

# Prevalencia de ansiedad y/o depresión en pacientes con diagnóstico de covid-19

Clara Elena Santos Bello, Concepción Yaredi Romero Sansalvador, Sandra Virginia Reyes Cuayahuitl

Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad de Medicina Familiar 57.

## Resumen

**INTRODUCCIÓN:** Los factores psicosociales y genéticos contribuyen a la presencia de ansiedad y/o depresión junto con sus repercusiones tanto emocionales como físicas. COVID-19 se ha convertido en la pandemia del siglo XXI, con las consecuencias que esto conlleva a nivel físico, mental y social, no solo es una enfermedad que genera alteraciones a nivel fisiológico, si no que las medidas de contención para evitar que se propague el virus están cobrando un precio alto en la salud mental de la población. **OBJETIVO:** Determinar la prevalencia de ansiedad y/o depresión en los pacientes con diagnóstico de COVID-19. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio analítico, observacional, prospectivo y transversal, en una muestra de 322 pacientes de COVID-19 adscritos a la UMF No 57, de abril a septiembre del 2021 que cumplieron los criterios de inclusión. Se realizó el análisis univariado, con medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas y medición de proporciones para las variables categóricas. Se aplicó la escala Goldberg para ansiedad y depresión. **RESULTADOS:** De los 322 pacientes con diagnóstico de COVID-19, sexo femenino fue 53.4%, una media de  $41.4 \pm 13.6$  años en edad. En escolaridad el 38.2% fue educación media superior. En estado civil el 47% son casados y el 37.3% solteros. El nivel socioeconómico que prevaleció fue clase media baja con un 46.9%. En ocupación 55.3% fueron empleados, predominando los profesionistas 18.9%. El 33.9% tuvo ansiedad y el 42.2% tuvo depresión. **CONCLUSIÓN:** Mediante la tabulación de frecuencia de las variables logramos ver que existe prevalencia de ansiedad y/o depresión en los pacientes de diagnóstico de COVID-19.

## Abstract

**INTRODUCTION:** The psychosocial and genetic factors contribute to the presence of anxiety and/or depression along with its repercussions as much as emotional as physical. COVID-19 has become of the 21st century pandemic, with the consequences that this entails on a physical, mental, and social level, not only is a disease that generates alterations at the physiological level, but the confinement measures to prevent the spread of the virus are taking their toll on the mental health of the population. **OBJECTIVE:** To determine the prevalence of anxiety and/or depression in patients diagnosed with COVID-19. **MATERIAL AND METHODS:** An analytical, observational, prospective, and cross-sectional study was carried out in a sample of 322 patients with COVID-19 assigned to UMF No, 57, from April to September 2021, who met the inclusion criteria. A univariate was performed with measures of central tendency and dispersion for numerical variables and measurement of proportions for categorical variables. The Goldberg scale for anxiety and depression was applied. **RESULTS:** Of the 322 patients diagnosed with COVID-19, 53.4% were female, with a mean age of  $41.4 \pm 13.6$  years. In schooling, 38.2% was upper secondary education. In marital status, 47% are married and 37.3% single. The socio-economic level that prevailed was lower middle class with 46.9%. In occupation, 55.3% were employees, predominantly professionals 18.9%. 33.9% had anxiety and 42.2% had depression. **CONCLUSION:** By tabulating the frequency of the variables, we were able to see that there is a prevalence of anxiety and/or depression in patients diagnosed with COVID-19.

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

**Keywords:** depression, anxiety, COVID-19

## 1. INTRODUCCIÓN

El 31 de diciembre del 2019, la comisión municipal de salud y sanidad en la provincia de Hubei, China, anunció la aparición de 27 casos de neumonía de causa desconocida en personas que habían visitado un mercado de mariscos y animales vivos en la ciudad de Wuhan [1]. El 7 de enero un nuevo coronavirus fue identificado en

