

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE MEDICINA



**SÍNTOMAS AFECTIVOS Y ALTERACIONES EN CALIDAD DE SUEÑO
SECUNDARIAS A DISTANCIAMIENTO FÍSICO POR COVID-19**

PRESENTA

LIC. DANIA FALFÁN SALGADO

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA CLÍNICA Y HOSPITALARIA EN ADULTOS**

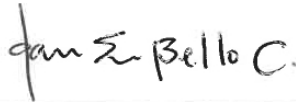
El presente trabajo titulado "Síntomas afectivos y alteraciones en calidad de sueño secundarias a distanciamiento físico por covid-19" presentado por Dania Falfán Salgado, ha sido aprobado por el comité de trabajo terminal.

Aprobación de la Tesis:



Mtra. Daniela Hayde Romero Guerra

Director/a de Trabajo Terminal



Dra. Daniela Escobedo Belloc

Miembro de la Comisión de Trabajo Terminal



Mtra. Verónica Flores Treviño

Miembro de la Comisión de Trabajo Terminal



Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez

Subdirector de Estudios de Posgrado

Monterrey, Nuevo León, México, Julio 2024.

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA

Quiero agradecer a la Universidad Autónoma de Nuevo León y el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” por la formación profesional recibida.

Al Departamento de Psiquiatría por las facilidades, el recurso humano, material, y el acceso a la información.

A mi asesora, Mtra. Daniela H. Romero Guerra, por conducirme en los principios éticos y científicos para generar esta investigación en tiempos tan vulnerables.

A mis maestros y compañeros, pacientes quienes contribuyeron día a día, a mi formación integral como psicóloga y psicoterapeuta.

Agradezco a mi familia y amigos, quienes han estado al pie del cañón apoyando incondicionalmente mi formación no solo profesional sino como ser humano.

Dedico esta tesis a mis abuelos y a mi madre.

Índice

I. Introducción	1
II. Marco teórico	2
2.1 Pandemia	2
2.1.1 Pandemias durante la historia	2
2.2 COVID-19 (SARS-CoV-2)	8
2.3 Medidas de protección y reducción de contagio	9
2.3.1 Distanciamiento Social	10
2.3.1 Aislamiento	10
2.3.2 Cuarentena	10
2.4 Salud mental en cuarentena y distanciamiento físico	11
2.4.2 Rol del personal de salud mental	12
2.4.3 Depresión y ansiedad	14
2.5 Psicoinmunidad contra COVID-19	16
3. Descripción del problema o necesidad	18
3.1 Pregunta de investigación	24
3.2 Justificación.....	24
3.3 Hipótesis.....	26
Hipótesis alterna	26
Hipótesis nula	26
3.4 Objetivos	26
Objetivo general	26
Objetivos específicos.....	26
IV. Metodología.....	27
4.1 Material y métodos.....	27
4.2 Diseño del estudio.....	27
4.3 Duración y lugar donde se realizó el estudio	27

4.4 Criterios de selección	27
4.4.1 Criterios de inclusión	27
4.4.2 Criterios de exclusión	27
4.5 Metodología.....	28
4.6 Instrumentos.....	29
4.7 Procedimiento	32
Análisis estadístico.....	32
4.8 Tamaño de muestra	33
4.9 Aspectos éticos y mecanismos de confidencialidad	33
V. Resultados.....	34
VI. Discusión	52
Conclusiones	56
Referencias.....	57
Anexos	70
Anexo 1. Aprobación del Comité de Ética en Investigación.....	70
Anexo 2. Aprobación del Comité de Investigación.....	71
Anexo 3. Encuesta aplicada a los pacientes.....	72
Resumen autobiográfico	86

Índice tablas y figuras

Tabla 1 Características sociodemográficas de los pacientes	34
Tabla 2 Comorbilidades de los pacientes	36
Tabla 3 Trastornos psiquiátricos y variables relacionadas	37
Tabla 4 Situación laboral y/o educativa actual y antes del distanciamiento social y dificultades económicas de los sujetos.	39

Tabla 5 Variables asociadas a la pandemia por COVID-19 en la población de estudio.	41
Tabla 6 Variables asociadas a la calidad de sueño.....	42
Tabla 7 Correlación global entre las escalas GAD-7, PHQ-9 y Pittsburg y a través de análisis por subgrupos de acuerdo con la presencia de alteraciones del sueño con o sin razones aparentes, diagnóstico psiquiátrico previo o distanciamiento físico al momento del estudio.	43
Tabla 8 Asociación de antecedentes relacionados con la pandemia por COVID-19 y síntomas de ansiedad por la escala GAD-7 y probable depresión clínica por la escala PHQ-9.....	45
Tabla 9 Asociación de antecedentes relacionados con la pandemia por COVID-19 y mala calidad de sueño por escala de Pittsburg.	46
Tabla 10 Factores de riesgo para presentar síntomas de ansiedad durante la pandemia por COVID-19.	48
Tabla 11 Factores de riesgo para presentar probable depresión clínica durante la pandemia por COVID-19.	49
Tabla 12 Factores de riesgo para presentar mala calidad de sueño durante la pandemia por COVID-19.	50

I. Introducción

En diciembre de 2019, en China, apareció una nueva enfermedad respiratoria mortal causada por un virus llamado SARS-CoV-2, que ha ocasionado el despunte de la enfermedad respiratoria a la que se denominó COVID-19.

Este virus desconocido produjo un panorama disruptivo a nivel mundial que modificó nuestra forma de vivir de manera drástica. En donde los repuntes de la enfermedad se asociaron con alta morbimortalidad en las personas y los gobiernos alrededor del mundo tuvieron que llevar diferentes tácticas y esfuerzos para contener la enfermedad y evitar las problemáticas de salud en la población (Díaz-Quiñonez, 2020).

De esta manera, muchos gobiernos, como el de nuestro país, optaron por el aislamiento social y físico como medida de contención, lo cual tuvo implicaciones en términos de salud físicas, sociales y emocionales de todo tipo, tanto positivas como negativas (Pedrosa et al, 2020).

Entre los primeros reportes, se encontraron alteraciones importantes en la salud emocional y mental de las personas, con un aumento en la frecuencia de sintomatología afectiva, pánico social, estrés post traumático y alteración en la calidad de sueño (Pedrosa et al, 2020).

Por tal razón, el objetivo de nuestro estudio fue identificar las implicaciones de esta enfermedad sobre la sintomatología afectiva y calidad de sueño en nuestra población, como contribución al conocimiento de las consecuencias de la pandemia de COVID-19 en nuestra comunidad a nivel local y nacional.

II. Marco teórico

A continuación, se realizará una revisión teórica que brindará una mayor explicación a los fenómenos que acompañan a la investigación. La cual abarcará desde un breve bosquejo histórico de las pandemias, así como de la actual denominada COVID-19 (SARS-CoV-2) junto con sus medidas de prevención y reducción de contagio (distanciamiento social, cuarentena y distanciamiento físico), el rol de la salud mental durante un estado cuarentena y distanciamiento físico, hasta la psiconeuroinmunidad contra la COVID-19.

2.1 Pandemia

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2010), se llama pandemia a la propagación mundial de una nueva enfermedad. Las pandemias catastróficas han estado ocurriendo a intervalos regulares a lo largo de la historia humana.

La última (la pandemia de gripe española de 1918) tuvo lugar hace un siglo, y al menos en parte, una explicación para esto puede estar en la distribución de patologías y recursos, con la excepción de la epidemia de VIH y las pandemias de gripe estacional, los brotes de enfermedades infecciosas, y su carga sigue siendo limitada para los países en desarrollo, vinculando sus esfuerzos nacionales e internacionales (donde esté disponible) recursos sanitarios.

Los países desarrollados, por otro lado, han logrado mejorar significativamente la carga de enfermedades infecciosas y minimizar las posibilidades de un brote a través de mejoras en el nivel de vida, precauciones generales e inmunización. Sin embargo, a pesar de los avances en tecnologías sanitarias, terapéutica y esfuerzos de vigilancia internacional, un brote catastrófico de proporciones pandémicas sigue siendo una posibilidad débil pero clara (Huremović, 2019, p. 1-2).

2.1.1 Pandemias durante la historia

Los brotes pandémicos, o plagas, como a menudo se les conoce, de acuerdo con la literatura, han sido observados de cerca a través de la lente de las humanidades en

el ámbito de la historia, incluida la historia de la medicina (DeWitte en Huremović, 2019, p. 7). Estas pandemias en ocasiones transformaron las sociedades en las que aparecieron y, muy posiblemente, han cambiado o influido decisivamente en el curso de la historia (Huguet-Pané, 2020), por lo que su estudio ha sido muy valioso.

Hay una sola palabra que puede servir como punto de partida apropiado para la historia de las pandemias: esa palabra es la *plaga*. Partiendo de esta palabra griega dórica, es un polisema, usado indistintamente para describir una enfermedad febril contagiosa virulenta particular causada por *Yersinia pestis*, como un término general para cualquier enfermedad epidémica que causa una alta tasa de mortalidad, o más ampliamente, como una metáfora de cualquier brote repentino de un mal o aflicción desastrosa (Huremović, 2019, p. 8)

Quizás los ejemplos más conocidos de plagas jamás registrados son los mencionados en las escrituras religiosas que sirven de fundamento a las religiones abrahámicas, comenzando por el Antiguo Testamento. A lo largo del contexto bíblico, los brotes pandémicos son los sujetos libros de la existencia humana, considerados parte de las sociedades humanas nacientes y parte del final de la humanidad (Huremović, 2019, p. 8).

A continuación, se mencionan las pandemias que más han puesto en peligro a la humanidad:

2.1.1.1 Peste de Justiniano

El Imperio bizantino se encontraba en uno de sus momentos de mayor esplendor cuando una epidemia de peste vino a oscurecer el mandato del emperador Justiniano. Era la primera epidemia de peste de la que se tiene constancia.

La enfermedad se expandió por Constantinopla, una ciudad de casi 800.000 habitantes, a una velocidad vertiginosa. Y de allí a todo el Imperio. Incluso el propio Justiniano fue víctima de la peste, aunque terminó recuperándose. Al final de la epidemia, la capital imperial había perdido casi el 40% de su población, y en todo el imperio se había cobrado la vida de 4 millones de personas.

Las consecuencias económicas fueron catastróficas, pues hubo momentos en que el número de muertos superaba el de vivos. Muchos historiadores ven en este debilitamiento del Imperio bizantino una de las líneas divisorias entre el ocaso de la Antigüedad y la floreciente Edad Media (Huguet-Pané, 2020, Piret y Boivin, 2021).

2.1.1.2 Peste Negra

La humanidad vivió el peor brote de esta enfermedad a mediados del siglo XIV (entre 1346 y 1353). Era conocida por sus antecedentes, sin embargo se ignoraba por completo tanto sus causas como su tratamiento. Esto, junto con la gran velocidad de propagación, la convirtió en una de las mayores pandemias de la historia.

Solo cinco siglos más tarde se descubrió su origen animal, concretamente en las ratas, que durante la Edad Media convivían en las grandes ciudades con las personas e incluso se desplazaban en los mismos transporte, como los barcos, hacia ciudades lejanas, portando el virus consigo.

Los números que dejó tras de sí esta epidemia son estremecedores. Por ejemplo, según los datos que manejan los historiadores, la península Ibérica habría perdido entre el 60 y 65% de la población y en la región italiana de la Toscana entre el 50 y el 60%. La población europea pasó de 80 a 30 millones de personas (Huguet-Pané, 2020)

2.1.1.3 Viruela

El llamado virus variola, cuya afectación en los seres humanos es conocida desde hace por lo menos 10.000 años, es el causante de la enfermedad conocida como viruela. Su nombre hace referencia a las pústulas que aparecían en la piel de quien la sufría.

Era una enfermedad grave y extremadamente contagiosa que diezmó la población mundial desde su aparición, llegando a tener tasas de mortalidad de hasta el 30%. Se expandió masivamente en el nuevo mundo cuando los conquistadores empezaron a cruzar el océano afectando de manera terrible una población con defensas muy bajas frente a nuevas enfermedades, y en Europa tuvo un periodo de expansión dramático

durante el siglo XVIII, infectando y desfigurando a millones de personas. Afortunadamente, es una de las dos únicas enfermedades que el ser humano ha conseguido erradicar mediante la vacunación. Primero, lady Montagu hizo unas observaciones claves en Turquía y, casi 100 años más tarde, Edward Jenner probó científicamente su eficacia. En 1977 se registró el último caso de contagio del virus, que desde entonces se considera extinguido (Huguet-Parné, 2020; Piret y Boivin, 2021).

2.1.1.4 Gripe Española

En Marzo de 1918, durante los últimos meses de la Primera Guerra Mundial (1914-1919), se registró el primer caso de gripe española, paradójicamente, en un hospital de Estados Unidos. Fue bautizada así porque España se mantuvo neutral en la Gran Guerra y la información sobre la pandemia circulaba con libertad, a diferencia de los demás países implicados en la contienda que trataban de ocultar los datos.

Esta virulenta cepa del virus de la gripe se extendió por todo el mundo casi al tiempo que las tropas se repartían por los frentes europeos. Los sistemas de salud se vieron desbordados y las funerarias no daban abasto. Estudios recientes han revelado datos más precisos. Se estima que la tasa global de mortalidad fue de entre el 10 y el 20 por ciento de los infectados, llegando a morir, en todo el mundo, entre 20 o 50 millones de personas. Hay quien incluso se atreve a decir que pudieron ser 100 millones (Huguet-Parné, 2020; Huremović, 2019).

2.1.1.5 Gripe Asiática

Registrado por primera vez en la península de Yunán, China, el virus de la gripe A (H2N2) de procedencia aviar apareció en 1957 y en menos de un año se había propagado por todo el mundo. Para entonces, el papel de la Organización Mundial de la Salud, el brazo médico de la ONU creado en 1948, diseñaba cada año una vacuna destinada a paliar los efectos de las mutaciones de la gripe.

A pesar de que los avances médicos con respecto a la pandemia de la gripe española contribuyeron a contener mucho mejor el avance del virus, esta pandemia registró un millón de muertos en todo el planeta (Huguet-Parné, 2020).

2.1.1.6 Pandemia de gripe o Gripe de Hong-Kong

Una pandemia de gripe de categoría 2 a veces denominada “gripe de Hong Kong”, la pandemia de gripe de 1968 fue causada por la cepa H3N2 del virus de la influenza A, una rama genética del subtipo H2N2. Desde el primer caso reportado el 13 de julio de 1968 en Hong Kong, pasaron solo 17 días antes de que se informaran brotes del virus en Singapur y Vietnam, y en tres meses se extendieron a Filipinas, India, Australia, Europa y Estados Unidos. Estados

Si bien la pandemia de 1968 tuvo una tasa de mortalidad comparativamente baja (0.5%) todavía causó la muerte de más de un millón de personas, incluidos 500,000 residentes de Hong Kong, aproximadamente el 15% de su población en ese momento (MPHonline, 2020, Huremović, 2019).

