



FUNDACIÓN UNIVERSIDAD DEL NORTE

PROGRAMA DE MEDICINA

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS RELACIONADOS CON
DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES QUE CONSULTAN AL SERVICIO DE
PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE DURANTE LA
PANDEMIA POR COVID-19 ENTRE 2020-2021.**

AUTORES:

**KEVIN DAVID NÚÑEZ BENAVIDES
LUIS FELIPE OSORIO URREA
DANIEL JOSÉ QUINTERO RICO
MARÍA LUCÍA XIQUEZ RAMOS**

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO.

**TANIA MATILDE ACOSTA VERGARA: ASESORA METODOLÓGICA.
ELIZABETH AYOLA ELJADUE: ASESORA DE CONTENIDO.
CLAUDIA GUTIERREZ GUARÍN: ASESORA DE CONTENIDO.**

**BARRANQUILLA
COLOMBIA
2022**

ACEPTACIÓN

Nota de aceptación

Jurado

Asesor metodológico

Asesor de contenido

Asesor de contenido



AGRADECIMIENTOS

Se destaca y agradece el apoyo recibido por parte de nuestra asesora metodológica, la Dra Tania Matilde Acosta Vergara y a nuestra docente de proyecto de grado I, la Dra Jehidys Estella Montiel Ramos por su continuo apoyo y seguimiento durante todo el proceso de elaboración del trabajo de grado durante los semestres académicos comprendidos entre séptimo y noveno semestre. De la misma manera se agradece a nuestras asesoras teóricas la Dra Elizabeth Ayola Eljadue y la Dra Claudia Patricia Gutierrez Guarín por su disposición y asesoramiento brindado.

Gracias al Hospital Universidad del Norte por aceptar ser parte de nuestro estudio al brindarnos su base de datos y permitirnos realizar su análisis y posterior interpretación de resultados.



DEDICATORIA

Dedicamos el presente trabajo a nuestros padres, quienes nos brindaron la motivación y apoyo durante la realización del proyecto, a nuestras asesoras por su continua participación en el estudio con sus asesorías durante los 3 semestres que duró la realización del trabajo y a todas las personas que padecen las patologías evaluadas en el presente estudio para que se mejore el trabajo multidisciplinario en pro del manejo de estas.

ÍNDICE

RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	13
1.1 SALUD MENTAL:	13
1.2 DEPRESIÓN:	13
1.2.1 FACTORES DE RIESGO	14
1.2.2 DIAGNÓSTICO	15
1.3 ANSIEDAD:	15
1.3.1 FACTORES DE RIESGO	16
1.3.2 DIAGNÓSTICO	17
1.4 PANDEMIA, COVID-19 Y ENFERMEDADES MENTALES	18
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA	19
2.1 TIPO DE ESTUDIO:	19
2.2 VARIABLES:	20
2.3 PLAN DE RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN.	21
2.4 ASPECTOS ÉTICOS	22
2.5 PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS	22
2.6 PLAN DE PRESENTACIÓN	23
2.7 PLAN DE ANÁLISIS.	23
CAPÍTULO III. RESULTADOS	24
3.1 FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE PACIENTES CON DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD	24
3.2 NIVELES DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD GENERALIZADA Y TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.	26
3.3 ASOCIACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	27
3.4 ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	28
CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.	30
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES	33
RECOMENDACIONES	35
BIBLIOGRAFÍA	36
ANEXOS	40

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Variables presentes en el estudio	Página 22
Tabla 2. Población Distribuida según variables Sociodemográficas en el Hospital Universidad del Norte durante la Pandemia por COVID-19 entre 2020-2021	Página 26
Tabla 3. Población Distribuida según los Niveles de Depresión, Ansiedad Generalizada y Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión en Hospital Universidad del Norte durante la Pandemia por COVID-19 entre 2020-2021.	Página 27
Tabla 4. Distribución de Ansiedad según Variables Sociodemográficas en Pacientes que Consultaron al Servicio de Psiquiatría en Hospital Universidad del Norte durante la Pandemia por COVID-19 entre 2020-2021.	Página 29
Tabla 5. Distribución de Depresión según Variables Sociodemográficas en pacientes que Consultaron al Servicio de Psiquiatría del Hospital Universidad del Norte durante la Pandemia por COVID-19 entre 2020-2021.	Página 30

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Flujograma de depuración de la base de datos.Página 21

LISTA DE ANEXOS

- Anexo 1.** Operacionalización de las variables. Página 40
- Anexo 2.** Aprobación del comité de investigación. Página 43
- Anexo 3.** Aprobación del comité de ética. Página 44
- Anexo 4.** Gráfico de barras del rango de edad de los pacientes que consultaron al servicio de psiquiatría del Hospital Universidad del Norte durante la pandemia por COVID-19 entre el 2020-2021. Página 45
- Anexo 5.** Gráfico de barras del sexo de los pacientes que consultaron al servicio de psiquiatría del Hospital Universidad del Norte durante la pandemia por COVID-19 entre el 2020-2021.Página 45
- Anexo 6.** Gráfico de barras del estado civil de los pacientes que consultaron al servicio de psiquiatría del Hospital Universidad del Norte durante la pandemia por COVID-19 entre el 2020-2021.Página 46

GLOSARIO

Covid-19: Es una enfermedad ocasionada por el virus “SARS-CoV2” descubierto en 2019 en China y el cual ocasionó posteriormente una pandemia.

Depresión: Enfermedad psiquiátrica que se caracteriza por sentimientos de tristeza y desinterés hacia las cosas que realiza en su diario vivir, su entorno o las personas que lo rodean.

Ansiedad: Enfermedad psiquiátrica que se caracteriza por sentimientos de angustia y desesperación que puede estar desencadenada por situaciones específicas

Pandemia: Epidemia de una enfermedad infecciosa que se expande a la mayor parte del mundo.

Variables sociodemográficas: Permiten la caracterización de una población sometida a estudio.

RESUMEN

Introducción: La depresión y la ansiedad son las dos patologías psiquiátricas más comunes en todo el mundo y en muchos casos pueden coexistir. Con la aparición de la pandemia causada por el coronavirus SARS-COV-2 a finales del año 2019, se incrementaron notablemente los casos de estas condiciones debido a todos los cambios principalmente psicológicos y sociales que trajo consigo la pandemia.

Objetivo: Establecer los factores sociodemográficos y clínicos relacionados con depresión y ansiedad en pacientes que consultan al servicio de psiquiatría del hospital Universidad del Norte durante la pandemia por COVID-19 entre 2020-2021.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de corte transversal de tipo descriptivo, en donde para la recolección de datos se revisaron 928 historias clínicas de la base de datos suministrada por el Hospital Universidad del Norte en la cual posterior a aplicar los criterios de inclusión y exclusión se obtuvieron 228 pacientes para estudiar. Se utilizaron la media, moda, cuartiles, y el valor de OR, donde la significancia estadística estuvo dada por un valor de $P \leq a$ 0.05.

Resultados: De 220 historias sometidas a investigación 79 pacientes tenían diagnóstico de depresión, 46 diagnóstico de ansiedad y 95 diagnóstico de trastorno mixto de ansiedad y depresión. La ansiedad y depresión se evidenció más en pacientes durante la adultez (29-59 años) con (n=27) y (n=39) respectivamente. El sexo femenino fue el más frecuente en ansiedad (n=30) y depresión (n=49). En cuanto a la ocupación, en ansiedad, fueron la misma cantidad de pacientes con y sin ocupación (n=23) y (n=23), los pacientes con depresión que tenían ocupación fueron (n=43) y sin ocupación (n=36). El estado civil que más se evidenció en pacientes con ansiedad fue el soltero (n=23) el cual fue encontrado también con más frecuencia en los que tenían depresión (n=43). La población con depresión leve, moderada y grave fueron (n=15), (n=28) y (n=23) respectivamente. Al realizar el análisis bivariado, se encontró significancia estadística cuando se expuso la edad comprendida durante la juventud (18-28 años) con los diagnósticos de depresión y ansiedad con valores de $p:0.028$ y $p:0.012$ respectivamente siendo factor de riesgo para depresión y factor protector para ansiedad.

Conclusiones: Se pudo observar que hay una tendencia esperada en la mayoría de variables y se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el factor sociodemográfico “edad” con los diagnósticos de ansiedad y depresión.

Palabras clave: Ansiedad, Depresión, COVID-19, Pandemia.

ABSTRACT

Introduction: Depression and anxiety are the two most common psychiatric pathologies in the world and in many cases they can coexist. With the appearance of the pandemic caused by the SARS-COV-2 coronavirus at the end of 2019, the cases of these conditions increased notably due to all the mainly psychological and social changes that the pandemic brought about.

Objective: Establish the sociodemographic and clinical factors related to depression and anxiety in patients who consult the psychiatry service of the Universidad del Norte hospital during the COVID-19 pandemic between 2020-2021.

Materials and methods: A descriptive cross-sectional study was carried out, where for data collection 928 medical records were reviewed from the database provided by the Hospital Universidad del Norte in which after applying the inclusion criteria and exclusion, 228 patients were obtained for study. The mean, mode, quartiles, and the OR value were used, where statistical significance was given by a P value ≤ 0.05

Results: 220 records were submitted to investigation, 79 patients had a diagnosis of depression, 46 a diagnosis of anxiety and 95 a diagnosis of mixed anxiety and depression disorder. Anxiety and depression were more evident in patients during adulthood (29-59 years) with (n=27) and (n=39) respectively.. The female sex was the most frequent in anxiety (n=30) and depression (n=49). Regarding occupation, in anxiety, there were the same number of patients with and without occupation (n=23) and (n=23), the patients with depression who had occupation were (n=43) and without occupation (n= 36). The marital status that was most evident in patients with anxiety was single (n=23), which was also found more frequently in those with depression (n=43). The population with mild, moderate and severe depression were (n=15), (n=28) and (n=23) respectively. When performing the bivariate analysis, statistical significance was found when the age comprised during youth (18-28 years) was exposed with the diagnoses of depression and anxiety with values of p:0.028 and p:0.012, respectively, being a risk factor for depression and a protective factor for anxiety.

Conclusions: It was observed that there is an expected trend in most variables and a statistically significant association was found between the sociodemographic factor "age" and the diagnoses of anxiety and depression.

Keywords: Anxiety, Depression, COVID-19, Pandemic.

