

Asociación de factores sociodemográficos y clínicos con trastornos de la salud mental durante la pandemia de COVID-19

Association of sociodemographic and clinical factors with mental health disorders during the COVID-19 pandemic

Anahí Vega-López^{1*}, Ángel Salomón Nájera-Ruiz², Edgar Alejandro Vega-Monsivais³, Josué Elí Villegas-Domínguez⁴, Félix Guillermo Márquez-Celedonio⁵

1. TTE. FGTA. SSN. MC. Hospital Naval de Especialidades de Veracruz, Secretaría de Marina Armada de México,
2. TTE. FGTA. SSN. MC. EMF. Hospital Naval de Especialidades de Veracruz, Secretaría de Marina Armada de México,
3. TTE. NAV. SSN. MCN. EMF. Hospital Naval de Ixtapa-Zihuatanejo, Secretaría de Marina Armada de México,
4. Maestría en Investigación clínica. Facultad de Medicina "Dr. Porfirio Sosa Zárate", Universidad del Valle de México campus Veracruz,
5. Maestría en investigación clínica, médico familiar. Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad del Valle de México campus Veracruz

*Autor de correspondencia: Dra. Anahí Vega López

Dirección: Mazatlán No. 509 Col. Playa Linda, CP. 91810 Veracruz, Ver.

Correo electrónico: vegalopezanahi@hotmail.com

DOI <http://dx.doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v13.n2.003>

Recibido 16 de diciembre 2022, aceptado 31 de mayo 2023

RESUMEN

Objetivo. Determinar la asociación de factores sociodemográficos y clínicos con trastornos de salud mental durante la pandemia de COVID-19. **Metodología.** Encuesta transversal analítica mediante aplicación de cuestionario de factores sociodemográficos y clínico y el instrumento DESS-21 en población derechohabiente de la Secretaría de Marina Armada de México durante la pandemia de COVID-19 en el año 2022. Análisis estadístico con Chi cuadrada, t de Student, U de Mann-Whitney, estimación de razón de momios e intervalos de confianza de 95%. **Resultados.** Se incluyeron 339 individuos con edad de 37.3 ± 2.7 años, 172 (50.7%) femeninos. Prevalencia de trastornos de salud mental fue 35.7%, tuvieron estrés 240 (29.2%), ansiedad 88 (26.0%) y depresión 83 (24.5%). Razón de momios e IC95% 0.62 (0.39-0.97) en trabajadores de la salud; solteros 1.96 (1.22-3.12); desempleados 2.7 (1.58-4.59); con soledad 6.7 (4.07-10.9); autopercepción de salud buena 0.26 (0.09-0.78); temor de enfermarse 2.5 (1.56-3.98); pérdida familiar por COVID-19 4.85 (2.81-8.4); padecer COVID-19 3.22 (1.87-5.54); familiar con COVID-19 2.8 (1.19-6.56); alcoholismo 2.1 (1.33-3.29) y consumo de ansiolíticos 5.6 (1.96-15.9). **Conclusiones.** La prevalencia de trastornos de la salud mental durante la pandemia de COVID-19 fue de 35.7%; soltero o no unido; sentimientos de soledad, antecedentes personales de estrés, ansiedad y depresión, antecedentes de alcoholismo y consumo de ansiolíticos, así como haber enfermado o un familiar y haber tenido pérdidas familiares por COVID-19 se asociaron como factores de riesgos mientras ser trabajador de la salud fue un factor de protección.

Palabras claves. Salud mental, COVID-19, factores sociodemográficos, factores clínicos.

ABSTRACT

Objective. To determine the association of sociodemographic and clinical factors with mental health disorders during the COVID-19 pandemic. **Methodology.** Analytical cross-sectional survey through the application of a questionnaire on sociodemographic and clinical factors and the DESS-21 instrument in the beneficiary population of the Mexican Navy Secretariat during the COVID-19 pandemic in 2022. Statistical analysis with Chi-square, Student's t, Mann-Whitney U, estimation of odds ratio and 95% confidence intervals. **Results.** We included 339 individuals aged 37.3 ± 2.7 years, 172 (50.7%) females. Prevalence of mental health disorders was 35.7%, 240 (29.2%), 88 anxiety (26.0%) and 83 depression (24.5%). Odds ratio and 95% CI 0.62 (0.39-0.97) in health workers; singles 1.96 (1.22-3.12); unemployed 2.7 (1.58-4.59); with Soledad 6.7 (4.07-10.9); self-perception of good health 0.26 (0.09-0.78); fear of getting sick 2.5 (1.56-3.98); family loss from COVID-19 4.85 (2.81-8.4); having COVID-19 3.22 (1.87-5.54); family with COVID-19 2.8 (1.19-6.56); alcoholism 2.1 (1.33-3.29) and use of anxiolytics 5.6 (1.96-15.9) **Conclusions.** The prevalence of mental health disorders during the COVID-19 pandemic was 35.7%; single or unjoined; feelings of loneliness, personal history of stress, anxiety and depression, history of alcoholism and use of anxiolytics, as well as having fallen ill or a family member and having had family losses from COVID-19 were associated as risk factors while being a health worker was a protective factor.

Keywords. Mental health, COVID-19, sociodemographic factors, clinical factors.