2.1.1.7 Tercera Pandemia de Cólera

Generalmente considerada la más mortal de las siete pandemias de cólera, el tercer brote importante de cólera en el siglo XIX duró de 1852 a 1860. Al igual que la primera y segunda pandemia, la Tercera pandemia de cólera se originó en India, extendiéndose desde el Delta del río Ganges antes de desgarrarse. A través de Asia, Europa, América del Norte y África y acabando con la vida de más de un millón de personas.

El médico británico John Snow, mientras trabajaba en una zona pobre de Londres, rastreó casos de cólera y finalmente logró identificar el agua contaminada como el medio de transmisión de la enfermedad. Lamentablemente, el mismo año de su descubrimiento en 1854, fue el peor año de la pandemia, en la que murieron 23,000 personas en Gran Bretaña (MPHonline, 2020).

2.1.1.8 Sexta Pandemia de Cólera

Al igual que sus cinco encarnaciones anteriores, la Sexta Pandemia del Cólera se originó en la India, donde mató a más de 800,000, antes de extenderse al Medio Oriente, África del Norte, Europa del Este y Rusia. La Sexta Pandemia del Cólera también fue la fuente del último brote estadounidense de cólera (1910–1911). Las

autoridades sanitarias estadounidenses, al haber aprendido del pasado, trataron rápidamente de aislar a los infectados, y al final solo ocurrieron 11 muertes en los EE. UU. En 1923, los casos de cólera se habían reducido drásticamente, aunque todavía era una constante en la India (MPHonline, 2020, Huremović, 2019).

2.1.1.9 Peste Antonina

También conocida como la Peste de Galeno, la Peste Antonina fue una antigua pandemia que afectó a Asia Menor, Egipto, Grecia e Italia y se cree que fue Viruela o Sarampión, aunque la verdadera causa aún se desconoce.

Esta enfermedad desconocida fue traída de regreso a Roma por soldados que regresaron de Mesopotamia alrededor del año 165 DC; sin saberlo, habían propagado una enfermedad que terminaría matando a más de 5 millones de personas y diezmando al ejército romano (MPHonline, 2020, Huremović, 2019, Piret y Boivin, 2021)

2.1.1.10 Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH)

Una de las pandemias más graves y más recientes conocida por la sociedad actual es la del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida, el VIH, más conocido como SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida).

Los primeros casos documentados tuvieron lugar en 1981, y desde entonces se extendió por todo el mundo centrando gran parte de los esfuerzos de las organizaciones mundiales de la salud. Se cree que su origen fue animal, y sus efectos son algo que podría describirse como el agotamiento del sistema inmunológico, de modo que el propio virus no es letal, pero sí lo son sus consecuencias, pues dejan el organismo desprotegido frente a otras enfermedades. Su contagio se produce por contacto con fluidos corporales.

A pesar de que estas vías de transmisión lo hacen menos contagioso, a priori, que otros virus como la gripe, el desconocimiento inicial permitió que se expandiera con mucha rapidez. Se calcula que el VIH ha podido causar alrededor de 25 millones de muertes en todo el mundo (Huguet-Parné, 2020; Piret y Boivin, 2021).

Los eventos mencionados anteriormente, independientemente de la evidencia objetiva, han moldeado profundamente la historia humana y continúan siendo conmemorados en todo el mundo. De igual forma, las creencias asociadas se han enraizado en las respuestas sociales a las pandemias en las sociedades occidentales y continúan forjando el sentimiento público y la percepción de los brotes actuales y futuros (Huremović, 2019; Piret y Boivin, 2021).

2.2 COVID-19 (SARS-CoV-2)

El gran crecimiento económico de las regiones del sur de China, llevó a una alta demanda de proteína animal, incluyendo animales exóticos, como culebras, civetas, pangolines y murciélagos. Las deficientes medidas de bioseguridad en los mercados de alimentos, han permitido que los virus se transmitan entre animales y desde animales a humanos (Cheng et al. en Koury y Hirschhaut, 2020).

A esta transmisión de enfermedades de animales a humanos se le conoce con el término de zoonosis (Adersen et al. en Koury y Hirschhaut, 2020). En diciembre del 2019, la provincia de Hubei en Wuhan, China, se convirtió en el epicentro de un brote de neumonía de causas desconocidas (Wang et al. en Koury y Hirschhaut, 2020).

Un grupo de pacientes se presentó a diferentes hospitales con diagnósticos de neumonía de etiología no conocida. La mayoría de estos pacientes fueron vinculados epidemiológicamente a un mercado mayorista de pescados, mariscos y animales vivos y no procesados en la provincia de Hubei (Bogoch et al., Lu, Stratton y Tang en Koury y Hirschhaut, 2020).

A partir del 18 de diciembre hasta aproximadamente el 29 de diciembre del 2019, se reportaron los primeros cinco casos, de pacientes que fueron hospitalizados por presentar síndrome de distrés respiratorio agudo y como consecuencia, causándole a uno de estos, la muerte (Du Toit, Li-Li et al. en Koury y Hirschhaut, 2020). “La mayoría de los pacientes aseguraron tener relación directa o indirecta con un mercado de alimentos en la provincia de Hubei en Wuhan” (Bogoch et al., Lu, Stratton y Tang en Koury y Hirschhaut, 2020).

El 7 de enero, las autoridades chinas anunciaron que habían identificado un nuevo tipo de coronavirus (Nuevo Coronavirus, 2019-nCoV). Simultáneamente, otros posibles patógenos fueron descartados, incluyendo el coronavirus del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS-CoV), el coronavirus del Síndrome Respiratorio del Medio Este (MERS-CoV), el virus de la influenza, el virus de la influenza aviar y el adenovirus (WHO, Huang et al. en Koury y Hirschhaut, 2020).

Inicialmente el virus se denominó de manera temporal 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV). El término Novel (novedoso o nuevo), puede referirse a una enfermedad o espectro de síntomas o manifestaciones clínicas que se presentan en personas infectadas por este virus, o a las posibles diferencias que existan entre este coronavirus y los previamente conocidos. (Huang et al. en Koury y Hirschhaut, 2020).

La OMS etiquetó como COVID-19 a esta enfermedad respiratoria emergente. Se reportó que los primeros casos fueron hombres y menos de la mitad informaron que tenían enfermedades subyacentes, tales como diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares. Los síntomas comunes fueron fiebre, tos y mialgia o fatiga.

Los síntomas menos comunes fueron la producción de esputo, dolor de cabeza, hemoptisis y diarrea. En cuanto a las complicaciones se incluyó el síndrome de dificultad respiratoria aguda, la lesión cardíaca aguda e infecciones bacterianas secundarias (Huang et al., 2020; Su et al., 2016; Weiss y Leibowitz, 2011).

La información recaudada sobre el nuevo coronavirus aumenta cada día y se ha ido recopilando más datos sobre su transmisión, período de incubación, síntomas y resultados clínicos, incluidas las tasas de supervivencia actualmente en todo el mundo (Corman et al., 2020).

2.3 Medidas de protección y reducción de contagio

El método crucial para romper la cadena de infección es la separación efectiva de individuos infectados y portadores sospechosos o reales de las poblaciones no

afectadas. Esta ruptura del contacto físico se puede lograr de varias maneras. Cuando el aislamiento no es absoluto, sino que las medidas se limitan a reducir y minimizar el contacto y la exposición, a veces se usa el término distanciamiento social. El distanciamiento social también a veces se refiere a todas las medidas utilizadas para reducir el contacto, incluidos el aislamiento y la cuarentena. (Huremović, 2019, p.85)

2.3.1 Distanciamiento Social

El distanciamiento social, también llamado "distanciamiento físico", significa mantener un espacio entre las personas fuera de su casa. Para practicar el distanciamiento social o físico (CDC, 2020):

- Se debe permanecer al menos a 6 pies (2 metros) de distancia de otras personas.
- No reunirse en grupos.
- Alejarse de lugares muy concurridos y evitar las congregaciones masivas.
- Trabajar desde casa cuando sea posible.
- Si es posible, evitar usar todo tipo de transporte público, vehículos compartidos o taxis.

2.3.1 Aislamiento

El aislamiento es un método que separa a las personas enfermas que tienen una enfermedad contagiosa de las que están sanas. Restringe el movimiento de personas enfermas para ayudar a detener la propagación de ciertas enfermedades (Huremović, 2019, p. 85).

2.3.2 Cuarentena

La cuarentena, por otro lado, separa a aquellos que aún están sanos, pero posiblemente expuestos a un agente infeccioso, de aquellos que están sanos y no

han estado expuestos. Es una restricción sobre las actividades o la comunicación de personas o el transporte de bienes diseñados para prevenir la propagación de enfermedades o plagas.

La cuarentena tiene una larga historia, pero es probable que la Ciudad-estado de Dubrovnik (entonces Ragusa) la haya introducido como una medida de salud pública durante la Peste Negra en 1377 al hacer que los arribados pasen un período de 30 días (trentina) en una isla cercana de Lokrum.

Este método fue adoptado por otras ciudades-estado marítimas el tiempo (por ejemplo, Venecia, Génova) y el periodo se extendió a 40 días (cuarentena). Se desconoce por qué se eligió el período exacto de 40 días y las teorías destinadas a explicar esta cifra van desde la tradición numérica pitagórica hasta las referencias bíblicas (Tognotti en Huremović, 2019, p.86).

2.4 Salud mental en cuarentena y distanciamiento físico

Desde una perspectiva psicológica, todas las medidas de distanciamiento social resultan en varios grados de aislamiento:

El aislamiento en el distanciamiento social puede ser bastante palpable, físico (barreras de contacto, equipo de protección, separación física por vidrio o puertas cerradas) y simbólico (separación de los seres queridos, incapacidad para leer expresiones faciales de caras enmascaradas, sentir un toque humano en uno piel, incapacidad para distinguir una forma humana debajo del equipo de protección).

El otro aspecto psicológico crucial del aislamiento es la incertidumbre: aquellos que están enfermos de forma aislada no están seguros de su supervivencia y recuperación, aquellos que están sanos en cuarentena no están seguros de si se enfermarán, aquellos cuyos seres queridos están en cuarentena, aislamiento o no contabilizados, son forzados lidiar con la incertidumbre desde un lado diferente.

Abordar los aspectos psicológicos del distanciamiento social probablemente paga dividendos no sólo a largo plazo, por una menor incidencia de TEPT, ansiedad, depresión o abuso de sustancias, sino que puede dar buenos resultados desde el

principio, motivando la participación y mejorando la adherencia (Huremović, 2019, p. 91-92).

2.4.2 Rol del personal de salud mental

Shaley y Sapiro (2020) de la Universidad de Columbia identificaron en su artículo publicado, *Epidemic psychiatry: The opportunities and challenges of COVID-19*, cinco roles principales que son llevados a cabo por profesionales de salud mental durante situaciones de epidemias o pandemias:

2.4.2.1 Atención al paciente

Las pandemias/epidemias pueden causar miedo colectivo e imponer cambios en el estilo de vida para todos los pacientes, no solo para aquellos directamente afectados por la infección. Muchos de pacientes no infectados tienen problemas relacionados con el riesgo de infección. Pacientes médicamente mórbidos en el entorno de CL pueden estar especialmente asustados por su riesgo potencialmente mayor de mortalidad y por el espectro de la atención racionada que emerge en escenarios de epidemia/pandemia. En este contexto epidémico/pandémico, los médicos de salud mental necesitan atender a sus pacientes de varias maneras.

Quizás lo más agudo, para los pacientes afectados por COVID-19, sería controlar la agitación conductual en condiciones como el delirio, ya que, puede ser clave para maximizar el número de pacientes capaces de recibir atención médica de alta calidad.

El manejo agresivo de la desregulación conductual y la atención de alta calidad de los trastornos psiquiátricos subyacentes incluso en el contexto de una infección comórbida es clave para mejorar los resultados tanto individuales como comunitarios. Para minimizar la exposición y mitigar la pérdida de mano de obra por las cuarentenas, la consulta psiquiátrica se puede realizar a través de plataformas de video. (Shaley y Sapiro, 2020, p.70-71)

2.4.2.2 Abogacía

Los pacientes con enfermedades mentales y físicas comórbidas pueden ser los más vulnerables a los efectos sociales y biológicos de la pandemia. Muchos de estos pacientes no tienen hogar y viven en espacios propicios para la rápida propagación de la enfermedad (Tsai y Wilson en Shalev y Sapiro, 2020, p.69).

Otros pueden no ser capaces de mantener la "distancia social", debido a la dependencia de cuidadores externos adicionales y / o por vivir en entornos institucionales.

Entender las necesidades de nuestros pacientes más vulnerables y ayudar a asegurar que esas necesidades se satisfagan de manera segura debería ser una parte clave de nuestro trabajo durante las pandemias (Shaley y Sapiro, 2020, p.69).

2.4.2.3 Conocimiento

Tales complicaciones a menudo son multifactoriales y pueden incluir secuelas biológicas de la infección, trauma y duelo, estigma social y aislamiento.

Estudiar las vulnerabilidades de los pacientes y cuidadores después de la infección y crear enfoques de detección y tratamiento basados en evidencia es un mandato para los psiquiatras (Shaley y Sapiro, 2020, p.69).

2.4.2.4 Apoyo a colegas

Los datos de estudios anteriores ante pandemias/epidemias (VIH, SARS, ébola), demuestran que trabajadores de atención médica de primera línea tienen importantes repercusiones psiquiátricas que incluyen agotamiento, ansiedad y trastorno por estrés postraumático (Tucci et al., Wu et al., 2020).

La etiología de estos trastornos es multifactorial e incluye miedo a la infección o la muerte de uno mismo o de la familia, sensación de falta de control, sensación de incapacidad para ayudar a los pacientes en situaciones de recursos limitados, lesiones morales en situaciones de racionamiento, desconfianza en las respuestas institucionales y estigma social debido a exposición (Shalev y Shapiro, 2020, p. 69).

Los datos de la epidemia de influenza H1N1 en Japón en 2009 mostraron que la confianza institucional se correlacionaba con la motivación para trabajar en primera línea. La experiencia de epidemias anteriores y de la respuesta de Wuhan sugiere que los psiquiatras pueden generar sentimientos de confianza institucional mediante demostraciones de apoyo genuino para el bienestar y la salud mental de colegas (Imai et al. en Shalev y Sapiro, 2020).

“En Wuhan, los datos preliminares sobre proveedores de atención médica de primera línea mostraron una gran carga de síntomas depresivos y de ansiedad” (Chen et al., 2020, p. 15) por lo tanto, los servicios de salud mental se establecieron para los proveedores de atención médica en la primera línea de atención de pacientes con COVID-19 a manera de intervenciones en línea, telefónica directa y actividades grupales (Shalev y Sapiro, 2020).

