

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ

INSTITUTO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD



**“FACTORES DE RIESGO DURANTE EL CONFINAMIENTO POR
COVID-19 Y SU RELACIÓN CON SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y
ANSIEDAD EN ADULTOS DE CIUDAD JUÁREZ”**

**Tesis para obtener el grado de
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

Presenta

VICTOR ANIBAL HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ

Cd. Juárez, Chih., México

Diciembre, 2022

APROBACIÓN DE LA TESIS

“Factores de riesgo durante el confinamiento por COVID-19 y su relación con síntomas de depresión y ansiedad en adultos de Cd. Juárez”, tesis preparada por “Victor Anibal Hernández Hernández” como requisito para obtener el grado de Maestría en Salud Pública ha sido aprobado y aceptado por:

C.D. Salvador David Nava Martínez
Director del Instituto de Ciencias Biomédicas

M.C. Jorge Ignacio Camargo Nassar
Jefe del Departamento de Ciencias de la Salud

MCSP. Angélica Armida Araujo Sáenz
Coordinadora de la Maestría en Salud Pública

Dr. Rafael Mauricio Marrufo
Director de Tesis

Dr. Oscar A. Esparza Del Villar
Codirector de Tesis

INTEGRANTES DEL COMITÉ

Dra. Graciela Cristina Avitia

Dra. Yolanda Loya Méndez

Dr. Luis Ignacio Angel Chávez

DEDICATORIA

A mi difunta madre Carmen Luz Hernández, gracias por todo tu apoyo, tu compañía, tú fe y todo lo que veías para mi futuro, por siempre motivarme en alcanzar los sueños que teníamos juntos.

A mi amada esposa Livier Picazo, que este trabajo siempre nos recuerde todo lo que podemos lograr juntos, muestra de nuestra inquebrantable amistad y de todo el amor que nos tenemos.

A mis hijos por su incondicional amor, sus risas y su imaginación, este trabajo es para ustedes, que ningún camino sea tan difícil o un obstáculo tan alto para frenarlos en su camino para alcanzar sus sueños, *“Daddy” los ama...*

A todas las familias que perdieron a un ser querido durante el transcurso de la pandemia y aquellos que aún siguen luchando ...

Porque de él, y por él, y para él son todas las cosas. A él sea la gloria.

Romanos 11:36

AGRADECIMIENTOS

Académicamente

Al Dr. Rafael Mauricio Marrufo por haberme guiado durante el posgrado, a su paciencia y por compartirme sus conocimientos durante todo el proceso de la maestría.

A mi co-director el Dr. Oscar Armando Esparza Del Villar por sus enseñanzas, su disposición y todo el ánimo. Asimismo, al comité integrado por la Dra. Graciela Cristina Avitia, el Dr. Luis Ignacio Ángel Chávez y la Dra. Yolanda Loya Méndez por sus recomendaciones y aportaciones a mi trabajo de tesis.

A la Dra. Angelica Araujo y a su equipo de trabajo por su apoyo constante, su cordialidad, respeto y fomentar el crecimiento profesional de los estudiantes.

Un agradecimiento especial también a la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, al otorgar los recursos necesarios para nuestra formación. Al CONACYT por el financiamiento otorgado para mis estudios de posgrado como becario No. CVU: 1032195.

Personalmente

A mi padre Javier Hernández y a mi “Mamá Rosa” quien ha sido mi mentora y modelo profesional a seguir... a ambos por haberme apoyado y guiado en toda mi vida académica.

A mis compañeros de maestría por todo el tiempo que compartimos y nuestro esfuerzo durante el posgrado y la pandemia.

A mi colega el Dr. Alejandro Robles por todo su apoyo, su tiempo y compartirme sus conocimientos para el impulso de mis habilidades durante la maestría.

Y un afectuoso agradecimiento a mi amiga y ahora colega, Kenia Aguirre, por mantener a nuestro grupo unido, preocuparte por el bienestar de todos y acompañarme a distancia en los momentos más difíciles durante la pandemia de COVID-19.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
ANTECEDENTES	5
<i>El origen de la pandemia.....</i>	<i>5</i>
<i>Depresión.....</i>	<i>6</i>
<i>Ansiedad.....</i>	<i>9</i>
<i>Cuarentena, confinamiento y distanciamiento social</i>	<i>12</i>
<i>Determinantes sociales de la salud.....</i>	<i>14</i>
<i>Indicadores de salud mental.....</i>	<i>17</i>
<i>Factores de riesgo durante el confinamiento en México.....</i>	<i>20</i>
JUSTIFICACIÓN	23
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	24
HIPÓTESIS	24
OBJETIVO GENERAL.....	24
<i>Objetivos específicos.....</i>	<i>25</i>
MÉTODO.....	26
<i>Diseño del estudio</i>	<i>26</i>
<i>Técnicas e instrumentos de recolección de datos</i>	<i>26</i>
<i>Población y tamaño de la muestra</i>	<i>27</i>
<i>Análisis de estadístico</i>	<i>29</i>
RESULTADOS.....	30
<i>Estadísticas Sociodemográficas.....</i>	<i>30</i>
<i>Prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad.....</i>	<i>33</i>

<i>Diferencias en el nivel de depresión y ansiedad entre hombres y mujeres</i>	<i>33</i>
<i>Síntomas de depresión y ansiedad en personas positivas a COVID-19.....</i>	<i>40</i>
<i>Nivel de depresión y ansiedad asociado con la duración del confinamiento.....</i>	<i>41</i>
<i>Situación laboral y el nivel de estudios asociados con la presencia de síntomas de depresión y ansiedad....</i>	Error! Bookmark not defined.
<i>Factores de riesgo y de protección</i>	<i>39</i>
DISCUSIÓN.....	47
<i>Características sociodemográficas.....</i>	<i>47</i>
<i>Depresión y ansiedad.....</i>	Error! Bookmark not defined.
<i>Confinamiento asociado a depresión y ansiedad</i>	<i>52</i>
<i>Relación entre la depresión y la ansiedad con las condiciones de contagio positivo o negativo a COVID-19</i>	<i>53</i>
CONCLUSIONES	54
RECOMENDACIONES	54
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	56
ANEXOS	64
<i>Anexo 1. Formulario aplicado a través de la aplicación Google Forms para la recolección de datos.....</i>	<i>64</i>
<i>Anexo 2. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)</i>	<i>66</i>
<i>Anexo # 3 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)</i>	<i>70</i>

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra durante el confinamiento	31
Tabla 2. Variables relacionadas a factores de riesgo durante el confinamiento	32
Tabla 3. Resultados del inventario de depresión (BDI) y ansiedad (BAI) de Beck	33
Tabla 4. Resultados de la prueba t de Student para determinar diferencias en los valores de depresión entre hombres y mujeres.....	34
Tabla 5. Resultados de prueba t de Student para determinar diferencias en los valores de ansiedad entre hombres y mujeres.....	34
Tabla 6. Tabla de contingencia entre niveles de depresión/ansiedad y características sociodemográficas de la muestra	37
Tabla 7. Tabla de contingencia entre niveles de depresión/ansiedad y variables relacionadas a factores de riesgo durante el confinamiento	38
Tabla 8. Regresiones logísticas univariadas con variables relacionadas a la presencia de síntomas de depresión durante el confinamiento por COVID-19	44
Tabla 9. Regresiones logísticas univariadas con variables relacionadas a la presencia de síntomas de ansiedad durante el confinamiento por COVID-19	46

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de Determinantes Sociales de la Salud	14
Figura 2. Niveles de depresión respecto a el sexo	35
Figura 3. Niveles de ansiedad respecto a el sexo	35
Figura 4. Niveles de depresión respecto al grupo de edad	39
Figura 5. Niveles de ansiedad respecto al grupo de edad.....	39
Figura 6. Nivel de depresión respecto al diagnóstico de COVID-19	40
Figura 7. Nivel de ansiedad respecto al diagnóstico de COVID-19	41
Figura 8. Niveles de depresión respecto a la duración del confinamiento	42
Figura 9. Niveles de ansiedad respecto a la duración del confinamiento	42

RESUMEN

Introducción: La pandemia causada por la enfermedad COVID-19, ha representado una de las crisis de salud más grandes en la historia del mundo, lo que expuso a millones de persona a circunstancias que pueden provocar ansiedad, estrés u otras afectaciones psicológicas durante periodos indefinidos. Las estrategias de confinamiento y distanciamiento social adoptadas por las autoridades fueron clave para regular las problemáticas de salud debido a los contagios por el virus, sin embargo, no se pueden descartar las probables afectaciones emocionales derivadas de estas. **Objetivo:** El presente estudio se realizó con el objetivo de reconocer los factores de riesgo durante el confinamiento que más se relacionan con prevalencia de depresión y ansiedad en adultos de Ciudad Juárez. **Método:** Se aplicó una encuesta a 360 personas adultas de sexo indistinto, la información se recabó utilizando como instrumentos psicométricos los inventarios de depresión y ansiedad de Beck, los cuales miden de manera categórica estás variables. Los instrumentos se aplicaron de manera electrónica reconociéndose así características sociodemográficas y las condiciones en que las personas vivieron durante confinamiento. **Resultados:** Las pruebas psicométricas mostraron que existe una prevalencia de depresión moderada del 12.78% y grave del 8.33%, además de indicadores de ansiedad del 22.5% en nivel severo; se encontró la manifestación de síntomas de ansiedad y depresión asociados a la edad ($p = .004$), el sexo de la persona ($p = .025$) y la duración del confinamiento ($p = .05$). **Conclusión:** Los factores mayormente asociados a síntomas de depresión y ansiedad en la muestra estudiada durante la pandemia, fueron los periodos extensos de confinamiento y haber contraído la enfermedad COVID-19, así también, se comprobó que la población más joven tuvo mayor probabilidad de presentar síntomas de depresión y ansiedad, siendo las mujeres el grupo más vulnerable entre la población.

Palabras clave: Depresión, ansiedad, confinamiento, pandemia y salud pública.

ABSTRACT

Introduction: The pandemic caused by the disease COVID-19, has represented one of the largest health crises in the history of the world, which exposed millions of people to circumstances that may provoke anxiety, stress or other psychological affectations for indefinite periods. The strategies of confinement and social distancing adopted by the authorities were key to regulate the health problems due to the virus infections; however, the probable emotional effects derived from them cannot be ruled out. **Objective:** The present study was carried out with the aim of recognizing the risk factors during confinement that are most related to the prevalence of depression and anxiety in adults in Ciudad Juarez. **Method:** A survey was applied to 360 adults of indistinct sex, the information was collected using the Beck depression and anxiety inventories as psychometric instruments, which measure these variables categorically. The instruments were applied electronically, thus recognizing sociodemographic characteristics and the conditions in which people lived during confinement. **Results:** Psychometric tests showed a prevalence of moderate depression of 12.78% and severe depression of 8.33%, in addition to indicators of anxiety of 22.5% in severe level; the manifestation of symptoms of anxiety and depression was found to be associated with age ($p = .004$), sex of the person ($p = .025$) and duration of confinement ($p = .05$). **Conclusion:** The factors most associated with symptoms of depression and anxiety in the sample studied during the pandemic were long periods of confinement and having contracted the disease COVID-19, and it was also found that the younger population was more probability to present symptoms of depression and anxiety, with women being the most vulnerable group among the population.

Key words: Depression, anxiety, confinement, pandemic and public health.

INTRODUCCIÓN

Después de que la Organización Mundial de la Salud (OMS), declaró el pasado mes de enero del 2020, la Emergencia de Salud Internacional por la propagación de la enfermedad conocida como COVID – 19, se evidenció un incremento en el diagnóstico de trastornos de ansiedad y depresión a nivel global; así mismo, cambios de comportamiento en las personas, probablemente ocasionados por las especulaciones sobre el modo y la velocidad en la que se propaga el virus, causando una de las crisis de salud más grandes en los últimos 100 años y que colocó a millones de personas alrededor del mundo en circunstancias muy desfavorables (Huarcaya-Victoria, 2020). Es así que los gobiernos de muchos países optaron por solicitar a través de diversos medios, el apoyo de la población para que permanecieran en sus hogares en un intento por frenar la velocidad con la que se propagaba el virus (Rodríguez-Hernández et al., 2021).

A la fecha existe evidencia que demuestra cómo el confinamiento prolongado provocó en las personas efectos psicológicos negativos tales como trastornos de ansiedad, estrés, alteraciones en el ciclo del sueño, agresividad, entre otros; padecimientos que al no ser atendidos oportunamente por personal calificado pueden generar efectos adversos la salud mental de los individuos (Marquina M. R. y Jaramillo V., 2020).

Otros estudios enfatizan y ofrecen evidencia de que existe asociación entre las repercusiones en la salud mental de los individuos y las características demográficas, como el género, tener o no hijos, el estrato social o la edad, tal es el caso de investigaciones como la de Marquina M. R. y Jaramillo V.(2020), así como la de Ramírez-Ortiz et al. (2020).

Se vuelve indiscutible la necesidad de observar, detectar y analizar las condiciones en las que las personas vivieron durante la pandemia, que fueron factores involucrados en la aparición de síntomas de ansiedad o depresión. De acuerdo con antecedentes sobre las epidemias que afectaron a poblaciones del medio oriente en décadas pasadas, se ha comprobado que las personas contagiadas y la comunidad en general, llegan a manifestar miedo a la muerte, sentimientos de soledad, ansiedad y tristeza. Las investigaciones previas a la pandemia permiten un mejor entendimiento sobre las repercusiones psicológicas con mayor frecuencia manifestadas por la población, como los síntomas de ansiedad, depresión y la reacción al estrés derivada de las repercusiones a la salud (Huarcaya-Victoria, 2020).

De tal manera que, los hallazgos evidencian la importancia de la salud mental en períodos críticos de la pandemia y el confinamiento. Sin embargo, la gran mayoría de los artículos publicados se enfocan en las características biológicas, clínicas y epidemiológicas de la enfermedad, y otros más sobre las repercusiones sociales derivadas de las estrategias asumidas por cada país, para frenar la cantidad de contagios y muertes. En México es relativamente escasa la información que se tiene acerca de las repercusiones psicológicas en contexto de la pandemia por COVID-19 (Meda-Lara et al., 2021). Por lo tanto, el presente estudio se enfoca en analizar los factores de riesgo presentes durante el confinamiento y su asociación con síntomas de depresión y ansiedad en adultos de Cd. Juárez, con el fin de que los estudios posteriores puedan abordar estrategias más acertadas en el tratamiento de las problemáticas de salud mental en la población.

ANTECEDENTES

El origen de la pandemia

El 31 de diciembre del 2019, la Comisión Municipal de Salud de Wuhan (capital de la provincia Hubei en China), notificó un conglomerado de casos de neumonía en la ciudad y días más tarde, se determinó que fueron causados por un nuevo coronavirus. Esta clase de virus proviene de una extensa familia, que pueden causar enfermedades en animales y en humanos, provocando diversas infecciones respiratorias leves o afectaciones más graves que ponen en peligro la vida de la persona (OMS, 2020).

