



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8 DEL IMSS OOAD AGUASCALIENTES

**INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN COMO SECUELAS
PSICOLÓGICAS EN PERSONAL DE SALUD RECUPERADO DE COVID-19 DE
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8 AGUASCALIENTES**

TESIS PRESENTADA POR:

DRA. MÓNICA ESTEFANÍA FAZ CADENA

PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR

DR. EUMIR PONCE DE LEÓN ALCARAZ

AGUASCALIENTES, AGS., MARZO 2025



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación e Investigación
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación 1018.
H GRAL ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 01 001 038
Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 01 CEI 001 2018082

FECHA Martes, 04 de febrero de 2025

Doctor (a) Eumir Ponce de León Alcaraz

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Incidencia de ansiedad y depresión como secuelas psicológicas en personal de salud recuperado de Covid-19 de la Unidad de Medicina Familiar No. 8 Aguascalientes** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

Sin número de registro

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

ATENTAMENTE

Doctor (a) AGUILAR MERCADO VIRGINIA VERONICA
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 1018

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **101.**
H GRAL ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CI 01 001 038**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 01 CET 001 2018082**

FECHA **Miércoles, 12 de febrero de 2025**

Doctor (a) Eumir Ponce de León Alcaraz

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Incidencia de ansiedad y depresión como secuelas psicológicas en personal de salud recuperado de Covid-19 de la Unidad de Medicina Familiar No. 8 Aguascalientes** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2025-101-012

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

ATENTAMENTE



Doctor (a) CARLOS ARMANDO SANCHEZ NAVARRO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 101

AGUASCALIENTES, AGS, 13 de marzo del 2025

DR. SERGIO RAMIREZ GONZALEZ
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar #8 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

DRA. MÓNICA ESTEFANÍA FAZ CADENA

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN COMO SECUELAS PSICOLÓGICAS
EN PERSONAL DE SALUD RECUPERADO DE COVID-19 DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NO.8 AGUASCALIENTES.**

Número de Registro: **R-2025-101-012** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS.**

La **Dra. Mónica Estefanía Faz Cadena**, asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE:



DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD

Acuse de recibo: Su artículo para GACETA Inbox x



Gaceta Sanitaria <em@editorialmanager.com>
to me ▾

4:01AM (4 hours ago) ☆ 😊 ↶ ⋮

Translate to English X

Barcelona, 21/03/2025

Apreciado/a Dra. Faz Cadena

Gracias por enviarnos su artículo titulado: "Incidencia de ansiedad y depresión como secuelas psicológicas en personal de salud recuperado de COVID-19" (Ref. GACETA-D-25-00068) para su posible publicación en Gaceta Sanitaria.

En el futuro le rogamos que utilice el número de identificación asignado y el apellido del autor de correspondencia para cualquier consulta que sobre el mismo quiera realizar. Actualmente el trabajo está en proceso de revisión y haremos conocer nuestra decisión tan pronto como sea posible. El proceso de revisión de los manuscritos suele durar de 3 a 5 meses, aunque en ocasiones puede ser superior, con la excepción de los artículos relacionados con COVID-19 en cuyo caso Gaceta Sanitaria efectuará una gestión rápida.

Tal y como se especifica en las Normas de Publicación de la revista, le recordamos que su manuscrito no puede ser publicado en ninguna otra revista, ni tan sólo solicitando mientras dure el proceso de revisión.

Asimismo le informamos que, tal y como se publica en las normas de la revista, a partir del 1 de febrero de 2022 la revista aplicará nuevos precios en las tarifas de publicación de los artículos:

<https://www.gacetasanitaria.org/es-sesgas-apuesta-por-independencia-el-articulo-S0213911121003435>

No dude en contactar con la redacción para cualquier información adicional.

Reciba un cordial saludo,

Oficina Editorial
Gaceta Sanitaria





DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL
EXAMEN DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS



Fecha de dictaminación dd/mm/aa: 26/08/25

NOMBRE: FAZ CADENA MONICA ESTEFANIA **ID** 132634

ESPECIALIDAD: MEDICINA FAMILIAR **LGAC (del posgrado):** ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y ACCIDENTES

TIPO DE TRABAJO: (X) Tesis () Trabajo práctico

TÍTULO: INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESION COMO SECUELAS PSICOLOGICAS EN PERSONAL DE SALUD RECUPERADO DE COVID 19 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 8 AGUASCALIENTES

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado): IDENTIFICACION DE LAS SECUELAS PSICOLOGICAS DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN PERSONAL DE SALUD DERIVADAS DE LA PANDEMIA DE COVID-19, RESALTANDO LA NECESIDAD DE ESTRATEGIAS DE INTERVENCION PARA EL MANEJO DE ESTOS TRASTORNOS EMOCIONALES

INDICAR SI/NO SEGÚN CORRESPONDA:

Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:

☐ NO El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica

☐ SI La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario

☐ SI Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado

☐ SI Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda

☐ SI Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área

☐ SI El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área

☐ SI Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país

☐ NO Generó transferencia del conocimiento o tecnológica

☐ SI Cumple con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)

El egresado cumple con lo siguiente:

☐ SI Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Docencia

☐ SI Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios (créditos curriculares, optativos, actividades complementarias, estancia, etc)

☐ SI Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial, en caso de los posgrados profesionales si tiene solo tutor podrá liberar solo el tutor

☐ SI Cuenta con la aprobación del (la) Jefe de Enseñanza y/o Hospital

☐ SI Coincide con el título y objetivo registrado

☐ SI Tiene el CVU del Conahcyt actualizado

☐ NA Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado

Sí ☒ **X**

No ☐

FIRMAS

Revisó:

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

MCB.E SILVIA PATRICIA GONZÁLEZ FLORES

Autorizó:

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

DR. SERGIO RAMÍREZ GONZÁLEZ

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado

En cumplimiento con el Art. 105C del Reglamento General de Docencia que a la letra señala entre las funciones del Consejo Académico: ... Calificar la eficiencia terminal del programa de posgrado y el Art. 105F las funciones del Secretario Técnico, llevar el seguimiento de los alumnos.

ÍNDICE GENERAL

1. RESUMEN:	5
1.1 ABSTRACT	6
2. INTRODUCCIÓN	7
3. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	7
4. MARCO TEÓRICO	11
4.1 Modelo biopsicosocial	13
4.2 Marco conceptual	14
5. JUSTIFICACION	15
6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
6.1 PREGUNTA DE INVESTIGACION	20
7. OBJETIVOS	20
7.1 Objetivo General	20
7.2 Objetivos Específicos	20
8. MATERIAL Y METODOS	20
8.1 Tipo de estudio	20
8.2 Universo de trabajo	20
8.3 Población de estudio	20
8.4 Unidad de observación	21
8.5 Unidad de análisis	21
8.6 Muestreo y tamaño de muestra	21
8.7 Criterios de inclusión	21
8.8 Criterios de exclusión	22
8.9 Criterios de eliminación	22
8.10 Descripción general del estudio	22
8.11 Variables	23
8.12 Instrumento de recolección de datos	23
8.13 Plan de análisis de datos	29

9.	RECURSOS, INFRAESTRUCTURA Y FACTIBILIDAD	29
9.1	Recursos humanos:	29
9.2	Humanos	29
9.3	Financiamiento	29
10.	ASPECTOS ÉTICOS	30
11.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	31
12.	RESULTADOS	32
13.	DISCUSIÓN	40
14.	CONCLUSIONES	42
15.	LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	42
16.	GLOSARIO	44
17.	BIBLIOGRAFIA	45
18.	ANEXOS	49
	ANEXO A. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	49
	ANEXO B. INSTRUMENTO	51
	ANEXO C. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	56
	ANEXO D. CARTA DE NO INCOVENIENCIA DEL DIRECTOR	58
	ANEXO E: CARTA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TESIS	59

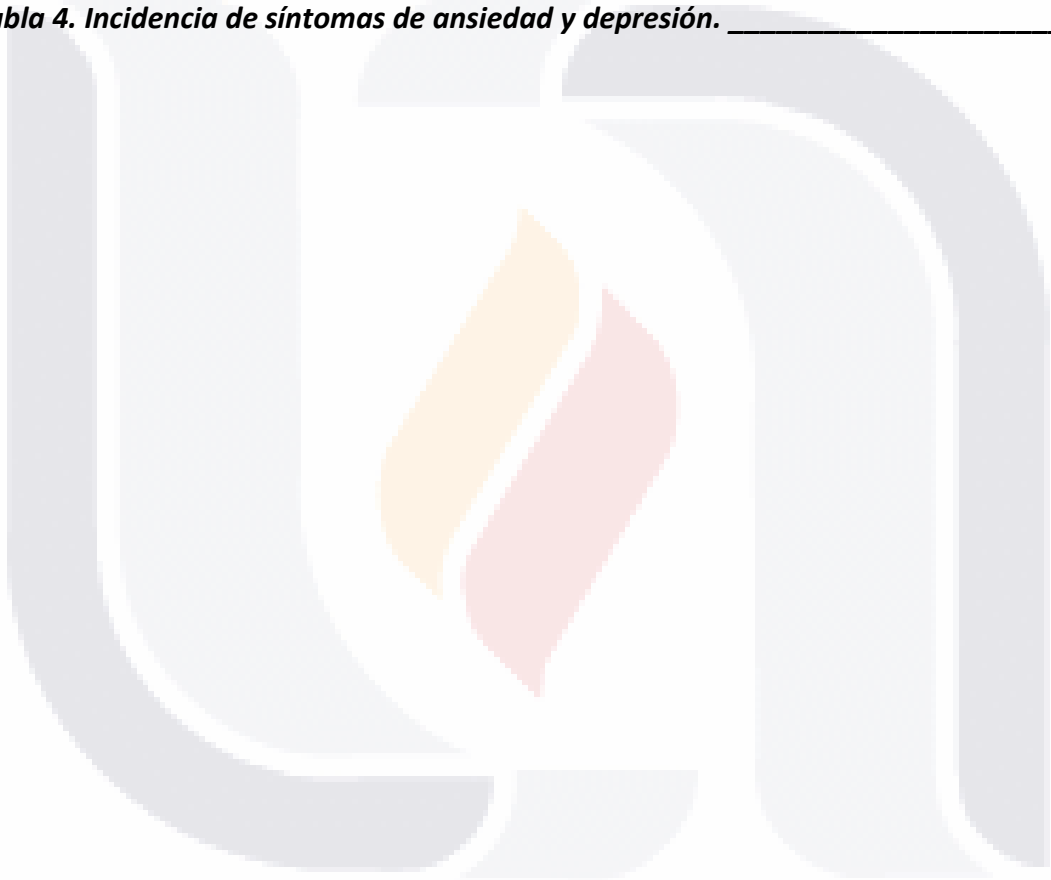
INDICE DE TABLAS

*Tabla 1. Características sociodemográficas de la población de estudio*_____ **32**

Tabla 2. Distribución y frecuencia de los ítems correspondientes a la subescala de ansiedad _____ **35**

Tabla 3. Distribución y frecuencia de los ítems correspondientes a la subescala de depresión _____ **36**

Tabla 4. Incidencia de síntomas de ansiedad y depresión. _____ **38**



INDICE DE GRAFICOS O FIGURAS

Figura 1. Esquema de búsqueda de antecedentes científicos.	8
Gráfico 1. Edad del personal de salud	33
Gráfico 2. Sexo del personal de salud	33
Gráfico 3. Profesión del personal de salud	34
Gráfico 4. Turno en el que labora el personal de salud	34
Gráfico 5. Incidencia de síntomas de ansiedad y/o depresión en el personal de salud	38
Gráfico 6. Incidencia de síntomas de ansiedad en el personal de salud.	39
Gráfico 7. Incidencia de síntomas de depresión en el personal de salud.	39

1. RESUMEN:

Título: Incidencia de ansiedad y depresión como secuelas psicológicas en personal de salud recuperado de Covid-19 de la Unidad de Medicina Familiar No.8 Aguascalientes.

Introducción: La enfermedad por Covid-19, es una neumonía atípica causada por un nuevo coronavirus que se detectó por primera vez en Wuhan, China, en diciembre de 2019. La OMS nombró a esta nueva enfermedad COVID-19 (por sus siglas en inglés, Coronavirus Infectious Disease. Esta infección se propagó rápidamente y fue declarada como pandemia por la Organización Mundial de la Salud el 11 de marzo de 2020. **Objetivo:** Determinar la Incidencia de ansiedad y depresión como secuelas psicológicas en personal de salud recuperados de Covid-19, de la Unidad de Medicina Familiar No.8 Aguascalientes. **Material y métodos:** estudio observacional, descriptivo, transversal, se incluyó personal de salud: Médicos y enfermeros trabajadores de la UMF No. 8 recuperados de Covid-19 para medir la incidencia de secuelas psicológicas. Tipo de muestreo: censal, tamaño de la muestra: 69. Instrumento a utilizar: escala de ansiedad y depresión de Goldberg. Análisis estadístico: se realizó el análisis descriptivo reportando frecuencias absolutas y relativas de todas las variables que fueron cualitativas. **Resultados.** La edad predominante del personal de salud fue de 31 a 40 años, hombres (55.1%), médicos (65.2%) y del turno matutino (46.4%). Se encontró una incidencia de síntomas de ansiedad y depresión del 69.6% como secuelas en personal de salud que tuvo COVID-19. **Conclusiones.** Se encontró alta prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en el personal de salud recuperado de COVID-19, por lo que se deben dirigir más estudios en la búsqueda de los factores asociados a dichos síntomas.

