

**Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana**



**FRECUENCIA DE SINTOMAS DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD
GENERALIZADA Y ESTRÉS, EN PACIENTES POST COVID-
19, EN EL CENTRO DE SALUD DE CHARACATO, 2022**

Tesis presentada por los Bachiller:

Vélez Villarruel, Fernando Martín

Asenjo Herrera, Carlos Stuard

Para optar el Título Profesional de:

Médico Cirujano

Asesor:

**Dr. Ramos Pacheco, Fernando
Germán**

Arequipa – Perú

2022

DICTAMEN APROBATORIO

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 25 de Mayo del 2022

Dictamen: 006968-C-EPMH-2022

Visto el borrador del expediente 006968, presentado por:

2015240671 - VELEZ VILLARRUEL FERNANDO MARTIN

2015100251 - ASENJO HERRERA CARLOS STUARD

Titulado:

**FRECUENCIA DE SINTOMAS DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD GENERALIZADA Y ESTRÉS, EN
PACIENTES POST COVID, EN EL CENTRO DE SALUD DE CHARACATO, 2022.**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**1249 - LLAZA LOAYZA ELISA GLORIA
DICTAMINADOR**



**1335 - ALVARADO ACO JOSE ELISEO
DICTAMINADOR**



**3261 - PAJA CALLO WOODWARD
DICTAMINADOR**



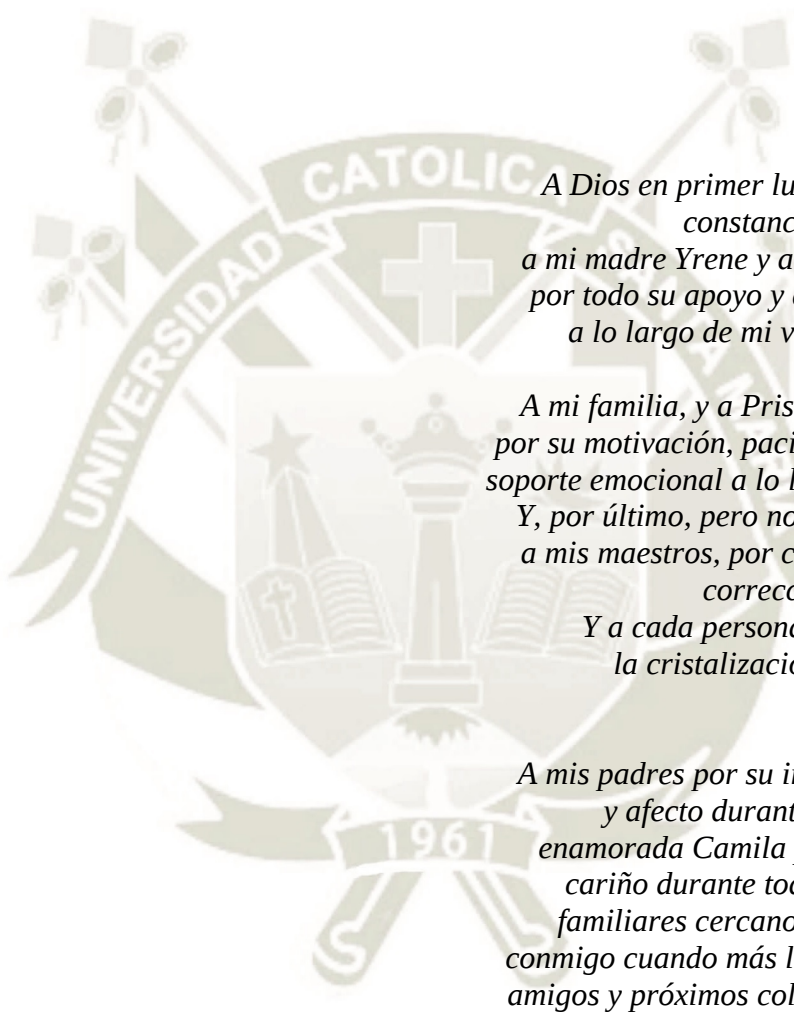
DEDICATORIA



*A mi madre Yrene
A mi abuela Selmira.*

*A mis Padres Claudia y Sandro,
A mis abuelos Victor y Freddie.*

AGRADECIMIENTOS



*A Dios en primer lugar, por brindarme
constancia, guía y fortaleza,
a mi madre Yrene y a mi abuela Selmira,
por todo su apoyo y amor incondicional
a lo largo de mi vida y por educarme
para ser quien soy.*

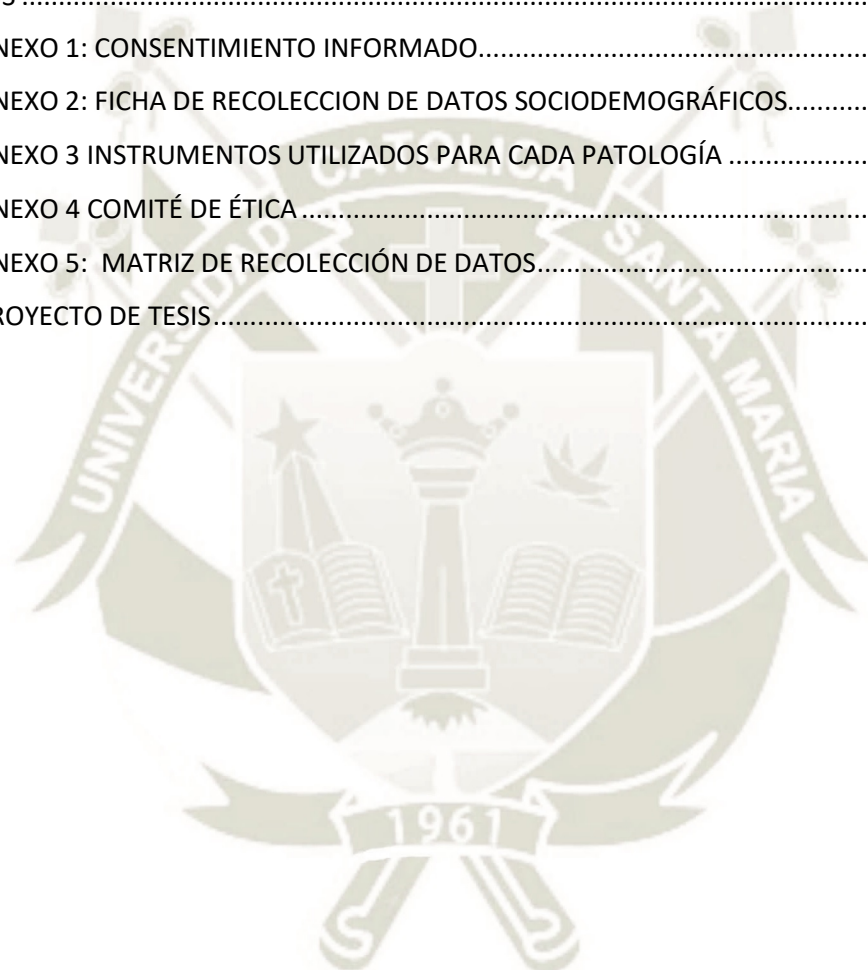
*A mi familia, y a Priscila, mi enamorada
por su motivación, paciencia y ser un gran
soporte emocional a lo largo de estos años.
Y, por último, pero no menos importante,
a mis maestros, por cada consejo, guía y
corrección para mi futuro.
Y a cada persona que contribuyó en
la cristalización de este proyecto.*

*A mis padres por su incondicional apoyo
y afecto durante toda la vida, a mi
enamorada Camila por la motivación y
cariño durante toda la carrera, a mis
familiares cercanos por siempre estar
conmigo cuando más los necesite. Y a mis
amigos y próximos colegas con los cuales
pase los mejores momentos de mi vida.
Este es nuestro logro.*

INDICE GENERAL

Contenido	
DICTAMEN APROBATORIO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS.....	iv
INDICE GENERAL.....	v
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO TEÓRICO	2
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.1. Determinación del problema	3
1.2. Enunciado del problema:	3
1.3. Descripción del problema	3
1.4. Justificación del problema	5
2. OBJETIVOS	7
2.1. General.....	7
2.2. Específicos.....	7
3. MARCO TEÓRICO.....	7
3.1. Conceptos básicos.....	7
3.2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	29
4. HIPÓTESIS.....	37
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	38
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	39
1.1. Técnicas.....	39
1.2. Instrumentos.....	39
2. Campo de verificación	39
2.1. Ámbito	39
2.2. Unidades de estudio	39
2.3. Temporalidad	40
3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	40
3.1. Organización	40
3.2. Recursos	41
3.3. Validación del instrumento.....	42

3.4. Aspectos éticos:	43
3.5. Criterios para manejo de resultados.....	44
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	46
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	78
CONCLUSIONES	83
RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS	84
REFERENCIAS.....	85
ANEXOS	91
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	92
ANEXO 2: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	93
ANEXO 3 INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA CADA PATOLOGÍA	94
ANEXO 4 COMITÉ DE ÉTICA	98
ANEXO 5: MATRIZ DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	100
PROYECTO DE TESIS.....	141



RESUMEN

Actualmente, en el contexto de la pandemia por el COVID-19, se ha dejado de lado un tema muy importante como es la salud mental. Muchas personas por la situación actual han perdido a familiares, han desarrollado alguna secuela patológica, han perdido su trabajo, etc. Todo esto influye de manera negativa en su salud, sobre todo pudiéndose observar cambios en su estado de ánimo y conducta. El trastorno de ansiedad generalizada, los trastornos depresivos y el estrés, son afecciones muy frecuentes que suelen coexistir y en muchas circunstancias pueden pasar inadvertidas. El objetivo de este estudio fue encontrar la incidencia de trastorno ansioso generalizado, depresión y estrés en pacientes post COVID-19, en el centro de Salud de Characato de la ciudad de Arequipa. Motivo por el cual se aplicó la técnica de la encuesta a través del cuestionario para síntomas de depresión (PHQ-9), ansiedad generalizada (GAD-7) y para estrés (DASS-21) en pacientes atendidos en el Centro de Salud de Characato. Se calculó el tamaño de muestra en 317 encuestas. Se realizó la encuesta a través de formato físico y también se utilizó la plataforma Google Forms, obteniéndose 321 encuestas válidas y se hizo una matriz de datos en Excel a partir del cual se obtuvieron tablas y gráficos para análisis. Encontramos que en nuestro estudio participaron 321 pacientes del Centro de Salud de Characato, con una edad promedio de 37.69 ± 13.35 años. Donde el 35.83% fue del sexo masculino y 64.17% del sexo femenino. Siendo en su mayoría convivientes con un 41.74%. También 57.32% de los encuestados estaban desempleados en el momento del estudio. Donde 89.72% refieren no presentar patologías psiquiátricas diagnosticadas. 98.75% de los encuestados tuvieron COVID-19 con prueba positiva. Los síntomas de depresión se encontraron en 86.60% de casos. Los síntomas de TAG se encontraron en el 100% de los casos entre leves, moderados y severos. Se encontraron síntomas de estrés en 76.64% de casos. Mientras que, se encontró una correlación entre estados mixtos de la patología. Estas diferencias son significativas ($p < 0.05$), e implican una asociación positiva y de buena intensidad ($\rho < 0.70$). Concluyendo que la frecuencia de síntomas de depresión en pacientes que han padecido COVID-19 fue de 86.60%, siendo leve en 30.22%, moderada en 28.35%, moderadamente severa en 20.25% y severa en 7.79%. La frecuencia de síntomas de Ansiedad en pacientes que hayan padecido COVID-19 fue del 100%, siendo leve en 35.51%, moderada en 38.63% y severa en 25.86% de casos. La frecuencia de síntomas de Estrés en pacientes que hayan padecido COVID-19 fue de 76.64%, siendo de intensidad media en 12.77%, moderados en 19%, severos en 22.12% y estrés extremo en 22.74%. Mientras que estados mixtos se presentaron en un amplio porcentaje de pacientes.

Palabras claves: COVID-19, Depresión, Ansiedad, Estrés.

ABSTRACT

Currently, in the context of the COVID-19 pandemic, a very important issue such as mental health has been left aside. Due to the current situation, many people have lost relatives, have developed some pathological sequel, have lost their job, etc. All this negatively influences their health, especially being able to observe changes in their mood and behavior. Generalized anxiety disorder, depressive disorders and stress are very common conditions that usually coexist and, in many circumstances, can go unnoticed. The objective of this study was to find the incidence of generalized anxiety disorder, depression, and stress in post-COVID-19 patients, at the Characato Health Center in the city of Arequipa. The reason why the survey technique was applied through the questionnaire for depression (PHQ-9), for generalized anxiety disorder (GAD-7) and for stress (DASS-21) in patients treated at the Characato Health Center. The sample size was calculated in 317 surveys. The survey was conducted through physical format and the Google Forms platform was also used, obtaining 321 valid surveys and a data matrix was made in Excel from which tables and graphs were obtained for analysis. We found out that in our study a total of 321 patients from the Characato Health Center participated, with an average age of 37.69 ± 13.35 years. Where 35.83% were male and 64.17% female. Being mostly cohabitants with 41.74%. Also 57.32% of the respondents were unemployed at the time of the study. Where 89.72% refer not to present diagnosed psychiatric pathologies. 98.75% of respondents had COVID-19 with a positive test. Symptoms of depression were found in 86.60% of cases. GAD symptoms were found in 100% of cases between mild, moderate and severe. Stress symptoms were found in 76.64% of cases. While a correlation was found between mixed states of the pathology. These differences are significant ($p < 0.05$), and imply a positive association of good intensity ($\rho < 0.70$). In conclusion, the frequency of depression symptoms in patients who have suffered from COVID-19 was 86.60%, being mild in 30.22%, moderate in 28.35%, moderately severe in 20.25% and severe in 7.79%. The frequency of Anxiety symptoms in patients who have suffered from COVID-19 was mild in 35.51%, moderate in 38.63% and severe in 25.86% of cases. The frequency of Stress symptoms in patients who have suffered from COVID-19 was 76.64%, being of intensity average in 12.77%, moderate in 19%, severe in 22.12% and extreme stress in 22.74%. While mixed states occurred in a large percentage of patients.