2.4.2.5 Apoyo al sistema

Las enfermedades infecciosas pandémicas estresan los sistemas en una variedad de dominios (Shalev y Sapiro, 2020, p. 69). En Wuhan, los proveedores de salud mental participaron en la creación y el suministro de materiales informativos disponibles públicamente sobre COVID-19. Estos materiales incluían educación sobre salud mental en el contexto de COVID difundido al público junto con materiales sobre prevención y control (Liu et al., 2020, p.17)

2.4.3 Depresión y ansiedad

Dependiendo de las circunstancias, la cuestión del aislamiento o la cuarentena puede representar un evento traumático precipitante para los individuos involucrados. Los síntomas de depresión y ansiedad son, en gran medida, una reacción normal ante una situación estresante y tienden a responder a apoyo, tranquilidad e información precisa y oportuna sobre el estado de aislamiento y los cambios en el entorno (Huremović, 2019, p. 100).

Abdar, Fearday y Safdar (2010) mencionan que la pérdida de control en tales situaciones podría reflejar la realidad que acompaña una sensación de impotencia

más o menos pronunciada. De tal forma que, empoderando a las personas en cuarentena e aislamiento incluyéndose en el proceso de toma de decisiones para al menos ciertas situaciones, ayuda a restaurar la dignidad y el sentido de autoestima en situaciones difíciles

La ansiedad es una señal apropiada para una serie de procesos que ocurren dentro del contexto de cuarentena y aislamiento. Una persona se enfrenta a una comprensión repentina de que sus planes para su futuro inmediato han cambiado repentina y dramáticamente.

De acuerdo a esto, pueden ser llevados a un entorno desconocido y separados de su contexto social. Como mínimo, estarían razonablemente ansiosos por su propia salud, preocupados de que pudieran enfermarse en cualquier momento. Es probable que su ansiedad empeore por la incapacidad de conducir sus asuntos o de mantener a sus dependientes. Si la ansiedad se desarrolla en este contexto, es probable que cumpla los criterios de trastorno de adaptación con ansiedad.

A medida que se prolonga la duración del aislamiento y aumenta la gravedad de los síntomas, el costo psicológico parece aumentar (Huremović, 2019, p. 100, 102).

La depresión, al igual que la ansiedad, es parte de una respuesta natural a un empeoramiento repentino de las circunstancias de la vida que implican separación e incertidumbre, acentuada por la impotencia. Se manifiesta por un estado de ánimo deprimido o triste, pérdida de placer o interés en actividades que de otro modo serían placenteras, y una variedad de síntomas que pueden incluir problemas con el apetito, el sueño, la energía, problemas de concentración, inutilidad, culpa, desesperanza y suicidio absoluto.

En aislamiento y cuarentena, al menos a corto plazo, es poco probable que la gravedad de la depresión aumente a este nivel. Es probable que la depresión en esas circunstancias sea parte del trastorno de adaptación (trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido o trastorno de adaptación con ansiedad y depresión mixtas). En tales circunstancias, la depresión puede no requerir tratamiento

farmacológico, al menos no en el período inicial (Huremović, 2019, p. 103, 104). De hecho, Beck (1963, p. 328) menciona que “tal manifestación de depresión se aborda mejor con terapia de apoyo, superando la impotencia y el aislamiento mediante la provisión de información precisa y corrigiendo las distorsiones cognitivas y los conceptos erróneos que pueden acompañar la perspectiva depresiva”.

2.5 Psicoinmunidad contra COVID-19

Los pacientes con enfermedades mentales graves pueden descuidar la prevención de la infección debido al deterioro cognitivo. La reducción de la actividad regular y el ejercicio debido al miedo a la infección, así como a los síntomas negativos, comprometen aún más la salud física y la inmunidad de los pacientes.

Más aún, la unidad de hospitalización psiquiátrica es un caldo de cultivo perfecto para el virus. Por lo tanto, los pacientes con enfermedades mentales graves son muy vulnerables, tanto ambiental como físicamente, a las enfermedades infecciosas. En segundo lugar, los pacientes libres de infección por COVID-19 también se ven afectados psicológicamente por la pandemia de COVID-19 (Kim y Su, 2020, p. 1).

El aumento dramático de los temores públicos y la disminución de las actividades sociales y económicas pueden desencadenar secuelas psicosociales. Aquellos que están en cuarentena pueden evidenciar depresión, miedo, culpa e ira, de acuerdo con los reportes de Brooks et al. (2020, p. 913).

En resumen, los pacientes infectados, los individuos no infectados en cuarentena y los profesionales médicos que trabajan en áreas pandémicas requieren estrategias de apoyo para la salud mental. Los estudios epidemiológicos de posibles secuelas psiquiátricas a largo plazo en estos grupos son esenciales. Debemos abordar los aspectos físicos y biopsicosociales de esta infección (Kim y Su, 2020, p.2)

Arbietal (2015) establece que la comorbilidad psiquiátrica es una preocupación importante, ya que el virus puede afectar el sistema nervioso central y provocar inflamación sistémica. Por otro lado, Conti et al. (2020) informaron que la infección por COVID-19 desencadena la liberación de citocinas proinflamatorias, incluidas la

interleucina (IL)-1b y la IL-6. Además, el estrés psicosocial impuesto por los cambios sociales en respuesta a esta epidemia de infección viral puede aumentar los problemas psiquiátricos.

Estudios anteriores han demostrado que la prevalencia de nuevas enfermedades infecciosas, como el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS), puede aumentar la ansiedad, la depresión y los niveles de estrés en la población general.

Estas emociones negativas también afectan el sueño. Un sueño de buena calidad puede ayudar a mejorar la inmunidad a la infección viral. Por lo tanto, la salud mental y la calidad del sueño son consideraciones importantes en la población de personas que se han autoaislado debido a su mayor riesgo de infección por COVID-19 (Xiao et al., 2020).

3. Descripción del problema o necesidad

Pandemia es un término para definir una epidemia o enfermedad que se ha salido de control y se ha extendido a más de un continente (OPS, 2009). Actualmente, el mundo sufre la nueva pandemia de coronavirus llamado SARS-CoV-2 o COVID-19, una nueva enfermedad respiratoria, que se identificó por primera vez en Wuhan, provincia de Hubei, en la República Popular de China en 2019, después de que se diagnosticaron varios casos de neumonía. Es un tipo de coronavirus, que no se había identificado en humanos (OPS, 2020).

Los coronavirus son una extensa familia de virus que pueden causar enfermedades tanto en animales como en humanos. En los humanos, como ya se ha mencionado, se sabe que varios coronavirus causan infecciones respiratorias que pueden ir desde el resfriado común hasta enfermedades más graves como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS). (OMS, 2020) Los coronavirus son la segunda causa principal de resfriado común después del rinovirus (OPS, 2020).

Los síntomas más comunes de COVID-19 (SARS-CoV-2) son fiebre, cansancio y tos seca. Sin embargo, algunos pacientes pueden presentar dolores, congestión nasal, rinorrea, dolor de garganta o diarrea. Estos síntomas suelen ser leves y aparecen de forma gradual. Se ha estudiado que alrededor del 80% de las personas que lo padecen se recuperan de la enfermedad sin necesidad de realizar ningún tratamiento especial.

Esto quiere decir que, 1 de cada 6 personas que contraen COVID-19 desarrolla una enfermedad grave y tiene dificultad para respirar. Adultos mayores y personas que padecen afecciones médicas subyacentes, como hipertensión arterial, problemas cardíacos o diabetes, tienen más probabilidades de desarrollar una enfermedad grave (OMS, 2020).

De modo que, los planes de contingencia adoptados por la mayoría de los países en la pandemia actual se concentraron en limitar la propagación local, nacional e internacional, utilizando estrategias tales como: aislamiento de la población, detección de pacientes sospechosos de haber contraído el virus, restricciones de viajes, vigilancia y cuarentena de las personas expuestas. Mientras que, en caso de síntomas de la enfermedad, las recomendaciones sugeridas fueron: quedarse en casa, no enviar a niños, adolescentes, adultos jóvenes a instituciones educativas y distanciamiento social (OPS, 2009; OPS, 2020; OMS, 2020).

La cuarentena sirve para separar a las personas sintomáticas o asintomáticas; en la investigación clínica y de laboratorio, para prevenir la propagación de la infección y la transmisión (Melo en Bueno-Bejarano Vale de Medeiros, A.Y. et al., 2020).

Si bien, la cuarentena puede referirse a un periodo de 40 días, éste puede variar de acuerdo a las razones de autoridades sanitarias. En México, de acuerdo a la Jornada Nacional de Sana Distancia y emergencia sanitaria tendría una duración de aproximadamente 65 días, a partir del 23 de Marzo hasta el 30 de Mayo.

Sin embargo, el subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Hugo López-Gatell, detalló que en los municipios con menor transmisión del virus, la estrategia fue vigente hasta el próximo 17 de mayo. (El Informador, 2020; SUN, 2020), y lo estuvo por mucho tiempo más, hasta el año 2022..

Según la Organización Panamericana de la Salud (2009), una epidemia de gran magnitud implica un trastorno psicosocial que puede superar la capacidad de hacer frente a la población afectada, es decir, en general, toda la población sufre angustia y preocupaciones. Por consiguiente, se estima que un tercio y la mitad de la población expuesta puede sufrir alguna manifestación psicopatológica, de acuerdo con la magnitud del evento y el grado de vulnerabilidad. (OPS, 2019)

Los síntomas psicológicos relacionados con COVID-19 ya se han observado a nivel de población, incluida la compra de pánico provocada por la ansiedad y la paranoia sobre la asistencia a eventos comunitarios. (Collete, en Zhou et al., 2020). Lo anterior

nos demuestra que las epidemias de enfermedades infecciosas no solo afectan la salud física de los pacientes, sino que también afectan la salud psicológica y el bienestar de la población no infectada. Estudios anteriores han demostrado que la prevalencia de nuevas enfermedades infecciosas, como el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS), puede aumentar la ansiedad, la depresión y los niveles de estrés en la población general (Wu, K., Sume, C., Ma, T., 2005, p.41).

Como se ha mencionado anteriormente, en ausencia de una cura médica para la nueva pandemia de COVID-19, la respuesta global se centra en una simple estrategia de salud pública de aislamiento para personas infectadas con el virus o en riesgo de contraerlo, contacto social reducido para frenar la propagación del virus y una higiene simple como el lavado de manos para reducir el riesgo de infección.

Si bien, la intervención primaria de aislamiento bien puede lograr sus objetivos, conduce a un acceso reducido al apoyo de familiares, amigos. Causando degradación en los sistemas normales de apoyo social y soledad; por lo tanto, es un riesgo de empeoramiento de la ansiedad y los síntomas depresivos (Lai en Zhou et al. 2020).

En el momento de la epidemia de COVID-19 en el centro de China, algunos individuos con enfermedad leve, casos sospechosos de infección y personas que habían estado en contacto cercano con pacientes o en un entorno de alto riesgo potencial fueron aislados en su hogar (Wang et al., 2020).

Por lo que, según el Departamento de Salud del Gobierno Australiano, se espera que estudiantes, trabajadores y turistas a quienes se les haya impedido acceder a sus instituciones de capacitación, lugares de trabajo y hogares, respectivamente, desarrollen síntomas psicológicos debido al estrés, la autonomía reducida y las preocupaciones sobre ingresos, trabajo, seguridad, etc. (Australian Government Department of Health en Zhou et al., 2020).

Estudios como el de Mowbray (2020), relatan que “la prevalencia en la población China de TEPT ha sido del 4% al 41% mientras que la prevalencia de depresión mayor aumentó en un 7% después del brote.

Enfrentados a un aislamiento y cuarentena repentinos, las personas y los grupos pequeños pueden reaccionar con miedo y ansiedad, lo que puede dar lugar a la depresión, desesperación, ira y la actuación. Dependiendo de las circunstancias, la cuestión del aislamiento o la cuarentena puede representar un evento traumático precipitante para los individuos involucrados.

La ansiedad es una de las señales, la cual se considera apropiada para la serie de procesos que ocurren dentro del contexto de cuarentena y aislamiento. Ya que, el individuo se enfrenta a una comprensión imprevista de que sus planes para su futuro inmediato han cambiado súbita y dramáticamente. O como mínimo, estarían razonablemente ansiosos por su propia salud y preocupados de que pudieran enfermarse en cualquier momento. Por lo tanto, es probable que sus síntomas empeoren por la incapacidad de conducir sus asuntos o de mantener a sus dependientes (Huremović, 2019, p.100-101).

Además, si los individuos autoaislados no desarrollan una infección y permanecen físicamente bien, a menudo sufren efectos psicológicos negativos. (Xiao, Zhang, 2020) Si la ansiedad se desarrolla en este contexto, es probable que cumpla los criterios de trastorno de adaptación con ansiedad (Huremović, 2019, p.101).

Al mismo tiempo, en aislamiento y cuarentena, al menos a corto plazo, es poco probable que la gravedad de la depresión aumente a este nivel. Es probable que la depresión en esas circunstancias sea parte del trastorno de adaptación (trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido o trastorno de adaptación con ansiedad y depresión mixtas). En tales circunstancias, la depresión puede no requerir tratamiento farmacológico, al menos no en el período inicial (Huremović, 2019, p.104).

Mowbray en Torales et al. (2020) también menciona que hay algunos factores que pueden aumentar el riesgo de desarrollar tales condiciones como: “ser mujer, menor nivel socioeconómico, conflictos interpersonales, uso frecuente de redes sociales y menor resistencia y apoyo social”.

Sin embargo, es importante destacar que estudios previos como el de Rico-Rosillo y Vega-Robledo (2018) han demostrado los efectos de la salud mental y el sueño sobre la inmunidad. “Un sueño de buena calidad puede ayudar a mejorar la inmunidad a la infección viral” (Gamaldo, Shaikh y McArthur en Xiao y Zhang, 2020).

Por lo tanto, la salud mental y la calidad del sueño son consideraciones importantes en la población de personas que se han autoaislado debido a su mayor riesgo de infección por COVID-19 (Xiao y Zhang, 2020). Teniendo como resultado esta última incógnita en población mexicana; ¿síntomas afectivos desencadenados por distanciamiento físico debido a la actual pandemia de COVID-19 alteran la calidad de sueño?

Xiao y Zhang (2020) en su estudio denominado *Social Capital and Sleep Quality in Individuals Who Self-Isolated for 14 Days During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in January 2020 in China* mostraron que la ansiedad y estrés de las personas aisladas estaban en niveles altos, mientras que la calidad del sueño era baja, lo que indica nuevamente que la salud psicológica debe considerarse para las personas que se aíslan durante las epidemias.

Recíprocamente, concluyeron que las personas que se autoaislan en el hogar sufrirán estrés físico debido a la falta de espacio para la actividad física, el estrés debido a las limitadas interacciones sociales y la ansiedad asociada con el miedo a las consecuencias de la infección.

También, la mayoría de las personas que se autoaislan viven solas o con sus familias y es más probable que se sientan solas. Además, debido a que están aislados en el hogar y no en el hospital, pueden sentirse más inseguros que los pacientes que han sido hospitalizados, con una mayor incertidumbre sobre su propio riesgo de desarrollar una enfermedad grave o de no ser diagnosticados o tratados a tiempo. Por lo tanto, la salud mental de estos individuos requiere más atención.

Zhou et al. (2020, p.1) plantearon en su estudio llamado *The Role of Telehealth in Reducing the Mental Health Burden from COVID-19*, que China proporcionó

activamente varios servicios de salud telemental durante el brote de COVID-19. Estos servicios provienen de agencias gubernamentales y académicas e incluyen asesoramiento, supervisión, capacitación y psicoeducación a través de plataformas en línea.