INTRODUCCIÓN

Desde diciembre de 2019 se identificaron en Wuhan, China pacientes con neumonía atípica

que en los siguientes meses se extendieron globalmente y llevaron a reconocer a la enfermedad como pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS)^{1,2} y que hasta ahora ha

ocasionado 659 millones de casos acumulados y 6.6 millones de muertes en el mundo.³

La infección por SARS-CoV-2 tiene el potencial de provocar daño tisular y funcional multisistémico⁴⁻⁷. En el aparato respiratorio, puede manifestarse por cuadros leves o moderado que incluyen síntomas del tracto respiratorio superior, pero en casos graves neumonía atípica.^{2,4} La enfermedad también puede incluir alteraciones cardiovasculares, renales, gastrointestinales y neuropsiquiátricas.^{8,9}

La pandemia de COVID-19 ha impactado negativamente en múltiples aspectos de la vida humana incluyendo las dimensiones físicas, psicológicas, económicas, sociales y culturales, componentes del concepto biopsicosocial de salud.^{10,11} La OMS asocia a la salud mental como una condición de bienestar que permite al individuo expresar sus capacidades físicas, intelectuales y de crecimiento social que le permiten ser productivo y aportar al desarrollo de su comunidad superando el estrés normal de la vida.^{10,12} Con base en los reportes estadísticos de la OMS y los informes de Usher K, et al., Liang X et al., y Heider II et al., depresión, ansiedad y estrés postraumático son las principales manifestaciones de alteración de la salud mental.¹³⁻¹⁶

Diversos estudios han mostrado la magnitud de la afectación de la salud mental en los adultos; en Estados Unidos de América se reportó en 2020 frecuencia de ansiedad de 6.2%, trastorno

depresivo 5.8% y trastorno relacionado a estrés o trauma de 9.2% en individuos de 65 años o más.^{17,18} La OMS identificó que la prevalencia de los trastornos mentales en los países americanos se encontraba entre 18.7% y 24.2%.^{10,13}

Durante la etapa inicial de la pandemia en 2020 González-Sanguino C y colaboradores encontraron en España prevalencia de trastornos depresivos de 18.7%, ansiedad 21.6% y trastorno de estrés postraumático de 15.8% con mayor proporción en individuos de género femenino y antecedentes de trastornos neurológicos.¹⁹ En el mismo año en China, Wang C et al.,²⁰ identificaron frecuencia de ansiedad de 28.8% y depresión de 16.5% y una elevada confianza en el personal de salud como factor protector. Otros estudios²¹⁻²⁵ reportaron aumento de los trastornos de la salud mental independiente de la edad o asociado a personas de menor edad y sexo femenino.

La investigación que realizamos tuvo el objetivo de determinar no solo la prevalencia general de síntomas de trastornos de la salud mental y específicamente de estrés, ansiedad y depresión en una población mexicana expuesta a las condiciones de confinamiento e impacto físico, mental y social por la pandemia, así como la medición de la fuerza de su asociación con factores sociodemográficos y clínicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una encuesta transversal analítica en pacientes militares y derechohabientes que cumplieron con los criterios de selección y estuvieron adscritos al Hospital Naval de Especialidades de Veracruz durante la pandemia de COVID-19. Los individuos que aceptaron participar recibieron explicación de las características de la investigación, se les solicitó su aceptación para ser incluidos en el estudio y firmaron carta de consentimiento informado.

A los participantes seleccionados se les aplicó de forma autoadministrada un cuestionario de características sociodemográficas y clínicas y la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21). El cuestionario de características sociodemográficas y clínicas elaborado por los investigadores explora datos sobre edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, lugar de residencias, religión, convivientes en el hogar y características del confinamiento durante la pandemia de COVID-19. Una segunda parte del cuestionario permite registrar datos clínicos sobre la presencia de comorbilidades, tiempo de evolución, estatus de control e información sobre si presentaron o no COVID-19 y sus características.

Para determinar el estado de salud mental se aplicó la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) en su versión traducida y adaptada al español. El DASS-21 está constituido

por 21 preguntas con cuatro opciones de respuestas en formato tipo Likert. Cada ítem recibe una valoración de 0 cuando el entrevistado considera que el enunciado “no describe nada de lo que me pasó o sentí en la semana” y hasta 3 cuando considera que “Sí, esto me pasó mucho, o casi siempre”.²⁶

Para la interpretación del DASS-21 se aplicaron los puntos de cortes establecidos por Román F, Santibáñez P y Vinet EV de 6 (>5) para la escala de depresión, 5 (>4) para ansiedad y 6 (>5) para estrés. La evaluación psicométrica del instrumento en su versión del idioma español ha mostrado que el DASS-21 tiene confiabilidad satisfactoria con α de Cronbach de 0.87 a 0.88 para la escala de depresión, 0.72 a 0.79 para la escala de ansiedad y de 0.82 a 0.83 para la de estrés.²⁷

Los datos recolectados fueron organizados en una hoja de cálculo de Excel y se procesaron mediante el software SPSS v26 para realizar análisis estadístico que incluyó análisis descriptivo con estimación de frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central y de dispersión. El análisis inferencial aplicó pruebas Chi cuadrada, exacta de Fischer, t de Student, U de Mann-Whitney y se determinó la fuerza de la asociación con la razón de momios (RM) e intervalos de confianza de 95% (IC 95%).

El estudio observó las consideraciones éticas emanadas de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y se apega a las

normas establecidas por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Durante la investigación se garantizó el cumplimiento de los principios éticos de no maleficencia, autonomía, privacidad y confidencialidad.

RESULTADOS

Perfil de la población estudiada

Se incluyeron en el estudio 339 pacientes con edad (media \pm desviación estándar) de 37.3 ± 12.7 años de los cuales 172 (50.7%) fueron de sexo femenino y 167 (49.3%) masculinos; 18 (5.3%) provenían de medio rural, 29 (8.6%) de áreas suburbanas y 292 (86.1%) radicaban en zonas urbanas. En la distribución por escolaridad 13 (3.8%) tuvieron nivel de primaria completa, 29 (8.6%) secundaria, 94 (27.7%) preparatoria, 161 (47.5%) licenciatura, 40 (11.8%) posgrado; 2 (0.6%) no alcanzaron el nivel de primaria.