Keywords: COVID-19, Depresión, Ansiedad, Estrés.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, en el contexto de la pandemia por el COVID-19, se ha dejado de lado un tema muy importante como es la salud mental, vemos a los pacientes más como una enfermedad que debemos tratar, pero no tenemos en cuenta una atención integral de este.

Muchas personas por la situación actual han perdido a familiares, han desarrollado alguna secuela patológica, han perdido su trabajo, etc. Todo esto influye de manera negativa en su salud, sobre todo pudiéndose observar cambios en su estado de ánimo y conducta.

El trastorno de ansiedad generalizada, los trastornos depresivos y el estrés, son afecciones muy frecuentes que suelen coexistir y en muchas circunstancias pueden pasar inadvertidas. Individuos afectados por ansiedad y trastornos depresivos simultáneamente demostraron mayores niveles de deterioro funcional, una disminución de la calidad de vida, y resultados de tratamiento paupérrimos.

Por lo tanto, son cuadros muy importantes que deben ser diagnosticados a tiempo para un tratamiento oportuno, y así prevenir complicaciones a futuro.

En nuestra vida actual, debido a la coyuntura generada por la pandemia del COVID-19, existe una disminución de las citas médicas y en la disponibilidad del servicio de salud mental, esto influenciado por el riesgo de contagio, y también por las carencias socioeconómicas de muchas familias para poder asistir a una consulta privada. Todo ello, podría condicionar a una menor detección de factores de riesgo asociados con el trastorno ansioso-depresivo y estrés, que será reflejado en un deterioro de su salud a nivel general.

Pudiendo ser el Centro de Salud de Characato un establecimiento donde los pacientes puedan ser atendidos y reciban una terapia adecuada de acuerdo a la afección que puedan estar cursando, mejorando la calidad de vida de esa población.

A nivel local, no existe un estudio que demuestra cómo la pandemia por COVID - 19 ha afectado a la salud mental, tanto de pacientes, como de sus familiares, siendo este un interesante motivo de estudio.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Determinación del problema

La post infección por COVID-19 se relaciona significativamente con la aparición de síntomas de depresión, ansiedad generalizada y estrés en la población atendida en el Centro de Salud de Characato.

1.2. Enunciado del problema:

¿Cuál es la frecuencia de síntomas de depresión, ansiedad generalizada, y estrés en pacientes post-COVID, en el centro de salud de Characato en el año 2022?

1.3. Descripción del problema

1.3.1. Áreas de conocimiento:

- Área general: Ciencias de la salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Salud mental

1.3.2. Análisis y operacionalización de variables e indicadores

	Variables	Indicadores	Valores / Categoría	Tipo de variable
Dependientes	Depresión	Síntomas de depresión y gravedad de la patología, según resultados del Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9)	5-9: Leve; 10-14: Moderada; 15-19: Moderadamente severa; 20-27: Severa	Nominal
	Ansiedad	Síntomas de ansiedad generalizada, y el grado de severidad del cuadro según resultados de la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada	Severidad de ansiedad: 0-4 No se aprecia ansiedad 5-9 Leve 10-14 Moderada 15-21 Severa	Nominal

		(GAD-7)		
	Estrés	Estados emocionales de depresión, ansiedad y estrés. según resultados de la escala DASS21	Normal: 0-14. Leve: 15-18. Moderado: 19-25. Severo: 26-33. Extremadamente severo: >34	Nominal
Intervinientes	Edad	Años	<20 20 – 29 30 – 39 40 – 49 50 – 59 60 – 69 >69	De razón
	Sexo	Llenado de encuesta	Varón / Mujer	Nominal
	Estado Civil	Llenado de encuesta	Soltero Casado Viudo Divorciado Conviviente	Nominal
	Condición de empleo	Llenado de encuesta	Empleado Desempleado	Nominal
	Familia dependiente económicamente	Llenado de encuesta	Si No	Nominal
	Antecedente personal de COVID-19	Llenado de encuesta	Si No	Nominal
	Familiar con antecedente de COVID-19	Llenado de encuesta	Si No	Nominal

1.3.3. Interrogantes básicas

- ¿Cuál es la frecuencia de síntomas de depresión en pacientes post COVID-19 en el centro de salud de Characato, en la ciudad de Arequipa 2022?
- ¿Cuál es la frecuencia de síntomas de ansiedad generalizada en pacientes post COVID-19 en el centro de salud de Characato, en la ciudad de Arequipa 2022?
- ¿Cuál es la frecuencia de síntomas de estrés en pacientes post COVID-19 en el centro de salud de Characato, en la ciudad de Arequipa 2022?

1.3.4. Tipo de Investigación: Aplicada

1.3.5. Diseño de Investigación: Planteamos un estudio observacional y de corte transversal.

1.3.6. Nivel de Investigación: Descriptivo

1.4. Justificación del problema

SOCIAL: La razón de ser de la presente tesis es medir el impacto psicológico y social al que los pacientes se ven afectados debido a la enfermedad causada por el COVID-19 en este establecimiento de la región Arequipa, buscando que para futuras consultas médicas a un paciente diagnosticado con esta patología se les incluya además una exhaustiva evaluación psicológica asegurando la atención integral del mismo que es la finalidad de todo médico. Además, buscando fortalecer el concepto de descentralización de los servicios de salud ya que nuestra presente tesis será realizada en un centro de salud con estatus socioeconómico medio-bajo y que de esta manera los pacientes reciban una oportuna y adecuada atención en los diversos campos de esta patología.

TEÓRICA: Debido a que existe el antecedente de cuadros de depresión, ansiedad, estrés, entre otros problemas psiquiátricos en brotes epidémicos pasados, tanto para la población en general, como para el personal de salud en sí, se hace indispensable el reconocimiento de los mismos cuadros en la pandemia que el mundo está viviendo en tiempo real. Por lo que, la

presente tesis buscará reconocer estas patologías con la finalidad de obtener resultados que nos impulsen como médicos a una evaluación y tratamiento, enfocándonos en el presente estudio, en la esfera psiquiátrica de los pacientes que cursan o han cursado con la enfermedad por COVID-19.

PRÁCTICA: Se busca reforzar el empleo del método científico ya que será la base para demostrar nuestra hipótesis. Con los resultados obtenidos se espera la aplicación de una terapia óptima para los pacientes y que además de ello queden registrados en los anales de investigación de este centro de salud.

CONTEMPORÁNEA: La situación actual está siendo vivida por todas las personas, incluso no habiendo cursado con esta patología de forma personal, las experiencias del día a día generan leves a moderados grados de ansiedad, depresión y estrés. Si aún bajo la premisa de no haber cursado con la enfermedad se perciben estos síntomas, la situación para aquellos que sí lo han vivido o vienen viviendo con ella es más complicada y delicada. Por ende, se requiere un estudio especializado que nos permita la pronta identificación de estas entidades para brindar un alcance más propicio a la población en el contexto de la realidad actual.

PERSONAL: Al enfocar este estudio en una localidad como es Characato, nos ayuda a representar lo que puede estar pasando a niveles demográficos más amplios, ya que, en muchas ocasiones, lamentablemente, se trata la enfermedad y no al enfermo, y en el ámbito del COVID-19, se resuelve el problema inicial más no se identifican las secuelas psicológicas que trae consigo. Es así como surge como motivación, el deseo de una evaluación completa de los pacientes que han padecido de esta patología buscando una atención integral de los miembros de nuestra sociedad.

2. OBJETIVOS

2.1. General

Determinar la frecuencia de síntomas de depresión, ansiedad generalizada y estrés en pacientes post COVID en el centro de Salud de Characato, en la ciudad de Arequipa en el año 2022.

2.2. Específicos

2.2.1. Determinar la frecuencia de síntomas de depresión en pacientes que hayan padecido COVID-19.

2.2.2. Determinar la frecuencia de síntomas de ansiedad generalizada en pacientes que hayan padecido COVID-19.

2.2.3. Determinar la frecuencia de síntomas de estrés en pacientes que hayan padecido COVID-19.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Conceptos básicos

“La salud mental se define como un proceso dinámico de bienestar, producto de la interrelación entre el entorno y las capacidades humanas, individuales y colectivas. Incluye la presencia de conflictos, así como la posibilidad de afrontarlos de manera constructiva” (1). Como sabemos ya, el ámbito de salud mental se incluye dentro de la definición de salud dada por la OMS, buscando el bienestar integral del paciente.

3.1.1. DEPRESIÓN

Definición:

“La depresión es un trastorno que afecta principalmente al estado de ánimo, por lo que también se conoce como trastorno del estado de ánimo o trastorno afectivo. Las personas con depresión experimentan intensos sentimientos de tristeza, lo que puede interferir con su crecimiento en las relaciones familiares y responsabilidades laborales. Disminuyen las ganas de realizar actividades que antes disfrutaban y pueden sumergirse en un

estado de desidia y fatalismo frente a lo que les pueda ocurrir más adelante” (2).

La OMS y la OPS definen la depresión como: “...un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia persistente de tristeza y una pérdida de interés en actividades que las personas normalmente disfrutaban, acompañada de una incapacidad para llevar a cabo las actividades diarias, durante 14 días o más” (3). En los episodios depresivos, es frecuente que la persona esté baja de ánimo y sin energía, de tal manera, que se pueden sentir agotadas luego de realizar un esfuerzo mínimo. Hay alteración del sueño y pueden aparecer hiporexia e incluso anorexia. Generalmente las personas que sufren estos cuadros clínicos depresivos tienden a mermar la confianza propia y tienen un peor concepto de ellas.

Epidemiología:

➤ Nacional:

- “En la población mayor de 12 años, los trastornos más frecuentes son los episodios depresivos, con una prevalencia anual que varía del 4% en Lima rural y 8,8% en Iquitos; y, se estima un promedio nacional de 7,6%” (4).
- “En el trabajo de investigación de Onofre Damian Rumula Edi concluye que la prevalencia de depresión en mujeres es tres veces más que en los varones dentro de la muestra evaluada en Perú” (5).
- “Según el estudio de Akram Hernandez Vásquez et. al. En el 2018, 6 de cada 100 peruanos presentan síntomas clínicamente relevantes de depresión moderada a severa. Y determinar los subgrupos de

la población que deberían ser priorizados para la implementación de estrategias para abordar este importante problema de salud en el Perú” (6).

➤ Internacional:

- “La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, pues se estima que afecta a un 3,8% de la población, incluidos un 5% de los adultos y un 5,7% de los adultos mayores de 60 años” (7).
- “La prevalencia varía según la Región de la OMS, desde una prevalencia menor de 2,6% en los hombres de la Región del Pacífico Occidental a una prevalencia de 5,9%” (8).
- “El número total estimado de personas con depresión aumentó en 18,4% entre el 2005 y el 2015, lo que refleja el crecimiento general de la población mundial, así como un aumento proporcional de los grupos etarios” (8).
- “Las tasas de prevalencia varían según la edad y alcanzan su punto máximo en la edad más adulta (por encima de 7,5% en mujeres de edades comprendidas entre los 55 y 74 años, y por encima de 5,5% en hombres). La depresión también ocurre en niños y adolescentes menores de 15 años, pero en un grado menor que en los grupos de mayor edad” (8).

Factores de riesgo:

- Biológicos: Hereditarios
- Sexo: Mujeres
- Edad: Entre los 20 y 50 años.
- Ocupación: Mal clima laboral

- Comorbilidades: Patologías asociadas
- Depresión Post Parto
- Trauma infantil y eventos estresantes de la vida

Clasificación:

La gravedad de la depresión para el presente estudio se ha valorado de acuerdo con los grados de severidad obtenidos al utilizar el Cuestionario sobre la salud del paciente-9. (PHQ-9). Un cuestionario útil para el tamizaje de síntomas depresivos y que nos revela la gravedad del cuadro, cuyos ítems toman como referencia los 9 criterios para el diagnóstico de depresión mayor del DSM-5. Los grados de severidad se determinan de acuerdo con el puntaje como viene siendo dado:

PHQ-9 (Puntaje) Severidad de depresión

- 0-4 Ninguna o mínima
- 5-9 Leve
- 10-14 Moderada
- 15-19 Moderadamente severa
- 20-27 Severa

Etiología:

“Hay dos tipos principales de depresión a considerar, exógena y endógena. La depresión exógena a menudo se debe a causas externas bien definidas (pérdida de familiares o seres queridos, pérdida de dinero o estatus social, enfermedad, etc.). La depresión endógena, por el contrario, no tiene una causa externa aparente, lo que la convierte en un cambio biológico, como es el caso de la psicosis bipolar (maníaca) o unipolar (depresiva). En la vida cotidiana, los desencadenantes que pueden causar depresión son variados, y todos ellos tienen en

común que son únicamente factores estresantes de valor emocional para la persona afectada. Este valor emocional varía de persona a persona y, como se mencionó anteriormente, la experiencia de cada persona es la variable que causa la diferencia en la respuesta. En otras palabras, el estrés es un factor importante en la producción de estados depresivos reactivos indisolublemente ligados a los cambios biológicos (fisiológicos y hormonales) que a menudo acompañan al estrés, todos ellos relacionados con el eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal” (9).