Por lo anterior, en el mes de enero del 2020, la OMS declaró estado de emergencia e informó a través de diferentes medios la existencia del conglomerado de casos en Wuhan, aún sin fallecimientos. Más adelante, el 13 de enero del 2020 se confirmó oficialmente en Tailandia el primer caso registrado de COVID-19 fuera de China (OMS, 2020). A final del mes, el Director General de la OMS, el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, declaró que el brote del nuevo coronavirus representaba una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), que se define en el Reglamento Sanitario Internacional (2012) como “un evento extraordinario que constituye un riesgo para la salud pública de otros Estados, a causa de la propagación internacional de una enfermedad y podría exigir una respuesta internacional coordinada” (p.6).

Así pues, basándose en el conocimiento previo del virus, la OMS (2020) durante el margen de la primera fase de la pandemia por COVID-19 publicó por Internet un conjunto de recomendaciones técnicas para todos los países sobre el modo de detectar y gestionar casos, prevenir riesgos de propagación del virus y realizar pruebas de laboratorio. Entre las medidas establecidas para frenar la propagación

de virus se decretó el confinamiento en el domicilio de cada persona, el distanciamiento social, el uso de cubre bocas, se marcaron estrictos límites para la circulación de personas en la ciudad y se suspendieron actividades comerciales, educativas y de recreación, permitiendo, solo actividades esenciales o básicas para el sostenimiento vital de la población.

Depresión

En su portal de Internet, El Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) en Estados Unidos (NIMH, 2015) describe el trastorno depresivo, como:

“Un desequilibrio emocional que se caracteriza por causar estados de ansiedad y angustia que afectan el estado de ánimo de las personas, la manera de pensar, cómo realizan sus actividades rutinarias, el trabajo, actividades recreativas, comer e inclusive repercutir en el ciclo natural del sueño”.

La depresión representa actualmente una problemática seria de salud pública, esto se refleja a nivel mundial, siendo una de las primeras causas de discapacidad por pérdida de años de vida saludables (Berenzon et al., 2013).

De acuerdo con el Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria (GHDx, por sus siglas en ingles), en el 2019, el porcentaje de la población mundial con depresión fue de 3.8%, de esta proporción el 5% son adultos y 5.7% de los adultos de más de 60 años. De igual forma, la GHDx, estima que la depresión afecta en escala a 280 millones de personas en todo el mundo.

En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) efectuada en México entre el año 2001 y 2002, se señaló que el 9.2% de la población ha padecido por lo menos un trastorno depresivo en la vida, así también, que una de

cada cinco personas presentará algún problema psicológico antes de llegar a ser adulto mayor (Cerecero, 2020).

Por su parte la Asociación Americana de Psiquiatría (APA por sus siglas en ingles) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), publicado en el 2013, establece que cinco o más de los siguientes síntomas deben manifestarse para que una persona sea diagnosticada con depresión mayor (p. 104 - 108):

- Persistente estado de ánimo melancólico o pesimista durante su rutina la mayor parte de la semana sea percibida de manera subjetiva por la persona o de la observación de parte de otras personas.
- Notable falta de interés por actividades y rutinas que con anterioridad generaban placer o motivación.
- Disminución significativa de peso sin realizar dietas o también incremento de peso por descuido en hábitos alimenticios.
- Insomnio, hipersomnia o alteraciones en el ciclo normal del sueño durante la semana.
- Aceleración o lentitud perceptible en sus actividades diarias.
- Fatiga o pérdida de energía para realizar actividades diarias.
- Emociones que generan pensamientos de culpabilidad, invalidez o poca estima de sus cualidades.
- Dificultad para concentrarse o realizar tareas que implican toma de decisiones.
- Pensamientos persistentes sobre la muerte, relacionados a miedos o ideación suicida recurrente sin un plan determinante para llevarlo a cabo.
- Los síntomas generan malestar clínico considerable, además de afectaciones en el entorno social, laboral y aspectos importantes en el estilo de vida de la persona. Es importante tomar en cuenta que no se

debe atribuir el diagnóstico a efectos fisiológicos causados por sustancias u otro padecimiento clínico.

Es necesario señalar que la depresión y otros trastornos psicológicos, al igual que las enfermedades fisiológicas, son consecuencia de la relación entre varios factores biológicos, hereditarios, psicosociales y del contexto en que se encuentra el individuo (Berenzon et al., 2013).

Así pues, son impredecibles los efectos psicosociales que pueden generarse en una población expuesta a una epidemia. Las evidencias demuestran que la pandemia por COVID-19 ha afectado a las personas de diferente forma en cada país, debido a que los factores de riesgo son distintos, sin embargo, se evidenció una perspectiva similar en relación a la morbilidad psiquiátrica que fue aumentando considerablemente con el paso del tiempo durante la cuarentena y se reflejó una mayor incidencia de trastornos mentales en sobrevivientes a las enfermedades (Ramírez et al., 2020).

Por lo tanto, los posibles efectos nocivos a la salud mental de las personas y las características de la pandemia representan un obstáculo en la vida de las personas, que se manifiesta en forma de estrés y ansiedad con alto impacto psicológico (Sandín et al., 2020). Tanto en México como en otros países, el confinamiento durante la cuarentena, el miedo al contagio y la pérdida de personas cercanas, son circunstancias que se vuelven más complicadas debido a la falta de ingresos económicos o de trabajo; el diagnóstico de ansiedad con frecuencia se presenta acompañado de trastornos de sueño y en comorbilidad con depresión (Nicolini, 2020).

Ansiedad

El DSM-V publicado por APA (2013) refiere el Trastorno de Ansiedad Generalizada como una preocupación excesiva o una anticipación a los hechos de forma aprensiva que se produce durante un mínimo de 6 meses, en relación con varios acontecimientos o actividades de la vida cotidiana. A la persona le resulta muy complicado controlar sus preocupaciones y estas normalmente pueden estar asociados al menos a 3 de los siguientes 6 síntomas (p. 137 – 138):

- Inquietud o la sensación nerviosa de estar atrapado
- Frecuente fatiga o agotamiento
- Dificultad para concentrarse
- Irritabilidad
- Tensión muscular
- Alteraciones en el ciclo regular del sueño
- La ansiedad o angustia es descrita también como una respuesta emocional de alerta ante un riesgo ya sea desconocido o no.

La ansiedad puede representar una respuesta común hacia diversos factores de la vida cotidiana, sin embargo, las personas que desarrollan un trastorno generalizado se preocupan de manera exagerada y se llegan a sentir nerviosas o superadas por las circunstancias a su alrededor (NIMH, 2015).

Los adultos con trastorno de ansiedad a menudo son sumamente nerviosos sobre situaciones diarias como:

- Seguridad laboral o el rendimiento en el trabajo
- Salud personal
- Finanzas
- Salud y bienestar de sus hijos

- Demora (atrasarse en actividades diarias)
- Completar las tareas del hogar y cumplir con otras responsabilidades

Además de la depresión, los trastornos de ansiedad son considerados como los de mayor prevalencia en cuanto a trastornos psicológicos en el mundo. La OMS en el 2015 publicó que a nivel global el 3.6% de la población padece síntomas de ansiedad, lo que la convierte en la sexta causa de discapacidad.

Por otra parte, en México las investigaciones develan mayor prevalencia de trastornos de ansiedad en edades entre los 15 y los 45 años, con mayor proporción en población femenina (Gaitán-Rossi et al., 2021). Tal es el caso de Ciudad Juárez, donde un grupo de especialistas en salud encontró prevalencia de trastornos de ansiedad entre el 29% y 35% de la población durante los años 2017 y 2018, con mayor incidencia en mujeres con un 36% (González Valles et al, 2019).

También es común que se presenten síntomas de depresión y ansiedad simultáneamente lo que hace más complicado su tratamiento, sobre todo en personas que lo reciben tardíamente, en ambos casos, los resultados suelen ser más favorables para personas con trastornos de ansiedad que para los depresivos de forma separada, esto significa que la recuperación es más rápida en trastornos de ansiedad (Virgen et al., 2010). En el contexto actual de la pandemia por COVID-19, este malestar puede causar preocupación, impaciencia y una respuesta acompañada de miedo a consecuencias derivadas del posible contagio (Mercedes et al., 2020).

Inventarios de Beck

Para la medición y detección de síntomas de depresión se utiliza la prueba (BDI-II: Inventario de depresión de Beck-II.) y para ansiedad (BAI: Inventario de ansiedad de Beck). Dichos instrumentos se caracterizan por tener propiedades psicométricas sobresalientes desde décadas atrás. Los inventarios de Beck han sido aplicados en más de 500 investigaciones que validan sus características de medición, así como también, su uso en diferentes muestras poblacionales (Wang & Gorenstein, 2013).

Es así que las teorías de Beck sobre depresión y la ansiedad son consideradas entre las más importantes explicaciones sobre la cognición de estos trastornos emocionales (Aranda et al., 2015). Los estudios de Beck se basan en un modelo de escasa resistencia al estrés, por lo que el individuo genera pensamientos distorsionados de sí mismo y de su entorno; de tal manera que interpreta de forma negativa lo que sucede a su alrededor, la información sobre el mundo y sobre su futuro, esto da inicio y puede mantener síntomas de ambos padecimientos (Beltrán et al., 2012).

Uno de los atributos que hace tan popular a los inventarios de Beck, es su diseño para ser instrumentos de medición breve (21 ítems) y a su vez la posibilidad de diferenciar síntomas entre ansiedad y depresión. Ambos instrumentos se diseñaron abordando la necesidad de realizar una distinción psicométrica entre depresión y ansiedad, así como formular un constructo más definido a pesar de la similitud de sus síntomas (Sanz, 2014).

Cuarentena, confinamiento y distanciamiento social

El concepto de cuarentena hace referencia a una prohibición voluntaria u obligatoria, de la libertad de una persona para realizar sus actividades cotidianas fuera de casa y que pueden estar expuestos a un potencial riesgo de contagio; durante ese periodo de tiempo se debe permanecer en un lugar específico hasta pasar la etapa de incubación de la enfermedad (Brooks et al., 2020). Así mismo el aislamiento social durante la cuarentena fue definido en el 2012 por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA, por sus siglas en inglés), como un estado en el cual las personas pueden experimentar sentimientos de soledad influenciado por otros y que es percibido como una experiencia negativa o de riesgo.

Por otra parte, el distanciamiento social consiste en abstenerse de visitar lugares concurridos, limitar las interacciones con personas manteniendo distancia física y evitando el contacto directo; esto implica también el cierre de lugares donde hay mayor reunión de personas, como escuelas, centros comerciales, salones para eventos sociales, oficinas, entre otros (Cetron, M., 2005).

El confinamiento es una estrategia a nivel comunitario que se utiliza cuando otras medidas no son suficientes para contener la propagación de una enfermedad, de manera que se combinan estrategias como la del distanciamiento social, limitar interacciones sociales, el uso de cubre bocas en lugares públicos, limitar horarios de actividades, la suspensión de transporte público e inclusive cierre de fronteras, entre otros (Wilder-Smith, et al., 2020). Por esta razón las estrategias de confinamiento y distanciamiento social que se siguieron, fueron clave para regular las problemáticas de salud, sin embargo, la mayoría de los individuos estuvieron expuestos a circunstancias de estrés durante periodos desconocidos, lo que incrementa la probabilidad del empeoramiento de enfermedades o el aumento en la prevalencia de trastornos emocionales (Ramírez-Ortiz, et al., 2020).

En relación al efecto de la cuarentena sobre la salud mental de las personas, se ha reportado que los periodos largos incrementan la posibilidad de padecer afectaciones psicológicas y mentales a causa del distanciamiento social; de tal manera que la poca comunicación entre las personas les hace propensa a desarrollar trastornos depresivos y de ansiedad, esto a su vez reduce las posibilidades de tener intervenciones de apoyo emocional o un asesoramiento profesional oportuno (Huarcaya-Victoria, 2020). Estudios sobre las repercusiones psicológicas del confinamiento reportan niveles altos de impacto emocional en las personas (Cao et al., 2020) los cuales originan trastornos del sueño y síntomas severos de estrés, depresión y ansiedad generalizada (Sandín et al., 2020).

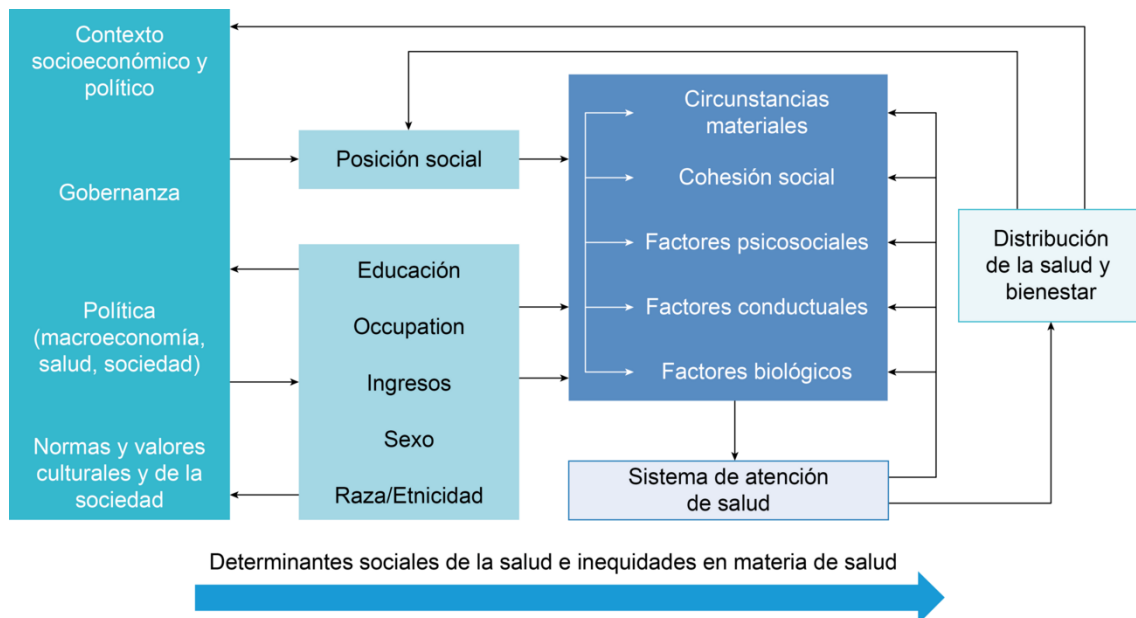
Así pues, se evidencia que el temor a la enfermedad, el aislamiento social y confinamiento pueden ser causa de trastornos psicológicos; sin embargo, también se ha reportado que el comportamiento humano, las cogniciones y las emociones son determinantes importantes en el desarrollo o propagación de una enfermedad. De tal modo que el comportamiento humano es influenciado por la información que se conoce de la enfermedad, lo que se cree o se piensa y las emociones pueden influir en el estado de salud y bienestar; por lo tanto, las condiciones para que el virus se manifieste en un individuo depende también de que las personas ejecuten o no determinadas conductas (Vera-Villarroel, 2020).