INTRODUCCIÓN

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes en todo el mundo. Las personas que lo padecen se caracterizan por presentar un sentimiento constante de tristeza que, además, se asocia con un desinterés hacia todo lo que les rodea (1). Las personas también comienzan a perder el placer de las cosas y tienen sentimientos constantes de culpabilidad, a pesar de que el motivo de esta no tenga relación directa con ellos. Todo esto se traduce en un deterioro cognitivo y funcional de la persona que se manifiesta con fatiga, falta de concentración en sus actividades, dificultad para dormir e incluso trastornos en su patrón alimenticio, resaltando que el suicidio es el desenlace fatal que muchas de estas personas toman (1). La ansiedad por su parte se define como el resultado de un conjunto de factores que pueden llevar al individuo a experimentar sentimientos de angustia y desesperación como respuesta a una situación que ellos consideran amenazante sin una causa aparente. Este trastorno puede manifestarse periféricamente con palpitaciones, temblores, parestesias e incluso diarrea (2).

Ambos trastornos pueden coexistir entre sí algunas veces y su sintomatología característica ha tenido un aumento de casos en la población general durante la pandemia por COVID-19 debido a los cambios que ha implicado la pandemia tanto sociales como personales en las personas, tal como lo muestra el estudio “Prevalencia de síntomas de depresión en adultos estadounidenses antes y durante la pandemia por COVID-19” realizado por Ettman CK, et al, en 2020, en el cual se estableció la prevalencia de sintomatología depresiva y los factores de riesgos asociados a desarrollar esta misma en un grupo de adultos estadounidenses antes y durante la pandemia por COVID-19, en el cual los resultados de todos los tipos de sintomatología depresiva representadas en: leve, moderada, moderadamente grave y grave fueron superiores en el grupo encuestado durante la pandemia. Además, se evidenció que los factores de riesgo más asociados con el desarrollo de esta sintomatología fueron tener bajos recursos económicos y tener una mayor exposición a factores estresantes como la pérdida del trabajo (3).

Por otra parte, en el meta análisis “Prevalencia de estrés, ansiedad, depresión en la población general durante la pandemia de COVID-19” realizado por Salari N et al, 2020, se obtuvo una prevalencia de 29.6% para ansiedad en una muestra de 9074 personas, y la prevalencia de depresión en una muestra de 44.531 personas fue de 33,7%. Se puede apreciar entonces que la pandemia por COVID-19 no solo causa problemas de salud física, también puede llegar a causar trastornos psicológicos (4).

De esta forma teniendo en cuenta el impacto que puede tener la depresión y ansiedad en la vida quienes las padecen, y además observando el impacto que ha tenido la pandemia de COVID-19 en la incidencia de estos dos trastornos, surge la pregunta ¿Cuáles son los factores sociodemográficos y clínicos relacionados con depresión y ansiedad en pacientes que consultan al servicio

de psiquiatría del hospital Universidad del Norte durante la pandemia por COVID-19 entre 2020-2021?

El último reporte realizado por la OMS (Organización Mundial de la Salud), indicó que habían alrededor de 300 millones de personas que padecían depresión y que aproximadamente cada año se suicidan alrededor de 800.000 personas en todo el mundo, siendo el suicidio la segunda causa de muerte en las personas de entre 15 a 29 años. Por su parte la ansiedad, la padecen alrededor de 260 millones de personas en todo el mundo (1,5).

En América Latina, la OMS en el año 2017 realizó un reporte sobre la prevalencia de depresión y otros trastornos mentales comunes en el cual estaba incluida la ansiedad. En su reporte, se evidenció que la región de las Américas contribuye con el 15% al número total de casos de depresión en todo el mundo de los 322 millones de personas que la padecían. Por su parte, las Américas contribuyen con el 21% de los 264 millones de personas en todo el mundo que padecen de ansiedad (6).

Por su parte, este mismo reporte, dio los porcentajes de prevalencia por país de depresión y de ansiedad, en los cuales Colombia obtuvo como resultado una prevalencia total de depresión en su población del 4,7%, mientras que, en la ansiedad se obtuvo una prevalencia total del 5,8%. Además, presenta las drásticas consecuencias en cuanto al impacto en la calidad de vida que tienen estas condiciones en las personas que lo padecen, ya que reflejan que, en todo el mundo, en el caso de la depresión, más de 50 millones de años son vividos con discapacidad haciendo un acumulado global de todas las personas que padecen esta enfermedad. Por su parte la ansiedad, es la causante en menor medida, pero sin restarle importancia, de 24.6 millones de años vividos con discapacidad del total de las personas que padecen la condición en todo el mundo. En las Américas, estos años vividos con discapacidad debido a las consecuencias de padecer depresión y ansiedad, son 5.1 millones de años y 3.4 millones de años respectivamente (6).

En cuanto a las consecuencias que pueden presentar las personas que padecen estos trastornos, se han asociado a distintas problemáticas personales, como puede ser la asociación entre severos niveles de depresión y el consumo problemático de alcohol, que lleva incluso a empeorar los propios cuadros depresivos de quienes lo padecen (7). Desafortunadamente, el abuso del alcohol no es lo único de los problemas personales asociados a graves niveles de depresión, como se demuestra en el artículo “Depresión mayor y trastornos comórbidos por consumo de sustancias” realizado por Davis L., et al, 2008, en donde se reportó que los pacientes con depresión grave además del consumo excesivo de alcohol pueden desarrollar consumo y dependencia a drogas psicoactivas generando no solo un empeoramiento del cuadro psiquiátrico sino además ampliando el riesgo de suicidio (8).

En el metaanálisis “Calidad de vida en trastornos de ansiedad” realizado por Olatunji B, et al, en el 2007 se ha demostrado que aquellas personas que presentan trastornos de ansiedad tienen una peor calidad de vida comparado

con aquellos que no presentan estos trastornos (9). Pero, no solo las consecuencias de los trastornos depresivos y ansiosos afectan los aspectos personales de los pacientes sino que además pueden llegar a afectar el círculo social de la persona, como lo es la familia, la cual se ve fuertemente afectada cuando uno de sus integrantes tiene depresión, se ha evidenciado que cuando la depresión es de los padres esta causa una baja cohesión familiar, poca empatía y alto nivel de control paternal que afectan negativamente a la familia llevándola incluso a su disolución (10). Hay que tener en cuenta que esta condición representa un grado de morbilidad alto representado en las tasas de suicidio anual en todo el mundo a causa de la depresión (1).

Hay que tener en cuenta también, que la depresión además de influir en los comportamientos sociales y personales de las personas que lo padecen, se asocia también como un factor de riesgo cardiovascular, tal y como lo explica el artículo publicado en el Journal de neurociencia clínica titulado “Depresión y enfermedad cardiovascular en ancianos: conocimiento actual” realizado por Zhang Y et al, en 2018, de tal manera que la combinación de ambas enfermedades, van a terminar en peores resultados llevando aún más al límite superior su impacto en la salud pública. También se explica que hay una elevada incidencia de depresión en enfermedades con impacto cardiovascular como lo son la hipertensión arterial, el síndrome coronario y la diabetes, demostrándose aún más la fuerte asociación que tiene la depresión como factor de riesgo cardiovascular (11).

Se ha asociado la depresión también con sintomatología dolorosa como lo explica el artículo publicado en la revista JAMA titulado “Comorbilidad de depresión y dolor: revisión de la literatura” realizado por Bair MJ et al, en 2003, en el cual explican que hubo una marcada asociación y prevalencia de depresión en la corte que experimentaba dolor y de dolor en la corte que padecía de depresión, siendo esta prevalencia mayor que cuando se analizaba el dolor y la depresión por separado, generando que hayan peores desenlaces en cuanto a tratamiento de la depresión, ya que hace a los pacientes refractarios al tratamiento y de esta misma manera causa que disminuya considerablemente la calidad de vida del paciente, que tenga una función laboral afectada y que tenga la necesidad de consultar con mayor frecuencia a los servicios médicos, aumentando los costos generados por esta enfermedad (12).

La depresión puede estar presente y afectar a todos los grupos etarios, puede estar presente tanto en niños como en adolescentes, incluso puede llegar a afectar la evolución de enfermedades ya presentes en los jóvenes, como lo informa la revisión sistemática “Ansiedad en niños y adolescentes con condiciones médicas crónicas” realizado por Cobham V et al, 2019, donde afirman que puede llegar a ver una asociación entre la ansiedad y resultados adversos relacionados con enfermedades crónicas de los jóvenes (13).

Cabe destacar también que, según la OMS, el costo anual que la depresión y la ansiedad generada a nivel mundial por año, está alrededor de 1 billón de dólares, pero, a pesar de esto, el comunicado dado por la OMS, revela también que la inversión hecha en el manejo de estas patologías, rinde un 400%, es decir, que por cada dólar (1\$) invertido en el tratamiento de estas condiciones, se retribuyen 4\$ en lo que respecta a la mejora de salud y la capacidad de trabajo por persona (14). Esto debe considerarse como un motivo adicional para brindarle la atención que necesita la promoción de la salud y prevención de dichas enfermedades, ya que no solo contribuye al mejoramiento de una calidad de vida de la persona, sino que también contribuye al mejoramiento de la economía nacional y mundial.

En cuanto a los costos en Colombia, el artículo titulado “La carga económica de la depresión en Colombia: costos directos del manejo intrahospitalario” presentado por la Revista Colombiana de Psiquiatría en el año 2010, se encontró que el costo promedio por una hospitalización por un cuadro depresivo, estuvo en 1.680.000 pesos, generando un costo promedio diario de 150.000 pesos, y que en 6 ciudades del país de donde recogieron datos, el costo total directo por las hospitalizaciones por depresión estaba en 54.000 millones de pesos y que en todo el país la suma se incrementa a 162.000 millones de pesos. Cabe resaltar que las personas que se hospitalizan debido a complicaciones o cuadros depresivos ya sean leves moderados o severos, tienen un porcentaje que vuelve a reincidir en la hospitalización, viéndose más notorio en las personas que sufren de depresión moderada y severa, ya que constituyen principalmente el 16% y 66% respectivamente de las personas que se hospitalizan por esta enfermedad, y que además el 10% de pacientes con depresión moderada y el 30% con depresión severa, son los que reingresan al servicio de hospitalización (15).

Es importante mencionar que la población en general tiene un conjunto de factores genéticos que los hace susceptibles ante ciertas enfermedades. Estos, en la mayoría de los casos y según la situación, permanecen silenciados o se silencian hasta que se exponen a otras circunstancias y/o factores ambientales que desencadenan la manifestación de la sintomatología. Como ya se ha visto en otros casos parecidos a la pandemia por SARS-COV-19, como los brotes del SARS-COV-1 y H1N1, constituye una situación estresora que permite el desarrollo de los trastornos mentales como lo son el trastorno de ansiedad y depresión. Debido a esta situación, el ministerio de salud, teniendo en cuenta no sólo al enfermo, sino a los familiares y en base a la guía de intervención mhGAP (programa de acción para superar las brechas en salud mental), implementó unas estrategias aplicables para los pacientes desde el sector salud considerando que son ellos la primera línea de consulta tanto de información, como de ayuda. En estas recomendaciones se incluyen la consideración de psicofármacos; promoción de la enfermedad con actividades como: psicoeducación en manifestaciones de los trastornos así como la identificación de signos y síntomas de alarma (pensamiento de autolesión o suicidio), fortalecimiento del apoyo social, funcionamiento adecuado en las

actividades diarias, la vida en comunidad, reducción del estrés; intervención psicológica breve: técnicas de relajación, orientación para la resolución de problemas, entre otras (16).

