11	3	2.5	2.5	86.8
12	3	2.5	2.5	89.3
13	13	10.7	10.7	100.0
Total	121	100.0	100.0	



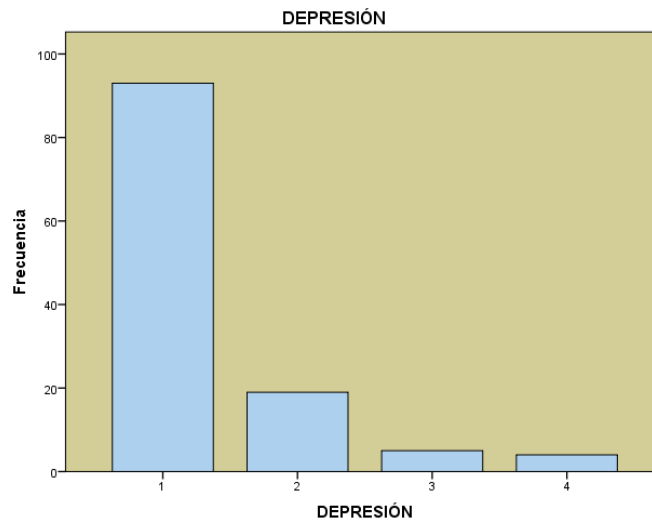
En cuanto a la variable de ansiedad, se observó que un total de 39 participantes (32.23%) la padecían, de los cuales 26 participantes (21.5%) padecían ansiedad leve, 12 participantes (9.9%) padecían ansiedad moderada y 1 paciente (0.8%) padecía ansiedad severa.

ANSIEDAD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	82	67.8	67.8	67.8
	2	26	21.5	21.5	89.3
	3	12	9.9	9.9	99.2
	4	1	.8	.8	100.0
	Total	121	100.0	100.0	



En cuanto a la variable de depresión, se observó que un total de 29 participantes (23.14%) la padecían, de los cuales 19 pacientes (15.7%) padecían depresión leve, 5 pacientes (4.1%) padecían menos de que depresión mayor, y 4 pacientes (3.3%) padecen en este momento depresión mayor.

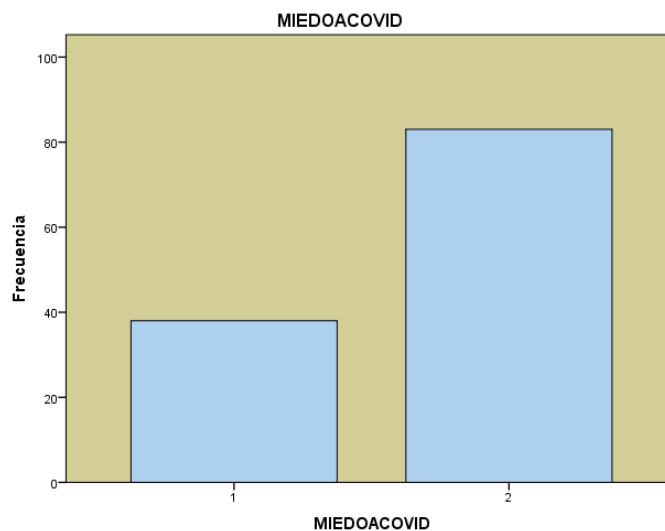
DEPRESIÓN					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	93	76.9	76.9	76.9
	2	19	15.7	15.7	92.6
	3	5	4.1	4.1	96.7
	4	4	3.3	3.3	100.0
	Total	121	100.0	100.0	



