

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ”**



**PREVALENCIA Y SEVERIDAD DE ANSIEDAD EN ADULTOS DE
POBLACIÓN MEXICANA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19. UNA
ENCUESTA EN LÍNEA**

Por

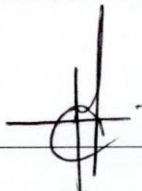
DRA. JESSICA TREVIÑO LOZANO

**Como requisito parcial para obtener el Grado de
ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA**

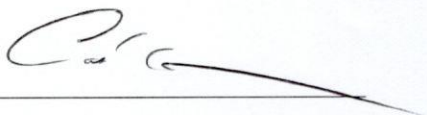
Junio, 2023

**PREVALENCIA Y SEVERIDAD DE ANSIEDAD EN ADULTOS DE
POBLACIÓN MEXICANA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19. UNA
ENCUESTA EN LÍNEA.**

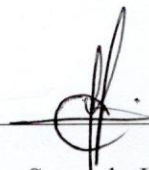
Aprobación de la tesis:



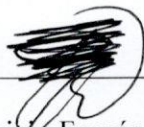
Dr. med. Erasmo Saucedo Uribe
Director de la tesis



Dr. Alfredo Bernardo Cuéllar Barboza
Coordinador de Enseñanza del Departamento de Psiquiatría



Dr. med. Erasmo Saucedo Uribe
Coordinador de Investigación del Departamento de Psiquiatría



Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano
Jefe del Departamento de Psiquiatría



Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a mi familia por el apoyo incondicional que me han brindado durante todo el proceso de mi desarrollo profesional.

A mis padres, Roberto y Alicia, por ser mis pilares y mi inspiración en todo momento. Gracias por su inquebrantable apoyo y amor a lo largo de mi vida, y por impulsarme a alcanzar mis metas. Siempre han estado ahí para mí, brindándome su fuerza cuando he tenido dudas o he enfrentado desafíos. Gracias por permitirme equivocarme y aprender de ello.

A mis hermanos, Roberto y Rolando, quienes me han enseñado la importancia de la lealtad y el compañerismo. Agradezco sus palabras de aliento y su apoyo en los momentos en que me sentí más vulnerable. Gracias por enseñarme a disfrutar del proceso y ver una perspectiva más relajada y cómica de los desafíos. Nuestra unión y amor de hermanos han sido una fuente constante de inspiración para mí.

A mi esposo, Xavier, quien es mi compañero de vida y mi mejor amigo. Gracias por siempre creer en mí y por nunca dejar de alentarme a seguir adelante, incluso cuando las cosas parecían difíciles. Gracias por apoyarme en cada decisión que he tomado y por brindarme tu amor incondicional.

Finalmente, quiero expresar mi agradecimiento al Dr. Erasmo Saucedo y a su equipo por todo el apoyo brindado durante la elaboración de mi tesis. Su experiencia, conocimientos y motivación fueron fundamentales para que pudiera completar este proyecto académico con éxito.

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---------------------------------|----|
| Resumen | 6 |
| Marco Teórico | 8 |
| Introducción | 11 |
| Planteamiento Del Problema..... | 13 |
| Justificación..... | 13 |
| Objetivo..... | 13 |
| Objetivo General | 13 |
| Objetivos Específicos | 13 |
| Hipótesis | 14 |
| Métodos..... | 14 |
| Diseño Del Estudio..... | 14 |
| Participantes | 15 |
| Procedimientos | 15 |
| Mediciones | 15 |
| Análisis Estadístico | 16 |
| Resultados | 17 |
| Discusión..... | 22 |
| Limitaciones..... | 27 |
| Conclusión | 27 |
| Bibliografía | 29 |
| Material Complementario | 37 |
| Resumen Autobiográfico | 40 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Variables sociodemográficas | 17 |
| Tabla 2. Niveles de ansiedad..... | 18 |
| Tabla 3. Asociación de factores sociodemográficos y psiquiátricos con la ansiedad. | 19 |
| Tabla 4. Asociación de trastornos psiquiátricos con ansiedad..... | 20 |
| Tabla 5. Análisis multivariante por regresión logística | 21 |

RESUMEN

Introducción:

El miedo percibido durante una pandemia junto con las medidas utilizadas para contenerlo puede desarrollar o intensificar los síntomas de ansiedad. En México, la información sobre el impacto psicológico de la pandemia de COVID-19 en la población general es escasa.

Objetivo:

Examinamos la prevalencia y los factores asociados con la ansiedad durante el brote de COVID-19 en una muestra mexicana.

Método:

Realizamos un estudio transversal del 15 de junio de 2020 al 31 de enero de 2021 en un estado del noreste de México, mediante una encuesta en línea. Se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck para determinar la prevalencia y la gravedad de la ansiedad.

Resultados:

La prevalencia global de ansiedad fue de 43,5 %. Las categorías con mayor prevalencia de ansiedad dentro de sus grupos fueron mujeres (46,2 %), grupo de edad de 18 a 30 años (47,3 %), mayor nivel educativo (43 %), estudiantes (48,8 %) y personas que actualmente no tenían una pareja (47,3 %). Además, encontramos que las personas que informaron ansiedad clínicamente significativa tenían más probabilidades de ser mujeres, de 18 a 30 años, que actualmente no tenían pareja y que actualmente vivían con un trastorno psiquiátrico. Además, los pacientes con ansiedad clínicamente significativa tenían más probabilidades de ser diagnosticados con un estado de ánimo, ansiedad, trauma y estrés, o un trastorno alimentario. También observamos que ser mujer y tener al menos un trastorno psiquiátrico fueron factores independientes relacionados con un tamizaje de ansiedad positivo.

Discusión y conclusión:

El brote de COVID-19 resulta en un aumento considerable de los síntomas de ansiedad entre la población mexicana. Es importante reconocer el impacto psicológico de las situaciones de contingencia para brindar información que permita establecer estrategias preventivas y terapéuticas.

MARCO TEÓRICO

Las enfermedades infecciosas han surgido en múltiples momentos de la historia, sin embargo, en los últimos años el crecimiento de la población, la expansión de los viajes, el comercio internacional, los conflictos armados y los movimientos antivacunas han facilitado que ocurran brotes espontáneos resultando en pandemias que conllevan un impacto físico, económico y psicosocial (Huremović, 2019; Ornell et al., 2020), tal como se ha visto anteriormente con los brotes de Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS), influenza, Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS), Ébola y Zika. Esto conlleva un temor global creciente hacia las enfermedades infecciosas (Puterman et al., 2009).

El miedo es un mecanismo adaptativo que se proyecta como reacción ante una situación que se percibe como una amenaza hacia nuestra seguridad o la de otros, sin embargo, cuando este mecanismo no se regula de manera adecuada puede resultar en padecimientos psiquiátricos (García, 2017; Shin & Liberzon, 2010). Estudios anteriores han proporcionado evidencia sobre la relación del miedo con los estados de ansiedad (Shin & Liberzon, 2010), y se manifiesta como un sistema complejo de respuesta cognitiva, afectiva, fisiológica y conductual que se asocia con la predisposición y anticipación para los eventos o circunstancias percibidos como amenazantes. La ansiedad patológica se desencadena cuando hay una sobreestimación de la amenaza percibida o una evaluación equivocada del peligro de una situación que conduce a respuestas excesivas e inapropiadas (Suma & Raman, 2020).

El miedo percibido durante una pandemia puede resultar en niveles elevados de ansiedad y estrés en personas sanas, e intensificar los síntomas de aquellos pacientes previamente diagnosticados con un padecimiento psiquiátrico (Ornell et al., 2020).

Hay diversas situaciones que se experimentan durante una pandemia y que la hacen acreedora a la necesidad de evaluar la salud mental en la población. Como parte de las previsiones que se utilizan para contener la propagación infecciosa se encuentran el uso de medidas de distanciamiento social como la cuarentena domiciliaria, cierre de escuelas y trabajos, suspensión de actividades sociales programadas (cine, teatro y música), entre

otras medidas que difieren acorde a las recomendaciones de cada país. Estas situaciones tienen un impacto psiquiátrico tanto en pacientes como en contactos, casos sospechosos, personas en aislamiento, familiares y amigos de las personas afectadas, personal de salud y en la población en general (Xiang et al., 2020).

Aunado a estos fenómenos, el miedo puede ocasionar pensamientos distorsionados de riesgo y mecanismos de afrontamiento negativos que evolucionarán hacia el deterioro de la salud mental, incluyendo reacciones de ansiedad, ira, insomnio y miedo extremo, así como conductas que implican un aumento de riesgo a la salud física como mayor consumo de alcohol o tabaco (Shigemura et al., 2020).