dichos pacientes y fue nombrado por la OMS como novel coronavirus 2019 (nCoV-19) [2]. El nCoV-19 es el séptimo miembro de la familia de coronavirus que infectan humanos [3]. La mayoría de los pacientes con la enfermedad por nCoV-19 tienen síntomas leves y buen pronóstico. Hasta ahora algunos pacientes con 2019nCoV han desarrollado neumonía severa, edema pulmonar, SDRA o falla orgánica múltiple y la muerte. El 31 de enero del 2020, el brote fue declarado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una emergencia pública de salud de índole internacional. El 11 de febrero la OMS nombró de manera oficial la infección causada por este virus como enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). El 11 de marzo la OMS declaró a COVID-19 una pandemia [4]. Los pacientes infectados con 2019-nCoV son la fuente de infección principal. Sin embargo, también debemos dar importancia a los casos asintomáticos que pueden jugar un papel crítico en el proceso de transmisión. Las gotitas respiratorias y el contacto con las superficies contaminadas son las principales rutas de transmisión. Las personas de todas las edades son susceptibles a 2019-nCoV. Las que aunado padezcan enfermedades crónicas degenerativas son más propensos a casos con sintomatología más severa [5].

COVID-19 enfermedad infecciosa ocasionada por nCoV-19 o SARS-CoV2 [6]. Transmitida de persona a persona: El contagio a través de gotículas se produce por contacto cercano (a menos de un metro) de una persona con síntomas respiratorios (por ejemplo, tos o estornudos), debido al riesgo de que las mucosas (boca y nariz) o la conjuntiva (ojos) se expongan a gotículas respiratorias que pueden ser infecciosas. Además, se puede producir transmisión por gotículas a través de fómites en el entorno inmediato de una persona infectada [7]. Por consiguiente, el virus de la COVID-19 se puede contagiar por contacto directo con una persona infectada y, de forma indirecta, por contacto con superficies que se encuentren en su entorno inmediato o con objetos que haya utilizado (por ejemplo, un estetoscopio o un termómetro).

COVID-19 se ha convertido en la pandemia del siglo XXI, con las repercusiones que esto conlleva a nivel físico, mental y social, no solo es una enfermedad que genera alteraciones a nivel fisiológico, sino que las medidas de contención para evitar que se propague el virus están cobrando un precio alto en la salud mental de la población general y a nivel de los trabajadores del área de la salud. El cambio de rutina, el aislamiento social, el desempleo, la crisis económica, el miedo al contagio o a contagiarse, la incertidumbre, la inseguridad por el presente y los cambios para el futuro, están dejando secuelas en la población más que nada de índole psicológica.

Aún hay pocos estudios acerca de ansiedad y depresión en los pacientes con diagnóstico de COVID-19. Actualmente la situación de la pandemia como la vivimos hace que haya un mayor enfoque clínico más que psicológico. Esto debido a que es de mayor prioridad descubrir la cura o prevenir esta enfermedad ocasionada por el SARS Cov2, para así poder lograr disminución en la curva de la mortalidad a nivel mundial.

Los escasos estudios engloban las alteraciones en la salud mental más por el lado del aislamiento social, el cambio en el estilo de vida, etc., que por las secuelas que este virus ocasiona. Los factores psicosociales y genéticos contribuyen a la presencia de ansiedad y/o depresión junto con sus repercusiones tanto emocionales como físicas.

No existen estudios que concreten una teoría del porque el virus afecta a nivel del sistema neurológico, pero los pocos que hay han descubierto que pacientes, posterior a la infección sea leve o grave, han presentado trastornos tales como ansiedad, depresión, insomnio, TOC y demencia.

La ansiedad es un fenómeno natural, adaptativo, que moviliza al organismo y lo prepara para hacer un esfuerzo psicofísico destinado a la superación de obstáculos. Pero un exceso de ansiedad provoca un exceso de activación psicofísica no adaptativa, es decir que dificulta y no facilita la superación de obstáculos [10]. Los trastornos de ansiedad son los trastornos psiquiátricos más frecuentes. Todavía se diagnostican mal, a veces se subdiagnostican confundiéndolos con la ansiedad que provocan los eventos vitales. Los pacientes ansiosos sobre utilizan los servicios médicos con mucha más frecuencia que población no ansiosa con las mismas enfermedades. Se estima aproximadamente que la incidencia de trastornos de ansiedad en la población es de un 10% y la prevalencia a lo largo de la vida de un 20% [10]. Los trastornos de ansiedad están producidos por una compleja interacción de factores biopsicosociales, factores genéticos y hay familias en las que los trastornos de ansiedad son más frecuentes que en la población general. Se piensa que en los trastornos de ansiedad tiene lugar una muy alta actividad del sistema nervioso simpático, o una mala regulación del sistema nervioso simpático-parasimpático que se manifiesta por hiperactivación simpática [10].