“Por tanto, se puede concluir que la llamada depresión exógena depende de dos factores: la calidad y cantidad de los estímulos ambientales estresantes y los sustratos biológicos (genéticos, bioquímicos y moleculares) determina cambios en la homeostasis, y por ende en la función cerebral” (9).

La depresión tiene muchas causas, las cuales incluyen:

- Factores hereditarios o genéticos
- Factores bioquímicos: Causadas por alteración de neurotransmisores.
- Factores psicosociales

Fisiopatología:

“La heredabilidad del TDM se ha calculado en 37%, lo que implica que dos terceras partes de su patogenia debe explicarse por otros factores distintos a la genética, probablemente a través de la influencia ambiental en procesos epigenéticos. A nivel molecular, se han involucrado factores de crecimiento (factor neurotrófico derivado del cerebro [BDNF], factor de crecimiento vascular endotelial [VEGF], y factor de crecimiento parecido a la insulina 1 [IGF-1]), citocinas

proinflamatorias (interleucina-1 β , interleucina-6 y factor de necrosis tumoral- α) 17, y una disregulación en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal” (10).

Diagnóstico:

Cuadro Clínico

Se caracteriza por la presencia de un ánimo triste, deprimido llegando a irritable. Se califica a la tristeza como el principal síntoma. Un conjunto de síntomas que llevan al individuo a no querer continuar realizando actividades que podía hacer con normalidad y va desde actividades complejas hasta las más simples como bañarse, pasear a las mascotas o limpiar la casa.

Criterios diagnósticos para la depresión, según la Asociación Americana de Psiquiatría: DSM-5:

“Presencia de 4 o más de los siguientes síntomas, diariamente durante un periodo de 2 semanas, de los cuales uno de ellos debe ser el 1 o 2:

- 1) Estado de ánimo depresivo o irritable (tristeza profunda)
- 2) Disminución del interés en las actividades placenteras y la capacidad de experimentar placer (anhedonia).
- 3) Significativo aumento o pérdida de peso (Cambio de >5% en un mes)
- 4) Insomnio o hipersomnia
- 5) Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio
- 6) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse
- 7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva
- 8) Fatiga o pérdida de energía
- 9) Agitación o retardo psicomotor” (11).

Diagnóstico diferencial:

Dentro de los diagnósticos diferenciales del trastorno depresivo unipolar en el adulto encontramos:

- Tristeza
- Trastorno depresivo inducido por medicamentos
- Síndrome de Burnout
- Trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido.
- Trastorno bipolar
- Trastorno límite de la personalidad

Tratamiento:

“Para el tratamiento inicial de la depresión mayor unipolar, la evidencia sugiere la combinación de farmacoterapia y psicoterapia, según los ensayos aleatorios se encontró que el tratamiento combinado fue más efectivo que cualquiera de estos tratamientos solos. Sin embargo, los ensayos clínicos no han establecido la superioridad de ninguna combinación específica de medicación/psicoterapia. Más bien, los médicos seleccionan cada modalidad utilizando los mismos principios al elegir una monoterapia” (12).

“La evidencia que respalda la superioridad de la terapia combinada sobre la farmacoterapia sola para el tratamiento inicial de la depresión mayor unipolar incluye muchos ensayos aleatorios. Como ejemplo, un metanálisis de 25 ensayos aleatorizados comparó la terapia combinada con antidepresivos solos en pacientes con trastornos depresivos ($n > 2000$). El análisis encontró un efecto significativo, clínicamente pequeño a moderado, a favor de la terapia combinada. Además, la interrupción del tratamiento por cualquier motivo fue menor con el tratamiento combinado. Diversos estudios demuestran

que el empleo de una terapia conductual sumado a terapia farmacológica a bajas dosis tiene muy buenos efectos si es que nuestro paciente no ha recibido tratamiento previo” (12).

“La terapia antidepresiva farmacológica se usa solo en exacerbaciones moderadas a graves (y en algunas particularmente leves). La mayoría de los fármacos utilizados en la actualidad tienen una cosa en común: su efecto sobre el sistema monoaminérgico” (12).

La finalidad es la regulación positiva de alguno de los siguientes neurotransmisores: serotonina (5-HT), dopamina (DA), noradrenalina (NA).

Los medicamentos más utilizados para los trastornos depresivos son:

- Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina
- Inhibidores de la Recaptación de Serotonina-Norepinefrina

“El aumento de la biodisponibilidad de neurotransmisores en la hendidura sináptica permite la regulación a la baja de los receptores post sinápticos, así como su desensibilización, y estos cambios adaptativos en los receptores resultan en alteraciones en la expresión de determinados genes, y por ende permiten la sinaptogénesis” (13).

Prevención, recuperación y rehabilitación:

La evolución del trastorno depresivo mayor puede ser variable, lo que puede reflejar que este difiera en su respuesta al tratamiento. Los pacientes pueden padecer de un solo episodio depresivo mayor, seguir un curso con bastantes recurrencias y con una resolución completa de los síntomas entre episodios, o pasar gran parte de sus vidas luchando con síntomas persistentes y fluctuantes. Esto es importante para nuestra investigación, ya que una detección temprana de esta enfermedad puede ayudarnos a la recuperación integral del paciente.

Los episodios depresivos pueden variar en intensidad desde estados que producen un deterioro limitado y son poco notados por los demás, hasta condiciones catatónicas o psicóticas que hacen que el paciente sea incapaz de autocuidado.

Aunque la gran mayoría de los episodios depresivos mayores finalmente remiten, algunos pacientes están enfermos la mayor parte de sus vidas debido a episodios prolongados o recurrentes. “Un estudio observacional prospectivo realizado por Judd LL, Akiskal HS, Maser JD, et al de 12 años de 431 pacientes con trastorno depresivo mayor, que buscaron tratamiento al ingresar al estudio, encontró que estaban deprimidos durante el 59 por ciento (promedio medio) del tiempo de seguimiento” (14). En un estudio observacional prospectivo realizado por Verduijn.J, Milaneschi. Y et. al. de seis años, de 903 pacientes con trastorno depresivo mayor, la mayoría de los cuales fueron tratados en entornos de atención primaria, los síntomas estuvieron presentes durante el 50 al 100 por ciento del tiempo de seguimiento en el 36 por ciento de los pacientes” (15).

En cuanto a la recuperación, la mediana según una amplia variedad de estudios prospectivos es de aproximadamente 20 semanas. Este hallazgo concuerda para pacientes con episodios recurrentes y aquellos que no buscaron tratamiento.

3.1.2. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

No solo la depresión es una enfermedad que debemos tener en cuenta en el contexto actual en el que vivimos, si bien es de las patologías más conocidas, también debemos tener en cuenta otras enfermedades y trastornos, siendo la ansiedad uno de los más frecuentes, pero también es una entidad a la que no le damos la importancia adecuada, y muchas veces es infravalorada o ignorada al momento de la evaluación médica.

Definición: “El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por una preocupación excesiva y persistente que es poco controlable, causa angustia o deterioro significativo y ocurre durante al menos seis meses. Otras características incluyen síntomas psicológicos como aprensión e irritabilidad, y síntomas físicos o también pueden causar síntomas somáticos, como aumento de la fatiga y la tensión muscular” (16).

Epidemiología:

➤ Nacional

- “En el Perú, se estima que los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más frecuentes, con una prevalencia de 14.9%” (16).
- “Según el artículo publicado por Fabian Fiesta et. al. Encuentra que aproximadamente una de cada tres personas ha tenido un trastorno mental en un momento dado siendo los trastornos de ansiedad los más comunes” (17).

➤ Internacional

- “Hadjimina et al. representan el mayor problema de salud mental en los EE. UU, sin embargo, la mayoría de los individuos nunca buscan ayuda médica” (18).
- “La OPS/OMS, revela que los TAG son la segunda patología psiquiátrica más discapacitante de la región de las Américas. Brasil tiene la primera posición (7.5%) de los países sudamericanos, situándose por encima del promedio (4.7%) del total de países” (18).
- “Los trastornos de ansiedad son prevalentes con estimaciones globales que van del 3,8% al 25% en

todos los países, con tasas de prevalencia de hasta el 70% en personas con enfermedades crónicas” (18).

- “En el primer año de la pandemia por COVID-19, la prevalencia mundial de la ansiedad y la depresión aumentó un 25%, según un informe científico publicado por la Organización Mundial de la Salud” (19).

Factores de riesgo:

- Biológicos: Hereditarios
- Sexo: Mujeres.
- Edad: Entre los 20 y 40 años.
- Eventos traumáticos y situaciones de estrés.

Clasificación:

La gravedad del trastorno de ansiedad generalizada para finalidad del presente estudio se ha evaluado de acuerdo con los grados de severidad obtenidos al utilizar la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7). Un instrumento que nos permite identificar síntomas de ansiedad generalizada, y la severidad de estos.

GAD-7 (Puntaje) Severidad de ansiedad

- 0 - 4 No se aprecia ansiedad
- 5 - 9 Leve
- 10 - 14 Moderada
- 15 - 21 Severa

Etiología

El trastorno de ansiedad generalizada es una patología que comprende una serie de signos y síntomas que son detonados en situaciones de estrés

emocional excesivo, eventos o episodios traumáticos en repetidas ocasiones que conllevan a que se produzcan una serie de modificaciones químicas en el cerebro y desencadenan la cascada clínica que los pacientes presentan. Por ende, podemos decir que es causado tanto por factores externos como internos.

Factores cognitivos, psicológicos y de desarrollo

Procesamiento de información emocional: “Los individuos con TAG muestran un sesgo consistente hacia la generación de interpretaciones negativas de material ambiguo” (20).

- **Factores de desarrollo y personalidad:** “El TAG en adultos se asocia con un número más alto que el promedio de experiencias traumáticas y otros eventos indeseables de la vida en la infancia, en comparación con los individuos sin TAG” (21).

Es más probable que esta patología se de en individuos con tendencia a ser tímidos, que en individuos sin este rasgo.

- **Orígenes cognitivos de la preocupación**

Fisiopatología:

“Genética: los factores genéticos parecen predisponer a los individuos al desarrollo del trastorno de ansiedad generalizada” (22).

“En individuos con TAG, se han reportado cambios morfológicos localizados en el volumen de materia blanca, encontrándose una reducción del volumen de materia blanca en la corteza prefrontal dorsolateral, la extremidad anterior de la cápsula interna y el mesencéfalo” (23).

Además, según el estudio de JC Wu Et. al. “También habla acerca de las alteraciones en el metabolismo de la glucosa en la corteza, el sistema límbico

y los ganglios basales y como estas mantienen papel en el desarrollo de la ansiedad” (24). Siendo un tema interesante para una mayor investigación en un futuro cercano.

Diagnóstico:

Suele ser un diagnóstico clínico, dentro de los síntomas característicos vamos a encontrar que las personas suelen padecer una ansiedad o preocupación excesiva.

Criterios diagnósticos del DSM-5 para el Trastorno de Ansiedad Generalizada:

- A. “Ansiedad y preocupación excesivas (expectativa aprensiva), que han estado presente durante más días de los que han estado ausentes, durante al menos seis meses, sobre una serie de eventos o actividades (como el trabajo o el rendimiento escolar)” (11).
- B. “Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación” (11).
- C. “La ansiedad y la preocupación se asocian con tres (o más) de los siguientes seis síntomas (con al menos algunos síntomas que han estado presentes durante más días que no durante los últimos seis meses):
 - 1. Inquietud
 - 2. Fatigarse fácilmente
 - 3. Dificultad para concentrarse
 - 4. Irritabilidad
 - 5. Tensión muscular
 - 6. Alteración del sueño” (11).
- D. “La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento” (11).

E. “La alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) u otra condición médica (por ejemplo, hipertiroidismo)” (11).

F. “La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental” (11).

Diagnóstico diferencial

- Depresión
- Hipocondría y trastorno somático
- Trastorno de pánico
- Trastorno de adaptación

Tratamiento:

El objetivo principal de nuestro tratamiento es determinar la severidad y reducir los síntomas de ansiedad y, por lo tanto, mejorar la calidad de vida de la persona.

Elección del tipo de tratamiento: Entre las principales opciones para el manejo de la ansiedad están los medicamentos con efectos ansiolíticos y la terapia cognitivo-conductual. Se debe priorizar uno individualizado y este debe ser escogido de manera mutua entre el personal de salud que trata y el paciente, respetando sus preferencias.

También debemos dar a conocer los efectos adversos de los medicamentos utilizados para el tratamiento.

Manejo farmacológico: “La revisión sistemática y los metaanálisis han demostrado beneficios para los tratamientos farmacológicos del TAG, siendo los ISRS y los IRSN como terapia inicial preferida” (25).

Manejo cognitivo conductual: “La terapia conductual utiliza ejercicios de razonamiento o experiencias reales para facilitar la reducción de los síntomas y mejorar el funcionamiento. Generalmente es realizada por un personal de

la salud capacitado, y suele darse en sesiones cara a cara con orientación manual y tareas que deben realizarse” (25).

Complicaciones:

Efectos psicosociales: “el TAG se asocia con un deterioro psicosocial sustancial en varios dominios de la vida, incluidos el funcionamiento ocupacional, social y doméstico” (26).