Determinantes sociales de la salud

Las determinantes sociales de la salud (DSS) que se muestran en la *Figura 1* son aquellas características o circunstancias en que las personas nacen, se desarrollan, laboran, conviven y envejecen; también influenciados por un diverso y amplio conjunto de factores sociales y sistemas que intervienen en sus vidas cotidianas. Estos factores incluyen políticas, sistemas económicos, programas de desarrollo, circunstancias ambientales, estilo de vida, normas y movimientos sociales. Probablemente estas condiciones sean muy diferentes en cada grupo de personas, en tal caso se pueden considerar como desigualdades o diferencias innecesarias y evitables (OPS, 2019).

Figura 1

Modelo de Determinantes Sociales de la Salud



Tomado de: Organización Panamericana de la Salud, 2018.

De acuerdo con la OPS (2018) las determinantes se clasifican de la siguiente manera:

1. *Estructurales y/o sociales*: son aquellas propiedades que crean y dan representación a la estructura de una sociedad, definen en gran parte la posición socioeconómica de las personas. Estas determinantes determinan la salud de los individuos en función de su posición dentro de las jerarquías, son aquellas que se relacionan con las circunstancias sociales, el acceso a la educación, género, raza, grupo étnico o el empleo.
2. *Intermedios personales*: se dividen según la clasificación social y demuestran las diferencias en cuanto al modelo y la inestabilidad de las circunstancias dañinas para la salud.
3. *Circunstancias materiales*: características de la vivienda, del lugar en el que viven, recursos monetarios y el alcance a recursos básicos como la ropa, los alimentos y un buen entorno laboral.
4. *Circunstancias psicosociales*: factores psicosociales de estrés, circunstancias del ambiente, relaciones conflictivas, apoyo emocional y redes de apoyo.
5. *Factores conductuales y biológicos*: nutrición, actividad física, salud mental, consumo de sustancias y factores biológicos que pueden ser genéticos.
6. *Cohesión social*: la presencia de bienes y las condiciones aptas entre los diversos grupos y sectores de la sociedad que contribuyen en la manera en que las personas cuidan de su salud.
7. *Sistema de salud*: acceso a servicios y programas de salud para equilibrar las circunstancias y secuelas de las enfermedades en las personas.

La pandemia por COVID-19 ha generado en diferentes regiones del globo la crisis sanitaria con el mayor impacto en lo que va de este siglo. Es así que existen países que por su nivel de desarrollo económico poseen una mejor infraestructura y capacidad de respuesta, sin embargo, en naciones pobres el escenario es catastrófico (Ticona Chávez, 2020).

A pesar de que México es un país rico en diversidad social, cultural y económica, aún presenta niveles bajos de inclusión, lo que desprende varias condiciones multifactoriales de pobreza e inequidades que influyen en el acceso a servicios sanitarios. En la actualidad las encuestas demuestran importantes diferencias en la calidad de los servicios de salud según los estratos sociales y ubicación geográfica de las poblaciones; se consideran grupos vulnerables aquellos que por su condición de edad, sexo, estado civil o condiciones socioeconómicas se encuentran en situación de riesgo para acceder a mejores servicios de salud y bienestar social (Cortés-Meda & Ponciano-Rodríguez, 2021).

Siendo así, el estado de salud de la población puede mejorar de manera significativa si se establecen programas e iniciativas de salud considerando las desigualdades sociales, abordando las interrogantes desde el enfoque multidisciplinario de las determinantes de la salud, abarcando factores biológicos, sociales, estilos de vida y el entorno (De La Guardia Gutiérrez & Ruvalcaba Ledezma, 2020).

Indicadores de salud mental

Los indicadores son medidas que muestran características sobre una situación determinada. Cualquier indicador de salud es una estimación sobre una realidad o circunstancia específica en una población, de tal modo que no pueden entenderse con una finalidad en sí misma; un indicador es más una perspectiva que sirve como herramienta para ser observada o descrita. Su uso en el contexto de salud pública se enfoca principalmente en la toma de decisiones, mejorar las condiciones de salud de una población y disminuir las desigualdades e inequidades (OPS, 2018).

Así mismo, el concepto de salud se ha ido transformando y modificando a lo largo de la historia desde 1948, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) la definió como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones”. Más adelante, la OMS en su estrategia de “Salud para todos en el año 2000” promovió diversas políticas para establecer que todas las personas tuvieran un nivel de salud suficiente para que les fuera posible trabajar y desenvolverse en la comunidad donde viven (OMS, 2000).

En relación a la salud mental, la unión y relación entre características particulares, biológicas, del crecimiento y el contexto en el que las personas viven, infiere sobre el desarrollo de enfermedades mentales (Souza y Machorro, 2014). La situación en México indica que las enfermedades mentales ocupan los primeros lugares en la carga de enfermedad; así mismo, estas se asocian con el 25% de años de vida con discapacidad (AVD) en los hombres y con el 23% en las mujeres.

Así, por ejemplo, la depresión que es una enfermedad recurrente, de alta prevalencia mundial (8 a 12%) y normalmente llega a requerir un tratamiento a largo plazo, ocupará para el 2030 el primer lugar en la medición de carga de enfermedad según los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), un

indicador compuesto que combina el tiempo vivido con discapacidad (AVD) y el tiempo perdido por muerte prematura (AVP) (Botto et al., 2014).

Cabe destacar que la salud mental influye sobre la salud física, incrementando el impacto negativo sobre la calidad de vida de las personas. En este sentido, estudios recientes afirman que los trastornos mentales influyen en la evolución de enfermedades no transmisibles; por ejemplo, la ansiedad y los síntomas severos de depresión empeoran el pronóstico de vida de las personas que presentan enfermedades cardíacas o cáncer (Medina et al., 2015).

Un estudio descriptivo realizado en Ciudad Juárez por González Valles y colaboradores (2019) analiza indicadores de ansiedad, depresión, trastorno obsesivo compulsivo e ideación suicida en una muestra de 565 ciudadanos, el cual reportó resultados que sugieren que en la población adulta de Cd. Juárez, había una prevalencia de ansiedad moderada del 35% en hombres y 36% en mujeres, siendo esta una diferencia estadística significativa en ansiedad general con un p valor de .008.

Las investigaciones han mostrado que los determinantes de la salud mental son muy diversos e interactúan entre ellos de manera estrecha. Un claro ejemplo de ello, es el estrés resultante del cierre de las actividades económicas, como medida para frenar la propagación de COVID-19, lo que desestabilizó la economía afectando la tasa de empleo y provocando la reducción de ingresos para familias completas. Así mismo, esta situación puede generar miedo y ansiedad en la población general, lo que se suma a las crecientes preocupaciones por el bienestar y la salud de sus hijos, la presencia en su vivienda de adultos mayores o individuos que pertenecen a grupos de alto riesgo para la enfermedad (Gordon, 2020).

En este sentido, las evidencias más recientes indican que los grupos más propensos a desarrollar patologías graves durante la pandemia son las mujeres,

los estudiantes universitarios y adultos mayores. Aunado a ello es pertinente tomar en cuenta a las personas con enfermedades mentales persistentes o con condiciones físicas incapacitantes (Harcaya, 2020).

Una revisión bibliográfica realizada en Reino Unido por Brooks (2020) abordó los siguientes aspectos como factores de riesgo para desarrollar efectos psicológicos nocivos durante la cuarentena:

- Duración: Tiempos más prolongados de confinamiento están asociados con mala salud mental, sintomatología de estrés postraumático, comportamientos de evitación, entre otros.
- Miedo a la enfermedad: Temores relacionados a la propia salud del individuo, miedo a infectar a otras personas y experimentar síntomas graves de la enfermedad.
- Frustración y aburrimiento: Debido al aislamiento y distanciamiento social, se pierde una rutina, el contacto social y físico es poco.
- Suministros inadecuados pueden ocasionar en las personas frustración y enojo.
- Información inadecuada o limitada por parte de las autoridades de salud pública.

En la muestra del estudio los niveles más altos reflejan un 7% para depresión, 9.4% para ansiedad y 5.4% para estrés; los sujetos más vulnerables son las mujeres y los jóvenes entre 18 y 39 años. Las personas con niveles superiores de resiliencia, experimentan menores consecuencias psicológicas, lo que confirma su importancia frente a las adversidades (Meda-Lara et al., 2021).

Factores de riesgo para ansiedad y depresión durante el confinamiento en México

La pandemia por COVID-19 no solo ha generado riesgos de contagios y muertes por síntomas graves de la enfermedad, sino también notables efectos psicológicos en la población. Las evidencias muestran que los factores psicosociales representan un papel muy importante en el éxito de las estrategias de salud pública para disminuir los efectos perjudiciales de la pandemia y el confinamiento prolongado (Galindo-Vázquez et al., 2020).

La literatura existente y los estudios más recientes en México señalan que han aumentado las cifras en el diagnóstico de ansiedad a raíz del confinamiento y los efectos perjudiciales de la pandemia (Cerecero-García et al., 2020). Los padecimientos psicológicos a menudo se manifiestan en problemas del sueño, episodios agresivos, agotamiento y comorbilidad con depresión (Nicolini, 2020).

A pesar de que el confinamiento es una acción efectiva contra la propagación de la enfermedad COVID-19, de acuerdo con Barrientos-Gutiérrez et al. (2020) también se incrementa el riesgo de que se presenten problemáticas de violencia, problemas de salud mental y agudización de los casos de adicciones. Estas son circunstancias desfavorables que se extienden en todo el mundo, se incrementaron los casos de violencia intrafamiliar, se experimentan emociones ligadas al miedo, la incertidumbre y el duelo, lo que da como consecuencia, un incremento en los casos de depresión, ansiedad y el abuso de sustancias, como señalan los autores.

El Gobierno de la Ciudad de México, a través del Consejo de Evaluación del Desarrollo Social (Evalúa Ciudad de México), en colaboración con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Universidad Iberoamericana en Ciudad de México diseñaron el reporte ENCOVID19, una encuesta diseñada para

conocer el impacto que han tenido la crisis sanitaria, económica y social por la pandemia de COVID-19. Este documento presentó el resumen de resultados comparativos entre dos muestras tomadas en julio y diciembre del 2020, con el objetivo de reconocer avances o áreas de mejora en los ámbitos analizados (Gobierno de la Ciudad de México ENCOVID-19 CDMX EQUIDE y UNICEF, 2020).

Los principales hallazgos fueron:

- En diciembre de 2020, el 32% de las personas presentaban síntomas severos de ansiedad y 25% síntomas de depresión.
- En ambos padecimientos, se observa que la prevalencia de estas enfermedades es mayor entre los hogares con menores recursos socioeconómicos.
- En el 24% de los hogares algún miembro presentó síntomas de COVID-19, el 97% de quienes tuvieron síntomas se quedaron en casa.
- El 68% de las personas entrevistadas mostraron un alto nivel de preocupación (7 puntos o más, en una escala de 0 a 10) por una posible afectación en su salud por el COVID-19.
- El 62% de los hogares declararon que han visto reducidos sus ingresos desde el inicio de la cuarentena.
- 1 de cada 3 hogares reportó que alguno de sus integrantes perdió su empleo o fuente de ingresos en algún momento de la pandemia (entre marzo y diciembre de 2020).
- La tasa de desocupación en diciembre 2020 fue de 6%, lo cual representa una recuperación significativa respecto al nivel observado en julio del mismo año cuando fue de 10%.
- La mayor recuperación en la tasa de desocupación se ha dado en el sector informal, al pasar de 14% en julio al 8% en diciembre del 2020. En el sector formal, la tasa de desocupación bajó de 7% en julio a 4% en diciembre de tal año.

- Al final del reporte se menciona que:

“Desde el primer levantamiento de la encuesta a nivel nacional en abril de 2020, uno de los aspectos más preocupantes son los altos niveles de ansiedad y depresión que han manifestado tener las personas entrevistadas. En la Ciudad de México se observó que en diciembre 32% de las personas presentaban síntomas severos de ansiedad y 25% síntomas de depresión. En ambos padecimientos, se observa que la prevalencia de estas enfermedades es mayor entre los hogares con menores recursos socioeconómicos” (Gobierno de la Ciudad de México ENCOVID-19 CDMX EQUIDE y UNICEF, 2020).

JUSTIFICACIÓN

Cada día surgen más y distintos estudios que muestran los efectos psicosociales derivados de la cuarentena, por ello se vuelve necesario un entendimiento oportuno y asertivo sobre el estado emocional de la sociedad (Marquina M. R. y Jaramillo V., 2020). Por lo que la psicología representa en la actualidad una herramienta imprescindible para favorecer la salud y el bienestar humano, además de brindar una perspectiva mucho más amplia para la comprensión de la epidemia (Lorenzo Ruiz et al., 2020).

Los estudios epidemiológicos sobre prevalencia de la depresión (OMS, 2020) demuestran que es un padecimiento prevenible, detectable y tratable desde diferentes perspectivas. También es posible disminuir los síntomas graves a corto, mediano o largo plazo; sin embargo, sigue siendo una problemática a nivel mundial el poder ofrecer un tratamiento oportuno y de calidad en los casos de personas con enfermedades mentales. De manera que a pesar de la existencia del tratamiento psicológico y farmacológico, en varias regiones o países con ingresos bajos, se carece de acceso a servicios de atención para la depresión u otras enfermedades mentales, donde más de la mitad no son diagnosticados y muy pocos reciben tratamiento (Cerecero-García et al., 2020).

Es importante comprender que las crisis sanitarias o de salud pública no afectan a todas las poblaciones de la misma manera, hay factores que pueden impulsar la propagación de infecciones y el empeoramiento de sus consecuencias fisiológicas y mentales (Alomoto, 2020). Por lo anterior este estudio se enfoca en brindar conocimiento e información a profesionales de la salud, sobre los factores de riesgo y condiciones en el contexto actual, que pueden conducir a padecimientos mentales como la depresión y la ansiedad en las personas.

Se busca aportar información que facilite el diseño de programas preventivos, campañas de promoción y estrategias de intervención en materia de salud mental en la población. Se considera que de esta forma se puede abordar la problemática de manera multidisciplinaria y trabajar para lograr objetivos estratégicos como la disminución en la prevalencia de enfermedades mentales.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores de riesgo que se relacionaron con síntomas de depresión y ansiedad en adultos de Ciudad Juárez durante el confinamiento en la pandemia por COVID-19?