De igual forma, estudios como el de Liu et al. (2020) mostraron cómo las personas aisladas buscaron activamente apoyo en línea para abordar las necesidades de salud mental, lo que demostró tanto el interés de la población como la aceptación de este medio.

Por otro lado, en la revisión sistemática de Brooks et al. (2020) *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*, concluyen que no sugieren que la cuarentena no deba usarse; los efectos psicológicos de no usar la cuarentena y permitir que la enfermedad se propague podrían ser peores. Sin embargo, privar a las personas de su libertad para el bien público en general es a menudo polémico y debe manejarse con cuidado.

Si la cuarentena es esencial, se sugiere que los funcionarios deben tomar todas las medidas para garantizar que esta experiencia sea lo más tolerable posible para las personas.

Esto se puede lograr: diciéndole a las personas lo que está sucediendo y por qué, explicando cuánto tiempo continuará, proporcionando actividades significativas para que realicen mientras están en cuarentena, proporcionando una comunicación clara, asegurando suministros básicos (como alimentos, agua y suministros médicos) están disponibles y refuerzan la sensación de altruismo que las personas deberían, con razón, sentir.

Asimismo, Li et al. (2020), crearon un estudio llamado *The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users* en donde analizaron los datos arrojados en la plataforma *Weibo*, para explorar los impactos de la emergencia de salud pública COVID-19 en la salud mental de las personas, y al mismo tiempo, ayudar a formular políticas y desarrollar políticas viables

para contribuir al trabajo de profesionales clínicos (por ejemplo, trabajadores sociales, psiquiatras y psicólogos) a brindar servicios a los afectados.

Sina Weibo es una de las principales redes sociales en línea chinas (OSN) con más de 462 millones de usuarios activos diarios en 2019. Estos usuarios usan las funciones de Weibo (por ejemplo, responder, @función) para interactuar entre sí, formando datos de comportamiento de usuario enriquecidos (Foulds en Li et al., 2020, p.2).

Los resultados mostraron que las preocupaciones de las personas por la expresión lingüística aumentaron después del 20 de enero. Se observó un aumento en la salud y la familia, mientras que una disminución en el ocio y la amistad.

La incertidumbre de la situación causa disonancia cognitiva e inseguridad; esto produce una sensación de incomodidad mental, lo que llevó a la actividad de Weibo a orientar en la reducción de la disonancia y a mantener la seguridad en la salud y las relaciones familiares (Foulds en Li et al., 2020, p.5-6). Afectados por COVID-19, los mensajes relacionados con la muerte y la religión se hicieron importantes después del 20 de enero.

La investigación confirmó que las personas tienden a responder a emergencias como el estrés o la muerte en el camino de la religión, lo que puede consolar los estados de ánimo tensos y generar emociones más positivas (Carone y Barone en Li et al., 2020, p.6).

3.1 Pregunta de investigación

¿Síntomas afectivos desencadenados por distanciamiento físico debido a la actual pandemia de COVID-19 alteran la calidad de sueño?

3.2 Justificación

La cuarentena suele ser una experiencia desagradable para quienes la padecen. La separación de los seres queridos, la pérdida de libertad, la incertidumbre sobre el estado de la enfermedad y el aburrimiento pueden, en ocasiones, crear efectos

dramáticos. Se ha informado de suicidios, enojos sustanciales y se iniciaron demandas judiciales (Barbisch, Koenig y Shih; Miles, en Brooks et al., 2020) luego de la imposición de cuarentena en brotes anteriores.

Los beneficios potenciales de la cuarentena masiva obligatoria deben sopesarse cuidadosamente contra los posibles costos psicológicos. (James y Wessely en Brooks et al., 2020) Dada la situación en desarrollo con el coronavirus, los formuladores de políticas necesitan urgentemente síntesis de evidencia para producir orientación para el público (Brooks, 2020, p.912).

La medición y descripción de síntomas ansiosos y calidad del sueño permiten obtener un panorama del funcionamiento que tienen los individuos mexicanos en promedio cuando se encuentran en confinamiento, por ende, estos hallazgos “pueden tener implicaciones para la provisión de salud pública durante las epidemias de enfermedades infecciosas, incluidas las mejoras en el apoyo social” (Brooks, 2020, p. 919).

De igual forma, Seminog y Goldacre (2013) mencionaron en población inglesa que las afecciones de salud mental podrían verse influidas de manera más sustancial por las respuestas emocionales provocadas por la epidemia COVID-19, lo que resulta en recaídas o empeoramiento de una afección de salud mental ya existente debido a la alta susceptibilidad al estrés en comparación con la población general.

Por lo tanto, integrar también esta última variable arrojaría datos relevantes en población mexicana, que hablarían de un nuevo fenómeno en estudio que brindaría respuestas de comparación entre población con un diagnóstico psiquiátrico previo al distanciamiento físico junto con las que no. Además de comparar funcionalidad y las posibles respuestas a las situaciones que se pudieran presentar.

3.3 Hipótesis

Hipótesis alterna

La presencia de síntomas afectivos secundarios a distanciamiento físico por COVID-19 perjudica la calidad de sueño.

Hipótesis nula

Los síntomas afectivos secundarios a distanciamiento físico por COVID-19 no perjudican la calidad de sueño en individuos mexicanos.

3.4 Objetivos

Objetivo general

Asociar síntomas afectivos y alteraciones en la calidad del sueño secundarias a distanciamiento físico por COVID-19.

Objetivos específicos

- Evaluar síntomas ansiosos que presentan sujetos que se encuentran en distanciamiento físico por COVID-19
- Evaluar síntomas depresivos que presentan sujetos que se encuentran en distanciamiento físico por COVID-19
- Evaluar calidad de sueño en sujetos que presentan síntomas ansiosos secundarios a distanciamiento físico por COVID-19
- Describir variables sociodemográficas
- Comparar funcionamiento de variables de datos obtenidos entre sujetos con diagnóstico psiquiátrico previo a distanciamiento físico por COVID-19 y sin diagnóstico psiquiátrico previo a distanciamiento físico por COVID-19.

IV. Metodología

4.1 Material y métodos

4.2 Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional, transversal y prospectivo.

4.3 Duración y lugar donde se realizó el estudio

Período de estudio: Mayo de 2020 a Diciembre de 2020.

Lugar de referencia y reclutamiento: Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL, Monterrey, México.

4.4 Criterios de selección

4.4.1 Criterios de inclusión

- Individuos mayores de edad
- Sexo y género indistinto
- Personas que han experimentado distanciamiento físico por un periodo mínimo de 14 días
- Tener un dispositivo con acceso a internet en donde puedan responder un formulario en línea.

4.4.2 Criterios de exclusión

- Personas menores de 18 años
- Residentes en México sin nacionalidad mexicana
- Personas que no cuenten con dispositivo con acceso a internet.

4.5 Metodología

La convocatoria para la presente investigación se llevó a cabo electrónicamente mediante redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram, Whatsapp) mientras la población mexicana aún se encontraba en distanciamiento físico por la emergencia sanitaria de COVID-19.

La invitación en anuncio electrónico tuvo el siguiente contenido:

“Les invitamos a participar en una encuesta de investigación para medir estado emocional y alteraciones en calidad de sueño por distanciamiento físico debido a COVID-19 en población mexicana. Puede invitar a otras personas a participar compartiéndoles el link”; seguido del link para la encuesta.

El mecanismo que se implementó en el apartado de consentimiento informado fueron respuestas voluntarias y anónimas para conservar la confidencialidad. En el análisis posterior, se identificaron únicamente por un número de registro. No conllevó ningún costo el realizar la encuesta en línea. De igual forma, el sujeto no estuvo expuesto a ningún riesgo durante el llenado del formulario, ya que, pudo detener sus respuestas en el momento que consideró oportuno para finalizar su participación. Los que decidieron realizar toda la encuesta, al finalizar, se les brindó recomendaciones y números de contacto, así como un link de acciones preventivas de síntomas negativos en salud mental (<https://coronavirus.gob.mx/salud-mental/>).

Se informó a los participantes que los investigadores responsables fueron los únicos que tuvieron acceso al manejo de datos y protocolo, integrando nombres completos y correos universitarios de los mismos; de igual forma, se incluyeron los datos de contacto con Comité de Ética, en caso de que algún sujeto de investigación tuviese alguna pregunta relacionada a sus derechos como sujeto de investigación de la Facultad de Medicina y Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

Por último, el sujeto al momento de ejecutar la primera interrogante de la encuesta posterior a ser informado, en donde se preguntó si aceptaba participar de forma voluntaria en el estudio, contestando las preguntas y autorizando que la información

fuese utilizada en el análisis del mismo, se tomó como indicativo para otorgar el consentimiento informado debido a que fue un proceso en línea.

4.6 Instrumentos

- La Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) se presentó por primera vez en la siguiente publicación:

Spitzer, R., Kroenke, K., Williams, J., Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*; 166(10):1092–1097

Diseñada inicialmente para la detección y medida de la severidad del trastorno de ansiedad generalizada. Consta de 7 preguntas puntuables entre 0 y 3, siendo por tanto las puntuaciones mínima y máxima posibles de 0 y 21 respectivamente. Para evaluar los resultados obtenidos al contestar el cuestionario sus autores sugieren las siguientes puntuaciones, recomendándose la consulta con un profesional de la salud al obtener una puntuación de 10 o superior:

0–4	No se aprecia ansiedad
5–9	Se aprecian síntomas de ansiedad leves
10–14	Se aprecian síntomas de ansiedad moderados
15–21	Se aprecian síntomas de ansiedad severos

(EspectroAutista.info, s.f.)

- El Cuestionario para la Salud del Paciente es una encuesta de autoevaluación diseñada para ser aplicada en el campo de la atención primaria, que ha sido validada, y que no sólo permite realizar la pesquisa de pacientes con trastorno depresivo, sino que es útil además, para definir la severidad de dicho cuadro y optimizar el seguimiento durante el tratamiento (Montenegro, M.B. y Killstein, J.G., 2014, p. 3).

El método de evaluación se centra en sumar los números para obtener la puntuación total. Para la interpretación del puntaje, se utiliza la siguiente guía:

<4	La puntuación indica que, probablemente, el paciente no necesita tratamiento para la depresión
>5 a 14	El profesional de la salud mental deberá utilizar su juicio clínico, tomando en consideración la duración de los síntomas del paciente y su trastorno funcional.
>15	Se justifica el tratamiento de la depresión con antidepresivos, psicoterapia o una combinación de tratamientos

(Fundación MF, s.f.)

- El Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP) se ha convertido en un instrumento estándar para la medición de la calidad del sueño. Es un cuestionario autoaplicable que consta de 24 preguntas, sin embargo, solamente las respuestas para las primeras 19 se emplean para obtener la puntuación global. (Buysse et al. en Jiménez-Genchi, 2008). El cuestionario investiga los horarios para dormir, eventos asociados al dormir como las dificultades para empezar a dormir, despertares, pesadillas, ronquido, alteraciones respiratorias, calidad del dormir, ingesta de medicamentos para dormir y existencia de somnolencia diurna. Los 19 reactivos se agrupan en siete componentes que se califican con una escala de 0 a 3. La suma de los componentes da lugar a una calificación global, donde una mayor puntuación indica una menor calidad en el dormir (Jímenez-Genchi, 2008 p.492).

4.7 Procedimiento

El procedimiento de esta investigación se dividió en tres fases específicas: Elaboración del formulario, Evaluación y Análisis Estadístico. En la primera fase, se buscó integrar en una encuesta autoaplicable en línea en un formulario de GoogleDocs, preguntas que respondieran las variables sociodemográficas junto con los ítems del GAD-7, PHQ-9 y del ICSP.

La fase de evaluación, se llevó a cabo tras concluir el proceso de autorización del protocolo de investigación. Se evaluó electrónicamente en una encuesta creada en GoogleDocs, la cual fue postada en redes sociales como Facebook, Twitter, Instagram, Whatsapp, para quién tuviera acceso a él pudiera contestarlo en línea. La información se recopiló en la base de datos del formulario.

Tras concluir con la aplicación de la encuesta, se avanzó a la fase final de análisis estadístico y análisis de datos sociodemográficos.

Análisis estadístico

Los resultados obtenidos se recabaron en una base de datos desarrollada en programa Excel, para su posterior análisis mediante el programa *IBM SPSS Statistics 21*.

De las variables evaluadas se obtuvieron los estadísticos descriptivos tradicionales (medidas de tendencia central, dispersión y posición), para las variables de tipo cuantitativo, así como frecuencias observadas para las variables cualitativas.

Los valores de estudio fueron contrastados según la presencia o ausencia de algún diagnóstico psiquiátrico previo al distanciamiento físico por COVID-19, mediante pruebas de hipótesis para medias (T de Student) y proporciones (Z), según sea el caso para cada tipo de variable (cuantitativas y cualitativas respectivamente) a una confiabilidad del 95%.

La obtención de asociación y correlación estadística se realizó mediante los test de Chi² y Pearson o Spermán (según sea la distribución) respectivamente a la misma confiabilidad del 95%.

4.8 Tamaño de muestra

Para el cálculo de la muestra se utilizó un método por conveniencia, es decir, participaron todos aquellos que consintieron responder el formulario durante el periodo restante de distanciamiento físico oficial en México.

4.9 Aspectos éticos y mecanismos de confidencialidad

La confidencialidad se mantuvo: asignando un número de forma cronológica conforme se fueron reclutando los sujetos de investigación, pero se mantuvieron las iniciales del nombre y la fecha de nacimiento. Este número sustituyó el nombre y los apellidos del sujeto de la investigación, pero se mantuvieron las iniciales del nombre y la fecha de nacimiento. La identidad del número fue conocida sólo por las personas involucradas en la investigación. La información recolectada sobre el sujeto de investigación no fue compartida con terceros fuera de la investigación. Sólo las personas involucradas tuvieron acceso a las bases de datos tanto física como digital. Sólo se dio información propia al sujeto de la investigación o a los monitores del comité de ética local e institucional.

Los procedimientos propuestos estuvieron de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y la Declaración de Helsinki de 1975 y enmendada en 1989, y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica.

V. Resultados

Se incluyeron 1191 sujetos que cumplieron los criterios de selección. El 905 (76%) fueron mujeres y 286 (24%) hombres, con una mediana de edad de 27 (24-37) años. En la tabla 1 se describen sus características.