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por niveles patológicos, no adaptativos, de ansiedad, que puede ser de intensidad leve, media o grave, y puede aparecer tanto por causas endógenas como exógenas o combinación de ambas. Los trastornos de ansiedad se manifiestan por los siguientes síntomas [11]:

#### Síntomas somáticos y vegetativos:

- Aumento del tono muscular
- Contracciones musculares
- Mareos, sensación de inestabilidad, temblores
- Sofocos
- Taquicardias (aceleración del ritmo cardíaco)
- Dolores torácicos
- Disnea (sensación de no poder respirar bien)
- Disfagia (sensación de no poder tragar bien, de "tener un nudo en el estómago")
- Náuseas, vómitos, diarreas
- Polaquiuria (orinar frecuentemente y poca cantidad)
- Sudoración
- Hiperventilación
- Disfunciones sexuales
- Cansancio

#### Síntomas psíquicos y conductuales:

- Disminución de la capacidad de atención y concentración
- Disminución de la memoria
- Insomnio
- Síntomas de despersonalización-desrealización
- Inquietud, temor
- Preocupación excesiva

La disminución patológica del estado de ánimo recibe el nombre de HIPOTIMIA, se caracteriza por entecimiento, disminución del tono vital, puede ser leve, media o grave, su expresión clínica es la

DEPRESIÓN. Hablamos de DEPRESIÓN MAYOR cuando el episodio hipotímico es de una intensidad clínica evidente [10].

Factores de riesgo: Como algunos factores de riesgo apuntaremos la pobreza, enfermedades crónicas (físicas y mentales), consumo de alcohol-tabaco, circunstancias laborales adversas, estado civil, estrés crónico, antecedentes familiares de depresión, rasgos desadaptativos de la personalidad, trastornos de ansiedad, migraña, enfermedades crónicas propias o de algún familiar [10,11].

Los trastornos del estado de ánimo están producidos por una compleja interacción de factores biopsicosociales. En algunos de los trastornos afectivos, como el trastorno bipolar, trastorno ciclotímico, trastorno distímico y la depresión mayor recurrente predominan los factores etiológicos genéticos. En las depresiones leves y medias y en los trastornos de adaptación con humor depresivo predominan los factores etiológicos psicosociales. En los estados hipertímicos tiene lugar una hiperactivación del sistema dopaminérgico. En las depresiones se han encontrado déficits funcionales de noradrenalina, serotonina, dopamina y GABA e hipersensibilidad a la acetilcolina. También se han descrito alteraciones neuroendocrinas del eje limbohipotalámico-hipofisario-adrenal, cuya disregulación puede producir elevación de los niveles de cortisol, disminución de los niveles de TSH y anomalías en los niveles de hormona del crecimiento, melatonina, testosterona y FSH. En los trastornos depresivos hay alteraciones del sueño, insomnio o hipersomnia, disminución del tiempo de latencia REM y anomalías del sueño profundo [11].

Los pacientes manifiestan síntomas depresivos como tristeza, poca vitalidad, cansancio, mala memoria, mala concentración y atención, lentitud, molestias somáticas, mala autoestima, sentimientos de desesperanza, pérdida o aumento del apetito, insomnio. En gente joven y en algunos pacientes los síntomas depresivos son menos evidentes y muestran un estado de ánimo irritable, pesimista, nihilista, quejumbroso, sarcástico, demandante, reivindicativo. Estos síntomas causan malestar subjetivo y disminución del rendimiento laboral, académico y social [11].

## 2. DESARROLLO

Con el diagnóstico de una enfermedad grave, prolongada o desconocida, no solo el enfermo sufre cambios importantes en su vida, sino que toda la dinámica familiar se ve afectada por las repercusiones físicas y psíquicas de la enfermedad. Además, si la enfermedad diagnosticada es lo suficientemente severa como para exigir la hospitalización del paciente, el conflicto inicial se modifica: el paciente y su familia deben integrarse en un contexto diferente, lo que constituye una nueva fuente de conflictos y tensiones que añadir a los que ya existen a causa de la enfermedad. Se entiende por persona enferma aquella que pierde la autonomía física, sensorial, mental o intelectual, y que precisa con carácter permanente la atención de otra persona o ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

El paciente es la persona responsable de su cuidado, apoyado(a) por las redes de apoyo si es que cuenta con ellas, ya que sin ellas el paciente se verá afectado por una carga emocional extra, la cual contribuirá a desencadenar problemas en la salud mental del mismo paciente.