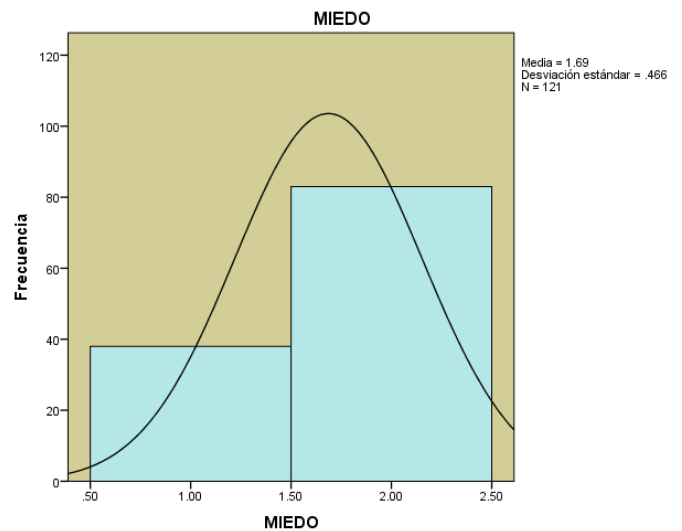
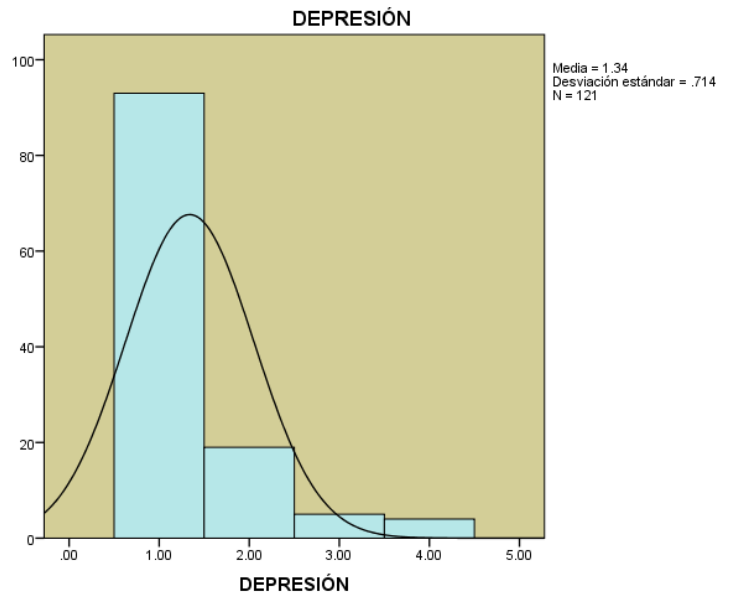
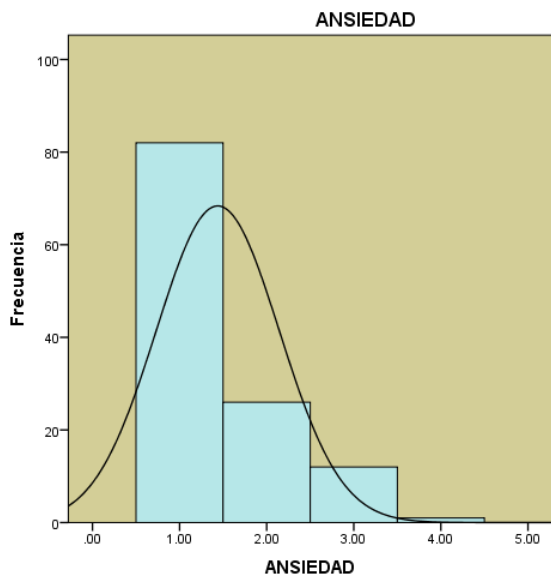
En cuanto al miedo a la contingencia por Covid-19, se observó que 38 participantes (31.4%) presentaban miedo a la situación actual por Covid-19, mientras que 83 participantes (68.6%) refirieron no tener miedo.

MIEDOACOVID

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	38	31.4	31.4	31.4
	2	83	68.6	68.6	100.0
Total		121	100.0	100.0	



Ahora bien, como medida de dispersión, se utilizó la desviación estándar, la cual nos dio un valor de .705 para nuestra variable de ansiedad, un valor de .713 para la variable de depresión y un valor de .466 para la variable de miedo por motivo de la contingencia por Covid-19, lo que nos hace ver que no hay una alteración significativa con respecto a la media obtenida ya que nuestro valor fue menor a 1.



		Estadísticos		
		ANSIEDAD	DEPRESIÓN	MIEDO
N	Válido	121	121	121
	Perdidos	0	0	0
Desviación estándar		.70584	.71360	.46607

Los casos de ansiedad y depresión se relacionaron con la variable de miedo a covid-19 para observar si realmente existe una relación entre las 2 patologías y la situación actual.

Iniciando por la variable de ansiedad relacionada a covid-19, se utilizó la medición de X^2 , con la que por medio del uso de tablas cruzadas se observó que de los 38 pacientes que afirmaron tener miedo a Covid-19, 17 participantes (44.7%) salieron sanos en la escala de Ansiedad de Hamilton; se observó también que 14 participantes (36.8%) tenían ansiedad leve, 6 participantes (15.8%) tenían ansiedad moderada y 1 participante (2.6%) tenía ansiedad severa. De estos 21 participantes, 8 participantes (38.09%) eran hombres y 13 mujeres (61.90%). De igual manera, se encontró que la edad más común en estos pacientes fue de 60 años con 2 pacientes.

En cuanto a los pacientes que tuvieron un resultado negativo a miedo a Covid-19, 65 participantes (78.3%) salieron normales, 12 participantes (14.5%) presentaron con ansiedad leve, 6 participantes (7.2%) presentaron ansiedad moderada y ningún participante presentó ansiedad severa. Estos datos nos revelan que si hay una relación entre la ansiedad y la contingencia por Covid-19, ya que en la mayoría de los casos por ansiedad, los participantes si presentaban miedo a Covid-19, resultando así un valor de p de 0.002; por lo tanto si hay una significancia importante que relacione el miedo a covid-19 con ansiedad.