Efectos sistémicos: “el TAG se asocia con una mala salud cardiovascular, enfermedad coronaria” (27). “Y mortalidad cardiovascular” (28). “Las relaciones entre la preocupación y los cambios cardiovasculares incluyen observaciones de que la preocupación excesiva conduce a una disminución de la variabilidad de la frecuencia cardíaca, una frecuencia cardíaca elevada, hipertensión y un mayor uso de antihipertensivos” (28).

Prevención, recuperación y rehabilitación:

“Para las personas que experimentan una buena respuesta clínica al tratamiento farmacológico del TAG, estudios revisados para esta investigación sugieren continuar el tratamiento durante al menos 12 meses para prevenir la recaída o la recurrencia” (29). “La terapia conductual generalmente varía de 10 a 15 sesiones; sin embargo, las personas con una respuesta robusta pueden beneficiarse de las sesiones mensuales de refuerzo” (30).

Cómo refiere Simon NM et al. En su estudio: “El ejercicio aeróbico y el yoga han demostrado ser un tratamiento complementario efectivo para los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, beneficios generales para la salud física y mental, se debe fomentar el ejercicio aeróbico para pacientes con trastornos de ansiedad que puedan hacerlo” (31).

3.1.3. ESTRÉS

Definición

El estrés como tal es una manifestación del organismo frente a situaciones que requieren una mayor atención y reacción. Pero, en los últimos años su acumulación, su exceso y sus consecuencias se han visto manifestadas en una amplia variedad de enfermedades en la población mundial.

En el contexto de la pandemia causada por el COVID -19, y el consecuente confinamiento que trajo consigo llevó a familias enteras a modificar su estilo de vida, además de mantener alerta a las personas de todo el globo terráqueo ante la posible infección del virus en el entorno familiar. Debido a esto la prevalencia de estrés se vio incrementada de manera muy agresiva, así como lo demuestran diversos estudios observacionales y de análisis de datos.

“La Organización Mundial de la Salud define el estrés como el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción” (32). “Un cierto nivel de estrés estimula el cuerpo y le permite alcanzar sus objetivos y luego volver a la línea de base después del cese de la estimulación. El problema surge cuando la presión persiste y se va por un estado de resistencia bajo ciertas circunstancias como la sobrecarga de trabajo, el estrés económico o social o un entorno competitivo, y antes de que te des cuenta, empiezas a tener una sensación de malestar. Cuando este sentimiento dura mucho tiempo, puedes lograr un estado de agotamiento en el que pueden ocurrir cambios funcionales y orgánicos” (33).

Epidemiología:

En sí no existen estudios precisos, descriptivos, sobre la incidencia o prevalencia del estrés a nivel nacional y/o mundial.

Sin embargo, la OMS indica que: “1 de cada 4 personas cursa con una patología psiquiátrica y que esta se encuentra estrechamente relacionada con el estrés excesivo del sujeto enfermo. Debido a esta carencia de información, se hace un tema de gran interés para investigaciones futuras” (34).

Factores de riesgo:

- ❖ Situaciones del día a día que generen preocupación.
- ❖ Alteraciones en la rutina diaria que demanden un mayor desgaste mental y/o físico
- ❖ Ocupaciones laborales exigentes y de baja remuneración
- ❖ Sexo femenino
- ❖ Traumas severos
- ❖ Antecedentes de exposiciones traumáticas

Clasificación:

Para la presente investigación, se empleó la escala DASS-21 para valorar la severidad del estrés del individuo evaluado, la cual posee clasificaciones según el puntaje obtenido, siendo la siguiente:

- Normal: 0-14
- Leve: 15-18
- Moderado: 19-25
- Severo: 26-33
- Extremadamente severo: >34

Fisiopatología:

“Desde una perspectiva neuroanatómica, la actividad cerebral se reduce en la corteza anterior y radial y en la corteza prefrontal, regiones involucradas en la experiencia y regulación emocional. Ha llamado la atención, la activación anormal de la amígdala del cerebro, que está muy involucrada en la formación de recuerdos emocionales, especialmente los relacionados con el miedo, y el control inadecuado de la corteza y el hipocampo, lo que resulta en una activación insuficiente que conduce a situaciones amenazantes o aterradoras” (35).

“Desde un punto de vista neuroendocrino, se han sugerido cambios en el eje HHA, lo que sugiere una disminución de la secreción de cortisol y un aumento

de la secreción de catecolaminas en contraste con la respuesta normal al estrés. Otros estudios han encontrado niveles de serotonina crónicamente bajos, lo que explica los síntomas relacionados con la ansiedad, los trastornos del comportamiento, la rumiación, la irritabilidad, la agresión, el suicidio y la impulsividad” (35).

Diagnóstico:

“Los criterios de diagnóstico para el trastorno de estrés agudo (TEA) del DSM-5 se describen a continuación” (11).

A. “Exposición a muerte real o amenazada, lesión grave o violación sexual en una (o más) de las siguientes formas” (11).

- “Experimentar directamente el (los) evento(s) traumático(s)” (11).
- “Ser testigo, en persona, de los eventos tal como les ocurrieron a otros” (11).
- “Enterarse de que los eventos le ocurrieron a un familiar cercano o a un amigo cercano” (11).
- “Experimentar una exposición repetida o extrema a detalles aversivos de los eventos traumáticos” (11).

B. “Presencia de nueve (o más) de los siguientes síntomas de cualquiera de las cinco categorías de intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación y excitación, que comienzan o empeoran después de ocurrido el evento traumático” (11).

a. “Síntomas de intrusión” (11).

- i. “Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del evento o eventos traumáticos Nota: En los niños, pueden ocurrir juegos repetitivos en los que se expresan temas o aspectos del evento traumático” (11).

- ii. “Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño están relacionados con el evento o eventos.

Nota: En los niños, puede haber sueños aterradores sin contenido reconocible” (11).

- iii. “Reacciones disociativas en las que el individuo siente o actúa como si los eventos traumáticos fueran recurrentes.

Nota: en los niños, la recreación específica del trauma puede ocurrir en el juego” (11).

- iv. “Angustia psicológica intensa o prolongada o reacciones fisiológicas marcadas en respuesta a señales internas o externas que simbolizan o se asemejan a un aspecto del evento traumático” (11).

- b. “Estado de ánimo negativo” (11).

- i. “Incapacidad persistente para experimentar emociones positivas” (11).

- c. “Síntomas disociativos” (11).

- i. “Un sentido alterado de la realidad del entorno propio o de uno mismo” (11).

- ii. “Incapacidad para recordar un aspecto importante del evento traumático” (11).

- d. “Síntomas de evitación” (11).

- i. “Esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca de los eventos traumáticos o estrechamente asociados con ellos” (11).

- ii. “Esfuerzos para evitar recordatorios externos que despierten recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca de los eventos traumáticos o estrechamente asociados con ellos” (11).

- e. “Síntomas de excitación” (11).

- i. “Alteración del sueño” (11).

- ii. “Comportamiento irritable y arrebatos de ira, típicamente expresados como agresión verbal o física hacia personas u objetos” (11).
 - iii. “Hipervigilancia” (11).
 - iv. “Problemas con la concentración” (11).
 - v. “Respuesta de sobresalto exagerada” (11).
- C. “La duración de la alteración (síntomas en el Criterio B) Es de tres días a un mes después de la exposición al trauma. Nota: los síntomas generalmente comienzan inmediatamente después del trauma, pero se necesita que persistan durante al menos tres días y hasta un mes para cumplir con los criterios del trastorno” (11).
- D. “La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento” (11).
- E. “El trastorno no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica y no se explica mejor por un trastorno psicótico breve” (11).

Diagnóstico diferencial:

- Trastorno adaptativo
- Ataques de pánico
- Efectos de medicación analgésica
- Efectos de abuso de sustancias

Tratamiento:

“Se sugiere la terapia cognitivo-conductual, centrada en el trauma como tratamiento de primera línea para pacientes con trastorno de estrés agudo en lugar de otras psicoterapias o medicamentos ya que tiene la mayor evidencia de eficacia” (36).

“Se ha descubierto que la exposición, un componente de la TCC centrada en el trauma, es más eficaz cuando se proporciona como monoterapia que la reestructuración cognitiva en pacientes con TEA” (36).

“Para los pacientes con TEA y ansiedad, agitación o trastornos del sueño agudos e intensos en el período inmediato posterior al evento traumático, sugerimos un tratamiento complementario con una benzodiazepina en lugar de otros medicamentos” (37).

3.1.4. COVID-19

La COVID-19 es una infección causada por el nuevo coronavirus, el cual se presentó por primera vez en la ciudad de Wuhan-China y desde su aparición y diversas mutaciones ha causado estragos a lo largo del mundo.

Como es sabido, sus manifestaciones clínicas van desde un cuadro asintomático, a un cuadro catarral, hasta finalmente generar un cuadro de neumonía con la presencia o no de un síndrome de dificultad respiratoria aguda.

Lo más llamativo de la infección por este virus, ha sido la presencia de secuelas en la población que había cursado con la enfermedad y que, pese al paso del tiempo, seguían presentando disnea, anosmia, ageusia, parosmia, fatiga, taquicardia, diaforesis, dolor torácico o dorsal, ansiedad, temblores, lagunas mentales.

Con la aparición de las vacunas y la estrategia para distribuirlas alrededor del mundo, la situación se ha visto mejor en los últimos meses. No obstante, muchas personas permanecen con los síntomas y acuden a consulta con síntomas ansiosos, además de venir padeciendo las repercusiones que la COVID-19 ha traído consigo.

3.1.5. LA SALUD MENTAL EN EL PACIENTE EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DEL COVID-19

El contexto de la pandemia que se vive actualmente en tiempo real ha conllevado a que muchos pacientes diagnosticados, así como sus familiares más cercanos presenten cuadros de ansiedad y estrés agudo y postraumático que no son tomados en consideración y que deberían ser evaluados adecuadamente.

Dentro de la larga lista de secuelas físicas causadas por el nuevo coronavirus tenemos: taquicardia, sudoración, confusión, dolor neuropático a nivel del diafragma, de pecho y espalda.

Y dentro de las secuelas psicológicas, destacan el miedo a recaídas, temor a perder a un miembro de la familia por causa de esta enfermedad, trastorno ansioso derivado en dificultades para retomar la vida cotidiana previa a la patología.

Este último no es tomado con mucha relevancia, también debido a las dificultades y amplios protocolos con los que se convive. Sin embargo, el incremento en la tasa de incidencia de estos casos sugiere que debe volverse un tema a tomar en consideración.

3.2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A NIVEL NACIONAL

3.2.1. Autor: “Stephanie Aliaga Tinoco” (38).

Título: “Síntomas ansiosos y depresivos en población general y personal médico del Hospital Cayetano Heredia asociados a la cuarentena y atención de la pandemia COVID-19 en Lima” (38).

“Resumen: Este estudio pretendió evaluar la presencia y evolución de síntomas ansiosos y depresivos en personal médico del Hospital Cayetano Heredia (HCH) y población general en Lima durante los meses de Mayo y Julio del 2020. Fue un estudio descriptivo, longitudinal. Se realizaron entrevistas al personal de salud médico del Hospital Cayetano Heredia implicados en la atención de pacientes con Covid-19. La lista del personal de salud se obtuvo de la oficina de recursos humanos del HCH. Se entrevistó además a la población general que vive en los alrededores del Hospital Cayetano Heredia, la muestra se obtendrá aleatoriamente a partir de la zonificación de hogares de la municipalidad del distrito de San Martín de Porres (aproximadamente 100 personas) Se utilizó la escala de depresión de Goldberg y la escala de ansiedad de Beck, obtenidas de la base de datos del Instituto Nacional de Salud Mental. Ambas escalas están validadas en el Perú” (38).

3.2.2. Autor: “Jeff Huarcaya-Victoria” (39).

Título: “CONSIDERACIONES SOBRE LA SALUD MENTAL EN LA PANDEMIA DE COVID-19” (39). “Resumen:

Se realizó una revisión narrativa, a partir de una búsqueda en Pubmed de todos los artículos publicados desde el 1 de diciembre de 2019 hasta el 24 de marzo de 2020. Para la búsqueda se emplearon los términos: (COVID-19 OR 19 COVID 19 OR coronavirus) AND (psychiatry OR mental health OR

psychology). De toda la investigación se escogieron los artículos que contenían información relacionada con los efectos psiquiátricos, psicológicos y de salud mental de los COVID-19 redactados en inglés o en español, realizaron un cribado de los artículos elegibles y revisaron los títulos y sumarios de todos los artículos encontrados. Concluyeron que en cualquier emergencia de este tipo los problemas de salud mental son frecuentes y pueden ser en muchas ocasiones barreras para las intervenciones médicas y de salud mental. Lo que pudieron evaluar, es que durante la fase inicial de la pandemia de COVID-19 fue común la presencia de ansiedad, depresión y reacción al estrés en la población general, pero también se logró apreciar en quienes conviven y/o trabajan directamente con casos sospechosos o confirmados de COVID-19. Llegando a la conclusión que para lograr controlar la pandemia de COVID-19 en el Perú, se requiere un manejo adecuado e integral de la atención en salud mental, ya que la evidencia de otros países nos señala que adherirse a las recomendaciones indicadas en esta revisión contribuiría a mejorar la salud mental de la población y del personal de salud” (39).

3.2.3. Autor: “Yaime Condori Arias” (40).

Título: “Asociación entre la exposición al covid-19 y la presencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en los hospitales de la región Arequipa” (40).