Los pacientes son afectados en el orden físico, psicológico y socioeconómico, sobre todo cuando es una enfermedad nueva. Lo que en conjunto conlleva a un estrés que interfiere en la propia evolución de la

enfermedad. La carga emocional puede tornarse en un trastorno mental cuando la persona estresada empieza a desarrollar cuadros de ansiedad y depresión.

Es esencial que se identifique la prevalencia de dichos trastornos ansiedad y/o depresión desde la perspectiva del paciente ante toda esta situación de la pandemia. Para así poder determinar la prevalencia y el impacto en la salud mental que conlleva la carga emocional por parte del paciente, ocasionada por la misma enfermedad, comorbilidades, tratamientos, aislamiento y las redes de apoyo ya sea que cuente o no con ellas. Toda esta información nos permitió identificar y dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación. ¿Cuál es la prevalencia de ansiedad y/o depresión en los pacientes con diagnóstico de COVID-19? Se realizó un estudio descriptivo, observacional, prospectivo y transversal. Se seleccionó la población derechohabiente con diagnóstico de COVID-19, adscritos a la UMF 57 del IMSS Puebla, durante el periodo comprendido entre el 01 de marzo al 30 de septiembre del 2021, los cuales acudieron a consulta externa y que reunieron los criterios de selección. Todos los pacientes con diagnóstico de COVID-19 adscritos a la U. M. F. No. 57 IMSS en Puebla, Puebla, que se presenten en el período del 01 de marzo al 30 de septiembre del 2021, que cumplieron los criterios de inclusión:

- Cualquier sexo.
- Adultos con diagnóstico de COVID-19.
- Población derechohabiente inscrita a la UMF 57 de ambos turnos.
- Personas que deseen participar en el estudio.
- Pacientes que previamente no hayan tenido diagnóstico de ansiedad y/o depresión.

Los criterios de exclusión:

- Adultos que no tengan un soporte y/o apoyo familiar o social.
- Adultos que tengan diagnóstico previo de ansiedad y/o depresión.

Los criterios de eliminación:

- Pacientes que cuenten con diagnóstico previo de ansiedad y/o depresión.
- Pacientes que hayan recibido tratamiento para ansiedad y/o depresión.
- Pacientes que una vez iniciado el estudio no deseen seguir participando.
- Pacientes que no contesten el 100% los cuestionarios

El diseño y tipo de muestreo fue no probabilístico y por conveniencia.

Se entrevistó de inicio con una ficha de identificación y posteriormente se aplicó el instrumento de estudio “Escala de Goldberg”, se realizó de manera directa en la entrevista con el paciente, otorgando un cuestionario que consta de 18 preguntas. Cada respuesta viene en una escala tipo dicotómica (SI/NO), se da una puntuación independiente para cada escala, con un punto para cada respuesta afirmativa. Goldberg et al. (1988) han propuesto como puntos de corte  $\geq 4$  para la escala de ansiedad, y  $\geq 2$  para la de depresión.

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG		
SUB ESCALA DE ANSIEDAD	SI	NO
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3. ¿Se ha sentido muy irritable?		
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)		
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
	TOTAL, ANSIEDAD >= 4	

Figura 1. Escala Goldberg subescala de ansiedad, detectando el 73% de los casos.

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG		
SUB ESCALA DE DEPRESIÓN	SI	NO
1. ¿Se ha sentido con poca energía?		
2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)		
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?		
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
	TOTAL, DEPRESION >= 2	

Figura 2. Escala Goldberg subescala de depresión, detectando el 82% de los casos.

El estudio completo utilizó 9 variables: 7 independientes y 2 dependientes. Una vez recolectados los valores de las mediciones se codificaron los mismos y se elaboró una matriz de datos que se introdujo al Programa Estadístico SPSS V22. Con las cuales realizamos un análisis estadístico descriptivo de todas variables de investigación y de las sociodemográficas con medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas y determinación de frecuencias (proporciones) para las variables categóricas.