Durante los brotes de enfermedades, la ansiedad de la comunidad aumenta después de reportarse la primera muerte, el incremento de la cobertura mediática y el número creciente de casos nuevos reportados (Rubin & Wessely, 2020).

Durante el brote de SARS identificado en el 2003, se reportó un espectro amplio de trastornos afectivos, ansiosos, psicóticos, así como un incremento en la suicidalidad (Xiang et al., 2020). Desde la crisis que se observó con el comienzo de las infecciones por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) a principios de los años 80s, la epidemia de SARS fue una de las primeras en causar pánico en la población relacionado a la alta cobertura mediática. La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Cultura y la Ciencia (UNESCO) determinó que el nivel de amenaza, ansiedad y pánico que se percibió durante esta epidemia no tenía precedente con ningún suceso reciente (Puterman et al., 2009).

En un estudio realizado en el 2003 durante las primeras semanas del brote de SARS sobre el impacto psicológico y ocupacional inmediato en un hospital escuela en Toronto, se encontró que los pacientes con este diagnóstico reportaban miedo, ansiedad, enojo e insomnio, y en el personal de salud se reportó la presencia de miedo, frustración, ansiedad y culpa (Maunder et al., 2003). Otro estudio realizado en Hong Kong durante la epidemia de SARS, evaluó y comparó el nivel de ansiedad y estrés que percibían estudiantes universitarios de una escuela médica de otra no médica. Dicho estudio reportó los niveles más altos de ansiedad en estudiantes de medicina (Wong et al., 2007). Koh y

colaboradores, (2005) realizaron un estudio en personal de salud de primera línea durante la epidemia de SARS. De 10, 511 encuestados, se reportó que el 76% se percibía en un riesgo alto de enfermarse. El personal clínico en contacto diario con pacientes con SARS y el personal de instituciones afectadas expresaron niveles significativamente más altos de ansiedad y más de la mitad informó un aumento de estrés laboral (56%) (Can et al., 2005). En el 2006, la Asociación Nacional de Gobernadores (NGA), informó sobre una encuesta de 129 personas en cuarentena en Toronto, Canadá, durante el brote de SARS. Los hallazgos reportaron la presencia de síntomas de trastorno de estrés postraumático y depresión en el 28.9 y 31.2% de los encuestados, respectivamente (Douglas et al., 2009).

El brote de influenza por la cepa H1N1 comúnmente conocida como "gripe porcina", se detectó en abril de 2009 y, en junio de ese año, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo declaró una pandemia mundial. Rubin y colaboradores (2009) realizaron un estudio de una muestra británica durante etapas tempranas del brote de influenza H1N1. Los hallazgos reportaron que el 23.8% informó ansiedad significativa en respuesta al brote (Wheaton et al., 2012). Otro estudio realizado en el 2010 examinó un modelo para predecir miedo y respuestas de comportamiento mediante un cuestionario en línea a 186 personas. Los resultados que obtuvieron mostraron que el 25% de los encuestados estaba preocupado por ser una víctima de la influenza y 40% estaban preocupados porque se infectara un miembro de la familia (Goodwin et al., 2011).

Posteriormente el brote de ébola durante el periodo del 2013 al 2016 en Guinea, Liberia y Sierra Leona fue el peor de la historia con más de 28, 000 casos y 11, 000 muertes. Esta epidemia no solo tuvo repercusiones físicas, sino que también tuvo implicaciones psicosociales tanto a nivel individual como a comunitario e internacional. Así mismo se describió el impacto psicológico que tuvo a corto y largo plazo, reportándose la presencia de miedo, ansiedad, trauma, culpa y pérdida de mecanismos de afrontamiento (Van Bortel et al., 2016).

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19) se detectó por primera vez en Wuhan, China, el 31 de diciembre de 2019. Su rápida capacidad de transmisión ha alertado a las autoridades sanitarias de todo el mundo para que tomen medidas para mitigar las consecuencias económicas, sociales y de salud esperadas durante la aparición de una pandemia (Shevlin et al., 2020). En México, el primer caso de coronavirus se detectó el 27 de febrero de 2020 y, a pesar de las medidas preventivas, los casos aumentaron exponencialmente (Suárez et al., 2020). Al 7 de abril de 2021 se han confirmado un total de 2,261,879 casos y 205,598 defunciones por COVID-19 (Secretaría de Salud, 2021).

El principal mecanismo de transmisión del COVID-19 es por contacto de persona a persona, a través de gotitas respiratorias o contacto directo (Lai, Shih, et al., 2020); por lo tanto, desde marzo de 2020, el gobierno de México ha implementado y hecho cumplir acciones para disminuir la transmisión de COVID-19. Estas estrategias se han centrado en el distanciamiento social, a través del confinamiento y el autoaislamiento, incluido el cierre de escuelas y la suspensión de trabajos y actividades no esenciales, todos los cuales son medios efectivos para reducir el riesgo de infección, pero también son amenazas para la estabilidad financiera, y el empleo, la pérdida de redes de apoyo social y la adaptación a las rutinas diarias, que son cambios estresantes que afectan la regulación emocional (Milman et al., 2020; Smith & Lim, 2020). De hecho, se ha demostrado en estudios previos realizados durante una pandemia que estas medidas pueden producir un impacto psicológico en la población general (Xiang et al., 2020; Zhu et al., 2020). En México, se estima que hasta el 50.3 % de las personas pueden presentar malestar psicológico, mientras que 15.7 % pueden tener síntomas de depresión y 22.6 % síntomas de ansiedad debido al brote de COVID-19 (Cortés-Álvarez et al., 2020). Esto también es cierto para grupos de población específicos, incluidos docentes y estudiantes, ya que la pandemia de COVID-19 ha provocado una interrupción significativa en la carga de trabajo de las instituciones educativas y ha obligado a reorganizar los métodos de enseñanza y aprendizaje, lo que hace que este grupo sea más vulnerable a desarrollar síntomas de malestar psicológico (Chang et al., 2021; Ozamiz-Etxebarria et al., 2021; Zhao, 2020).

Además, las reacciones psicológicas comunes relacionadas con un contexto pandémico incluyen el miedo, junto con la ansiedad de la comunidad después de que se informa la primera muerte, una mayor cobertura de los medios y el número creciente de nuevos casos informados (Rubin & Wessely, 2020; Serafini et al., 2020).

Además del impacto psicológico de las medidas de contención durante la pandemia de COVID-19, el miedo a ser diagnosticado o sospechado de infección por COVID-19 puede provocar reacciones emocionales intensas, que pueden evolucionar progresivamente hacia un trastorno de ansiedad (Maunder et al., 2003; Ornell et al., 2020; Shigemura et al., 2020; Xiang et al., 2020). Varios estudios que han examinado las consecuencias psicológicas durante la pandemia de COVID-19 han reportado que los individuos afectados muestran un aumento de sentimientos negativos como miedo, desesperanza, ira, confusión, frustración, desesperación o soledad, y síntomas de angustia emocional como depresión, trastorno de estrés postraumático (TEPT) y ansiedad (Liu et al., 2020; Salari et al., 2020; Serafini et al., 2020). Además, los grupos susceptibles como los profesionales de la salud se han enfrentado a factores estresantes específicos relacionados con el diagnóstico, tratamiento y atención de pacientes con COVID-19, así como una mayor carga de trabajo, escasez de equipos de protección personal y discriminación, por lo que se los considera de mayor riesgo de desarrollar numerosos síntomas psiquiátricos que incluyen ansiedad, depresión, estrés agudo y postraumático e insomnio (Abeldaño Zuñiga et al., 2021; Lai, Ma, et al., 2020; Marvaldi et al., 2021; Pappa et al., 2020; Sahebi et al., 2021; Santabárbara, Bueno-Notivol, et al., 2021). Además, según estudios previos realizados en trabajadores de la salud, se ha observado que las enfermeras se ven particularmente afectadas por la angustia emocional y presentan tasas más altas de síntomas afectivos y de ansiedad en comparación con otros profesionales médicos (Lai, Ma, et al., 2020; Pappa et al., 2020; Sahebi et al., 2021; Santabárbara, Bueno-Notivol, et al., 2021).

En nuestro país, la información sobre el impacto psicológico de la pandemia de COVID 19 en la población general es escasa. El objetivo de este estudio fue reportar la prevalencia y los factores asociados a la ansiedad durante la pandemia de COVID-19 en una muestra de residentes mexicanos a través de un cuestionario en línea.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México la información sobre el impacto psicológico que genera una pandemia en la población general es escasa. La mayor parte de la información se enfoca en el estudio del impacto psicológico en los pacientes con diagnóstico de la enfermedad en cuestión, familiares de pacientes y personal de salud. Se desconoce la manifestación y severidad de ansiedad con respecto a la situación actual de la pandemia por COVID-19 en la población general de nuestro país.