Palabras clave: Covid-19, secuelas psicológicas, ansiedad, depresión

1.1 ABSTRACT

Title: Incidence of anxiety and depression as psychological aftereffects in healthcare personnel recovered from Covid-19 at Family Medicine Unit #8 in Aguascalientes.

Introduction: Covid-19 disease is an atypical pneumonia caused by a new coronavirus that was first detected in Wuhan, China, in December 2019. The WHO named this new disease COVID-19 (Coronavirus Infectious Disease). This infection spread rapidly and was declared a pandemic by the World Health Organization on March 11, 2020. **Objective:** To determine the incidence of anxiety and depression as psychological sequelae in health personnel recovered from Covid-19, from the Family Medicine Unit No.8 Aguascalientes. **Material and methods:** observational, descriptive, cross-sectional study, Health Personnel will be included: Doctors and nurses working at UMF No. 8 recovered from Covid-19 to measure the incidence of psychological sequelae. Sampling type: census, sample size: 69. Instrument to be used: Goldberg anxiety and depression scale. Statistical analysis: The descriptive analysis was carried out, reporting absolute and relative frequencies of all the variables that were qualitative. **Results.** The predominant age of healthcare personnel was 31 to 40 years, men (55.1%), physicians (65.2%), and morning shift workers (46.4%). An incidence of anxiety and depression symptoms was found in 69.6% of healthcare personnel who had COVID-19 as sequelae. **Conclusions.** A high prevalence of anxiety and depression symptoms was found in healthcare personnel who recovered from COVID-19, so further studies should be conducted to identify factors associated with these symptoms.

Keywords: Covid-19, psychological sequelae, anxiety, depression

2. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más comunes del mundo: en 2019 afectaron a 301 millones de personas. (1)

El trastorno de la depresión también es un trastorno mental común, el cual implica un estado de ánimo deprimido o la pérdida del interés, la OMS estima que aproximadamente el 5% de la población en todo el mundo la padece. (2)

La COVID-19 es una enfermedad causada por un coronavirus llamado SARS-COV-2. A pesar de que existía la posibilidad de enfermarse gravemente, la mayoría de los afectados se recuperaron por completo sin necesidad de ser hospitalizados. (3)

Los efectos de la enfermedad no solo se presentan en vías respiratorias, ya que estudios recientes, establecen que el daño del virus puede afectar directamente en el sistema nervioso central, causando ansiedad. (4)

Otra alteración que se ha identificado por la afección de este Coronavirus en el sistema nervioso es la depresión, por un daño directo a la microglía, que se da como resultado del proceso inflamatorio. (5)

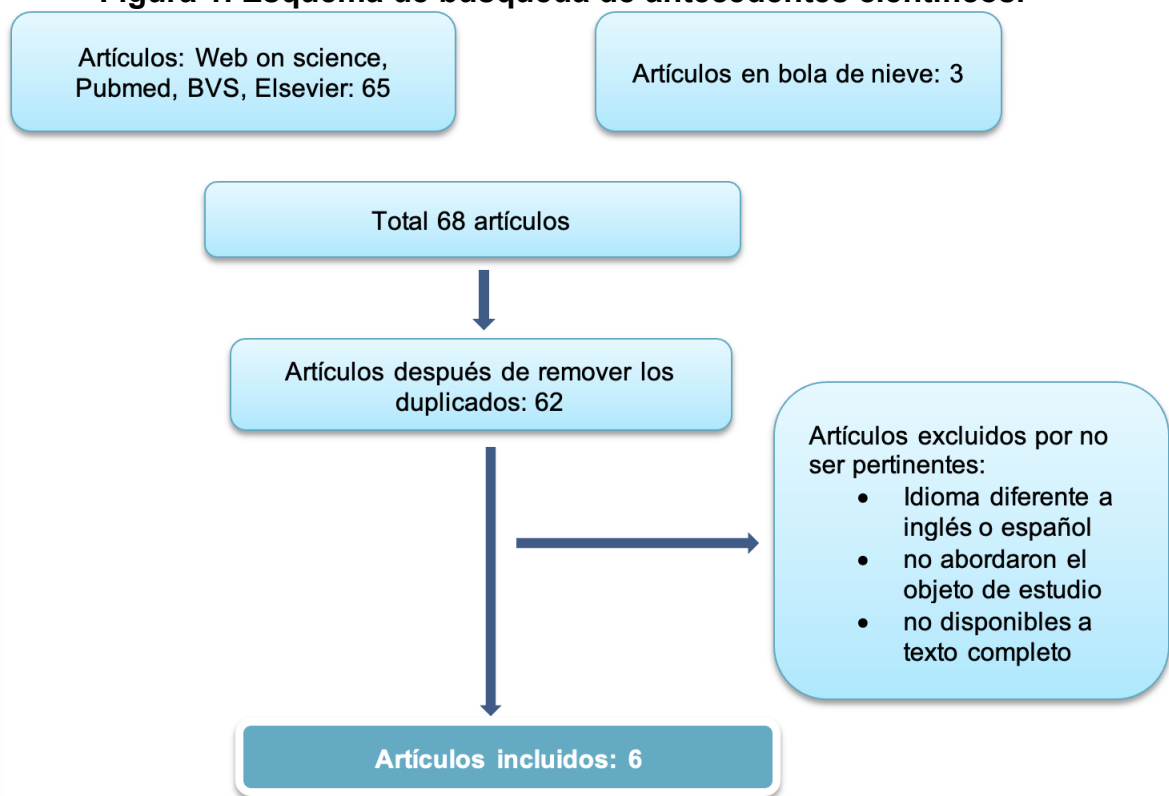
Es por ello que se realiza este estudio, en personal de salud, ya que son quienes estuvieron más expuestos al coronavirus, para identificar la presencia de estos trastornos (ansiedad y depresión), posterior a padecer la enfermedad de COVID-19.

3. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Se realizó una búsqueda sistemática de la información en las plataformas: Web on science, Pub Med, Biblioteca Virtual de Salud, Elsevier y en bola de nieve. Los descriptores utilizados para realizar la búsqueda fueron: ansiedad, depresión, prueba de COVID-19 y personal de salud, en español y en inglés los cuales se identificaron en la plataforma BVS. La sintaxis fue la siguiente (((health care work*[Title/Abstract]) AND (COVID[Title])) AND (anxiety[Title/Abstract])) AND

(depres*[Title/Abstract])) AND (anxiety[Title])). Se encontraron en total 65 artículos de los cuales se removieron los duplicados y los que no cumplieron con los requisitos para ser incluidos en los antecedentes científicos. (Figura 1)

Figura 1. Esquema de búsqueda de antecedentes científicos.



Vasconcellos y cols 2024 realizaron un estudio en personal de salud que tuvo COVID durante la pandemia, incluyendo 463 médicos, enfermeras y personal administrativo. No mencionaron la escala que utilizaron para medir la prevalencia de depresión ni de ansiedad. El personal de salud fue evaluado cada dos a tres meses para evaluar síntomas post COVID incluyendo la presencia de ansiedad y/o depresión. En sus resultados encontraron que los trabajadores de salud en su mayoría fueron mujeres con el 75.3%, con un promedio de edad de 48.6 años, 7.9% fumadores, 29.5% con algún grado de obesidad, 27.5% con hipertensión, 13% con asma y que el 59.2% estaban vacunados contra COVID. El 15% de los trabajadores

de la salud presentaron ansiedad y/o depresión como secuela después de 18 meses de haber presentado COVID.(6)

Saade y colaboradores en el 2024 realizaron un estudio en Francia en personal de salud de un hospital de Rennes incluyendo un total de 1062 trabajadores del área médica y administrativa. Aplicaron el cuestionario vía correo electrónico en diciembre del 2022 en aquellos que tuvieron COVID desde el 2020. Dentro del cuestionario se incluyó la escala de depresión y ansiedad hospitalaria. En sus resultados encontraron que la población que tuvo síntomas después del COVID fue en su mayoría de 40 a 49 años (37%), mujeres 90%, sin obesidad 61%, enfermeras, parteras y fisioterapistas 47%, fumadores 24%, con asma 34%, algún tipo de alergias 35%, inmunosupresión 6% y enfermedades crónicas 18%. Reportaron que después de tres meses de haber padecido COVID, los trabajadores de la salud tuvieron ansiedad en un 11% y depresión en el 9%. (7)

Foulkes y cols 2024, realizaron un estudio en Reino Unido en trabajadores de la salud infectados por COVID incluyendo personal médico, de farmacia, estudiantes y asistentes. Aplicaron un cuestionario con una lista de 35 síntomas dentro de la cual se encontraba “ansiedad”, no utilizaron ninguna escala para su valoración. El cuestionario fue enviado en línea a los trabajadores de la salud primero y segundo nivel, con una muestra final de 6677 trabajadores que contestaron el cuestionario. En este estudio, los trabajadores con síntomas después de 12 semanas de la infección por COVID reportaron una mediana de edad de 49 años, 84.3% fueron mujeres, 33.4% fueron enfermeras, 20.5% médicos, 39% tenían alguna enfermedad respiratoria crónica, 32.5% eran fumadores, encontraron una prevalencia de ansiedad después de más de 12 semanas de haber padecido COVID: 4.5% después de la primera infección por COVID, 2.9% después de la segunda infección y 4.9% después de la tercera infección. El promedio del porcentaje de ansiedad en personal vacunado contra COVID fue de 2.2% y en personal no vacunado del 6.4%. En este estudio no se evaluó la presencia de síntomas de depresión. (8)

Zalaquett y cols 2024. Realizaron un estudio en trabajadores de la salud registrados en Boston que tuvieron COVID incluyendo médicos y enfermeras. Se aplicó un cuestionario vía electrónica, que incluyó la aplicación de la escala EQ-5D-5L que evalúa la calidad de vida incluyendo síntomas de ansiedad y depresión al menos 28 días después de la infección por COVID y hasta 3 años después. Se tuvo una muestra final de 62 trabajadores de la salud con síntomas posteriores a la infección por COVID. Los autores reportaron que los trabajadores de la salud que tuvieron síntomas después del COVID fueron en su mayoría mujeres en un 86%, con una mediana de edad de 42.1 años, el 84% tenían estudios mayores a la licenciatura, 57% estaban casados, solo 1% eran fumadores, el 35% eran personal de salud (médicos o enfermeras), 78% tuvieron contacto con pacientes con COVID. Los trabajadores de la salud tuvieron un promedio de 156 días después de haber tenido COVID. Se encontró que la prevalencia de síntomas de ansiedad/depresión fue de 66%. Estos autores resaltan la importancia de la evaluación de la salud mental entre los trabajadores de la salud después de 3 años del inicio de la pandemia. (9)

Mendola y col. 2022 realizaron un estudio en Italia en el cual incluyeron al personal de salud de un hospital público que tuvo COVID y que ameritó hospitalización. El cuestionario fue aplicado por personal médico 18 meses después de la infección por COVID a 56 trabajadores de la salud (médicos y enfermeras). El artículo no menciona el uso de alguna escala para medir ansiedad y/o depresión pero sí reportan estos síntomas en sus resultados. Los autores encontraron una mediana de edad de 55 años, el 50% fueron mujeres, 33.9% fueron médicos y 41.1 fueron enfermeras, el 55.4% no se encontraban laborando con pacientes infectados por COVID, el número de días de hospitalización fue de 10 a 21 en el 39.3%. El 57.1% de los pacientes tenían sobrepeso u obesidad, 25% hipertensión, 16.1% alguna enfermedad respiratoria y ninguno de los trabajadores de la salud estaba vacunado contra COVID. Se reportaron síntomas de depresión y ansiedad en el 32% de los trabajadores de la salud después de la infección por COVID. (10)

Yongyan Deng y cols. 2021 realizaron un estudio en el cual evaluaron la prevalencia de depresión y ansiedad antes del COVID y después del pico máximo de la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

pandemia. Incluyeron 34 artículos que realizaron su estudio en personal de salud y en población general, 11 de los cuales estaban escritos en inglés y 23 en chino. La cantidad de población incluida en los estudios fue desde 20 (realizado en trabajadores de la salud) hasta 4986 (realizado en público general) el estudio que incluyó mayor cantidad de trabajadores de la salud fue de 2299. No se especifica el tipo de instrumento con el cual se midieron la ansiedad y la depresión. En sus resultados encontraron que el personal de salud presentó prevalencias más altas de depresión (31% IC 95%: 25 %-37) a causa de COVID que la población general (26% IC 95%: 17 %-36 %) y también de ansiedad: 22% (IC 95 %: 15 %-30) en población general y 40% (IC 95%: 33 %-46%) en personal de salud. Después de la pandemia se presentó un descenso de depresión y ansiedad 22% (IC 95 %:13 %-31 %) y 22% (IC 95:13 %-31 %) mientras que en la población general se elevó a 62% (IC 95%:53 %-72 %) y 44% (IC 95%: 34%-54%). (11)