“Resumen: OBJETIVOS: Determinar la asociación entre la exposición al COVID-19 y la frecuencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en los hospitales de la región Arequipa. MATERIALES Y MÉTODOS: el estudio fue de tipo observacional, transversal y retrospectivo. Se realizó una encuesta virtual a 395 médicos que laboraban en hospitales COVID-19 y no COVID-19, durante el periodo del 24 al 30 de junio del 2020. Se indagó sobre las características de

exposición al COVID-19, y se detectaron síntomas y severidad de depresión, ansiedad e insomnio, con las escalas PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9), GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) e ISI (Insomnia Severity Index), respectivamente. La asociación se determinó con razones de prevalencia (RP) y sus intervalos de confianza al 95%, calculados con regresiones de Poisson con varianza robusta, las cuales fueron ajustadas. RESULTADOS: El sexo femenino representó un 53,9% de la muestra, la mediana de la edad fue 31 años, con un rango intercuartil de 29 a 37 años. Se encontró un 56,7% de médicos con síntomas de depresión, 35,7%, de ansiedad y 31,9% de insomnio, con severidades de leves a moderadas. Las características que mostraron asociación fueron, el ser mujer (RP:1,30; IC95%:1,07-1,58, para depresión) (RP:3,31; IC95%:2,43- 4,52, ansiedad), el tener alguna enfermedad crónica (RP:1,39; IC95%:1,13-1,70, para depresión) (RP:2,75;IC95%:2,09-3,63, ansiedad) (RP:2,89; IC95%: 2,10-3,97, insomnio), la presencia de algún colega infectado (RP:2,75; IC95%: 2,09-3,63, para ansiedad) (RP:1,78; IC95%: 1,15-2,77, insomnio), el manejar pacientes infectados (RP:1,66; IC95%: 1,00-2,76), el tener un familiar infectado(RP:1,57; IC95%: 1,00-2,46), vecino (RP:1,83; IC95%: 1,37-2,45) o coresidente infectado (RP:1,81; IC95%: 1,12- 2,92) se asociaron a insomnio. El contar con un EPP adecuado (Equipo de protección personal) (RP:0,46; IC95%: 0,25-0,83), disminuyó la probabilidad de insomnio. CONCLUSIÓN: Existe asociación entre la exposición al COVID-19 y la presencia de síntomas de ansiedad e insomnio” (40).

A NIVEL INTERNACIONAL

1. Autor: “Antonio Lozano-Varga” (41).
Título: “Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China” (41).

“Resumen: En la lucha contra la epidemia del Coronavirus (COVID-19), el personal de salud puede experimentar problemas de salud mental tales como estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, negación, ira y temor. En un estudio en China se observó que la tasa de ansiedad del personal de salud fue del 23,04%, mayor en mujeres que en hombres y mayor entre las enfermeras que entre los médicos. Asimismo, en la población general de China se observó un 53,8% de impacto psicológico moderado a severo; un 16,5% de síntomas depresivos, un 28,8% de síntomas ansiosos y un 8,1% de estrés, todos entre moderados y severos. Los factores asociados con un alto impacto psicológico y niveles elevados de estrés, síntomas de ansiedad y depresión fueron sexo femenino, ser estudiante, tener síntomas físicos específicos y una percepción pobre de la propia salud. Otro estudio en el mismo país detectó un 35% de distrés psicológico en la población general, con las mujeres presentando mayores niveles que los varones, al igual que los subgrupos de 18-30 años y los mayores de 60 años. La pandemia plantea pues el desafío de cuidar la salud mental del personal de salud tanto como la de la población general. Así, el uso de instrumentos breves de detección de problemas de salud mental, validados en nuestra población, sería de mucha utilidad para los retos de salud pública que afronta el país” (41).

2. Autor: “Ashley Elizabeth, Mullera Elisabet, Vivianne Hafstada, Jan Peter, William, Himmelsa Geir, Smedslunda Signe, Flottorpa Synne, Øien Stenslandb, Stijn Stroobantsc, Stijn Van de Veldea, Gunn Elisabeth Vista” (42).

Título: “El impacto de la pandemia de covid-19 en los trabajadores sanitarios y las intervenciones para ayudarles: Una revisión sistemática rápida” (42).

“Resumen: La pandemia de covid-19 ha sobrecargado mucho los sistemas de salud en todo el mundo. Realizamos una revisión

sistemática rápida para identificar, evaluar y resumir la investigación sobre el impacto en la salud mental de la pandemia de covid-19 en los trabajadores sanitarios (trabajadores sanitarios). El 11 de mayo se utilizó el mapa en vivo de la evidencia de covid-19 del Instituto Noruego de Salud Pública e incluimos 59 estudios. Seis informaron sobre la implementación de intervenciones, pero ninguno informó sobre los efectos de las intervenciones. Los trabajadores sanitarios informaron un bajo interés en la ayuda profesional y una mayor dependencia del apoyo social y el contacto. La exposición al covid-19 fue el correlato más comúnmente reportado de problemas de salud mental, seguido por el género femenino y la preocupación por la infección o por infectar a otros. El apoyo social se correlacionó con menos problemas de salud mental. Los trabajadores sanitarios informaron ansiedad, depresión, problemas de sueño y angustia durante la pandemia de covid-19. La certeza de las estimaciones de prevalencia de estos síntomas se evaluó como muy baja mediante GRADE. La mayoría de los estudios no informaron datos comparativos sobre los síntomas de salud mental antes de la pandemia o en la población general. Parece haber un desajuste entre los factores de riesgo de resultados adversos de salud mental entre los trabajadores sanitarios en la pandemia actual, sus necesidades y preferencias, y el enfoque psicopatológico individual de las intervenciones actuales” (42).

3. Autor: “A Mengin, M C Allé, J Rolling, F Ligier, C Schroder, L Lalanne, F Berna, R Jardri, G Vaiva, P A Geoffroy, P Brunault, F Thibaut, A Chevance, A Giersch” (43). Título: “Consecuencias fisiopatológicas del confinamiento” (43). “Resumen: Los efectos psicológicos del aislamiento ya han sido descritos en la literatura (expediciones polares, submarinos, prisión). Sin embargo, la escala de confinamiento implementada

durante la pandemia de COVID-19 no tiene precedentes. Además de revisar los estudios publicados, necesitamos anticiparnos a los problemas psicológicos que podrían surgir durante o a distancia del confinamiento. Hemos ido más allá de la literatura sobre COVID-19 para examinar las implicaciones de las consecuencias conocidas del confinamiento, como el aburrimiento, el aislamiento social, el estrés o la privación del sueño. La ansiedad, el trastorno de estrés postraumático, la depresión, las conductas suicidas o adictivas, la violencia doméstica son los efectos descritos del confinamiento, pero aún no se han estudiado los mecanismos de aparición de estos trastornos y sus interrelaciones. Por ejemplo, ¿cuáles son los mecanismos de aparición de trastornos de estrés postraumático en el contexto del confinamiento? También recordamos al lector los puntos de vigilancia a tener en cuenta con respecto a los trastornos alimentarios y las alucinaciones. Las alucinaciones son curiosamente ignoradas en la literatura sobre el confinamiento, mientras que una vasta literatura vincula el aislamiento social y las alucinaciones. Debido a las amplias consecuencias psicopatológicas, tenemos que buscar estos diversos síntomas para manejarlos. Resumimos rápidamente los enfoques diagnósticos y terapéuticos ya existentes, como la telemedicina, que está experimentando un rápido desarrollo durante la crisis de COVID-19” (43).

4. Autor: “Sergio Ignacio Muñoz-Fernández, Diana Molina-Valdespino, Rosalba Ochoa-Palacios, Oscar Sánchez Guerrero, Juan Antonio Esquivel-Acevedo” (44).
Título: “Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19” (44).
“Resumen: ANTECEDENTES: El nuevo coronavirus SARS-Cov-2, causante de la pandemia por COVID-19, afecta al personal de

salud por la repercusión emocional que implica enfrentarse a situaciones complejas y estresantes que retan los mecanismos de regulación emocional y capacidad de adaptación a la vida cotidiana para mantener un estado de salud mental óptimo. OBJETIVO: Describir las reacciones emocionales esperadas ante COVID-19, los factores individuales protectores y de riesgo, la patología psiquiátrica y las distintas intervenciones que pueden efectuarse en apoyo de las diversas reacciones. CONCLUSIONES: Para los trabajadores de la salud, la pandemia por COVID-19 es un factor de riesgo de problemas de salud mental que requiere evaluación y atención oportuna. PALABRAS CLAVE: SARS Cov2; Coronavirus; pandemia de COVID-19; trabajadores de la salud; situaciones estresantes; regulación emocional; factores de riesgo” (44).

5. Autor: “Naiara Ozamiz-Etxebarria, Maria Dosil-Santamaria, Maitane Picaza-Gorrochategui” (45).
Título: “Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España” (45).

“Resumen: El virus SARS-CoV-2 llegó a España en marzo de 2020, y el pasado 14 de marzo se declaró el estado de alarma a nivel nacional, lo que provocó el confinamiento de toda la población. El presente estudio se realizó en la Comunidad Autónoma Vasca, en el norte de España. Los autores analizaron el estrés, la ansiedad y la depresión con la llegada del virus y los niveles de síntomas según la edad, la comorbilidad y el confinamiento. Los niveles de ansiedad, estrés y depresión se midieron en una muestra de 976 adultos, utilizando la escala DASS (Depression Anxiety, and Stress Scale). Aunque los niveles de síntomas fueron generalmente bajos al inicio de la alerta, los individuos más jóvenes con enfermedades crónicas informaron

más síntomas que el resto de la población. El estudio también detectó niveles más altos de síntomas después de que se emitió la orden de quedarse en casa. Se prevé que tales síntomas aumenten a medida que continúe el confinamiento. Los autores proponen intervenciones psicológicas para la prevención y el tratamiento con el fin de mitigar los impactos psicológicos de la pandemia” (45).

6. Autor: “Victor Torres Muñoz, Juan Diego Farias Cotés, Luis Antonio Reyes-Vallejo” (46).

Título: “Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con COVID-19” (46). “Resumen: Revisión bibliográfica sobre impacto en salud mental del personal sanitario por las condiciones hospitalarias, factores de riesgo y dilemas éticos y morales provocados por la atención de pacientes durante la pandemia COVID-19. Relevancia: Prevención y detección de riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario, al identificar variables que incrementan la carga emocional por la atención a pacientes con COVID-19. Conclusiones: El personal sanitario puede experimentar ansiedad intensa, incertidumbre, pérdidas de rutinas y tradiciones, estrés, fatiga por compasión, así como daño moral, quedando propensos a desencadenar alteraciones mentales como depresión, trastorno de estrés postraumático e incluso ideación suicida. Es prioritario detectar comportamientos indicativos de alteraciones en la salud mental para mitigar sus efectos, implementando estrategias con alto grado de calidad y apoyo que propicien crecimiento postraumático. Superada la pandemia, es recomendable monitorear a corto, mediano y largo plazo al personal de salud, para identificar y tratar adecuadamente el daño moral o alteración mental resultantes, ayudándoles a recuperar su confianza y seguridad antes tan natural, en el trato de sus pacientes” (46).

4. HIPÓTESIS

H₀: La post infección por COVID-19 genera la aparición de síntomas de depresión, ansiedad generalizada o estrés en los pacientes del Centro de Salud de Characato en el 2022.

H₁: La post infección por COVID-19 no genera la aparición de síntomas de depresión, ansiedad generalizada ni estrés en los pacientes del Centro de Salud de Characato en el 2022.





CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas

Para este trabajo se aplicaron encuestas personales a pacientes que hayan resultado positivos para IgG en pruebas rápidas, antigénicas y/o moleculares, que pertenezcan al centro de salud de Characato de la ciudad de Arequipa. Se determinó mediante diferentes escalas e índices aprobados por la OMS para determinar si los pacientes han presentado o presentan síntomas de depresión, ansiedad generalizada, y/o estrés causado por la COVID 19.

1.2. Instrumentos

1.1.1. Encuestas físicas a pacientes con prueba COVID rápida, antigénica o PCR positiva en algún momento del tiempo desde el inicio de la pandemia. (Anexo 2)

1.1.2. Encuestas en formularios de Google forms. (Anexo 3)

1.1.3. Valoración:

- PHQ-9
- GAD-7
- Escala DASS-21

2. Campo de verificación

2.1. Ámbito

El estudio se realizó en el mismo centro de salud de Characato donde los pacientes acudieron para atención de cualquier servicio que ofrece el establecimiento.

2.2. Unidades de estudio

Pacientes con prueba rápida, antigénica y/o molecular positiva para COVID-19 que pertenezcan al Centro de Salud de Characato **Población:** Pacientes contagiados por COVID-19 con prueba positiva desde el inicio de la pandemia hasta abril del 2022. **Muestra:** Se hizo un cálculo de la muestra teniendo como base un total de 1792 pacientes contagiados de COVID-19, registrados en las fichas epidemiológicas del Centro de Salud de Characato, donde como resultado

con un intervalo de confianza al 95% y un margen de error del 5% se obtuvo una muestra de 317 pacientes.

Criterios de selección:

Criterios de Inclusión:

- Pacientes con prueba rápida, antigénica y/o molecular positiva para COVID-19 que pertenezcan al Centro de salud de Characato
- Edad mayor de 18 años y menores de 80 años
- Pacientes de ambos sexos
- Pacientes que hayan dado consentimiento para participar en el estudio

Criterios de Exclusión:

Pacientes que tengan prueba rápida, antigénica o molecular negativa

- Pacientes con antecedentes de algún trastorno psiquiátrico que reciban tratamiento farmacológico.
- Pacientes con diagnóstico de alguna patología crónica terminal.
- Pacientes que no pertenezcan al centro de salud de Characato.
- Pacientes que no hayan dado su consentimiento para participar en el estudio.

