



BUAP

Facultad de Medicina

Instituto Mexicano del Seguro Social

**“Prevalencia de depresión en pacientes
sobrevivientes al COVID-19”**

**Tesis para obtener el Diploma de Especialidad
en Medicina Familiar**

Presenta:

Dr. Jorge Viazcan Tlapale

Director

M.E Fabiola Mendez Valderrabano

Asesor

Dr. Alejandro Narciso Martínez Alonso



H. Puebla de Z. Marzo 2024.

DIRECTORES DE TESIS

M.E FABIOLA MENDEZ VALDERRABANO

DR. ALEJANDRO NARCISO MARTINEZ ALONSO

AGRADECIMIENTOS

1. A mi madre por estar siempre conmigo y su apoyo incondicional.
2. Doctores en la residencia por su transmisión de conocimientos.
3. Directores de tesis por su acompañamiento en todo el trayecto de la residencia.
4. Todos mis amigos, compañeros y colegas por su apoyo en estos 3 años de estudio.
5. A la institución IMSS por el apoyo otorgado durante estos 3 años de la residencia y al actual presidente de México, Andrés Manuel López Obrador.

RESUMEN

“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES SOBREVIVIENTES AL COVID-19”

Autores. Dra. Fabiola Méndez Valderrabano CCEIS UMF/H No.11, Dr. Jorge Viazcan Tlapale RMF UMF/H No.11. Dr.Narciso Alejandro Martínez Alonso

Marco teórico. El Covid-19 es causado por el Coronavirus SARS-Cov-2, el cual fue observado inicialmente en Huwan China a fines de 2019. Con afectaciones principalmente a nivel respiratorio, sin embargo se han presentado un amplia gama de complicaciones y secuelas, como la depresión.

Objetivo: Se identificó la prevalencia de depresión en pacientes sobrevivientes al Covid-19.

Material y métodos. Se obtuvo un estudio observacional, prospectivo, transversal, analítico. El estudio se llevó a cabo en la UMF/H No.11 del IMSS, Puebla en el periodo de 2021-2022. Criterios de inclusión: hombres y mujeres de 18 años en adelante que cumplan con los criterios de inclusión y eliminación. Tipo de muestreo no probabilístico con un tamaño de la muestra de 384 participantes. Utilizamos una estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión como la media y variación estándar para distribuciones normales, y para distribuciones asimétricas mediana y variación intercuartil. Para la comparación de los datos Chi-cuadrada para variables categóricas y t de Student.

Resultados: Se obtuvo una n total de 384 pacientes 211 fueron masculinos (54.9%) y 173 femeninos (45.1%). (Cuadro 1). Una edad promedio obtenida de 39.05 años con una DE +/- 13.96. Para la variable depresión se observa que 257 se encontraban “normal”. Sin embargo, el 25.8% se refería ligeramente deprimido, solo se obtuvo 1 caso con depresión severa. Aplique la prueba de Chi cuadrada para asociación entre la variable sexo y depresión, encontrando un p valor de 0.654 y significa que no hay una asociación entre estas variables.

Conclusiones: La prevalecía general de depresión en casos es baja con un porcentaje de 33.07%. La depresión es más frecuentes en los hombres en comparación a las mujeres de la población general (casos). Los grupos de depresión son más frecuentes para casos son los rangos normales, seguidos de ligeramente deprimido; posterior moderadamente deprimido y solo 2 casos son severamente deprimidos.

Palabras claves. Trastorno depresivo, coronavirus SARS CoV-2, estudio observacional.

ÍNDICE

1.1 CAPITULO 1. ANTECEDENTES	7
1.1 Antecedentes Generales	7
1.2 Antecedentes Específicos	15
1.2 CAPITULO 2. MARCO METODOLÓGICO	21
2.1 Justificación	21
2.2 Planteamiento del problema	22
2.3 Objetivos	24
2.3.1 Objetivo General	24
2.3.2 Objetivos Específicos	24
2.4 Metodología	25
1.3 CAPITULO 3. ANALISIS DE DATOS	27
3.1 Resultados	27
3.2 Discusion	31
3.3 Conclusiones	33
3.4 Perspectivas	34
1.4 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	36
1.5 ANEXOS	39

LISTA DE ABREVIATURAS

COVID-19	Enfermedad respiratoria muy trasmisible causada por el virus SARS-CoV-2.
SARS-COV2	Virus que causa una patologia por coronavirus de 2019.
SARS	Sindrome Respiratorio Agudo Grave
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
EPP	Equipo de protección personal
DSM-IV5	Cuestionario diagnostico y estadístico de los trastornos mentales.
CIE-10	Clasificación internacional de patologia y problemas relacionados con la salud décima revisión.
TPT	Trastorno por estrés postraumático
H1N1	Es un tipo de virus de la influenza A

1.1 CAPITULO 1. ANTECEDENTES

1.1 Antecedentes Generales

1.1.1 COVID-19

Definición

En la actualidad, el mundo se enfrenta a la pandemia de COVID-19 con un nuevo virus, el SARS-CoV-2, el cual fue detectado inicialmente en Wuhan, Hubei, China a finales del año 2019. El virus coronavirus es un vasto conjunto de virus que puede acarrear patologías tanto en animales como en humanos. En humanos, causa enfermedades respiratorias que van desde un resfriado habitual hasta una neumonía.(1)

Epidemiología

Durante el día 09/08/2021, se ha registrado en todo el mundo 200,840,180 casos confirmados y 4,265,903 defunciones. La tasa de letalidad en el ámbito global se ubicaba en el 2.1%. Los 2,971, 817 casos totales en México se habían confirmado y 244,420 defunciones; siendo la CDMX la entidad con los registros de casos acumulados del país con el 19% de todos los casos.(2)

Diagnóstico

La evidencia clínica indica que la posibilidad de COVID-19 (SARS-CoV-2) se incrementa en pacientes con fiebre de inicio reciente y síntomas del tracto respiratorio, tales como tos y disnea. Asimismo, es relevante considerar la presencia de pacientes que carecen de una causa previa de enfermedad grave de las vías respiratorias inferiores.(2)

Se acompañan de alteraciones en el gusto o en el olfato, mialgias y diarrea. Dado que el COVID-19 (SARS-CoV-2) sigue siendo un problema en todo el mundo, los médicos deben tener un umbral debajo de sospecha de COVID-19, y una mayor probabilidad de COVID-19 en el paciente:(3)

Durante los 14 días previos, me trasladó a un sitio donde se registró una transmisión comunitaria del síndrome respiratorio agudo severo coronavirus, con una gran cantidad de casos que no pueden ser atribuidos a cadenas de transmisión específicas. Mi presencia en eventos colectivos o participé en eventos en los que se informaron de grupos de casos. A pesar de mi labor en áreas de atención médica, tuve una comunicación cercana con un caso confirmado o presunto de COVID-19 dentro de los 14 días previos. Se considera contacto directo con secreciones infecciosas o estar dentro de 6 pies o 2 metros de una persona con COVID-19 durante más de unos minutos sin usar el equipo necesario de protección personal (EPP).(3)

Tratamiento

TRATAMIENTO COVID-19.