Además de estas recomendaciones, se cuenta con una plataforma de ayuda llamada way.com.co donde los pacientes pueden consultar por servicios en telemedicina y ayuda psicológica (16). Sin embargo, estas estrategias no son muy conocidas por la población en general y están más encaminadas hacia el personal de salud, lo cual propicia el estigma hacia la salud mental.

La depresión y sus efectos muchas veces pasan desapercibidos para quienes son ajenos a ello, y si bien se han realizado avances en lo que, a concepción general de depresión y ansiedad, este sigue siendo un tema estigmatizado para muchas personas (17). Es por esto por lo que muchas veces no se le da la importancia que realmente merece, haciendo que la recolección de información a partir de artículos de investigación en nuestro medio local sea escasa. Razón por la cual se establece como objetivo principal del estudio el establecer los factores sociodemográficos y clínicos relacionados con depresión y ansiedad en pacientes que consultan al servicio de psiquiatría del hospital Universidad del Norte durante la pandemia por COVID-19 entre 2020-2021

En base a esto, se consideran como objetivos específicos del estudio establecer las características sociodemográficas (sexo, edad, estrato socioeconómico, ocupación, estado civil, nivel de escolaridad) y clínicas (diagnóstico previo de COVID-19) de los pacientes que consultan al servicio de psiquiatría del hospital Universidad del Norte durante la pandemia por COVID-19 entre 2020-2021, determinar los distintos niveles de ansiedad y depresión en pacientes que consultan al servicio de psiquiatría del hospital Universidad del Norte durante la pandemia por COVID-19 entre 2020-2021 y determinar la asociación entre factores sociodemográficos y clínicos con depresión y ansiedad durante la pandemia por COVID-19.

El alcance fundamental de este estudio será fomentar la importancia que tiene el conocer a fondo la depresión y la ansiedad, para que, por medio de la caracterización de la población en estudio, se pueda esclarecer qué factores están más estrechamente relacionados con el desarrollo de dichas enfermedades teniendo en cuentas las distintas etapas en las cuales se desarrolló la pandemia y, por tanto, el confinamiento. Subsecuentemente, los resultados que se obtengan de este trabajo ayudarán a que se inicien acciones tales como estrategias de prevención de la enfermedad y promoción de la salud mental, con el fin de disminuir la incidencia de estas enfermedades mentales, en las que muy poco se tiene en cuenta las implicaciones tanto personales, sociales y hasta económicas que pueden verse afectadas debido a que a veces no se realizan las intervenciones necesarias para su control, y que debido a la pandemia por COVID-19 han tenido un aumento en su incidencia.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1 SALUD MENTAL:

La organización mundial de la salud (OMS) considera la salud mental un complemento de vital importancia para lo que la concepción de salud general implica y no debe considerarse simplemente como la ausencia de enfermedades o discapacidad intelectual (18). La salud mental se ve reflejada en personas que son capaces de explotar sus cualidades y que logran enfrentar las adversidades que la vida ofrece, permitiendo que la persona tenga un correcto desarrollo en el ámbito social aportando a la comunidad mediante un trabajo productivo (18). Estas capacidades pueden verse afectadas por varias enfermedades y condiciones como lo son los trastornos mentales, debido a que engloban un espectro tanto biológico, psicológico y social que van a interferir con el desarrollo de una salud mental adecuada.

1.2 DEPRESIÓN:

Según Kaplan & Sadock la depresión hace parte de los trastornos del estado de ánimo que, para que cumpla con su definición, el episodio depresivo debe durar al menos 2 semanas. Para que a la persona se le atribuya este diagnóstico, comúnmente cumple con determinados criterios característicos como alteraciones en su condición física y mental, en las que destacan la pérdida de peso, pérdida de apetito, una constante falta de energía, cambios en su patrón de sueño y en las actividades que normalmente desempeña anterior al episodio depresivo, así como también sentimiento constante de culpabilidad, falta de concentración y constantes pensamientos de muerte e ideación suicida (2,19).

La depresión o trastorno depresivo mayor tiene una clasificación establecida por el DSM - V, que es la quinta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales publicado por la asociación estadounidense de psiquiatría, en el que clasifican el trastorno depresivo mayor en (20):

- Trastorno depresivo mayor de episodio único
- Trastorno depresivo mayor de episodio recurrente (trastorno depresivo que se presenta en 2 o más oportunidades con un intervalo mayor a 2 meses entre cada episodio)

A su vez, tanto el trastorno depresivo mayor de episodio único y el trastorno depresivo mayor de episodio recurrente, se van a subdividir en (20):

- Leve
- Moderado
- Grave
- Con características psicóticas
- En remisión parcial

- En remisión total
- No especificado

1.2.1 FACTORES DE RIESGO

1.2.1.1 Sexo

Se sugiere comúnmente que independientemente del país o cultura aproximadamente el doble de mujeres sufre de depresión mayor en comparación con los hombres. Las diferencias de sexo relacionadas con la depresión varían con la edad, en niños y niñas se puede observar una prevalencia similar, esta diferencia de prevalencia aparece alrededor de los 10 años y persistirá hasta la mediana edad, para luego desaparecer (2,21). Aunque no se ha llegado a establecer los mecanismos fisiopatológicos que generan esta diferencia de prevalencia en el sexo, si se han propuesto una serie de posibles razones, entre ellas están las diferentes hormonas implicadas, se ha demostrado que existe una relación entre los estrógenos y el estado de ánimo, otra razones propuestas son los efectos del parto, los diferentes factores estresantes psicosociales en mujeres y varones (Se ha demostrado que las mujeres son más vulnerables a los efectos del estrés) y los modelos de comportamiento de indefensión (2,22).

1.2.1.2 Edad

Se estima que la media en la que inicia el trastorno depresivo ronda los 40 años, además, aproximadamente el 50% de todos los casos de depresión, aparecen en un rango de entre 20 a 50 años (2). A pesar de que no se tiene una edad concreta en la que aparece este trastorno, ya que puede aparecer tanto a tempranas edades como en la infancia, así como también en la adultez y edad avanzada, recientes reportes epidemiológicos, han venido evidenciando un incremento de nuevos casos de depresión en la población menor de 20 años, debido a que se ha asociado con el consumo nocivo del alcohol y de sustancias psicoactivas que tienen mayor índice de consumo a estas edades tempranas (2).

1.2.1.3 Estatus socioeconómico

A pesar de que se discute si realmente hay una asociación entre el estatus socioeconómico con el desarrollo de enfermedades y trastornos mentales como la depresión, debido a que algunos autores afirman que no existe una correlación entre el nivel socioeconómico y el trastorno depresivo, otros estudios han demostrado que si hay una asociación fuerte entre los distintos niveles de pobreza con el desarrollo de enfermedades mentales comunes en las que se incluye la depresión y ansiedad, especialmente en países de bajos y medianos ingresos (2,23).

1.2.2 DIAGNÓSTICO

A pesar de que hay varios sistemas de clasificación para la medición y diagnóstico de depresión mayor en los pacientes, como lo son el DSM - V y el CIE -10, en el presente estudio el sistema de clasificación y diagnóstico que se utilizará será la de CIE - 10. Este sistema de clasificación, aplicado por el profesional de la salud al paciente, consiste en la identificación inicialmente del tiempo que debe durar el episodio depresivo para que sea consistente con el diagnóstico, el cual especifica que debe tener una duración de al menos dos semanas, además de asegurarse que el episodio no está relacionado o pueda atribuirse al consumo de sustancias psicoactivas o a un trastorno mental orgánico. Inicialmente, se indagan síntomas como un estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. Estos síntomas pueden medirse por la reducción en la concentración, alteración del sueño y un cansancio exagerado por actividades que no necesitan de gran esfuerzo. En algunos casos puede estar acompañado de ideas de culpa o inutilidad reflejadas en una autoestima reducida (24).

Adicionalmente se indaga la presencia o ausencia de un síndrome somático que incluye síntomas como la pérdida de apetito, pérdida notable de peso (5% en el último mes), empeoramiento matutino de síntomas depresivos, pérdida importante o incapacidad de disfrutar situaciones que anteriormente eran placenteras, ausencia de reacciones emocionales que habitualmente generaban alguna respuesta, disminución notable del interés sexual, despertar por la mañana 2 o más horas antes del horario habitual y presencia de enlentecimiento motor o agitación. Se considera positivo en pacientes que tengan presentes 4 de los síntomas mencionados anteriormente (24).

1.3 ANSIEDAD:

La ansiedad es un estado emocional poco placentero que consecuentemente se caracteriza por presentarse junto a síntomas somáticos como pueden ser mareos, sudoración, taquicardia, hiperreflexia, midriasis, síncope, temblor, entre muchos otros síntomas; también se suelen acompañar de síntomas psíquicos que incluyen alteraciones tanto conductuales, afectivos y cognoscitivos como lo son nerviosismo, miedo irracional, intranquilidad, entre más presentaciones (25).

Ahora, la ansiedad es normal en la vida de cualquier persona, pero esta se vuelve patológica y se torna en un trastorno de ansiedad cuando presentan síntomas de ansiedad sin un estímulo que lo desencadene, o presentan una sintomatología ansiosa muy intensa causada por un estímulo muy leve (26).

Los trastornos de ansiedad van a variar dependiendo de su presentación clínica, es por eso que el DMS-V establece una serie de clasificaciones de los trastornos de ansiedad dependiendo de las características que presente dicho trastorno de ansiedad (20).

- Trastorno de ansiedad por separación
- Mutismo selectivo
- Fobia específica
- Trastorno de ansiedad social
- Trastorno de pánico
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastornos de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos
- Agorafobia
- Trastornos de ansiedad causados por enfermedad médica
- Otro trastorno de ansiedad específico: Aquí se incluyen patologías caracterizadas por tener una presentación clínica de un trastorno de ansiedad, pero que no se puede clasificar como alguno de los trastornos específicos previamente mencionados porque no cumple con los criterios suficientes para clasificarlo, se incluyen trastornos como (20):
 - Ataques sintomáticos limitados
 - Ansiedad generalizada que no se produce en un mayor número de días que en los que está presente
 - Khyal Cap (Ataque del viento)
 - Ataque de nervios
- Otro trastorno de ansiedad no específico: Esta clasificación abarca los cuadros clínicos característicos de un cuadro de ansiedad, pero no se cumple con los criterios suficientes para clasificarlo en un trastorno específico (27).