El perfil sociodemográfico mostró que 68 (20.1%) no practicaba ninguna religión, 217 (64.0%) fueron católicos, 48 (14.2%) cristianos y 6 (1.8%) refirieron otra religión. En cuanto a la ocupación 22 (6.5%) se dedicaban exclusivamente a las actividades del hogar, 89 (26.3%) eran empleados, 120 (35.4%) ejercían una profesión, 30 (8.8%) eran estudiantes, 4 (1.2%) comerciantes, 17 (5.0%) técnicos y 57 (16.9%) estuvieron en otra categoría de trabajo. Se identificaron a 166 (49.0%) como trabajadores de la salud.

En general, se estableció que 30 (8.8%) estuvieron clasificados en un nivel socioeconómico bajo mientras que 213 (62.8%), 90 (26.5%) y 6 (1.8%) en clases socioeconómicas media baja, media alta y alta respectivamente; el ingreso mensual familiar expresado fue de $17,476.7 \pm 13,176.3$.

En cuanto a las actitudes y percepciones durante la pandemia de COVID-19, 175 (80.3%) de los individuos mencionaron que cumplieron con el confinamiento, 57 (26.1%) se sintieron solos, 46 (24.1%) dejaron de trabajar, 104 (47.7%) sintió temor de enfermarse, 213 (97.7%) tuvieron una percepción buena de su estado de salud. Asimismo, 186 (83.5%) tuvieron un familiar enfermo, 26 (11.9%) tuvieron perdida familiar por defunción y 130 (59.6%) contrajeron la enfermedad.

Frecuencia de trastornos de salud mental durante pandemia de COVID-19

Con la aplicación del instrumento DESS-21 a 339 personas durante el periodo de pandemia de COVID-19 se encontraron 121 (35.7%) personas que refirieron manifestaciones de trastornos de la salud mental. Estrés estuvo presente en 240 (29.2%) individuos mientras que ansiedad en 88 (26.0%) y depresión en 83 (24.5%). La aplicación de la escala DESS-21 obtuvo puntuaciones de 3.3 ± 3.9 para estrés, 3.1 ± 3.6 para ansiedad y 3.0 ± 3.9 para depresión.

Factores sociodemográficos y trastornos de la salud mental

La muestra de pacientes que presentó trastornos de la salud mental durante la pandemia de COVID-19 tuvo edad de 38.7 ± 14.3 años en comparación con 36.5 ± 11.6 en aquellos que no lo presentaron ($p=0.125$), 14 (11.6%) fueron adultos mayores en el grupo con trastornos de la salud mental y 14 (6.4%) en la muestra que no presentó estrés, ansiedad o depresión, $p = 0.098$, RM 1.9, IC 95% (0.87 – 4.15); 65 (53.7%) fueron de sexo femenino en el grupo positivo a trastornos de la salud mental mientras que 107 (49.1%) lo fueron en el grupo de sanos ($p=0.481$).

La diferencia no fue estadísticamente significativa ($p > 0.05$) para escolaridad, lugar de residencia, religión y nivel socioeconómico; el nivel de escolaridad fue de licenciatura en 61 (50.4%) del grupo con trastornos de la salud mental y en 100 (45.9) del grupo de individuos sanos, 103 (85.1%) y 189 (87.7%) radicaban en zonas urbanas en grupo de trastornos de la salud mental y sanos respectivamente. En el grupo de individuos identificados con trastornos de la salud mental fueron católicos 74 (61.2%) y nivel socioeconómico medio bajo 78 (64.5%) mientras que en los sujetos sanos católicos 143 (65.6%) y nivel socioeconómico medio bajo 135 (61.9%).

En grupo con estrés, ansiedad o depresión 44 (36.4%) tuvieron una ocupación profesional,

mientras que en esta misma categoría estuvieron 76 (34.9%) del grupo de sanos ($p = 0.017$); fueron personal de la salud 50 (41.3%) individuos del grupo que presentaron trastornos de la salud mental en comparación con 116 (53.2%) de los sujetos sanos, $p = 0.036$; RM 0.62 IC95% (0.39 – 0.97). Fueron solteros 81 (66.9%) en grupo con trastornos de la salud mental y 98 (45.0%) de los individuos sanos ($p = 0.002$), RM 1.96, IC95% (1.22-3-12) en personas no unidas. Durante la pandemia de COVID-19, 41 (46.1%) personas que mostraron trastorno de la salud mental perdieron su empleo o dejaron de trabajar en comparación con 46 (24.1% de los individuos sanos, $p < 0.001$, RM 2.7 (1.58 – 4.59). (Cuadro 1)

Confinamiento, estado de salud y trastornos de la salud mental

Cumplieron con el confinamiento recomendado por las autoridades sanitarias 106 (87.6%) de las personas del grupo con trastornos de la salud mental y 175 (80.3%) de los sujetos en los que no se identificó estrés, ansiedad o depresión, $p = 0.086$, RM 1.73, IC 95% (0.92 – 3.28); sin embargo, 85 (70.2%) del grupo con trastornos de la salud mental y 57 (26.1%) del grupo de sujetos sin ello refirieron sentimientos de soledad durante la pandemia, $p < 0.001$, RM 6.7, IC 95% (4.07 – 10.92).

La autopercepción del estado de salud fue buena en 111 (91.7%) en el grupo que se identificó con trastorno de la salud mental y 213

(97.7%) en los que no lo presentaron ($p = 0.01$), RM 0.26, IC 95% (0.09 – 0.78); en tanto, sintieron temor de enfermarse de COVID-19, 84 (69.4%) y 104 (47.7%) en grupos con trastornos de la salud mental y sin ella respectivamente, $p < 0.001$, RM 2.5, IC 95% (1.56 – 3.98).