Enfoque: los tratamientos para COVID-19 están cambiando. Los datos de los ensayos indican un aumento en la mortalidad con dexametasona y tocilizumab o baricitinib como terapia adyuvante, así como un potencial beneficio clínico con remdesivir. La patogenia de COVID-19 (SARS-CoV-2) afirma que los tratamientos dirigidos al virus (como antivirales, inmunidad pasiva e interferones) tienen más probabilidades de funcionar al inicio de la infección, mientras que los tratamientos que controlan la respuesta inmunitaria pueden tener más impacto más tarde en el curso de la enfermedad.(4)

Por lo tanto, sugerimos la realización de un ensayo clínico bien controlado para los pacientes elegibles, junto con dexametasona, baricitinib o tocilizumab y remdesivir. El método es coherente con las sugerencias de grupos de expertos en los Estados Unidos, que también respaldan la participación en ensayos clínicos.(4)

La definición de la gravedad se basa en la presencia de fiebre, malestar general, tos, síntomas de las vías respiratorias superiores, características menos habituales de COVID-19, y en ausencia de disnea. En la mayoría de los pacientes, la hospitalización no es requerida.(4)

Los pacientes experimentan disnea, lo que provoca una preocupación por la gravedad de una patología de gravedad moderada, y los pacientes a menudo justifican la hospitalización.. Los pacientes pueden experimentar infiltraciones en las imágenes de tórax y, aunque se considera que presentan una patología moderada. En caso de que alguna de las características presentes indica una patología grave.(4)

- Hipoxia (saturación de oxígeno menor a 94 % en aire ambiente)
- Se requiere oxigenación o un soporte ventilatorio.(4)

Se ajusta a la definición utilizada por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América. Algunos estudios han empleado otras características adicionales además de la hipoxia para describir la patología grave, tales como la taquipnea, la dificultad respiratoria y la afectación del 50% del parénquima pulmonar en las imágenes de tórax.(4)

Pronóstico

Los datos actuales señalan una tasa de mortalidad cercana al 2%, lo que implica que, por cada 100 casos confirmados, se pueden hallar dos individuos muertos. Es posible que sea una disminución en el grado de atención de casos asintomáticos o con síntomas leves que no han sido diagnosticados. Es factible incrementar la incidencia del virus en caso de que el virus sea mutado. En cambio, la tasa de mortalidad es inferior a la del SARS (10%), mientras que la de la gripe estacional se encuentra en un nivel inferior al 0,1%.(4)

Secuelas

Durante la presente contingencia, la población en general ha experimentado una gran afectación en el ámbito psicológico, siendo la preeminencia de molestias de tipo ansioso-depresivo o alteraciones del sueño, furor, aislamiento social, ingesta de sustancias psicoactivas, somatización y percepción de la pérdida de salud. Este hecho indica que la incertidumbre de la progresión de la epidemia generaría una mayor presión psicológica en el público. Por consiguiente, el sistema de salud debe tomar medidas para detectar, desarrollar y minimizar la pérdida de salud.(4)

La reciente amenaza de la epidemia provocó una atmósfera global de estrés, ansiedad y depresión debido a planes de viaje interrumpidos, aislamiento social, sobrecarga de información de los medios y adquisición de artículos de primera necesidad por medio del pánico.(4)

DEPRESIÓN

Definición

El estado de ánimo es caracterizado por emociones de tristeza, desesperación, ansiedad, vacío, desánimo o desesperanza, y no tener sentimientos o presenciar llorar. Un estado de ánimo deprimido (disfórico) puede ser una respuesta habitual y, en ocasiones, adaptativa a la pérdida, la decepción o el fracaso experimentado. Asimismo, el estado de ánimo deprimido puede ser un síntoma de un síndrome psicopatológico u otro trastorno médico.(5)

La constelación de síntomas y signos que pueden acarrear un estado de ánimo deprimido. Los síndromes depresivos habituales incluyen una depresión mayor, una depresión menor o una distimia (trastorno depresivo persistente).(5)

Trastorno mental, que es una condición clínica diferente. El síndrome de depresión mayor puede manifestarse en diversos trastornos, tales como la depresión mayor unipolar, conocida como "trastorno depresivo mayor", el trastorno bipolar, la esquizofrenia, el trastorno depresivo causado por sustancias / medicamentos y el trastorno depresivo debido a otro (enfermedad general).(5)

Epidemiología

Las mejores fuentes de información actualmente disponibles acerca de la depresión en México es la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, también conocida como la Encuesta Nacional de Comorbilidad en México, realizada entre 2001 y 2002. Se trata de una encuesta que exhibe una muestra probabilística y representativa de la población urbana de edades comprendidas entre 18 y 65 años, que incluyó a 5 782 participantes. Los datos se recolectaron a través del Composite International Diagnostic Interview Schedule (CIDI-Versión 3.0), en entrevistas estandarizadas y que fueron llevadas a cabo por personal capacitado para ello y con el auxilio de tecnología computarizada.

(6)

El CIDI lleva a cabo la implementación de las definiciones del ICD-10 y del DSM-IV para los trastornos psiquiátricos más frecuentes, y dispone de características psicométricas aceptables. De acuerdo con la información proporcionada en esta encuesta, el 9.2% de la población ha experimentado un trastorno depresivo en su existencia. Según Kessler et al., una de cada cinco individuos experimentará un trastorno antes de cumplir 75 años ($p=20.4\%$, error estándar, $ee= 1.7$)(6)

Diagnóstico

La patología de los trastornos depresivos: existen diversas técnicas para diagnosticar los trastornos depresivos. Se recomienda diagnosticar los trastornos depresivos unipolares de conformidad con los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, quinta edición (DSM-5).[8] En el DSM-5, los trastornos depresivos que pueden diagnosticarse incluyen:(7)

- Depresión mayor unipolar (trastorno depresivo mayor).
- Trastorno depresivo persistente (distimia).
- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.
- Trastorno disfórico premenstrual.
- Trastorno depresivo inducido por sustancias / medicamentos.
- Trastorno depresivo debido a otro estado médico.
- Otro trastorno depresivo especificado (p. ej., Depresión menor).
- Trastorno depresivo no especificado.