JUSTIFICACIÓN

Es importante conocer esta información ya que nos permitirá evaluar cómo se comporta la población general en relación con la manifestación de síntomas de ansiedad ante situaciones de contingencia sanitaria. A través de esta investigación se busca proporcionar información que permita crear estrategias de intervención tanto preventivas como terapéuticas sobre la salud mental, así como establecer un precedente para generar nuevas preguntas de investigación e hipótesis.

OBJETIVO

Objetivo general

Determinar la prevalencia y severidad de síntomas de ansiedad en la población mexicana durante la pandemia de COVID-19.

Objetivos específicos

- Describir las variables sociodemográficas de la muestra poblacional:
 - Edad
 - Sexo

- Estado civil
 - Escolaridad
 - Ocupación
- Determinar la prevalencia y niveles de ansiedad en la población con enfermedades crónicas (incluyendo enfermedades psiquiátricas).
 - Determinar la correlación entre las características clínicas del Inventario de Ansiedad de Beck con las variables sociodemográficas y la presencia de enfermedades crónicas y psiquiátricas.

Hipótesis

Al tratarse de un estudio de prevalencia, no se cuenta con hipótesis.

MÉTODOS

Diseño del estudio

Se realizó un estudio transversal del 15 de junio de 2020 al 31 de enero de 2021, a través de una encuesta en línea utilizando el software Google Forms. Este fue el método de elección para el reclutamiento de sujetos debido a las medidas preventivas de la propagación del COVID-19 y para accesibilidad a sujetos fuera de nuestro entorno de atención médica. Utilizamos un procedimiento de muestreo de bola de nieve a través de las redes sociales (WhatsApp y Facebook fueron las principales plataformas de distribución), alentando a los participantes a remitir el enlace del formulario a la mayor cantidad de personas posible. La aprobación ética del estudio fue otorgada por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León (PS20-0008).

Participantes

Se incluyeron sujetos de 18 años o más, de nacionalidad mexicana, que residían en México desde al menos una semana antes de llenar la encuesta. Se eliminaron del estudio los cuestionarios incorrectos o incompletos, y los que se enviaron por duplicado.

Procedimientos

Todos los participantes debían leer y dar su consentimiento a una breve declaración de consentimiento informado antes de completar la encuesta, donde se proporcionaba información sobre el propósito del estudio y el uso de su información. Si aceptaron participar en el estudio, seleccionaron la opción que indicaba su participación voluntaria. Solicitamos una dirección de correo electrónico al comienzo del formulario para evitar la duplicación de cuestionarios y la eliminamos una vez que se completó el reclutamiento. Todos los formularios se llenaron de forma anónima.

El cuestionario consistió en un formulario de 8 preguntas que solicitaba datos sociodemográficos (edad, sexo, país de origen y estado de residencia, si residían en México por lo menos 7 días antes de llenar el cuestionario, estado civil, escolaridad y ocupación actual), 2 preguntas sobre antecedentes médicos (antecedentes de enfermedad psiquiátrica o enfermedad no psiquiátrica) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Al final del cuestionario se ofrecieron recomendaciones generales y estrategias para reducir los niveles de ansiedad y estrés relacionados con la contingencia sanitaria. Los participantes podían abandonar el cuestionario en cualquier momento.

Mediciones

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Beck et al., 1988) es una de las herramientas más utilizadas para la evaluación de síntomas de ansiedad, su aplicación es sencilla y su interpretación práctica (Guillén et al., 2019). El BAI fue validado para población mexicana por (Robles et al., 2001). Es un instrumento auto aplicado que consta

de 21 ítems, que incluyen cuatro factores: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y síntomas de pánico (Carlbring et al., 2007). Para ser considerado, los síntomas deben haber estado presentes en el período de la última semana anterior al llenado del cuestionario. Se pidió a los participantes que calificaran cuánto les molestó cada síntoma durante la última semana, utilizando una escala de Likert de 4 puntos según la gravedad (0 = poco o nada, 1 = más o menos, 2 = moderadamente y 3 = severamente). Si bien el BAI es una herramienta que pretende indicar la gravedad de los síntomas, categorizándolos en ansiedad mínima (0 a 5 puntos), leve (6 a 15), moderada (16 a 30 puntos) y severa (31 a 63), estudios previos toman como punto de corte para reportar la prevalencia una puntuación de 16 o más, que es también la puntuación sugerida por los autores de la escala que representa la significancia clínica (Carney et al., 2011; Guillén et al., 2019). Las propiedades psicométricas del BAI para la población mexicana se caracterizan por una alta consistencia interna (alfa de Cronbach de 0.84 y 0.83), con un alto coeficiente de confiabilidad test-retest ($r = 0.75$), validez convergente y adecuada estructura factorial (Robles et al., 2001; Vázquez et al., 2015), y tiene una consistencia interna que no se ve afectada por su aplicación en línea (Carlbring et al., 2007).

Análisis estadístico

La descripción de las características demográficas de la muestra se realizó con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y con medianas y rango intercuartílico (IQR) para las puntuaciones del BAI.

La normalidad se evaluó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Comparamos la proporción de cada característica demográfica y comorbilidades psiquiátricas entre sujetos con y sin ansiedad clínicamente significativa utilizando las pruebas χ^2 de Pearson o la prueba exacta de Fisher. Todos los modelos univariados y multivariados se diseñaron mediante análisis de regresión logística. El nivel de significación estadística se fijó en $P < 0,05$ y un intervalo de confianza del 95 % (95 % IC). El análisis estadístico se realizó en el software IBM SSPS versión 25 (IBM Corp., Armonk, NY).

RESULTADOS

Recibimos un total de 570 formularios en línea, 12 fueron excluidos por ser de personas que no residían en México 7 días antes de llenar la encuesta, 4 reportaron otra nacionalidad y 50 fueron enviados por duplicado.

La muestra final que se analizó estaba formada por 504 sujetos, 132 hombres (26,2 %) y 372 mujeres (73,8 %), con una mediana de edad de 27 (RIC, 22-31) años. La mayoría de los sujetos eran solteros (70,8 %), con nivel de educación en licenciatura (72,6 %) y de ocupación empleados (45,2 %) o estudiantes (43,3 %) (Tabla 1).

Tabla 1. Variables sociodemográficas

| | |
|---------------------|--------------|
| Edad | 27 (22 - 31) |
| Sexo | |
| Hombre | 132 (26.2 %) |
| Mujer | 372 (73.8 %) |
| Escolaridad | |
| Secundaria | 4 (0.8 %) |
| Preparatoria | 29 (5.8 %) |
| Licenciatura | 366 (72.6 %) |
| Maestría | 95 (18.8 %) |
| Doctorado | 10 (2 %) |
| Ocupación | |
| Desempleado | 18 (3.6 %) |
| Empleado | 228 (45.2 %) |
| Estudiante | 218 (43.3 %) |
| Ama de casa | 37 (7.3 %) |
| Retirado/Pensionado | 3 (0.6 %) |
| Estado civil | |
| Soltero | 357 (70.8 %) |
| Unión libre | 27 (5.4 %) |
| Casado | 109 (21.6 %) |
| Otro | 11 (2.2 %) |

La mediana de la puntuación del BAI de la muestra total fue de 14 (IQR, 6-23). Según los niveles de corte propuestos para el BAI, la severidad de los síntomas de ansiedad en el 21,6 % de los participantes fue mínima, leve en el 34,9 %, moderada en el 29,2 % y severa en el 14,3 %. Se encontró ansiedad clínicamente significativa en el 43,5 % de los participantes, considerando un puntaje del BAI > 15 puntos, o el equivalente a ansiedad moderada a severa (Tabla 2).

Tabla 2. Niveles de ansiedad

| | |
|-----------------|--------------|
| Mínima | 109 (21.6 %) |
| Leve | 176 (34.9 %) |
| Moderada | 147 (29.2 %) |
| Severa | 72 (14.3 %) |

Los sujetos con mayor prevalencia de ansiedad dentro de cada grupo demográfico fueron predominantemente mujeres (46,2 %), grupo de edad de 18 a 30 años (47,3 %), nivel de educación superior (43 %), ocupación de estudiante (48,8 %), personas actualmente sin pareja (47,3 %) y personas que viven con al menos una comorbilidad psiquiátrica (68 %).

Con respecto a los factores sociodemográficos asociados con la ansiedad, encontramos que las personas que informaron ansiedad clínicamente significativa que aquellos quienes no lo hicieron eran más propensas a ser mujeres (78,5 % vs. 70,2 %, $P = 0,034$), con edades entre 18 y 30 años (79,5 % vs. 68,1 %, $P = 0,004$), personas actualmente sin pareja (79,5 % vs. 68,1 %, $P = 0,004$) y que viven con al menos una comorbilidad psiquiátrica diagnosticada (39,3 % vs. 14 %, $P < 0,001$) (Tabla 3).