En el grupo con trastornos de la salud mental 114 (94.2%) individuos tuvieron un familiar cercano con COVID-19 mientras en el grupo de personas sanas 186 (85.3%) refirieron haber tenido un familiar con infección por virus SARS-CoV-2, $p = 0.014$, RM 2.8, IC 95% (1.19 – 6.56); También, 48 (39.7%) personas del grupo con trastornos de la salud mental y 26 (11.9%) del grupo sin estrés, ansiedad o depresión refirieron haber tenido durante la pandemia una pérdida familiar por fallecimiento debido a COVID-19, $p < 0.001$, RM 4.85, IC 95% (2.81 – 8.4). Durante la pandemia de COVID-19, 100 (82.6%) del grupo con trastornos de la salud mental y 130 (59.6%) del grupo negativo a estrés, ansiedad o depresión refirieron haberse contagiado por el virus SARS-CoV-2 durante la pandemia de COVID-19, $p < 0.001$, RM 3.22, IC 95% (1.87 – 5.54). (Figura 1)

Comorbilidades y presencia de trastornos de la salud mental

En el grupo de personas con trastornos de la salud mental 8 (6.6%) refirieron ser portadores de diabetes mellitus tipo 2, 6 (5.0%) de hipertensión arterial sistémica, 19 (15.7%) fueron portadores de obesidad y 5 (4.1) refirieron otros

padecimientos como antecedentes personales patológicos, ninguno refirió padecimientos con inmunosupresión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o artropatías. En cambio, en el grupo de sujetos que no presentaron estrés, ansiedad o depresión 7 (3.2%) refirieron diabetes mellitus tipo 2, 7 (3.2%) hipertensión arterial, 3 (1.4%) artropatías, 30 (13.8%) obesidad y 6 (2.8%) refirieron otros padecimientos concurrentes. Las valores de p de las diferencias en comorbilidades entre los grupos con y sin trastornos de la salud mental fueron no significativos ($p \geq 0.05$). (Cuadro 2)

Manifestaciones clínicas de COVID-19 y trastornos de la salud mental

En el grupo que salieron positivos a trastornos de la salud mental se identificaron con manifestaciones respiratorias que incluyeron tos y disnea 58 (47.9%) pacientes en comparación con 48 (22.0%) de los individuos negativos a trastornos de la salud mental ($p < 0.001$). Manifestaciones cardiovasculares que incluyeron palpaciones, dolor torácico y opresión se presentaron en 27 (22.3%) del grupo con trastornos de la salud mental y en 7 (3.2%) de los individuos negativos ($p < 0.001$). En pacientes con trastornos de la salud mental, las manifestaciones sistémicas como fatiga, cansancio, dolores articulares y fiebre se presentaron en 47 (38.8%) mientras que se identificaron 50 (22.9%) individuos en el grupo sin trastornos de la salud mental ($p = 0.001$).