Tabla cruzada

		ANSIEDAD				Total	
		1	2	3	4		
MIEDOACOVID	1	Recuento	17	14	6	1	38
		% dentro de MIEDOACOVID	44.7%	36.8%	15.8%	2.6%	100.0%
	2	Recuento	65	12	6	0	83
		% dentro de MIEDOACOVID	78.3%	14.5%	7.2%	0.0%	100.0%
Total		Recuento	82	26	12	1	121
		% dentro de MIEDOACOVID	67.8%	21.5%	9.9%	0.8%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14.525 ^a	3	.002
Razón de verosimilitud	14.370	3	.002
Asociación lineal por lineal	11.755	1	.001
N de casos válidos	121		

Tabla cruzada EDAD*ANSIEDAD

		ANSIEDAD			Total
		2	3	4	
EDAD	27	0	1	0	1
	28	1	0	0	1
	32	0	1	0	1
	33	0	1	0	1
	35	1	0	0	1
	40	0	0	1	1
	41	1	0	0	1
	43	0	1	0	1
	44	0	1	0	1
	46	1	0	0	1
	51	0	1	0	1
	55	1	0	0	1
	58	1	0	0	1
	60	2	0	0	2
	Total		8	6	1

Tabla cruzada SEXO*ANSIEDAD

Recuento

		ANSIEDAD			Total
		2	3	4	
SEXO	1	4	3	1	8
	2	10	3	0	13
Total		14	6	1	21

En cuanto a la variable de depresión, se observó que de los 38 participantes que tenían miedo al Covid-19, 20 participantes (52.6%) se encontraban sanos, 12 participantes (31.6%) padecían depresión leve, 3 participantes (7.9%) padecían menos que depresión mayor y 3 participantes (7.9%) padecían depresión mayor. De estos 18 pacientes con depresión, 8 pacientes (44.4%) eran hombres y 10 pacientes (55.55%) eran mujeres. De igual manera, se encontró que la edad más común en estos pacientes fue de 60 años con 2 pacientes.

Mientras que de los pacientes que afirmaron no tener miedo a la contingencia por covid-19, 73 participantes (88.8%) se encontraban sanos, 7 participantes (8.4%) padecían depresión leve, 2 participantes (2.4%) padecían menos que depresión mayor y 1 participante (1.2%) padecía depresión mayor.

Estos resultados nos dieron una p de .000, por lo que se concluye que existe evidencia suficiente para afirmar que el miedo a covid-19 si está relacionado con la depresión y puede ser la causante de esta patología.

Tabla cruzada

		DEPRESIÓN				Total	
		1	2	3	4		
MIEDOACOVID	1	Recuento	20	12	3	3	38
		% dentro de MIEDOACOVID	52.6%	31.6%	7.9%	7.9%	100.0%
	2	Recuento	73	7	2	1	83
		% dentro de MIEDOACOVID	88.0%	8.4%	2.4%	1.2%	100.0%
Total		Recuento	93	19	5	4	121
		% dentro de MIEDOACOVID	76.9%	15.7%	4.1%	3.3%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18.550 ^a	3	.000
Razón de verosimilitud	17.533	3	.001
Asociación lineal por lineal	15.029	1	.000
N de casos válidos	121		

Tabla cruzada

		DEPRESION			
		2	3	4	TOTAL
SEXO	1	5	1	2	8
	2	7	2	1	10
Total		12	3	3	18

Tabla cruzada EDAD*DEPRESION

Recuento

		DEPRESION			Total
		2	3	4	
EDAD	27	1	0	0	1
	28	1	0	0	1
	32	1	0	0	1
	33	0	0	1	1
	35	1	0	0	1
	40	0	0	1	1
	41	0	1	0	1
	43	0	0	1	1
	44	0	1	0	1
	46	1	0	0	1
	51	1	0	0	1
	55	1	0	0	1
	58	1	0	0	1
	60	1	1	0	2
	Total		9	3	3

Así mismo, se buscó una relación entre el miedo a covid-19 en los familiares de los trabajadores de salud para ver cuál era el parentesco más afectado así como al puesto de trabajo al que correspondía el familiar.

En cuanto al puesto de trabajo relacionado al miedo por covid-19, se observó que los familiares más afectados pertenecían al área médica, con un total de 9

participantes (23.6%), seguidos de los familiares del servicio de enfermería con un total de 6 participantes (15.7%).

Tabla cruzada OCUPACIÓN*MIEDOCOVID

Recuento		MIEDOCOVID		Total
		1	2	
OCUPACIÓN	1	9	17	26
	2	4	13	17
	3	6	18	24
	4	5	13	18
	5	2	2	4
	6	1	1	2
	7	1	2	3
	8	0	3	3
	9	1	1	2
	10	0	3	3
	11	2	1	3
	12	3	0	3
	13	4	9	13
Total		38	83	121

Se observó que dentro del diagnóstico de ansiedad asociada al miedo por Covid-19, hubo más casos de ansiedad leve en 7 familiares de Médicos, así como 4 casos de ansiedad moderada dentro de este mismo puesto de trabajo; y sólo se presentó 1 caso de ansiedad severa en un familiar de trabajador del área administrativa, por lo que el tener un familiar médico dentro del núcleo familiar si es un factor predisponente para el desarrollo de estas patologías.

Tabla cruzada

Recuento		ANSIEDAD				Total
		1	2	3	4	
OCUPACIÓN	1	15	7	4	0	26
	2	12	4	1	0	17
	3	19	5	0	0	24

	4	14	2	1	1	18
	5	3	1	0	0	4
	6	1	1	0	0	2
	7	2	1	0	0	3
	8	3	0	0	0	3
	9	0	1	1	0	2
	10	1	1	1	0	3
	11	3	0	0	0	3
	12	1	1	1	0	3
	13	8	2	3	0	13
Total		82	26	12	1	121

Para la variable de depresión, se observó que 5 familiares de médicos presentaron depresión con relación a covid-19, seguido de 1 familiar de médico, 1 de enfermería, 1 de rayos x y 1 familiar de pasante que presentaron menos que depresión mayor y 1 paciente familiar de médico, 2 familiares de puesto administrativo y 1 familiar de pasante presentó depresión mayor. Lo que nos vuelve a demostrar que el tener un familiar en el área médica podía ser un factor de riesgo para padecer depresión.