Tabla 3. Asociación de factores sociodemográficos y psiquiátricos con la ansiedad.

| Variable | Ansiedad | Normal | P |
|----------------------------------|--------------|--------------|--------|
| Género | | | 0.034 |
| Masculino | 47 (21.5 %) | 85 (29.8 %) | |
| Femenino | 172 (78.5 %) | 200 (70.2 %) | |
| Grupo de edad | | | 0.004 |
| 18–30 años | 174 (79.5 %) | 194 (68.1 %) | |
| 31–65 años | 45 (20.5 %) | 91 (31.9 %) | |
| Nivel de educación | | | 0.395 |
| Educación superior | 207 (94.5 %) | 264 (92.6 %) | |
| Preparatoria o debajo | 12 (5.5 %) | 21 (7.4 %) | |
| Ocupación | | | 0.099 |
| Empleado | 89 (40.6 %) | 140 (49.1 %) | |
| Estudiante | 106 (48.4 %) | 111 (38.9 %) | |
| Desempleado | 24 (11 %) | 34 (11.9 %) | |
| Estado civil | | | 0.004 |
| Con pareja | 45 (20.5 %) | 91 (31.9 %) | |
| Sin pareja | 174 (79.5 %) | 194 (68.1 %) | |
| Comorbilidad médica | | | 0.85 |
| Sí | 56 (25.6 %) | 75 (26.3 %) | |
| No | 163 (74.4 %) | 210 (73.7 %) | |
| Comorbilidad psiquiátrica | | | <0.001 |
| Sí | 85 (39.3 %) | 40 (14 %) | |
| No | 133 (60.7 %) | 245 (86 %) | |

También observamos que los pacientes con ansiedad clínicamente significativa tenían más probabilidades de ser diagnosticados con un trastorno del estado de ánimo (21,5 % vs. 7,7 %, $P < 0,001$), un trastorno de ansiedad (28,3 % vs. 7 %, $P < 0,001$), un trastorno por trauma y estrés (3,2 % vs. 0,4 %, $P = 0,014$) o trastorno alimentario (4,1 % vs. 0,4 %, $P = 0,003$) (Tabla 4).

Tabla 4. Asociación de trastornos psiquiátricos con ansiedad.

| Trastorno psiquiátrico | Ansiedad | Normal | P |
|---|-----------------|---------------|----------|
| Trastornos del Estado de Ánimo | 47 (21.5 %) | 22 (7.7 %) | <0.001 |
| Trastornos de Ansiedad | 62 (28.3 %) | 20 (7 %) | <0.001 |
| Trastornos del Neurodesarrollo | 6 (2.7 %) | 3 (1.1 %) | 0.141 |
| Trastornos relacionados a Trauma y Estrés | 7 (3.2 %) | 1 (0.4 %) | 0.014 |
| Trastornos de Personalidad | 2 (0.9 %) | 1 (0.4 %) | 0.402 |
| Trastorno Obsesivo Compulsivo | 2 (0.9 %) | 0 (0 %) | 0.188 |
| Trastornos de la Alimentación | 9 (4.1 %) | 1 (0.4 %) | 0.003 |
| Trastorno por Consumo de Sustancias | 1 (0.5 %) | 0 (0 %) | 0.435 |

Realizamos un análisis multivariado por regresión logística para identificar factores independientes asociados con ansiedad clínicamente significativa por cribado, considerando solo aquellas características demográficas que fueran estadísticamente significativas. Tras ejecutar el primer modelo que no discriminaba dentro de las comorbilidades psiquiátricas, observamos que ser mujer (OR 1,55, IC 95 % 1,01 – 2,39; P = 0,045) y tener al menos una comorbilidad psiquiátrica diagnosticada (OR 3,77, IC 95 % 2,44 – 5,84; P < 0,001) fueron factores independientes relacionados con un resultado positivo en el cribado de ansiedad.

Tras diseñar un segundo modelo que distinguiera entre trastornos de ansiedad, estado de ánimo y otros trastornos psiquiátricos, identificamos que ser mujer (OR 1,63, IC 95 % 1,04 – 2,54; P = 0,03), tener un trastorno de ansiedad previamente diagnosticado (OR 4,19, IC 95 % 2,27–7,71; P < 0,001) y tener algún trastorno psiquiátrico diagnosticado distinto de los trastornos del estado de ánimo (OR 4,83, IC 95 % 1,83–12,73; P = 0,001) fueron factores independientes relacionados con la obtención de un resultado positivo de ansiedad clínicamente significativa después del cribado del BAI (Tabla 5).

Tabla 5. Análisis multivariante por regresión logística

| Variable | Univariado | | Multivariado | |
|--------------------------------|------------|----------------------|--------------|----------------------|
| | P | OR (95 % CI) | P | OR (95 % CI) |
| Modelo 1 | | | | |
| Mujer | 0.035 | 1.55 (1.03–2.34) | 0.045 | 1.55 (1.01–2.39) |
| Edad 18–30 años | 0.005 | 1.81 (1.20–2.73) | 0.281 | 1.33 (0.79–2.23) |
| Tener pareja | 0.005 | 0.55 (0.36–0.83) | 0.093 | 0.64 (0.38–1.07) |
| Comorbilidad psiquiátrica | <0.001 | 3.96 (2.57–6.09) | <0.001 | 3.77 (2.44–5.84) |
| Modelo 2 | | | | |
| Mujer | 0.035 | 1.55 (1.03–2.34) | 0.03 | 1.63 (1.04–2.54) |
| Edad 18–30 años | 0.005 | 1.81 (1.20–2.73) | 0.36 | 1.27 (0.75–2.16) |
| Tener pareja | 0.005 | 0.55 (0.36–0.83) | 0.107 | 0.64 (0.38–1.09) |
| Trastorno de Ansiedad | <0.001 | 5.23 (3.04–8.99) | <0.001 | 4.19 (2.27–7.71) |
| Trastorno del Ánimo | <0.001 | 3.26 (1.90–5.61) | 0.36 | 1.35 (0.70–2.58) |
| Otros trastornos psiquiátricos | <0.001 | 5.72 (2.29–14.26) | 0.001 | 4.83 (1.83–12.73) |

DISCUSIÓN

La pandemia de COVID-19 sigue representando un gran desafío a nivel mundial y sigue causando impacto en numerosas esferas de la vida diaria y, aunque se desconoce el alcance de sus efectos (Gavin et al., 2020), sigue surgiendo evidencia sobre las consecuencias psicológicas y psiquiátricas sobre el bienestar de los individuos.

Investigamos la prevalencia y los factores relacionados con la ansiedad clínicamente significativa en adultos mexicanos durante la pandemia de COVID-19 y observamos que el 43.5 % de las personas experimentan ansiedad de moderada a severa.

Esto concuerda con los resultados reportados por Priego-Parra et al. (2020), quienes reportaron una prevalencia de ansiedad del 50 % en población mexicana durante las fases iniciales de la pandemia actual, así como con un estudio transversal realizado por Galindo-Vázquez et al. (2020), donde reportaron una prevalencia del 48,4 % de ansiedad moderada a severa en nuestra población.

Identificamos una prevalencia superior a la reportada en estudios de China, donde la prevalencia general de ansiedad alcanzó el 34 %, con presencia de ansiedad moderada a severa en el 28,8 % (Huang & Zhao, 2020; Wang et al., 2020). Nuestra prevalencia fue notablemente superior al 25 % reportado en un metaanálisis realizado por (Santabárbara, Lasheras, et al., 2021), en el que se evaluó la prevalencia de ansiedad durante la pandemia de COVID-19 a escala global, mediante la búsqueda de estudios transversales basados en la comunidad.

En el momento de nuestro estudio, que comenzó 3 meses después de que el gobierno de México implementara e hiciera cumplir las medidas para prevenir la transmisión de COVID-19, observamos una mayor presencia de ansiedad de moderada a severa en comparación con un estudio que examinó el malestar psicológico por el COVID-19 en una muestra de mexicanos una semana después de declarada la emergencia sanitaria nacional en nuestro país, donde el 22.6 % de los encuestados reportaron síntomas de ansiedad moderados a severos (Cortés-Álvarez et al., 2020). De igual forma, otro estudio realizado durante los dos primeros meses de la pandemia en nuestro país reportó que el 12

% de los participantes cumplían criterios de ansiedad moderada a severa (Toledo-Fernández et al., 2021). Esta diferencia posiblemente se deba al momento en que se han evaluado los síntomas de ansiedad, lo que sugiere que los síntomas de ansiedad pueden aumentar de acuerdo con el creciente número de casos nuevos y muertes, y una mayor cobertura de los medios (Rubin & Wessely, 2020; Serafini et al., 2020).