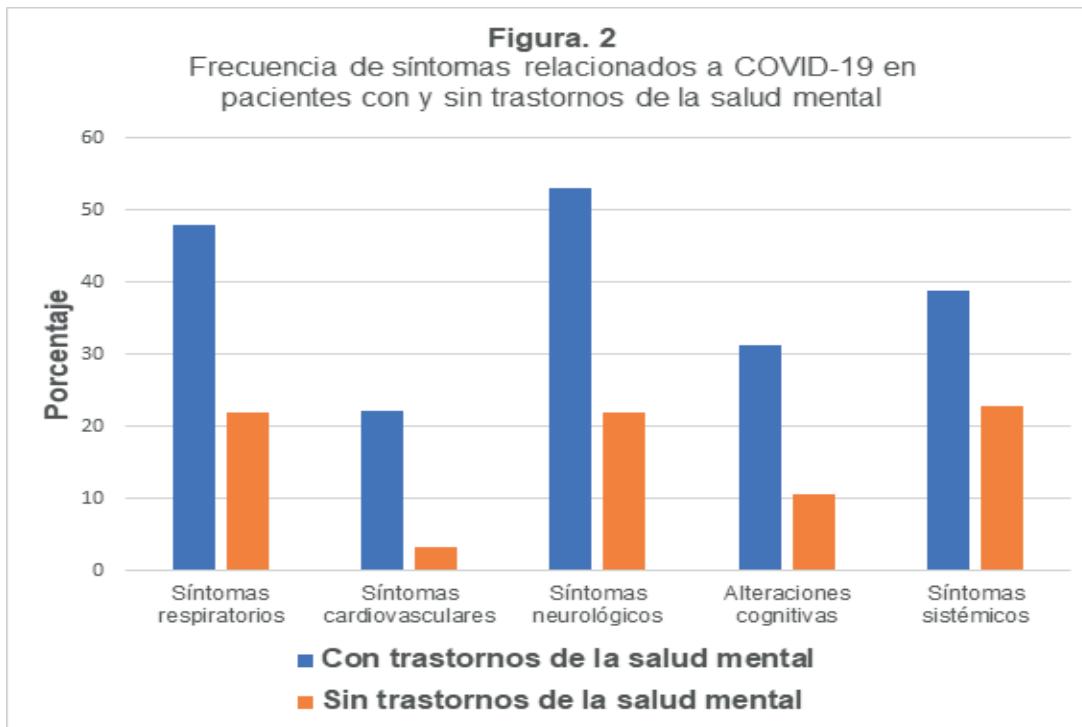
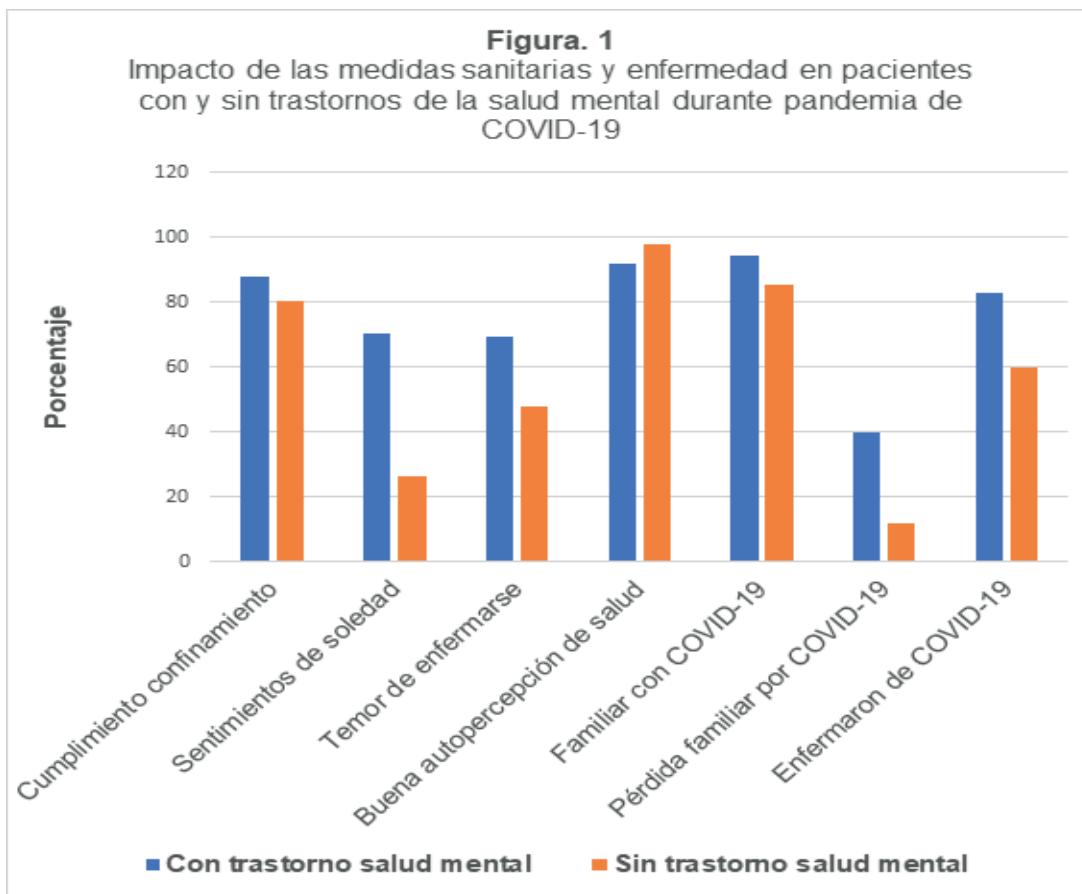
En tanto cefalea, pérdida del gusto o del olfato, alteraciones del sueño, mareos y parestesias que integramos en manifestaciones neurológicas estuvieron presentes en 53 (43.8%) de los pacientes positivos al DESS-21 y en 48 (22.0%) de los pacientes negativos. Síntomas cognitivos, niebla mental, problemas de memoria y concentración se encontraron en 38 (31.4%) de los sujetos con trastornos de la salud mental y en 23 (10.6%) de los que no la tuvieron. Las diferencias entre los grupos con y sin trastornos mentales fueron estadísticamente significativas ($p < 0.001$). (Figura 2)

Manifestaciones de trastornos de la salud mental y pandemia de COVID-19

Previo a la pandemia 47 (38.8%) pacientes del grupo con trastornos de la salud mental y 23 (10.6%) del grupo que no lo presentaron refirieron antecedentes de estrés, $p < 0.001$, RM 5.4 IC 95% (3.05-9.49); 25 (20.7%) del grupo con trastornos de la salud mental *versus* 6 (2.8%) del grupo de individuos sanos manifestaron haber presentado con anterioridad a la pandemia de COVID-19 cuadros de depresión, $p < 0.001$, RM 9.2 IC 95% (3.66 – 23.16). En tanto, 55 (45.5%) personas del grupo que presentó trastornos de salud mental refirieron haber tenido cuadro de ansiedad antes de la pandemia en comparación con 23 (10.6%) del grupo de sujetos sanos, $p < 0.001$, RM 7.1 IC 95% (4.03 – 12.38).

En el grupo de personas con trastornos de la salud mental durante la pandemia de COVID-19, 67 (55.4%), 19 (15.7%) y 14 (11.6%) refirieron haber tenido hábitos de alcoholismo, tabaquismo o consumían con frecuencia ansiolíticos previo a la pandemia, en comparación con 81 (37.2%), $p < 0.001$; 28 (12.8%), $p = 0.561$, 5 (2.3%), $p < 0.001$ respectivamente para alcoholismo, tabaquismo o consumo frecuente de ansiolíticos en grupo que resultó negativo para trastornos de la salud mental durante la pandemia de COVID-19. Los valores de RM fueron 2.1 (1.33-3.29), RM 1.26 IC 95% (0.67 – 2.37) y RM 5.6, IC 95% (1.96 – 15.9). (Cuadro 3)

Durante la pandemia de COVID-19 en el grupo con trastornos de la salud mental 35 (28.6%) señalaron haber iniciado o aumentado el consumo de bebidas alcohólicas en comparación con 23 (10.6%) de los individuos negativos a trastorno de la salud mental, $p < 0.001$, RM 3.5 IC 95% (1.92 – 6.18). Asimismo, 27 (22.3%) manifestaron inicio o incremento del hábito del tabaco en el grupo con trastornos de la salud mental *versus* 17 (7.8%) de los sujetos sanos, $p < 0.001$, RM 3.4 IC 95% (1.76 – 6.53). Por su parte el consumo de ansiolíticos se inició o incremento en 13 (10.7%) pacientes del grupo con trastornos de la salud mental en comparación con 2 (0.9%) de los individuos sin alteraciones de la salud mental, $p < 0.001$, RM 13 IC 95% (2.9 – 58.6).