Tabla cruzada

Recuento		DEPRESIÓN				Total
		1	2	3	4	
OCUPACIÓN	1	19	5	1	1	26
	2	14	3	0	0	17
	3	20	3	1	0	24
	4	14	2	0	2	18
	5	4	0	0	0	4
	6	1	0	1	0	2
	7	2	1	0	0	3
	8	3	0	0	0	3
	9	1	0	1	0	2
	10	1	2	0	0	3
	11	3	0	0	0	3
	12	2	1	0	0	3

	13	9	2	1	1	13
Total		93	19	5	4	121

En cuanto al parentesco, de los 38 pacientes que tenían miedo por la contingencia Covid-19, los más afectados fueron los cónyuges, con un total de 21 participantes (55.26%), seguidos de los padres con 16 participantes (42.10%). En cuanto a pacientes con miedo a covid-19 y ansiedad, se observó que 12 conyugues (57.14%) presentaron algún tipo de ansiedad, seguidos de 8 padres (31.09%) y 1 primo (4.76%).

Por último, en cuanto a pacientes con miedo a covid-19 y depresión, se observó que 10 conyugues (55.55%) padecían algún tipo de depresión, seguidos de 8 padres (44.44%).

Tabla cruzada PARENTESCO*MIEDO

Recuento

		MIEDO		Total
		1	2	
PARENTESCO	1	0	2	2
	2	21	29	50
	4	0	4	4
	5	1	3	4
	6	0	2	2
	7	16	43	59
Total		38	83	121

Tabla cruzada

Recuento

		ANSIEDAD			TOTAL
		2	3	4	
PARENTESCO	2	7	4	1	12
	5	1	0	0	1
	7	6	2	0	8
Total		14	6	1	21

Tabla cruzada

		DEPRESION			
		2	3	4	TOTAL
PARENTESCO	2	6	1	3	10
	7	6	2	0	8
Total		12	3	3	18

16. DISCUSIÓN

Se ha demostrado en varios estudios que los trabajadores de salud presentaron ansiedad y/o depresión debido a la situación por Covid-19, sin embargo como se mencionó previamente no existían estudios que se enfocarán en la familia del trabajador, motivo por el cual se decidió realizar el presente estudio.

Podemos comparar estudios previos para determinar si hay relación en cuanto a componentes sociodemográficos, ejemplos de estos son los estudios de Zhang W (et.al 2020) y Erquicia E (et. al 2020), en dónde se observó que la mayoría de los participantes afectados eran mujeres, lo que nos permitiera afirmar que el sexo femenino es más susceptible a padecer ansiedad y/o depresión secundario a la pandemia por Covid-19.

Otro dato que podemos resaltar es que la mayoría de los participantes que padecieron ansiedad y/o depresión, presentaban estas patologías en un estadio de leve a moderada; esta información no pertenece a los objetivos del estudio pero nos da resultados similares a los obtenidos en el estudio de Córtes-Álvarez NY (et. al 2020), en dónde la mayoría de los participantes afectados por estas patologías se encontraban en estadios similares.

Un dato interesante es que la mayoría de los participantes afectados en el estudio eran familiares del área médica, seguidos del área de enfermería, ya que en estudios recientes, Cag Y (et. al 2021) se demostró que de entre los trabajadores de salud, la rama más afectada era la de enfermería, seguida del área médica, por lo que en cuanto a la rama más afectada si hay cierta discrepancia.

En cuanto a las limitaciones del estudio, la primera fue la dificultad para conseguir que se devolvieran las encuestas, esto debido a varios factores, principalmente porque muchos de los trabajadores no son de base y constantemente se les movía de área, además de que el tiempo aproximado en el que se lograba recolectar las encuestas era alrededor de 4 semanas. Tomando en cuenta que actualmente tenemos muchos medios de comunicación se pudo haber realizado la encuesta por medio de una página de internet, para que los familiares ingresaran de manera más fácil y el llenado fuera más rápido y accesible. Cabe mencionar que éste estudio se realizó con un intervalo de confianza de 3 pensando que se podrían obtener todas

las encuestas por parte de los trabajadores; sin embargo no se consideró que muchos de los trabajadores viven solos; si se hubiera sacado la muestra con un intervalo de confianza de 5, nuestra muestra hubiera sido de 146 familias, un número más próximo a nuestra muestra recolectada, aunque por los tipos de familias que hay hoy en día y las circunstancias en las que algunos trabajadores viven, seguiría siendo complicado llegar a la muestra deseada.

Otro factor importante que no se tomó en cuenta al realizar el estudio fue el hecho de que muchos trabajadores en la unidad viven solos debido a que Tijuana no es su lugar de origen, y sólo se reúnen con sus familiares algunos fines de semana, por lo que pensando que el estudio podría sesgarse se decidió no tomar en cuenta esa población.