4. MARCO TEÓRICO

La neumonía por COVID-19, es una neumonía atípica causada por un virus de la familia coronavirus, detectado por primera vez en Wuhan, China, en diciembre de 2019. Esta infección se propagó rápidamente y solo 3 meses después, a finales de marzo de 2020 se informó su presencia en más de 180 países, fue declarada como pandemia por la Organización Mundial de la Salud el 11 de marzo de 2020. La OMS nombró a esta nueva enfermedad COVID-19. (12)

Durante la pandemia por COVID-19 se reportaron efectos directos e indirectos sobre la salud mental, inclusive sintomatología neurológica, neuropsiquiátrica y neuropsicológica con posibles efectos a largo plazo y se sospecha que en los próximos años podría haber un aumento de las tasas de incidencia de trastornos neurodegenerativos a nivel mundial. (13)

Se ha identificado sintomatología neurológica, neuropsiquiátrica y neuropsicológica del COVID-19 con posibles efectos a largo plazo en la capacidad funcional individual, inclusive síntomas depresivos y de ansiedad, insomnio, agitación, delirio, comportamiento suicida y síndrome de estrés postraumático. La ansiedad y la depresión son patologías que se presentaron posterior a la enfermedad por la COVID-19, la plausibilidad biológica y la razón por la que se da este fenómeno, es porque el virus del SARS-COV-2 condiciona un estado hiperinflamatorio e hipercoagulabilidad después de la infección. (14) Estas respuestas inflamatorias no solo se dan a nivel periférico, sino a nivel central, hallazgos que ya se han documentado ampliamente. (15) La evidencia que se ha reportado ha sido en distintos contextos y fue ampliamente identificada (16)

Las razones por las que el estado hiperinflamatorio secundario al COVID causa ansiedad y depresión es por lo siguiente:

- Existe un incremento de las citocinas proinflamatorias como la IL-6 IL-1 β y el FNT α , cruzan la barrera hematoencefálica y afecta a nivel cerebral de manera indirecta, estas citocinas a su vez causan neuroinflamación en la microglia (afectando las neuronas), que a su vez no regulan adecuadamente a los neurotransmisores, como la síntesis de serotonina.
- Hay una mala regulación de los sistema dopaminérgicos y glutamatérgico, que son fundamentales en la motivación, el placer y la regulación emocional.

En el caso de la hipercoagulabilidad cerebral, lo que sucede para que se genere ansiedad y depresión es lo siguiente:

- La presencia de coágulos a nivel cerebral altera el flujo sanguíneo, que condiciona hipoxia y daño neuronal en regiones críticas para la regulación emocional.

El estado hiperinflamatorio y hipercoagulabilidad en general ocasionan un entorno neurotóxico que altera las funciones del cerebro que se relacionan con el ánimo, la motivación y el estrés, procesos biológicos clave que se desarrollen la ansiedad y la depresión. (4,5)

Existe evidencia científica de que los niveles de ansiedad y depresión, así como de estrés postraumático, se presentan en mayor porcentaje en personas altamente susceptibles: Personal de Salud que se enfrenta no solo a situaciones de desastre, sino que son quienes perciben con mayor claridad la severidad de este tipo de problemática. (17)

Modelos y teorías.

Existen varias teorías que explican la ansiedad y depresión, ya que estas dos patologías son multicausales, estos mecanismos son ampliamente conocidos. (18)

4.1 Modelo biopsicosocial

En este sentido, existen las teorías integradoras y dentro de este grupo se encuentra el Modelo Biopsicosocial, que integra los factores biológicos, psicológicos y sociales para entender las causas multifactoriales de estos trastornos y el cual se explica a continuación:

El principio radica en la influencia que existe entre el cuerpo y la mente. Dentro de los factores biológicos que influyen de acuerdo a esta teoría se encuentra la genética, los neurotransmisores, las estructuras cerebrales y el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal. En los factores psicológicos se encuentran los patrones cognitivos negativos, el estilo de afrontamiento, los traumas psicológicos y factores emocionales. Por último, pero no menos importantes se encuentran los factores sociales que tienen que ver con el entorno y las relaciones sociales, los cuales son el estrés ambiental, el aislamiento social, las presiones culturales, sociales y los modelos de aprendizaje social. (19)

Los factores biológicos influyeron en la presencia de ansiedad y depresión después de padecer covid, ya que al activarse el sistema inmunológico se provocó la liberación de citoquinas, así como el incremento de presentar un estado de hipercoagulabilidad, como ya se describió con anterioridad. La manera en que influyeron los factores psicológicos en este contexto, es que la experiencia de la enfermedad, el miedo a las complicaciones y el temor a la muerte generaron un estrés intenso en los pacientes e incluso se generó un estrés postraumático que contribuyó a la presencia a ansiedad y depresión. Por último los factores sociales que contribuyeron a la presencia de ansiedad y depresión son el aislamiento social que impidió el apoyo físico y emocional con las demás personas, el impacto económico por la pérdida de empleos y la estigmatización, ya que por el desconocimiento de la enfermedad se sufrió de rechazo a quienes lo padecieron. (20) (21)

4.2 Marco conceptual

Los descriptores utilizados en la presente investigación son los siguientes:

Ansiedad: sentimiento o emociones de temor, aprensión y desastre inminente pero no incapacitante como trastornos de ansiedad. (22)

Depresión: estados depresivos generalmente de intensidad moderada comparados con el trastorno depresivo mayor presente en los trastornos neuróticos y psicóticos. (22)

Covid-19: trastorno viral, generalmente caracterizado por tos, disnea, escalofríos, temblor persistente, dolor muscular, cefalea, dolor de garganta, pérdida del gusto y/o del olfato, que son de nueva aparición, así como por otros síntomas de una neumonía viral. (22)

5. JUSTIFICACION

Derivado de la pandemia de COVID-19 que tuvo una duración oficial de 1148 días desde que se declaró pandemia hasta el fin de la misma se afectó un gran número de personas, tanto por haber cursado con la enfermedad al ser contagiados, como por todas las repercusiones que la misma ocasionó, en especial personal de salud que se contagió en repetidas ocasiones por el contacto directo con enfermos a pesar de mantener los cuidados necesarios durante su jornada laboral, mantenerse en aislamiento social, el temor de contagiar a sus familias, así como por la carga de trabajo, el desabasto de insumos, trabajar bajo presión, ser señalados, juzgados y violentados por la sociedad y presenciar la muerte de una gran cantidad de enfermos. (12)

Todo lo anteriormente mencionado, dejó un gran número de complicaciones, desde secuelas físicas leves a moderadas, de las cuales hay gran cantidad de información, hasta repercusiones mayores, dentro de las cuales es común escuchar hasta estos momentos al personal de salud, mencionar que después de haber cursado con la enfermedad presentaron síntomas relacionados con ansiedad y depresión, los cuales no fueron tratados en su momento y prevalecen hasta ahora. (23)

En un estudio realizado en el Reino Unido con 153 pacientes internados en la unidad de cuidado intensivo, estos presentaron un estado mental alterado; 21 pacientes tuvieron diagnósticos psiquiátricos nuevos; 10 psicosis y delirio, junto con disfunciones cognitivas como desorientación, confusión, falta de atención y pérdida de memoria y 6 síndrome neurocognitivo similar a la demencia. En alrededor del 40% de los casos se reportó depresión, estrés postraumático y dificultades cognitivas leves. (24)

La ansiedad es uno de los trastornos más comunes en el mundo, se estima que en la actualidad existen más de 301 millones de personas en el mundo que la padecen, las consecuencias de padecerla, en cuanto a la trascendencia de este problema es que puede condicionar a incapacidad constante e incidir a nivel no solo personal sino económico y social. (25)

La depresión es una enfermedad que afecta al 3.8% de la población, la trascendencia de esta patología es que el padecerla puede causar dificultades en todos los aspectos de la vida, ya sea laboral, escolar o familiar.(26)

En el periodo de pandemia, se estimó un incremento de 53.2 millones de casos de depresión a nivel mundial y 76.2 millones de casos más de ansiedad. (27)

El propósito de esta investigación es tener un conocimiento amplio y medir la magnitud del problema real, al menos en nuestra unidad de análisis, acerca de las secuelas psicológicas del COVID-19 tanto por la parte emocional como por el daño causado por el virus a nivel neurológico, como lo es la ansiedad y la depresión. (11)

La trascendencia de esta investigación, radica en que pueden presentarse secuelas a corto, mediano y largo plazo, las alteraciones psicológicas, los síntomas neurológicos, los anticuerpos presentes en el líquido cefalorraquídeo y cambios en la sustancia blanca se asocian con déficit neurocognitivo crónico, y este deterioro podría ser equivalente a un deterioro cognitivo global de aproximadamente 10 años. (28)

La práctica cotidiana del Médico Familiar, es precisamente conocer los factores de riesgo de los pacientes, es nuestro deber como Médicos de primer contacto determinar que situaciones ponen al paciente en un estado de vulnerabilidad, detectarlos de manera oportuna, realizar acciones de diagnóstico y tratamiento efectivos, así como realizar derivaciones oportunas en caso necesario. (29)

Se pretende además del restablecimiento del bienestar de quien presenta estas secuelas, lograr una mejora en la atención de parte del Personal de salud hacia los enfermos, ya que no se brinda la atención adecuada cuando el personal se encuentra en subóptimas condiciones, debemos entonces tratar a tiempo este impacto psicológico para mejorar la calidad de su desempeño realizado durante sus actividades laborales. (29)

Así el uso de instrumentos de detección de problemas de índole psicológico/salud mental, validados en nuestra población, serán de mucha utilidad para diagnosticar los desafíos de salud pública que afronta nuestro personal del área de la salud. (29)

Por esta razón, tras el fin de la pandemia, es importante conocer la prevalencia de trastornos como ansiedad y depresión, propiamente como secuelas de haber cursado con esta enfermedad en personal de salud de la unidad de medicina familiar No. 8.

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como se ha mencionado con anterioridad, la presencia de síntomas relacionados con los trastornos de ansiedad y depresión, se han manifestado en la población general y en Personal de salud recuperada de Covid-19 como consecuencia de haber cursado con la enfermedad, refiriéndonos a la sintomatología propia y lo que ella conllevó, como el aislamiento, el miedo a agravar, el temor a contagiar a algún otro miembro de la familia, pérdida de un ser querido, trabajar bajo presión y con recursos muy limitados, aunado a la pérdida de vidas, estimadas en cifras oficiales en 6.9 millones, además de haber causado graves trastornos económicos.

Además, según información publicada en la página oficial de la Organización Mundial de la Salud, hasta el mes de agosto de 2023, en algunos lugares del mundo, la pandemia por COVID-19 cobró una vida cada 3 minutos y miles de personas en todo el mundo aún luchan contra las secuelas y efectos debilitantes posteriores a la infección.

Por lo que el riesgo sigue siendo latente y el personal de salud sigue haciendo frente a estas situaciones complicadas.

En la revisión de la literatura sobre la presencia de ansiedad y depresión en el personal de salud que contrajo la enfermedad por COVID-19 encontramos que durante los años en los cuales estuvo activa la pandemia, surgieron artículos sobre la presencia de estos síntomas tanto en población general como en personal de salud;(11) sin embargo, existe un vacío en el conocimiento acerca de la presencia

de dichos síntomas a más de un año de haber concluido la pandemia, encontrando una cantidad menor de publicaciones en las cuales además, encontramos las siguientes discrepancias y falta de consistencia metodológica que se describen a continuación.

Las publicaciones de Azeredo (6) y Saade (7) incluyeron como población de estudio a los trabajadores de la salud como personal del área médica y administrativa, mientras que, Zalaquett (9) y Mendola (10) incluyeron solo a médicos y enfermeras; Foulkes (8) incluyó además de personal del área médica a personal de farmacia y estudiantes.

Una de las inconsistencias metodológicas encontradas fue que hay publicaciones que no mencionan el uso de una escala para medir la presencia de ansiedad y depresión como Azeredo (6), Foulkes (8), Mendola (10) y Yongyan (11); Zalaquett (9) evaluó la presencia de síntomas de ansiedad y depresión con la escala EQ-5D-5L que evalúa la calidad de vida incluyendo síntomas de ansiedad y depresión. Solo en la publicación de Saade (7) mencionan que se utilizó la escala de ansiedad y depresión hospitalaria. Otra inconsistencia metodológica es el número de personas incluidas en los estudios que va desde 20 participantes(11), 56 (10), 62 (9), 463 (6), 1062 (7), hasta 6677 (8).

El tiempo en el cual se midió la presencia de ansiedad y o depresión como secuelas también muestra discrepancia puesto que Azeredo (6) y Mendola(10) los midieron a los 18 meses, Saade (7) y Foulkes (8) a los 3 meses, Zalaquett (9) a los 3 años y Yongyan no especifican el año, solo mencionaron su medición después de la pandemia.(11)

Finalmente, la prevalencia de ansiedad y depresión también muestra gran variabilidad. Azeredo(6) reporta un 15% de prevalencia de ansiedad y/o depresión, Saade (7) ansiedad 11% y depresión 9%, Foulkes (8) que solo midió ansiedad la reportan en un 2.2% en quienes sí tenían la vacuna COVID y 6.4% en quienes no la tenían, Zalaquett (9) encontró un 66% de ansiedad/depresión, Mendola (10) un 32% y Yongyan (11) un 22% de depresión y ansiedad.