Cuadro 1. Comparación de factores sociodemográficos en pacientes con y sin trastorno de la salud mental

	Personas con trastornos de salud mental n = 121	Personas sin trastornos de salud mental n = 218	Valor de p	RM, IC 95%
Edad (media ± DS)	38.7 ± 14.3	36.5 ± 11.6	0.125	
Sexo				
Femenino	65 (53.7%)	107 (49.1%)	0.481	1.2 (0.77-1.88)
Masculino	56 (46.3%)	111 (50.9%)		
Escolaridad				
Primaria	6 (5.0%)	7 (3.2%)		
Secundaria	12 (9.9%)	17 (7.8%)		Secundaria o menos vs pre-
Preparatoria	28 (23.1%)	66 (30.3%)		paratoria y más 1.4
Licenciatura	61 (50.4%)	100 (45.9%)		(0.76-2.73)
Posgrado	13 (10.7%)	27 (12.4%)	0.534	
Ninguna	1 (0.8%)	1 (0.5%)		
Residencia				
Rural	9 (7.4%)	9 (4.1%)	0.386	Rural vs Urbana, suburbana
Suburbana	9 (7.4%)	20 (9.2%)		1.1 (0.60-2.15)
Urbana	103 (85.1%)	189 (86.7%)		
Estado civil				
Soltero	81 (66.9%)	98 (45.0%)		
Casado	26 (21.5%)	78 (35.8%)	0.002	No unidos vs unidos
Unión libre	12 (9.9%)	25 (11.5%)		1.96(1.22-3.12)
Divorciado	2 (1.7%)	15 (6.9%)		
Viudo	0 (0.0%)	2 (0.9%)		
Religión				
Ninguna	30 (24.8%)	38 (17.4%)		
Católica	74 (61.2%)	143 (65.6%)	0.333	Ninguna vs practicantes 1.6
Cristiana	16 (13.2%)	32 (14.7%)		(0.91-2.7)
Otra	1 (0.8%)	5 (2.3%)		
Nivel socioeconómico				
Bajo	13 (10.7%)	17 (7.8%)		
Medio bajo	78 (64.5%)	135 (61.9%)	0.641	Bajo vs medio o alto
Medio alto	28 (23.1%)	62 (28.4%)		1.4(0.67-3.04)
Alto	2 (1.7%)	4 (1.8%)		
Ocupación				
Hogar	10 (8.3%)	12 (5.5%)		
Empleado	28 (23.1%)	61 (28.0%)		
Profesión	44 (36.4%)	76 (34.9%)		Labores del hogar 1.55
Estudiante	18 (14.9%)	12 (5.5%)	0.017	(0.74-3.69)
Comerciante	3 (2.5%)	1 (0.5%)		
Técnico	4 (3.3%)	13 (6.0%)		
Otro	14 (11.6%)	43 (19.7%)		
Profesional de la salud	50 (41.3%)	116 (53.2%)	0.036	0.62(0.39-0.97)

Valores de p obtenidos con prueba chi cuadrada, excepto edad

Valores de p de edad obtenidos con prueba t de Student

Abreviaturas: DS= Desviación estándar, RM=Razón de momios, IC=Intervalos de confianza

Cuadro 2. Comparación de frecuencia de comorbilidades en pacientes con y sin trastorno de la salud mental durante pandemia de COVID-19

	con trastornos de la salud mental n = 121	sin trastornos de la salud mental n = 218	Valor de p	RM, IC 95%
Diabetes mellitus	8 (6.6%)	7 (3.2%)	0.144	2.13 (0.75-6.04)
Hipertensión arterial	6 (5.0%)	7 (3.2%)	0.422	1.57(0.52-4.79)
Artropatías	0 (0.0%)	3 (1.4%)	0.648	0.59 (0.06-5.75)
EPOC	0 (0.0%)	1 (0.5%)	0.676	1.79 (0.11-28.9)
Inmunosupresión	0 (0.0%)	1 (0.5%)	0.676	1.79 (0.11-28.9)
Obesidad	19 (15.7%)	30 (13.8%)	0.626	1.17 (0.63-2.18)
Otras	5 (4.1%)	6 (2.8%)	0.492	1.5 (0.45-5.1)

Valores de p obtenidos con prueba Chi cuadrada

Abreviaturas: EPOC=Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; RM = Razón de momios; IC=Intervalo de confianza

Cuadro 3. Asociación de antecedentes de adicciones en pacientes con y sin trastorno de la salud mental durante la pandemia de COVID-19

	Con trastornos de salud mental n = 121	Sin trastornos de salud mental n = 218	Valores de p	RM (IC 95%)
Antecedente personal de estrés	47 (38.8%)	23 (10.6%)	< 0.001	5.4 (3.05-9.49)
Antecedente personal de depresión	25 (20.7%)	6 (2.8%)	< 0.001	9.2 (3.66-23.2)
Antecedente personal de ansiedad	55 (45.5%)	23 (10.6%)	< 0.001	7.1 (4.03-12.4)
Antecedente personal de alcoholismo	67 (55.4%)	81 (37.2%)	< 0.001	2.1 (1.33-3.29)
Antecedente personal de tabaquismo	19 (15.7%)	28 (12.8%)	0.561	1.26 (0.67-2.4)
Antecedente de consumo de ansiolíticos	14 (11.6%)	5 (2.3%)	< 0.001	5.6 (1.96-15.9)

Valores expresados en frecuencias absolutas y relativas

Valores de p obtenidos con prueba Chi cuadrada

Abreviaturas: RM=Razón de momios, IC = Intervalos de confianza

DISCUSIÓN

Los hallazgos de nuestro estudio muestran que los trastornos de la salud mental han afectado durante la pandemia de COVID-19 a una ter-

cera parte de la población estudiada especialmente con manifestaciones de estrés y en menor proporción ansiedad y depresión. En el grupo con trastornos de la salud mental se en-

contró mayor frecuencia de estudiantes, personas que se dedican a actividades domésticas y menor de empleados; sin embargo, no se encontró asociación entre quienes se dedicaban al hogar o a actividades remuneradas como tampoco la hubo para edad, sexo, escolaridad, tipo de residencia, nivel socioeconómico o religión.