2.3. Temporalidad

El estudio se llevó a cabo en el periodo comprendido entre abril y mayo del 2022.

3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

Se presentará una solicitud al Señor Gerente del Centro de Salud de Characato de la localidad de Arequipa, con una previa explicación de en qué consiste la investigación, para la respectiva autorización, dando su

aprobación para poder realizar el presente estudio de investigación. Seguidamente a la aprobación del proyecto, se puso en marcha la aplicación del instrumento previamente descrito para la recolección de datos mediante medios físicos y virtuales.

Se tomaron en cuenta los criterios de inclusión y exclusión para delimitar el total de participantes.

Se juntaron los datos en un lapso de 20 días, verificando el adecuado llenado de las preguntas.

Por último, se estableció una base de datos con los resultados los cuales fueron posteriormente agrupados y procesados para su interpretación y análisis

3.2. Recursos

3.2.1. Humanos:

- Investigadores
- Asesor

3.2.2. Materiales

- Computadora HP Elitebook i7
- Computadora Lenovo IdeaPadL340
- Impresora HP laserjet p1102w
- 2 Smartphones
- Encuestas impresas según formato previamente establecido
- Paquete Microsoft Office 2019
- Encuestas en formularios de Google
- Útiles de escritorio, lapiceros, lápices, hojas Bond A4 de 75g, engrapadora y borradores
- Fichas de recolección de datos

3.2.3. Financieros

- Autofinanciación

3.3. Validación del instrumento

- 1.1.4. Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9):** “El PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9), es una encuesta simple que nos permite la valoración de síntomas de depresión y además nos indica la severidad de la patología, aparte de los beneficios de ser de rápido llenado y la posibilidad de ser auto aplicada. La constituyen 9 ítems, basados en los 9 criterios para el diagnóstico de depresión mayor del DSM-5, calificados con valores de 0, 1, 2 y 3, de acuerdo con las categorías de respuesta de "ningún día", "varios días", "la mayoría de los días" y "casi todos los días" respectivamente. El puntaje total de los 9 ítems va de 0 a 27, y se divide en intervalos que determinan la severidad de los síntomas de depresión en: PHQ-9 (Puntaje) / Severidad de depresión: 0-4 Ninguna o mínima; 5-9 Leve; 10-14 Moderada; 15-19 Moderadamente severa; 20-27 Severa. Este instrumento ha sido validado en muchos países a lo largo del mundo. Y contamos con una versión validada para la población del Perú (disponible en Patient Health Questionnaire (PHQ)) evaluada por expertos en el tema” (40).
- 1.1.5. Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7):** “La escala GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) es una escala eficiente para el tamizaje de síntomas de ansiedad generalizada, y el grado la gravedad del cuadro. Consta de 7 ítems que examinan 7 síntomas de ansiedad comunes, basándose en criterios de la DSM-5. En general, se evalúan síntomas afectivos (miedo, ansiedad), síntomas cognitivos (desintegración mental, aprehensión) y síntomas somáticos. Cada ítem será calificado con los siguientes valores: 0, 1, 2 y 3 de acuerdo a las categorías de respuesta de "para nada", "varios días", "la mayoría de los días" y "casi todos los días" respectivamente. Con un puntaje total de 0 a 21, que nos ayuda a clasificar la severidad de los síntomas de

ansiedad: GAD-7 (Puntaje) / Severidad de ansiedad: 0-4 No se aprecia ansiedad; 5-9 Leve; 10-14 Moderada; 15-21 Severa. Cuenta con una versión traducida para la población peruana. Fue validado en el Perú por Ventura que dentro de su estudio de intervención grupal cognitivo-conductual efectuado para disminuir la ansiedad generalizada, realizó un piloto conformado por 81 personas que acudían al Puesto de Salud Las Dunas de Surco, demostrando una consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.78 indicando su confiabilidad” (40).

1.1.6. Escala de Estrés (DASS-21) “Es un conjunto de tres escalas de autoinforme diseñadas para medir los estados emocionales de depresión, ansiedad y estrés. Cada una de las tres escalas del DASS-21 contiene 7 ítems, divididos en subescalas de contenido similar. La depresión escala evalúa disforia, desesperanza, desvalorización de la vida, autodesprecio, falta de interés/participación, anhedonia e inercia. La escala de ansiedad evalúa la excitación autonómica, los efectos del músculo esquelético, situacional la ansiedad y la experiencia subjetiva del afecto ansioso. La escala de estrés es sensible a los niveles de excitación crónica inespecífica. Evalúa la dificultad para relajarse, la excitación nerviosa y la facilidad para alterarse/agitarse, irritarse/ demasiado reactivo e impaciente. Las puntuaciones de depresión, ansiedad y estrés se calculan sumando las puntuaciones para los artículos correspondientes. Será empleada para valorar la severidad del estrés en los pacientes encuestados. Según sus valores respectivos podremos subclasificarlos en: Normal: 0-14. Leve: 15-18. Moderado: 19-25. Severo: 26-33. Extremadamente severo: >34” (40).

3.4. Aspectos éticos:

En la primera parte de nuestro instrumento, se agregó un acápite en donde se explica minuciosamente la finalidad de nuestro estudio. Además del

manejo anónimo de los datos de los participantes. Cabe mencionar que al inicio del cuestionario, se brinda la facultad de decidir si se desea proseguir con el llenado del mismo, de manera voluntaria. El estudio cuenta con la aprobación del comité de ética de la facultad de Medicina Humana.

3.5. Criterios para manejo de resultados

3.5.1. Plan de recolección

Se procedió al llenado de las encuestas a través de encuesta por los Formularios de Google y encuestas físicas.

3.5.2. Plan de procesamiento

Los datos registrados fueron codificados para su análisis e interpretación

3.5.3. Plan de clasificación

Se empleó una matriz de sistematización de datos diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2019)

3.5.4. Plan de codificación

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal, ordinal y de razón para facilitar el ingreso de los datos.

3.5.5. Plan de recuento

El recuento de los datos fue electrónico en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo

3.5.6. Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con determinación de medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (desviación estándar) para variables continuas. Las variables categóricas se presentan como frecuencias absolutas y relativas. Se empleó estadística inferencial con pruebas de comparación entre grupos

independientes con prueba chi cuadrado. La asociación entre variables ordinales se evaluó con el coeficiente de correlación de Spearman. Para el análisis de datos se empleó el programa Excel 2019 y el paquete SPSSv.24.0 para Windows.





CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA
Y ESTRÉS EN PACIENTES POST COVID-19, EN EL CENTRO DE SALUD DE CHARACATO,
2022**

Tabla 1
Características sociodemográficas de los pacientes post-COVID-19 participantes

		N°	%
Edad	< 20 a	19	5.92%
	20-29 a	91	28.35%
	30-39 a	80	24.92%
	40-49 a	68	21.18%
	50-59 a	35	10.90%
	60-69 a	24	7.48%
	70 a más	4	1.25%
Sexo	Masculino	115	35.83%
	Femenino	206	64.17%
E. civil	Conviviente	134	41.74%
	Casado	78	24.30%
	Soltero	67	20.87%
	Separado	27	8.41%
	Viudo	15	4.67%
Condición laboral en pandemia	Empleado	137	42.68%
	Desempleado	184	57.32%
	No	151	47.04%
Familia dependiente	Sí	170	52.96%
Total		321	100.00%

Fuente: elaboración propia

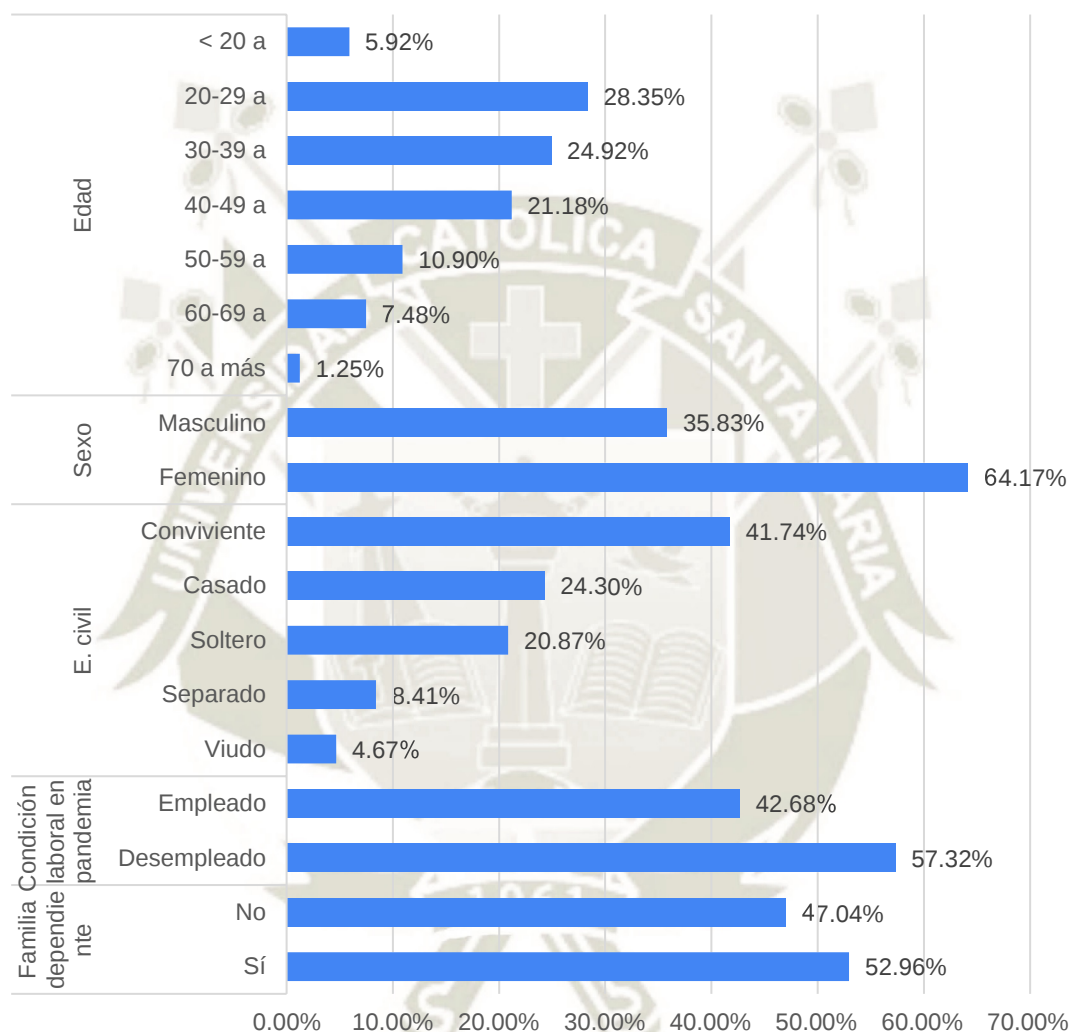
Participaron 321 pacientes, de los cuales el 28.35% tuvieron de 20 a 29 años, 24.92% tenían entre 30 y 39 años y 21.18% entre 40 y 49 años, es decir, hay predominio de adultos jóvenes; el 8.72% tuvieron de 60 a más años. La edad promedio de los participantes fue de 37.69 ± 13.35 años. El 64.17% de participantes fueron mujeres y 35.83% varones. El 41.74% fueron convivientes y 24.87% fueron casados, 20.87% solteros. Un 57.32% de casos no tuvieron empleo durante la pandemia, y 52.96% de casos tuvieron familiares dependientes.



FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA Y ESTRÉS EN PACIENTES POST COVID-19, EN EL CENTRO DE SALUD DE CHARACATO, 2022

Gráfico 1

Características sociodemográficas de los pacientes post-COVID-19 participantes



Edad promedio $\pm$ D. estándar (mín – máx): 37.69 $\pm$ 13.35 años (18 – 78 años)

FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA Y ESTRÉS EN PACIENTES POST COVID-19, EN EL CENTRO DE SALUD DE CHARACATO, 2022

Tabla 2
Antecedentes de salud de los pacientes post-COVID-19 participantes

		Nº	%
Antec. personal	Sí	317	98.75%
COVID-19	No	4	1.25%
Antec. familiar	Sí	289	90.03%
COVID-19	No	32	9.97%
Total		321	100.00%

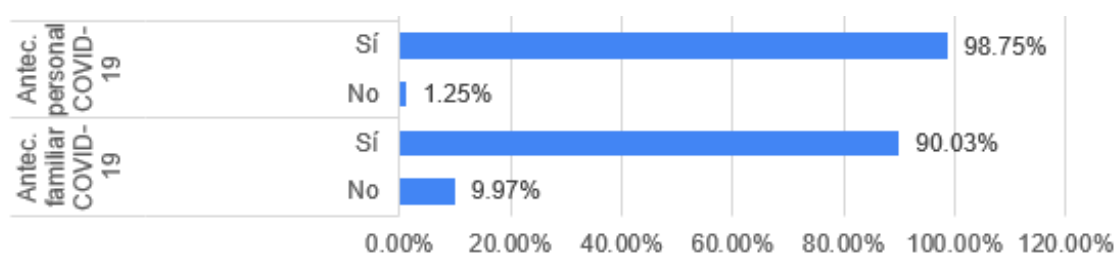
Fuente: elaboración propia

Entre los antecedentes de salud de los participantes. El 98.75% tuvo infección por COVID-19 y 90.03% algún familiar con COVID-19.