Por último, otro punto que no se tomó en cuenta fue que había familiares de trabajadores con diagnóstico establecido de ansiedad y/o depresión, por lo que aunque no estaba dentro de los criterios de exclusión, se decidió excluir a esta población, ya que aunque se podía relacionar las patologías con el miedo a covid-19, estos participantes estaban más susceptibles a padecerlo y crear un sesgo en la información.

17. CONCLUSIONES

Gracias a este estudio podemos confirmar que el Covid-19 constituye una emergencia sanitaria a nivel mundial, la cual no sólo puede traer daños físicos, sino también psicológicos para el individuo y su familia.

El tener un familiar trabajador del área de salud que está más en contacto con pacientes Covid-19, contribuye al desarrollo de ansiedad y/o depresión; además, dentro de esta unidad, los familiares más afectados son los padres de los trabajadores, especialmente familiares del sexo femenino.

En función de los resultados obtenidos en esta investigación, se sugeriría la implementación de programas de prevención, control y disminución de los efectos psicológicos generados por la pandemia de Covid-19 con el objetivo de garantizar el bienestar y la salud mental, tanto de trabajadores de salud como de sus familiares.

18. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud. COMUNICADO OFICIAL. "Actualización de la Definición Operacional de Caso Sospechoso de Enfermedad Respiratoria Viral". DGE, SSA; México: 24 de agosto, 2020. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/573732/Comunicado_Oficial_DOC_sospechoso_ERV_240820.pdf
2. Rivas-Acuña A, García-Barjau H, Cruz-León A, Morales-Ramón F, Enríquez-Martínez RM, Román-Alvarez J. Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2. Salud en Tabasco [Internet] 2011 [28 Julio 2020] 7 (1-2): 30-35 Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/487/48721182005.pdf>
3. Rosas-Matías J, Villanueva-Bejarano A, Pantani-Romero F, Lozano-Vargas A, Ticse-Aguirre R. Frecuencia de depresión y ansiedad no diagnosticadas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a la consulta externa de un hospital general de Lima, Perú. Rev Neuropsiquiatr [Internet] 2019 [28 Julio 2020] 82 (3): 166-174. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972019000300002&script=sci_arttext
4. Brailovskaia J, Margraf J. Predicting adaptive and maladaptive responses to the Coronavirus (COVID-19) outbreak: A prospective longitudinal study. International Journal of Clinical and health Psychology [Internet] 2020 [28 Julio 2020] 20 (x): 183-191. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-international-journal-clinical-health-psychology-355-avance-resumen-predicting-adaptive-maladaptive-responses-coronavirus-S1697260020300442>
5. Cortés-Álvarez NY, Pineiro-Lamas R, Vuelvas-Olmos CR. Psychological Effects and Associated Factors of COVID-19 in a Mexican Sample. Disaster Medicine and Public Health Preparedness [Internet] 2020 [28 Julio 2020] X (x): 1-12. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/services/aopcambridgecore/content/view>

/7F6A1DB36F91BA6957BF1D0743F683B4/S1935789320002153a.pdf/psychological_effects_and_associated_factors_of_covid19_in_americansample.pdf

6. Losada-Baltar A, Jiménez-Gonzalo L, Gallego-Alberto L, Pedroso-Chaparro M, Fernandes-Pires J, Márquez-González M. "We Are Staying at Home." Association of Self-perceptions of Aging, Personal and Family Resources, and Loneliness With Psychological Distress During the Lock-Down Period of COVID-19. *Journals of Gerontology: PSYCHOLOGICAL SCIENCES* [Internet] 2020 [28 Julio 2020] X (x): 1-7. Disponible en: <https://academic.oup.com/psychsocgerontology/advance-article/doi/10.1093/geronb/gbaa048/5819592>
7. Vásquez G, Urtecho-Osorto OR, Agüero-Flores M, Díaz-Martínez MJ, Paguada RM, Varela MA, et. al. Salud mental, confinamiento y preocupación por el coronavirus: un estudio cualitativo. *Interam J Psychol* [Internet] 2020 [28 Febrero 2021]; 54(2): 1-16. Disponible en: <https://journal.sipsych.org/index.php/IJP/article/view/1333>
8. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. 1ra edición. Estados Unidos: American Psychiatric Publishing; 2014.
9. Zhai P, Dinga Y, Wub X, Longc J, Zhong Y Li Y. The epidemiology, diagnosis and treatment of COVID-19. *The epidemiology, diagnosis and treatment of COVID-19 International Journal of Antimicrobial Agents* [Internet] 2020 [28 Julio 2020]; 55 (x): 1-12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7138178/>
10. Gobierno de México. Guía técnica de aplicación de vacuna BNT_{162b2} PFIZER/bioNTECH contra el virus SARS-COV-2. Primera edición. México: Secretaría de Salud; 2021.
11. Gobierno de México. Política nacional rectora de vacunación contra el SARS-CoV-2 para la prevención de la COVID-19 en México. Documento rector. Primera edición. México: Secretaría de Salud; 2021.