Entre los factores sociodemográficos, se encontró mayor frecuencia de solteros en grupo con trastornos de la salud mental que en los que fueron negativos y el no estar unidos representó un factor asociado para presentar estrés, ansiedad o depresión. Ser personal de la salud representó ser un factor de protección.

El cumplimiento del confinamiento no se asoció con mayor riesgo de trastornos de la salud mental durante la pandemia de COVID-19, sin embargo, las personas que en este periodo manifestaron sentimientos de soledad presentaron siete veces mayor riesgo de presentarlos. La asociación con trastornos de la salud mental también se presentó con quienes dejaron de trabajar, tuvieron temor de enfermarse, ellos o algún familiar se enfermó de COVID-19. La pérdida de un familiar debido a haberse enfermado de COVID-19 se asoció con cinco veces mayor riesgo de presentar estrés, ansiedad o depresión. En cambio, la autopercepción de un buen estado de salud se asoció como factor de protección. Nuestro estudio también muestra que manifestaciones de trastornos de la salud mental estuvieron asociados con antecedentes de

consumo, inicio o incremento durante la pandemia de alcoholismo, uso de ansiolíticos o quienes ya tenían manifestaciones previas de estrés, ansiedad o depresión.

Nuestro estudio tiene la fortaleza de abordar los trastornos de la salud mental desde la perspectiva de los factores sociodemográficos y clínicos que pudieran estar asociados con ellos aplicando para tal propósito procedimientos metodológicos y estadísticos que permiten obtener el valor de la asociación; sin embargo, su diseño transversal no permite establecer una dirección causalidad causa efecto y el instrumento DESS-21 es una escala que solo permite identificar desde la percepción del paciente las manifestaciones de los trastornos de la salud mental más comunes y servir como una herramienta de tamizaje.

En 2021, Das R., et al²⁸ reportaron hasta 71% de trastornos de la salud mental en población bangladesí, 38% correspondió a depresión y en personas con sentimientos de soledad. Nuestros resultados muestran prevalencias inferiores para estas manifestaciones de alteraciones de la salud mental que pueden ser debidas a diferencias sociales o raciales de las poblaciones estudiadas o bien, al momento de la pandemia en que se obtuvieron los datos. Desempleo y soledad fueron factores claves asociados en ambos estudios.

En el Reino Unido, O'Connor RC et al.,²⁴ durante las olas de infecciones por SARS-CoV-2

que se presentaron en 2020 encontraron frecuencia de ansiedad moderada o severa entre 16.8% a 21% y depresión moderada a severa en 26.1%. En este estudio a diferencia de nuestros hallazgos, los síntomas depresivos estuvieron asociados con sexo femenino y edad entre 18 y 59 años, en cambio, de manera similar a nuestros resultados las personas con antecedentes de alteraciones de la salud mental presentaron mayor riesgo de presentar depresión. En este estudio los autores concluyeron de forma similar a nuestros hallazgos, que la salud mental de los adultos del Reino Unido fue afectada por la pandemia de COVID-19, en especial durante la primera fase.

En países asiáticos, Wang C, et al.,²⁹ encontraron mediante el instrumento DASS-21 puntuaciones en Tailandia de hasta 21.95 ± 0.59 , 18.66 ± 0.26 y 19.74 ± 0.31 para estrés, ansiedad y depresión respectivamente y valores inferiores para Pakistán, Filipinas, Malasia, Irán, China y Vietnam. Comparado con nuestros resultados las puntuaciones obtenidas para estas tres condiciones fueron similares a las de Vietnam donde se observa un impacto menor en la salud mental medida con el DASS-21. En este estudio tuvieron mayor riesgo de trastorno de la salud mental individuos menores de 30 años, con alto nivel académico o estatus de solteros y separados; características que excepto por el estado civil no estuvieron asociadas en nuestros hallazgos.

Los resultados de nuestro estudio permiten ponderar la magnitud y tipo de manifestaciones más frecuentes de los trastornos de la salud mental durante la pandemia de COVID-19 así como de los condicionantes o factores que se le asocian. Esta información será útil para establecer estrategias de prevención primaria y secundaria en la población afectada tanto a nivel de la atención médica como de acciones comunitarias identificando y atendiendo los grupos vulnerables y sus factores de riesgo.

Concluimos que la prevalencia de trastornos de la salud mental durante la pandemia de COVID-19 en la población mexicana que estudiamos fue de 35.7%; estado civil de soltero, sentimientos de soledad, antecedentes personales de estrés, ansiedad y depresión, hábitos de alcoholismo y consumo de ansiolíticos previos a la pandemia, así como haber enfermado o un familiar y haber tenido pérdidas familiares por COVID-19 fueron factores sociodemográficos y clínicos que se asociaron a mayor riesgo de tener trastornos de la salud mental. En cambio, ser trabajador de la salud se asoció como factor de protección.