Cada uno de los trastornos se distingue por la disforia, una manifestación de estado de ánimo desfavorable o irritable.(7)

Tratamiento

Se propone la elección de un protocolo terapéutico para el tratamiento inicial de la depresión mayor unipolar, mediante la combinación de farmacoterapia y psicoterapia, basado en ensayos aleatorizados que han demostrado que el tratamiento combinado fue más efectivo que cualquiera de estos tratamientos por sí mismo. Sin embargo, los estudios clínicos no han demostrado la superioridad de ninguna combinación específica de terapias farmacológicas y psicoterapias. Los médicos seleccionan cada modalidad a partir de los mismos principios al seleccionar una monoterapia.(8)

La eficacia de los antidepresivos más psicoterapia: para el tratamiento inicial de la depresión mayor unipolar, según los estudios aleatorizados, se evidencia que la combinación de farmacoterapia y psicoterapia, tales como la Terapia cognitivo-conductual o la psicoterapia interpersonal, es más eficaz que la farmacoterapia o la psicoterapia sola.(8)

La eficacia de los antidepresivos es relevante para la atención de pacientes con una depresión mayor unipolar. Los estudios aleatorizados han constatado que diversos tipos de antidepresivos, así como diversas clases de antidepresivos, son eficaces en la depresión mayor unipolar, incluyendo la agomelatina, la cual no está disponible en los Estados Unidos, tales como amitriptilina, citalopram, duloxetina, escitalopram, imipramina, mirtazapina, paroxetina, sertralina, inhibidores de la monoaminoxidasa, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y tricíclicos. En el ámbito de un metanálisis de datos, se llevó a cabo un análisis de datos en relación a pacientes de 37 ensayos aleatorizados, donde se compararon fluoxetina (dosis modal de 20 mg por día) y venlafaxina (rango de dosis modal de 75 a 150 mg por día) Con placebo durante seis semanas; la remisión se produjo en más pacientes que recibieron fármaco activo que placebo (43 frente al 29 %). De igual manera, los antidepresivos resultaron eficaces independientemente de la magnitud inicial.(8)

La tasa de remisión en episodios depresivos más leves (puntuaciones en la escala de Hamilton para la depresión ≤ 19 ; forma 1A-C), se incrementó significativamente con el fármaco activo que con el placebo, frente al 37 % de los pacientes. Asimismo, la tasa de remisión en episodios más graves (puntuaciones > 20) se incrementó significativamente con el fármaco activo que con un placebo (38 frente al 25%).(8)

Pronóstico

En efecto, el 70% de los pacientes con depresión se encuentran en terapia de primera línea mediante monoterapia farmacológica. El porcentaje de individuos que no presentan respuesta al tratamiento inicial, se encuentra en un número significativo que responde a alternativas terapéuticas de antidepresivos. El estudio reciente sugiere que un 15% de los pacientes con depresión experimentan una evolución crónica. En la mayoría de los casos, el tratamiento con terapias psicofármacos o psicoterapia logra, en la mayoría de los casos, aliviar parcialmente o en su totalidad los síntomas.(8)

En los episodios depresivos más frecuentes, se pueden iniciar a lo largo de días o semanas, sin considerar en ocasiones el período prodrómico previo. Un 60% del porcentaje de las depresiones de carácter unipolar experimentan una recurrencia en el futuro, aunque se incrementa significativamente en el caso de las depresiones bipolares. Los intervalos asintomáticos también tienden a ser más pronunciados en las depresiones unipolares. Una evolución natural de un episodio depresivo mayor puede variar entre 5 y 6 meses, cuando no se recibe tratamiento, no obstante, un elevado porcentaje puede evolucionar hacia la cronicidad o requerir un periodo más prolongado.(8)

La mayoría de los estudios revelan que un 70-80% de los pacientes se recuperan antes de dos años, pero si no mejoran en ese período, ya es más difícil la recuperación. Un porcentaje del 20% de los pacientes puede ser cronificado, cifra que alcanza el 40% en caso de que se incluyan los pacientes que no recuperan el nivel de funcionamiento previo a la enfermedad.(8)

1.2 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

Un estudio llevado a cabo en China en el mes de marzo de 2020, se llevó a cabo en China en el mes de marzo de 2020, en el cual se examinaron los efectos psicológicos del estrés, la ansiedad, la depresión y la psicología durante la etapa inicial del brote de COVID-19. Se constató que las mujeres y los estudiantes experimentaron efectos psicológicos más graves durante el brote, junto con niveles de estrés, ansiedad y depresión.(9)

De acuerdo con los criterios del DSM-5 y el CIE-10, la respuesta al estrés agudo es una respuesta transitoria que se produce ante un estresor psicológico excepcional, la cual puede llegar a ser constante en breves días. La exposición repetida o continua ante el estrés, como se ha observado en la pandemia por COVID-19, afecta las funciones cognitivas, afectivas y conductuales del individuo. (10)

En cambio, la ansiedad se ha definido a lo largo del tiempo como una respuesta cognitiva, conductual y fisiológica excesiva o prolongada en una situación percibida como amenazante. La ansiedad también puede manifestarse como algo que se identifica por una idea de eventos futuros que provocan una respuesta emocional y psicofísica en el sujeto.(11)

Del análisis de salud personal, el distanciamiento físico es de suma importancia, ya que se refleja en la salud mental, con un aumento de síntomas asociados a depresión, ansiedad, estrés y angustia general.(12)

De acuerdo con Chaves de Lima et al., aquellos individuos que se encuentran en aislamiento, poseen una movilidad limitada y carecen de comunicación con los demás, son más propensos a experimentar complicaciones psiquiátricas que van desde síntomas aislados hasta trastornos mentales como insomnio, ansiedad, depresión y trastornos postraumáticos (TEPT).(12)

Se detallaron también algunas preocupaciones como factores motivadores para la ex-haustión física-emocional, tales como la duración del confinamiento, la frustración, la aburrimiento, la pérdida financiera, el estigma social y la falta de recepción de suministros e información.(13)

Las personas que se encuentran en aislamiento social, movilidad limitada y escasa interacción con los demás, tienen la posibilidad de experimentar complicaciones psiquiátricas que van desde síntomas aislados hasta el desarrollo de trastornos mentales, tales como insomnio, ansiedad, depresión, síntomas obsesivo-compulsivos y trastorno por estrés postraumático (TEPT), lo cual está relacionado con incertidumbre acerca de su estado de salud.(14)