En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México realizada a principios de los 2000, la prevalencia de ansiedad fue de 14.3 % (Medina Mora et al., 2003; Medina-Mora et al., 2007); estas estimaciones siguieron siendo una referencia actual en los informes oficiales del gobierno mexicano previo a la pandemia (Senado de la República, 2017), indicando que en el contexto de la pandemia, la ansiedad general se vuelve casi tres veces más prevalente (Santabárbara, Lasheras, et al., 2021).

Aunado a esto en nuestro país, según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en una encuesta telefónica sobre el COVID-19 y el mercado laboral (ECOVID-ML) realizada en julio de 2020, el 82.3 % de las personas no económicamente activas disponibles para trabajar se reportaron ausentes de un trabajo a causa de la pandemia, mientras que en el 28.4 % de las viviendas algún integrante perdió su trabajo a causa de la pandemia (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2020), lo que condujo a un declive en la posición socioeconómica y de salud mental de muchas familias (Pierre et al., 2021). Adicionalmente, es importante resaltar la presunta menor prevalencia de síntomas de ansiedad en la población general que encontramos en nuestro estudio, en comparación con lo reportado en un estudio realizado en nuestro país que reportó una mayor frecuencia (74,7 %) en trabajadores de la salud (Juárez-García et al., 2021), que pueden reflejar indirectamente las demandas emocionales de la presión laboral extrema, el miedo a la infección, los conflictos éticos, la estigmatización, la pérdida de apoyo social y otros estresores psicosociales negativos a los que se han visto sometidos muchos proveedores de atención médica (Juárez-García et al., 2021; Lai, Ma, et al., 2020; Marvaldi et al., 2021; Pappa et al., 2020; Sahebi et al., 2021).

Tras abordar la prevalencia de ansiedad según el género, observamos que la ansiedad fue más frecuente en mujeres (46,2 % vs. 35,6 %) en nuestra comunidad, al igual que otros estudios realizados en Irán y Reino Unido (Moghanibashi, 2020; Shevlin et al.,

2020). Estas diferencias de los síntomas de ansiedad según el género, no solo se limitan a la frecuencia de ansiedad clínicamente significativa sino también como un factor asociado, ya que encontramos que las personas que reportaron ansiedad clínicamente significativa de quienes no lo hicieron tenían más probabilidades de ser mujeres (78,5 % vs 70,2 %, $P = 0,034$). Las mujeres son más propensas a sufrir niveles más altos de ansiedad que los hombres y existe evidencia clara que indica una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad y trastornos relacionados a trauma y estrés (Li & Graham, 2017), así como una mayor severidad de los síntomas, comorbilidad y carga de enfermedad en las mujeres.

Esto posiblemente esté relacionado con factores genéticos, de neurodesarrollo, ambientales y neurobiológicos (Jalnapurkar, 2018), además de otros factores relacionados a los roles culturales de género, como el estrés parental tras el cierre de las escuelas, especialmente visto en las mujeres, quienes tradicionalmente asumen rol de cuidadores primarios, así como factores estresantes específicos relacionados con el género como la violencia de pareja y las consideraciones reproductivas, todos los cuales representan factores de riesgo para desarrollar problemas de salud mental durante la pandemia (Almeida et al., 2020). Las mujeres también son más propensas a sufrir ansiedad y depresión, y más probabilidad de desarrollarlos y/o potenciarlos en el contexto de una pandemia. Además, ser mujer ha demostrado ser un importante predictor de ansiedad (Kim et al., 2014; Özdin & Bayrak Özdin, 2020). Al respecto, aludimos a los resultados de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) del cuarto trimestre realizada en 2021 que reportó un total de 620,000 personas registradas dedicadas a la prestación de servicios remunerados de enfermería en México, donde las mujeres representaron la mayoría de este grupo (79 %) (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2022). Además de las asociaciones del género con el malestar psicosocial, un estudio previo sobre los efectos psicológicos de la pandemia de COVID-19 en enfermeras mexicanas informó que el 42,4 % presentaba un alto nivel de agotamiento emocional y el 41,7 % padecía un malestar psicológico de moderado a severo (Cortés-Álvarez & Vuelvas-Olmos, 2020). Aunado a esto, en una revisión sistemática y metaanálisis realizado por Pappa et al. (2020) se comunicó que el personal de enfermería mostró estimaciones de mayor prevalencia de ansiedad en comparación con los médicos. Asimismo, las enfermeras muestran resultados más pobres en salud mental y trastornos de ansiedad en comparación con otros

profesionales de la salud (Sahebi et al., 2021). Esto podría estar relacionado con turnos de trabajo más largos y exposición directa con la atención de pacientes con COVID-19 en comparación con otro personal médico, así como con la escasez frecuente de personal y la falta de equipo de protección disponible (Al Maqbali et al., 2021; Simonetti et al., 2021).

Además, aunque estudios previos han mostrado un mayor estrés psicológico durante el brote de COVID-19 entre los participantes de mayor edad (Cortés-Álvarez et al., 2020), observamos que las personas que reportaron ansiedad clínicamente significativa de aquellos que no lo hicieron, tenían más probabilidades ser adultos jóvenes (18-30 años), coincidiendo con informes en otras partes del mundo que han indicado mayores niveles de ansiedad en adultos más jóvenes (Moghanibashi, 2020; Salari et al., 2020).

Además, un estudio previo en nuestro país mostró que una edad más joven era un factor importante asociado al desarrollo de ansiedad y depresión (Priego-Parra et al., 2020). Las razones principales de esto parecen ser que diferentes etapas y eventos en la vida pueden influir en la exposición a factores estresantes relacionados con la escuela, el trabajo y la salud. Además, las personas más jóvenes podrían estar más conscientes y preocupadas por el futuro, ya que son un grupo económicamente activo en la sociedad y, por lo tanto, se verán más afectados por el impacto económico de la pandemia (Salari et al., 2020). Sin embargo, un estudio realizado entre estudiantes universitarios en México encontró que esta población padecía altos niveles de ansiedad, estrés y depresión (Dosal-Santamaria et al., 2022) y un estudio reciente publicado en estudiantes de primer año de medicina de nuestra universidad mostró que el burnout estaba presente en un 14,9 % (siendo los hombres más susceptibles), y un alto agotamiento emocional hasta en un 53,9 % (Jezzini-Martinez et al., 2022). Asimismo, un metaanálisis realizado por Chang et al. (2021), informó una prevalencia combinada de síntomas de ansiedad del 31 % entre estudiantes universitarios. Estas estadísticas estaban relacionadas con las medidas de mitigación aplicadas para reducir la transmisión de COVID-19 durante la pandemia, incluido el cierre de universidades, la restricción de actividades sociales, la incertidumbre sobre el futuro y la necesidad de cambiar a métodos de aprendizaje en línea (Chang et al.,

2021; de la Cruz-de la Cruz, 2020; Dosil-Santamaria et al., 2022). Además, estos cambios educativos no solo han afectado a los estudiantes, sino que los docentes de los diferentes niveles educativos han experimentado sintomatología psicológica adversa durante la pandemia del COVID-19, con una prevalencia global estimada de ansiedad del 17 % (Ozamiz-Etxebarria et al., 2021).

En nuestro estudio, encontramos una asociación sustancial de ansiedad clínicamente significativa entre las personas que indicaron no estar en pareja en comparación con las que estaban en pareja (79,5 % vs. 68,1 %). Esto es comparable con los hallazgos de Nkire et al. (2021), quienes observaron que las personas que se identificaban como solteras mostraban puntuaciones medias más altas de síntomas de ansiedad en comparación con las que estaban casadas, en unión libre o con pareja. De manera similar, (Lei et al., 2020) encontró que las personas divorciadas o viudas tenían significativamente más ansiedad y depresión que aquellas con un estado civil diferente. Esto podría explicarse porque las personas solteras tienden a recurrir al afrontamiento auto-centrado negativo (Varela et al., 2021) y son más propensas a sentirse más solas y aisladas, lo que es más prominente durante las restricciones de la pandemia, lo que sugiere que estar en una la relación puede proporcionar una conexión para la socialización, disminuyendo el riesgo de desarrollar síntomas de ansiedad (Nkire et al., 2021).