### 3. RESULTADOS

**Tabla 1.** Resumen de procesamiento de casos.

		N	%
Casos	Válido	322	100
	Excluido <sup>a</sup>	0	0
	Total	322	100

La edad promedio obtenida fue de 41.4 años  $\pm$  13.6 años.

**Tabla 2.** Edad.

<b>Media</b>	41.4
<b>Mediana</b>	39
<b>Moda</b>	22
<b>DE</b>	$\pm$ 13.6
<b>Mínimo</b>	20
<b>Máximo</b>	80
<b>Total</b>	322

Fuente: Ansiedad y/o depresión en paciente con diagnóstico de COVID-19.

El sexo predominante fue el femenino con un 53.4% contra el 46.6% del masculino.

**Tabla 3.** Distribución de sexo.

Sexo	n	%
<b>Masculino</b>	150	46.6
<b>Femenino</b>	172	53.4
<b>Total</b>	322	100

Fuente: Ansiedad y/o depresión en paciente con diagnóstico de COVID-19.

A decir de la escolaridad el 38.2% con nivel media superior, y tan solo el 0.9% la ocupa analfabeta.

**Tabla 4.** Escolaridad.

Escolaridad	n	%
Analfabeta	3	0.9
Primaria	29	9
Secundaria	94	29.2
Preparatoria	123	38.2
Licenciatura	73	22.7
<b>Total</b>	<b>322</b>	<b>100</b>

Fuente: Ansiedad y/o depresión en pacientes con diagnóstico de covid-19

Con respecto al estado civil predominaron los que se encuentra casados con un 46%, y los separados son los que abarcaron el menor porcentaje tan solo el 0.3%.

**Tabla 5.** Estado civil.

Estado civil	n	%
Soltero	120	37.3
Casado	148	46
Unión libre	25	7.8
Divorciado	16	5
Viudo	12	3.7
Separado	1	0.3
<b>Total</b>	<b>322</b>	<b>100</b>

Fuente: Ansiedad y/o depresión en pacientes con diagnóstico de covid-19

Con respecto a la ocupación el que más predominó fue el status de empleado en contraste con el 2.5% de los pensionados.

**Tabla 6.** Ocupación.

Ocupación	n	%
Desempleado	10	3.1
Ama de casa	37	11.5
Obrero	11	3.4
Empleado	178	55.3
Profesionista	61	18.9
Jubilado	17	5.3
Pensionado	8	2.5
<b>Total</b>	<b>322</b>	<b>100</b>

Fuente: Ansiedad y/o depresión en paciente con diagnóstico de COVID-19.

Se determinó que el nivel socioeconómico que predominó fue el estatus medio bajo con un 46.9%.

**Tabla 7.** Nivel socioeconómico.

Nivel socioeconómico	n	%
Alto	1	0.3
Medio alto	44	13.7
Medio bajo	151	46.9
Obrero	118	36.6
Marginal	8	2.5
Total	322	100

Fuente: Ansiedad y/o depresión en paciente con diagnóstico de COVID-19.

En cuanto al tiempo de diagnóstico de COVID-19, se encontró que la mayoría tenían más de 6 meses (69.9%).

**Tabla 8.** Tiempo de diagnóstico.

Tiempo de diagnóstico de COVID-19	n	%
< 1 mes	1	0.3
2 meses	17	5.3
3 meses	54	16.8
4 meses	20	6.2
5 meses	5	1.6
> 6 meses	225	69.9
Total	322	100

Fuente: Ansiedad y/o depresión en paciente con diagnóstico de COVID-19.

Con base a la variable de ansiedad tenemos que el estado no ansioso predominó con un porcentaje de 66.1%.

**Tabla 9.** Ansiedad.

Ansiedad	N	%
Ansioso	109	33.9
No ansioso	213	66.1
Total	322	100

Fuente: Ansiedad y/o depresión en paciente con diagnóstico de COVID-19.

Con base a la variable de depresión tenemos que el estado no deprimido predominó con un porcentaje de 57.8%

Tabla 10. Depresión.