En cambio, estudios recientes sugieren que aquellos individuos con afecciones de salud mental preexistentes pueden ser más resistentes a los factores estresantes asociados con COVID-19 en comparación con la población en general, especialmente debido a las interrupciones en las rutinas y la atención de salud mental, así como a los aumentos asociados en potenciales recaídas o exacerbaciones de los síntomas.(15)

Existe una evidencia de que en la fase aguda de la enfermedad por COVID-19, el delirio es un indicio habitual, mientras que en la etapa posterior a la enfermedad se evidencia la depresión, ansiedad, fatiga y trastorno de estrés postraumático.(16)

Los resultados obtenidos son similares a los reportados durante el brote de SARS (2004) y en la pandemia de H1N1 (2009).(17)

En lo que respecta a los niveles de edad, se ha constatado que los individuos jóvenes tienen una mayor probabilidad de experimentar depresión, ansiedad y disminución de la calidad del sueño, así como de experimentar niveles de ansiedad más elevados, ya que es probable que obtengan una mayor cantidad de información a través de las redes sociales, lo que podría tener un impacto en el estrés.(18)

Otro grupo afectado es el de la tercera edad, considerado una etapa crítica a las consecuencias psicológicas asociadas a la pandemia COVID-19, especialmente debido a la mayor gravedad de sintomatología y mortalidad asociada a esta edad.(19)

El estudio de Losada-Baltar et al. sostiene que no es la edad cronológica la que predice el malestar psicológico y la soledad, sino que las autopercepciones negativas del envejecimiento, que se vinculan con recursos familiares y personales desadaptativos que obstaculizan el afrontamiento adecuado de las demandas asociadas a una situación como la del confinamiento debido a la pandemia COVID-19.(20)

En relación al ámbito sanitario, los trabajadores experimentan temor ante la infección y la infección de sus familiares, amigos y colegas, y experimentan incertidumbre, estigmatización y desgana para trabajar o contemplar la resignación. Estos individuos experimentan niveles elevados de estrés, ansiedad y síntomas de depresión, que podrían tener consecuencias psicológicas a largo plazo.(21)

Es probable que los médicos no puedan detectar los trastornos psiquiátricos porque tienen dificultades para detectarlos, como la falta de tiempo, la falta de tiempo y la falta de tiempo. Esto puede ser causado por otras enfermedades. Esto se debe a la ineludible atención en la transmisión y repercusiones físicas del COVID-19 en el mundo que puede minimizar el interés público, de las consecuencias psicosociales que se están presentando en las personas afectadas por el brote.(22)

El bienestar psicológico puede convertirse en una entidad fundamental para la salud general de la persona, dado que los pacientes deprimidos pueden presentar ideas suicidas y llegar a cometerlo. Por ende, es esencial mantenerse atentos a los indicadores de depresión y brindar asistencia terapéutica preventiva, que fomente la autoestima y facilita la adaptación desde la comunidad hasta lo institucional.(23)

Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung fue concebida por W.W. Zung con el propósito de evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún trastorno depresivo.
(24)

Se trata de una encuesta breve que se autoadministra con el propósito de evaluar la situación de un paciente tan desafortunado. La escala muestra 20 asuntos que señalan las cuatro características más habituales de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones y las actividades psicomotoras.(24)

Se han planteado diez interrogantes de manera positiva y otras diez, de manera negativa. Las cuestiones se evalúan en una escala de 1-4 (una breve cantidad de tiempo, una pequeña cantidad de tiempo, una mayor cantidad de tiempo).(24)

El rango de calificación es de 20-80.

- 25-49 rango normal.
- 50-59 Ligeramente deprimido.
- 60-69 Moderadamente deprimido
- 70 o más, Severamente deprimido.(24)

La crisis provocada por la pandemia de la COVID-19, tiene un impacto en la actividad social, las interacciones y los comportamientos en diversos niveles. En términos emocionales, las actividades de distanciamiento social y autoaislamiento pueden generar problemas de salud mental, ansiedad y depresión. La incertidumbre que se encuentra en relación a la enfermedad, su rápida propagación y un alto riesgo de infección, así como la duración desconocida de las intervenciones sanitarias para abordar la progresión de la enfermedad, pueden generar y afectar los problemas de salud mental preexistentes.(25)

Los efectos de la pandemia COVID-19 han sido manifestados en todos los órdenes, especialmente en el ámbito psicológico, donde se presentan reacciones de pánico, angustia, ansiedad, depresión, irritabilidad y agresividad. La formación médica es una de las áreas que genera mayor presión, tanto física como mental, en comparación con otras áreas de estudio. La existencia de literatura acerca de la aparición de síntomas de depresión y ansiedad en la población general en respuesta al estado de pandemia provocado por la COVID-19, se encuentra limitada a datos en países asiáticos, situación que es de conocimiento al ser estos los primeros afectados por la pandemia.(26)

En efecto, los datos provenientes de estas naciones pueden proporcionar información relevante acerca de la situación, por lo que es imperativo presentar datos propios de cada nación, tal como se indica en diversas medidas implementadas por investigadores de todo el mundo. El propósito de este estudio es describir el estado de la salud mental de los adultos ecuatorianos durante la pandemia de marzo a agosto de 2020.(27)

1.2. CAPITULO 2. MARCO METODOLÓGICO

2.1 JUSTIFICACIÓN

Una causa del surgimiento en China de la infección por COVID-19, que se convirtió en una pandemia y ha provocado la deserción de millones de vidas en todo el planeta tierra. Debido a la reciente aparición de esta enfermedad, se han llevado a cabo diversos protocolos para la prevención de las secuelas que han condicionado esta enfermedad. Asimismo, se han diagnosticado ansiedad y depresión a los sobrevivientes del COVID-19.

En economías emergentes como la nuestra, la prevalencia de depresión en pacientes sobrevivientes y familiares es elevada y no se ha realizado ningún estudio en relación a dicha temática. Por lo tanto, considero que este estudio resulta beneficioso para lograr una estadística de la prevalencia de depresión en pacientes sobrevivientes al COVID-19.

En consecuencia, se ha tomado la decisión de llevar a cabo la prevalencia de los pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social en las primeras secuelas de COVID-19.

2.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En vista de la pandemia de COVID-19, el Instituto Mexicano del Seguro Social no ha elaborado algoritmos y estudios de tratamientos de secuelas para pacientes que padecen esta patología, a los cuales se debería clasificar en función de la gravedad del cuadro clínico que presentan.