12. Wouters OJ, Shadlen KC, Salcher-Konrad M, Pollard AJ, Larson HJ, Teerawattananon Y, et. al. Challenges in ensuring global access to COVID-19 vaccines: production, affordability, allocation, and deployment. *The Lancet* [Internet] 2021 [15 Febrero 2021]; X(x): 1-12. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00306-8/fulltext#seccestitle20aa](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00306-8/fulltext#seccestitle20aa)
13. Gobierno de México. (14 Septiembre 2020). Algoritmos interinos para la atención del COVID-19. Disponible en: http://educacionensalud.imss.gob.mx/es/system/files/Algoritmos_interinos_COVID19_CTEC.pdf
14. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto. CENETEC [Internet] México 2010 [28 Julio 2020]. Disponible en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html
15. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto. CENETEC [Internet] México 2015 [28 Julio 2020]. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
16. OPS. (18 Marzo 2020). Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19. Obtenido de: <https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-psicosociales-salud-mental-durante-brote-covid-19>
17. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, Idoiaga-Mondragon N. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cad. Saúde Pública* [Internet] 2020 [28 Julio 2020]; 36 (4): 1-10. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n4/e00054020/en/>
18. Zhang W, Wang K, Yin L, Zhao W, Xue W, Xue Q, et. al. Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. *Psychother Psychosom* [Internet] 2020 [15 Febrero 2021]; 89(4): 242-250. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32272480/>
19. Santana-Juárez MV, Santana-Castañeda G, Sánchez-Carrillo C, Sánchez-Carrillo R, Ortega-Alcántara R. COVID-19 EN MÉXICO: ASOCIACIÓN

- ESPACIAL DE CARA A LA FASE TRES. *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde* [Internet] 2020 [28 Julio 2020]; X (x): 25-35. Disponible en: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/54317>
20. Erquicia J, Valls L, Barja A, Gil S, Miquel J, Leal-Blanquet J, et. al. Impacto emocional de la pandemia de Covid-19 en los trabajadores sanitarios de uno de los focos de contagio más importantes de Europa. *Med Clin (Barc)* [Internet] 2020 [15 Febrero 2020]; 155(10): 434-440. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32951884/>
21. Aragón-Nogales R, Vargas-Almanza I, Miranda-Novales MG. COVID-19 por SARS-CoV-2: la nueva emergencia de salud. *Rev Mex Pediatr* [Internet] 2019 [28 Julio 2020]; 88 (6): 213-218. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediatr/sp-2019/sp196a.pdf>
22. Serrano-Ripoll MJ, Meneses-Echavez JF, Ricci-Cabello I, Fraile-Navarro D, Fiol-deRoque MA, Pastor-Moreno G, et. al. Impacto de los brotes epidémicos virales en la salud mental de los trabajadores de salud: una revisión sistemática rápida y metaanálisis. *J Affect Disord* [Internet] 2020 [8 Diciembre 2020]; 277(x): 347-357. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7443314/>
23. Cag Y, Erdem H, Gormez A, Ankarali H, Hargreaves S, Ferreira-Coimbra J, et. al. Anxiety among front-line health-care workers supporting patients with COVID-19: A global survey. *General Hospital Psychiatry* [Internet] 2021 [15 Febrero 2021]; 68(x): 90-96. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016383432030178X>
24. Rodríguez-Morales AJ, Gallego V, Escalera-Antezana JP, Méndez CA, Zambrano LI, Franco-Paredes J, et. al. COVID-19 in Latin America: The implications of the first confirmed case in Brazil. *Travel Medicine and Infectious Disease* [Internet] 2020 [28 Julio 2020]; 35 (x): 1-3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32126292/>
25. Sánchez-Duque JA, Arce-Villalobos LR, Rodríguez Morales JA. Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en América Latina: papel de la atención primaria en la preparación y respuesta. *Aten Primaria* [Internet] 2020 [28 Julio

- 2020]; 52 (6): 369-372. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7164864/>
26. Suárez V, Suarez-Quezada M, Oros-Ruiz S, Ronquillo-De Jesús E. Epidemiología de COVID-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril de 2020. Rev Clin Esp. [Internet] 2020 [28 Julio 2020]; X (x): 1-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256520301442>
27. Sánchez-Díaz JS, Peniche-Moguel KG, Rivera-Solís G, González-Escudero EA, Martínez-Rodríguez A, Monares-Zepeda E, et. al. Psicosis del personal de salud en tiempos de COVID-19. Med Crit [Internet] 2020 [15 Febrero 2021]; 34(3): 200-203. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=94900&id2=>
28. Lugo-González IV, Pérez-Bautista YY, Becerra-Gálvez AL, Fernández-Vega M, Reynoso-Eraza L. Percepción emocional del COVID-19 en México: Estudio comparación entre la fase 1, fase 2 y medios de información. Rev Avanc Psicol [Internet] 2021 [15 Febrero 2021]; 7(164): 1-7. Disponible en: <https://www.ojs.revistainteracciones.com/index.php/rin/article/view/164>
29. Fernando Padilla-Santamaría F, Maya-Franco L, Ferman-Cano F. COVID-19 en México: Panorama Epidemiológico. Revista Cadena de Cerebros [Internet] 2020 [28 Julio 2020]; 4(1): 31-42. Disponible en: <https://www.cadenadecerebros.com/art-ao-41-01>
30. Huerta-González J. La familia ante la pandemia por la COVID-19. Rev Mex Med Fam [Internet] 2020 [15 Febrero 2021]; 7(x): 109-114. Disponible en: http://www.revmexmedicinafamiliar.org/frame_esp.php?id=69

19. ANEXOS

19.1 Carta de no inconveniencia del director

No requiere, ya que la investigadora responsable se encuentra adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 18, lugar donde se llevará a cabo la investigación.