Depresión	n	%
Deprimido	136	42.2
No deprimido	186	57.8
Total	322	100

Fuente: Ansiedad y/o depresión en paciente con diagnóstico de COVID-19.

#### 4. DISCUSIÓN

Con base al estudio de Martín Carbonell M y cols., realizado en el año de 2016 donde su objetivo fue obtener información de la población cubana acerca de la validez predictiva de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) para detectar personas con trastornos psicopatológicos. Para ello llevaron a cabo un trabajo con una muestra no probabilística, integrada por 548 sujetos de los cuales el 31.2% tenía un trastorno psicopatológico diagnosticado por un especialista, por lo cual podemos observar cierta similitud con nuestro estudio ya que obtuvimos que el 33.9% y el 42.2% de nuestro universo presentó ansiedad y depresión, respectivamente.

Así como Ozamiz Etxebarria N y cols., en la Comunidad Autónoma Vasca, realizaron un análisis de los niveles de estrés, ansiedad y depresión a la llegada del virus y estudiaron los niveles de sintomatología psicológica según edad, cronicidad y confinamiento, con una muestra de 976 personas y la medición de las variables ansiedad, estrés y depresión se hizo mediante la escala DASS (Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés), donde los resultados demuestran que, aunque los niveles de sintomatología fueron bajos en general al principio de la alarma, la población más joven y con enfermedades crónicas ha referido sintomatología más alta que el resto de población, así comparado con nuestro estudio en relación a la edad obtuvimos que el rango entre juventud y adultez son los más afectados y en nuestro estudio el promedio de la edad fue de 41.4 años con una DE +/- 13.6 años.

En relación al sexo, obtuvimos que el que predominó fue el femenino con un 53.4% sobre el 46.6% del masculino. Tal como Huarcaya Victoria J., en el año 2020, analizó que se habían reportado 414179 casos de personas con la enfermedad por coronavirus (COVID-19), y quien con la finalidad de resumir la evidencia actual, presentó una revisión narrativa de los efectos de la pandemia de COVID-19 sobre la salud mental, hasta el momento se ha informado la presencia de ansiedad, depresión y reacción al estrés y además, en el personal de salud también se han encontrado problemas de salud mental, especialmente en las profesionales mujeres, el personal de enfermería y aquellos que trabajan directamente con casos sospechosos o confirmados de COVID-19.

En un estudio realizado por Antonio Lozano Vargas en el año 2020 en China para medir las alteraciones en la salud mental de la población, también observaron que el sexo predominante fue el femenino, 23,04%, mayor en mujeres que en hombres; asimismo, en la población general de China se observó un 53,8% de impacto psicológico moderado a severo; un 16,5% de síntomas depresivos, un 28,8% de síntomas ansiosos y un 8,1% de estrés, todos entre moderados y severos, ya que los factores asociados con un alto impacto psicológico y

niveles elevados de estrés, síntomas de ansiedad y depresión fueron sexo femenino, ser estudiante, tener síntomas físicos específicos y una percepción pobre de la propia salud, esta información se equipara a la de nuestro estudio en cuanto al nivel socioeconómico donde predomina el nivel medio bajo donde sobresale la percepción pobre o nula de la propia salud y con base a la ocupación y escolaridad, difiere ya que nuestro estudio reportó un porcentaje del 55.3% de empleados y el 38.2% con una escolaridad de nivel media superior. Otro estudio en el mismo país detectó un 35% de distrés psicológico en la población general, con las mujeres presentando mayores niveles que los varones, al igual que los sub-grupos de 18-30 años y los mayores de 60 años, la pandemia plantea pues el desafío de cuidar la salud mental del personal de salud tanto como la de la población general, así, el uso de instrumentos breves de detección de problemas de salud mental, validados en nuestra población, sería de mucha utilidad para los retos de salud pública que afronta el país.