En estos casos, la prevalencia no se encuentra actualizada en concordancia con la reciente información a nivel global, y se ha sugerido que se examine el porcentaje de pacientes que padecen dicha secuela a los sobrevivientes de la enfermedad COVID-19.

Esto se realizó en la unidad médica familiar 11 San Martín Texmelucan para poder proporcionar una prueba definitiva de la secuela de depresión en pacientes sobrevivientes al COVID-19.

Y surge la siguiente pregunta de investigación:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de depresión en pacientes sobrevivientes al covid-19?

2.2.1 HIPOTESIS

H0: La prevalencia de depresión en pacientes sobrevivientes al Covid-19 es baja.

H1: La prevalencia de depresión en pacientes sobrevivientes al Covid-19 es elevada.

2.3 OBJETIVOS

2.3-1 OBJETIVO GENERAL

- Se identifico la prevalencia de depresión en pacientes sobrevivientes al Covid-19.

2.3-2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Se identificaron las características sociodemográficas de los participantes.

2.4 METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, de maniobra, observacional, transversal, proyectivo y unicentrico; en la Unidad Medico Familiar No. 11 del Instituto Mexicano del Seguro social (IMSS) de la comunidad de San Martín Texmelucan, Puebla; iniciando en abril del 2020 hasta agosto 2021. Cada uno de los procedimientos realizados se inclinaron a los principios éticos correspondientes (anexo1).

Los sujetos de estudio fueron mujeres y hombres de 18 años en adelante que hayan tenido resultado de prueba de RTq-PCR para SARS-CoV-2 Positiva acudieron a la UMF 11 San Martín Texmelucan, Puebla, y aceptaron participar libremente en el estudio y otorgaron su consentimiento informado.

Se excluyeron a personas con diagnóstico de enfermedad psiquiátrica previa a padecer Covid-19, como: Depresión, ansiedad, trastorno mixto ansioso-depresivo, distimia, personas con discapacidad intelectual, pacientes que viven con VIH, diabetes mellitus, pacientes que estén en tratamiento con anticonvulsivos, pacientes en tratamiento farmacológico por trastorno del sueño, mujeres embarazadas, mujeres en puerperio y personas consumidoras de drogas

Se eliminaron a quienes aquellos participantes que no deseen seguir con la entrevista.

El tipo de muestreo fue no probabilístico consecutivo y se obtuvo el tamaño de la muestra mediante la fórmula de diferencia de proporciones, siendo un tamaño de muestra de 384 participantes.

2.4-1 MÉTODOS Y RECOLECCIÓN DE DATOS

Tuvimos autorización por parte del Comité local de investigación en Salud y Comité de ética en Investigación del IMSS. Se identificó a través del expediente electrónico a los pacientes con diagnóstico de Covid-19 y aquellos con prueba positiva de RTq-PCR para SARS-CoV-2 se les llamó por teléfono para invitarlos a participar en el estudio. Explicamos brevemente en qué consiste el protocolo de investigación y los invitamos a participar en él.

En la población que estuvo de acuerdo en participar y acepto se les agendara una cita, para realizar la entrevista en forma personal. Debido a la contingencia sanitaria la cual se vive actualmente secundaria a la pandemia por Covid-19, se harán grupos de 5 participantes, hasta completar la muestra. Firmaron el consentimiento informado en forma libre y sin presiones.

Al término de la aplicación de los cuestionarios los resultados obtenidos se vaciaron en una base de datos en una hoja de Excel y posteriormente se analizaron los resultados en el software estadístico SPSS versión 2.0.

2.4.2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La codificación se realizó en una base de datos del programa de Excel, de Microsoft Office y posteriormente se copió y analizó con el software estadístico SPSS versión 20 de la International Business Machines Corp; registrado en muchas jurisdicciones de todo el mundo.

La variable dependiente fue la frecuencia de sexo y grado de depresión.

Se realizó análisis descriptivo con medidas de tendencia central de las variables de acuerdo con su distribución, utilizando media y desviación estándar para aquellas con distribución normal. Para la asociación de variables categóricas se empleo Chi cuadrado.

2.4-3 RECURSOS FINANCIEROS

Se otorgados por el investigador responsable del protocolo.

1.3 CAPITULO 3. ANÁLISIS DE DATOS

3.1 RESULTADOS.

Se genero una base de datos en programa estadístico IBM SPSS Base 22.0 para Windows y se utilizo estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión como la media y variación estándar para distribuciones normales; así como el estadístico de Chi cuadrado para la asociación de variables categóricas.

Descripción de la muestra:

Se obtuvo un total de 384 pacientes sobrevivientes al COVID-19 en el IMSS UMFH 11 San Martín Texmelucan, Puebla, delegación Puebla, no se excluyeron a pacientes.

De los 384 pacientes 211 fueron masculinos (54.9%) y 173 femeninos (45.1%). (Cuadro 1). La edad promedio obtenida fue de 39.05 años con una DE +/- 13.96.

Cuadro 1. Distribución por sexo.

SEXO

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Femenino	173	45.1
	Masculino	211	54.9
	Total	384	100.0

Para la variable estado civil la más frecuente fue el de casados con 44.5%, seguido de soltero con el 30.5%. (Cuadro 2).

Cuadro 2. Frecuencia por estado civil.

ESTADO CIVIL

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Soltero	117	30.5
	Casado	171	44.5
	Union libre	96	25.0
	Total	384	100.0

Para la variable depresión se observa que 257 se encontraban “normal”. Sin embargo, el 25.8% se refería ligeramente deprimido, solo se obtuvo 1 caso con depresión severa. (Cuadro 3)

Cuadro 3 Frecuencia de depresión.

DEPRESION

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Normal	257	66.9
	Ligeramente deprimido	99	25.8
	Moderadamente deprimido	27	7.0
	Severamente deprimido	1	.3
	Total	384	100.0

Se aplicó la prueba de Chi cuadrada para asociación entre la variable sexo y depresión, encontrando un p valor de 0.654 lo que significa que no hay una asociación entre estas variables.

(Cuadro 4).

Recuento

		SEXO		Total
		Femenino	Masculino	
DEPRESION	Normal	117	140	257
	Ligeramente deprimido	46	53	99
	Moderadamente deprimido	10	17	27
	Severamente deprimido	0	1	1
Total		173	211	384

Cuadro 4. Asociación de depresión y sexo.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.624 ^a	3	.654
Razón de verosimilitudes	2.012	3	.570
N de casos válidos	384		

a. 2 casillas (25.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .45.