Tabla 1 Características sociodemográficas de los pacientes

Sexo	-
Mujer	905 (76%)
Hombre	286 (24%)
Edad (años)	27 (24-37)
Escolaridad	-
Secundaria	5 (0.4%)
Bachillerato	100 (8.4%)
Licenciatura	812 (68.2%)
Posgrado	273 (22.9%)
No escolarizado/analfabeta	1 (0.1%)
Estado civil	-
Soltero(a)	743 (62.4%)
Casado(a)	329 (27.6%)
Divorciado(a)	45 (3.8%)

Unión libre	67 (5.6%)
Viudo(a)	7 (0.6%)
Vive actualmente con:	-
Solo	73 (6.1%)
Con familiares	788 (66.2%)
Con pareja	223 (18.7%)
Con mascota	29 (2.4%)
Con otras personas no familiares	59 (5%)
Con mascotas o familiares	11 (0.9%)
Con pareja y mascota	2 (0.2%)
Con familiares y amigos	3 (0.3%)
Otros	3 (0.3%)

Del total, 493 (41.4%) padecían alguna enfermedad alérgica, la más frecuente siendo rinitis alérgica (16.8%). El 28.4% refirió estar en tratamiento actual de su alergia. Además, 183 (15.4%) padecían una enfermedad crónica, la más frecuente, hipertensión arterial en 35 personas, seguido de dislipidemias en 25 sujetos (tabla 2).

Tabla 2 Comorbilidades de los pacientes

Variable	
Enfermedad alérgica	-
Rinitis alérgica	200 (16.8%)
Urticaria	6 (0.5%)
Dermatitis	36 (3%)
Alergia a alimentos	20 (1.7%)
Asma	20 (1.7%)
Alergia a medicamentos	25 (2.1%)
2-4 alergias	154 (12.9%)
5-6 alergias	4 (0.3%)
Otros	28 (2.4%)
Ninguna	698 (58.6%)
Enfermedad alérgica en tratamiento (n = 493)	-
Sí	140 (28.4%)
No	353 (71.6%)
Enfermedad crónica	-

Diabetes mellitus tipo 1	2 (0.2%)
Diabetes mellitus tipo 2	10 (0.8%)
Hipertensión arterial	35 (2.9%)
Dislipidemia	25 (2.1%)
Enfermedad cardíaca	11 (0.9%)
Enfermedad reumatológica	16 (1.3%)
Otro	51 (4.3%)
2-4 enfermedades	32 (2.7%)
5-6 enfermedades	1 (0.1%)
Ninguna	1008 (84.6%)

Además, 298 (25%) sujetos reportaron padecer un trastorno psiquiátrico. El trastorno más prevalente fue la depresión, en 12.8% de toda la población. El 56.3% de los pacientes con un trastorno psiquiátrico refirieron estar actualmente en control, y los principales tratamientos recibidos fueron farmacoterapia (31.4%) y psicoterapia (26.8%) (tabla 3).

Tabla 3 Trastornos psiquiátricos y variables relacionadas

Variables	
Trastorno psiquiátrico	-

Trastorno depresivo	153 (12.8%)
Trastorno de la personalidad	17 (1.4%)
Trastorno de alimentación	19 (1.6%)
Déficit de atención e hiperactividad	18 (1.5%)
Fobias	5 (0.4%)
Trastorno de ansiedad	8 (7.4%)
Trastorno de pánico	4 (0.3%)
Trastorno Bipolar	7 (0.6%)
Esquizofrenia	7 (0.6%)
Otro	12 (1%)
Ninguno	893 (75%)
Otro trastorno del estado del ánimo, estrés o ansiedad	84 (7.1%)
Trastorno del espectro autista	1 (0.1%)
Esquizofrenia	2 (0.2%)
TEPT	1 (0.1%)
En control de trastorno psiquiátrico (n = 311)	-
Sí	175 (56.3%)

No	136 (43.7%)
Tipo de tratamiento (n = 175)	
Farmacoterapia	55 (31.4%)
Psicoterapia	47 (26.8%)
Terapia grupal	1 (0.5%)
Otro	2 (1.1%)
Más de un tratamiento	70 (40%)

Antes del distanciamiento físico, la mayoría de los sujetos eran profesionistas (43.2%), trabajador de algún oficio (24.5%) o solamente se dedicaban al estudio (23.8%). El 58.3% actualmente eran empleados; 346 (29.1%) de los pacientes refirieron tener una dificultad para solventar algún gasto de servicios básicos o deudas y 13.6% refirieron tener dificultad en más de una de estas (tabla 4).

Tabla 4 Situación laboral y/o educativa actual y antes del distanciamiento social y dificultades económicas de los sujetos.

Variables	
Ocupación antes del distanciamiento físico	-
Profesionista	514 (43.2%)
Estudiante	283 (23.8%)
Negocio propio	19 (1.6%)
Hogar	56 (4.7%)

Otros oficios	292 (24.5%)
Desempleado(a)/Jubilado(a)	27 (2.3%)
Situación laboral y/o educativa	-
Empleado	694 (58.3%)
Desempleado	159 (13.4%)
Estudiante	302 (25.4%)
Otro	3 (0.3%)
Hogar	33 (2.8%)
Dificultad para solventar en alguna de las siguientes:	-
Renta de alquiler (casa, departamento, consultorio, negocio)	27 (2.3%)
Pago de préstamos e hipotecas bancarias	27 (2.3%)
Pago de tarjetas de crédito y/o departamentales	55 (4.6%)
Pago de servicios básicos (luz, agua, gas, etc.)	12 (1%)
Compra de despensa y alimentos para el hogar	36 (3%)
Medicamentos y servicios de salud	27 (2.3%)
Más de una dificultad para solventar gastos de servicios básicos y deudas	162 (13.6%)

No he tenido dificultad	845 (70.9%)
-------------------------	-------------

El 17.4% de los pacientes refirieron tener antecedente de contacto con personas con diagnóstico y/o sospecha de COVID-19 y solo el 0.4% han tenido diagnóstico de COVID-19. El 85.5% de los pacientes seguían en distanciamiento físico al momento de la encuesta, con una mediana de días en distanciamiento de 70 (60-80) días.

Tabla 5 Variables asociadas a la pandemia por COVID-19 en la población de estudio.

Variables	
Antecedente de contacto con personas con diagnóstico y/o sospecha de COVID-19	-
Sí	207 (17.4%)
No	692 (58.1%)
No lo sé	292 (24.5%)
Familiar diagnosticado con COVID-19	110 (9.2%)
Diagnóstico propio de COVID-19	5 (0.4%)
Continúa en distanciamiento físico	1018 (85.5%)
Días en distanciamiento físico	70 (60-80)

La mediana de puntaje en la escala GAD-7 de los pacientes fue 7 (5-9) puntos, y de PHQ-9, de 8 (5-14) puntos. La mediana del puntaje en la escala Pittsburg de calidad de sueño fue 7 (4-10) puntos. El 874 (73.4%) presentó una mala calidad de sueño. De estos, 412 (47.1%) asoció su calidad de sueño a otras causas, en mayor frecuencia.

Tabla 6 Variables asociadas a la calidad de sueño

Variable	
Calidad de sueño Pittsburg	-
Buena calidad de sueño	317 (26.6%)
Mala calidad de sueño	874 (73.4%)
Otra posible causa que influya en calidad de sueño (n = 412)	-
Sueño habitual	48 (11.7%)
Alguna preocupación	177 (43%)
Ruidos o situaciones externas	31 (7.5%)
Distracciones u ocio	49 (11.9%)
Actividad laboral nocturna	22 (5.3%)
Problemas afectivos	15 (3.6%)
Embarazo, lactancia, bebé/hijos en casa	70 (17%)

En la tabla 7 se reportan los coeficientes de correlación de Spearman entre los resultados de las tres escalas de forma global y bajo algunas circunstancias. Encontramos una correlación alta entre las escalas GAD-7 y PHQ-9, y moderada entre estas dos escalas con la escala de Pittsburg. Encontramos una mayor correlación de las escalas de GAD-7 y PHQ-9 con la escala de Pittsburg ante la ausencia de razones aparentes de alteración de sueño, sin diagnóstico psiquiátrico previo.

Tabla 7 Correlación global entre las escalas GAD-7, PHQ-9 y Pittsburg y a través de análisis por subgrupos de acuerdo con la presencia de alteraciones del sueño con o sin razones aparentes, diagnóstico psiquiátrico previo o distanciamiento físico al momento del estudio.

Global			
rho	GAD-7	PHQ-9	Pittsburg
GAD-7	-	0.699	0.451
PHQ-9	0.699	-	0.503
Pittsburg	0.451	0.503	-
Sin razones aparentes de alteración del sueño			
rho	GAD-7	PHQ-9	Pittsburg
GAD-7	-	0.709	0.491
PHQ-9	0.709	-	0.535
Pittsburg	0.491	0.535	-
Con razones aparentes de alteración del sueño			
rho	GAD-7	PHQ-9	Pittsburg

GAD-7	-	0.677	0.362
PHQ-9	0.677	-	0.436
Pittsburg	0.362	0.436	-
Diagnóstico psiquiátrico previo			
rho	GAD-7	PHQ-9	Pittsburg
GAD-7	-	0.62	0.35
PHQ-9	0.62	-	0.361
Pittsburg	0.35	0.361	-
Sin diagnóstico psiquiátrico previo			
rho	GAD-7	PHQ-9	Pittsburg
GAD-7	-	0.675	0.436
PHQ-9	0.675	-	0.501
Pittsburg	0.436	0.501	-
Con distanciamiento físico actual			
rho	GAD-7	PHQ-9	Pittsburg
GAD-7	-	0.702	0.45
PHQ-9	0.702	-	0.504

Pittsburg	0.45	0.504	-
Sin distanciamiento físico actual			
rho	GAD-7	PHQ-9	Pittsburg
GAD-7	-	0.675	0.453
PHQ-9	0.675	-	0.498
Pittsburg	0.435	0.498	-

Encontramos que una mayor proporción de síntomas de ansiedad tuvieron familiares con COVID-19 (10.5% vs. 5.4%, $P = 0.008$). Por otro lado, una mayor proporción de los pacientes con síntomas depresivos continuaban con distanciamiento físico (89.8% vs. 84.5%, $P = 0.039$) (tabla 8). Sin embargo, no encontramos una asociación de antecedentes relacionados con la pandemia por COVID-19 y mala calidad de sueño por escala de Pittsburg (tabla 9).

Tabla 8 Asociación de antecedentes relacionados con la pandemia por COVID-19 y síntomas de ansiedad por la escala GAD-7 y probable depresión clínica por la escala PHQ-9

Variable	Síntomas de ansiedad		P	Probable depresión		P
	Sí	No		Sí	No	
Contacto con personas con sospecha y/o diagnóstico COVID-19	160 (17.9%)	47 (15.7%)	0.393	46 (20.4%)	161 (16.6%)	0.183

Familiar con COVID-19	94 (10.5%)	16 (5.4%)	0.008	24 (10.6%)	86 (8.9%)	0.417
Antecedente de COVID-19	3 (0.3%)	2 (0.7%)	0.604	0 (0%)	5 (0.5%)	0.59
Continua con distanciamiento social	761 (85%)	257 (86.8%)	0.447	203 (89.8%)	815 (84.5%)	0.039

Tabla 9 Asociación de antecedentes relacionados con la pandemia por COVID-19 y mala calidad de sueño por escala de Pittsburg.

Variable	Mala calidad de sueño		<i>P</i>
	Sí	No	
Contacto con personas con sospecha y/o diagnóstico COVID-19	166 (18.9%)	41 (12.9%)	0.16
Familiar con COVID-19	81 (9.2%)	29 (9.1%)	0.963
Antecedente de COVID-19	3 (0.3%)	2 (0.6%)	0.613
Continua con distanciamiento social	745 (85.2%)	273 (86.1%)	0.703

Observamos un mayor riesgo de presentar síntomas depresivos en sujetos con enfermedad alérgica (OR 2.08, IC 95% 1.56-2.76), dificultad para solventar gastos (OR 2.22, IC 95% 1.58-3.12) y tener otras razones que influyan en la mala calidad de sueño (OR 1.44, IC 95%, 1.08-1.92). Por otro lado, en sujetos con vivienda con jardín

o terraza con vegetación, hubo una disminución del riesgo (OR 0.72, IC 95% 0.55-0.95) (tabla 10).

Tabla 10 Factores de riesgo para presentar síntomas de ansiedad durante la pandemia por COVID-19.

Variable	Síntomas de ansiedad		P	OR (IC 95%)
	Sí	No		
Tener pareja	287 (32.1%)	109 (36.5%)	0.163	0.82 (0.62-1.08)
Enfermedad alérgica	408 (45.6%)	85 (28.7%)	<0.001	2.08 (1.56-2.76)
Enfermedad crónica	138 (15.4%)	45 (15.2%)	0.929	1.01 (0.70-1.46)
Diagnóstico psiquiátrico previo	-	-	-	-
Estudios superiores	810 (90.5%)	275 (92.9%)	0.208	0.72 (0.44-1.19)
Vive solo	55 (6.1%)	18 (6%)	0.938	1.02 (0.59-1.77)
Vivienda con jardín o terraza con vegetación	526 (58.85%)	196 (66.2%)	0.023	0.72 (0.55-0.95)
Dificultad para solventar gastos	270 (31%)	49 (16.8%)	<0.001	2.22 (1.58-3.12)

Tener otras razones que influyan en mala calidad de sueño	327 (36.5%)	85 (28.4%)	0.011	1.44 (1.08-1.92)
---	-------------	------------	-------	------------------

También encontramos un aumento del riesgo de presentar probable depresión clínica en sujetos con enfermedad alérgica (OR 1.34, IC 95% 1.0008-1.80) y dificultad para solventar gastos (OR 1.95, IC 95% 1.43-2.66), y una disminución del riesgo en aquellos con pareja (OR 0.32, IC 95% 0.21-0.46) y con vivienda con jardín o terraza con vegetación (OR 0.60, IC 95% 0.52-0.93) (tabla 11).

Tabla 11 Factores de riesgo para presentar probable depresión clínica durante la pandemia por COVID-19.

Variable	Probable depresión		P	OR (IC 95%)
	Sí	No		
Tener pareja	36 (15.9%)	360 (37.2%)	<0.001	0.32 (0.21-0.46)
Enfermedad alérgica	107 (47.3%)	386 (40%)	0.044	1.34 (1.008-1.80)
Enfermedad crónica	39 (17.3%)	144 (14.9%)	0.381	1.18 (0.80-1.75)
Diagnóstico psiquiátrico previo	-	-	-	-
Estudios superiores	203 (89.8%)	882 (91.4%)	0.454	0.83 (0.51-1.35)
Vive solo	15 (6.6%)	58 (6%)	0.715	1.11 (0.62-2.00)

Vivienda con jardín o terraza con vegetación	121 (53.5%)	601 (62.3%)	0.015	0.69 (0.52-0.93)
Dificultad para solventar gastos	86 (39.1%)	233 (24.7%)	<0.001	1.95 (1.43-2.66)
Tener otras razones que influyan en mala calidad de sueño	79 (35%)	333 (34.4%)	0.874	1.02 (0.75-1.38)

También encontramos un mayor riesgo de mala calidad de sueño en sujetos con enfermedad crónica (OR 1.31, IC 95% 1.009-1.71), diagnóstico psiquiátrico previo (OR 2.38, IC 95% 1.69-3.37), dificultad para solventar gastos (OR 1.51, IC 95% 1.11-2.05), tener síntomas de ansiedad (OR 5.07, IC 95% 3.82-6.74) y probable depresión clínica (OR 11.25, IC 95% 5.69-22.21), y una disminución del riesgo en sujetos con pareja (OR 0.68, IC 95% 0.52-0.89) y con vivienda con jardín o terraza con vegetación (OR 0.57, IC 95% 0.43-0.75) (tabla 12)

Tabla 12 Factores de riesgo para presentar mala calidad de sueño durante la pandemia por COVID-19.