HIPÓTESIS

La presencia de síntomas de depresión y ansiedad en adultos de Cd. Juárez durante el confinamiento por COVID-19, está relacionado a factores de riesgo tales como la duración del confinamiento, la situación laboral, el sexo de la persona, la edad, el rango de ingresos económicos, haber tenido familiares contagiados por COVID-19 o haber contraído la enfermedad durante la pandemia.

OBJETIVO GENERAL

Identificar factores de riesgo presentes durante el confinamiento por COVID-19, relacionados con el desarrollo de síntomas de depresión y ansiedad.

Objetivos específicos

- Estimar la prevalencia de los síntomas de depresión y ansiedad.
- Determinar si existen diferencias estadísticas significativas en los niveles de depresión y ansiedad entre hombres y mujeres.
- Estimar la asociación entre el grupo de edad de los individuos y los niveles de depresión y ansiedad que presentan.
- Determinar si existe asociación estadística significativa entre el rango de tiempo de confinamiento y la presencia de síntomas de depresión y ansiedad.
- Estimar si existen diferencias estadísticas significativas en los niveles de depresión y ansiedad, entre personas positivo o negativo a contagio de COVID-19.

MÉTODO

Diseño del estudio

La investigación es un estudio exploratorio-descriptivo de tipo transversal con la intención de describir y explicar la ocurrencia de los fenómenos psicológicos de la depresión, la ansiedad y su relación con los factores de riesgo presentes durante el confinamiento que fue implementado por autoridades, a partir del 20 de marzo del 2020 para la prevención de contagios de COVID–19.

En el estudio se mide prevalencia y frecuencia de las variables principales, con relación a las características sociodemográficas y determinantes sociales de la salud que intervienen en el desarrollo de síntomas de depresión y ansiedad durante el tiempo de confinamiento. La investigación es principalmente cuantitativa pues se midió el nivel de ansiedad y depresión por medio de una batería de pruebas psicológicas: Inventarios de depresión y ansiedad de Beck (véase anexos) y un instrumento para recopilar datos sobre condiciones y características de la muestra. Se verificaron algunas premisas que se establecen como percepción de la realidad social y del comportamiento de las personas ante contingencias de salud.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La aplicación del instrumento se adaptó a las condiciones de distancia social por el brote de COVID-19, así se decidió que fuera a través de un cuestionario diseñado en Google Forms (<https://www.google.com/forms/about>) que se difundió mediante plataformas virtuales para redes sociales y enviando correos electrónicos a diferentes grupos y contactos de forma aleatoria.

El formulario fue diseñado en tres partes:

1. La primera parte es una encuesta que consta de 18 ítems, para reconocer las características sociodemográficas, determinantes sociales y factores de riesgo asociados a efectos psicológicos durante el confinamiento por COVID-19 (anexo 1).
2. El Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Beck et al., 2009) estandarizado por Jurado y colaboradores (1998) en población mexicana ($\alpha = .87$), es un autoinforme de 21 ítems, referidos a síntomas depresivos en las 2 semanas previas a la aplicación, con cuatro opciones de respuesta. Los puntajes de severidad de síntomas van de 0 a 63, donde 63 representa la severidad máxima (anexo 2).
3. El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988; Steer, Ranieri, Beck & Clark, 1993), versión estandarizada por Robles, Varela, Jurado & Páez (2001) para población mexicana ($\alpha = .83$), es un autoinforme de 21 ítems que evalúan síntomas de ansiedad en las 2 semanas previas a la aplicación, con cuatro opciones de respuesta. Los puntajes de severidad de síntomas van de 0 a 63, donde 63 representa la severidad máxima (anexo 3).

En el presente estudio los resultados de la prueba para medir los niveles de depresión de la muestra se clasificaron respecto a puntos de corte, conforme al Manual del BDI-II (1998) y se dividieron en los siguientes cuatro grupos: Del 0-13 con depresión mínima; 14-19 con depresión leve; 20-28 con depresión moderada y 29-63 con depresión grave o severa.

Los resultados de la prueba de ansiedad en los individuos de la muestra se dividieron respecto al Manual del BAI (1993), de acuerdo con el total del puntaje en los siguientes grupos: Del 0-7 con ansiedad mínima; 8-15 con ansiedad leve; 16-25 con ansiedad moderada y 26-63 con ansiedad grave o severa.

Población y tamaño de la muestra

La unidad de análisis se describe como aquellos habitantes de Ciudad Juárez mayores de 18 años, sin límite de edad, que mantuvieron confinamiento por decreto de las autoridades de salud durante la cuarentena por COVID - 19.

Criterios de inclusión: Personas mayores de 18 años.

Criterios de exclusión:

- Personas que no saben leer.
- Personas sin acceso a herramientas electrónicas como: celular, tablet o computadora con acceso a internet.
- Personas sin cuenta de correo electrónico o acceso a redes sociales.

Criterios de eliminación: Encuestas incompletas o con respuestas repetitivas.

Se definió que el tamaño ideal de la muestra debería ser de 358 personas, basado en la última encuesta del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) donde se reportó que Ciudad Juárez cuenta con 1,512,450 habitantes, de los cuales el 56.8% (846,972 personas) son población adulta (Gobierno de Chihuahua, 2017), con una media de 29 años (INEGI, 2020). Utilizando una confianza del 95% y un margen de error permitido del 5%.

La encuesta tuvo un alcance total aproximado de 900 personas, de las cuales solo respondieron 433 personas. Una vez analizada la base de datos en el programa Microsoft Excel, se realizó un análisis de los ítems de respuesta y fue observado un patrón de repetición de respuestas en los ítems de varios sujetos, por lo que se consideró realizar un criterio de exclusión de los cuestionarios que superase el 60% de las respuestas repetidas o incompletas, dado que 42 de los 60 ítems en el instrumento, pertenecen a la evaluación psicológica.

En su conjunto fueron 73 cuestionarios los que se retiraron de la información recolectada, por lo que la muestra final fue de 360 participantes. El estudio se realizó en un periodo de 3 meses entre noviembre del 2020 y enero 2021.

Análisis estadístico

Se ejecutaron los siguientes procedimientos:

- Estadísticas descriptivas con las características de las personas como los rangos de edad, ocupación, el sexo, ingresos aproximados, tipo de vivienda, acceso a servicios, entre otros.
- Se utilizó estadística inferencial, principalmente la técnica de Chi cuadrada que permite estudiar características cualitativas de la muestra para reconocer asociaciones y correlaciones estadísticas entre variables tales como: el nivel de depresión, el nivel de ansiedad, grupo de edad, el haber enfermado, la duración del confinamiento entre otras.
- A través del análisis de regresión logística univariada se realizó una inferencia acerca de la existencia o no de las relaciones significativas entre las variables independientes y la variable de investigación (depresión y ansiedad).
- Para demostrar la existencia de una diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de depresión y ansiedad respecto a hombres y mujeres, se utilizó la prueba de *t de student*.
- Para conocer las respectivas diferencias entre las frecuencias de la muestra, se realizó un análisis de χ^2 de las variables del estudio: sexo, rango de edad, haber contraído la enfermedad (COVID-19), la duración del confinamiento voluntario y haber tenido familiares enfermos.

RESULTADOS

Estadísticas Sociodemográficas

El presente estudio fue realizado con una muestra de 360 individuos adultos de Ciudad Juárez, de los cuales el 80% eran mujeres y el 20% hombres, fueron clasificados por rango de edad de la siguiente manera: de 19 – 29 años (31.39%), de 30 – 39 (34.72%), de 40 – 49 (16.11%), de 50 – 59 (8.89%), y de 60 – 80 (8.89%) con una media de 37.26 ($\sigma = 12.59$).

De las características sociodemográficas que se analizaron en la investigación, el nivel de estudios, la situación laboral de los individuos, los ingresos económicos y la cantidad de habitantes por vivienda, fueron algunas de las variables consideradas para comparar con el nivel de ansiedad o depresión de los individuos; sin embargo, no se reflejaron resultados estadísticamente significativos para el estudio (Tabla 1).

Los resultados muestran que la mayor parte de los participantes (43.5%) estuvo trabajando desde casa durante el periodo de confinamiento, que el 25.5% siguió asistiendo al trabajo de forma presencial, mientras otros afirmaron haber estado desempleados (10%) o percibían algún otro tipo de ingreso (Tabla 1).

Respecto al número de habitantes por vivienda, se observó que la mayor parte de los individuos de la muestra (22.5%) vive acompañado con más de 5 personas y en promedio llegan a ser cuatro individuos por vivienda (Tabla 1). Por otra parte, se observó que los ingresos económicos por familia, promedió entre 12 mil y 16 mil pesos mensuales por hogar, lo que cataloga a la mayor parte de la muestra de estudio dentro del nivel medio de ingresos económicos (INEGI, 2020).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra durante el confinamiento		
Variable	Categorías	n (%)
Sexo	Mujer	288 (80.0)
	Hombre	72 (20.0)
Edad	19-29	113 (31.39)
	30-39	125 (34.72)
	40-49	58 (16.11)
	50-59	32 (8.89)
	60-80	32 (8.89)
Habitantes por vivienda	1	20 (5.56)
	2	72 (20.0)
	3	91 (25.28)
	4	94 (26.11)
	5	53 (14.72)
	6	20 (5.56)
	7	8 (2.22)
Nivel de estudios	Básico	20 (5.56)
	Medio	73 (20.28)
	Superior	195 (54.17)
	Especialidad	66 (18.33)
	Doctorado	6 (1.67)
Situación laboral	Asiste a centro de trabajo	92 (25.5)
	Trabajo desde casa	155 (43.5)
	Hogar	25 (6.9)
	Negocio	31 (8.5)
	Comerciante informal	7 (1.8)
	Jubilado	14 (3.8)
	Desempleado	36 (10)

De las variables relacionados específicamente con la pandemia por COVID-19, se tomó la duración del confinamiento y ser positivo al contagio por COVID-19, como probables factores de riesgo para presentar síntomas de depresión y ansiedad entre la población; observándose entonces que el 18.06% de los participantes del estudio, reportaron haber enfermado de COVID-19, cifras similares a las reportadas por la Secretaría de Salud Pública de México. Respecto al lapso de tiempo que las personas mencionaron haber estado en confinamiento, los resultados muestran un promedio entre 4 y 5 meses (Tabla 2).

<i>Tabla 2. Variables relacionadas a factores de riesgo durante el confinamiento</i>		
<i>Variable</i>	<i>Categorías</i>	<i>n (%)</i>
Diagnóstico COVID-19	Positivo	65 (18.06)
	Negativo	295 (81.94)
Duración del confinamiento	Ninguno	24 (6.67)
	1-14 días	56 (15.56)
	15-30 días	29 (8.06)
	31-40 días	16 (4.44)
	2-3 meses	35 (9.72)
	4-5 meses	96 (26.67)
	≥5 meses	104 (28.89)

Prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad

Los resultados de las pruebas psicológicas aplicadas a la muestra durante la pandemia sugieren que existe una prevalencia de depresión moderada del 12.78% y síntomas severos en el 8.33% de los individuos. Por otra parte, los indicadores de ansiedad reflejan un 17.2% de las personas con un nivel moderado de síntomas y un 22.5% con nivel severo (Tabla 3).

Tabla 3. Resultados del inventario de depresión y ansiedad de Beck (BDI) & (BAI)				
NIVEL	Depresión		Ansiedad	
	n	%	n	%
Mínimo	212	58.89	135	37.5
Leve	72	20	82	22.8
Moderado	46	12.78	62	17.2
Severo	30	8.33	81	22.5

Diferencias en el nivel de depresión y ansiedad entre hombres y mujeres.

Para demostrar la existencia de una diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de depresión y ansiedad respecto a hombres y mujeres, se utilizó la prueba de *t de student* como se muestra en las tablas 4 y 5. En el caso de la variable depresión, el promedio de puntos en mujeres fue de 13.38 y en hombres de 9.097, siendo la diferencia 4.041 puntos; la prueba de *t de student* indica que esta diferencia es significativa ($p=0.0020$). En el caso de la variable ansiedad, el promedio de puntos en mujeres fue de 16.75 y en hombres de 11.416, siendo la diferencia 5.333 puntos; la prueba de *t de student* indica que esta diferencia es significativa ($p=0.0036$).

**Tabla 4. Resultados de la prueba t de Student
para determinar diferencias en el nivel de depresión entre hombres y mujeres**

Variable	Depresión				
	Categorías	Media	Std. Error	Std. Desv.	95% Conf. Intervalo
Sexo	Femenino	13.1388	0.6004	10.1895	11.9570 - 14.3206
	Masculino	9.0972	0.9921	8.4188	7.1188 - 11.0755
	diff	4.0416	1.2996		

***Valor de significancia = 0.0020**

**Tabla 5. Resultados de prueba t de Student
para determinar diferencias en el nivel de ansiedad entre hombres y mujeres**

Variable	Ansiedad				
	Categorías	Media	Std. Error	Std. Desv.	95% Intervalo de Conf.
Sexo	Femenino	16.75	0.8419	14.2877	15.0928 - 18.4071
	Masculino	11.4166	1.3776	11.6893	8.6698 - 14.1635
	diff	5.3333	1.8198		

***Valor de significancia = 0.0036**

En la gráfica de frecuencia presentada en la figura 2, se puede observar que el porcentaje de los individuos con depresión a nivel leve, moderado y severo es mayor en la muestra de mujeres. De la misma forma, esto se refleja en la figura 3, en la cual un 25.3% de la muestra de mujeres presentó nivel severo de ansiedad, lo que es más del doble respecto a los hombres, quienes solo un 11.1% reflejaron el mismo nivel.