3.2. DISCUSIÓN

El trastorno de depresión es el más estudiado en enfermedades psiquiátricas, sin incluir otros trastornos.

En nuestro estudio se examinó la prevalencia de depresión en pacientes sobrevivientes al COVID-19 (casos), y se determinó que la mayoría de los casos estaban en un estado normal sin depresión. En los datos epidemiológicos concernientes a la incidencia del virus COVID-19 y la prevalencia de depresión, se encuentran datos indefinidos y poco concordantes tanto en individuos particulares como en la población general. De igual manera, los datos epidemiológicos de la depresión son imprecisos, y debido a su etiología multifactorial, su prevalencia puede variar de un país a otro.

A pesar de los resultados de nuestros estudios, es evidente que el trastorno de depresión es más habitual en la población general.

En su estudio, Pérez y sus colegas constataron una primacía de la depresión ausente o mínima en el 84,6 % de los estudiantes. Es importante señalar que ellos utilizaron el Inventario de Ansiedad de Beck como herramienta, que permite diferenciar entre ansiedad y depresión, por lo que puede haber una variabilidad en el porcentaje de depresión comparado con el obtenido en la presente investigación.

Rodrigues y Dias constataron en Portugal una incidencia de depresión del 12,6 % en estudiantes universitarios durante la pandemia de COVID-19. Sin embargo, emplearon el cuestionario denominado DASS, el cual evalúa la depresión, la ansiedad y el estrés. Es relevante tener en cuenta que se pudo constatar que se pudo contar con alumnos de diversas licenciaturas, no solo de medicina, como en esta serie. Es importante destacar que los autores mencionados previamente llevaron a cabo su investigación al inicio de la pandemia, en contraste con la investigación llevada a cabo en febrero de 2021.

Cabe destacar que en la muestra estudiada, el porcentaje de depresión en alumnos contagiados que tuvieron familiares con COVID-19 y fallecidos fue bajo, lo que indica que la resiliencia estuvo presente en ellos, como lo refieren Espinosa et al en un trabajo previo.

Al comparar estos resultados con la población general, se constató una mayor prevalencia de esta alteración afectivo-conductual que la descrita por Ozazmiz et al en un estudio llevado a cabo en el norte de España, donde el 16,5 % de los participantes experimentó síntomas depresivos al inicio del brote de COVID-19, y también a la serie de Galindo et en México, con un 20,8.%.

Considerando que la población en cuestión se encuentra en una situación de vulnerabilidad, se han realizado escasos estudios acerca de los trastornos mentales en los estudiantes universitarios durante la pandemia de COVID-19. Por consiguiente, se requiere un mayor conocimiento en cuanto a ellos, con el fin de contribuir a su prevención y, en efecto, en el diagnóstico y tratamiento adecuados.

De acuerdo con los criterios examinados, las instituciones educativas presentan un desafío y una responsabilidad social hacia la comunidad: la capacitación del personal de salud enfocado en el paciente y la colaboración interinstitucional.

3.3. CONCLUSIONES

- La prevalencia general de depresión es baja en casos, con un porcentaje del 33.07%.
- Las consecuencias de la depresión son más habituales entre los hombres en comparación con las mujeres de la población general (casos).
- A causa de los grupos de depresión, se encuentran más habituales los niveles de depresión consecutivos, seguidos de ligeramente deprimido; posteriormente, moderadamente deprimido, y solo dos casos son severamente deprimidos.

3.4 PERSPECTIVAS

Una alta frecuencia de pacientes en los grados de depresión “normal” concluimos a preguntarnos si el COVID-19 no es factor causal de la depresión, lo que nos deja abierta la posibilidad de continuar con otra línea de investigación.

La falta de actualización de la prevalencia a nivel nacional y la necesidad de estudios específicos para comprender la frecuencia de secuelas, como la depresión, resaltan la importancia de la investigación propuesta. La iniciativa de llevar a cabo el estudio en la UMF 11 San Martín Texmelucan para obtener evidencia concreta es un paso significativo hacia la comprensión de las secuelas post-COVID en la población mexicana.

3.4-1 FORTALEZAS DEL ESTUDIO

Una de las características más significativas del análisis radica en la capacidad de detectar la presencia de parejas en función del género y los niveles de depresión.

La intención y el apoyo de este grupo de pacientes se enfoca en mejorar la atención y el apoyo a este grupo de pacientes. Este estudio podría contribuir a la creación de intervenciones específicas y personalizadas, así como a la divulgación de políticas de salud pública para abordar las secuelas psicológicas de la enfermedad.

3.4.2 DEBILIDADES DEL ESTUDIO.

Al enfocarse en una unidad médica específica, la generalización de los resultados para toda la población podría ser un desafío. Se podría no representar adecuadamente la diversidad geográfica, socioeconómica y demográfica.

3.4-3 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Un tamaño de la muestra se calculó en función de la población atendida por la UMF 11. Si la identificación de la depresión se basa únicamente en la autodeclaración de los pacientes en lugar de evaluaciones clínicas, podría existir subjetividad y una falta de precisión en la medición de la prevalencia.

12. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- 1.- Vindegaard, N. and Benros, M., 2020. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*,. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7260522/>
- 2.-Gobierno de México. (2020). Subsecretaria de prevención y promoción de la salud. Informe Técnico Diario COVID-19 MÉXICO”. Ciudad de México. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/documentos/coronavirus-covid-19-comunicado-tecnico-diario-238449b>
- 3.- World Health Organization. Director-General's remarks at the media briefing on 2019-nCoV on 11 February 2020. <http://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020> (Accessed on February 12, 2020)
- 4.-Pronostico del Coronavirus SARS-CoV-2 Hospital Universitario Barcelona <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/covid-19/evolucion-de-la-enfermedad>
- 5.-Aliaga S. (2020). Síntomas ansiosos y depresivos en población general y personal médico del Hospital Cayetano Heredia asociados a la cuarentena y atención de la pandemia COVID-19 en Lima. (Tesis de posgrado). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima. Recuperado de http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/7889/Sintomas_AliagaTinoco_Stephanie.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 6.-Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*. 2020;288:112954. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7152913/?fbclid=IwAR2uJzIJftCAzKJZhciUTaQYt78MM_Ux1u2JywUo3x-JdnzkD4t-wdLhn04
- 7.- Abstract for Reference 1 of 'Unipolar depression in adults: Assessment and diagnosis' Park LT, Zarate CA Jr. *Depression in the Primary Care Setting*. *N Engl J Med* 2019; 380:559. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30726688/>
- 8.- Wagner F., González C, Sánchez S.et.al Enfocando la depresión como problema de salud pública en México, Targeting depression as a public health problem in Mexico;..http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252012000100002&script=sci_arttext
- 9.- Pfefferbaum, B. and North, C., 2020. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *New England Journal of Medicine*, 383(6), pp.510-512.
- 10.- Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, McIntyre R et al. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2020;87:40-48. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7153528/>
- 11 Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho C et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(5):1729.