Variable	Mala calidad de sueño		P	OR (IC 95%)
	Sí	No		
Tener pareja	271 (30.9%)	125 (39.4%)	0.006	0.68 (0.52-0.89)
Enfermedad alérgica	377 (43.1%)	116 (36.6%)	0.043	1.31 (1.009-1.71)

Enfermedad crónica	134 (15.3%)	49 (15.5%)	0.958	0.99 (0.69-1.41)
Diagnóstico psiquiátrico previo	252 (28.8%)	46 (14.5%)	<0.001	2.38 (1.69-3.37)
Estudios superiores	795 (91%)	290 (91.5%)	0.78	0.93 (0.59-1.48)
Vive solo	60 (6.8%)	13 (4.1%)	0.081	1.71 (0.93-3.17)
Vivienda con jardín o terraza con vegetación	500 (57.2%)	222 (70%)	<0.001	0.57 (0.43-0.75)
Dificultad para solventar gastos	251 (29.5%)	68 (21.7%)	0.008	1.51 (1.11-2.05)
Tener síntomas de ansiedad	735 (83.8%)	160 (50.5%)	<0.001	5.07 (3.82-6.74)
Tener probable depresión	217 (24.7%)	9 (2.8%)	<0.001	11.25 (5.69-22.21)

VI. Discusión

Este estudio examinó los efectos del distanciamiento físico por COVID-19 en salud mental en la población mexicana. El aislamiento, por medio del confinamiento en casa, como una medida para mitigar la dispersión de la enfermedad puede afectar el bienestar físico y mental de las personas, en algunos casos, de forma drástica (Erren et al. 2020; Wang et al. 2020; World Health Organization 2020).

El aislamiento social como una medida para reducir la infección dificulta el acceso a la familia, los amigos y otros sistemas sociales que por consecuencia pueden provocar soledad, ansiedad y depresión (Zhou et al. 2020), y motivar un mayor uso de equipos digitales, que pueden alterar y comprometer los patrones de sueño, la actividad física y el bienestar mental (Majumdar et al 2020). El objetivo de nuestro estudio fue asociar síntomas afectivos y alteraciones en la calidad del sueño secundarias a distanciamiento físico en población mexicana durante la pandemia por COVID-19.

Evaluamos a 1191 sujetos mexicanos que sufrieron de aislamiento físico a inicios de la pandemia de COVID-19 en el 2020, con una mediana de días en (70-80) días en distanciamiento físico. La mayoría fueron mujeres (76%), con una mediana de edad de 27 años. La mayoría tenía una escolaridad de licenciatura o superior (91.1%), solteros (62.4%) o casados (27.6%) y se encontraban viviendo actualmente con familia o pareja (84.9%). El 25% de los sujetos reportaron tener alguna comorbilidad psiquiátrica, la más prevalente, el trastorno depresivo (12.8%) seguido de algún trastorno del estado del ánimo, estrés o ansiedad (7.1%).

El 17.4% afirmaron haber tenido antecedente de contacto con personas con COVID-19, 9.2% tuvieron algún familiar diagnosticado con la enfermedad y 0.4% tuvieron un diagnóstico propio.

Encontramos un nivel de asociación alta entre las escalas GAD-7 ansiedad y PHQ-9 depresión, y una mayor correlación de las escalas de GAD-7 y PHQ-9 con la escala

de Pittsburg en sujetos con ausencia de razones aparentes de alteración de sueño y sin diagnóstico psiquiátrico previo.

En nuestro estudio encontramos que tener una enfermedad alérgica y dificultad para solventar gastos se asocia a tener síntomas de ansiedad, probable depresión y mala calidad de sueño. En la literatura, ya se reconoce que el tener una enfermedad alérgica se asocia con problemas del sueño debido a un empeoramiento en la carga de la enfermedad, contribuyendo a un daño en la calidad de vida (Baiardini et al. 2006). Se ha reportado una asociación entre alergias y síndromes de ansiedad o del estado del ánimo, debido a que se ha encontrado que las alergias pueden aumentar el riesgo para estos síndromes a través de una mediación del sistema inmune y citocinas, una dificultad en el sueño a través de obstrucción nasal, y una afección negativa en el funcionamiento cognitivo (Sansone y Sansone 2011; Cuffel et al. 1999).

También, observamos en nuestro estudio que haber tenido un familiar con COVID-19 aumentaba el riesgo de tener síntomas de ansiedad, mientras que, continuar en distanciamiento físico aumentaba el riesgo de tener depresión en los sujetos. En concordancia a lo que Field et al. (2020) encontraron, en donde observaron que vivir solo, con la privación del tacto, incluido no tocar a los amigos y/o familiares, se ha correlacionado con aumento del riesgo de presentar estas experiencias negativas.

Además, tener una pareja y vivir en un hogar con vegetación en la terraza o tener jardín disminuyen el riesgo de síntomas de ansiedad, de probable depresión y de mala calidad de sueño. Este hallazgo es similar a lo encontrado por Grey et. al (2020), donde se observó que el apoyo social percibido tiene una asociación significativa inversa con la presencia de ansiedad, depresión, soledad, irritabilidad y calidad del sueño, donde, niveles más altos de apoyo están relacionados con puntuaciones más bajas en la medición de dichos síntomas.

Observamos que el tener un diagnóstico psiquiátrico previo, además de tener síntomas de ansiedad y probable depresión aumentaban el riesgo de mala calidad de

sueño. Tal y como lo mencionan Van Rheenen et al. (2020), quienes padecen un trastorno del estado de ánimo experimentaban una mayor probabilidad tener dificultades para trabajar desde casa o mantenerse en distanciamiento social debido a razones técnicas, motivacionales y/o de angustia, que aquellos sin un trastorno mental, ya que, era posible que esta sensación de angustia ligada al padecimiento pudiera mitigarse previamente en parte mediante la interacción y respuesta social de los demás empleados.

A la par, Marroquín, Vine y Morgan (2020) mencionan que al menos la población estadounidense aproximadamente a finales de marzo de 2020, cuando la pandemia se intensificó drásticamente y los estados comenzaron a implementar órdenes de quedarse en casa (situación muy estrecha a las medidas acordadas en México), se asoció a la población con más síntomas de depresión, TAG, estrés agudo e insomnio, es decir, se experimentó un empeoramiento del curso de la salud mental únicamente durante este período.

De manera similar, un mayor comportamiento sedentario, puede asociarse a un mayor riesgo de síntomas de ansiedad, de probable depresión y de mala calidad de sueño, debido a la inactividad física, alta visualización de televisión y uso elevado de computadoras y/o tabletas (Werneck et al., 2020). La realización de actividad física en el hogar es por ello muy importante, ya que, brinda una oportunidad para que las personas se mantengan en forma y niveles saludables, lo que contribuye significativamente al gasto energético total (Wahl et al, 2019).

Marroquín, Vine y Morgan (2020) describen que las órdenes de quedarse en casa y las conductas de distanciamiento personal han demostrado ser aspectos significativos, muy destacados y de impacto único de la experiencia de la pandemia, pero pueden correlacionarse con otras construcciones que no se miden individualmente.

Existen algunas limitaciones en este estudio. Por ejemplo, la muestra de estudio tenía nivel académico alto, comparado con la mediana de la población mexicana, por lo que podría no ser representativa al resto de la población. Además, el acceso a Internet y

redes sociales no es extendido a todos los sectores poblacionales, lo cual podría haber contribuido al sesgo del estudio.

Al mismo tiempo, se registró un mayor número de mujeres jóvenes encuestadas, considerando que la mujer podría ser más sensible a valorar su salud mental mediante un muestreo en redes sociales, pudo haber existido un posible sesgo en los resultados de este estudio al no considerar una muestra semejante de sujetos varones.

Asimismo, al ser una aplicación de escalas de una sola ocasión, no es posible llevar a cabo un registro acerca de algún cambio significativo al ir disminuyendo medidas de distanciamiento físico, es decir, no es posible sugerir que exclusivamente al terminar dicho periodo, los síntomas afectivos disminuirían y la calidad de sueño aumentaría.

Conclusiones

El aislamiento social como una medida para reducir la infección por SARS-CoV-2 dificulta el acceso a la familia, los amigos y otros sistemas sociales que por consecuencia pueden provocar soledad, ansiedad y depresión y comprometer los patrones de sueño, la actividad física y el bienestar mental.

De acuerdo con nuestros datos, la mediana de puntaje en la escala GAD-7 de los pacientes fue 7 (5-9) puntos, y de PHQ-9, de 8 (5-14) puntos. La mediana del puntaje en la escala Pittsburg de calidad de sueño fue 7 (4-10) puntos. El 73.4% presentó una mala calidad de sueño y 47.1% asoció su calidad de sueño a otras causas. Además, encontramos un nivel de asociación alta entre las escalas de ansiedad y depresión, y una mayor correlación de estas con la escala de Pittsburg en sujetos con ausencia de razones aparentes de alteración de sueño y sin diagnóstico psiquiátrico previo.

En nuestro estudio encontramos que tener una enfermedad alérgica y dificultad para solventar gastos se asocia a tener síntomas de ansiedad, probable depresión y mala calidad de sueño, que haber tenido un familiar con COVID-19 aumentaba el riesgo de tener síntomas de ansiedad, mientras que continuar en distanciamiento físico aumentaba el riesgo de tener depresión en los sujetos. Además, tener una pareja y vivir en un hogar con vegetación en la terraza o tener jardín disminuyen el riesgo de síntomas de ansiedad, de probable depresión y de mala calidad de sueño. Observamos que el tener un diagnóstico psiquiátrico previo, además de tener síntomas de ansiedad y probable depresión aumentaban el riesgo de mala calidad de sueño.

Referencias

- Abad, C., Fearday, A., Safdar, N. (2010). Adverse effects of isolation in hospitalized patients: a systematic review. *J Hosp Infect*, 76(2): 97–102. <https://journalofhospitalinfection.com/retrieve/pii/S0195670110002446>
- Andersen, K., Rambaut, A., Lipkin, W., Holmes, E., Garry, R. (2020). The proximal origin of SARS-CoV-2. *Nat Med*, 2 (1). <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0820-9#citea>
- Arabi, Y., Harthi, A., Hussein, J., Bouchama, A., Johani, S., Hajeer, A., Saeed, B., Wahbi, A., Saedy, A., AlDabbagh, T., Okaili, R., Sadat, M., Balkhy, H. (2015). Severe neurologic syndrome associated with Middle East respiratory syndrome corona virus (MERS-CoV), 43: 495-501. Springer. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s15010-015-0720-y.pdf>
- Australian Government Department of Health. (2020). *Coronavirus (COVID-19)*. <https://www.health.gov.au/health-topics/novel-coronavirus-2019-ncov>
- Baiardini, I., Braido, F., Cauglia, S., & Canonica, G. W. (2006). Sleep disturbances in allergic diseases. *Allergy*, 61(11): 1259–1267. doi:10.1111/j.1398-9995.2006.01221.x
- Barbisch, D., Koenig, K., Shih, F. (2015). Is there a case for quarantine? Perspectives from SARS to Ebola. *Disaster Med Public Health Prep*, 9: 547–53.
- Beck, A. (1963). Thinking and depression I. idiosyncratic content and cognitive distortions. *Arch Gen Psychiatry*, 9(4):324-33. <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/488402>

- Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., Rubin, G. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid view of the evidence. *The Lancet*, 395(10227): 912-920. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30460-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30460-8/fulltext)
- Buyssse, D., Reynolds, C., Monk, T., Berman, S., Kupfer, D. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*, 28:193-213.
- Carone, D., Barone, D. (2001). A social cognitive perspective on religious beliefs: Their functions and impact on coping and psychotherapy. *Clin. Psychol. Rev.*, 21, 989–1003.
- CDC. (2020). Distanciamiento social, cuarentena y aislamiento. <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/social-distancing.html>
- Chen, Q., Liang, M, Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., He, L., Sheng, C., Cai, Y., Li, X., Wang, X., Zhang, Z. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*, 7: 15-16. [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366\(20\)30078-X.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366(20)30078-X.pdf)
- Cheng, V., Lau, S., Woo, P., Yuen, K. (2007). Coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo como agente de infección emergente y reemergente. *Revisiones clínicas de microbiología*, 20 (4). <https://cmr.asm.org/content/20/4/660>
- Collett M. (2020). *Coronavirus update: more COVID-19 cases confirmed across Australia as shoppers stock up on toilet paper, groceries.*

<https://www.abc.net.au/news/2020-03-04/coronavirus-live-updates-toilet-paper-panic-buying-limits/12023040>

Cuffel, B., Wamboldt, M., Borish, L., Kennedy, S., Crystal-Peters, J. (1999).

Economic Consequences of Comorbid Depression, Anxiety, and Allergic Rhinitis. *Psychosomatics*, 6(40): 491-496. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(99\)71187-4](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(99)71187-4)

DeWitte, S.N. (2014). Mortality risk and survival in the aftermath of the medieval black death. *PLoS One*, 9 (5).

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0096513>

Díaz-Quiñonez, J.A. (2020) Emergencia del coronavirus SARS-CoV2 en China y la respuesta en México. *Gaceta Médica de México*, 156, 2.

Du Toit, A. (2020). Outbreak of a novel coronavirus. *Nature Research Journal*, 18. <https://www.nature.com/articles/s41579-020-0332-0.pdf>

El Informador. (2020, Abril 17). *Amplían cuarentena; el lunes, a clases virtuales*. *El Informador*. <https://www.informador.mx/jalisco/Amplian-cuarentena-el-lunes-a-clases-virtuales-20200417-0030.html>

El Informador. (2020, Marzo 31). *Multarán empresas que incumplan cuarentena*. *El Informador*. <https://www.informador.mx/mexico/Multaran-a-empresas-que-incumplan-cuarentena-20200331-0027.html>

Erren, T.C., Lewis, P., Shaw, D.M. (2020). COVID-19 and 'natural' experiments arising from physical distancing: a hypothetical case study from chronobiology, *Chronobiol Int. in press*.