Figura 2

Nivel de depresión respecto a el sexo

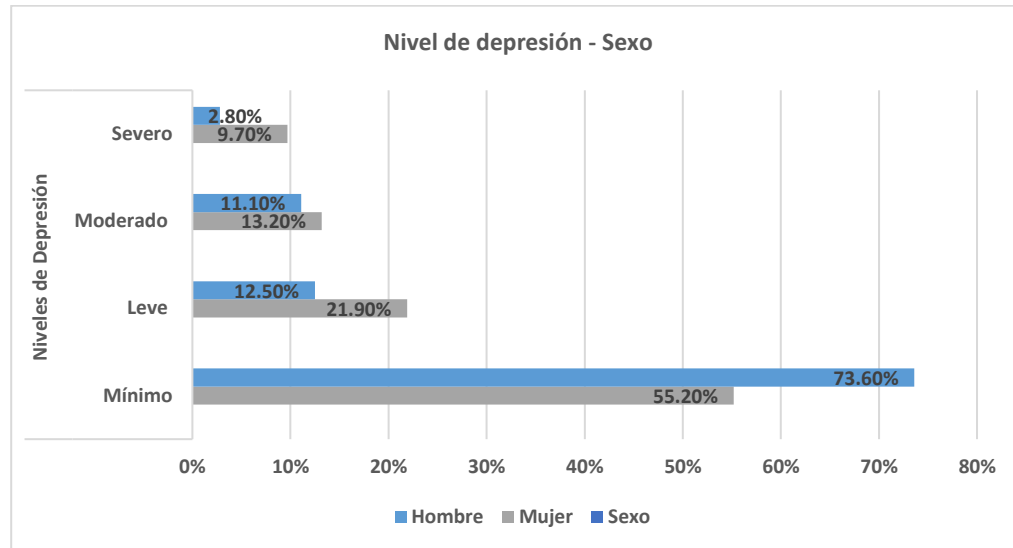
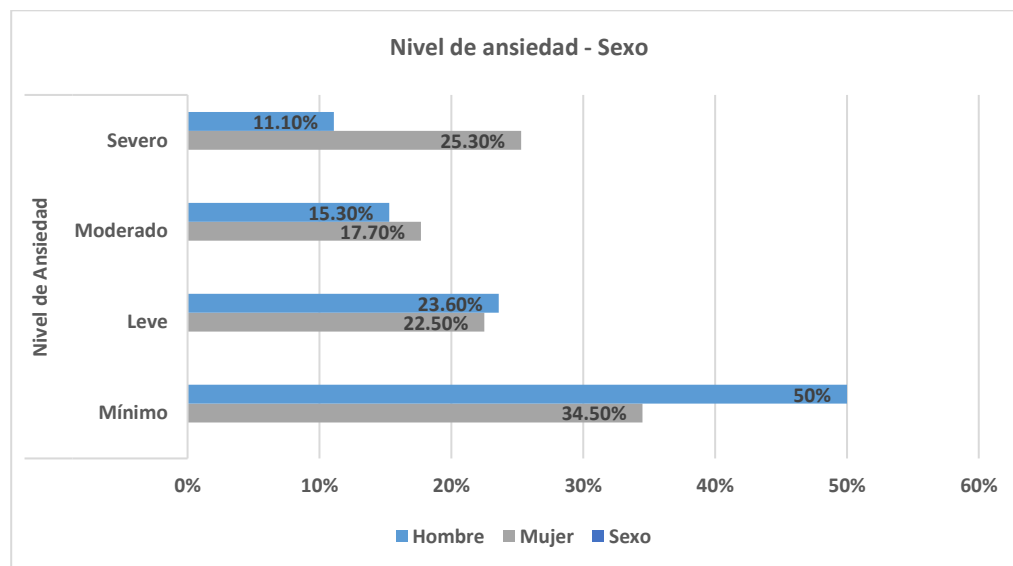


Figura 3

Nivel de ansiedad respecto a el sexo



Situación laboral y el nivel de estudios asociados con la presencia de síntomas de depresión y ansiedad

En la tabla 6 los resultados de la prueba X^2 muestran que hay asociación estadística entre el nivel de depresión y la situación laboral de las personas ($p=0.02$), siendo los comerciantes informales (42.9%) y los desempleados (24%), los que presentaron mayor porcentaje de la muestra en nivel de depresión severa.

No se encontró diferencia estadística significativa entre la situación laboral y el nivel de ansiedad ($p = 0.453$); sin embargo, es importante resaltar que los comerciantes informales y los desempleados también fueron el grupo con el mayor porcentaje de la muestra que reflejó nivel severo de ansiedad. Por otra parte, tampoco se identificó una diferencia significativa entre el nivel de estudios de los individuos de la muestra respecto a los niveles altos de depresión ($p = 0.627$) o ansiedad ($p = 0.894$).

Diferencias en el nivel de depresión y ansiedad entre los grupos de edad.

Como se observa en la tabla 6, los resultados de la X^2 muestran asociación estadística entre el grupo de edad con el nivel de depresión ($p = 0.004$) y ansiedad ($p = 0.015$), cuyos mayores niveles se observaron en la población más joven, siendo en ambos casos notable las diferencias en los niveles de gravedad de los síntomas. Fueron los participantes entre 19 y 39 años, quienes mostraron mayor prevalencia de ansiedad y depresión; y los casos con síntomas severos fueron menos en el grupo de mayores de 40 años (Figuras 4 y 7).

Tabla de contingencia entre niveles de depresión/ansiedad y características sociodemográficas de la muestra (Tabla 6)

	Nivel de Depresión					Nivel de Ansiedad				
	Mínimo	Leve	Moderado	Severo	P	Mínimo	Leve	Moderado	Severo	P
Sexo					0.025					0.027
Mujer	55.20%	21.90%	13.20%	9.70%		34.50%	22.50%	17.70%	25.30%	
Hombre	73.60%	12.50%	11.10%	2.80%		50%	23.60%	15.30%	11.10%	
Rango de edad					0.004					0.001
19-29	45.10%	23.90%	18.60%	12.40%		28.30%	24.00%	20.30%	27.40%	
30-39	56.00%	20.80%	13.60%	9.60%		26.40%	28.80%	17.60%	27.20%	
40-49	65.50%	22.50%	8.60%	3.40%		48.20%	19.00%	13.80%	19.00%	
50-59	78.10%	12.50%	6.20%	3.20%		56.20%	12.50%	21.90%	9.40%	
60-80	87.40%	6.20%	3.20%	3.20%		75%	12.50%	6.25%	6.25%	
Nivel de estudios					0.627					0.894
Básico	65.00%	10.00%	15.00%	10.00%		45%	10.00%	15.00%	30.00%	
Medio	57.50%	15.10%	13.70%	13.70%		30.10%	27.40%	19.20%	23.30%	
Superior	56.80%	24.20%	12.30%	6.70%		38%	22.50%	16.00%	23.50%	
Especialidad	62.10%	18.20%	12.10%	7.60%		40.90%	22.70%	19.70%	16.70%	
Doctorado	83.30%	0.00%	16.70%	0%		49.90%	16.70%	16.70%	16.70%	
Situación laboral					0.02					0.453
Asiste a centro de trabajo	64.10%	21.70%	8.70%	5.50%		39.20%	27.20%	13.00%	20.60%	
Trabajo desde casa	58.00%	21.40%	15.90%	4.80%		35.90%	24%	18.60%	22.00%	
Hogar	56.00%	16.00%	20.00%	8.00%		56%	4.00%	16.00%	24.00%	
Negocio	51.60%	12.90%	22.60%	12.90%		29%	19.40%	25.80%	25.80%	
Comerciante informal	57.10%	0.00%	0.00%	42.90%		57.10%	0.00%	0.00%	42.90%	
Jubilado	85.70%	7.15%	0.00%	7.15%		57.10%	28.60%	7.15%	7.15%	
Desempleado	32.00%	36.00%	8.00%	24.00%		20%	24.00%	24.00%	32.00%	

*Prueba de X^2 de Pearson; p valor (<0.05) significancia

Tabla de contingencia entre niveles de depresión/ansiedad y variables relacionadas a factores de riesgo durante el confinamiento (Tabla 7)										
	Nivel de Depresión					Nivel de Ansiedad				
	Mínimo	Leve	Moderado	Severo	P	Mínimo	Leve	Moderado	Severo	P
Auto reporte de diagnóstico COVID – 19					0,001					0.019
Positivo	41.50%	32.30%	9.30%	16.90%		24.60%	20.00%	20.00%	35.40%	
Negativo	62.53%	17.20%	13.50%	6.40%		40.30%	23.50%	16.50%	19.70%	
Duración del Confinamiento					0.05					0.001
Ninguno	87.50%	8.30%	4.20%	0%		75%	12.50%	8.30%	4%	
1-14 días	71.40%	16.10%	7.10%	5.40%		46.40%	34.00%	7.10%	12.50%	
15-30 días	58.60%	17.20%	17.20%	7.00%		24.10%	34.50%	27.60%	13.80%	
31-60 días	50.00%	18.75%	18.75%	12.50%		37.50%	0.00%	43.75%	18.75%	
2-3 meses	54.20%	28.60%	8.60%	8.60%		31.50%	37.10%	17.10%	14.30%	
4-5 meses	53.20%	20.80%	13.50%	12.50%		34.40%	17.70%	19.80%	28.10%	
≥5_meses	53.80%	22.20%	16.30%	7.70%		32.70%	19.20%	15.40%	32.70%	
*Prueba de X² de Pearson; p valor (<0.05) significancia										

Figura 4

Niveles de depresión respecto al grupo de edad

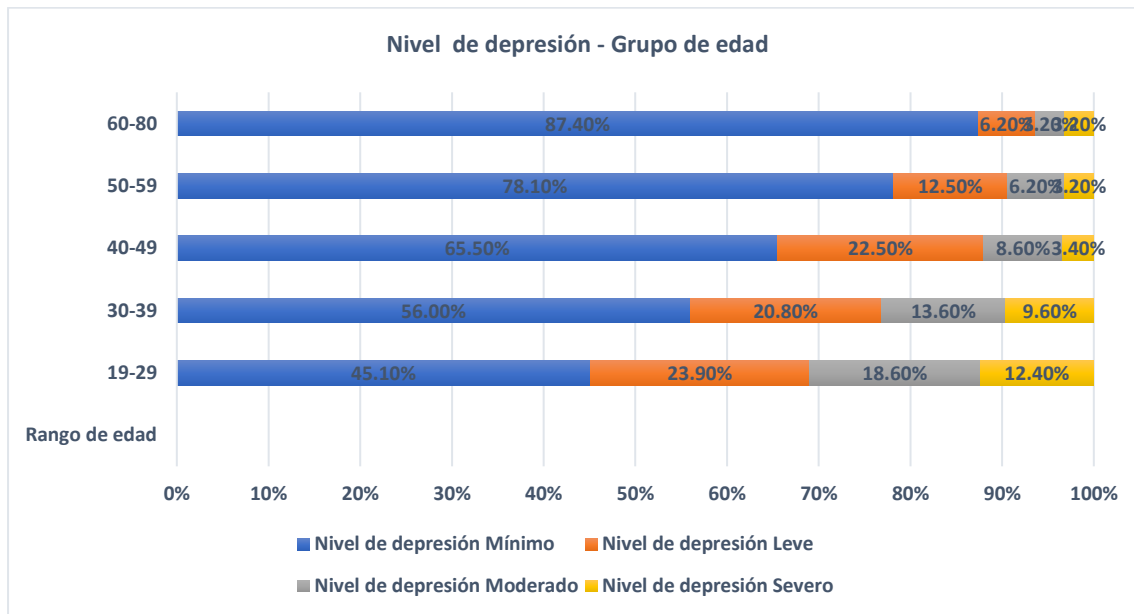
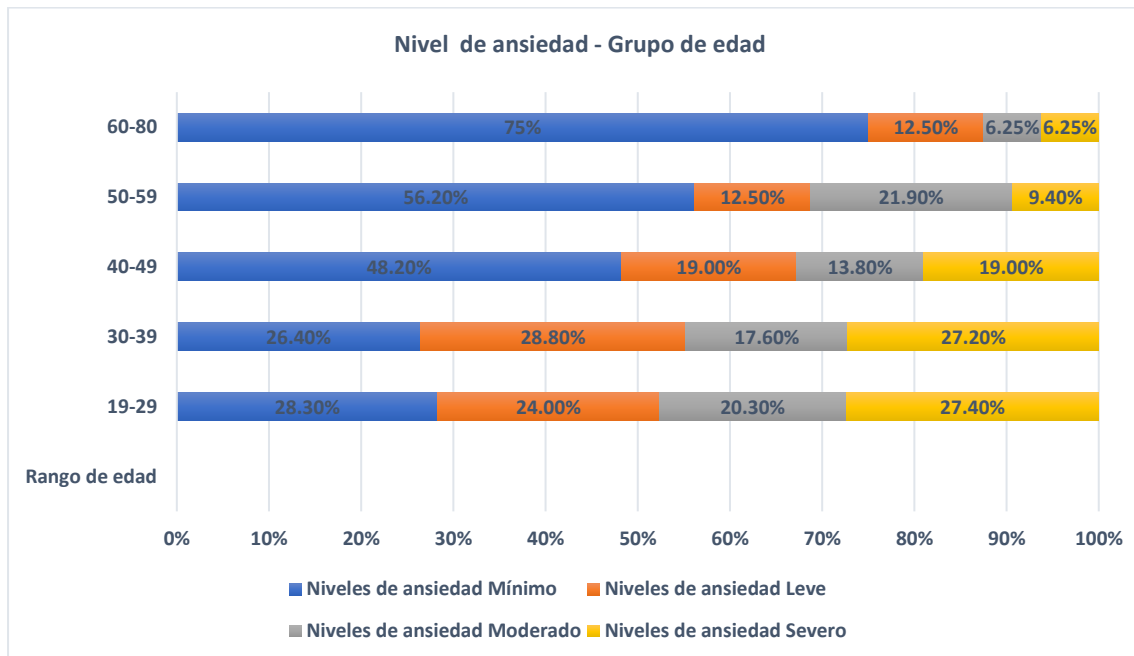


Figura 5

Niveles de ansiedad respecto al grupo de edad



Síntomas de depresión y ansiedad en personas positivas a COVID-19

En la figura 6 y 7 se muestra que el porcentaje de los individuos con niveles severos de depresión y ansiedad es mayor en aquellos que reportaron haber enfermado de COVID-19. Tales resultados se corroboran por medio del estadístico chi-cuadrada (χ^2) que determina una diferencia significativa entre los niveles de depresión ($p = 0.001$) o ansiedad ($p = 0.019$) y los individuos de la muestra con diagnóstico positivo a COVID-19 (Tabla 7).