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA
Y ESTRÉS EN PACIENTES POST COVID-19, EN EL CENTRO DE SALUD DE CHARACATO,
2022**

Gráfico 2

Antecedentes de salud de los pacientes post-COVID-19 participantes



FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA Y ESTRÉS EN PACIENTES POST COVID-19, EN EL CENTRO DE SALUD DE CHARACATO, 2022

Tabla 3
Frecuencia y severidad de síntomas de depresión en los pacientes evaluados

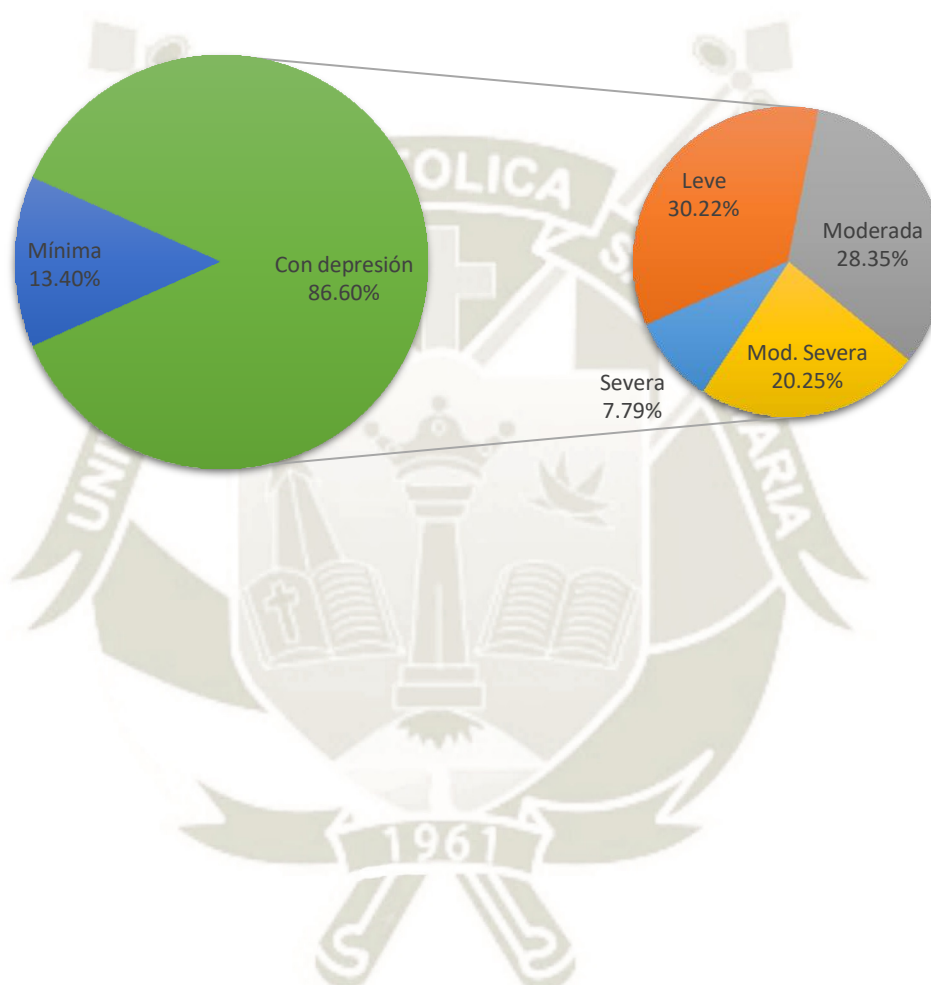
	N°	%
Mínima	43	13.40%
Leve	97	30.22%
Moderada	91	28.35%
Mod. Severa	65	20.25%
Severa	25	7.79%
Total	321	100.00%

Fuente: elaboración propia

Los síntomas de depresión se encontraron en 86.60% de casos, siendo leves en 30.22%, moderados en 28.35%, moderadamente severa en 20.25% y severa en 7.79%.

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA
Y ESTRÉS EN PACIENTES POST COVID-19, EN EL CENTRO DE SALUD DE CHARACATO,
2022**

Gráfico 3
Frecuencia y severidad de síntomas de depresión en los pacientes evaluados



**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA
Y ESTRÉS EN PACIENTES POST COVID-19, EN EL CENTRO DE SALUD DE CHARACATO,
2022**

Tabla 4
Frecuencia y severidad de síntomas de ansiedad en los pacientes evaluados

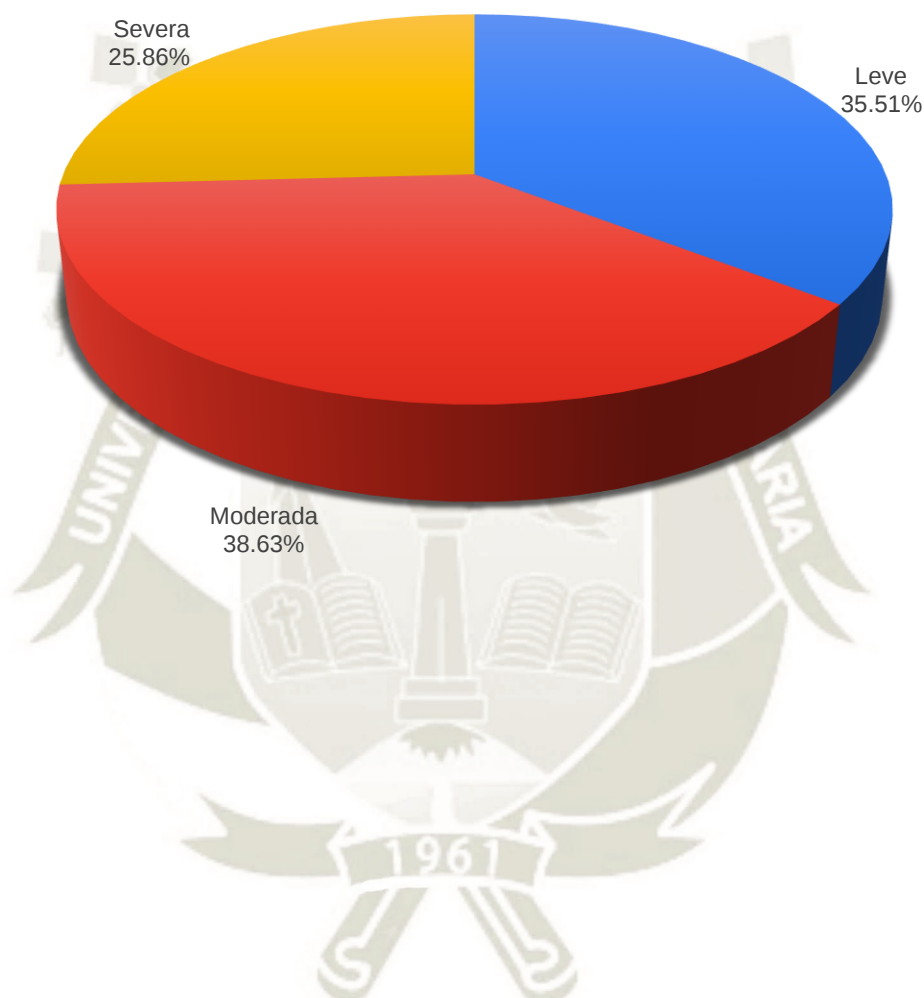
	N°	%
Leve	114	35.51%
Moderada	124	38.63%
Severa	83	25.86%
Total	321	100.00%

Fuente: elaboración propia

Hubo síntomas de ansiedad leves en 35.51%, moderados en 38.63% y severos en 25.86%.

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA
Y ESTRÉS EN PACIENTES POST COVID-19, EN EL CENTRO DE SALUD DE CHARACATO,
2022**

Gráfico 4
Frecuencia y severidad de síntomas de ansiedad en los pacientes evaluados



FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA Y ESTRÉS EN PACIENTES POST COVID-19, EN EL CENTRO DE SALUD DE CHARACATO, 2022

Tabla 5
Frecuencia y severidad de síntomas de estrés en los pacientes evaluados

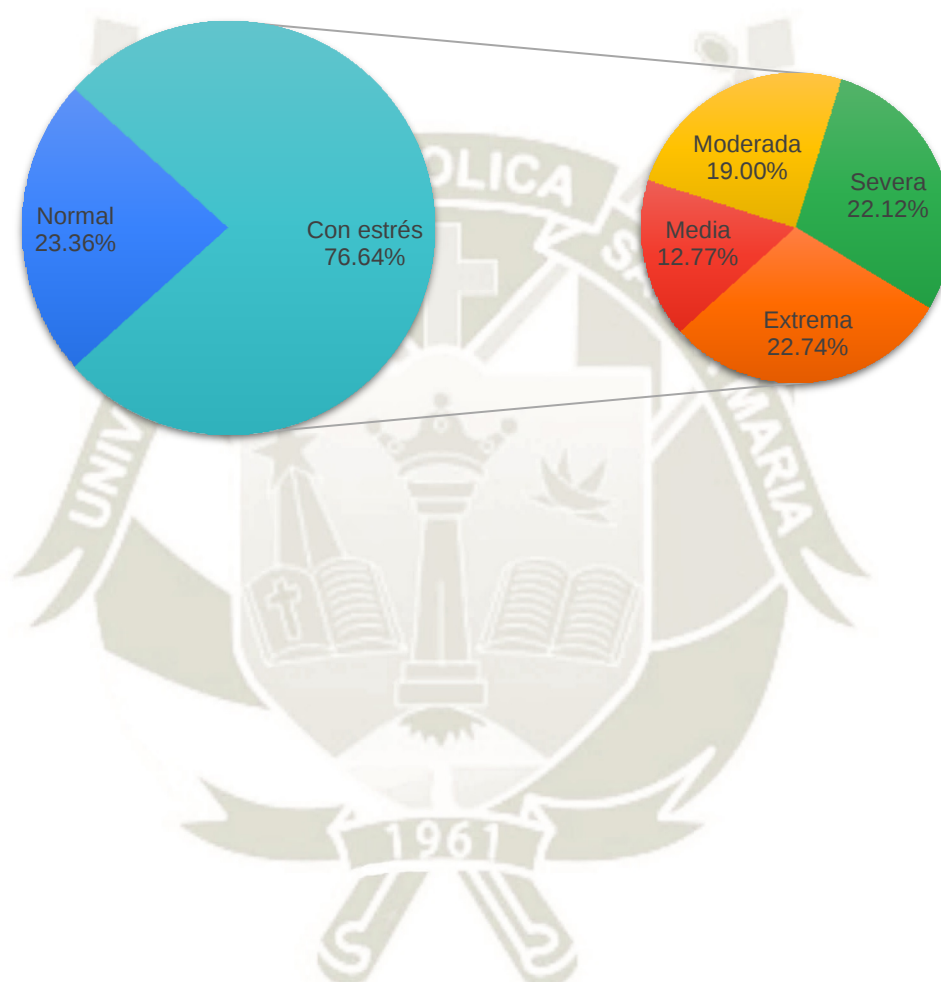
	N°	%
Normal	75	23.36%
Media	41	12.77%
Moderada	61	19.00%
Severa	71	22.12%
Extrema	73	22.74%
Total	321	100.00%

Fuente: elaboración propia

Se encontraron síntomas de estrés en 76.64% de casos, siendo de intensidad media en 12.77%, moderados en 19%, severos en 22.12% y estrés extremo en 22.74%,

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA
Y ESTRÉS EN PACIENTES POST COVID-19, EN EL CENTRO DE SALUD DE CHARACATO,
2022**

Gráfico 5
Frecuencia y severidad de síntomas de estrés en los pacientes evaluados



**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA
Y ESTRÉS EN PACIENTES POST COVID-19, EN EL CENTRO DE SALUD DE CHARACATO,
2022**

Tabla 6
Relación entre síntomas de ansiedad y de depresión en los pacientes evaluados

Ansiedad	Total	Depresión									
		Mínima		Leve		Moderada		Mod. Severa		Severa	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Leve	114	32	28.07%	59	51.75%	19	16.67%	3	2.63%	1	0.88%
Moderada	124	9	7.26%	34	27.42%	48	38.71%	30	24.19%	3	2.42%
Severa	83	2	2.41%	4	4.82%	24	28.92%	32	38.55%	21	25.30%
Total	321	43	13.40%	97	30.22%	91	28.35%	65	20.25%	25	7.79%

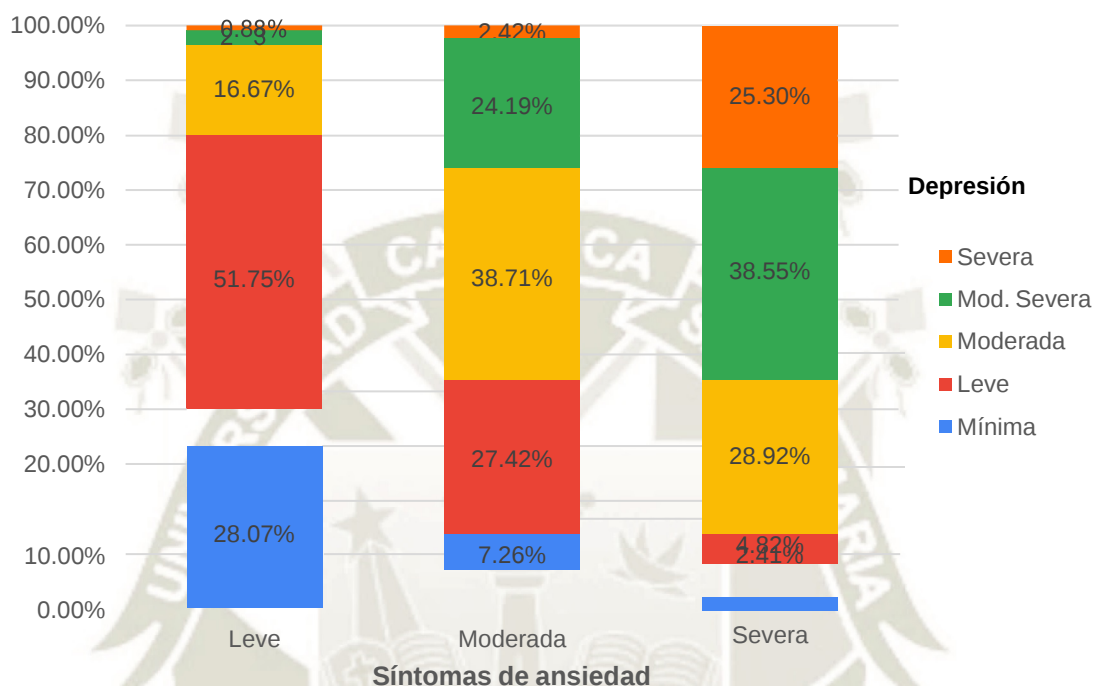
Fuente: elaboración propia

Chi² = 151.45 G. libertad = 8 p < 0.01
Spearman rho = 0.6269 p < 0.01

Entre los pacientes con ansiedad leve, el 51.75% también tuvieron depresión leve, y solo 0.88% síntomas severos. En los casos con ansiedad moderada el 38.71% tuvo depresión moderada y severa en 2.42%. Y si la ansiedad es severa, la depresión es severa en 25.30% de casos. Estas diferencias son significativas (p < 0.05), e implican una asociación positiva y de buena intensidad (rho < 0.70).