EspectroAutista.info. (s.f.). *Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)*. <http://espectroautista.info/GAD7-es.html>

- Field, T., Poling, S., Mines, S., Bendell, D., Veazey, C. (2020). Touch Deprivation and Exercise during the COVID-19 Lockdown April 2020. *Medical Research Archives*, 8(8): 1-12. doi: 10.18103/mra.v8i8.2204
- Foulds, G. (1963). A theory of cognitive dissonance. *Br. J. Psychiatry*, 109, 164–165.
- Fundación MF. (s.f.) *Cuestionario para Depresión (PHQ-9)*.
https://www.fundacionmf.org.ar/visor-producto.php?cod_producto=3226
- Gamaldo, C., Shaikh A., McArthur J. (2012). The sleep-immunity relationship. *Neurol Clin*, 30(4): 1313-1343.
- Grey, I., Arora, T., Thomas, J., Saneh, A., Tomhe, P., & Abi-Habib, R. (2020). The role of perceived social support on depression and sleep during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 293, 113452.
doi:10.1016/j.psychres.2020.113452
- Holingue, C., Badillo-Goicoechea, E., Riehm, K. E., Veldhuis, C., Thrul, J., Johnson, R. M., Fallin, M. D., Kreuter, F., Stuart, E. A., Kalb, L. G. (2020). Mental Distress during the COVID-19 Pandemic among US Adults without a Pre-existing Mental Health Condition: Findings from American Trend Panel Survey. *Preventive Medicine*, 106231. doi:10.1016/j.ypmed.2020.106231
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L.L. Zhao, J., Zhang, L., Fan, G., Xu, J., Gu, X., Cheng, Z., Yu, T., Xia, J., Wei, Y., Wu, W., Xie. X., Yin, W., Li. H., Liu, M., Xiao, Y., Gao, H., Guo, L., Xie, J., Wang, G., Jiang, R., Gao, Z., Jin, Q., Wang, J., Cao, B. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*, 395: 487-506.

<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930183->

[5](#)

Huguet-Pané, G. (2020). Grandes Pandemias de la Historia, *Historia National Geographic*. https://historia.nationalgeographic.com.es/a/grandes-pandemias-historia_15178/1

Huremović, D. (2019). *Psychiatry of Pandemics. A Mental Health Response to Infection Outbreak*. (1ª ed.). Springer.

Imai H. (2020). Trust is a key factor in the willingness of health professionals to work during the COVID-19 outbreak: experience from the H1N1 pandemic in Japan 2009. *Psychiatry Clin Neurosci*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/pcn.12995>

Jímenez-Genchi, A., Monteverde-Maldonado, E., Nenclares-Portocarrero, A., Esquivel-Adame, G., De la Vega-Pacheco, A. (2008). Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en pacientes psiquiátricos. *Gac Méd Méx*, 144(6): 491-496

Kim, S., Su, K. (2020). Using psychoneuroimmunity against COVID-19. *Brain, Behavior, and Immunity*, 1-2. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0889159120303913?token=711BFB99EA7E1B48801182DC3FD723FB8327F444FF7251280F1ECC7F88534B7942E89365B1D21563513C685AE1C0DFE9>

Koury, J., Hirschhaut, M. (2020). Reseña histórica del COVID-19 ¿Cómo y por qué llegamos a ésta pandemia?. *Acta Odontológica Venezolana*. <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2020/especial/art-2/>

- Lai, L. (2020). *Fear and panic can do more harm than the coronavirus, says PM Lee Hsien Loong*. *The Straits Times*. <https://www.straitstimes.com/singapore/fear-and-panic-can-do-more-harm-than-the-coronavirus-says-pm-lee-hsien-loong>
- Li, S., Wang, Y., Xue, J., Zhao, N., Zhu, T. (2020). The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6):1-9. <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/6/2032/htm>
- Liu, S., Yang, L., Zhang, C., Xiang, Y., Liu, Z., Hu, S., Zhang, B. (2020). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*, 7(4): 17-18. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32085841>
- Majumdar, P., Biswas, A., Sahu, S. (2020). COVID-19 pandemic and lockdown: cause of sleep disruption, depression, somatic pain, and increased screen exposure of office workers and students of India. *Chronobiology International*, 1-10. <https://doi.org/10.1080/07420528.2020.1786107>
- Marroquín, B., Vine, V., & Morgan, R. (2020). Mental Health During the COVID-19 Pandemic: Effects of Stay-at-Home Policies, Social Distancing Behavior, and Social Resources. *Psychiatry Research*, 113419. doi:10.1016/j.psychres.2020.113419
- Melo, K. (2020). COVID-19: Conozca la diferencia entre cuarentena y aislamiento. *BOQ News*. <https://www.boqnews.com/vida/covid-19-saiba-a-diferenca-entre-quarentena-e-isolamento/>
- Meltzer, E. O., Nathan, R., Derebery, J., Stang, P. E., Campbell, U. B., Yeh, W.-S., Corrao, M., Stanford, R. (2009). Sleep, quality of life, and productivity impact of nasal

symptoms in the United States: Findings from the Burden of Rhinitis in America survey. *Allergy and Asthma Proceedings*, 30(3): 244–254.
doi:10.2500/aap.2009.30.3230

Merriam-Webster. (s.f.). Plague, *Merriam-Webster.com*. <https://www.merriam-webster.com/dictionary/plague>

Miles, S. (2014). *Kaci Hickox: public health and the politics of fear*.
<http://www.bioethics.net/2014/11/kaci-hickox-public-health-and-the-politics-of-fear/>

Mowbray H. (2020). In Beijing, coronavirus 2019-nCoV has created a siege mentality. *British Medical Journal*, 2020: 368.

MPHonline. (2020). Outbreak: 10 of the worst pandemics in history. *MPHonline*.
<https://www.mphonline.org/worst-pandemics-in-history/>

Organización Panamericana de Salud. (2009). *Influenza A (H1N1): acciones de promoción de la salud*.
https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=document&layout=default&alias=356-influenza-a-h1n1-acciones-de-promocion-de-la-salud-compartiendo-nuestra-experiencia&category_slug=ops-oms-mexico&Itemid=493

Organización Panamericana de Salud. (2019). *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres*.
https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&slug=1324-08-paho-guia-practicade-salud-mental&Itemid=493

- Pedrosa, A.L., Bitencourt, L., Fontoura Fróes, A.C., Cazumbá, L.B., Bernardino Campos, R.G., Camilo, S.B., et al. (2020). Emotional, Behavioral, and Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychology*.
- Piret J, Boivin G (2021). Pandemics Throughout History. *Frontiers in Microbiology*.
- Ren, L., Wang, Y., Wu, Z., Xiang, Z., Guo, L., Xu, T. Jiang, T., Xiong, Y., Li, Y., Li, H., Fan, G., Gu, X., Xiao, Y., Gao, H., Xu, J., Yang, F., Wang, X., Wu, C., Chen, L., Liu, Y., Liu, B., Yang, J., Wang, X., Dong, J., Li, L., Huang, C., Zhao, J., Hu, Y., Cheng, Z., Liu, L., Qian, Z., Qin, C., Jin, Q., Cao, B., Wang, J. (2020). Identification of a novel coronavirus causing severe pneumonia in human: a descriptive study. *Chinese Medical Journal*.
https://journals.lww.com/cmj/Abstract/9000/Identification_of_a_novel_coronavirus_causing.99423.aspx
- Restrepo, L., González, L. (2007). De Pearson a Spearman, *Revista Colombiana de Ciencias Pecuarias*, 20: 183-192.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rccp/v20n2/v20n2a10.pdf>
- Rico-Rosillo, M.G., Vega-Roblebo, G.B. (2018). Sueño y sistema inmune. *Rev Alerg Mex*, 65(2): 160-170.
- Sansone, R. A., Sansone, L.A. (2011). Allergic Rhinitis Relationships with Anxiety and Mood Syndromes. *Innov Clin Neurosci*, 8(7): 12–17.
- Seminog, O., Goldacre, M. (2013). Risk of pneumonia and pneumococcal disease in people with severe mental illness: English record linkage studies. *Thorax*, 68: 171–76

- Shaley, D., Sapiro, P. (2020). Epidemic psychiatry: The opportunities and challenges of COVID-19. *General Hospital Psychiatry*, 64: 68-71. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0163834320300438?token=54535FF1A462C6F8976326C24867D1016516B87DB05B81A94D868500E80F97A2D7901AFDFE6A867E9AD5B03A13054906>
- Shen L, Schie J, Ditchburn G et al: Positive and negative emotions: Differential associations with sleep duration and quality in adolescents. *J Youth Adolescence*. 2018, 47(12): 2584–95
- Shen, L., Van Schie, J., Ditchburn, G., Brook, L., Bei, B. (2018). Positive and Negative Emotions: Differential Associations with Sleep Duration and Quality in Adolescents. *Springer*, 47: 2584-2595. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10964-018-0899-1.pdf>
- Su S., Wong G., Shi W., Liu J., Lai A. C. K., Zhou J., Liu W., Bi Y., Gao G. F. (2016). Epidemiology, genetic recombination, and pathogenesis of coronaviruses. *Trends in Microbiology*, 24, 490–502. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0966842X16000718>
- SUN. (2020, Marzo 21). *Cuarentena por coronavirus en México, todo lo que tienes que saber. El Informador*. <https://www.informador.mx/mexico/Cuarentena-por-coronavirus-en-Mexico-todo-lo-que-tienes-que-saber-20200321-0028.html>
- Tognotti E. (2013). Lessons from the history of quarantine, from plague to influenza A. *Emerg Infect Dis*, 19(2): 254–9. https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/19/2/12-0312_article
- Torales, J., O’Higgins, M., Castaldelli-Maia, J.M., Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 and its impact on global mental health. *International Journal of*

<https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/0020764020915212>

Tsai, J., Wilson, M. (2020). COVID-19: a potential public health problem for homeless populations. *The Lancet*, 5: 186-187.

[https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpub/PIIS2468-2667\(20\)30053-0.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpub/PIIS2468-2667(20)30053-0.pdf)

Tucci, V., Moukaddam, N, Meadows, J., Shah, S., Galwankar, S., Kapur, G. (2017).

The forgotten plague: psychiatric manifestations of Ebola, Zika, and emerging infectious diseases. *J Glob Infect Dis*, 9:151–6.

<http://www.ijgid.org/article.asp?issn=0974-777X;year=2017;volume=9;issue=4;spage=151;epage=156;aulast=Tucci>

Van Rheenen, T. E., Meyer, D., Neill, E., Phillipou, A., Tan, E. J., Toh, W. L., Rossell,

S. L. (2020). 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, 275, 69–77. doi:10.1016/j.jad.2020.06.037

Wahl, S., Engelhardt, M., Schaupp, P., Lappe, C., Ivanov, I. V. (2019). The inner

clock - blue light sets the human rhythm. *Journal of Biophotonics*.

doi:10.1002/jbio.201900102

Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, Ho RC. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health*, 17(5):1729. doi:10.3390/ijerph17051729

Wang, C., Horby, P., Hayden, F., Gao, G. (2020). A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The Lancet*, 35(10223).

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30185-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30185-9/fulltext)

Wang, G., Zhang, Y., Zhao, J., Zhang, J., Jiang, F. (2020). Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *The Lancet*, 395(10228): 945-947. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930547-X>

<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930547-X>

Weiss S. R., Leibowitz J. L. (2011). Coronavirus pathogenesis. *Advances in Virus Research*, 81, 85–164.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1306801/>

Werneck, A. O., Silva, D. R., Malta, D. C., Lima, M. G., Souza-Júnior, P. R. B., Azevedo, L. O., ... Szwarcwald, C. L. (2020). The mediation role of sleep quality in the association of the incidence of unhealthy movement behaviors due to COVID-19 quarantine and mental health. *Sleep Medicine*, doi:10.1016/j.sleep.2020.09.021

WHO. (2010). ¿Qué es una pandemia?.

https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/es/

WHO. (2020). Novel Coronavirus-China. WHO. <https://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/>

WHO. (2020). Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19). WHO. <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>

World Health Organization (WHO). (2020). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. (No. WHO/2019-nCoV/MentalHealth/2020.1) [accessed 2020 May 2] <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331490/WHO-2019-nCoV-MentalHealth-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Wu, K., Chan, S., Ma, T. (2005). Posttraumatic stress, anxiety, and depression in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). *J Traumatic Stress*, 18(1): 39–42

Wu, P., Fang, Y., Guan, Z., Fan, B., Kong, J., Yao, Z., Liu, X., Fuller, C., Susser, E., Lu, J., Hoven, C. (2009). The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Can J Psychiatry*, 54:302–11. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/070674370905400504>

Xiao, H., Zhang, Y. (2020). Social Capital and Sleep Quality in Individuals who self-isolated for 14 days during the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) outbreak in January 2020 in China. *Med Sci Monit*, 26. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32194290>

Zhou, X., Snoswell, C., Harding, L., Bambling, M., Edirippulige, S., Bai, X., Smith, A. (2020). The Role of Telehealth in Reducing the Mental Health Burden from COVID-19. *Telemedicine and e-health*, 26(4):1-3. <https://www.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/tmj.2020.0068>

Zhou. X., Snoswel, I C.L., Harding, L.E., Bambling, M., Edirippulige, S., Bai, X., Smith, A.C. (2020). The role of telehealth in reducing the mental health burden from COVID-19. *Telemedicine E-Health*, 26(4):377–379. doi:[10.1089/tmj.2020.0068](https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0068)

Anexos

Anexo 1. Aprobación del Comité de Ética en Investigación



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

LIC. DANIELA HAYDE ROMERO GUERRA.

Investigador principal
Departamento de Psiquiatría
Presente.-

Estimado Lic. Romero Guerra:

Le informo que nuestro Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", ha **evaluado y aprobado** el protocolo de investigación titulado: **"Síntomas afectivos y alteraciones en calidad de sueño secundarias a distanciamiento físico por COVID-19"** participando además el Lic. Dania Falfán Salgado, Est. Karla Isela Barragán Guillen y Est. Adrián Valdez Villarreal como Co-investigadores registrado con la clave **PS20-00005**.

- Protocolo en extenso, versión 2.0 de fecha Mayo 2020.
- Anexo: Formato de encuesta en línea, versión 3.0 de fecha Mayo 2020.

Cada vez que el Protocolo sufra modificación, éstas deberán someterse nuevamente para solicitar su autorización.

Le reitero que es su obligación presentar a este Comité de Ética en Investigación un informe técnico parcial a más tardar el día en que se cumpla el año de emisión de este oficio, así como notificar la conclusión del estudio.

Será nuestra obligación realizar visitas de seguimiento a su sitio de investigación para que todo lo anterior esté debidamente consignado, en caso de no apegarse, este Comité tiene la autoridad de suspender temporal o definitivamente la investigación en curso, todo esto con la finalidad de resguardar el beneficio y seguridad de todo el personal y sujetos en investigación.

Atentamente.-
"Alere Flammam Veritatis"
Monterrey, Nuevo León 04 de Junio del 2020



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

DR. med. JOSÉ GERARDO GARZA LEAL
Presidente de Comité de Ética en Investigación

Comité de Ética en Investigación

Av. Francisco I. Madero y Av. Gonzalitos s/n. Col. Mitras Centro, C.P. 64460, Monterrey, N.L., México
Teléfonos 818329-4050, Ext. 2875 a 2874 Correo Electrónico: investigacionclinica@meduani.com



Anexo 2. Aprobación del Comité de Investigación



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

LIC. DANIELA HAYDE ROMERO GUERRA.

Investigador principal
Departamento de Psiquiatría
Presente.-

Estimado Lic. Romero Guerra:

En respuesta a su solicitud con número de Ingreso PI20-00113 con fecha del **04 de Mayo del 2020**, recibida en las Oficinas de la Secretaría de Investigación Clínica de la Subdirección de Investigación, se extiende la siguiente **DICTAMEN FAVORABLE** con fundamento en los artículos 4º párrafo cuarto y 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; así como los artículos 14-16, 99 párrafo tercero, 102, 106 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud; así como de los artículos 111,112 y 119 del Decreto que modifica a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud publicado el día 2 de abril del 2014. Además Punto 4.4, 4.7, 6.2, 8 de la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos; así como por el Reglamento interno de Investigación de Nuestra Institución.