Figura 6

Nivel de depresión respecto al diagnóstico de COVID-19

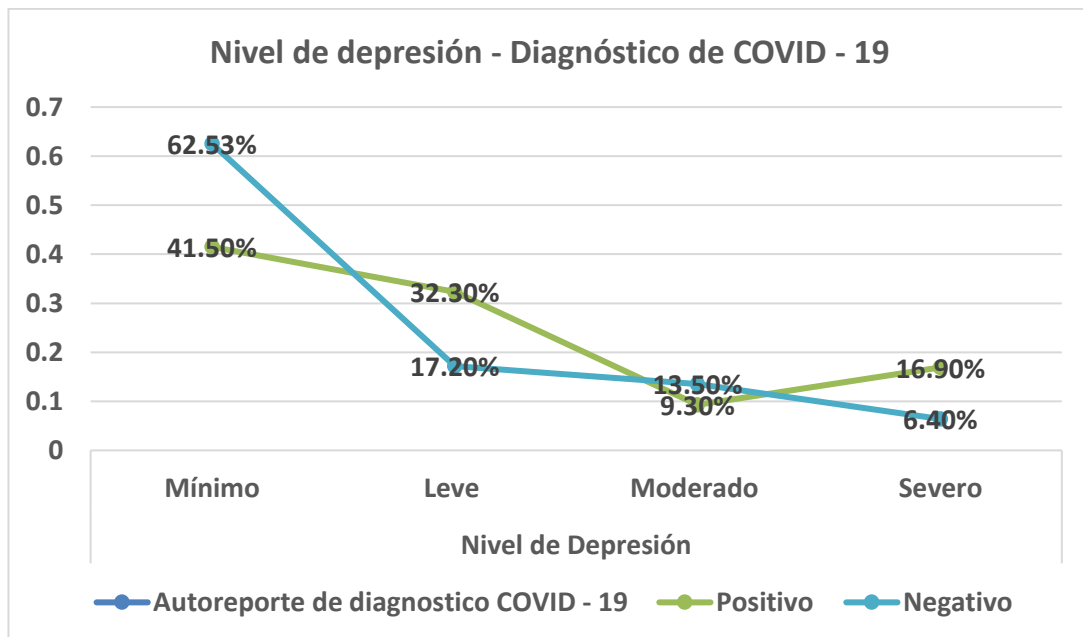
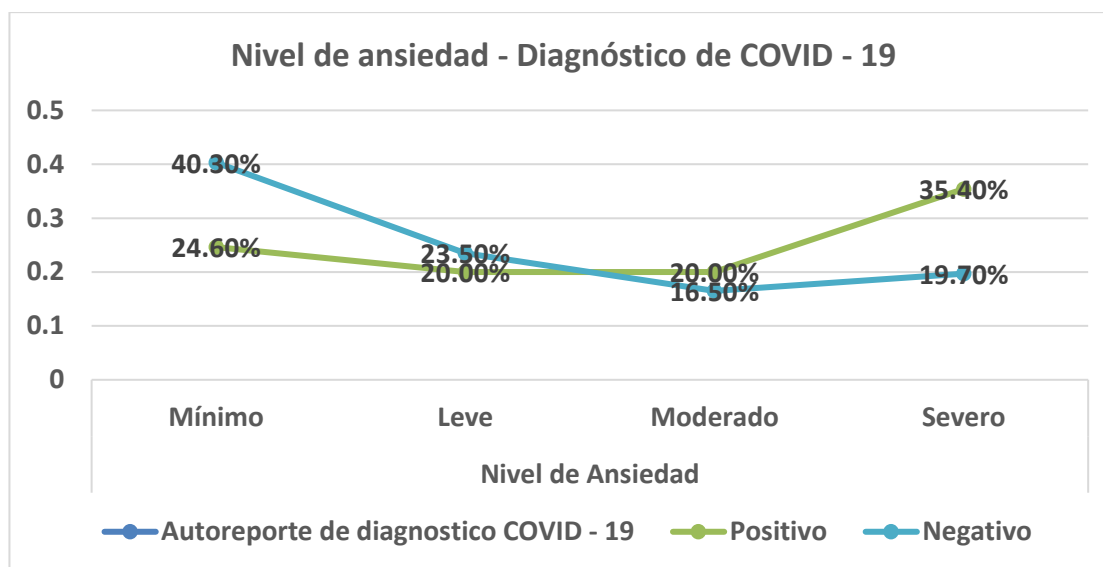


Figura 7

*Nivel de ansiedad respecto al
Diagnóstico de COVID-19*



Nivel de depresión y ansiedad asociado con la duración del confinamiento

Se reconoció por medio de la prueba de X^2 que hay una diferencia significativa entre el nivel de depresión ($p = 0.05$) y ansiedad ($p = 0.001$) asociado a los periodos de confinamiento más prolongados (Tabla 7).

Así mismo se observó que la proporción en la muestra del estudio que reflejo niveles severos de depresión y ansiedad fue aquella que manifestó haber estado mayor tiempo en confinamiento, a diferencia de los individuos con niveles mínimos de depresión y ansiedad los cuales estuvieron menos días en confinamiento como se puede observar en las figuras 8 y 9.

Figura 8

Niveles de depresión respecto a la duración del confinamiento

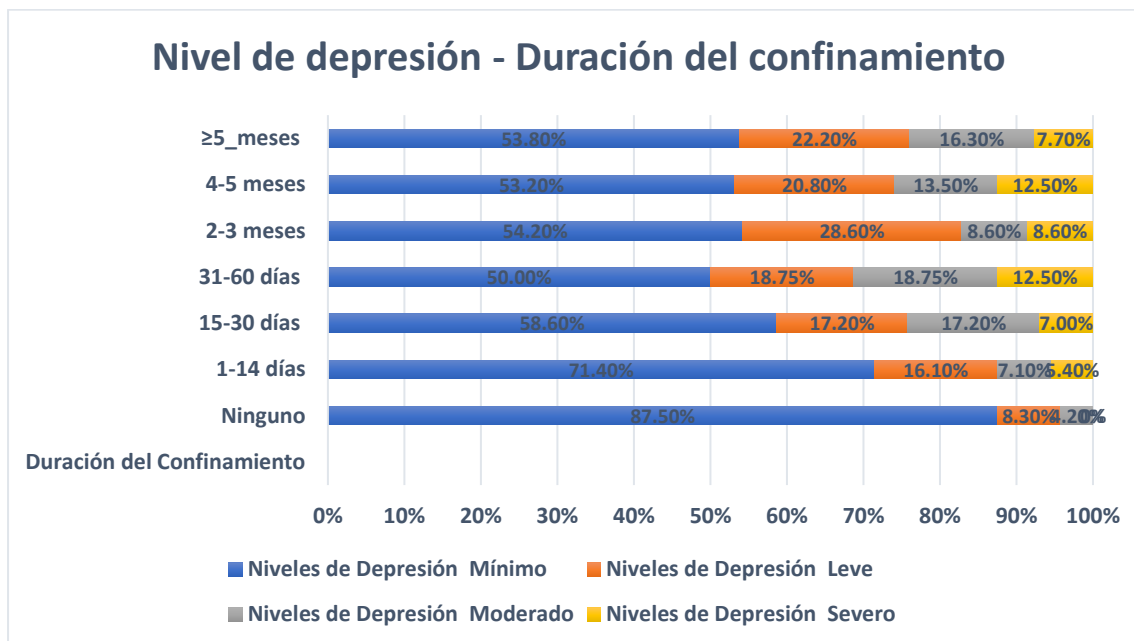
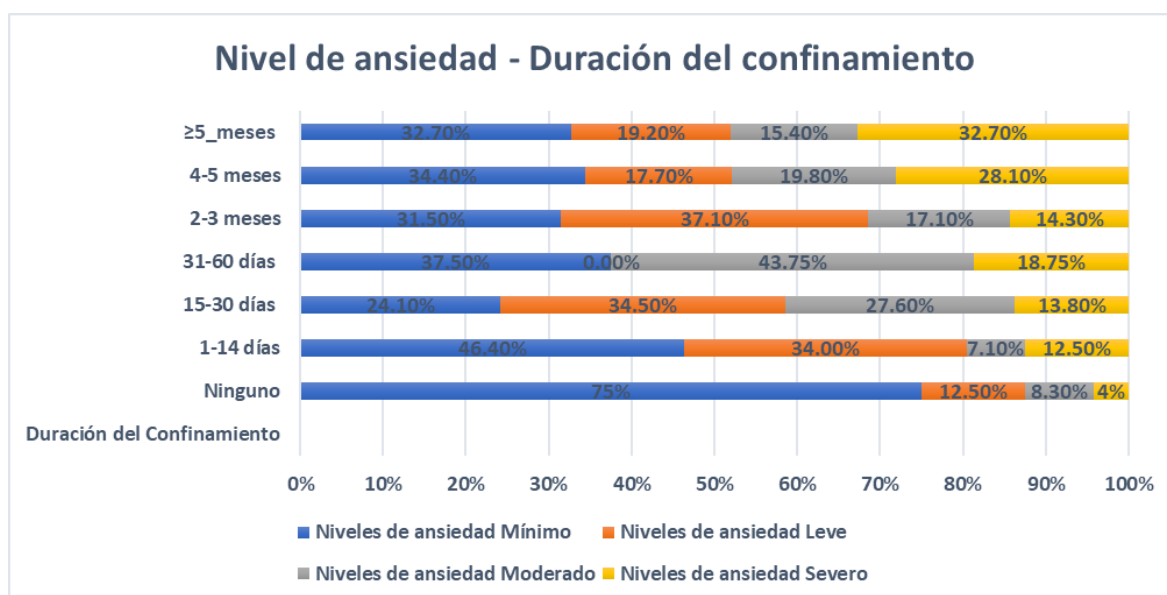


Figura 9.

Niveles de ansiedad respecto a la duración del confinamiento



Factores de riesgo y de protección para depresión y ansiedad

En las *tablas 8 y 9* se muestran cinco análisis de regresión logística univariada que se realizaron para predecir el aumento o disminución en los valores de depresión y ansiedad. Como variables predictoras se tomaron las condiciones o circunstancias en que las personas vivieron durante la pandemia y variables como el sexo, la edad, la duración del confinamiento, que hayan tenido un familiar enfermo y el diagnóstico positivo a COVID-19 reportado por los participantes del estudio; mientras que los niveles de depresión y ansiedad representan las variables dependientes.

Se presentan también los resultados del análisis a los factores predictores de riesgo, como las características sociodemográficas y las condiciones de vida durante la pandemia, relacionadas al nivel de depresión y ansiedad en la muestra de estudio. El valor de R^2 demuestra que las variables independientes están explicando el 19% de la variabilidad de depresión y el 17% de la ansiedad.

En la *tabla 8* se muestran los valores de p con una diferencia significativa entre la depresión respecto al grupo de edad: de 40 a 49 años ($p=.012$), de 50 a 59 años ($p=.002$) y de 60 a 80 años ($p=.001$), como es el caso entre la variable depresión en la población masculina ($p=.005$), en el diagnóstico negativo a COVID-19 ($p=.002$) y la duración del confinamiento: de 15 a 30 días ($p=.027$), de 31 a 60 días ($p=.014$), de 2 a 3 meses ($p=.012$), de 4 a 5 meses ($p=.005$) y más de 5 meses ($p=.006$). Así mismo, se muestra los resultados del análisis de las personas que manifestaron síntomas de depresión, los cuales reflejaron las siguientes variables como probables factores protectores: el sexo masculino (OR: 2.26, IC 95%: 0.24 – 0.78), el diagnóstico negativo a la enfermedad COVID-19 (OR: 2.36, IC 95%: 0.24 – 0.72) y la edad (de 30 a 39 años [OR:1.54, IC 95%: 0.38 – 1.07], de 40 a 49 años [OR:2.31, IC 95%: 0.22 – 0.83], de 50 a 59 años [OR:4.34, IC 95%: 0.09 – 0.57] y de 60 a 80 años [OR:8.51, IC 95%: 0.038 – 0.35]).

En los individuos de la muestra que presentaron síntomas de depresión, la variable predictora de riesgo más importante fue la duración de confinamiento, la cual fue clasificada de la siguiente forma: de 1 a 14 días (OR: 2.8, IC 95%: 0.73 - 10.70) de 15 a 30 días (OR: 4.94, IC 95%: 1.19 - 20.39), de 31 a 60 días (OR: 7, IC 95%: 1.47 - 33.20), de 2 a 3 meses (OR: 5.89, IC 95%: 1.48 - 23.44), de 4 a 5 meses (OR: 6.17, IC 95%: 1.72 - 22.09) y más de 5 meses (OR: 6, IC 95%: 1.68 - 21.35).

Tabla 8. Regresiones logísticas univariadas con variables relacionadas a la presencia de síntomas de depresión durante el confinamiento por COVID-19

Variable	Categorías	Depresión				
		Odds Ratio OR	Inversa del Factor protector	I. C. Min - Max	P	Sign
Sexo	Masculino	0.4418	2.263467632	0.2490 - 0.7838	0.005	SI
	Femenino	Ref				
Grupo de edad	19 -29	Ref				
	30 - 39	0.6463	1.54726907	0.3873 - 1.0783	0.095	NO
	40 - 49	0.4329	2.31000231	0.2246 - 0.8343	0.012	SI
	50 - 59	0.2303	4.342162397	0.0921 - 0.5758	0.002	SI
	60 - 80	0.1175	8.510638298	0.0386 - 0.3570	0.001	SI
Duración de confinamiento (días)	Ninguno	Ref				
	1-14 días	2.8		0.7320 - 10.7090	0.132	NO
	15-30 días	4.9411		1.1972 - 20.3926	0.027	SI
	31-60 días	7		1.4755 - 33.2069	0.014	SI
	2-3 meses	5.8947		1.4822 - 23.4419	0.012	SI
	4-5 meses	6.1764		1.7269 - 22.0905	0.005	SI
	≥5 meses	6		1.6855 - 21.3578	0.006	SI
Diagnóstico	Negativo	0.4224	2.367424242	0.2445 - 0.7299	0.002	SI
	Positivo	Ref				
Familiar enfermo	Positivos	1.5618		0.9849 - 2.4765	0.058	Tendencia
	Negativos	Ref				

***Variable dependiente: Riesgo de depresión**

En la *tabla 9* se muestran las regresiones, considerando como variable dependiente los valores de ansiedad; los resultados reflejaron diferencias estadísticamente significativas relacionadas con los rangos de edad: de 40 a 49 años ($p=.010$), de 50 a 59 años ($p=.004$) y de 60 a 80 años ($p=.001$). Se aprecian también diferencias significativas de la ansiedad con respecto el sexo masculino ($p=.015$), el diagnóstico negativo a COVID-19 ($p=.019$) y la duración del confinamiento: de 1 a 14 días ($p=.022$), de 15 a 30 días ($p=.001$), de 31 a 60 días ($p=.021$), de 2 a 3 meses ($p=.002$), de 4 a 5 meses ($p=.001$) y más de 5 meses ($p = .001$).

De la misma forma se observó que las personas con síntomas de ansiedad la variable predictora de mayor importancia fue la duración de confinamiento: de 1 a 14 días (OR: 3.46, IC 95%: 1.19 – 10.01) de 15 a 30 días (OR: 9.42, IC 95%: 2.68 – 33.10), de 31 a 60 días (OR: 5, IC 95%: 1.27 – 19.68), de 2 a 3 meses (OR: 6.54, IC 95%: 2.03 – 21.03), de 4 a 5 meses (OR: 5.72, IC 95%: 2.07 – 15.80) y más de 5 meses (OR: 6.17, IC 95%: 2.24 – 16.97).

Por último, se muestra los resultados del análisis de variables predictoras a síntomas de ansiedad, de las cuales se identificó el sexo masculino (OR:1.90, IC 95%: 0.31 – 0.88), el diagnóstico negativo a la enfermedad (OR:2.07, IC 95%: 0.26 – 0.88) y la edad: de 40 a 49 años (OR:2.36, IC 95%: 0.21 – 0.81), de 50 a 59 años (OR:3.25, IC 95%: 0.13 – 0.69) y de 60 a 80 años (OR:7.59, IC 95%: 0.05 – 0.32) como factores protectores contra la ansiedad. Es importante mencionar que, en ambos casos, los síntomas de ansiedad tienen mayor posibilidad de presentarse en personas más jóvenes (OR:1.10, IC 95%: 0.62 – 1.94) y que es menor la probabilidad en grupos de edad arriba de 40 años.