Por todo esto, se pretende en este estudio, conocer la incidencia de los trastornos de ansiedad y depresión que han presentado posterior a haberse contagiado y cursar con la enfermedad por coronavirus, aquellos trabajadores del área de la salud de la Unidad de Medicina Familiar No.8 Aguascalientes, se debe de tener muy en cuenta que en este trabajo se hablará de aquellos casos en específico, en los cuales se presente la sintomatología posterior a haber cursado con la enfermedad, puesto que se ha dado un poco más de atención a las secuelas físicas que ha dejado esta patología, para la cuales se encuentran ya disponibles distintos tratamientos y rehabilitaciones en el ámbito médico.

Y se ha dado menor interés a la salud mental, que de por sí se ha visto afectada por el solo hecho de haber enfrentado una pandemia.

En la Unidad de Medicina Familiar No.8 Aguascalientes, en donde se llevará a cabo esta investigación, se presentó un gran porcentaje de ausentismo laboral, esto debido a los contagios del personal, a las secuelas propias de la enfermedad y su recuperación y se piensa también, se pueda deber al impacto tan importante en la salud mental, que hasta la fecha pueda disminuir su concentración, su rendimiento y su interés en sus actividades laborales diarias.

En el personal de Salud, como en el resto de la Población, se debe prestar especial atención para detectar de manera oportuna los síntomas asociados a estas patologías mentales, realizar de forma acertada un diagnóstico, en el cual es ideal, aunque se presente en médicos o enfermeros, sea diagnosticado por el Psiquiatra, para que sea de forma más objetiva y real y así brindar el tratamiento eficaz, esto, además de regresar a un estado de bienestar a los pacientes, manteniendo su estado de salud mental, influirá positivamente en el desarrollo de sus actividades laborales, su trato hacia los derechohabientes, el cumplimiento de sus quehaceres y deberes dentro del ejercicio de su profesión.

6.1 PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la Incidencia de ansiedad y depresión como secuelas psicológicas en personal de salud recuperado de Covid-19 de la Unidad de Medicina Familiar No.8 Aguascalientes?

7. OBJETIVOS

7.1 Objetivo General

“Determinar la Incidencia de ansiedad y depresión como secuelas psicológicas en personal de salud recuperados de Covid-19, de la Unidad de Medicina Familiar No.8 Aguascalientes”.

7.2 Objetivos Específicos

1. Determinar las características sociodemográficas de los trabajadores que cursaron con enfermedad COVID-19.
2. Determinar secuelas de sintomatología somática para ansiedad.
3. Determinar sintomatología de patrones alterados de sueño
4. Determinar secuelas de Anhedonia.
5. Determinar secuelas Astenia.
6. Determinar secuelas Adinamia.
7. Determinar secuelas pérdida de autoestima.

8. MATERIAL Y METODOS

8.1 Tipo de estudio

Se trata de un estudio observacional, transversal simple.

8.2 Universo de trabajo

Personal Médico/as y enfermero/as de la UMF No.8 Ags.

8.3 Población de estudio

Médico/as y enfermero/as de la UMF No.8 Ags, que hayan cursado con COVID-19.

8.4 Unidad de observación

Médico/as y enfermero/as de la UMF No.8 Ags que hayan cursado con COVID-19 que hayan contestado la escala de depresión y ansiedad de Goldberg.

8.5 Unidad de análisis

Resultado de la escala de ansiedad y depresión de Golberg.

8.6 Muestreo y tamaño de muestra

Muestreo de tipo censal, por lo que se incluyó a la totalidad de los trabajadores de la salud que padecieron COVID-19 durante la pandemia de la UMF No. 8.

Muestra:

Población Total de médicos y enfermeras 111.

Enfermeros: 41

- Médicos: 70

Personal que presentó COVID Total: 90

- Enfermería: 27
- Médicos: 58.

Resultado: 69 encuestas.

No se realizaron las 90 entrevistas, ya que durante la pandemia se contrató personal eventual que en la actualidad ya no tienen una relación con el Instituto Mexicano del Seguro Social.

8.7 Criterios de inclusión

- Todo el personal de salud de las categorías Médicos y Enfermeros pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar No.8 Aguascalientes que haya enfermado de Covid-19.
- Todo el personal de salud, de las categorías Médicos y enfermeras de cualquier sexo y edad que hayan enfermado de Covid-19.
- Todo el personal de salud, de las categorías Médicos y enfermeras de cualquier escolaridad que hayan enfermado de Covid-19.

- Todo el personal de salud, (Médicos y enfermeras) que haya enfermado de Covid-19 y acepten participar en el estudio.
- Todo el personal de salud, (Médicos y enfermeras) que haya enfermado de Covid-19 que firme el consentimiento informado para la participación en el protocolo de estudio.

8.8 Criterios de exclusión

- Personal de salud, (Médicos y enfermeras) que antes de haber cursado con COVID-19, tengan diagnóstico de trastorno de depresión/ansiedad o mixto, con o sin tratamiento médico.

8.9 Criterios de eliminación

- Personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 8 que haya cursado Covid-19 y que no haya contestado en por lo menos el 60% del cuestionario.

8.10 Descripción general del estudio

Para iniciar con esta investigación se acudió con departamento de personal para obtener el listado de trabajadores de la Salud: Médicos y Enfermeros que laboran en la Unidad de Medicina Familiar No.8 y que presentaron COVID-19, identificados por antecedente de incapacidad por dicha enfermedad.

Procedimientos: al personal de salud: Médico/as y Enfermero/as que hayan tenido COVID-19, identificados por medio de la lista de personal, se les explicó lo que se pretendía conocer con este protocolo de estudio, si aceptaban participar, se les aplicó una encuesta general con los datos sociodemográficos básicos, incluyendo en dicho documento, una pregunta para determinar si cursaron con síntomas de depresión y ansiedad.

Para aquellos trabajadores que respondieron afirmativamente a esta pregunta, se tomaron en cuenta los criterios de inclusión, exclusión y eliminación y se determinó la muestra, si los trabajadores aceptaban continuar con el estudio, se les hizo llegar un consentimiento informado.

Se procedió a la aplicación del instrumento: escala de depresión y ansiedad de Goldberg.

Se llevó a cabo en un lugar propiamente destinado para ello, bajo las condiciones necesarias para que pudieran contestar el documento, para con esto conocer cuál es la incidencia de secuelas psicológicas posteriores a haber cursado con la enfermedad por Covid-19.

8.11 Variables

Variable dependiente:

- Covid-19.

Variable independiente:

- Depresión
- Ansiedad

Ver operacionalización de variables en el Anexo A.

8.12 Instrumento de recolección de datos

El instrumento que se utilizó para la recolección de los datos en búsqueda de síntomas para hacer un diagnóstico de ansiedad y depresión fue la escala de Goldberg.

La escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EAD-G) fue concebida para permitir la detección de los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes en la atención primaria: la ansiedad y la depresión. Ambos instrumentos se encuentran en el Anexo B.

Es un instrumento sencillo, breve y de fácil manejo, apropiado para ser administrado por Personal Médico de atención en el primer nivel.

La EADG (Goldberg Anxiety and Depression Scale –GADS- en inglés) fue propuesta por su autor en 1988 a partir de una versión modificada de la Psychiatric Assessment Schedule, con la finalidad de lograr una entrevista de corta duración que pudiera ser utilizada por médicos no psiquiatras como instrumento de pesquiasaje (Goldberg, Bridges, Duncan-Jones, & Grayson, 1988).

Su sencillez, unida a su capacidad de aportar información dimensional sobre la gravedad, han hecho que esta escala haya sido ampliamente recomendada como instrumento de cribaje, tanto con fines asistenciales como epidemiológicos, y/o como guía de la entrevista clínica en el ámbito de la atención primaria. (30)

Es también un indicador de prevalencia, gravedad y evolución de los trastornos antes mencionados.

Ha sido ampliamente recomendada como instrumento de cribaje, tanto con fines asistenciales como epidemiológicos, y/o como guía de la entrevista clínica en el ámbito de la atención primaria.

Se da una puntuación independiente para cada escala.

El puntaje total de ansiedad, es el número de ítems (1 punto por cada uno), valorado positivamente, independiente de su orden, así mismo el puntaje total de depresión será el número de ítems puntuados positivamente.

Se considera que un paciente tiene “probable ansiedad” cuando puntúa 4 ó >, en la primera subescala.

Se considera que tiene depresión cuando puntúa 2 ó > en la segunda subescala.

Se considera que un paciente es “probable caso” quien puntúa ≥ 4 en ansiedad, aunque puntúe 0 en depresión. Es también “probable caso” quien puntúe ≥ 2 en la sub-escala de depresión, aunque puntúe 0 en la de ansiedad. Y, desde luego, es también “probable caso” quien puntúe por encima del punto de corte en ambas sub-escalas.

La validez de criterio del instrumento es de 0.65 a 0.78, que indica una correlación media-alta.

Los datos son inequívocos en cuanto al poder de detección: cuanto más grave trastorno tiene el enfermo, la escala es más sensible. (31)

Índices de validez del EADG:

	Punto de corte: Ansiedad 4 ó > Depresión 2 ó >
Sensibilidad	83.1%
Especificidad	81.8%
Valor predictivo positive	95.3%

En su versión original tiene una sensibilidad de 86% y especificidad de 91% al compararse con la entrevista clínica.(32) Esta escala también ha sido validada en idioma español y aplicada en población mexicana. Se realizó el proceso de validez de desempeño para determinar la sensibilidad, especificidad y valor predictivo de la escala. El estándar de oro que se utilizó para la validez fue la entrevista clínica realizada por un psiquiatra. El resultado de la validez de la escala mediante pruebas de desempeño fue una sensibilidad de 83.1%, especificidad de 81.8% y un valor predictivo de 95.3%.(33) La consistencia interna calculada con el alfa de Cronbach fue de 0.85 para síntomas de ansiedad y 0.83 para síntomas de depresión.(34)

Dicha escala consta de subescalas, una para la detección de ansiedad y otra para detección de depresión.

Cada una de las escalas tiene 9 preguntas, sin embargo las ultimas 5 de ambas, solo se responden si las 4 primeras tuvieron respuestas positivas (estas 4 son obligatorias).

En esta investigación, se debe preguntar al paciente acerca de los síntomas contenidos en las escalas, que se hayan presentado únicamente después de haber padecido la enfermedad Covid-19.

Aunque al momento de la realización de la encuesta el paciente presente otros síntomas, se deberán puntuar solo los contenidos en la escala de ansiedad y depresión de Goldberg.

Subescala de ansiedad:

Detecta el 73% de los casos de ansiedad.

Sus ítems, son los siguientes:

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, debe continuar:

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: hormigueos, mareos, sudores, diarrea?

8.-¿Ha estado preocupado por su salud?

9.-¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

Subescala de depresión:

La subescala de depresión detecta el 82% de los casos de depresión con los puntos de corte que se indican:

1.-¿Se ha sentido con poca energía?

2.-¿Ha perdido Usted el interés por las cosas?

3.-¿Ha perdido la confianza en sí mismo?

4.-¿Se ha sentido Usted desesperanzado, sin esperanzas?

Si hay respuestas afirmativas en cualquiera de las preguntas anteriores, continuar:

5.-¿Ha tenido dificultades para concentrarse?

6.-¿Ha perdido peso? (¿La causa es 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 en las mañanas?

Criterios de valoración:

Subescala de ansiedad: 4 o más respuestas afirmativas.

Subescala de depresión: 2 o más respuestas afirmativas.

Cada una de las preguntas de la escala tienen el mismo valor en la puntuación, están en orden de gravedad creciente, así las últimas preguntas en cada una de las escalas se presentan en los pacientes con trastornos más graves.

Escala de ansiedad y depresión de Goldberg-EADG

Instrucciones de llenado: favor de leer cada una de las preguntas y contestar en el área de respuestas con: SÍ o NO según sea el caso.

Tiene 15 minutos para contestar la encuesta.

SUBESCALA DE ANSIEDAD	RESPUESTAS	PUNTOS
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		
Puntuación Total (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?		
PUNTUACIÓN TOTAL		

SUBESCALA DE DEPRESIÓN	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Se ha sentido con poca energía?		
¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
Puntuación Total (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)		
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
¿Se ha sentido usted enlentecido?		
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
PUNTUACIÓN TOTAL		

PUNTUACIÓN TOTAL (Escala única)	
--	--

8.13 Plan de análisis de datos

Para el procesamiento de los datos obtenidos se usó el paquete estadístico STATA 15.

Se realizó un análisis estadístico de tipo descriptivo. Como todas las variables fueron de tipo cualitativo, se calcularon las frecuencias absolutas y relativas. La incidencia se reporta como un porcentaje.

Los resultados se presentan en tablas y gráficos para facilitar su visualización.

9. RECURSOS, INFRAESTRUCTURA Y FACTIBILIDAD

9.1 Recursos humanos:

- Investigador Principal (asesor Metodológico): Dr. Eumir Ponce de León Alcaraz.
- Investigador asociado (Tesisista): Residente de Medicina Familiar: Mónica Estefanía Faz Cadena.

9.2 Humanos

- Conexión a internet
- Computadora personal
- Programa de Excell
- Hojas de máquina
- Impresora
- Lápices y plumas

9.3 Financiamiento

Todos los recursos tecnológicos, materiales y monetarios fueron cubiertos de manera completa por el Investigador asociado.

10. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio se apegará a la Ley General de Salud en Materia de investigación para la salud en su artículo 17.(35) Se trata de una investigación con riesgo mínimo por abordar aspectos sensibles sobre la ansiedad y depresión. Se tomará en cuenta la *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial*. Que establece los Principios Éticos para las investigaciones Médicas en Seres Humanos, adaptada por la 8° Asamblea Médica Mundial, Helsinki Finlandia en junio de 1964.). Así como a la última enmienda hecha por la última en la Asamblea General en octubre 2013, y a la Declaración de Taipei sobre las consideraciones éticas sobre las bases de datos de salud y los biobancos que complementa oficialmente a la Declaración de Helsinki desde el 2016; de acuerdo a lo reportado por la Asamblea Médica Mundial. (36)

El presente estudio se llevará a cabo de manera respetuosa, siempre manteniendo la confidencialidad de los datos personales de quienes decidan participar, por lo cual no será requisito que en la encuesta general se registre nombre, matrícula, cédula, ni ningún dato específico de la persona que lo responda.

Antes de iniciar el llenado del cuestionario/escala, se explicará nuevamente de forma clara y concisa, así como con total veracidad, cual es el objetivo de su participación en dicha investigación, si existieran dudas respecto a cualquier punto comentado, se responderán y una vez que todo haya quedado estipulado con claridad, se procederá a entregarles un consentimiento informado. Para aquellas personas que así decidan firmarlo, se comenzará, como mencionamos con anterioridad, en un espacio determinado y bajo condiciones óptimas el llenado de su cuestionario.

Es un estudio voluntario, por lo que si en algún momento la persona que haya decidido colaborar, desea abandonar su participación, se respetará su decisión, sin que por este motivo se genere algún tipo de sanción o penalización en su contra.

La presente investigación será sometida a una revisión minuciosa por un Comité de ética, de quien se recibirá con total acuerdo las modificaciones pertinentes que sean

solicitadas, con el fin de que este trabajo arroje resultados positivos para el conocimiento del problema /cuestionamiento elegido, para obtener resultados contundentes y posteriormente, actuar de forma oportuna en la resolución de la problemática.

11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Feb 2024	Mar 2024	Abr il 2024	May o 2024	Jun -Jul 2024	Ag o- Se p 2024	Oct No v 2024	Diciemb re 2024-Enero 2025	En e Feb 2025	Mar - Abr il 2025	May o 2025	juni o juli o 2025	Ag o Se p 2025
Formulació n de pregunta inicial/título													
Revisión bibliográfica del tema													
Recopilació n de información													
Realización justificación													
Realización de objetivos													
Elaboración de marco teórico y conceptual													
Entrega de avance													
Evaluación por el Comité de ética e investigació n													
Aprobación de protocolo													
Recolecció n de datos													
Procesamie nto de datos													
Análisis de datos													
Redacción de trabajo final													

12. RESULTADOS

Se invitó a participar a un total de 75 trabajadores, de los cuales, se eliminaron 6 (8%) por cuestionarios incompletos quedando el total requerido para la muestra de 69.

En la tabla 1, se puede observar que, dentro de las características sociodemográficas de la muestra en estudio, el grupo de edad que predominó fue entre los 31 y 40 años con más del 42%, siguiéndole el de 41 a 50 años con casi un 40%, posteriormente más de 50 años con 13.1% y finalmente el grupo de 20 a 30 años con un 5.8%.

El sexo masculino fue el que más participó en un 55.1%. La profesión más prevalente fue el ser Médico (a) en un 65.2%, el resto correspondió a Enfermería en un 34.8%. La distribución del turno se presentó de la siguiente manera: turno matutino en un 46.4%, turno vespertino en un 40.6%, turno nocturno 7.2% y jornada acumulada en 5.8%.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población de estudio

Variable	n=69	%
Grupo de edad		
20 a 30 años	4	5.8
31 a 40 años	29	42.1
41 a 50 años	27	39.0
> 50 años	9	13.1
Sexo		
Masculino	38	55.1
Femenino	31	44.9
Profesión		
Médico (a)	45	65.2
Enfermero (a)	24	34.8
Turno		
Matutino	32	46.4
Vespertino	28	40.6
Nocturno	5	7.2
Jornada Acumulada	4	5.8

Fuente: encuestas aplicadas al personal de salud en la UMF No.8

Gráfico 1. Edad del personal de salud

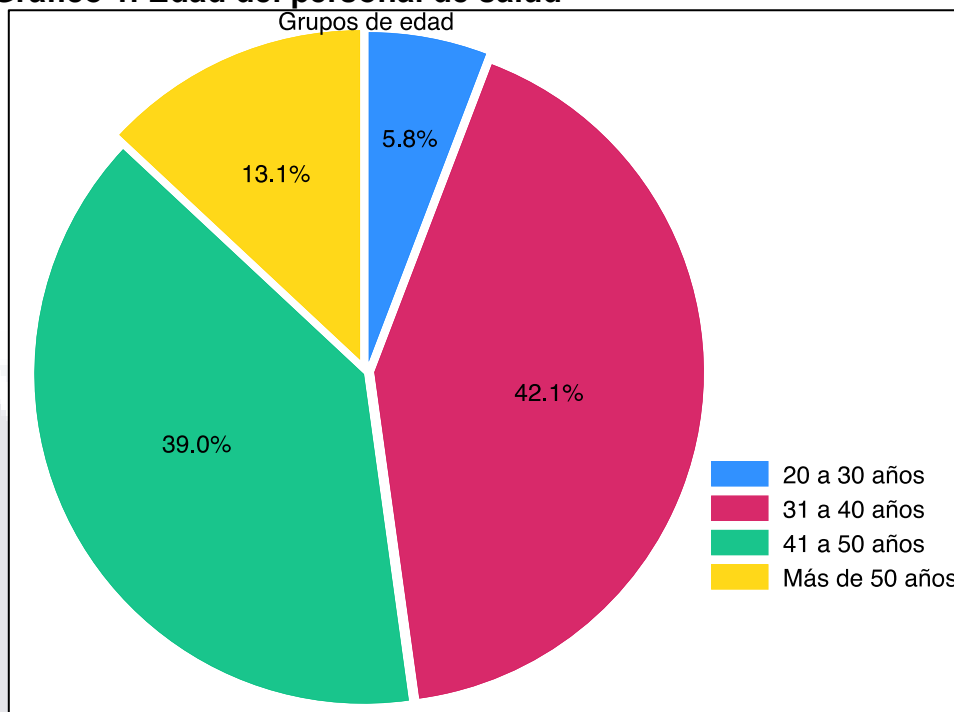


Gráfico 2. Sexo del personal de salud

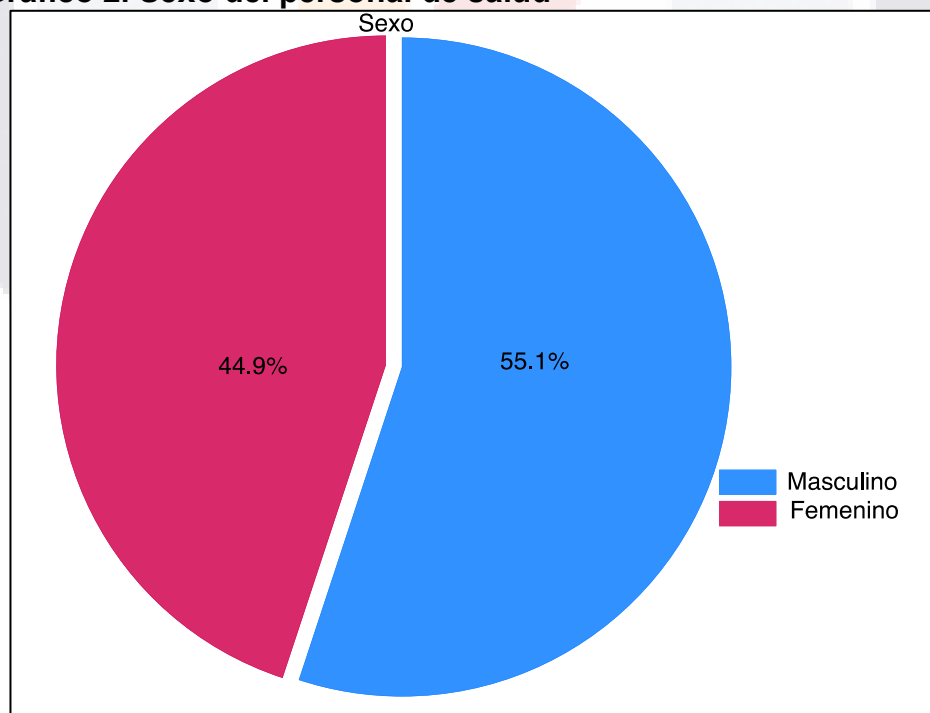


Gráfico 3. Profesión del personal de salud

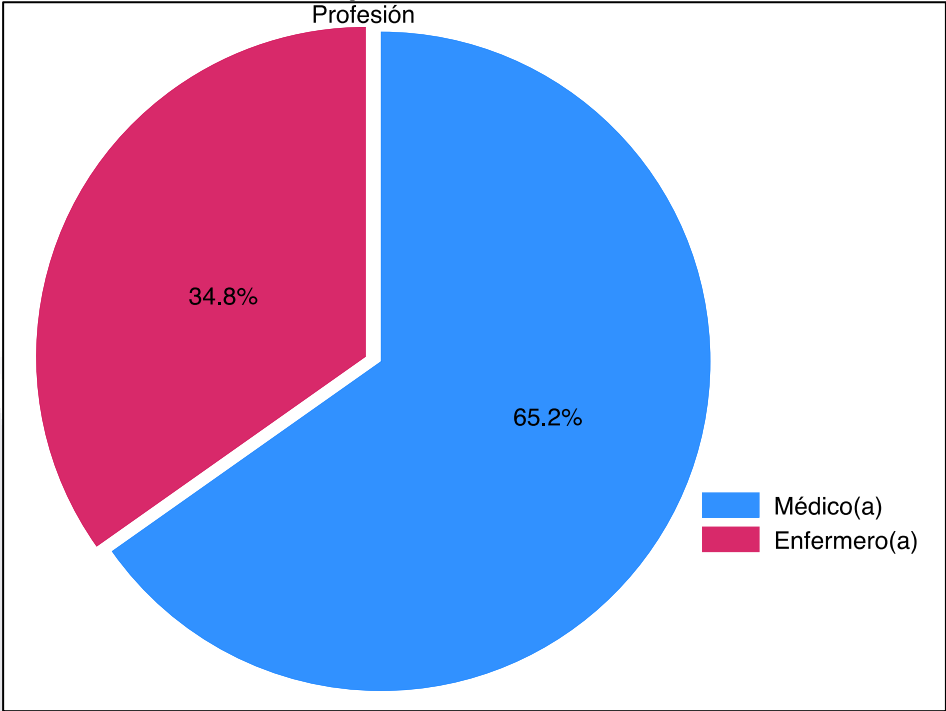
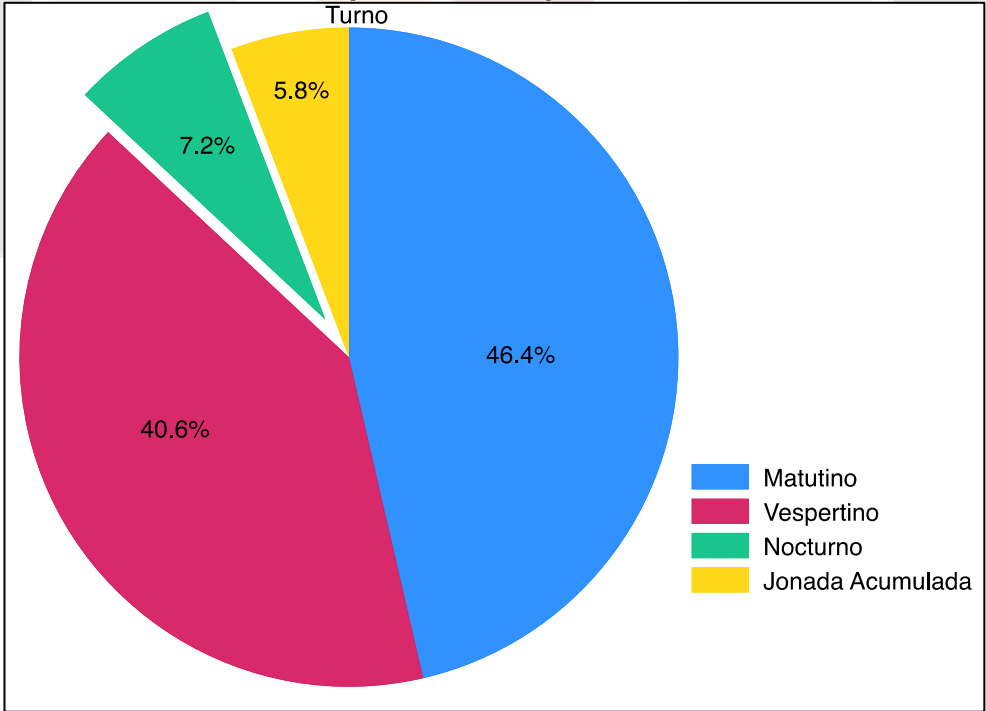


Gráfico 4. Turno en el que labora el personal de salud



En la distribución de los ítems de la subescala de ansiedad, los de mayor frecuencia fueron los ítems que reportan la sintomatología somática. El ítem que se reportó con mayor frecuencia afirmativo fue el que tiene que ver con sentirse preocupado por algo, con un 71%, luego le siguió el que corresponde a sentirse muy excitado, nervioso o en tensión con un 68.1% y el estar preocupado por su salud en un 68.1%; también, de los que se reportaron afirmativos con menor frecuencia, en primer lugar fue el sentirse irritable en un 14.5%, luego el tener síntomas vagales en un 18.8%. En cuanto a los patrones alterados del sueño, el personal de salud reportó tener dificultad para dormir en un 33.3%. Se presenta en la tabla 2 la información completa.