12 Muñoz Fernández, S., Molina Valdespino, D., Ochoa Palacios, R., Sánchez Guerrero, O., & Esquivel Acevedo, J. (2020). Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Acta Pediátrica De México*, 41(4S1), 127. Recuperado de: [10.18233/apm41no4s1pps127-s1362104](https://doi.org/10.18233/apm41no4s1pps127-s1362104)

13.- Arias Molina Y, Herrero Solano Y, Cabrera Hernández Y, Chibás Guyat D, García Mederos Y. Manifestaciones psicológicas frente a la situación epidemiológica causada por la COVID-19. *Rev haban cienc méd [Internet]*. 2020 [citado]; 19(Supl.):e3350. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3350>

14.- Van Rheenen T, Meyer D, Neill E, Phillipou A, Tan E, Toh W et al. Mental health status of individuals with a mood-disorder during the COVID-19 pandemic in Australia: Initial results from the COLLATE project. *Journal of Affective Disorders*. 2020;275:69-77. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7331562/?fbclid=IwAR2uJzIJftCAzKJZhciUTaQYt78MM_Ux1u2JywUo3x-JdnzkD4t-wdLhn04

15.- Huremovic D. *Psychiatry of pandemics : a mental health response to infection outbreak*. 2019. English

16.-De Lima, C., Cândido, E., da Silva, J., Albuquerque, L., Soares, L., do Nascimento, M., de Oliveira, S. and Neto, M., 2020. Effects of quarantine on mental health of populations affected by Covid-19. *Journal of Affective Disorders*, 275, pp.253-254. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032720324605>

17.-Huremovic D. *Psychiatry of pandemics : a mental health response to infection outbreak*. 2019. English

18.- Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, Dubey M, Chatterjee S et al. Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. 2020;14(5):779-788. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7255207/?fbclid=IwAR2uJzIJftCAzKJZhciUTaQYt78MM_Ux1u2JywUo3x-JdnzkD4t-wdLhn04

19.-Rogers J, Chesney E, Oliver D, Pollak T, McGuire P, Fusar-Poli P et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(7):611-627. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32437679/>

20.-Taylor S, Landry C, Paluszek M, Fergus T, Mckay D. Development and initial validation Of the Covid Stress Scales.*Journal Of Anxiety Disorders*. 2020; 72:102232. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618520300463>

21.-Gualano M, Lo Moro G, Voglino G, Bert F, Siliquini R. Effects of Covid-19 Lockdown on Mental Health and Sleep Disturbances in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(13):4779. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7369943/>

22.-Losada-Baltar A, Márquez-González M, Jiménez-Gonzalo L, Pedroso-Chaparro M, Gallego-Alberto L, Fernandes-Pires J. Diferencias en función de la edad y la autopercepción del envejecimiento en ansiedad, tristeza, soledad y sintomatología comórbida ansioso-depresiva durante el confinamiento por la COVID-19. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*. 2020;55(5):272-278. Recuperado de: <https://europepmc.org/article/pmc/pmc7269939>

23.-A. Losada-Baltar, L. Jiménez-Gonzalo, L. Gallego-Alberto, M.S. Pedroso-Chaparro, J. Fernandes-Pires, M. Márquez-González. "We're staying at home". Association of self-perceptions of aging, personal and family resources and loneliness with psychological distress during the lock-down period of COVID-19

J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. (2020), 10.1093/geronb/gbaa048

24.- Zung WW. A self-rating depression scale. Archives of General Psychiatry.1965.(12), 63-70. http://www.mentalhealthministries.net/resources/flyers/zung_scale/zung_scale_sp.pdf

25. Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas

Impact of COVID-19 on people's mental health José Hernández Rodríguez1

<http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v24n3/1029-3043-mdc-24-03-578.pdf>

26. Prevalencia de depresión durante la COVID-19 en estudiantes de medicina de una universidad privada mexicana. Prevalence of depression during the COVID-19 in medicine students from a private Mexican university. Dra. Lourdes Yusvisaret Palmer 1. MEDISAN 2021;25(3):637

<https://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2021/mds213f.pdf>

27. Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en la población general ecuatoriana durante la pandemia por COVID-19

Depression, anxiety and stress symptoms experienced by the Ecuadorian general population during the pandemic for COVID-19

Carlos Hermosa-Bosano,1 Clara Paz,1 Paula Hidalgo-Andrade,1 Javier García-Manglano. <https://revecuatneurolog.com/wp-content/uploads/2021/09/2631-2581-rneuro-30-02-00040.pdf>

1.5 ANEXOS

5.1 ASPECTOS ÉTICOS

Se aprobó este estudio por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud del IMSS. Este protocolo se ha concebido en concordancia con los principios establecidos en los códigos y leyes siguientes:

Según el Código de Nüremberg, existen pruebas de gran relevancia que nos demuestran que ciertos tipos de experimentos sobre seres humanos, cuando se mantienen dentro de límites razonablemente establecidos, son conformes con la ética general de la profesión médica. Queremos mostrar a las personas que experimentan a través de experimentos humanos porque nos ayudan a tener buenos resultados y no pueden ser obtenidos por otros métodos o medios de estudio.

1. El consentimiento voluntario del individuo humano es sumamente esencial. La presente afirmación implica que la persona afectada posea la habilidad legal para permitir la elección, sin impedimentos algunos de fuerza, engaño, intimidación, promesa o cualquier otra forma de coacción o amenaza. Asimismo, se requiere de información y conocimiento suficientes sobre los elementos del experimento, con el fin de comprender lo que decide.

2. Este ensayo debería ser diseñado con el fin de otorgar resultados beneficiosos para el bienestar de la sociedad, y que no pudieran ser obtenidos por otros medios de estudio. No serán de naturaleza caprichosa o innecesaria.

3. El experimento deberá concebirse y fundamentarse en los datos de la experimentación animal previa, así como en el conocimiento de la historia natural de la enfermedad y de otros problemas en estudio que puedan proporcionar resultados que justifiquen la realización del experimento.

4. Este procedimiento deberá ser llevado a cabo con el fin de prevenir cualquier sufrimiento o perjuicio físico o mental innecesario.