Otro hallazgo destacado fue la asociación entre la ansiedad clínicamente significativa y vivir con al menos una comorbilidad psiquiátrica previamente diagnosticada. Además, los pacientes con ansiedad clínicamente significativa tenían más probabilidades de haber sido diagnosticados previamente con un trastorno del estado de ánimo, ansiedad, trauma y estrés o de la alimentación. Las personas con enfermedades psiquiátricas durante la actual pandemia de COVID-19 son más propensas a presentar niveles más altos de TEPT, depresión, ansiedad y estrés (Hao et al., 2020). Esto puede deberse a que las personas con trastornos mentales también son más susceptibles al estrés y más influenciadas por las respuestas emocionales provocadas por la pandemia de COVID-19, que pueden provocar recaídas o empeoramiento de su condición (Alkhamees et al., 2020; Yao et al., 2020). Además, las personas con enfermedades psiquiátricas previas o actuales tienen una mayor sensibilidad y consciencia de las sensaciones en sus

propios cuerpos, lo que puede resultar en la mala interpretación de sus propias sensaciones, lo que lleva a estados afectivos negativos (Özdin & Bayrak Özdin, 2020). También se espera que entre uno y dos tercios de las personas que han tenido un trastorno de ansiedad previamente recaigan (Oei & Bosch, 2009). Además, cuando se padecen trastornos alimentarios, existe una tendencia al aislamiento físico y emocional, que puede verse exacerbado por las medidas de seguridad y saneamiento emprendidas durante la pandemia (Touyz et al., 2020).

LIMITACIONES

Es importante reconocer que este estudio tiene varias limitaciones. Como consecuencia del método de muestreo de bola de nieve utilizado, puede existir un sesgo de selección que podría interferir en el reporte del cuadro real en la población general. Además, dada la naturaleza virtual de la encuesta, solo aquellos que tenían acceso a internet y medios electrónicos pudieron participar y ser incluidos en el estudio, lo que puede resultar en una menor cobertura y representación de los sectores demográficos sin acceso a herramientas digitales y nivel socioeconómico más bajo, y minimizando su contribución a la prevalencia general; es importante señalar esto porque un nivel socioeconómico bajo se ha relacionado con mayores probabilidades de ansiedad y depresión (Pierre et al., 2021).

Debido a estas limitaciones, los resultados de este estudio deben abordarse con cautela.

CONCLUSIÓN

La ansiedad es una de las enfermedades psiquiátricas con mayor impacto en la salud mental. La pandemia de COVID-19 ha demostrado que la aparición de una eventualidad mayor, especialmente de riesgo directo para la salud, junto con las medidas adoptadas para limitar la transmisión, pueden conducir a mecanismos de afrontamiento negativos, que evolucionan hacia la disfuncionalidad en la vida diaria y la exacerbación

de niveles de ansiedad. Esto nos animó a encontrar información para identificar factores y personas susceptibles, lo que permitirá una identificación, diagnóstico y tratamiento temprano, así como reforzar los mecanismos de afrontamiento y las medidas preventivas en poblaciones especialmente vulnerables. Además, dado que las enfermeras representan un gran componente de la fuerza laboral de salud en general, es esencial mejorar las medidas de apoyo que les permitan fortalecer su resiliencia y mecanismos de afrontamiento, así como brindar apoyo organizacional, condiciones de trabajo adecuadas y acceso a intervenciones psicosociales tempranas.

BIBLIOGRAFÍA

- Abeldaño Zuñiga, R. A., Juanillo-Maluenda, H., Sánchez-Bandala, M. A., Burgos, G. V., Müller, S. A., & Rodríguez López, J. R. (2021). Mental Health Burden of the COVID-19 Pandemic in Healthcare Workers in Four Latin American Countries. *Inquiry (United States)*, 58. <https://doi.org/10.1177/00469580211061059>
- Al Maqbali, M., Al Sinani, M., & Al-Lenjawi, B. (2021). Prevalence of stress, depression, anxiety and sleep disturbance among nurses during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. En *Journal of Psychosomatic Research* (Vol. 141). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110343>
- Alkhamees, A. A., Alrashed, S. A., Alzunaydi, A. A., Almohimeed, A. S., & Aljohani, M. S. (2020). The psychological impact of COVID-19 pandemic on the general population of Saudi Arabia. *Comprehensive Psychiatry*, 102(January), 152192. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152192>
- Almeida, M., Shrestha, A. D., Stojanac, D., & Miller, L. J. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health. *Archives of Women's Mental Health*, 23(6), 741–748. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01092-2>
- Beck, Brown, Epstein, & Steer. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897.
- Can, W., Learn, W., Koh, D., Lim, M. K., Chia, S. E., & Ko, S. M. (2005). Risk Perception and Impact of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) on Work and Personal Lives of. *Medical Care*, 43(7), 676–682.
- Carlbring, P., Brunt, S., Bohman, S., Austin, D., Richards, J., & Andersson, G. (2007). *Internet vs. paper and pencil administration of questionnaires commonly used in panic/agoraphobia research*. 23, 1421–1434. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2005.05.002>
- Carney, C. E., Moss, T. G., Harris, A. L., Edinger, J. D., & Krystal, A. D. (2011). Should we be anxious when assessing anxiety using the Beck Anxiety Inventory in clinical insomnia patients? *Journal of Psychiatric Research*, 45(9), 1243–1249. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.03.011>
- Chang, J. J., Ji, Y., Li, Y. H., Pan, H. F., & Su, P. Y. (2021). Prevalence of anxiety symptom and depressive symptom among college students during COVID-19 pandemic: A meta-analysis. En *Journal of Affective Disorders* (Vol. 292, pp. 242–254). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.109>
- Cortés-Álvarez, N. Y., Piñeiro-Lamas, R., & Vuelvas-Olmos, C. R. (2020). Psychological Effects and Associated Factors of COVID-19 in a Mexican Sample. *Disaster*

Medicine and Public Health Preparedness, 14(3), 413–424.
<https://doi.org/10.1017/dmp.2020.215>

- Cortés-Álvarez, N. Y., & Vuelvas-Olmos, C. R. (2020). COVID 19: Psychological Effects and Associated Factors in Mexican Nurses. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. <https://doi.org/10.1017/dmp.2020.495>
- de la Cruz-de la Cruz, C. (2020). Medical education and coronavirus disease-19: Current experiences and upcoming challenges to be addressed. *Revista Medicina Universitaria*, 22(3). <https://doi.org/10.24875/rmu.20000042>
- Dosil-Santamaria, M., Ozamiz-Etxebarria, N., Mondragon, N. I., Reyes-Sosa, H., & Santabárbara, J. (2022). Emotional State of Mexican University Students in the COVID-19 Pandemic. *Res. Public Health*, 19, 2155. <https://doi.org/10.3390/ijerph>
- Douglas, P. K., Douglas, D. B., Harrigan, D. C., & Douglas, K. M. (2009). Preparing for pandemic influenza and its aftermath: Mental health issues considered. *International Journal of Emergency Mental Health*, 11(3), 137–144.
- Galindo-Vázquez, O., Ramírez-Orozco, M., Costas-Muñiz, R., Mendoza-Contreras, L. A., Calderillo-Ruiz, G., & Meneses-García, A. (2020). Symptoms of anxiety and depression and self-care behaviors during the COVID-19 pandemic in the general population. *Gaceta de México*, 156(4), 294–301. <https://doi.org/10.24875/gmm.m20000399>
- Garcia, R. (2017). Neurobiology of fear and specific phobias. *Learning and Memory*, 24(9), 462–471. <https://doi.org/10.1101/lm.044115.116>
- Gavin, B., Lyne, J., & McNicholas, F. (2020). Mental health and the COVID-19 pandemic. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 37(3), 156–158. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.72>
- Goodwin, R., Gaines, S. O., Myers, L., & Neto, F. (2011). Initial psychological responses to swine flu. *International Journal of Behavioral Medicine*, 18(2), 88–92. <https://doi.org/10.1007/s12529-010-9083-z>
- Guillén, C., Ana, D., & Rangel, L. G. (2019). *Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck en adultos asmáticos mexicanos I*. 29(55), 5–16.
- Hao, F., Tan, W., Jiang, L., Zhang, L., Zhao, X., Zou, Y., Hu, Y., Luo, X., Jiang, X., McIntyre, R. S., Tran, B., Sun, J., Zhang, Z., Ho, R., Ho, C., & Tam, W. (2020). Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87(January), 100–106. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.069>
- Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional

- Huremović, D. (2019). Psychiatry of Pandemics: A Mental Health Response to Infection Outbreak. En *Psychiatry of Pandemics: A Mental Health Response to Infection Outbreak*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-15346-5>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022). COMUNICADO DE PRENSA NÚM. 254/22 10 DE MAYO DE 2022 PÁGINA 1/4 ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA INTERNACIONAL DE LA ENFERMERA. https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvini/egi/productos/nueva_estruc/702825086664.pdf.
- Jalnapurkar, I. (2018). Sex Differences in Anxiety Disorders: A Review. *Psychiatry, Depression & Anxiety*, 4, 1–9. <https://doi.org/10.24966/pda-0150/100011>
- Jezzini-Martinez, S., Martinez-Garza, J. H., Quiroga-Garza, A., Zarate-Garza, P. P., Jacobo-Baca, G., Gutierrez-De la O, J., De la Fuente-Villarreal, D., Salinas-Alvarez, Y., Elizondo-Omaña, R. E., & Guzman-Lopez, S. (2022). Burnout Among First-Year Medical Students During COVID-19 Pandemic in Mexico: A Cross-sectional Study. *International Journal of Medical Students*. <https://doi.org/10.5195/ijms.2022.1129>
- Juárez-García, A., Camacho-Ávila, A., García-Rivas, J., & Gutiérrez-Ramos, O. (2021). Psychosocial factors and mental health in Mexican healthcare workers during the COVID-19 pandemic Arturo Juárez-García,¹ Anabel Camacho-Ávila,² Javier García-Rivas,³ Oniria Gutiérrez-Ramos⁴. *Salud Mental*, 44(5), 229–240. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2021.030>
- Kim, S. J., Han, J. A., Lee, T. Y., Hwang, T. Y., Kwon, K. S., Park, K. S., Lee, K. J., Kim, M. S., & Lee, S. Y. (2014). Community-based risk communication survey: Risk prevention behaviors in communities during the H1N1 crisis, 2010. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 5(1), 9–19. <https://doi.org/10.1016/j.phrp.2013.12.001>
- Koh, D., Meng, K. L., Sin, E. C., Soo, M. K., Qian, F., Ng, V., Ban, H. T., Kok, S. W., Wuen, M. C., Hui, K. T., Ng, W., Muttakin, Z., Emmanuel, S., Ngan, P. F., Koh, G., Chong, T. K., Tan, K. B. C., & Fones, C. (2005). Risk perception and impact of severe acute respiratory syndrome (SARS) on work and personal lives of healthcare workers in Singapore: What can we learn? *Medical Care*, 43(7), 676–682. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000167181.36730.cc>
- Lai, C. C., Shih, T. P., Ko, W. C., Tang, H. J., & Hsueh, P. R. (2020). Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): The epidemic and the challenges. *International Journal of Antimicrobial Agents*, 55(3), 105924. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105924>

- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA network open*, 3(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Lei, L., Huang, X., Zhang, S., Yang, J., Yang, L., & Xu, M. (2020). Comparison of Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression Among People Affected by versus People Unaffected by Quarantine During the COVID-19 Epidemic in Southwestern China. *Medical Science Monitor*, 26, 1–12. <https://doi.org/10.12659/msm.924609>
- Li, S. H., & Graham, B. M. (2017). Why are women so vulnerable to anxiety, trauma-related and stress-related disorders? The potential role of sex hormones. *The Lancet Psychiatry*, 4(1), 73–82. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30358-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30358-3)
- Liu, C. H., Zhang, E., Wong, G. T. F., Hyun, S., & Hahm, H. “Chris”. (2020). Factors associated with depression, anxiety, and PTSD symptomatology during the COVID-19 pandemic: Clinical implications for U.S. young adult mental health. *Psychiatry Research*, 290(June). <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113172>
- Marvaldi, M., Mallet, J., Dubertret, C., Moro, M. R., & Guessoum, S. B. (2021). Anxiety, depression, trauma-related, and sleep disorders among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. En *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* (Vol. 126, pp. 252–264). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.03.024>
- Maunder, R., Hunter, J., Vincent, L., Bennett, J., Peladeau, N., Leszcz, M., Sadavoy, J., Verhaeghe, L. M., Steinberg, R., & Mazzulli, T. (2003). The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *Cmaj*, 168(10), 1245–1251.
- Medina Mora, M. E., Borges, G. L., Muñoz, C. B. C., Blanco Jaimes, J., Fleiz Bautista, C., Villatoro Velázquez, J., Rojas Guiot, E., Zambrano Ruíz, J., Casanova Rodas, L., & Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología. *Salud mental*, 26(4), 1–16. www.readyc.org/articulo.oa?id=58242601
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C., Lara, C., & Berglund, P. (2007). Psychiatric disorders in Mexico: Lifetime prevalence in a nationally representative sample. *British Journal of Psychiatry*, 190(JUNE), 521–528. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025841>
- Milman, E., Lee, S. A., & Neimeyer, R. A. (2020). Social isolation and the mitigation of coronavirus anxiety: The mediating role of meaning. *Death Studies*, 0(0), 1–13. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1775362>

- Moghanibashi, A. (2020). *Assessing the anxiety level of Iranian general population. January.*
- Nkire, N., Nwachukwu, I., Shalaby, R., Hrabok, M., Vuong, W., Gusnowski, A., Surood, S., Greenshaw, A. J., & Agyapong, V. I. O. (2021). COVID-19 Pandemic: Influence of Relationship Status on Stress, Anxiety, and Depression in Canada. *Irish Journal of Psychological Medicine*. <https://doi.org/10.1017/ipm.2021.1>
- Oei, T. P. S., & Boschen, M. J. (2009). Clinical effectiveness of a cognitive behavioral group treatment program for anxiety disorders: A benchmarking study. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(7), 950–957. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.06.004>
- Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., & Kessler, F. H. P. (2020). “Pandemic fear” and COVID-19: Mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(3), 232–235. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>
- Ozamiz-Etxebarria, N., Mondragon, N. I., Bueno-Notivol, J., Pérez-Moreno, M., & Santabárbara, J. (2021). Prevalence of anxiety, depression, and stress among teachers during the covid-19 pandemic: A rapid systematic review with meta-analysis. En *Brain Sciences* (Vol. 11, Número 9). MDPI. <https://doi.org/10.3390/brainsci11091172>
- Özdin, S., & Bayrak Özdin, Ş. (2020). Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(5), 504–511. <https://doi.org/10.1177/0020764020927051>
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. En *Brain, Behavior, and Immunity* (Vol. 88, pp. 901–907). Academic Press Inc. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
- Pierre, M., Keller, M., Altschul, D., Fawns-Ritchie, C., Hartley, L., Nangle, C., Edwards, R., Dawson, R., Campbell, A., Flaig, R., & Porteous, D. (2021). Socioeconomic position and mental health during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional analysis of the CovidLife study. *Wellcome Open Research*, 6, 139. <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.16820.1>
- Priego-Parra, B. A., Triana-Romero, A., Pinto-Gálvez, S. M., Ramos, C. D., Salas-Nolasco, O., Reyes, M. M., Ramos-de-la-Medina, A., & Remes-Troche, J. M. (2020). *Anxiety, depression, attitudes, and internet addiction during the initial phase of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic: A cross-sectional study in México.* <https://doi.org/10.1101/2020.05.10.20095844>

- Puterman, E., Delongis, A., Lee-Baggley, D., & Greenglass, E. (2009). Coping and health behaviours in times of global health crises: Lessons from SARS and West Nile. *Global Public Health*, 4(1), 69–81. <https://doi.org/10.1080/17441690802063304>
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista mexicana de psicología*, 18(1), 211–218.
- Rubin, G. J., Amlôt, R., Page, L., & Wessely, S. (2009). Public perceptions, anxiety, and behaviour change in relation to the swine flu outbreak: Cross sectional telephone survey. *BMJ (Online)*, 339(7713), 156. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2651>
- Rubin, G. J., & Wessely, S. (2020). The psychological effects of quarantining a city. *The BMJ*, 368(January), 1–2. <https://doi.org/10.1136/bmj.m313>
- Sahebi, A., Nejati-Zarnaqi, B., Moayedi, S., Yousefi, K., Torres, M., & Golitaleb, M. (2021). The prevalence of anxiety and depression among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: An umbrella review of meta-analyses. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 107. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110247>
- Salari, N., Hosseinian-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, 16(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>
- Santabárbara, J., Bueno-Notivol, J., Lipnicki, D. M., Olaya, B., Pérez-Moreno, M., Gracia-García, P., Idoiaga-Mondragon, N., & Ozamiz-Etxebarria, N. (2021). Prevalence of anxiety in health care professionals during the COVID-19 pandemic: A rapid systematic review (on published articles in Medline) with meta-analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 107. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110244>
- Santabárbara, J., Lasheras, I., Lipnicki, D. M., Bueno-Notivol, J., Pérez-Moreno, M., López-Antón, R., De la Cámara, C., Lobo, A., & Gracia-García, P. (2021). Prevalence of anxiety in the COVID-19 pandemic: An updated meta-analysis of community-based studies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 109(September 2020). <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110207>
- Secretaría de Salud. (2021). Informe Técnico Diario COVID-19 MÉXICO.
- Senado de la República. (2017). 14.3% de la población mexicana padece trastornos de ansiedad. *Gaceta del Senado*, 2–4. <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/39699-14-3-de-la-poblacion-mexicana-padece-trastornos-de-ansiedad.html&sm=2&id=77753>