Tabla 2. Distribución y frecuencia de los ítems correspondientes a la subescala de ansiedad

Ítem	n	%
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
Si	47	68.1
No	2	2.9
No aplica	20	29.0
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
Si	49	71.0
No	0	0.0
No aplica	20	29.0
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?		
Si	10	14.5
No	39	56.5
No aplica	20	29.0
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?		
Si	41	59.4
No	8	11.6
No aplica	20	29.0
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
Si	23	33.3
No	26	37.7
No aplica	20	29.0
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
Si	29	42.0
No	20	29.0
No aplica	20	29.0
7.- ¿Ha sentido temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (Síntomas vegetativos).		

Si	13	18.8
No	36	52.2
No aplica	20	29.0
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?		
Si	47	68.1
No	2	2.9
No aplica	20	29.0
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño o para quedarse dormido?		
Si		
No	20	29.0
No aplica	29	42.0
	20	29.0

Fuente: encuestas aplicadas al personal de salud en la UMF No.8

En la subescala de depresión, el ítem que se reportó con mayor frecuencia fue el de sentirse con poca energía en un 66.7% que corresponde con las secuelas de astenia y adinamia. Luego, en orden de frecuencia, se encontró el sentirse con dificultad para concentrarse en un 52.2% y, por último, sentirse desesperanzado o sin esperanzas en un 43.5% que corresponden con secuelas de anhedonia. Los que se presentaron con menor frecuencia en primer lugar fue haber perdido la confianza en sí mismo en un 1.5% (secuelas de pérdida de autoestima), perder el interés por sus cosas en un 10.1% (secuelas de anhedonia) y perder peso a causa de la pérdida del apetito, también en un 10.1%, el resto de la información se presenta en la tabla 3.

Tabla 3. Distribución y frecuencia de los ítems correspondientes a la subescala de depresión

Ítem	n	%
1.- ¿Se ha sentido con poca energía?		
Si	46	66.7
No	3	4.3
No aplica	20	29.0
2.- ¿Ha perdido usted su interés por sus cosas?		
Si		
No	7	10.1
No aplica	42	60.9
	20	29.0
3.- ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
Si	1	1.5
No	48	69.6
No aplica	20	28.9

4.- ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
Si	30	43.5
No	19	27.5
No aplica	20	29.0
5.- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
Si		
No	36	52.2
No aplica	13	18.8
	20	29.0
6.- ¿Ha perdido peso? (a causa de su pérdida de apetito.		
Si	7	10.1
No	42	60.9
No aplica	20	29.0
7.- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
Si	15	21.7
No	34	49.3
No aplica	20	29.0
8.- ¿Se ha sentido usted enlentecido?		
Si	21	30.4
No	28	40.6
No aplica	20	29.0
9.- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
Si	12	17.4
No	37	53.6
No aplica	20	29.0

Fuente: encuestas aplicadas al personal de salud en la UMF No.8

Se realizó una pregunta general a los participantes sobre la presencia de síntomas de ansiedad y/o depresión, a la cual casi el 70% respondió afirmativamente. (gráfico 5) Posteriormente, al aplicar los puntos de corte establecidos para la subescala completa de ansiedad, se encontró que la incidencia de ansiedad en el personal de salud fue de 65.2%, (gráfico 6) mientras que la incidencia de síntomas de depresión en el personal de salud fue de 62.3%. (gráfico 7) Estos resultados se presentan en la tabla 4.

Tabla 4. Incidencia de síntomas de ansiedad y depresión.

Variable	N	%
Síntomas relacionados con ansiedad y depresión		
Si	48	69.6
No	21	30.4
Ansiedad		
Si	45	65.2
No	24	34.8
Depresión		
Si	43	62.3
No	26	37.7

Gráfico 5. Incidencia de síntomas de ansiedad y/o depresión en el personal de salud

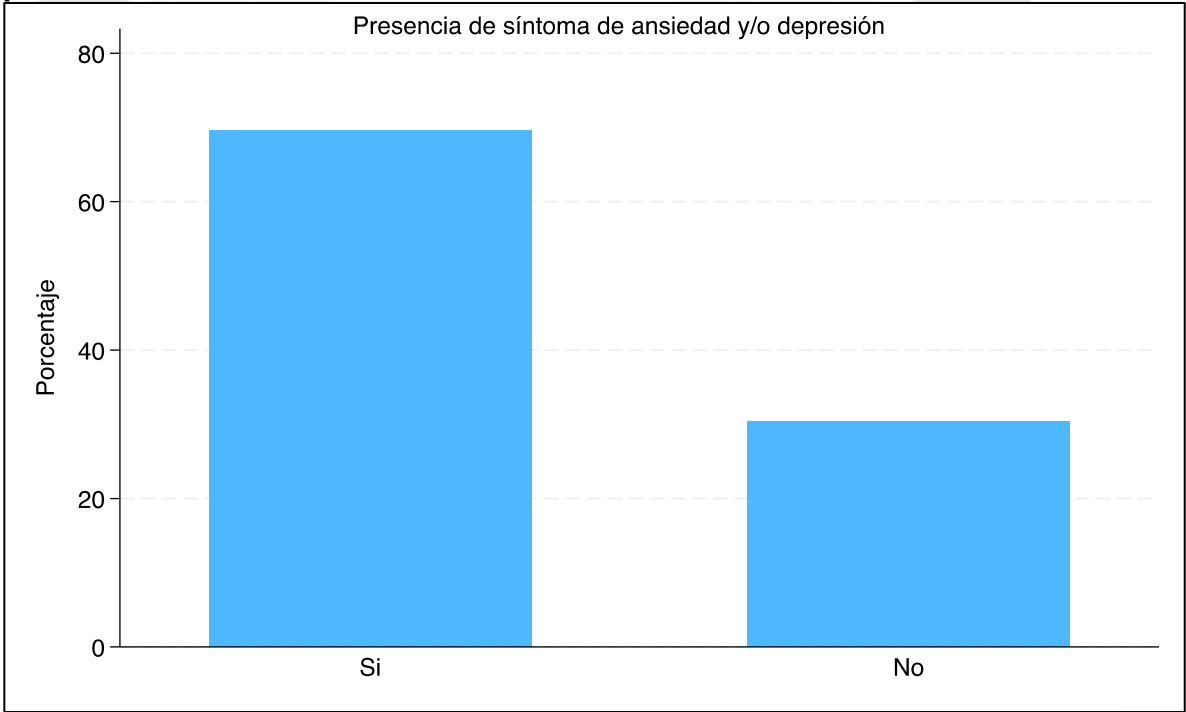


Gráfico 6. Incidencia de síntomas de ansiedad en el personal de salud.

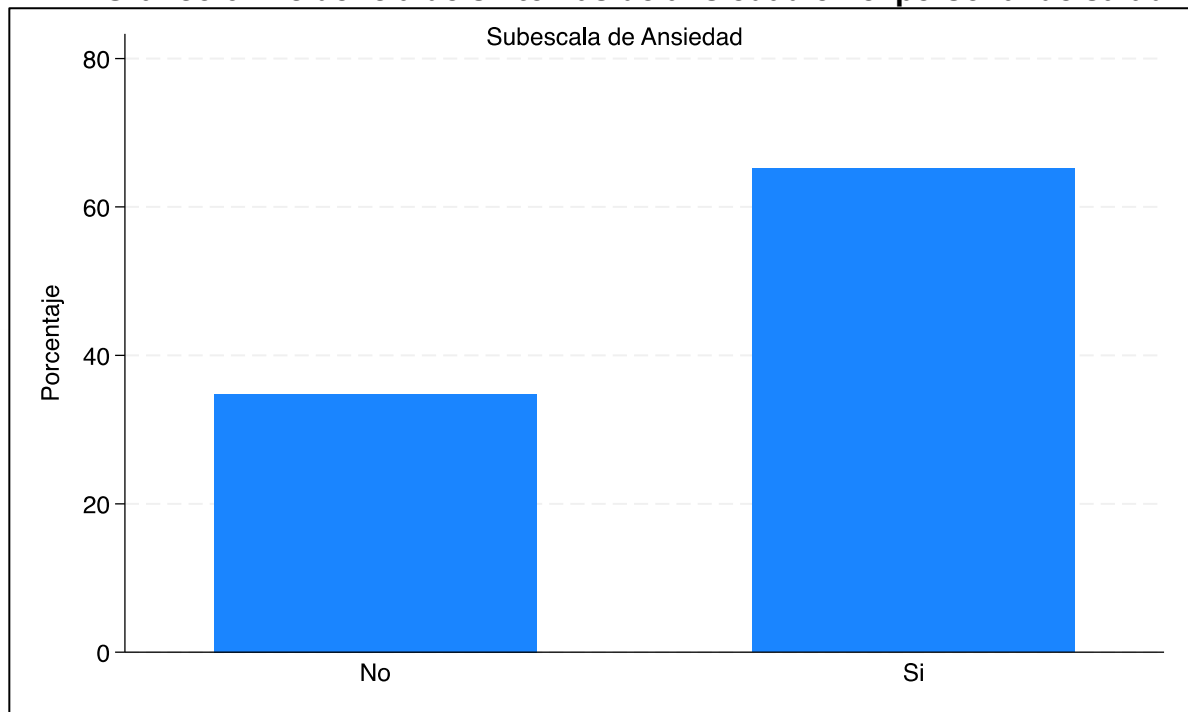
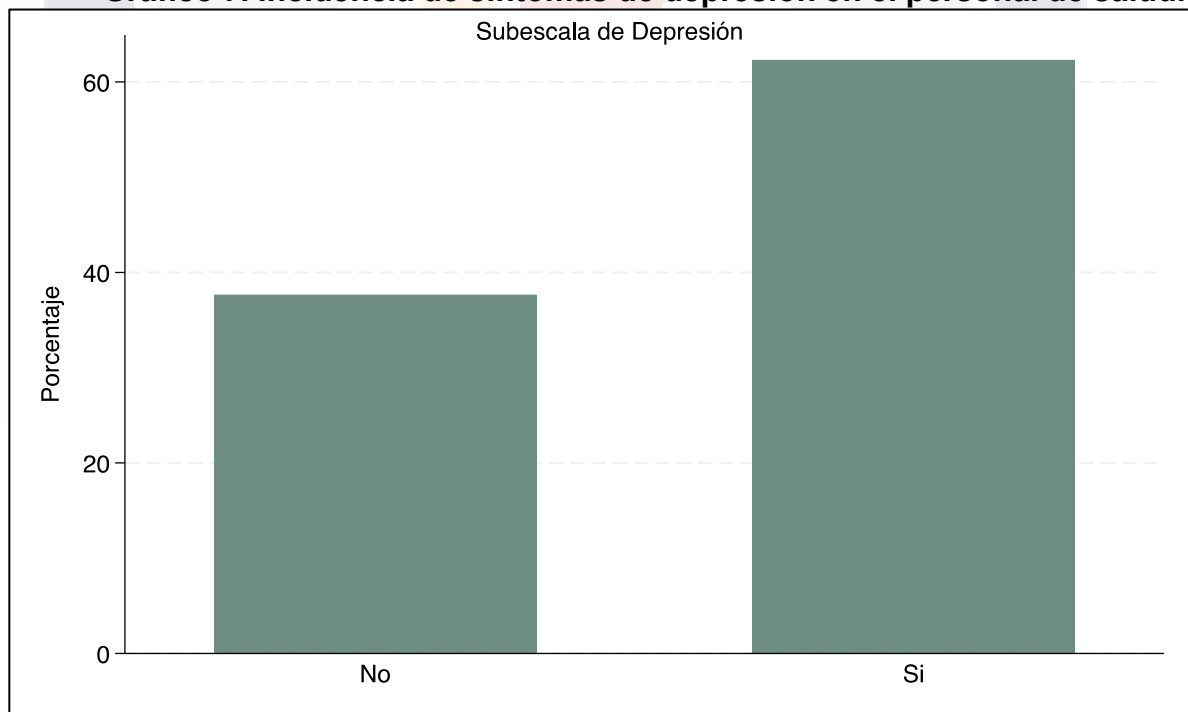


Gráfico 7. Incidencia de síntomas de depresión en el personal de salud.



13. DISCUSIÓN

El objetivo del presente protocolo de investigación se cumplió ya que se determinó la incidencia de síntomas de ansiedad y depresión como secuelas psicológicas en personal de salud recuperado de COVID-19 en la UMF No. 8.