1.3.1 FACTORES DE RIESGO

1.3.1.1 Sexo

Las mujeres tienen un riesgo significativamente mayor en comparación a los hombres para desarrollar ansiedad, teniendo un cociente aproximado de 2:1. Es difícil identificar las causas biológicas y culturales que generan esta diferencia entre sexos, entre posibles variables están las diferencias de comportamiento en ambos sexos que exponen al individuo a un mayor riesgo de ansiedad, el impacto de la senescencia reproductiva, la diferencia entre ambos sexos en la exposición a factores estresores en el ambiente que varían en tipo y frecuencia (2,22).

1.3.1.2 Edad

La edad es un factor de riesgo importante en la ansiedad. Existe evidencia que demuestra que los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más frecuentes en la niñez y adolescencia (28). En adultos jóvenes los trastornos de ansiedad son muy frecuentes y perjudiciales, ya que pueden afectar a nivel

laboral y social al individuo llevando a una acumulación de factores estresantes y cronicidad futura (29).

1.3.1.2 Genética

En general los hijos de madres con trastornos de ansiedad tienen un mayor riesgo de desarrollar ansiedad, en comparación con los hijos de madres sin trastorno de ansiedad, este riesgo que presenta el hijo llega a aumentar significativamente en situaciones donde ambos padres presentan trastornos de ansiedad en comparación con hijos con un solo padre afectado (30,31).

1.3.2 DIAGNÓSTICO

Dependiendo de la situación en la cual se encuentre el individuo que experimenta los episodios de ansiedad, el CIE-10 describe unas pautas diagnósticas para cada uno. Para este estudio se estudiarán pacientes que hayan sido diagnosticados con trastorno de ansiedad generalizada. Los síntomas más frecuentes incluyen un constante nerviosismo, temblores, tensión muscular, sudoración, aturdimiento, palpitaciones, mareos, malestar epigástrico excluyendo como causa un trastorno orgánico, hipertiroidismo o consumo de sustancias psicoactivas. Por lo general, el paciente siente temor de que él o sus allegados puedan padecer una enfermedad o sufrir un accidente.

Cabe resaltar que los síntomas, tales como preocupación y aprensión sobre los acontecimientos y problemas de la vida diaria, deben estar presentes por los seis meses. Además de los ya mencionados, se tienen en cuenta 22 síntomas que están clasificados según el lugar donde aparecen, así:

- Síntomas autonómicos: Palpitaciones o golpe del corazón, sudoración, temblor o sacudidas, sequedad de boca (descartando medicación o deshidratación).
- Síntomas relacionados con el pecho y abdomen: Dificultad para respirar, sensación de ahogo, dolor o malestar en el pecho, náuseas o malestar abdominal.
- Síntomas relacionados con el estado mental: Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento; desrealización o despersonalización; miedo a perder el control, volverse loco o perder la conciencia; miedo a morir.
- Síntomas generales: Sofocos de calor o escalofríos; aturdimiento o sensaciones de hormigueo; tensión, dolores o molestias musculares; inquietud o incapacidad para relajarse; sentimiento de sentirse bajo presión o tensión mental; sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.
- Otros síntomas no específicos: Respuesta exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos, dificultad para concentrarse por la preocupación, irritabilidad persistente, dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones.

Los síntomas que presenta el paciente deben ser por lo menos 4, de los cuales uno de ellos debe ser del grupo uno al cuatro (24).

1.4 PANDEMIA, COVID-19 Y ENFERMEDADES MENTALES

La pandemia por SARS-COV-2 inició el 31 de diciembre del 2019 como un brote en Wuhan, China, que se notificó como un conglomerado de casos de neumonía en la ciudad. El 13 de enero del 2020 se notifica el primer caso fuera de China, con lo que al pasar del tiempo aparecieron nuevos casos por todo el mundo. Para el 11 de marzo del 2020 la OMS determina en su evaluación que la COVID-19 ya se consideraría una pandemia. En Colombia aparece su primer caso en Bogotá el 6 de marzo del 2020, con lo que el gobierno, decide tomar medidas de aislamiento preventivo el 25 de marzo del 2020 (32). Hasta la fecha actual , 19 de abril de 2021, se han reportado 141 millones de casos en todo el mundo, con más de 3 millones de muertes. En Colombia el 19 de abril del 2021 se han confirmado 2.667.136 casos y 68.748 muertes por COVID-19 (33).

A pesar de que mucho se habla acerca de las complicaciones médicas generales provocadas por la infección por SARS-COV-2, lastimosamente no se ha dado la importancia necesaria a los efectos directos o indirectos que puede causar esta enfermedad y su contexto de pandemia a las enfermedades psiquiátricas y problemas de salud mental, reflejándose en los pocos estudios que han sido publicados sobre este tema a pesar de que epidemias como la del SARS-COV-1 entre los años 2002 y 2003 trajeron consigo complicaciones psiquiátricas (34). Revisiones sistemáticas realizadas han demostrado que ha habido un marcado empeoramiento en las enfermedades psiquiátricas de personas con antecedentes y nuevos casos de sintomatología psiquiátrica en pacientes sin previos diagnósticos, entre los que destacan una prevalencia de síntomas de estrés postraumático en el 96,2% de la población, asociados también con un aumento de sintomatología depresiva y depresión propiamente dicha (14,6% a 48,3%), ansiedad (6,33% a 50,9%), un deterioro en la calidad del sueño y angustia psicológica (34,43% a 38%) (34,35).

Algunos de los factores de riesgo que en estas revisiones más se asociaron fueron el sexo femenino, el grupo de edad más joven (≤ 40 años), la presencia de enfermedades de tipo crónica o enfermedades psiquiátricas, el desempleo, ser estudiante, la frecuente exposición a redes sociales en el contexto de leer o escuchar un mayor número de noticias relacionadas al COVID-19, una mala salud autorrelacionada y el tener familiares que presenten la infección por SARS-COV-2 (34,35)

En cuanto a Latinoamérica, no ha quedado exenta de esta relación entre el aumento de enfermedades psiquiátricas relacionadas por la pandemia, según un reporte publicado en 2020 por UNICEF en el cual se evaluaría el impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de adolescentes y jóvenes latinoamericanos de entre 13 y 29 años encontró que, entre los participantes un 27% y 15% reportaron sentir ansiedad y depresión respectivamente, manifestando el 30% de ellos que la principal razón había sido la complicada situación económica causada por la pandemia (36).

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

2.1 TIPO DE ESTUDIO:

El tipo de estudio utilizado fue observacional descriptivo de tipo transversal. Se utilizó este tipo de estudio ya que permitió hacer una caracterización tanto sociodemográfica como clínica de los participantes, además de estimar la magnitud de la prevalencia en ansiedad y depresión en los pacientes que consultaron al servicio de psiquiatría del hospital Universidad del Norte entre el 2020 y 2021.

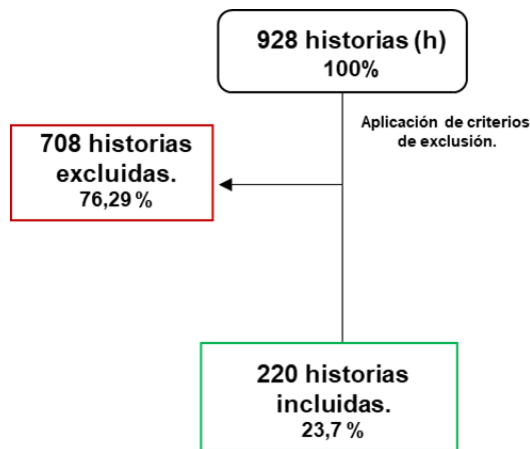
Población de estudio:

- **Población Diana:** Pacientes que consultaron al servicio de psiquiatría en los hospitales de los municipios de Barranquilla y Soledad durante el 2020 y 2021.
- **Población Accesible:** Pacientes que consultaron al servicio de psiquiatría del Hospital Universidad Del Norte durante el 2020 y el 2021.
- **Población Elegible:** Pacientes que consultaron al servicio de psiquiatría del Hospital Universidad Del Norte durante el 2020 y el 2021 que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, que se indican.
 - **Criterios de inclusión**
 - Cuadro clínico de depresión y/o ansiedad que inició durante la pandemia por COVID-19.
 - Mayores de 18 años.
 - **Criterios de exclusión**
 - Antecedentes de diagnóstico de depresión y/o ansiedad previo a la pandemia por COVID-19.
 - Pacientes que consultaron por otro cuadro psiquiátrico diferente a depresión y/o Ansiedad.

6.2.3 Técnica de muestreo

Se revisaron un total de 928 historias de las cuales se excluyeron 708 que no cumplieron con los criterios de participación en el estudio quedando así un total de 220 historias sometidas a estudio (**Ver figura 1**).

Figura 1. Flujograma de depuración de la base de datos.



2.2 VARIABLES:

Variables sociodemográficas: Estas permitieron hacer una descripción y caracterización de la población que fue incluida en el estudio, acorde a las características sociales y demográficas en las que se incluyeron la edad, que es el tiempo vivido por una persona expresada en años; el sexo, que es la condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres (masculino y femenino); estrato socioeconómico que es el estrato definido en Colombia (estrato 1,2,3,4,5 y 6); estado civil, que es la situación de la persona natural determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco (casado/a o soltero/a); ocupación, que hace referencia a lo que la persona se dedica ya sea trabajo, empleo, actividad o profesión y fue medida acorde al empleo u ocupación definida por el paciente; y nivel de escolaridad, el cual es el máximo grado de educación alcanzado (bachiller, técnico, tecnólogo, profesional o especialista) **(Ver tabla 1), (Ver anexo 1).**

Variables Clínicas: En cuanto a las variables incluidas en los factores clínicos, serán definidas como las condiciones fisiológicas que el paciente presentó al momento de la realización de la historia clínica, en la que se incluirá el antecedente diagnóstico de COVID-19, depresión de novo y sus grados (leve, moderada, grave) que será medido mediante los criterios diagnósticos determinados por el CIE-10 durante la entrevista médica con el paciente, ansiedad generalizada que fue medido mediante los criterios diagnósticos determinados por el CIE-10 durante la entrevista médica con el paciente. **(Ver tabla 1), (Ver anexo 1).**

Tabla 1.

Variables Presentes en el Estudio.

Macrovariable	Variable
Sociodemográficas	Edad
	Sexo
	Estrato socioeconómico
	Ocupación
	Estado civil
	Nivel de escolaridad
Clínicas	Antecedente diagnóstico de COVID-19
	Depresión leve
	Depresión moderada
	Depresión grave
	Ansiedad generalizada

Fuente: Elaborado por los investigadores.