Tabla 9. Regresiones logísticas univariadas con variables relacionadas a la presencia de síntomas de ansiedad durante el confinamiento por COVID-19

Variable	Categorías	Ansiedad				
		Odds Ratio OR	Inversa (Factor protector)	I. C. Min – Max	P	Sign
Sexo	Masculino	0.5238	1.90912562	0.3107 – 0.8828	0.015	SI
	Femenino	Ref				
Grupo de edad	19 -29	Ref	2.36294896	0.6224 – 1.9487	0.74	NO
	30 – 39	1.1013				
	40 – 49	0.4232				
	50 – 59	0.3072				
	60 – 80	0.1316				
Duración de confinamiento (días)	Ninguno	Ref	2.0708	0.2622 – 0.8891	0.019	SI
	1-14 días	3.4615				
	15-30 días	9.4285				
	31-60 días	5				
	2-3 meses	6.5454				
	4-5 meses	5.7272				
	≥5_meses	6.1764				
Diagnóstico	Negativo	0.4829	2.0708	0.2622 – 0.8891	0.019	SI
	Positivo	Ref				
Familiar enfermo	Positivos	1.5273	2.0708	0.9712 – 2.4018	0.067	NO
	Negativos	Ref				

***Variable dependiente: Riesgo de ansiedad**

DISCUSIÓN

Características sociodemográficas

En el presente estudio se examinaron los probables factores de riesgo relacionados a la presencia de síntomas de depresión y ansiedad en adultos de Ciudad Juárez durante el tiempo de confinamiento por COVID-19. Esto es similar a estudios efectuados en población mexicana durante la pandemia (Galindo-Vázquez et al., 2020; Meda-Lara et al., 2021) y encuestas realizadas por los organismos locales y federales (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2020). En dichos estudios las características sociodemográficas y las condiciones en que las personas vivieron el confinamiento permitieron descifrar y delimitar las circunstancias que actúan como factores predictores o protectores contra síntomas de depresión y ansiedad.

Para esta investigación se consideraron datos sociodemográficos, estilo de vida y los factores de riesgo durante la pandemia, que los expertos asociaron al incremento de trastornos psicológicos. Las variables estudiadas se fundamentaron en las recientes investigaciones realizadas en Europa, América Latina y México (Brooks et al., 2020; Galindo-Vázquez et al., 2020; Gobierno de la Ciudad de México ENCOVID-19 CDMX EQUIDE y UNICEF, 2020; Huarcaya-Victoria, 2020; Meda-Lara et al., 2021).

De acuerdo con los resultados, el porcentaje más alto de la muestra (66%) se encuentra en un rango de edad entre los 19 y 39 años, lo cual se puede explicar debido a que según datos reportados en el informe del INEGI 2020, la edad promedio de la población es de 29 años y la mayor densidad poblacional se encuentra entre los 14 y 34 años. El rango de edad de este estudio fue similar al reportado por Meda y colaboradores en el 2021, sobre respuestas psicológicas al

COVID-19 durante la segunda y tercera fase de la pandemia, quienes mostraron que el 50% de su muestra se encontró en el rango de 18 a 39 años de edad. También observaron que la mayor parte de la muestra eran mujeres (69.5%), y son los adultos entre 18 a 39 años el grupo de edad más frecuente (50%).

Las investigaciones realizadas han evidenciado diferencias notables en las características sociodemográficas según las regiones del país donde se realizaron los estudios. Se muestran diferencias en aspectos como la ocupación, el nivel de estudios, el número de personas por vivienda, duración del confinamiento y las actividades recreativas. Además, se reveló que los efectos psicológicos adversos como la depresión, la ansiedad y el estrés, varían según los grupos. En este sentido influyen factores como las condiciones de vivienda de las personas, el tipo de trabajo que realiza e incluso la distribución de labores domésticos durante el confinamiento, de acuerdo con lo reportado por Nicolini (2020) y Gaitán-Rossi (2021).

En relación a la escolaridad, investigaciones como las de Villareal en el 2020 y Gaitán en el 2021, en las que de manera similar al presente estudio se utilizaron tecnologías de información y comunicación (TIC's) para recolección de datos, por medio de dispositivos electrónicos; mostraron que una parte significativa de la muestra fueron personas con un nivel de estudios superior o con recursos de nivel medio. Lo que coincide con nuestro estudio, en el que el 54% de los participantes tuvieron nivel superior de estudios, el 26% se ubicaron entre el nivel básico y medio, y se registró que poco más del 18% tenían estudios de especialidad o doctorado.

Con respecto a la situación laboral, las investigaciones de Villareal en el 2020 y Gaitán en el 2021, mostraron que poco más del 35% de las personas trabajaban desde casa; además, el 25% de los participantes refirió haber seguido asistiendo a su centro de trabajo, sin embargo, más del 56% respondió haber permanecido

en confinamiento voluntario más de 4 meses, datos similares reporta la investigación de Galindo Vázquez en el 2020. Sin embargo, se debe resaltar que los resultados descriptivos del estudio son similares a investigaciones previas con población mexicana, en las que la información fue obtenida de manera virtual o remota durante la temporada de confinamiento (Gaitán-Rossi et al., 2021; Galindo-Vázquez et al., 2020; Meda-Lara et al., 2021).

En el caso de Ciudad Juárez, la actividad económica de la frontera influyo en que la mayor parte de la población que trabajaba en el sector maquilador volviera a sus actividades gradualmente apoyándose en TIC's y otras herramientas; por otra parte, en el comercio se agilizaron las ventas en línea y las actividades académicas se fortalecieron con el uso de aplicaciones y dispositivos electrónicos que facilitarán el aprovechamiento escolar de los estudiantes.

Prevalencia de depresión y ansiedad en Cd. Juárez durante el confinamiento por COVID-19

En el presente estudio, la prevalencia de depresión en adultos fue del 58.9% en niveles normales, el 12.78% en nivel moderado y el 8.33% en el nivel severo, lo que representa mayor prevalencia a la reportada en estudios realizados en México durante la pandemia por COVID-19, donde la población con depresión severa se estima en un 3.4% (Meda-Lara et al., 2021) y 10.5% en nivel moderado (Galindo-Vázquez et al., 2020).

Por otra parte, los valores de ansiedad arrojan que el 37.5% de la muestra estudiada, tiene niveles normales de ansiedad durante la pandemia, sin embargo, el 22.5% alcanzo nivel grave, lo cual es mayor a lo reportado (3.60%) en el estudio de Meda y colaboradores en 2021 con población mexicana en condiciones de confinamiento.

Esto puede ser el reflejo de las condiciones en las que se vivió el confinamiento en diferentes poblaciones; aún en el mismo país o con restricciones similares; y se puede explicar por la infraestructura, el alcance de recursos para paliar el confinamiento y el impacto de las desigualdades e inequidades sociales.

En este sentido, Ciudad Juárez es una ciudad grande, que muestra una mancha urbana con segregación de grupos en zonas vulnerables, sin acceso a servicios de salud y con hacinamiento en las colonias con menos recursos, lo que indiscutiblemente influyó en las condiciones de vida durante el confinamiento durante la pandemia por COVID-19. Así mismo, cabe destacar que más del 50% de las viviendas son de interés social y llegan a ser habitadas por una cantidad mayor a su capacidad (INEGI, 2020) además, no todos los sectores de la ciudad cuentan con la misma accesibilidad a servicios como drenaje, transporte o alumbrado público. Sumado a esto, las problemáticas de seguridad pública pudieron determinar las pocas actividades al aire libre realizadas por la población, a diferencia de lo reportado en investigaciones de otras partes del país. De tal manera que el hacinamiento y la falta de actividades de esparcimiento al aire libre pueden ser factores que influyen sobre la prevalencia de ansiedad y depresión.

El sexo y la edad como predictores de síntomas de depresión y ansiedad durante la pandemia por COVID-19

En los resultados del presente trabajo se identificó el sexo masculino como factor protector para la depresión (OR:2.26, $p = 0.005$) y la ansiedad (OR:1.90, $p = 0.015$); se observó mayor prevalencia de depresión severa en mujeres (9.7%) en comparación a los hombres (2.8%). Otro estudio realizado en población Juarense, realizado años antes de la pandemia, mostró de manera similar mayor prevalencia de indicadores significativos de depresión en las mujeres (11%) que en los hombres (9%) (González-Valles et al., 2019), resultados similares se reportaron en población del norte del país durante la pandemia (Trujillo-hernández et al., 2021).

La mayor prevalencia de depresión en las mujeres se podría relacionar al número de hijos, la situación laboral, representar el soporte económico de la familia, cuidar el estado de salud de un adulto mayor o las condiciones de la vivienda, como lo sugieren los resultados de la encuesta EnCovid-19 (2021). También cabe considerar que las mujeres son el grupo más expuesto a situaciones de violencia intrafamiliar (Nicolini, 2020).

Así mismo, los resultados del estudio sugieren que los síntomas de ansiedad tienen mayor posibilidad de presentarse en personas más jóvenes (OR:1.10, IC 95%: 0.62 – 1.94) y que es menor la probabilidad en personas mayores de 40 años ($p=0.027$), información similar a lo reportado por Andrades-Tobar y colaboradores en el 2021.

Esto sugiere que la población mayor de 40 años probablemente tiene trabajos más estables y por consecuencia mayor seguridad económica, sin embargo, también habría que considerar el hecho el tipo de trabajo que se haya desempeñado o las condiciones en que se sobrellevó el confinamiento.

Confinamiento asociado a depresión y ansiedad

En este estudio, se corroboró por medio de una prueba de X^2 , que la duración del confinamiento está asociado a la presencia de síntomas de depresión ($p = 0.05$) y ansiedad ($p = 0.001$). Resultados similares se reportan en el metaanálisis de Brooks y colaboradores (2020), el cual plantea que mientras más prolongado fue el confinamiento, los niveles de estrés y el riesgo de padecer efectos psicológicos nocivos aumentó significativamente en la población en general, considerando que la cuarentena fue impuesta no solo a población contagiada con la enfermedad, sino también a personas que estuvieron expuestas de alguna forma o no desarrollaron síntomas de la enfermedad.

En este estudio, la duración del confinamiento como predictor de depresión y ansiedad (tabla 6 y 7), refleja que los periodos más prolongados de confinamiento se asocian a un incremento en los niveles de depresión y ansiedad; además de que el riesgo de presentar síntomas de depresión o ansiedad se incrementa entre 2 y 7 veces en personas que estuvieron mayor tiempo en confinamiento. Estos resultados son similares a lo reportado en otros estudios realizados en México sobre la prevalencia mensual de ansiedad (Gaitán-rossi et al., 2021), los niveles de estrés y la prevalencia de depresión relacionado con variables sociodemográficas y periodos prolongados de confinamiento (Emigdio-vargas et al., 2022; Trujillo-hernández et al., 2021).

Se encontró entonces como hallazgo que los participantes del estudio con mayor nivel de depresión fueron aquellos que mantuvieron el confinamiento por más de 30 días, sin embargo, de los que respondieron haber estado más de 5 meses, solo el 7.7% manifestó síntomas severos de depresión. Lo anterior mencionado probablemente a que las restricciones durante la pandemia fueron cambiando con el paso del tiempo y el alcance a tratamientos más eficaces o vacunas disminuyeron el riesgo de presentar síntomas de depresión.

Relación entre la depresión y la ansiedad con las condiciones de contagio positivo o negativo a COVID-19

Los efectos psicológicos nocivos en la salud mental de las personas son diversos y pueden ser provocados por múltiples factores asociados a las características de la pandemia y las condiciones sociodemográficas de las personas (Huarcaya-Victoria, 2020; Medina, Rosemary Marquina; Jaramillo-Valverde, 2020). Sin embargo el miedo a contraer el virus y a desarrollar síntomas graves de la enfermedad, fue de los eventos más frecuentes durante la pandemia, lo cual pudo generar un estado de ansiedad o depresión.

Los resultados de la presente investigación reflejan que existe una asociación significativa entre los niveles de depresión ($p = 0.001$) y ansiedad ($p = 0.019$) con haber contraído la enfermedad. También, en el análisis de predicción de la enfermedad sobre la ansiedad y depresión se observó que el diagnóstico negativo a COVID-19 se manifestó como factor de protección contra la depresión (OR:2.36, IC 95%: 0.24 – 0.72) y la ansiedad (OR:2.07, IC 95%: 0.26 – 0.88). Resultados similares se reportaron en un estudio realizado con estudiantes de universidad en México, en el cual se muestra una prevalencia de síntomas de depresión del 13.6% en estudiantes contagiados de COVID-19 (Palmer et al., 2021).

CONCLUSIONES

Las pandemias por las que ha atravesado la población mundial a lo largo de su historia y las repercusiones que nos dejaron, de alguna manera nos hace reflexionar y aprender sobre las estrategias tomadas para prevenir y mitigar las repercusiones sanitarias, las que impactaron de forma significativa en la salud mental de las personas o aquellas que nos llevaron a una respuesta de adaptación.

Los resultados de esta investigación nos muestran la similitud que hay entre las problemáticas psicológicas que se afrontan en varias partes del país, dejando claro el nivel de impacto que tiene la pandemia en la población. La prevalencia de depresión y ansiedad es más alta en personas jóvenes y en mujeres y existe una asociación estrecha entre el nivel de depresión y ansiedad con el contagio de COVID-19 o haber tenido algún familiar que lo contrajo.

Se concluye que los factores relacionados a síntomas de depresión y ansiedad durante la cuarentena fueron los periodos extensos de confinamiento, ser mujer y tener una edad entre 19 a 39 años.

RECOMENDACIONES

La información y los resultados recabados en el presente estudio contribuyen a la actualización y formación de estrategias en materia de salud pública para la atención temprana a la población con trastornos psicológicos derivados de la pandemia y las condiciones del confinamiento por COVID-19.

Es pertinente realizar estudios de seguimiento que permitan entender más sobre las problemáticas que afectan a la población e incrementan el riesgo de presentar síntomas de depresión o ansiedad después de la pandemia y el confinamiento. Además de incorporar sistemas de evaluación psicológica en la población que brinde lo necesario para el diseño de tratamientos más efectivos.