Informe Belmont: Esta formulación identifica tres principios o juicios prescritos generales que son relevantes para la investigación con sujetos humanos. Asimismo, otros principios podrían ser relevantes. No obstante, estos tres son amplios y se formulan a un nivel de generalización que ayude a los científicos, a los sujetos, a los revisores y a los ciudadanos interesados en comprender los temas éticos inherentes a la investigación con sujetos humanos.

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, titulado: “Todos los individuos en estudio serán sujetos a la tarea de firmar el consentimiento informado acerca de los alcances del estudio y la autorización para emplear los datos obtenidos en presentaciones y publicaciones científicas, manteniendo el anonimato del participante.”

Reglamento de la ley General de Salud: De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación, en materia de Salud, se han establecido los Títulos del primero al sexto y noveno de 1987. Norma Técnica No. La convocatoria número 313 se requiere para la presentación de proyectos y informes técnicos de investigación en las instituciones de Atención a la Salud.

Según la Ley General de Salud en Materia de Investigación, para la salud de bajo riesgo, de conformidad con su Artículo 17 en su fracción segunda, que indica: “II. Investigación con riesgo mínimo: Se realizan estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos mediante procedimientos habituales en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los cuales se encuentran los resultados obtenidos. A pesar de la agudeza auditiva del individuo, se realizan pruebas de agudeza auditiva, tales como electrocardiograma, termografía, recolección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, obtención de líquido amniótico al romper las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos mediante procedimientos profilácticos no invasores. La ejecución de corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, la extracción de sangre por punción venosa en adultos en un estado de salud óptimo, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y un volumen máximo de 450 ml en dos meses, excepto durante el embarazo. Además, se realiza una actividad moderada en voluntarios saludables, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del individuo, y se realiza una investigación con medicamentos de uso común, y un amplio margen terapéutico.

5.2. DOCUMENTOS DE REGISTRO Y AUTORIZACIÓN DEL ESTUDIO



5.3. CONSENTIMIENTO INFORMADO CASOS

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES VOLUNTARIOS
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN EN EL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio: “PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES SOBREVIVIENTES AL COVID-19”	
Lugar y fecha:	Puebla Pu a de del 2021. UMF-H No. 11
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Objetivo: Identificar la prevalencia de depresión en pacientes sobrevivientes al COVID-19. Justificación: Debido al surgimiento en China de la infección por COVID-19, que se convirtió de inmediato en una pandemia y que ha condicionado la deserción de millones de vidas en todo el mundo, ya que es una enfermedad sanitaria y de reciente aparición, se han llevado a cabo diferentes protocolos de las secuelas que han condicionado esta dicha enfermedad, como ansiedad y depresión, a los cuales se les ha diagnosticado.
Procedimientos:	Con previo registro y autorización por parte del comité de Bioética en Investigación se aplicará a los pacientes de 18 años de edad en adelante que se encuentren en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar y que cumplan con los criterios de inclusión, previa autorización y firma del consentimiento se les aplicará el interrogatorio, con la escala de Zung vamos a identificar que pacientes tienes los puntos para una depresión.
Posibles riesgos y molestias:	Estimado ciudadano o ciudadano, este estudio tiene como objetivo evaluar el nivel de prevalencia de depresión en pacientes sobrevivientes al virus COVID-19. No deseamos causar ningún daño moral por invadir su persona ni causar incómodo. Por lo tanto, si esto ocurra, tenga la confianza de comunicarse con un servidor (a) con el fin de orientarlo para tomar la decisión más adecuada.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al participar en el estudio, sería beneficioso detectar con precisión el nivel de conocimiento y conocimiento necesario con relación a su patología, y así derivarlo a los servicios necesarios para prevenir el desarrollo de ellas.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se proporcionará información de manera confidencial sobre los resultados obtenidos a partir de las encuestas realizadas por el personal que labora en UMF.
Participación o retiro:	Es factible retirarse del estudio en cualquier momento que decida, sin que pueda tener ningún impacto en el trato o la atención que usted solicite en la unidad. Se responderá a las dudas que se tengan en lo que se refiere al estudio.
Privacidad y confidencialidad:	La totalidad de la información proporcionada por el participante será confidencial y será utilizada exclusivamente para este estudio, conforme a las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador responsable:	M.C. FABIOLA MÉNDEZ VALDERRABANO. Médico Familiar adscrito UMF – H no. 11 IMSS Puebla, Órgano operación administrativa desconcentrada en Puebla Delegación Puebla Matrícula: 99226960 / fabisazul@hotmail.com /cel:2225463230 DR. Jorge Viazcan Tlapale. Médico Residente R1 UMF-H no.11 matrícula: 97225427/ jvt_mountainbike@hotmailcom/cel:2464945225.
Colaboradores:	“En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante, podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación 21048 de la UMF 6 del IMSS con la Dra. Adriana Xaxalpa Salinas al celular: 22-25-18-85-34 o al correo electrónico: comite.bioetica21048@gmail.com ”.
Nombre y firma del participante:	

5.5 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

FICHA DE IDENTIFICACIÓN		
Nombre:	Edad:	Sexo:
NSS:	Escolaridad:	
Estado civil:	Dx de Covid-19	

Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)				
Por favor lea cada enunciado y decida con que frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.				
Por favor marque (X) la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

5.7 DEFINICIÓN DE VARIABLES

5.7.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Sexo: En la disciplina biológica, el sexo es el conjunto de las particularidades que caracterizan los individuos de una especie, dividiéndolos en géneros masculinos y femeninos, lo que propicia una reproducción que se caracteriza por una diversificación genética.

Edad: Un lapso que ocurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia.

Ocupación: Actividad económica, académica o de otra rama social a la que se dedica cada uno de los encuestados.

Estado Civil: Identificación de cada paciente que asiste a una consulta externa en cuanto a los derechos y obligaciones civiles.

Escolaridad: es el lapso temporal en el que un estudiante asiste a la institución educativa o a cualquier centro educativo.

5.7.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL

Sexo: Masculino o Femenino.

Edad: La cifra señalada por el encuestado (a) ha sido alcanzada en un lapso de tiempo.

Ocupación: Indicada por el participante, tales como: tareas del hogar, empleado, etc.

Estado Civil: Establecida por el participante, como: soltero (a), casado (a), unión libre.

Escolaridad: El participante ha asignado una señal de primaria. La capacidad de aprender y redactar en línea es esencial para la educación secundaria, preparatoria, universidad y postgrado.

Tiempo de diagnóstico: El participante ha sido seleccionado en el transcurso del año.