2.3 PLAN DE RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Durante el plan de recopilación en cuanto a la sensibilización, inicialmente se solicitó el permiso a las autoridades del Hospital Universidad del Norte brindándoles información sobre el propósito que tiene definido el presente trabajo, con el fin de motivarlos a la participación del proyecto para la facilitación de las historias clínicas con las que se trabajaron.

Para la técnica de recopilación de datos, se utilizó una fuente secundaria, específicamente la técnica de documentación, utilizando las historias clínicas administradas por el Hospital Universidad del Norte de todos los pacientes que consultaron al servicio de psiquiatría y fueron diagnosticados con depresión y/o ansiedad durante el periodo comprendido entre el 2020 y 2021. De los datos que se recolectaron se obtuvo únicamente de las historias clínicas que los investigadores revisaron teniendo en cuenta que los pacientes que fueron incluidos en el estudio cumplieran con los criterios de inclusión.

Debido al método por el cual se recopiló la información, se realizó una estandarización para el análisis de los datos presentados en las historias

clínicas ya que los investigadores que fueron los encargados de analizar dichas historias clínicas, no debieron realizar encuestas u otras técnicas de recopilación. A pesar de eso, la estandarización, permitió que el proceso de tabulación de datos se hiciera de manera completa, además, se hizo énfasis en el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión para determinar las historias clínicas con las que finalmente se trabajaron.

2.4 ASPECTOS ÉTICOS

Según la resolución número 8430 de 1993 el estudio que se realizó se clasificó como una investigación sin riesgo, ya que fue un estudio en el cual se emplearon técnicas y métodos de investigación documental retrospectivo, donde no se realizó ninguna intervención o contacto con los individuos que participaron en el estudio.

De la misma forma, se aseguró en el estudio la total confidencialidad de la información de los pacientes de estudio acorde a los lineamientos establecidos en el artículo 15 de la resolución 8430 de 1993, en el cual se estableció que se mantendrá la total confidencialidad de la información relacionada con su privacidad, todo esto teniendo en cuenta el aval que brindó el comité de ética para la viabilidad de la realización del estudio.

Se presentó al comité de investigación del hospital Universidad del Norte el 2 de septiembre de 2021, con posterior aval por parte de este el 16 de marzo de 2022 (**Anexo 2**).

El 24 de febrero de 2022 se sometió el proyecto a comité de ética, con posterior aprobación el día 22 de marzo de 2022 (**Anexo 3**).

2.5 PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS

La tabulación de los datos se realizó de manera mecánica mediante la utilización del programa “Excel 2016.” Teniendo en cuenta la información que se obtuvo de las historias clínicas revisadas, se elaboró una base de datos en el mismo programa mencionado anteriormente, en la que se agrupó cada una de las variables que se tuvieron en cuenta a la hora de la revisión de las historias clínicas, dicha base de datos estuvo a cargo de todos los integrantes del proyecto con el fin de minimizar la posibilidad de errores en la tabulación de los datos que pudiera cometer cualquier integrante del proyecto. Para el análisis de los datos se utilizó el software Epi info en su versión 7.2.5 en el cual se realizó el análisis univariado, bivariado y agrupación de variables.

2.6 PLAN DE PRESENTACIÓN

En cuanto a la presentación de los resultados del proyecto, se emplearon tablas univariadas y bivariadas además de gráficos que representan el cumplimiento de los objetivos específicos (**Anexo 1**). Cada una de estas tablas, se construyó teniendo en cuenta el tipo de variable a representar y su naturaleza.

2.7 PLAN DE ANÁLISIS.

El análisis descriptivo que se realizó para las variables cualitativas fue por medio de porcentajes, mientras que en el caso de las variables cuantitativas el análisis se realizó mediante medidas de tendencia central (medias). Después de la realización del análisis de los datos, se determinó la frecuencia de factores sociodemográficos y clínicos en la población que se estudió, se realizó la caracterización de la población de acuerdo a estos mismos factores, se hizo un cruce de las variables tanto clínicas como sociodemográficas para establecer una posible asociación de estas mismas con el desenlace esperado que sería la presencia de ansiedad o depresión. Para ello, se utilizaron porcentajes que permitió establecer si existen o no diferencias significativas entre los diferentes grupos de variables, el nivel de significancia se estableció con p valor < 0.05 (**Anexo 1**).

CAPÍTULO III. RESULTADOS

3.1 FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS DE PACIENTES CON DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD

El análisis mostró que la edad promedio de los pacientes fue de 41,18 años, el 25% tiene menos de 25 años y el 75% tiene menos de 53 años. Los grupos etarios se clasificaron en joven (18-28 años) adultez (29-59 años) y vejez (60 años o más) los que tuvieron mayor proporción fueron adultos y jóvenes con valores de 82,2% (n=111) y 30% (n=64) respectivamente, el grupo etario de menor proporción fue vejez con 17,8% (n=38), observando los resultados se puede concluir que la mayoría de los pacientes fueron adultos.

En cuanto al sexo predominaron las mujeres con un 62% (n=149). El 48.8% de individuos al momento de la realización del trabajo se encontraban desempleados. En el estado civil se vio una predominancia de soltero con 45% (n=99) seguido de casado con 31% (n=68), siendo separado 2.2% (n=5) el grupo en el cual se evidenció una menor proporción. **(Tabla 2)**

Tabla 2.

Población Distribuida según Variables Sociodemográficas en Hospital Universidad del Norte durante la Pandemia por COVID-19 entre 2020-2021.

Variables sociodemográficas	n	Porcentaje
Edad	Joven	64 30%
	Adulterez	111 82,2%
	Vejez	38 17,8%
Sexo	Masculino	71 32%
	Femenino	149 68%
Ocupación	Profesionales de la salud	8 3,6%
	Comerciantes	4 1,8%
	Educadores	3 1,4%
	Otros	22 10%
	Desempleado	108 49%
	Estudiantes	32 14%
	Ama de casa	40 18%
Estado Civil	Casado	68 31%
	Separado	5 2,2%
	Soltero	99 45%
	Unión libre	40 18,2%
	Viudo	8 3,6%

Fuente: Elaborado por los investigadores.

3.2 NIVELES DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD GENERALIZADA Y TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.

En cuanto a los niveles de depresión se encontró que en el total de la muestra estudiada la depresión moderada fue la que mayor frecuencia tuvo con un 12.7% (n=28), seguido de la depresión grave con un 10,5% (n=23), por su parte, la depresión leve tuvo una frecuencia del 6.8% (n=15) en la población. El resto de la distribución de la depresión se incluyó en el apartado diagnóstico que no especificaba un nivel de gravedad con un 5.4% (n=12) y otros cubre el diagnóstico de “otros episodios depresivos” que fue diagnosticado en un paciente y aportó un 0.5% (n=1).

La ansiedad por su parte tuvo una frecuencia del 20.9% (n=46) en la población estudiada, aunque esta no se clasificó según la intensidad.

Aunque no era objetivo explícito del presente proyecto el estudio del diagnóstico de trastorno mixto de ansiedad y depresión, esta tuvo una frecuencia del 43.2% (n=95) en la población estudiada.

Tabla 3.

Población Distribuida según los Niveles de Depresión, Ansiedad Generalizada y Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión en Hospital Universidad del Norte durante la Pandemia por COVID-19 entre 2020-2021.

Depresión	Niveles de gravedad	n	%
	Grave	23	10,5%
	Moderada	28	12,7%
	Leve	15	6,8%
	No especificado	12	5,4%
	Otros	1	0,5%
Ansiedad Generalizada		46	20,9%
Trastorno mixto de ansiedad y depresión		95	43,2%
Total		220	100%

Fuente: Elaborado por los investigadores.

3.3 ASOCIACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

El análisis de los datos mostró que el grupo etario con mayor presencia de ansiedad fue la adultez (n=27) con 21,9%, seguido de joven (n=9) con 7,3%, el grupo con menor presencia de ansiedad fue la adultez (n=39) con 31,7%, seguido de joven (n=32) con 26%. Se observó una asociación estadísticamente significativa entre la variable edad con ansiedad con un valor P de 0,028.

Con relación al sexo se observó que el grupo con mayor porcentaje de ansiedad fueron las mujeres (n=30) con un 24%, sin embargo no se observó una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre estas variables y ansiedad.

Con respecto a la variable de ocupación se encontró que la frecuencia fue la misma tanto para pacientes con ocupación y sin ocupación, sin embargo no se observó una asociación estadísticamente significativa ($p > 0,05$) entre estas variables y ansiedad.

Observando los resultados de la variable de estado civil se logró ver que el grupo con mayor presencia de ansiedad fueron los solteros (n=23) con 18,4%, seguido de casado (n=15) con 12%, además el grupo con menor frecuencia fueron los solteros (n=43) con 34,4%, seguido de casado (n=18) con 14,4%, sin embargo no se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre estas variables y ansiedad. **(Tabla 4)**

Tabla 4

Distribución de Ansiedad según Variables Sociodemográficas en Pacientes que Consultaron al Servicio de Psiquiátrica en Hospital Universidad del Norte durante la Pandemia por Covid-19 entre 2020-2021.

		Ansiedad				P valor	IC
		SI		NO			
		n	%	n	%		
Edad	Joven	9	7,3%	32	26%	0,028	0,1599-0,8919
	Adultez	27	21,9%	39	31,7%		
	Vejez	8	6,5%	8	6,5%		
Sexo	Masculino	16	12,2%	30	24%	0,847	0,5379-2,4498
	Femenino	30	24%	49	39,2%		
Ocupación	Con Ocupación	23	18,4%	43	34,4%	0,711	0,5767-2,4738
	Sin Ocupación	23	18,4%	36	28,8%		
Estado Civil	Soltero	23	18,4%	43	34,4%	0,57	0,3686-1,6038
	Separado	0	0%	3	2,4%		
	Viudo	2	1,6%	2	1,6%		
	Casado	15	12%	18	14,4%		
	Unión libre	6	4,8%	13	10,4%		

Fuente: Elaborado por los investigadores.

3.4 ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el estudio y representados en la tabla (**Tabla 5**), se pudo observar que los grupos etarios con mayor presencia de depresión fueron la adultez (n=39) correspondiendo a un 31,7% seguido por joven (n=32) con un 26%, mientras que el grupo con menor presencia de depresión fue adultez (n=27) correspondió a un 21,9%. Se logró observar una significancia estadística entre estas variables y depresión con P valor de 0.028.

Con respecto a la relación del sexo con la depresión se observó que el grupo con mayor porcentaje de depresión fueron las mujeres (n=49) con un 39,2%, sin embargo no se observó una asociación estadísticamente significativa (p<0.05) entre estas variables y depresión.