En este estudio, el grupo de edad que se presentó con mayor frecuencia fue el de 31 a 40 años, seguido del grupo de 41 a 50 años. Estos resultados se deben a que la mayoría del personal de salud que participó en el estudio fueron médicos, los cuales terminan su especialidad por lo regular después de los 30 años. Este resultado obtenido es similar al encontrado por Azeredo y colaboradores (6) quienes encontraron una media de edad de 48.6 años en los trabajadores de la salud de su estudio, Saade y cols. con un rango de 40-49 años, (7) Foulkes y cols con un rango de 45-50 años, (8) Zalaquett con una media de 45.8 años (9) y finalmente Mendola con un resultado ligeramente mayor con un promedio de 55 años. (10)

En cuanto al sexo, en este estudio se encontró que la participación de los hombres fue 11% mayor que las mujeres. Este resultado es similar al reportado por Mendola con un 50% de participantes hombres, (10) pero difiere de lo encontrado por Azeredo quienes reportaron más de 70% de participación de trabajadores de salud del sexo femenino, (6) Saade reportó participación de 10% de trabajadores de la salud de sexo masculino (7) y Zalaquett con participación de 86% de trabajadores de la salud de sexo femenino en su estudio. (9) Esta diferencia puede ser debida a que el presente estudio se realizó en una unidad médica de primer nivel de atención donde el personal médico es más numeroso que el de enfermería, además de que la proporción de Médicos familiares de sexo femenino y masculino se ha presentado en porcentajes similares cercanos al 50% mientras que, en los otros estudios, predomina el personal de enfermería.

Al describir la profesión de la población de este estudio, la mayoría fueron médicos en un 65.2% y el resto fue personal de enfermería. Es importante destacar que solo se incluyeron dos categorías y que en otros estudios se incluyeron no solo médicos y personal de enfermería sino que también se incluyeron personal administrativo,

de limpieza y personal administrativo, (6,7) lo que genera discrepancia en la frecuencia encontrada del personal médico como en el estudio de Saade en el cual participó solo un 8% de médicos y 47% del personal de enfermería además de otras categorías; (7) en el estudio de Zaalauett participó un 24 % de personal médico y de enfermería (9) y finalmente en el estudio de Mendola se encontró la participación de 33.9% médicos y 59% enfermería, (10) cifras que se acercan más a lo encontrado en el presente estudio.

En cuanto al turno, en el presente estudio se encontró que la mayoría de los participantes laboraban en el turno matutino seguido del turno vespertino. No se encontraron otros estudios que midieran esta variable de estudio.

En este estudio se utilizó la escala de ansiedad y depresión de Goldberg para medir los síntomas de ansiedad y de depresión, que tiene una sensibilidad de 83.1% y sensibilidad de 81.8% adecuadas como pruebas de tamizaje, a diferencia de otros estudios que no mencionan el instrumento utilizado como Azeredo (6) y Mendola (10) o de otros que estudios midieron los síntomas con otras herramientas como la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (7) o el instrumento de calidad de vida EQ-5D-5L y el DASS-21.(9)

Al evaluar la incidencia de síntomas de ansiedad y de depresión como secuelas de COVID-19 en el personal de salud, se encontró un porcentaje alto del 69.6%, resultado similar al encontrado por Zalaquett con un 66% de síntomas de ansiedad/depresión. (9) El resultado encontrado es discrepante con lo encontrado por Azeredo con solo el 15% para la presencia de ambos síntomas (6) y por Mendola con un 32% también para ambos síntomas. (10)

La presencia de síntomas de ansiedad y depresión como secuelas de COVID-19 es variable en la literatura y esto podría ser atribuido a diversas causas como el efecto que tuvo la enfermedad de manera individual física y psicológicamente en cada persona, el grado de recuperación de los síntomas por la enfermedad y los efectos directos de las medidas de confinamiento durante la pandemia que incluyeron el aislamiento social. Esto sugiere la realización de otros estudios con la

finalidad de encontrar las causas de la persistencia de los síntomas de ansiedad/depresión.

14. CONCLUSIONES

Los hallazgos del presente estudio evidencian una alta prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en el personal de salud recuperado de COVID-19, con un 69.6% de los participantes afectados. Esta cifra sugiere que las secuelas psicológicas derivadas de la pandemia siguen representando un problema significativo en este grupo poblacional. La variabilidad reportada en la literatura respecto a la incidencia de estos síntomas podría estar influenciada por factores como las diferencias en los criterios de evaluación, el contexto laboral y las condiciones de exposición al virus.

Es fundamental que futuras investigaciones exploren en mayor profundidad los factores asociados a estas secuelas y evalúen la eficacia de programas de apoyo psicológico en este contexto.

15. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

La principal limitación de este estudio fue su diseño transversal, que solo permite describir los hallazgos, por lo cual se sugiere avanzar en el nivel de investigación realizando estudios analíticos que determinen los factores asociados a la presencia de los síntomas de ansiedad y depresión para poder incidir en dichos factores y mejorar la salud mental de los trabajadores de la salud.

Se considera que otra limitación es que el estudio solo se realizó en una unidad de medicina familiar, por lo que se sugiere que este estudio sea realizado en múltiples unidades tanto de primero como de segundo nivel de atención.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Dado el impacto de la salud mental en el desempeño y bienestar del personal sanitario, estos resultados resaltan la necesidad de estrategias de intervención dirigidas a la prevención y manejo de los trastornos emocionales en este grupo. Futuras investigaciones deberán profundizar en los factores asociados a estas secuelas y evaluar la efectividad de programas de apoyo psicológico en este contexto.



16. GLOSARIO

Ansiedad. Sentimientos o emociones de temor, aprensión y desastre inminente, pero no incapacitantes como con trastornos de ansiedad.

Depresión. Estados depresivos generalmente de ansiedad moderada comparados con el trastorno depresivo mayor presente en los trastornos neuróticos y psicóticos. Personal de salud.

COVID-19. Enfermedad respiratoria causada por el coronavirus SARS-Cov-2, altamente contagiosa.

Personal de salud. Individuos que trabajan en la prestación de servicios de salud, ya sea como practicantes individuales o como empleados de instituciones y programas de salud, aunque no tengan entrenamiento profesional, este o no sujetos a regulación pública.

17. BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. Trastornos de ansiedad [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 12]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
2. Organización Mundial de la Salud. Depresión, datos, cifras y generalidades. [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 12]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
3. Organización Mundial de la Salud. Enfermedad por Coronavirus, datos, cifras y generalidades [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 12]. Available from: https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
4. Won E, Kim YK. Neuroinflammation-associated alterations of the brain as potential neural biomarkers in anxiety disorders. Vol. 21, International Journal of Molecular Sciences. MDPI AG; 2020. p. 1–19.
5. Wang H, He Y, Sun Z, Ren S, Liu M, Wang G, et al. Microglia in depression: an overview of microglia in the pathogenesis and treatment of depression. Vol. 19, Journal of Neuroinflammation. BioMed Central Ltd; 2022.
6. Azeredo ACV, Santos AK, Braga RSL de, Duz JVV, Souza MS de, Rossato Silva D. Prevalence and associated risk factors of post-COVID-19 syndrome in healthcare workers. J Occup Environ Hyg. 2024 Dec 10;21(12):843–6.
7. Saade A, Didier Q, Cha L, Garlantezec R, Paris C, Tattevin P. The prevalence, determinants, and consequences of post-COVID in healthcare workers: A cross-sectional survey. J Med Virol. 2024 Jun 3;96(6).
8. Foulkes S, Evans J, Neill C, Bishop J, Khawam J, Islam J, et al. Prevalence and impact of persistent symptoms following SARS-CoV-2 infection among healthcare workers: A cross-sectional survey in the SIREN cohort. Journal of Infection. 2024 Oct;89(4):106259.
9. Zalaquett N, Lutchman K, Iliaki E, Buley J, Nathan N, Sotos Prieto M, et al. Findings Associated With Prolonged COVID-19 Recovery Among Boston Healthcare Workers. J Occup Environ Med. 2024 Dec;66(12):962–9.
10. Mendola M, Leoni M, Cozzi Y, Manzari A, Tonelli F, Metruccio F, et al. Long-term COVID symptoms, work ability and fitness to work in healthcare workers hospitalized for Sars-CoV-2 infection. Med Lav. 2022 Oct 24;113(5):e2022040.
11. Deng Y, Chen Y, Zhang B. Different prevalence trend of depression and anxiety among healthcare workers and general public before and after the

- peak of COVID-19 occurred in China: A meta-analysis. *Asian J Psychiatr*. 2021 Feb;56:102547.
12. OMS: Organización Mundial de la Salud. 2023. Enfermedad por coronavirus (Covid-19).
 13. Matar-Khalil S. Neurocovid-19: efectos del COVID-19 en el cerebro. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2022;1–5.
 14. Renaud-Charest O, Lui LMW, Eskander S, Ceban F, Ho R, Di Vincenzo JD, et al. Onset and frequency of depression in post-COVID-19 syndrome: A systematic review. Vol. 144, *Journal of Psychiatric Research*. Elsevier Ltd; 2021. p. 129–37.
 15. Shanbehzadeh S, Tavahomi M, Zanjari N, Ebrahimi-Takamjani I, Amiri-arimi S. Physical and mental health complications post-COVID-19: Scoping review. Vol. 147, *Journal of Psychosomatic Research*. Elsevier Inc.; 2021.
 16. Sinanović O. LONG-TERM NEUROPSYCHIATRIC CONSEQUENCES OF SARS-COV INFECTIONS. Vol. 33, *Psychiatria Danubina*. 2021.
 17. Andrades-Tobar M, García FE, Concha-Ponce P, Valiente C, Lucero C. Predictors of anxiety, depression, and stress symptoms from the COVID-19 outbreak. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2021;26(1):13–22.
 18. Thompson RA. Emotion Regulation: Conceptual Foundations [Internet]. 2007. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/303248970>
 19. Borell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice, and scientific inquiry. Vol. 2, *Annals of Family Medicine*. 2004. p. 576–82.
 20. The Lancet. The Lancet. 2021 [cited 2024 Dec 29]. The Lancet: COVID-19 pandemic led to stark rise in depressive and anxiety disorders globally in 2020, with women and younger people most affected. Available from: <https://www.healthdata.org/news-events/newsroom/news-releases/lancet-covid-19-pandemic-led-stark-rise-depressive-and-anxiety>
 21. Torres-Cantero AM, Álvarez León EE, Morán-Sánchez I, San Lázaro Campillo I, Bernal Morell E, Hernández Pereña M, et al. El impacto de la pandemia de COVID-19 sobre la salud. Informe SESPAS 2022. *Gac Sanit*. 2022;36:S4–12.
 22. BVS. Decs. 2024. Biblioteca Virtual en Salud.
 23. Barone MTU, Villarroel D, de Luca PV, Harnik SB, Lima BL de S, Wieselberg RJP, et al. COVID-19 impact on people with diabetes in South and Central America (SACA region). *Diabetes Res Clin Pract*. 2020 Aug;166:108301.

24. Toscano G, Palmerini F, Ravaglia S, Ruiz L, Invernizzi P, Cuzzoni MG, et al. Guillain–Barré Syndrome Associated with SARS-CoV-2. *New England Journal of Medicine*. 2020 Jun 25;382(26):2574–6.
25. OMS. Organización Mundial de la Salud. 2023. Trastornos de ansiedad.
26. OMS. Organización Mundial de la Salud. 2023. Depresión.
27. Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*. 2021 Nov 6;398(10312):1700–12.
28. Molina M. M. Secuelas y consecuencias de la Covid-19. *Med Respir [Internet]*. 2020;13(2):71–7. p. *Med Respir [Internet]*. 2020;13(2):71–7.
29. Martínez Martínez L. Psychosocial Risks and Work Stress in Times of COVID-19: Instruments for Its Evaluation. *Revista de Comunicación y Salud*,. 2020;10(0):301–21.
30. Carbonell MM, Díaz RP, Marín AR. Diagnostic usefulness of anxiety and depression scale goldberg (EAD-G) in Cuban adults. *Universitas Psychologica*. 2016;15(1):177–92.
31. Lobo A, Sanz P. Banco de instrumentos y metodología en Salud Mental. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental [Internet]. [cited 2024 Dec 22]; Available from: <https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=MADRS.pdf>
32. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ*. 1988 Oct 8;297(6653):897–9.
33. Montón Franco CPEMJ; CJGCAL. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria*. 1993;12(6):345–9.
34. Espinosa MC, Orozco LA, Ybarra JL. Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel. *Salud mental*. 2015 May 15;38(3):201–8.
35. Gobierno de México. 14 de diciembre. 2020 [cited 2021 Jan 9]. Ley General de salud. Última reforma publicada DOF 04-12-2020. Available from: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf
36. Asociación Médica Mundial. 21 marzo. 2017 [cited 2020 Jul 19]. Declaración de Helsinki. Available from: <https://www.wma.net/es/policies->

post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/



18. ANEXOS

ANEXO A. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Dimensiones	Definición conceptual.	Definición operacional	Indicadores	Ítems
		Conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia,etc) y síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático que genera afectación global física y psíquica, haciendo énfasis en la esfera efectiva.		Anhedonia	¿Ha perdido Usted su interés por las cosas?
	Depresión			Adinamia	¿Se ha sentido con poca energía?
				Tristeza	¿Se ha sentido Usted triste/ desesperanzado?
				Déficit de atención	¿Ha tenido dificultad para concentrarse?
			Escala de ansiedad y depresión de Goldberg.	Decaimiento	¿Se ha sentido Usted enlentecido?
				Nerviosismo	¿Se ha sentido muy nervioso o tensionado?