Referencias

1. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med* 2020; 382 (8): 727-733

2. Doolan DL, Kozlakidis Z, Zhang Z, Paessler S, Su L, Yokota YT, et al. Editorial: Coronavirus Disease (COVID-19): Pathophysiology, Epidemiology, Clinical Management and Public Health Response. *Front. Public Health* 2021; 9:807159.
3. World Health Organization. COVID-19 Weekly epidemiological update. Edition 125, 11 January 2023
4. Machhi J, Herskovitz J, Ahmed MS, Dutta D. The Natural History, Pathobiology, and Clinical Manifestations of SARS-CoV-2 Infections. *J Neur Pharmacol.* 2020; 15: 359–386
5. Guo T, Fan Y, Chen M, Wu X, Zhang L, He T, et al. Cardiovascular Implications of Fatal Outcomes of Patients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *JAMA Cardiol.* 2020; 5 (7): 811-818.
6. Song Y, Liu P, Shi XL, Chu YL, Zhang J, Xia J, Gao XZ, Qu T, Wang MY. SARS-CoV-2 induced diarrhea as onset symptom inpatient with COVID-19. *Gut* 2020; 69: 1143–1144
7. Barnes GD, Burnett A, Allen A, Blumenstein M, Clark NP, Cuker A, et al. Thromboembolism and anticoagulant therapy during the COVID-19 pandemic: interim clinical guidance from the anticoagulation forum. *J Thromb Thrombolysis* 2020; 50: 72–81
8. Puelles VG, Lütgehetmann M, Lindenmeyer MT, Sperhake JP, Wong MN, Allweiss L, et al. Multiorgan and renal tropism of SARS-CoV-2. *N Engl J Med* 2020; 383: 590-592
9. Inciardi RM, LUPI L, ZACCONE G, ITALIA L, RAFFO M, TOMASONI D, et al. Cardiac involvement in a patient with Coronavirus disease 2019 (COVID-19). *JAMA Cardiol* 2020; 5 (7): 819 – 824
10. Lola K. Global mental health and COVID-19. *The Lancet*, 2020; 7: 655-657.
11. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. American Psychiatric Publishing. Washington DC, 2014
12. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatr.* 2020; 7: 547–60
13. Rodríguez J, Kohn R, Aguilar S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe [Internet]. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2009 (Publicación Científica y Técnica No.632) [consultado el 31 de enero del 2014].
14. Usher K, Durkin J, Bhullar N. The COVID-19 pandemic and mental health impacts. *Int J Ment Health Nurs.* 2020; 29: 315–318
15. Liang X, Zhu Y, Fang Y. COVID-19 and post-traumatic stress disorder: A vicious circle involving immunosuppression. *CNS Neurosci Ther.* 2020; 26: 876–878
16. Haider II, Tiwana F, Tahir SM. Impact of the COVID-19 Pandemic on Adult Mental Health. *Pak J Med Sci.* 2020; 36: (COVID19-S4): S90-S94
17. Vahia IV, Jeste DV, Reynolds III CF. Older Adults and the Mental Health Effects of COVID-19. *J Am Med Assoc.* 2020; 324 (22): 2253-2254
18. Czeisler ME, Rashon I, Lane MA, Petrosky E, Wiley JE, Christensen A, et al. Mental health, substance use, and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic. *Morb Mortal Wkly Rep.* 2020; 69 (32): 1049-1057.

19. González-Sanguino C, Ausín B, Castellanos MA, Saiz J, López-Gómez A, Ugidos C, et al. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain Behav Immun.* 2020; 87: 172-176.
20. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, McIntyre RS, et al. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain, Behav Immun.* 2020; 87: 40-48
21. Hawes MT, Szency AK, Klein DN, Hajcak G, Nelson BD. Increases in depression and anxiety symptoms in adolescents and young adults during the COVID-19 pandemic. *Psychol Med.* 2022; 52 (14): 3222-3230.
22. Pierce M, Hope H, Ford T, Hatch S, Hotopf M, John A et al. Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population. *Lancet Psychiatr.* 2020; 7: 883-892
23. Losada-Baltar A, Jiménez-Gonzalo L, Gallego-Alberto L, Pedroso-Chaparro MS, Fernandes-Pires J, Márquez-González M. "We Are Staying at Home." Association of Self-perceptions of Aging, Personal and Family Resources, and Loneliness With Psychological Distress During the Lock-Down Period of COVID-19. *J Gerontol B Psychol Sci Soc.* 2021, 76 (2): e10-e16
24. O'Connor RC, Wetherall K, Cleare S, McClelland H, Melson AJ. Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic: longitudinal analyses of adults in the UK COVID-19 Mental Health & Wellbeing study. *Br J Psychiatr* 2021; 218 (6): 326-333.
25. Parola A, Rossi A, Tessitore F, Troisi G, Mannarini S. Mental Health Through the COVID-19 Quarantine: A Growth Curve Analysis on Italian Young Adults. *Front. Psychol* 2020; 11: 567484.
26. Antúnez Z, Vinet EV. Escalas de depresión, ansiedad y Estrés (DASS-21): validación de la versión abreviada en estudiantes universitarios chilenos. *Ter Psicol.* 2012; 30 (3): 49 – 35
27. Román F, Santibáñez P, Vinet EV. Uso de las escalas de depresión, ansiedad, estrés (DASS-21) como instrumento de tamizaje en jóvenes con problemas clínicos. *Acta Investig Psicol.* 2016; 6 (1): 2325-2336
28. Das R, Hasan MR, Daria S, Islam R. Impact of COVID-19 pandemic on mental health among general Bangladeshi population: a cross- sectional study. *BMJ Open* 2021;11: e045727.
29. Wang C, Tee M, Roy AE, Fardin MA, Sri-chokchatchawan W, Habib HA, et al. The impact of COVID-19 pandemic on physical and mental health of Asians: A study of seven middle-income countries in Asia. *PLoS ONE* 2021; 16 (2): e0246824.