Analizando los resultados obtenidos con respecto a la relación de la ocupación de los paciente, la mayor frecuencia de depresión se encontró en los pacientes con ocupación (n=43) correspondiendo a un 34,4%, sin embargo aquellos con menor presencia de depresión se encontró en ambos grupos poblacionales (n=23 correspondiendo al 18,4% en cada uno de ellos), además se debe tener en cuenta que no se encontró significancia estadística entre la asociación de estas variables con la depresión.

Con respecto al estado civil, se puede destacar que se encontró una mayor presencia de depresión en los pacientes solteros (n=43) siendo un 34,4%, seguidos por aquellos que se encuentran casados (n=18) correspondiendo a un 14,4%, en contraposición el grupo con menor presencia de depresión fueron los viudos (n=2) siendo un 1,6%. Sin embargo no se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre estas variables y depresión.

Tabla 5

Distribución de Depresión según Variables Sociodemográficas en Pacientes que Consultaron al Servicio de Psiquiátrica en Hospital Universidad del Norte durante la Pandemia por Covid-19 entre 2020-2021

		Depresión				P valor	IC
		SI		NO			
		n	%	n	%		
Edad	Joven	32	26%	9	7,3%	0,012	1,1212-6,2527
	Adulthood	39	31,7%	27	21,9%		
	Vejez	8	6,5%	8	6,5%		
Sexo	Masculino	30	24%	16	12,2%	0,847	0,4082-1,8590
	Femenino	49	39,2%	30	24%		
Ocupación	Con Ocupación	43	34,4%	23	18,4%	0,711	0,4042-1,7339
	Sin Ocupación	36	28,8%	23	18,4%		
Estado Civil	Soltero	43	34,4%	23	18,4%	0,573	0,6235-2,7131
	Separado	3	2,4%	0	0%		
	Viudo	2	1,6%	2	1,6%		
	Casado	18	14,4%	15	12%		
	Unión libre	13	10,4%	6	4,8%		

Fuente: Elaborado por los investigadores.

CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

La depresión y ansiedad son dos de las enfermedades mentales más importantes de la actualidad debido a que son los trastornos mentales más frecuentes que podemos encontrar en la población general, aquellos que presentan estas enfermedades, suelen cursar con insomnio, trastornos en el apetito, falta de concentración e incluso suicidio. (1). Por otra parte, la pandemia por COVID-19 trajo consigo muchos cambios personales a los cuales no todos llegan a adaptarse generando no sólo problemas físicos en los pacientes, sino también precipitando trastornos mentales como podría ser la depresión y ansiedad (4). De esta forma surgió nuestra principal pregunta investigativa y eje central de la investigación, enfocada en los factores sociodemográficos y clínicos relacionados con depresión y ansiedad en pacientes que han consultado en nuestro medio. Una vez obtenidos los datos con el fin de responder esta pregunta, se obtuvo que existió significancia estadística entre la variable edad y ambos diagnósticos, también es importante destacar que los demás resultados siguieron cierta tendencia planteada en la bibliografía investigada.

Según la bibliografía consultada, la edad es una variable sociodemográfica que constituye un factor de riesgo en el desarrollo de estas enfermedades: la depresión es más frecuente en la adultez (2) y la ansiedad es más frecuente en la juventud (28). En el estudio se encontró una asociación estadísticamente significativa respecto a la edad y los diagnósticos de depresión y ansiedad, en cuanto a la ansiedad, el grupo etario que se asoció como factor protector con el diagnóstico fue el de los jóvenes, contrario a lo que refiere la literatura. En cuanto a la depresión, a diferencia de lo que se estipula en la literatura revisada, en nuestro estudio la adultez no se relaciona significativamente con el diagnóstico de depresión, mientras que cuando se hizo la asociación de esta patología con el grupo etario de jóvenes, sí se evidenció una asociación estadísticamente significativa.

Respecto a la variable sociodemográfica sexo no se vio una significancia estadística. Sin embargo, la tendencia en este estudio mostraba un porcentaje mayor en mujeres a comparación de los hombres teniendo en cuenta la bibliografía que expone el hecho de que las mujeres tienen más probabilidad de sufrir estos trastornos (2, 22).

En cuanto al estado civil no se vio una diferencia estadísticamente significativa, con respecto a depresión se observó una tendencia en la cual en los solteros hubo una mayor presencia de depresión. Por otra parte, en la variable ocupación se hizo una agrupación ya que en las historias clínicas aparecían un grupo extenso de ocupaciones con un número mínimo entre cada una. Se excluyen de estas agrupaciones las amas de casa, los estudiantes y desempleados ya que tienen un número bastante considerable. Se agruparon las variables Fisioterapeutas, farmacéuticos, profesionales de enfermería, profesionales de la salud, otros profesionales de la salud como “Profesionales de la salud”, los Comerciantes y vendedores de tiendas y almacenes,

Directores administradores y comerciales, vendedores, profesionales de las ventas, la comercialización y las relaciones públicas como “Comerciantes”, Los Educadores para necesidades especiales, otros profesionales de la enseñanza, profesores de formación profesional como “Educadores”, los Agentes de servicios de seguridad social, conductores de autobuses y tranvías, diseñadores y administradores de bases de datos, empleados de servicios de información al cliente, guardianes de prisión, ingenieros industriales y de producción, otro personal de apoyo administrativo, otros oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios, periodista, personas que realizan trabajos varios, pensionados, otras ocupaciones elementales como “Otros”, y ha declarado ocupación y no aplica cómo “No aplica”. A pesar que la evidencia demostraba que las personas desempleadas y estudiantes eran quienes más presentaban estas patologías, y que en nuestro estudio se mantuvo esta tendencia ya que se encontraron gran número de estudiantes y desempleados, no se logró encontrar una significancia estadística entre los resultados.

Es importante destacar como resultado secundario la presencia del Trastorno mixto de ansiedad y depresión, el cual evidencia en buena medida el cómo estas dos patologías pueden coexistir (3). La evaluación de la frecuencia del trastorno mixto nos permite entender mejor la importancia de esta patología y como su amplia frecuencia la hace importante objeto de estudio para futuros estudios que busquen profundizar aún más sobre patologías en donde coexistan tanto la depresión como la ansiedad.

Del presente proyecto se puede destacar el hecho de que contribuye a la información que se tiene actualmente sobre las características sociodemográficas que más se evalúan en la mayoría de estudios como lo son la edad, el sexo, la ocupación y el estado civil que en esta oportunidad se expresan en pacientes que padecen una o ambas de las dos enfermedades psiquiátricas con más prevalencia mundial como lo son la depresión y la ansiedad, esto con énfasis en las características de la población que en su mayoría hacían parte de la costa caribe de Colombia, pero que no por esto deja de ser un estudio extrapolable a nivel nacional, ya que no se involucran situaciones que puedan ser autoctonas de la región pudiendo alterar la generalización del trabajo, lo que facilita su validez interna y externa, contribuyendo también a la escasa información que hay actualmente sobre este tema a nivel nacional, situación que se evidenció durante la búsqueda de información que se realizó durante la realización del proyecto. En cuanto a las limitaciones el primer obstáculo que se tuvo fue la composición de las historias clínicas y las variables que se contenían, no se pudo realizar un adecuado análisis debido a la ausencia de variables de importancia en las historias utilizadas para nuestro estudio. Por lo tanto, no se pudieron analizar las variables sociodemográficas de estatus socioeconómico y escolaridad debido a que era muy escasa la cantidad de historias que contenían estas. Del mismo modo, en las historias clínicas no aparecía el antecedente de COVID-19, por lo cual no se pudo hacer un análisis de la variable clínica que estaba contenida en los objetivos del estudio. Otra limitación que se presentó durante el estudio fue

el no tener en cuenta ciertos diagnósticos durante la preparación del estudio lo que generó la imposibilidad de utilizarlos al momento de realizar el análisis de asociación, como ocurrió con el trastorno mixto de ansiedad y depresión, y que debido a esto sólo contribuyó a la caracterización poblacional por medio de las variables sociodemográficas y a demostrar el hecho de que como se documenta en la literatura, estos trastornos comparten ciertas características que les permiten fácilmente desarrollarse simultáneamente en el paciente.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos durante el análisis de la asociación de las distintas variables de nuestro estudio es posible aplicar estas de forma práctica, debido a los hallazgos de significancia estadística que se llegó a observar entre la variable de edad y los diagnósticos de depresión y ansiedad. Con respecto a las otras variables sociodemográficas y su asociación a depresión y ansiedad no se obtuvo significancia estadística, sin embargo para futuros estudios puede ser de apoyo las frecuencias de estas variables, ya que los resultados se relacionan con la evidencia actual.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES

Al finalizar el presente estudio, se permitió dar respuesta a algunos de los interrogantes planteados en los objetivos del trabajo, llegando a la conclusión de que las personas que más presentaron las patologías estudiadas fueron las mujeres. Respecto al rango de edad que más frecuencia tuvo fueron los adultos de 29-59 años, el segundo rango de edad con más frecuencia fue el de jóvenes entre 18-28 años. En cuanto a la ocupación, se evidenció que la mayoría de la población se encontraba en ese momento con una ocupación. Por su parte, el estado civil que más se evidenció fue el de soltero.

La mayoría de la población estudiada tenía el diagnóstico de trastorno mixto de ansiedad y depresión. Respecto a la depresión, la mayoría presentó depresión grave, seguido de depresión moderada y depresión leve respectivamente.

En cuanto a la asociación entre las variables sociodemográficas estudiadas en el presente proyecto y los diagnósticos de depresión y ansiedad, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la edad y los diagnósticos de ansiedad y depresión. En donde en la población joven se evidenció una asociación estadísticamente significativa como factor protector ante el diagnóstico de ansiedad y como factor de riesgo ante el diagnóstico de depresión, que difiere parcialmente a lo planteado por la evidencia, en donde la población joven suele componer un factor de riesgo para ansiedad, por su parte, como se justifica en la literatura, la población adulta constituye un factor de riesgo con el diagnóstico de depresión, situación que no se presentó en el estudio, ya que la asociación estadísticamente significativa entre depresión y edad se evidenció con el grupo etario de jóvenes y no con el de adultez, a pesar de que estos tenían mayor proporción. No se encontró significancia estadística en la relación de ansiedad y depresión con las otras variables sociodemográficas. Sin embargo, los resultados de estas variables sí siguieron la tendencia que muestra la evidencia actual en cuanto los factores de riesgo que caracterizan a la población que presentan estas patologías como lo son el sexo, en donde ambas patologías fueron más frecuentes en la población femenina, igualmente sucede con el estado civil en donde se evidencia una mayor presencia de estas patologías en la población soltera. La ocupación no tuvo una variación importante entre el hecho de presentar la patología y si tenía o no una ocupación el paciente tanto en pacientes con depresión como en los pacientes con ansiedad.