	Ansiedad	Estado mental displacentero, acompañado de cambios somáticos y psíquicos, puede presentarse como reacción adaptativa o como síntoma o síndrome, considerada patológica por su presentación irracional, generando un grado alto de disfuncionalidad en quien la padece.		Angustia	¿Ha estado muy preocupado por algo?
				Insomnio	¿Ha dormido mal o tenido dificultades para dormir?
				Síntomas vegetativos	¿Ha tenido temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?

ANEXO B. INSTRUMENTO

Procedimientos:

Para iniciar con esta investigación se acudió con departamento de personal para obtener el listado de trabajadores de la Salud: Médicos y Enfermeros que laboran en la Unidad de Medicina Familiar #8 y que presentaron covid-19, identificados por antecedente de incapacidad por dicha enfermedad.

Una vez obtenida esta información, se procede a obtener la muestra necesaria para la investigación.

Al tener identificados a los trabajadores, se tomarán en cuenta los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, así mismo se les explicará lo que se pretende conocer con este protocolo de estudio, si aceptan participar, se les hará llegar un consentimiento informado y se les aplicará una encuesta general con los datos sociodemográficos básicos.

Se llevará a cabo en un lugar propiamente destinado para ello, bajo las condiciones necesarias para que puedan contestar el documento, para con esto conocer cuál es la incidencia de secuelas psicológicas posteriores a haber cursado con la enfermedad por Covid-19.

Se procederá a la aplicación del instrumento: escala de depresión y ansiedad de Goldberg.

El manual operacional para la aplicación de la escala de ansiedad y depresión de Goldberg, a los participantes de esta investigación para conocer la incidencia de ansiedad y depresión como secuelas psicológicas en personal de salud recuperado de Covid-19 de la Unidad de Medicina Familiar #8 Aguascalientes, con el propósito de limitar la variación de sus resultados obtenidos, dada la subjetividad e interpretación de los mismos ante cada participante, se explicará breve y concisamente como debe responderse, para llegar a una estandarización, recolección de los datos plasmados, limitar en medida de lo posible los sesgos y obtener información clara y veraz.

Para ello debe seguirse una secuencia previamente establecida.

Para la aplicación de esta encuesta, que es el instrumento de recolección de datos, es necesario contar con los siguientes documentos:

1.-Manual operacional: se especifica en el mismo los componentes y las instrucciones para responder el instrumento.

2.- Encuesta general para la obtención de datos sociodemográficos básicos.

3.-Consentimiento informado

4.-Encuesta general donde se realizará el vaciado de la información obtenida en cada ítem del instrumento.

1.-MANUAL OPERACIONAL/INSTRUCCIONES:

- Realizar una presentación general del Encuestador/Tesista.
- Se debe de explicar nuevamente a los participantes cual es el objetivo del presente estudio.
- Antes continuar, resolver dudas generales.

2.-ENCUESTA GENERAL PARA OBTENCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

- El encuestador debe mostrar una encuesta general y leer cada uno de las preguntas que en esta se encuentran, hacer hincapié en que la información que se va recolectar es anónima, por lo que se debe de omitir colocar el nombre del participante.

3.-CONSENTIMIENTO INFORMADO.

- Mostrar un consentimiento informado.
- Leer de forma clara cada uno de los puntos del consentimiento informado.
- Hacer mención de que en cualquier momento que el Participante desee abandonar su participación puede hacerlo sin ningún tipo de represalia.

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG:

Entregar a cada participante el instrumento: escala de ansiedad y depresión.

Explicar de forma concisa y clara como responder este instrumento.

Explicar que el instrumento consta de 2 subescalas, en cada una de ellas deben de responderse de forma obligatoria las 4 primeras preguntas, en caso de responder afirmativamente a ellas, continuar con el resto hasta finalizar el instrumento.

Para la interpretación de la escala de ansiedad y depresión de Goldberg, se toma en cuenta los siguiente:

Criterios de valoración:

Subescala de ansiedad: 4 o más respuestas afirmativas.

Subescala de depresión: 2 o más respuestas afirmativas.

La prueba consta de 2 subescalas, una para la detección de ansiedad y otra para depresión.

Ambas escalas tienen 9 preguntas, pero las últimas 5 preguntas de cada escala solo se formulan si hay respuestas positivas a las 4 primeras que son obligatorias.

En esta investigación, se debe preguntar al paciente acerca de los síntomas contenidos en las escalas, que se hayan presentado únicamente después de haber padecido la enfermedad Covid-19.

Aunque al momento de la realización de la encuesta el paciente presente otros síntomas, se deberán puntuar solo los contenidos en la escala de ansiedad y depresión de Goldberg.

Cada una de las preguntas de la escala tienen el mismo valor en la puntuación, están en orden de gravedad creciente, así las últimas preguntas en cada una de las escalas se presentan en los pacientes con trastornos más graves.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN:

“Incidencia de ansiedad y depresión como secuelas psicológicas en personal de salud recuperado de Covid-19 de la Unidad de Medicina Familiar #8 Aguascalientes”.

Investigadora: Mónica Estefanía Faz Cadena, Médico Residente de Medicina Familiar.

ENCUESTA GENERAL

Instrucciones de llenado: Favor de leer con atención las siguientes preguntas, después marcar con una X la respuesta correcta.

<u>Género:</u>	Mujer		Hombre					
<u>Edad:</u>	De 20 a 30 años	☐	31 a 40 años	☐	De 40 a 50 años	☐	50 años o más	☐
<u>Profesión:</u>	Enfermera/o		Médica/o					
<u>Turno laboral:</u>	Matutino	☐	Vespertino	☐	Nocturno	☐	J. acumulada	☐

¿Considera Usted que ha presentado síntomas relacionados con depresión y ansiedad?

SÍ	NO
-----------	-----------

¡Gracias por tu participación!

Escala de ansiedad y depresión de Goldberg-EADG

Instrucciones de llenado: favor de leer cada una de las preguntas y contestar en el área de respuestas con: SÍ o NO según sea el caso.

Tiene 15 minutos para contestar la encuesta.

SUBESCALA DE DEPRESIÓN	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Se ha sentido con poca energía?		
¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
Puntuación Total (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)		
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
¿Se ha sentido usted enlentecido?		
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
PUNTUACIÓN TOTAL		

PUNTUACIÓN TOTAL (Escala única)	
--	--

SUBESCALA DE ANSIEDAD	RESPUESTAS	PUNTOS
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		
Puntuación Total (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?		
PUNTUACIÓN TOTAL		

ANEXO C. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Gobierno de
México



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Aguascalientes, Ags, a 10 de enero de 2025

Dra. Virginia Verónica Aguilar Mercado

Presidente de CEI 1018

Delegación Aguascalientes

Presente.

Por este medio quiero hacer de su conocimiento que se realizará el protocolo de tesis titulado: "Incidencia de ansiedad y depresión como secuelas psicológicas en personal de salud recuperado de Covid-19 de la Unidad de Medicina Familiar No. 8 Aguascalientes". El cual requiere del acceso a la información contenida en el expediente electrónico de los pacientes y/o encuestas a los pacientes, razón por la cual se respetará en todo momento los Principios Éticos de Anonimato, Confidencialidad y Beneficencia con la información recabada.

Considerando lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en el Título Segundo Capítulo 1, Artículo 17, Sección 1; la presente es una investigación sin riesgo.

Sin otro particular, le envío un cordial saludo.

Atentamente

Dr. Eumir Ponce de León

Alcaraz. Investigador Principal.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de Consentimiento informado para participación en
protocolos de investigación (Adultos)

Nombre del estudio:	"INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN COMO SECUELAS PSICOLÓGICAS EN PERSONAL DE SALUD RECUPERADO DE COVID-19 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #8 AGUASCALIENTES".
Lugar y fecha:	Aguascalientes, Aguascalientes. De de 2024
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	Derivado de la pandemia por covid-19, un gran porcentaje de la población mundial se vió afectada, por el hecho de saberse expuesta a enfermar, complicarse y perder la vida, así como por las medidas tan drásticas de aislamiento que tuvieron que tomarse para tratar de disminuir los contagios; es por ello que una gran cantidad de personas cursaron con sintomatología mental. El objetivo de este trabajo de investigación es determinar la ansiedad y depresión como secuelas psicológicas en pacientes recuperados de covid-19, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar #8, Aguascalientes, Aguascalientes.
Procedimientos:	La investigadora identificará al personal médico y de enfermería perteneciente a la Unidad de Medicina Familiar # 8 que haya cursado con la enfermedad Covid-19, a través de una encuesta general; respetando los criterios incluidos en el trabajo de investigación. Una vez identificados, se les entregará el cuestionario a contestar: ESCALA DE GOLDBERG para detección de ansiedad y depresión; antes de iniciar a responderlo, se les explicará de forma detallada cual es el objetivo de la investigación, así mismo se les pedirá leer a detalle este consentimiento, si están de acuerdo, se procederá a responder la encuesta, el tiempo para responderla es de 15 minutos.
Posibles riesgos y molestias:	Al finalizar, se recogerán las hojas y se procederá al análisis de la información. Los inconvenientes a los que se pueden someter los participantes al participar en el estudio se considera pueden ser mínimos, como algún malestar emocional al estar respondiendo la encuesta, sin embargo, no existen riesgos potenciales para su salud física.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Los beneficios que se podrán obtener, en caso de presentar alguna secuela psicológica es el apoyo multidisciplinario basado en atención médica y psicológica, en caso de ser necesario derivación a un segundo o tercer nivel, según sea la necesidad individual.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al término del presente estudio de investigación, se brindarán los resultados obtenidos, buscando implementar un programa de detección precoz de trastornos mentales, así como tratamiento oportuno.
Participación o retiro:	Mi participación en este estudio es completamente voluntaria, por lo cual me reservo el derecho de retirarme de ella en cualquier momento que yo lo considere oportuno o necesario.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos otorgados durante mi participación en este estudio serán tratados de forma anónima y confidencial. Mi identidad en todo momento será protegida de toda persona ajena a este estudio 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.

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

Investigadora o Investigador Responsable: Dr. Eumir Ponce de León Alcaraz. Lugar de Adscripción: Jefatura de Investigación y Educación de la Unidad de Medicina Familiar # 8. Lugar de trabajo: Prol. Alameda 8, Col. del Trabajo, C.P. 20180. Aguascalientes, Ags. Teléfono: 4499752211 ext 411. Celular: 4498988785
Matrícula: 99103101. Correo Electrónico: dreumirponce@hotmail.com, eumirponcedeleon@imss.gob.mx.

Colaboradores: Dra. Mónica Estefanía Faz Cadena. Lugar de Adscripción: Residente. Lugar de trabajo: Prol. Alameda 8, Col. del Trabajo. C.P. 20180. Aguascalientes, Ags. Teléfono: 4491186430. Matrícula: 98012419. Correo Electrónico: monga_faz2@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.etica@imss.gob.mx

ANEXO D. CARTA DE NO INCOVENIENCIA DEL DIRECTOR



Gobierno de
México



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Aguascalientes, Ags, a 10 de enero de 2025

Cord. Planeación y Enlace Institucional

Cord. Aux. Médica de Educación e Investigación en Salud.

Cord. Clínica de Educación e Investigación en Salud UMF 8

Dr. Carlos Armando Sánchez Navarro

Presidente de CLIES 101

Delegación Aguascalientes

Presente.

ASUNTO: Carta de no inconveniente

Por este conducto manifiesto que NO TENGO INCOVENIENTE para que el Dr. Eumir Ponce de León Alcaraz con matrícula 99103101 Médico adscrito a esta Unidad de Medicina Familiar No 8 realice el proyecto con el nombre "Incidencia de ansiedad y depresión como secuelas psicológicas en personal de salud recuperado de Covid19 de la Unidad de Medicina Familiar No. 8 Aguascalientes". El cual es un protocolo de tesis de la Médico Residente Dra. Mónica Estefanía Faz Cadena con matrícula 98012419 y sede en el Hospital General de Zona No. 1. En espera del valioso apoyo que usted siempre brinda, le reitero la seguridad de mi atenta consideración.

Atentamente

Dr. Gerardo Peláez Pasten

Director de la Unidad de Medicina Familiar 8

OOAD Aguascalientes, Ags.

ANEXO E: CARTA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TESIS



CARTA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TESIS

AGUASCALIENTES, AGS, A 13 DE MARZO DE 2025

COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD 101
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.1, AGUASCALIENTES

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
P R E S E N T E

Por medio de la presente, le informo que la Residente de la Especialidad de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar #8 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

DRA. MÓNICA ESTEFANÍA FAZ CADENA

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN COMO SECUELAS PSICOLÓGICAS
EN PERSONAL DE SALUD RECUPERADO DE COVID-19 DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NO.8 AGUASCALIENTES.**

Número de Registro: **R-2025-101-012** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS.**

La **Dra. Mónica Estefanía Faz Cadena**, asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente para que se proceda a la impresión definitiva ante el Comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquiera aclaración.

ATENTAMENTE:


DR. EUMIR PONCE DE LEÓN ALCARAZ
DIRECTOR DE TESIS