Así mismo, se vuelve imprescindible redirigir recursos y personal de salud especializado en diversas áreas, para la creación de programas en salud mental que brinden atención oportuna e integral a la población más vulnerable o con mayor riesgo. Realizar intervenciones multidisciplinarias permitirá abordar morbilidades desde una perspectiva más amplia y con un enfoque preventivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alomoto, M. (2020). La asistencia en salud mental durante la pandemia COVID-19. *ResearchGate*, 2(3), 16–18. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.24566.96323>
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC
- Andrades-Tobar, M., García, F. E., Concha-Ponce, P., Valiente, C., & Lucero, C. (2021). Predictores de síntomas de ansiedad, depresión y estrés a partir del brote epidémico de COVID-19. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 26(1), 13. <https://doi.org/10.5944/rppc.28090>
- Aranda, B. D. E., Álvarez, C. D., Hernández, R. L., & Ramírez, M. T. G. (2015). Psychometric properties of the BDI-II bifactorial model on mexican general population and university students. *Universitas Psychologica*, 14(1), 125–136. <https://doi.org/10.11144/JAVERIANA.UPSY14-1.PPMB>
- Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM). Autoevaluación y actualización en psiquiatría/Trastornos de Ansiedad, PSA-R8 (Psychiatric Self-Assessment & Review), Medical trenes, 96 páginas, 2001.
- Barrientos-Gutiérrez, T., Alpuche-Aranda, C., Lazcano-Ponce, E., Pérez-Ferrer, C., & Rivera-Dommarco, J. (2020). La salud pública en la primera ola: una agenda para la cooperación ante Covid-19. *Salud Publica de Mexico*, 62(5), 598–606. <https://doi.org/10.21149/11606>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2009). *BECK - BDI-II Manual.pdf* (pp. 1–85).
- Beltrán, M. del C., Freyre, M. Á., & Hernández-Guzmán, L. (2012). The beck Depression Inventory: Its validity in adolescent population. *Terapia*

Psicologica, 30(1), 5–13. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082012000100001>

Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R., & Medina-Mora, M. E. (2013). Depresión: Estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1), 74–80. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342013000100011>

Botto, A., Acuña, J., & Jiménez, J. P. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista Médica de Chile*, 142(10), 1297–1305. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014001000010>

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, 112934.

Cerecero García, D., Macías-González, F., Arámburo-Muro, T., & Bautista-Arredondo, S. (2020). Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. *Salud Pública de México*, 62(6), 840–850. <https://doi.org/10.21149/11558>

Cetron M., Landwirth J. Public health and ethical considerations in planning for quarantine. *Yale J Biol Med*. 2005;78:325–330.

Cortés-Meda, A., & Ponciano-Rodríguez, G. (2021). Impacto de los determinantes sociales de la COVID-19 en México. *Boletín Sobre COVID-19, UNAM.*, 2(17), 9–13. <http://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2013/12/COVID-19-No.17-04-Impacto-de-los-determinantes-sociales-de-la-COVID-19-en-México.pdf>

- De La Guardia Gutiérrez, M. A., & Ruvalcaba Ledezma, J. C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *J. Negat. No Posit. Results*, 5(1), 81–90. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3215>
- Emigdio-vargas, A., Dávalos-martínez, A., Barrera-rodríguez, E., & Arreguín-cano, J. A. (2022). *Depression , anxiety , and stress during the sanitary emergency of COVID-19 in southeastern México Depresión , ansiedad y estrés durante la emergencia sanitaria por COVID-19 en el sureste mexicano Depressão , ansiedade e estresse durante a emergência sani.* 11(3), 108–126.
- Gaitán-Rossi, P., , México, C.-19, Bienestar, D., Pérez-hernández, V., & Aplicada, M. E. (2021). *Prevalencia mensual de trastorno de ansiedad generalizada durante la pandemia por Covid-19 en México.*
- Gaitán-Rossi, P., Pérez-Hernández, V., Vilar-Compte, M., & Teruel-Belismelis, G. (2021). Prevalencia mensual de trastorno de ansiedad generalizada durante la pandemia por Covid-19 en México. *Salud Pública de México*, 63(4), 478–485. <https://doi.org/10.21149/12257>
- Galindo-Vázquez, O., Ramírez-Orozco, M., Costas-Muñiz, R., Mendoza-Contreras, L. A., Calderillo-Ruíz, G., & Meneses-García, A. (2020). Symptoms of anxiety, depression and self-care behaviors during the COVID-19 pandemic in the general population. *Gaceta Medica de Mexico*, 156(4), 298–305. <https://doi.org/10.24875/GMM.20000266>
- Gobierno de Chihuahua. (2017). Programa Estatal de Población de Chihuahua 2017-2021. 2017-2021, 2(programa), 2–82. <http://ceg.chihuahua.gob.mx/PED/EJE5/MedianoP/COESPO.PDF>
- Gobierno de la Ciudad de México ENCOVID-19 CDMX EQUIDE y UNICEF. (2020). *Encuesta sobre los efectos del COVID-19 en el bienestar de los hogares con niñas, niños y adolescentes en la Ciudad de México. ENCOVID-19 CDMX.*

9(14), 27–29.

González Valles, M. N., Castro Valles, A., & Vidaña Gaytan, M. E. (2019). *Indicadores de salud mental en la población de Ciudad Juárez*. 1–25.

Gordon, S. F. (2020). 9/13/2020 Vista de El COVID-19 y la salud mental: ¿cuáles son las consecuencias? | Psicología Iberoamericana ←. 2020.

Hernández Rodríguez, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 24(3), 578–594.

Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 327–334. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>

Huarcaya, J. (2020). Consideraciones Sobre La Salud Mental En La Pandemia De Covid-19. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 1, 1–8.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). *Encuesta para la Mediación del Impacto COVID-19 en la Educación (ECOVIED-ED)*. *Presentación de resultados*.

Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria. Global Health Data Exchange (GHDx). <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/d780dffbe8a381b25e1416884959e88b> (consultado el 1 de mayo de 2021).

Jairo Ramírez-Ortiz, Diego Castro-Quintero, Carmen Lerma-Córdoba, Francisco Yela-Ceballos, F. E.-C. (2003). Consequences of the Covid-19 Pandemic in Mental. *Salud Mental*, 57(1), 1–21. <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/303>

Lorenzo Ruiz, A., Díaz Arcaño, K., & Zaldívar Pérez, D. (2020). La psicología como ciencia en el afrontamiento a la COVID-19: apuntes generales. *Anales de La Academia Ciencias de Cuba*, 10(December 2019), 1–8.

- Meda-Lara, R. M., Muñoz-Valle, J. F., Juárez-Rodríguez, P., Figueroa-López, C., Herrero, M., de Santos Ávila, F., Palomera-Chávez, A., Yeo Ayala, C., & Moreno-Jiménez, B. (2021). Psychological responses to COVID-19 in a Mexican population: an exploratory study during second and third phases. *Psychology, Health and Medicine*, 00(00), 1–8. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1883689>
- Medina, Rosemary Marquina; Jaramillo-Valverde, L. (2020). Covid Estres Postraumatico. *Preprint-Scielo*, 1, 12.
- Medina, M., SARTI, E., & REAL, T. (2015). La depresión y otros trastornos psiquiátricos. In *La depresión y otros trastornos psiquiátricos. Documento de postura*.
- Mercedes, L., Sánchez, I. V., & Águila, H. R. D. (2020). COVID-19: respuestas psicológicas y maneras de gestionarlas. 1(1), 33–34. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3856407>
- NANDA International, N. and Herdman, T., 2012. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones Y Clasificación 2012-2014. 6th ed. Barcelona: Elsevier Health Sciences Spain.
- Nicolini, H. (2020). Depression and anxiety during COVID-19 pandemic. *Cirugia y Cirujanos (English Edition)*, 88(5), 542–547. <https://doi.org/10.24875/CIRU.M20000067>
- Organización Mundial de la Salud. Salud mental y apoyo psicosocial en las emergencias [internet]. Ginebra: OMS; 2020 [citado 8 mayo. 2021]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/emergencias/es/ 11.
- OPS. (2019). Protección de la salud mental en situaciones de epidemias. *Organización Panamericana de La Salud*, 1–21. [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Pandemia de influenza y Salud](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Pandemia%20de%20influenza%20y%20Salud)

mental Esp.pdf

- Palmer, Y., Morales, P., Ramirez, M., Concepción Rosa, M., Palmer, L., & Alexis, D. (2021). Prevalencia de depresión durante la COVID-19 en estudiantes de medicina de una universidad privada mexicana. *Medisan*, 25(3), 637–646. <https://orcid.org/0000-0002-6248-5571>
- Ramírez-Ortiz, Jairo, Castro-Quintero, Diego, Lerma-Córdoba, Carmen, Yela-Ceballos, Francisco, Escobar-Córdoba, F. (2020). Consequences of the Covid-19 Pandemic in Mental. *Salud Mental*, 57(1), 1–21. <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/303>
- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., & Escobar-Córdoba, F. (2020). Consecuencias De La Pandemia Covid 19 En La Salud Mental Asociadas Al Aislamiento Social. *Revista Scielo Preprints*, 21.
- Rodríguez-Hernández, C., Medrano-Espinosa, O., & Hernández-Sánchez, A. (2021). Mental health of the Mexican population during the COVID-19 pandemic. *Gaceta de México*, 157(3), 74–75. <https://doi.org/10.24875/gmm.m21000549>
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., & Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1), 1. <https://doi.org/10.5944/rppc.27569>
- Sanz, J. (2014). Utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). *Clínica y Salud*, 25(1), 39–48. <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v25n1/original4.pdf>
- Secretaría de Salud. (2013). NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica. *Diario Oficial de La Federación*, 28.

http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/manuales/00_NOM-017-SSA22012_para_vig_epidemiologica.pdf%0Ahttps://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/68/NOM-017-SSA22012

Sergio, B.-C., Heidi, K., Núñez Cortés, R., Sánchez Huamash, C., & Ascarruz Asencios, J. (2020). La actividad física en el contexto de aislamiento social por COVID-19. *Gicos*, 5(2), 6–22. <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/gicos/article/view/16117>

Souza y Machorro, M. (2014). Las adicciones en México: una visión terapéutica de sus mitos y metas. *Revista de La Facultad de Medicina (México)*, 57(2), 15–24.

Ticona Chávez, E. (2020). Determinantes sociales y participación comunitaria en el estado actual de la pandemia COVID-19. *Anales de La Facultad de Medicina*, 81(2), 145–147. <https://doi.org/10.15381/anales.v81i2.18470>

Trujillo-hernández, P. E., Gómez-melasio, D. A., & Lara-reyes, B. J. (2021). *Asociación entre características sociodemográficas , depresivos , estrés y ansiedad en tiempos de la COVID-19 síntomas and anxiety in times of COVID-19*. 1–13.

U. S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health. (2015). Depression (NIH Publication No. 15-3561). Bethesda, MD: U.S. Government Printing Office.

Vera-Villarreal, P. (2020). Psicología y covid-19: un análisis desde los procesos psicológicos básicos. *Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology*, 14(1), 1–10. <https://doi.org/10.7714/CNPS/14.1.201>

Virgen Montelongo, Ricardo, Lara Zaragoza, Ana, Morales Bonilla, Gabriela, V. S. (2010). Los trastornos de ansiedad. *Revista Digital Universitaria*, 6, 1–8.

<http://marco-antonio-escobedo-palma.suite101.net/los-trastornos-de-ansiedad-a15636>

Wang, Y. P., & Gorenstein, C. (2013). Assessment of depression in medical patients: A systematic review of the utility of the Beck Depression Inventory-II. *Clinics*, 68(9), 1274–1287. [https://doi.org/10.6061/clinics/2013\(09\)15](https://doi.org/10.6061/clinics/2013(09)15)

Wilder-Smith A., Freedman D.O. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: Pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *J Travel Med.* 2020;27:1–410.1093/jtm/taaa020

ANEXOS

Anexo 1. Formulario aplicado a través de la aplicación Google Forms para la recolección de datos.

Liga para el acceso a encuesta electrónica:

<https://forms.gle/WA6QiNEUyJtaFgVc9>

FACTORES DE RIESGO DURANTE EL CONFINAMIENTO POR COVID-19 Y SU RELACIÓN CON SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ADULTOS DE CIUDAD JUÁREZ

El siguiente formulario forma parte de un estudio exploratorio con el objetivo de identificar factores de riesgo presentes en el confinamiento por COVID-19, relacionados con el desarrollo de síntomas de depresión y ansiedad en adultos de Ciudad Juárez. Solicitamos de su apoyo y valiosa contribución en responder el cuestionario a continuación, por favor, lea con atención cada una de las preguntas y luego elija una opción que mejor describa sus condiciones y circunstancias actuales durante el confinamiento. Al terminar esta encuesta usted recibirá acceso gratuito a videos y material sobre salud mental y estrategias de afrontamiento ante situaciones de crisis.

CONSENTIMIENTO INFORMADO He recibido suficiente información sobre el estudio y leído las características completas que se me han entregado. He realizado las preguntas que considere oportunas, todas las cuales han sido resueltas y aclaradas. Se me ha informado sobre los beneficios del estudio y un tratamiento para las problemáticas que ahí se enuncian. Declaro que todo lo que se ha mencionado en este documento me fue explicado verbal y textualmente. Comprendo que mi

participación es voluntaria, por lo tanto, doy consentimiento para que mis respuestas en la encuesta puedan ser utilizadas con fines que la investigación requiera. Habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación, acepto participar en el estudio antes mencionado.

Lista de preguntas de la primera sección

1. Edad (número)
2. Sexo
3. Cuantas personas viven en casa, incluyendo usted mismo (número)
4. Grado de estudios
5. Situación laboral:
6. Rango de ingreso económico mensual por vivienda (sumando ingreso de todos los residentes):
7. Vivienda
8. Servicios en vivienda:
9. ¿Se ha realizado la prueba de COVID-19 durante el tiempo de confinamiento?
10. ¿Quién de sus familiares ha sido diagnosticado con COVID-19?
11. ¿Usted ha sido diagnosticado con COVID-19 anterior o actualmente?
12. Medidas de prevención que practica para evitar posible contagio de COVID-19
13. ¿En qué aspectos de su vida cotidiana considera que el confinamiento y el distanciamiento social le ha afectado?
14. ¿Cuántos días aproximadamente le ha sido necesario mantener confinamiento voluntario durante la cuarentena? (Salir de casa únicamente para comprar alimentos e insumos, pagar servicios y citas médicas)

Anexo 2. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3^a . No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Anexo # 3 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Instrucciones: En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente y por favor indique cuanto le ha afectado en las últimas 2 semanas incluyendo hoy:

Criterio:

0 : En absoluto (Nada)

1 : Levemente

2 : Moderadamente

3 : Severamente (Demasiado)

1 Torpe o entumecido.

2 Acalorado.

3 Con temblor en las piernas.

4 Incapaz de relajarse

5 Con temor a que ocurra lo peor.

6 Mareado, o que se le va la cabeza.

7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.

8 Inestable.

9 Atemorizado o asustado.

10 Nervioso.

11 Con sensación de bloqueo.

12 Con temblores en las manos.

13 Inquieto, inseguro.

14 Con miedo a perder el control.

15 Con sensación de ahogo.

16 Con temor a morir.

17 Con miedo.

18 Con problemas digestivos.

19 Con desvanecimientos.

20 Con rubor facial.

21 Con sudores, fríos o calientes.