## 5. CONCLUSIONES

Con este estudio de investigación y con base a las 322 encuestas realizadas en los pacientes con diagnóstico de COVID19, pudimos observar que el sexo que predominó fue el sexo femenino con el 53.4%, en cuanto a la edad se determinó una media de 41.4 años con una desviación estándar de 13.6 años. Con respecto a la escolaridad el 38.2% corresponde a educación media superior. Referente al estado civil el 47% de los encuestados son casados y el 37.3% son solteros. Así mismo se determinó que el nivel socioeconómico que prevaleció fue la clase media baja con un 46.9%. Con respecto a la ocupación el 55.3% fueron empleados, predominando sobre los profesionistas que representan el 18.9%. Concerniente a la depresión y/o ansiedad en los pacientes con diagnóstico de COVID19 las encuestas arrojaron que solo el 33.9% tuvo ansiedad y el 42.2% presenta datos de depresión. Mediante la tabulación de frecuencia de las variables logramos ver que si existe prevalencia de ansiedad y/o depresión en los pacientes de diagnóstico de COVID19.

## REFERENCIAS

- [1] Toro-Montoya AI. Hacia la inmunidad colectiva como respuesta a la pandemia por SARS-CoV-2. *Medicina & Laboratorio* 2020;24(3):181-182.
- [2] Nanshan C, Min Z. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The Lancet* 2020; 395: 507-513. Disponible en [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30211-7](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30211-7)
- [3] Na Z, Dingyu Z. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *The New England Journal of Medicine* 2020. Disponible en <http://nejm.org/dio/pdf/10.156/NEJMoa2001017?listPDF=true>
- [4] Aiello F, Galo Afflitto G, Mancino R, et al. Coronavirus disease 2019 (SARS CoV-2) and colonization of ocular tissues and secretions: a systematic review. *Eye* 2020. Disponible en <https://doi.org/10.1038/s41433-020-0926-9>
- [5] Kunling Shen, Yonghong Yang, Tianyou Wang, Dongchi Zhao, et al. Diagnosis, treatment, and prevention of 2019 novel coronavirus infection in children: expert's consensus statement. *World Journal of Pediatrics*. 2020. <https://doi.org/10.1007/s12519-020-00343-7>.
- [6] The National Child Traumatic Stress Network. Guía de ayuda para padres y cuidadores para ayudar a las familias a enfrentar la enfermedad Coronavirus 2019 (COVID-19). Disponible en: [https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources/fact-sheet/parent\\_caregiver\\_guide\\_to\\_helping\\_families\\_cope\\_with\\_the\\_coronavirus\\_disease\\_2019-sp.pdf](https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources/fact-sheet/parent_caregiver_guide_to_helping_families_cope_with_the_coronavirus_disease_2019-sp.pdf). Acceso junio 5, 2020.
- [7] Suxin Wan, Yi Xiang, Wei Fang, Yu Zheng, et al. Clinical features and treatment of COVID-19 patients in northeast Chongqing. *J Med Virol*. 2020;1-10.
- [8] Lineamientos de respuesta y de acción en salud mental y adicciones para el apoyo psicosocial durante la pandemia por covid-19 en México. Gobierno de México. Secretaria de Salud 2020. Disponible en: [https://coronavirus.gob.mx/wpcontent/uploads/2020/05/Lineamientos\\_Salud\\_Mental\\_COVID-19.pdf](https://coronavirus.gob.mx/wpcontent/uploads/2020/05/Lineamientos_Salud_Mental_COVID-19.pdf)
- [9] Damei Wang, Bo Hu, Chang Hu, Fangfang Zhu, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*. 2020. doi:10.1001/jama.2020.1585.
- [10] Manual del residente en psiquiatría. Sociedad española de Psiquiatría. 2009. Disponible en: [http://www.sepsiq.org/file/Publicaciones/Manual\\_Residente\\_Psiquiatr%C3%ADa2.pdf](http://www.sepsiq.org/file/Publicaciones/Manual_Residente_Psiquiatr%C3%ADa2.pdf)