Se informa que el Comité de Investigación ha determinado que el Protocolo de Investigación clínica abajo mencionado cuenta con la calidad técnica, aspectos metodológicos y mérito científico requeridos.

"Síntomas afectivos y alteraciones en calidad de sueño secundarias a distanciamiento físico por COVID-19", registrado con la clave **PS20-00005**.

De igual forma los siguientes documentos:

- Protocolo en extenso, versión 2.0 de fecha Mayo 2020.

Le reitero que es su obligación presentar a este Comité de Investigación un informe técnico parcial a más tardar el día en que se cumpla el año de emisión de este oficio, así como notificar la conclusión del estudio.

Será nuestra obligación realizar visitas de seguimiento a su sitio de investigación para que todo lo anterior esté debidamente consignado, en caso de no apegarse, este Comité tiene la autoridad de suspender temporal o definitivamente la investigación en curso, todo esto con la finalidad de resguardar el beneficio y seguridad de todo el personal y sujetos en investigación.

Atentamente.-
"Alere Flammam Veritatis"
Monterrey, Nuevo León 04 de Junio del 2020



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

DR. C. GUILLERMO ELIZONDO RIOJAS
Presidente del Comité de Investigación

Comité de Investigación
Av. Francisco I. Madero y Av. Gonzalitos s/n, Col. Mitras Centro, C.P. 64460, Monterrey, N.L. México
Teléfonos: 81 8329 4050, Ext. 2870 a 2874, Correo Electrónico: investigacionclinica@meduam.com



Anexo 3. Encuesta aplicada a los pacientes.

Síntomas afectivos y alteraciones en calidad de sueño secundarias a distanciamiento físico por COVID-19

* Required



FACULTAD
DE MEDICINA



¡Bienvenido(a)!

Gracias por interesarte en nuestra encuesta.

El Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" de la UANL invita a población mexicana mayor de edad, a contestar la encuesta en línea:

"Síntomas afectivos y alteraciones en calidad de sueño secundarias a distanciamiento físico por COVID-19"

El objetivo es medir síntomas afectivos (ansiosos y depresivos) y su relación con la calidad de sueño de individuos que han experimentado un distanciamiento físico de al menos 14 días debido a la actual pandemia de COVID-19. Con su participación ayudará a entender los efectos del proceso emocional que los individuos podrían presentar en una situación como ésta.

- La encuesta consta de cuatro partes y le llevará aproximadamente de 15 a 20 minutos completarla.
- Dar respuesta a la encuesta es voluntaria, su identidad será totalmente anónima, sólo se recabarán datos sociodemográficos para el análisis posterior.
- En cualquier momento puede detenerse y finalizar su participación cuando lo considere oportuno.
- La encuesta no le generará ningún costo económico.
- En cuanto al riesgo de la encuesta, pueden presentarse preguntas que pudieran llegar a causarle incomodidad, por lo tanto, se le recuerda que es libre de detener su participación en cuanto lo deseé.
- Sin embargo, al finalizar, se brindarán recomendaciones, números de contacto, así como un link de acciones preventivas de síntomas negativos en salud mental.

Los investigadores responsables y Comité de Ética son los únicos que tendrán acceso al manejo de datos y protocolo.

A continuación sus datos:

Daniela Hayde Romero Guerra (dromero.104956@uanl.edu.mx)

Dania Falfán Salgado (dfalfansd@uanl.edu.mx)

Karla Isela Barragán Guillén (karla.barragangln@uanl.edu.mx)

Adrian Valdez Villareal (adrian.valdezvi@uanl.edu.mx)

*Para mayores informes del estudio, favor de mandar correo a la siguiente dirección:
proyectopsiquiacovid19@gmail.com.

En caso de tener alguna pregunta relacionada a sus derechos como sujeto de investigación de la Facultad de Medicina y Hospital Universitario podrá contactar al Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González".

Av. Francisco I. Madero y Av. Gonzalitos s/n
Col. Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León México. CP. 64460
Teléfonos: 81-83294050 ext. 2870 a 2874
Correo electrónico: investigacionclinica@meduanl.com

¡Muchas gracias, agradecemos de antemano su colaboración!

1. ¿Aceptas participar de forma voluntaria en el estudio, contestando las siguientes preguntas y autorizando que la información sea utilizada en el análisis del mismo? *

Mark only one oval.

- Sí
 No

Datos Generales

2. Sexo *

Mark only one oval.

- Hombre
 Mujer

3. Edad en años *

4. País de origen *

5. Si vive en México, ¿en qué estado reside? (En caso de que no, indique "Extranjero") *

6. Ciudad de residencia *

7. Escolaridad *

Mark only one oval.

- Primaria
 Secundaria
 Bachillerato
 Licenciatura
 Posgrado
 No escolarizado, analfabeta

8. Estado Civil *

Mark only one oval.

- Soltero(a)
 Casado(a)
 Divorciado(a)
 Unión Libre
 Viudo(a)

9. ¿Con quién vive actualmente? *

Mark only one oval.

- Vivo solo
- Vivo con familiares
- Vivo con pareja
- Vivo con mascota
- Vivo con otras personas no familiares
- Otro

10. En caso de haber seleccionado "otro" en la pregunta anterior, describa:

11. Tipo de vivienda en la que se encuentra actualmente *

Mark only one oval.

- Departamento con balcón o terraza
- Departamento sin balcón o terraza
- Casa con patio
- Casa sin patio
- Otro

12. En caso de haber seleccionado "otro" en la pregunta anterior, describa:

13. Si su vivienda tiene jardín o terraza, señale si cuenta con vegetación. *

Mark only one oval.

- Si
- No
- No aplica

14. ¿Presenta alguna de las siguientes enfermedades alérgicas? (Puede señalar más de una opción) *

Check all that apply.

- Rinitis alérgica
- Urticaria
- Dermatitis
- Alergia a alimentos
- Asma
- Alergia a medicamentos
- Ninguna

15. Actualmente, ¿se encuentra en tratamiento para el control de enfermedades o alergias mencionadas? *

Mark only one oval.

- Sí
- No
- No aplica

16. ¿Padece alguna de las siguientes enfermedades crónicas? (Puede señalar más de una opción) *

Check all that apply.

- Diabetes Mellitus Tipo 1
- Diabetes Mellitus Tipo 2
- Hipertensión Arterial
- Colesterol y/o triglicéridos con niveles altos
- Enfermedad cardíacas
- Enfermedad reumatológica
- Cáncer
- Otro
- Ninguna

17. En caso de haber seleccionado "otro" en la pregunta anterior, describa:

18. ¿Cuenta con algún diagnóstico de salud mental? (Puede señalar más de uno) *

Check all that apply.

- Trastorno depresivo
- Trastorno de la personalidad
- Trastorno de alimentación
- Déficit de atención e hiperactividad
- Fobias
- Trastorno de ansiedad
- Trastorno de pánico
- Trastorno Bipolar
- Esquizofrenia
- Trastorno del Espectro Autista
- Otro
- Ninguno

19. En caso de haber seleccionado "otro" en la pregunta anterior, describa:

20. Actualmente, ¿se encuentra en tratamiento para el control de su diagnóstico en salud mental? *

Mark only one oval.

- Sí
- No
- No aplica

21. En caso de responder "Sí" a la pregunta anterior, mencionar el tipo de tratamiento. (Puede señalar más de uno)

Check all that apply.

- Farmacoterapia (Medicamentos)
- Psicoterapia
- Terapia Grupal
- Otro
- No aplica

22. En caso de haber seleccionado "otro" en la pregunta anterior, describa:

23. Ocupación antes del distanciamiento físico *

24. ¿Cuál es su situación laboral y/o educativa actual? *

Mark only one oval.

- Empleado trabajando desde casa
- Empleado con horario modificado
- Estudiante con clases en línea
- Desempleado desde que comenzó la actual emergencia sanitaria
- Desempleado incluso antes de la emergencia sanitaria
- No estudio
- Otro

25. En caso de haber seleccionado "otro" en la pregunta anterior, describa:

26. ¿Ha presentado dificultades para solventar los siguientes casos? (Se puede marcar más de una opción) *

Check all that apply.

- Renta de alquiler (casa, departamento, consultorio, negocio)
- Pago de préstamos e hipotecas bancarias
- Pago de tarjetas de crédito y/o departamentales
- Pago de servicios básicos (luz, agua, gas, etc.)
- Compra de despensa y alimentos para el hogar
- Medicamentos y servicios de salud
- No he tenido dificultad

27. ¿Ha estado en contacto físico con personas con diagnóstico y/o sospecha de COVID-19? *

Mark only one oval.

- Sí
- No
- No lo sé

28. ¿Alguno de sus familiares ha sido diagnosticado con COVID-19? *

Mark only one oval.

- Sí
- No

29. ¿Usted ha sido diagnosticado con COVID-19? *

Mark only one oval.

- Sí
- No

30. ¿Continúa en distanciamiento físico? *

Mark only one oval.

- Sí
- No

31. ¿Cuánto tiempo lleva o duró (según sea el caso) en distanciamiento físico? *Indique número días *

Parte 2

A continuación, hay una lista de situaciones que las personas pueden presentar durante la actual pandemia de COVID-19. Lea cada pregunta e indique qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas (en las últimas dos semanas).

32. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta *

Mark only one oval.

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

33. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación *

Mark only one oval.

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

34. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes *

Mark only one oval.

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

35. Ha tenido dificultad para relajarse *

Mark only one oval.

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

36. Se ha sentido tan inquieto(a) que no puede quedarse quieto(a) *

Mark only one oval.

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

37. Se ha molestado o irritado fácilmente *

Mark only one oval.

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

38. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar *

Mark only one oval.

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

Parte 3

Nuevamente, hay una lista de situaciones que las personas pueden presentar durante la pandemia por COVID-19. Lea cada pregunta e indique qué tan difícil ha sido para usted en las últimas 2 semanas

39. Poco interés o placer en hacer cosas *

Mark only one oval.

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

40. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas *

Mark only one oval.

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

41. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado *

Mark only one oval.

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

42. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía *

Mark only one oval.

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

43. Sin apetito o ha comido en exceso *

Mark only one oval.

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

44. Se ha sentido mal con usted mismo(a)- o que es un fracaso que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia *

Mark only one oval.

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

45. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión *

Mark only one oval.

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

46. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? O lo contrari muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal *

Mark only one oval.

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

47. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera *

Mark only one oval.

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

48. Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas par hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas? *

Mark only one oval.

- No ha sido difícil
- Un poco difícil
- Muy difícil
- Extremadamente difícil

Parte 4

Por último, las siguientes preguntas hacen referencia a la manera en que ha dormido durante el último mes. Intente responder de la manera más exacta posible lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches del último mes.

Por favor conteste TODAS las preguntas.

49. Durante el último mes, ¿cuál ha sido usualmente, su hora de acostarse? *

50. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo ha tardado en dormirse en las noches del último mes (Apunte el tiempo en minutos) *

51. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes?(el tiempo puede ser diferente al que permanezca en la cama) (Apunte las horas que haber dormido) *

Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tenido problemas para dormir a causa de:

52. No poder conciliar el sueño en la primera media hora: *

Mark only one oval.

- Ninguna vez en el último mes
 Menos de una vez a la semana
 Una o dos veces a la semana
 Tres o más veces a la semana

53. Despertarse durante la noche o de madrugada *

Mark only one oval.

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

54. Tener que levantarse para ir al sanitario *

Mark only one oval.

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

55. No poder respirar bien *

Mark only one oval.

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

56. Toser o roncar ruidosamente *

Mark only one oval.

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

57. Sentir frío *

Mark only one oval.

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

58. Sentir demasiado calor *

Mark only one oval.

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

59. Tener pesadillas o *malos sueños* *

Mark only one oval.

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

60. Sufrir dolores *

Mark only one oval.

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

61. Otras razones (en caso de no encontrar alguna, favor de escribir "Ninguna") *

62. En caso de haber respondido la pregunta anterior, describa la frecuencia.

Mark only one oval.

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

63. Durante el último mes ¿cómo valoraría, en conjunto, la calidad de su dormir? *

Mark only one oval.

- Bastante buena
- Buena
- Mala
- Bastante mala

64. Durante el último mes ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas p el médico) para dormir? *

Mark only one oval.

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

65. Durante el último mes ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad? *

Mark only one oval.

- Ninguna vez en el último mes
 Menos de una vez a la semana
 Una o dos veces a la semana
 Tres o más veces a la semana

66. Durante el último mes ¿ha representado para usted mucho problema el "tener ánimos" para realizar alguna de las actividades detalladas a la pregunta anterior? *

Mark only one oval.

- Ninguna vez en el último mes
 Menos de una vez a la semana
 Una o dos veces a la semana
 Tres o más veces a la semana

Gracias por contestar la encuesta de "Síntomas afectivos y alteraciones en calidad de sueño secundarias a distanciamiento físico por COVID-19":

Le recomendamos llevar a cabo medidas y acciones preventivas de síntomas negativos (alimentación sana y balanceada, hidratación constante, actividad física, higiene de sueño, ejercicios de relajación muscular y respiración, y si así lo desea, ejercicios de atención y/o mindfulness), a continuación le brindamos el link en donde se proporcionan las recomendaciones en extenso por las autoridades nacionales:

<https://coronavirus.gob.mx/salud-mental/>

Sin embargo, si usted presenta síntomas que rebasan los límites de las respuestas de las preguntas antes contestadas y necesita orientación, usted puede llamar a la Línea de la Vida (Lunes a Domingo-24hrs) al 800-911-2000, o al Centro de Integración Juvenil al 55-5212-1212. O al Programa de Atención Psicológica a Distancia de la Facultad de Psicología de la UNAM al teléfono 55-5025-0855, desde cualquiera de las entidades de la República Mexicana.

*Si se encuentra dentro del estado de Nuevo León, podría comunicarse al Departamento de Psiquiatría al número: 81-8348-0585, extensión 271, para una mayor orientación.

This content is neither created nor endorsed by Google.

Google Forms

Resumen autobiográfico

Dania Falfán Salgado

Candidata para el Grado de Maestra en Psicoterapia Clínica y Hospitalaria en Adultos

Tesis: SÍNTOMAS AFECTIVOS Y ALTERACIONES EN CALIDAD DE SUEÑO SECUNDARIAS A DISTANCIAMIENTO FÍSICO POR COVID-19

Campo de Estudio: Ciencias de la salud

Biografía

Datos personales: Nacida en Veracruz, Veracruz, el 25 de Agosto de 1995.

Hija de Claudia Salgado Landa y Edmundo Alfonso Falfán Moncayo.

Educación: Egresado de la Universidad de Xalapa, obteniendo el grado de Licenciada en Psicología en el 2017.