19.2 Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)

Nombre del estudio:	Prevalencia de ansiedad y depresión en las familias de los trabajadores de salud debido a la contingencia Covid-19 en el primer nivel de atención
Patrocinador externo (Si aplica):	
Lugar y fecha:	IMSS/UMF NO. 18 de Tijuana, Baja California. Marzo 2021
Número de registro institucional:	En trámite
Objetivo del estudio	Determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en familiares de trabajadores de la salud por motivo de contingencia COVID-19.
Justificación	Con este estudio, no solo podemos ver una proyección de lo que las familias de los trabajadores de salud se encuentran viviendo en todas las unidades de Medicina Familiar debido a la pandemia por Covid-19, sino que podemos realizar un diagnóstico de estas 2 entidades que pueden afectar mucho el entorno familiar, y de esta manera poder derivarlas a una atención médica y psicológica si así se requiere para preservar la salud mental de la familia.
Procedimientos:	Se le aplicarán 3 escalas, las primeras 2 son las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton, los cuales nos encaminan a pensar en que usted presenta una alteración como ansiedad y depresión, además de 1 escala de miedo al COVID-19 para valorar si estas entidades tienen relación con la pandemia por COVID-19.
Posibles riesgos y molestias:	No conlleva riesgos para su salud por no tener implicaciones en bioseguridad.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	El beneficio que se obtendrá es el conocer su estado de salud, además de recibir atención médica con el resultado de las escalas para ser derivados al servicio de Psicología en un siguiente paso si es que así se requiera.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se le informará sobre el resultado del estudio de investigación y se le dará a conocer diferentes factores de riesgo. Además, se darán a conocer los resultados en una sesión general en el aula de enseñanza de la UMF18 para que se conozca el impacto que ha tenido este padecimiento en las familias de todos los que laboramos en la unidad.
Participación o retiro:	Usted participará de manera voluntaria en este proyecto y podrá retirarse cuando así lo desee.
Privacidad y confidencialidad:	Toda la información obtenida se manejará de forma confidencial sin dar a conocer la identidad de ninguno de los participantes y cada paso del proceso estará apegado a los lineamientos éticos en materia de investigación.

Declaración de consentimiento

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

- No acepto participar en el estudio
- Si acepto participar y que se tomen mis datos solo para este estudio
- Si acepto participar y que se tomen mis datos para este estudio y estudios futuros.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio puede dirigirse

a:

Investigadora o investigador responsable:	Dra. Erika Armenta Inzunza Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 18 Matrícula: 99263370.Teléfono: 6642286367 Correo: erikaarmenta@hotmail.com Dra. Karen Lizbeth López Díaz Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 34 Matrícula: 98023818 Teléfono: 6643414899 Correo: karencita_heeey@hotmail.com
Colaboradores:	Dra. Paola Avila Gonzalez Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 18 Matrícula: 98029541 Teléfono: 6641988939 Correo: paolaavilag93@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene consentimiento

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ESCALA DE MIEDO AL COVID-19

NOMBRE: _____ PARENTESCO: _____ EDAD: _____

1. Le tengo mucho miedo al COVID-19
a) Totalmente en desacuerdo b) en desacuerdo c) me es indiferente
d) de acuerdo e) totalmente de acuerdo

2. Me incomoda pensar en el COVID-19
a) Totalmente en desacuerdo b) en desacuerdo c) me es indiferente
d) de acuerdo e) totalmente de acuerdo

3. Mis manos empiezan a sudar cuando pienso en el COVID-19
a) Totalmente en desacuerdo b) en desacuerdo c) me es indiferente
d) de acuerdo e) totalmente de acuerdo

4. Tengo miedo de morir a causa del COVID-19
a) Totalmente en desacuerdo b) en desacuerdo c) me es indiferente
d) de acuerdo e) totalmente de acuerdo

5. Cuando veo noticias e historias sobre el COVID-19 en las redes sociales, me pongo nervioso (a)
a) Totalmente en desacuerdo b) en desacuerdo c) me es indiferente
d) de acuerdo e) totalmente de acuerdo

6. Se me dificulta dormir porque me preocupa contraer el COVID – 19
a) Totalmente en desacuerdo b) en desacuerdo c) me es indiferente
d) de acuerdo e) totalmente de acuerdo

7. Mi corazón se acelera o palpita cuando pienso en contagiarme por el COVID-19.
a) Totalmente en desacuerdo b) en desacuerdo c) me es indiferente
d) de acuerdo e) totalmente de acuerdo

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Parentesco de: _____ Teléfono: _____