- [11] Pérez-Úrdaniz A. Curso básico de psiquiatría. Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca. 2015. Disponible en: [http://www.sepsiq.org/file/Publicaciones/Curso%20B%C3%A1sico%20de%20Psiquiatr%C3%ADa\\_%20Antonio%20P%C3%A9rez\\_i.pdf](http://www.sepsiq.org/file/Publicaciones/Curso%20B%C3%A1sico%20de%20Psiquiatr%C3%ADa_%20Antonio%20P%C3%A9rez_i.pdf)
- [12] Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, et al. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote de COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(4): e00054020. doi: 10.1590/0102-311X00054020
- [13] Aranda-Paniora F. Depresión y ansiedad en cuidadores primarios en el Instituto Nacional del Niño. *An Fac Med* 2017;78(3):277-280.
- [14] Hernández-Cantú EI, Reyes-Silva AKS, Villegas-García VE, et al. Ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes internados en un hospital general de zona en Nuevo León, México. *Rev Enferm Inst Mex Seguro* 2017;25(3):213-220.
- [15] López-Gil MJ, Orueta-Sánchez R, Gomez-Caro S, et al. El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. *REV CLÍN MED FAM* 2009;2(7):332-334.
- [16] Martín-Carbonel M, Pérez-Díaz R, Riquelme Marín A. Valor diagnóstico de la escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EAD-G) en adultos cubanos. *Univ. Psychol, Colombia* 2016;15(1):177-192.
- [17] Martínez-Rodríguez L. Ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores de adultos centenarios. *Rev Cubana Salud Publica* 2018;44(4):61-72.
- [18] Castro-Magan IM. Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad: rasgo-estado (IDARE). *Rev. Paian* 2016;7(1):5-20.
- [19] Domínguez J.A, Ruiz M, Gómez. I, et al. Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes. *Semergen* 2012;38(1):16-23.
- [20] Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *REV PERU MED EXP SALUD PÚBLICA*. 2020;37(2):327-334.
- [21] Lozano-Vargas A. Impacto de la epidemia del coronavirus (COVI-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general en China. *Rev Nueropsiquiatr*. 2020;83(1):51-56.
- [22] Ramírez-Ortiz J, Castro-Quintero D, Lerma-Córdoba C, et al. Consecuencias de la pandemia COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *SciELO Preprints*. 2020. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.303.
- [23] Hernández-Rodríguez J. Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Rev Cient Villa Clara*. 2020;24(3). <https://orcid.org/0000-0001-5811-5896>.
- [24] Velasco-Ramírez JF, Grijalva MG, Pedraza-Áviles AG. Repercusiones del cuidar en las necesidades básicas del cuidador primario en pacientes crónicos y terminales. *Med Paliat* 2015;22(4):146-151.
- [25] Corbalán-Carrillo MG, Hernández-Vian O, Carré-Catases M, et al. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria. *Gerokomos* 2013;24(3):120-123.
- [26] Crespo. M, Teresa Rivas. M. La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clínica y Salud* 2015;20(1):9-15.
- [27] Bianchi M, Decimo-Flesch L, da Costa-Alvez EV, et al. Indicadores psicométricos de la Zarit Burden Interview aplican en ancianos cuidadores de otros ancianos. *Rev Latino- Am. Enfermagem* 2016;24: e2832. Disponible en DOI: 10.1590/1518-8345.1379.2835 [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
- [28] Florencia-Tartaglino M, Feldberg C, Hermida PD, et al. Escala de sobrecarga del cuidador de zarit: análisis de sus propiedades psicométricas en cuidadores residentes en Buenos Aires, Argentina. *Neurol Arg* 2020;12(1):27-35.
- [29] Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica. Detección y Manejo del Colapso del Cuidador. Ciudad de México, México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica; 2015. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/781GER.pdf>
- [30] Rodríguez-González AM, Rodríguez-Míguez E, Duarte-Pérez A, et al. Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidados informales y los determinantes relacionados con la atención de las personas dependientes. *Aten. Primaria* 2017;49(3):156-165.
- [31] Pablo-Santiago R, Domínguez-ejo B, Peláez-Hernández V, et al. Sobrecarga y autoeficacia percibida en cuidadores primarios informales de pacientes con insuficiencia cardíaca. *REV CLÍN MED FAM* 2016;9(3):152-158.
- [32] Zenteno A, Cid P, Seaz K. Autoeficacia del cuidador familiar de la persona en estado crítico. *Enfermería Universitaria* 2017;14(3):146-154.
- [33] Pérez-Cruz M, Muñoz-Martínez A, Parra-Anguila L, et al. Afrontamiento y carga subjetiva en cuidadores primarios de adultos mayores dependientes de Andalucía, España. *Aten Primaria* 2017;49(7):381-388.

Correo de autor: [clara.esantosb@gmail.com](mailto:clara.esantosb@gmail.com).