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede concluir que, los pacientes que presentan trastornos psiquiátricos como ansiedad y depresión, se caracterizan por estar en mayor proporción durante la adultez, la variable edad, específicamente la comprendida por los jóvenes, fue el factor de riesgo que se asoció con los diagnósticos de depresión y como factor protector con el diagnóstico de ansiedad. La mayoría de los pacientes con estos diagnósticos eran mujeres. Nuestro estudio evidenció que la mayor frecuencia de estas patologías se encontró en pacientes con estado civil soltero y que no hubo casi

diferencia entre el hecho de si tenían o no una ocupación. También se logró contemplar el hecho de que estas patologías pueden coexistir, ya que gran parte de nuestra población padecía de ambas patologías.

RECOMENDACIONES

Se sugiere a futuros investigadores que quieran seguir estudiando estas patologías, que se incluya un número mayor de participantes en el estudio y que estos tengan una mayor diversidad en cuanto a las características sociodemográficas para que sea más representativo el resultado sea posible alguna significancia estadística.

Se insta a los profesionales de la salud que durante la realización de las historias clínicas se creen ítems específicos para la documentación de la escolaridad y estrato socioeconómico que tenga el paciente, ya que son de las características sociodemográficas que más se evalúan en una población.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Depresión [Internet]. [cited 2021 Mar 23]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Sadock, B.J., Sadock VA. Sinopsis De Psiquiatría. 11th ed. WOLTERS KLUWER; 2008. 467–498 p.
3. Ettman CK, Abdalla SM, Cohen GH, Sampson L, Vivier PM, Galea S. Prevalence of Depression Symptoms in US Adults Before and During the COVID-19 Pandemic. JAMA Netw open [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2021 Mar 23];3(9):e2019686. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32876685/>
4. Salari N, Hosseini-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulpoor S, Mohammadi M, et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis [Internet]. Vol. 16, Globalization and Health. BioMed Central; 2020 [cited 2021 Mar 23]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32631403/>
5. OMS | Día Mundial de la Salud Mental 2017 – La salud mental en el lugar de trabajo. WHO [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 23]; Available from: http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2017/es/
6. World Health Organization Geneva. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates [Internet]. World Health Organization. 2017 [cited 2021 Mar 23]. p. 24. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>;
7. Pavkovic B, Zaric M, Markovic M, Klacar M, Huljic A, Caricic A. Double screening for dual disorder, alcoholism and depression. Psychiatry Res [Internet]. 2018 Dec 1 [cited 2021 Mar 23];270:483–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30326431/>
8. Davis L, Uezato A, Newell JM, Frazier E. Major depression and comorbid substance use disorders [Internet]. Vol. 21, Current Opinion in Psychiatry. Curr Opin Psychiatry; 2008 [cited 2021 Mar 23]. p. 14–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18281835/>
9. Olatunji BO, Cisler JM, Tolin DF. Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. Vol. 27, Clinical Psychology Review. Pergamon; 2007. p. 572–81.
10. Sander JB, McCarty CA. Youth depression in the family context: Familial risk factors and models of treatment. Clin Child Fam Psychol Rev [Internet]. 2005 Sep [cited 2021 Mar 23];8(3):203–19. Available from: </pmc/articles/PMC1352328/>
11. Zhang Y, Chen Y, Ma L. Depression and cardiovascular disease in elderly: Current understanding [Internet]. Vol. 47, Journal of Clinical Neuroscience. Churchill Livingstone; 2018 [cited 2021 Mar 23]. p. 1–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29066229/>
12. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and Pain Comorbidity: A Literature Review [Internet]. Vol. 163, Archives of Internal Medicine. Arch Intern Med; 2003 [cited 2021 Mar 23]. p. 2433–45.

Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14609780/>

13. Cobham VE, Hickling A, Kimball H, Thomas HJ, Scott JG, Middeldorp CM. Systematic Review: Anxiety in Children and Adolescents With Chronic Medical Conditions [Internet]. Vol. 59, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Elsevier Inc.; 2020 [cited 2021 Mar 23]. p. 595–618. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31676391/>

14. Organización Mundial de la Salud (OMS). La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400% [Internet]. Oms. 2016 [cited 2021 Mar 23]. p. 1–3. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>

15. Masís DP, Gómez-Restrepo C, Restrepo MU, Miranda C, Pérez A, de la Espriella M, et al. La carga económica de la depresión en Colombia: costos directos del manejo intrahospitalario. Rev Colomb Psiquiatr. 2010;39(3):465–80.

16. Gesti G, Mental S, Convivencia G. Lineamientos Técnicos para el Cuidado de la Salud Mental de Personas con COVID-19 y sus Familias (Allegados) Dirección de Promoción y Prevención Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental Grupo Convivencia Social y Ciudadanía. Inst Dep Salud [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 23];1–15. Available from: [https://ids.gov.co/web/2020/CAMPAÑAS/SAMEN/Cuidado de la Salud Mental de las personas con COVID-19.pdf](https://ids.gov.co/web/2020/CAMPAÑAS/SAMEN/Cuidado%20de%20la%20Salud%20Mental%20de%20las%20personas%20con%20COVID-19.pdf)

17. Campo-Arias A, Oviedo HC, Herazo E. Stigma: Barrier to access to mental health services [Internet]. Vol. 43, Revista Colombiana de Psiquiatría. Elsevier Doyma; 2014 [cited 2021 Mar 23]. p. 162–7. Available from:

<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-estigma-barrera-acceso-servicios-salud-S0034745014000572>

18. World Health Organization. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. Centro de prensa OMS. 2018 [cited 2021 Mar 23]. p. 1. Available from:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

19. Benjamin Sadock , Virginia A. Sadock MD PRM. Kaplan y Sadock. Manual de psiquiatría clínica. Cuarta Edi. WOLTERS KLUWER; 2018. 1000 p.

20. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5 [Internet]. Vol. 81, American Journal of Psychiatry. 1924 [cited 2021 Mar 23]. 333–397 p. Available from: www.appi.org

21. Noble RE. Depression in women. Metabolism [Internet]. 2005 [cited 2021 Mar 23];54(5 SUPPL.):49–52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15877314/>

22. Altemus M, Sarvaiya N, Neill Epperson C. Sex differences in anxiety and depression clinical perspectives [Internet]. Vol. 35, Frontiers in Neuroendocrinology. Academic Press Inc.; 2014 [cited 2021 Mar 23]. p.

320–30. Available from: /pmc/articles/PMC4890708/

23. Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigall J, Joska JA, et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Soc Sci Med* [Internet]. 2010 Aug [cited 2021 Mar 23];71(3):517–28. Available from: /pmc/articles/PMC4991761/

24. García P, Magariños M. Guía de bolsillo Clasificación CIE-10 [Internet]. Panamericana, editor. Churchill Livingstone; 2007 [cited 2021 Mar 23]. 1–23 p. Available from: <http://wdg.biblio.udg.mx>

25. Castañeda A, Hernández P, Delgado M, Lizcano T, Hernández M, Pérez E. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA gpc [Internet]. [cited 2021 Mar 23]. Available from: www.cenetec.salud.gob.mx

26. Instituto Nacional de Salud Mental. Trastorno de ansiedad generalizada: Cuando no se puede controlar la preocupación [Internet]. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. 2011 [cited 2021 Mar 23]. p. 2. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-de-ansiedad-generalizada-cuando-no-se-pueden-controlar-las-preocupaciones-new/index.shtml>

27. Escobar F. Capítulo 18 177 Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad. [cited 2021 Mar 23];18:177–89. Available from: <http://acnweb.org/guia/g5cap18.pdf>

28. Beesdo K, Knappe S, Pine DS. Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V [Internet]. Vol. 32, *Psychiatric Clinics of North America*. NIH Public Access; 2009 [cited 2021 Mar 23]. p. 483–524. Available from: /pmc/articles/PMC3018839/

29. Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G. Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychol Med* [Internet]. 1998 Jan [cited 2021 Mar 23];28(1):109–26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9483687/>

30. Schreier A, Wittchen HU, Höfler M, Lieb R. Anxiety disorders in mothers and their children: Prospective longitudinal community study. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2008 Apr [cited 2021 Mar 23];192(4):308–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18378996/>

31. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. Parental concordance and offspring risk for anxiety, conduct, depressive, and substance use disorders. *Psychopathology* [Internet]. 2007 Dec [cited 2021 Mar 23];41(2):124–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18059114/>

32. Organización Mundial de la Salud. Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19. *World Heal Organ Covid 19* [Internet]. 2020 Jun 29 [cited 2021 May 3];1–26. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>

33. Minsalud. CORONAVIRUS (COVID-19) [Internet]. [cited 2021 May 3]. Available from: https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Covid-19_copia

aspx

34. Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence [Internet]. Vol. 89, Brain, Behavior, and Immunity. Academic Press Inc.; 2020 [cited 2021 May 3]. p. 531–42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32485289/>
35. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LMW, Gill H, Phan L, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review [Internet]. Vol. 277, Journal of Affective Disorders. Elsevier B.V.; 2020 [cited 2021 May 3]. p. 55–64. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32799105/>
36. Unicef. El impacto del COVID-19 en la salud mental de adolescentes y jóvenes | UNICEF [Internet]. [cited 2021 May 3]. Available.
37. RAE. Definición de edad - Diccionario panhispánico del español jurídico - RAE [Internet]. [cited 2021 May 3]. Available from: <https://dpej.rae.es/lema/edad>
38. Oxford Languages. Oxford Languages and Google - Spanish | Oxford Languages [Internet]. Oxford University Press. 2018 [cited 2021 May 3]. Available from: <https://languages.oup.com/google-dictionary-es/>
39. Wikipedia. Nivel socioeconómico. In 2019 [cited 2021 May 3]. p. 9999. Available from: https://es.wikipedia.org/wiki/Nivel_socioeconómico
40. Concepto de ocupación - Definición en DeConceptos.com [Internet]. [cited 2021 May 3]. Available from: <https://deconceptos.com/ciencias-sociales/ocupacion>
41. Wikipedia. Estado Civil [Internet]. 2021 [cited 2021 May 3]. Available from: http://www.larepublica.co/la-uni3n-marital-de-hecho-un-nuevo-estado-civil_245186
42. Instituto Vasco de Estadística. Definición Nivel de instrucción [Internet]. Eustat. 2016 [cited 2021 May 3]. Available from: https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_395/elem_2376/definicion.html

ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de variables.

MACROVARIABLE	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN
Sociodemográficas	Edad	Tiempo vivido por una persona expresada en años (37)	Cuantitativa continua	Razón	18, 19, 20,21...
	Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras (38)	Cualitativa dicotómica	Nominal	Masculino, Femenino
	Estrato socioeconómico	Forma en que la sociedad se agrupa en estratos sociales reconocibles de acuerdo a diferentes criterios de categorización (39)	Cualitativa policotómica	Ordinal	Estrato 1, Estrato 2, Estrato 3, Estrato 4, Estrato 5, Estrato 6
	Ocupación	La ocupación de una persona hace referencia a lo que	Cualitativa policotómica	Nominal	Profesionales de la salud. Comerciantes. Educadores.