- Serafini, G., Parmigiani, B., Amerio, A., Aguglia, A., Sher, L., & Amore, M. (2020). The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *Qjm*, *113*(8), 229–235. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa201>
- Shevlin, M., McBride, O., Murphy, J., Miller, J. G., Hartman, T. K., Levita, L., Mason, L., Martinez, A. P., McKay, R., Stocks, T. V. A., Bennett, K. M., Hyland, P., Karatzias, T., & Bentall, R. P. (2020). Anxiety, depression, traumatic stress and COVID-19-related anxiety in the UK general population during the COVID-19 pandemic. *BJPsych Open*, *6*(6), 1–9. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.109>
- Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., & Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *74*(4), 281–282. <https://doi.org/10.1111/pcn.12988>
- Shin, L. M., & Liberzon, I. (2010). The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*, *35*(1), 169–191. <https://doi.org/10.1038/npp.2009.83>
- Simonetti, V., Durante, A., Ambrosca, R., Arcadi, P., Graziano, G., Pucciarelli, G., Simeone, S., Vellone, E., Alvaro, R., & Cicolini, G. (2021). Anxiety, sleep disorders and self-efficacy among nurses during COVID-19 pandemic: A large cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, *30*(9–10), 1360–1371. <https://doi.org/10.1111/jocn.15685>
- Smith, B. J., & Lim, M. H. (2020). How the COVID-19 pandemic is focusing attention on loneliness and social isolation. *Public Health Research and Practice*, *30*(2), 2–5. <https://doi.org/10.17061/phrp3022008>
- Suárez, V., Suarez Quezada, M., Oros Ruiz, S., & Ronquillo De Jesús, E. (2020). Epidemiología de COVID-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril de 2020. *Revista Clínica Española*, *220*(8), 463–471. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.05.007>
- Suma P., C., & Raman, M. (2020). Anxiety. En *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470361/>
- Toledo-Fernández, A., Betancourt-Ocampo, D., & González-González, A. (2021). Distress, depression, anxiety, and concerns and behaviors related to covid-19 during the first two months of the pandemic: A longitudinal study in adult mexicans. *Behavioral Sciences*, *11*(5), NA. <https://doi.org/10.3390/bs11050076>
- Touyz, S., Lacey, H., & Hay, P. (2020). Eating disorders in the time of COVID-19. *Journal of Eating Disorders*, *8*(1), 8–10. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00295-3>
- Van Bortel, T., Basnayake, A., Wurie, F., Jambai, M., Koroma, A. S., Muana, A. T., Hann, K., Eaton, J., Martin, S., & Nellums, L. B. (2016). Psychosocial effects of an Ebola

- outbreak at individual, community and international levels. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(3), 210–214. <https://doi.org/10.2471/blt.15.158543>
- Varela, J. P. G., de la Cruz-de la Cruz, C., Guerrero, J. G. L., Rodríguez, K. E. S., & Valle, O. K. (2021). Positive reappraisal as a stress coping strategy during the COVID-19 pandemic. *Salud Mental*, 44(4), 177–184. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2021.023>
- Vázquez, O. G., Benjet, C., García, F. J., Castillo, E. R., Rosas, A. R., Aguilar Ponce, J. L., Avitia, M. ángel álvarez, & Aguilar, S. A. (2015). Psychometric properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a Mexican population of cancer patients. *Salud Mental*, 38(4), 253–258. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2015.035>
- Wang, Y., Di, Y., Ye, J., Wei, W., Wang, Y., & Di, Y. (2020). *Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China (COVID-19) in some regions of China*. 8506. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1746817>
- Wheaton, M. G., Abramowitz, J. S., Berman, N. C., Fabricant, L. E., & Olatunji, B. O. (2012). Psychological predictors of anxiety in response to the H1N1 (swine flu) pandemic. *Cognitive Therapy and Research*, 36(3), 210–218. <https://doi.org/10.1007/s10608-011-9353-3>
- Wong, T. W., Gao, Y., & Tam, W. W. S. (2007). Anxiety among university students during the SARS epidemic in Hong Kong. *Stress and Health*, 23(1), 31–35. <https://doi.org/10.1002/smi.1116>
- Xiang, Y.-T., Yuan, Y., Wen, L., Ling, Z., Qinge, Z., Teris, C., & H Ng, C. (2020). *Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed*. January, 19–21. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8)
- Yao, H., Chen, J. H., & Xu, Y. F. (2020). Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e21. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30090-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30090-0)
- Zhao, Y. (2020). COVID-19 as a catalyst for educational change. *Prospects*, 49(1–2), 29–33. <https://doi.org/10.1007/s11125-020-09477-y>
- Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., Song, J., Zhao, X., Huang, B., Shi, W., Lu, R., Niu, P., Zhan, F., Ma, X., Wang, D., Xu, W., Wu, G., Gao, G. F., & Tan, W. (2020). A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *New England Journal of Medicine*, 382(8), 727–733. <https://doi.org/10.1056/nejmoa2001017>

MATERIAL COMPLEMENTARIO

Anexo I. Cuestionario de datos sociodemográficos

Datos personales

Recuerda que tu información es confidencial

¿Qué edad tienes? *

¿Cuál es tu sexo? *

Marca solo un óvalo.

Femenino

Masculino

Otro: _____

¿Eres originario de México? *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

¿En qué estado de México vives? *

¿Has residido en México durante los últimos 7 días? *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

¿Cuál es tu estado civil actual? *

Marca solo un óvalo.

Soltero/a

Casado/a

Separado/a

Divorciado/a

Viudo/a

Unión libre

¿Cuál es el máximo grado de estudios que has alcanzado o que te encuentras realizando actualmente? *

Marca solo un óvalo.

Primaria

Secundaria

Escuela Técnica

Preparatoria

Licenciatura

Maestría

Doctorado

¿A qué te dedicas actualmente? *

Marca solo un óvalo.

Empleado

Desempleado

Hogar

Estudiante

Jubilado/Pensionado

Antecedentes personales

Recuerda que tu información es confidencial

¿Padece alguna enfermedad? En caso de seleccionar la opción "Otro", describa. Puedes seleccionar más de una opción si es necesario. *

Selecciona todos los que correspondan

- Diabetes Mellitus
- Hipertensión
- Cardiopatías
- Obesidad
- Cáncer
- Enfermedades reumatológicas
- Ninguna
- Otro: _____

¿Tienes el diagnóstico de alguna enfermedad psiquiátrica? En caso de seleccionar la opción "Otro", describa. Puedes seleccionar más de una opción si es necesario. *

Selecciona todos los que correspondan

- Trastorno Depresivo
- Trastorno de Ansiedad
- Trastorno Bipolar
- Trastornos de alimentación
- Trastorno por Estrés Posttraumático
- Trastorno por consumo de sustancias
- Ninguna
- Otro: _____

Anexo 2. Inventario de Ansiedad de Beck

Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación. Indica cuánto te ha molestado cada síntoma durante la ÚLTIMA SEMANA, inclusive hoy, marcando la casilla según la intensidad de la molesta.

| | Poco o nada | Mas o menos | Moderadamente | Severamente |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Entumecimiento hormigueo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sentir oleadas de calor (bochorno) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Debilitamiento de las piernas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Dificultad para relajarse | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Miedo a que pase lo peor | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sensación de mareo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Opresión en el pecho o latidos acelerados | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Inseguridad | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Terror | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nerviosismo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sensación de ahogo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Manos temblorosas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cuerpo tembloroso | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Miedo a perder el control | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Dificultad para respirar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Miedo a morir | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Asustado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Indigestión o malestar estomacal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Debilidad | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ruborizarse, sonrojamiento | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sudoración (no debido al calor) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Jessica Treviño Lozano

Candidato para el Grado de
Especialista en Psiquiatría

Tesis: PREVALENCIA Y SEVERIDAD DE ANSIEDAD EN ADULTOS DE
POBLACIÓN MEXICANA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19. UNA
ENCUESTA EN LÍNEA

Campo de estudio: Ciencias de la Salud

Biografía:

Datos personales: Nacida en Monterrey, Nuevo León el 02 de marzo de
1993, hija de Roberto Guadalupe Treviño Montalvo y Juana Alicia Lozano Dorado.

Educación: Egresada de la Licenciatura de Médico Cirujano y Partero en la
Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León en
2016.

Experiencia profesional: Residente de la Especialidad de Psiquiatría en el Hospital
Universitario “Dr. José Eleuterio González” en Monterrey, Nuevo León de marzo
de 2020 a marzo de 2024.