Instrucciones: 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	Punt.	Elemento	Síntomas	Punt.
1. Ansioso	Preocupaciones, anticipación de lo peor, anticipación temerosa, irritabilidad		9. Síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, pulso fuerte, sensación de desvanecimiento, ausencia de latido	
2. Tensión	Sensación de tensión, fatiga, respuesta de alarma, llanto fácil, temblor, sentimiento de inquietud, incapacidad para relajarse		10. Síntomas respiratorios	Presión o constricción torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea	
3. Miedos	A la oscuridad, a los extraños, a quedarse solos, a los animales, al tráfico, a las multitudes		11. Síntomas gastrointestinales	Dificultad para tragar, gases, dolor abdominal, ardor, plenitud abdominal, náuseas, vómito, borborigmos, atonía intestinal, pérdida de peso, estreñimiento	
4. Insomnio	Dificultad para quedarse dormido, sueño fragmentado, sueño insatisfactorio o fatiga al despertar, sueños, pesadillas o terrores nocturnos		12. Síntomas genitourinarios	Frecuencia de micción, urgencia miccional, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia	
5. Intelectual	Dificultades de concentración, memoria reducida		13. Síntomas autónomos	Boca seca, sofocos, palidez, tendencia a sudar, mareos, cefalea tensional, erizamiento del cabello	
6. Humor depresivo	Pérdida de interés, ausencia de placer en las aficiones, depresión, despertar anticipado, variación en el día		14. Comportamiento durante la entrevista	Nerviosismo, inquieto o tranquilo, temblor de manos, ceño fruncido, tensión facial, suspiros o respiración acelerada, palidez, facial, tragar saliva, eructos, sacudidas tendinosas enérgicas, pupilas dilatadas, exoftalmos	
7. Somático (muscular)	Dolores, contracciones, rigidez, sacudidas mioclónicas, rechinar de dientes, voz titubeante, aumento de tono muscular			Puntuación total	
8. Somático (sensorial)	Tinnitus, visión borrosa, ráfagas de frío o calor, sensación de debilidad, sensación de incomodidad				

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON

Rodear con un círculo el número con el que mejor se caracteriza.

1. Humor deprimido (Tristeza, depresión desamparo, inutilidad)

1. Ausente.
2. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado.
3. Estas sensaciones se relatan oral o espontáneamente.
4. Sensaciones no comunicadas verbalmente; es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto.
5. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación de verbal y no verbal de forma espontánea.

2. Sensación de culpabilidad

1. Ausente.
2. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.
3. Ideas de culpabilidad o meditación sobre errores pasados o malas acciones.
4. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad.
5. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

3. Suicidio

1. Ausente.
2. Le parece que la vida no vale la pena de ser vivida.
3. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir.
4. Ideas de suicidios o amenazas.
5. Intentos de suicidio (cuaquier intento serio se clasifica 4).

4. Inhibición

1. Palabra y pensamiento normales.
2. Ligero retraso en el diálogo.

3. Evidente retraso en el diálogo.
4. Diálogo difícil.
5. Torpeza absoluta.

5. Agitación

1. Ninguna.
2. Juega con sus manos, cabellos, etc.
3. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios, etc.

6. Ansiedad psíquica

1. No hay dificultad.
2. Tensión subjetiva e irritabilidad.
3. Preocupación por pequeñas cosas.
4. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla.
5. Temores expresados sin preguntarle.

7. Ansiedad somática

1. Ausente.
2. Ligera.
3. Moderada.
4. Severa.
5. Incapacitante.
6. (Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como: gastrointestinales: boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos; cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias; Respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia urinaria. Sudación).

8. Síntomas somáticos gastrointestinales

1. Ninguno.
2. Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.
3. pesadez en el abdomen.

4. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación
5. intestinal para síntomas gastrointestinales.

9. Síntomas somáticos generales

1. Ninguno.
2. Pesadez en extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgia, algias musculares.
3. Pérdida de energía o fatigabilidad.
4. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.

10. Síntomas genitales

1. Ausente.
2. Débil.
3. Grave.
4. Incapacitante.
5. (Síntomas como: pérdida de libido, trastornos menstruales)

11. Insomnio precoz

1. No tiene dificultad para dormirse.
2. Se queja de dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora.
3. Se queja de dificultades para dormirse cada noche.

12. Insomnio medio

1. No hay dificultad.
2. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche.
3. Esta despierto durante la noche - cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar).

13. Insomnio tardío

1. No hay dificultad.
2. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero se vuelve a dormir.
3. No puede volverse a dormir si se levanta de la cama.

14. Trabajo y actividades

1. No hay dificultad.

2. Ideas y pensamientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones.
3. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo - manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación (siente que debe esforzarse en su trabajo o actividades).
4. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso de la productividad. En el hospital, clasificar con 3 si el paciente no dedica por lo menos tres horas al día a actividades relacionadas exclusivamente con las pequeñas tareas del hospital o aficiones.
5. Dejó de trabajar por la presente enfermedad. En el hospital, clasificar 4 si el paciente no se compromete con otras actividades más que a las pequeñas tareas, o si no puede realizar éstas sin ayuda.

15. Hipocondría

1. No la hay.
2. Preocupado de sí mismo (corporalmente).
3. Preocupado por su salud.
4. Se lamenta constantemente. Solicita ayuda, etc.
5. Ideas delirantes hipocondríacas.

16. Pérdida de peso

1. No hay.
2. Probable pérdida asociada a la enfermedad actual.
3. Pérdida de peso definida.

17. Insight (Consciencia de sí mismo)

1. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.
2. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
3. Niega que esté enfermo.

Puntuación: _____