Anexo 1. Operacionalización de variables.

	ella se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión (40)			Desempleado. Estudiantes. Ama de casa.
Estado civil	Situación de la persona natural determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes (41)	Cualitativa policotómica	Nominal	Soltero(a), Casado(a).
Nivel de escolaridad	Máximo grado de educación alcanzado (42)	Cualitativa	Ordinal	Bachiller, Técnico, Tecnólogo Profesional, Especialista
Antecedente diagnóstico de COVID-19	Haber tenido diagnóstico previo de COVID-19	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si, no

Anexo 1. Operacionalización de variables.

Clínicas	Depresión leve	Diagnóstico de depresión leve según los criterios del CIE-10	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si, no
	Depresión moderada	Diagnóstico de depresión moderada según los criterios del CIE-10	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si, no
	Depresión severa	Diagnóstico de depresión severa según los criterios del CIE-10	Cualitativa	Nominal	Si, no
	Ansiedad generalizada	Diagnóstico de ansiedad generalizada según el CIE-10	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Si, no
	Trastorno mixto de depresión y ansiedad				

from: <https://www.unicef.org/lac/el-impacto-del-covid-19-en-la-salud-mental-de-adolescentes-y-jovenes>

Anexo 2. Aprobación del comité de investigación.

HOSPITAL
UNIVERSIDAD
DEL NORTE
[Servimos con Corazón](#)

Soledad 16 de marzo de 2022

Investigadores y asesores del proyecto: Tania Matilde Acosta Vergara, Elizabeth Ayola Eljadue, Claudia Gutiérrez.

Colaboradores: Kevin David Nuñez Benavides, Luis Felipe Osorio Urrea, Daniel José Quintero Rico, María Lucía Xiquez Ramos.

Asunto: Factores sociodemográficos y clínicos relacionados con depresión y ansiedad en pacientes que consultan al servicio de psiquiatría del hospital universidad del norte durante la pandemia por covid-19 entre 2020-2021.

Estimados investigadores

En reunión del Comité de Investigación del centro de Investigación del Hospital Universidad del Norte, el 14 de febrero de 2022, legalizada según acta N°35, el consenso de sus miembros da el aval para la recolección de la información de la información requerida y el desarrollo del estudio de investigación: Factores sociodemográficos y clínicos relacionados con depresión y ansiedad en pacientes que consultan al servicio de psiquiatría del hospital universidad del norte durante la pandemia por covid-19 entre 2020-2021.

En las instalaciones de nuestra institución, el cual será conducido por los investigadores: Tania Matilde Acosta Vergara, Elizabeth Ayola Eljadue, Claudia Gutiérrez.

Para estos efectos, es necesaria de la suscripción de acuerdo de confidencialidad y no divulgación anexa, previo al inicio de las actividades relacionadas con el estudio de investigaciones que se autoriza en la presente misiva.

Lo anterior con el compromiso que al final de la investigación seremos realimentados con los hallazgos del estudio.

En este sentido nos comprometemos a participar en este proceso ofreciendo la información y el apoyo necesario para desarrollar la propuesta, para lo cual agradecemos contactarse con la oficina docencia servicio del HUN, correo electrónico docenciaserviciohun@uinorte.edu.co, Tel. 3715610 Ext 557 y Centro de investigación, correo electrónico huninvestigación@uinorte.edu.co, Tel 3715510.

Cordialmente



Dr. Hugo Macareno
Director científico
Hospital Universidad del Norte



Calle 30 vía Aeropuerto al lado del Parque Muvdi Soledad - Atlántico
PBX Oficinas: 3715555 Central de Citas: 3886131
www.hospitaluniversidaddelnorte.com

Anexo 3. Aprobación del comité de ética.

Comité de Ética en investigación de la División
Ciencias de la Salud de la Universidad del Norte

ACTA DE EVALUACIÓN: N° 260

Fecha: 24 de febrero de 2022

Nombre Completo del Proyecto: "Factores sociodemográficos y clínicos relacionados con depresión y ansiedad en pacientes que consultan al servicio de psiquiatría del Hospital Universidad del Norte durante la pandemia por covid-19 entre 2020-2021"

Investigadores Principales: Kevin David Nuñez Benavides, Luis Felipe Osorio Urrea, Daniel José Quintero Rico, María Lucía Xiquez Ramos.

Co-investigadores: Tania Matilde Acosta Vergara, Elizabeth Ayola Eljadue, Claudia Gutiérrez.

Sitio en que se conduce o desarrolla la investigación: En el Departamento de Atlántico

Fecha en que fue sometido a consideración del comité: 24 de febrero de 2022

EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN EL ÁREA DE LA SALUD. Creado mediante Resolución rectoral N° 05 de febrero 13 de 1995 en atención a la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud como parte esencial para el funcionamiento de cualquier institución que realiza programas de investigación en humanos.

Conformado inicialmente por los siguientes miembros. Refrendado en el año 2005 con el objeto de ajustarse a estándares éticos y científicos de la investigación biomédica establecidos en la Declaración de Helsinki, Guías Operacionales para Comités de Ética de la OMS y las Guías para Buena Práctica Clínica del ICH.

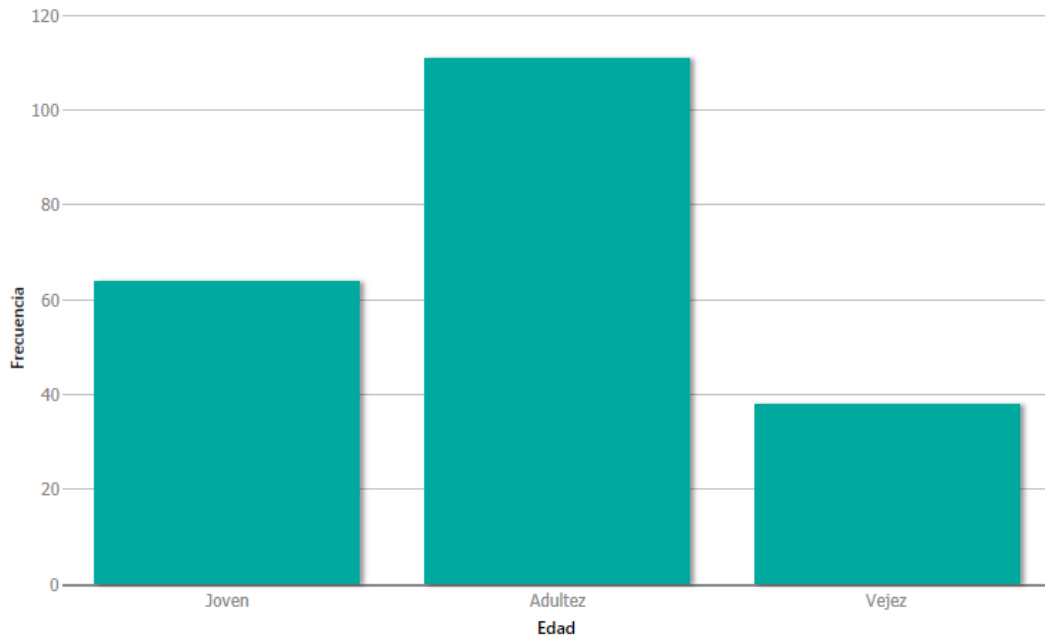
Se acoge a las Buenas Prácticas Clínicas del ICH de acuerdo con la normativa vigente, Resolución N° 2378 del Ministerio de Protección Social, Declaración de Helsinki versión 2013 y guías operativas de OMS, Informe Belmont.

El comité de ética en investigación en el Área de la Salud Universidad del Norte certifica que:

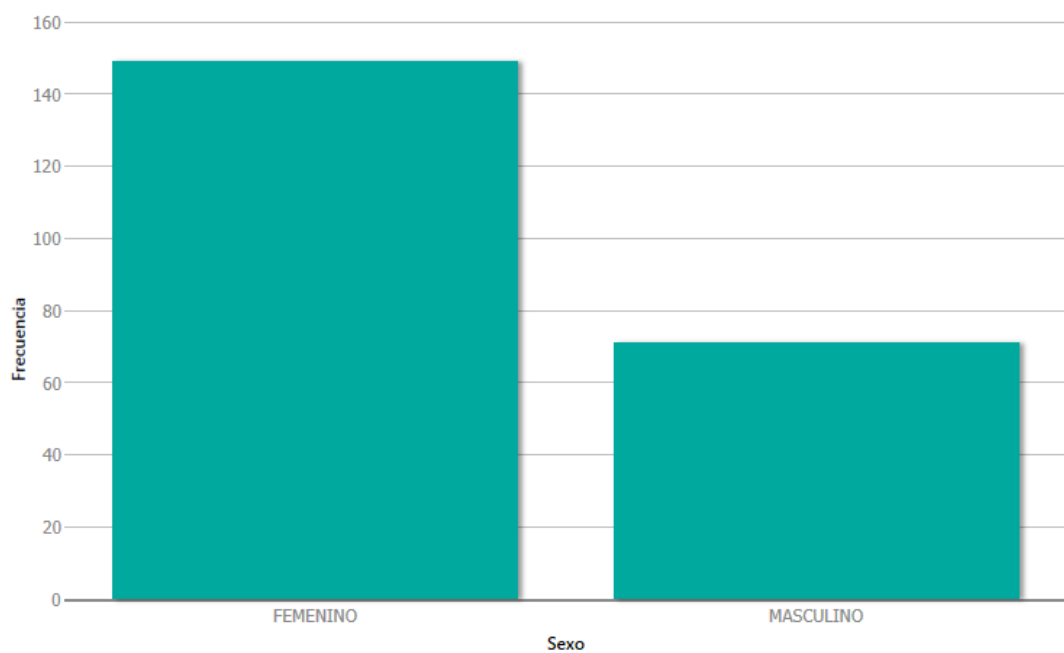
1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del protocolo en referencia:

- Carta de sometimiento
- Proyecto de investigación
- Resumen ejecutivo

Anexo 4. Gráfico de barras del rango de edad de los pacientes que consultaron al servicio de psiquiatría del Hospital Universidad del Norte durante la pandemia por COVID-19 entre el 2020-2021.



Anexo 5. Gráfico de barras del sexo de los pacientes que consultaron al servicio de psiquiatría del Hospital Universidad del Norte durante la pandemia por COVID-19 entre el 2020-2021.



Anexo 6. Gráfico de barras del estado civil de los pacientes que consultaron al servicio de psiquiatría del Hospital Universidad del Norte durante la pandemia por COVID-19 entre el 2020-2021.