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA
Y ESTRÉS EN PACIENTES POST COVID-19, EN EL CENTRO DE SALUD DE CHARACATO,
2022**

Gráfico 6
Relación entre síntomas de ansiedad y de depresión en los pacientes evaluados



FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA Y ESTRÉS EN PACIENTES POST COVID-19, EN EL CENTRO DE SALUD DE CHARACATO, 2022

Tabla 7
Relación entre síntomas de estrés y de depresión en los pacientes evaluados

		Depresión									
Estrés	Total	Mínima		Leve		Moderada		Mod. Severa		Severa	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Normal	75	30	40.00%	35	46.67%	10	13.33%	0	0.00%	0	0.00%
Medio	41	5	12.20%	23	56.10%	9	21.95%	4	9.76%	0	0.00%
Moderado	61	7	11.48%	26	42.62%	17	27.87%	9	14.75%	2	3.28%
Severo	71	1	1.41%	12	16.90%	36	50.70%	18	25.35%	4	5.63%
Extremo	73	0	0.00%	1	1.37%	19	26.03%	34	46.58%	19	26.03%
Total	321	43	13.40%	97	30.22%	91	28.35%	65	20.25%	25	7.79%

Fuente: elaboración propia

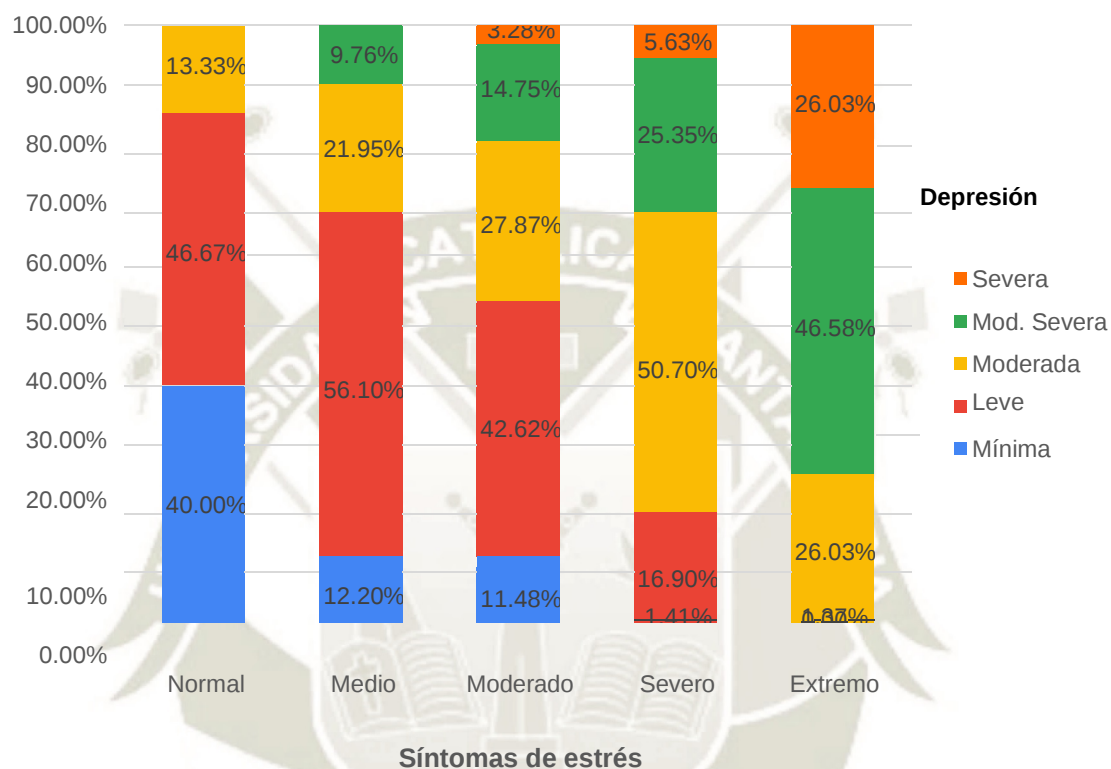
Chi² = 206.09 G. libertad = 16 p < 0.01
Spearman rho = 0.7121 p < 0.01

Entre los pacientes sin estrés, no hubo depresión severa y predominó el 46.67% con depresión leve. Cuando el estrés es de intensidad media, no hay depresión severa, y el 56.10% tenía síntomas leves de depresión. Si el estrés es moderado, los pacientes tienen depresión severa en 3.28%, cuando el estrés es severo el 5.63% tiene depresión severa, y si el estrés es extremo, la depresión severa se eleva a 26.03%. Las diferencias fueron significativas (p < 0.05) con una asociación directa y de muy buena intensidad (rho > 0.70).

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA
Y ESTRÉS EN PACIENTES POST COVID-19, EN EL CENTRO DE SALUD DE CHARACATO,
2022**

Gráfico 7

Relación entre síntomas de estrés y de depresión en los pacientes evaluados



**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA
Y ESTRÉS EN PACIENTES POST COVID-19, EN EL CENTRO DE SALUD DE CHARACATO,
2022**

Tabla 8
Relación entre síntomas de estrés y de ansiedad en los pacientes evaluados

Estrés	Total	Ansiedad					
		Leve		Moderada		Severa	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Normal	75	60	80.00%	15	20.00%	0	0.00%
Medio	41	27	65.85%	12	29.27%	2	4.88%
Moderado	61	20	32.79%	28	45.90%	13	21.31%
Severo	71	6	8.45%	44	61.97%	21	29.58%
Extremo	73	1	1.37%	25	34.25%	47	64.38%
Total	321	114	35.51%	124	38.63%	83	25.86%

Fuente: elaboración propia

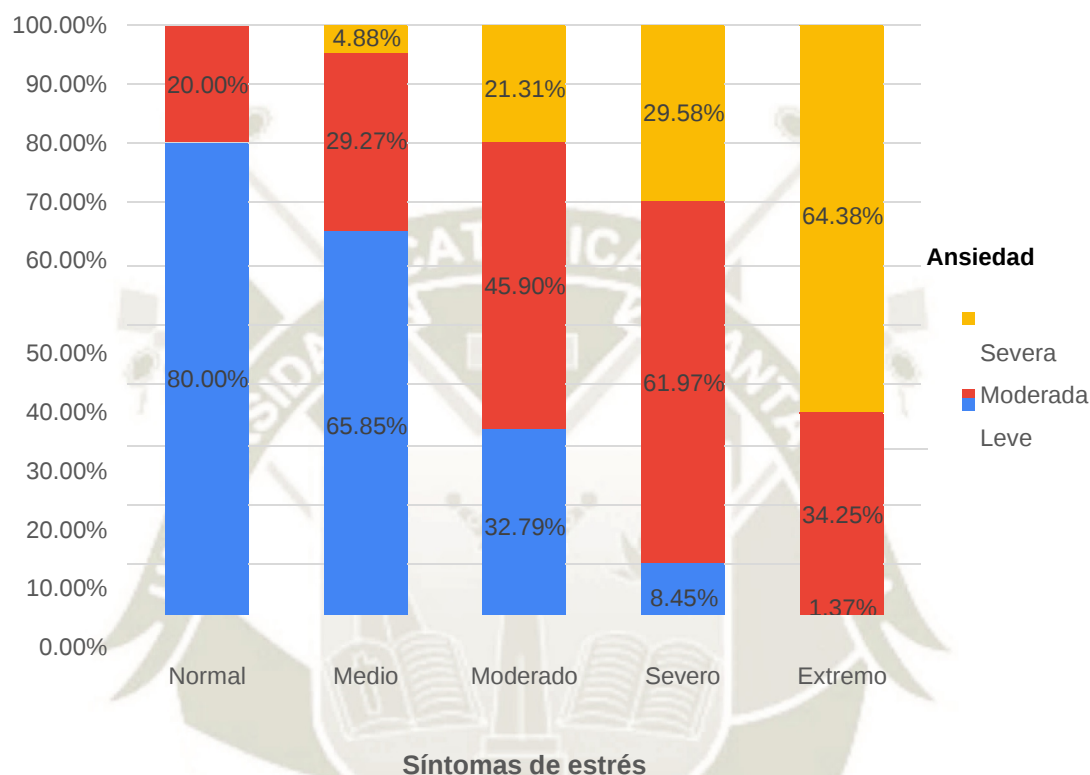
Chi² = 179.18 G. libertad = 8 p < 0.01
Spearman rho = 0.6932 p < 0.01

Los pacientes con estrés normal tuvieron ansiedad leve en 80%, cuando el estrés es de nivel medio, el 65.85% tienen síntomas leves de ansiedad y 4.88% síntomas severos, si el estrés es moderado, la ansiedad severa sube a 21.31%, llega a 29.58% entre pacientes con ansiedad severa y si el estrés es extremo, llega a ansiedad severa en 64.38%; las diferencias son significativas (p < 0.05) e implican una asociación positiva y de buena intensidad (rho < 0.70).

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA
Y ESTRÉS EN PACIENTES POST COVID-19, EN EL CENTRO DE SALUD DE CHARACATO,
2022**

Gráfico 8

Relación entre síntomas de estrés y de ansiedad en los pacientes evaluados



FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA Y ESTRÉS EN PACIENTES POST COVID-19, EN EL CENTRO DE SALUD DE CHARACATO, 2022

Tabla 9
Influencia de las características sociodemográficas en los niveles de depresión en los pacientes evaluados

			<u>Mínima</u>		<u>Leve</u>		<u>Moderada</u>		<u>Mod. Severa</u>		<u>Severa</u>		Chi² (p)
		Total	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Edad	< 20 a	19	7	36.84%	7	36.84%	3	15.79%	2	10.53%	0	0.00%	90.11 (0.00)
	20-29 a	91	13	14.29%	41	45.05%	22	24.18%	13	14.29%	2	2.20%	
	30-39 a	80	11	13.75%	18	22.50%	34	42.50%	11	13.75%	6	7.50%	
	40-49 a	68	11	16.18%	22	32.35%	13	19.12%	17	25.00%	5	7.35%	
	50-59 a	35	1	2.86%	4	11.43%	16	45.71%	12	34.29%	2	5.71%	
	≥ 60 a	28	0	0.00%	5	17.86%	3	10.71%	10	35.71%	10	35.71%	
Sexo	Masculino	115	15	13.04%	37	32.17%	36	31.30%	21	18.26%	6	5.22%	2.67 (0.62)
	Femenino	206	28	13.59%	60	29.13%	55	26.70%	44	21.36%	19	9.22%	
E. civil	Conviviente	134	15	11.19%	52	38.81%	41	30.60%	21	15.67%	5	3.73%	60.94 (0.00)
	Casado	78	14	17.95%	20	25.64%	24	30.77%	18	23.08%	2	2.56%	
	Soltero	67	12	17.91%	21	31.34%	14	20.90%	14	20.90%	6	8.96%	
	Separado/divorc.	27	2	7.41%	2	7.41%	10	37.04%	8	29.63%	5	18.52%	
	Viudo	15	0	0.00%	2	13.33%	2	13.33%	4	26.67%	7	46.67%	
Sit laboral	Empleado	137	22	16.06%	37	27.01%	42	30.66%	26	18.98%	10	7.30%	2.79 (0.59)
	Desempleado	184	21	11.41%	60	32.61%	49	26.63%	39	21.20%	15	8.15%	
Familia dependiente	Sí	170	17	10.00%	45	26.47%	50	29.41%	43	25.29%	15	8.82%	9.97 (0.04)
	No	151	26	17.22%	52	34.44%	41	27.15%	22	14.57%	10	6.62%	
Familiar con COVID-19	Sí	289	37	12.80%	86	29.76%	83	28.72%	59	20.42%	24	8.30%	2.14 (0.71)
	No	32	6	18.75%	11	34.38%	8	25.00%	6	18.75%	1	3.13%	
Total		321	43	13.40%	97	30.22%	91	28.35%	65	20.25%	25	7.79%	-

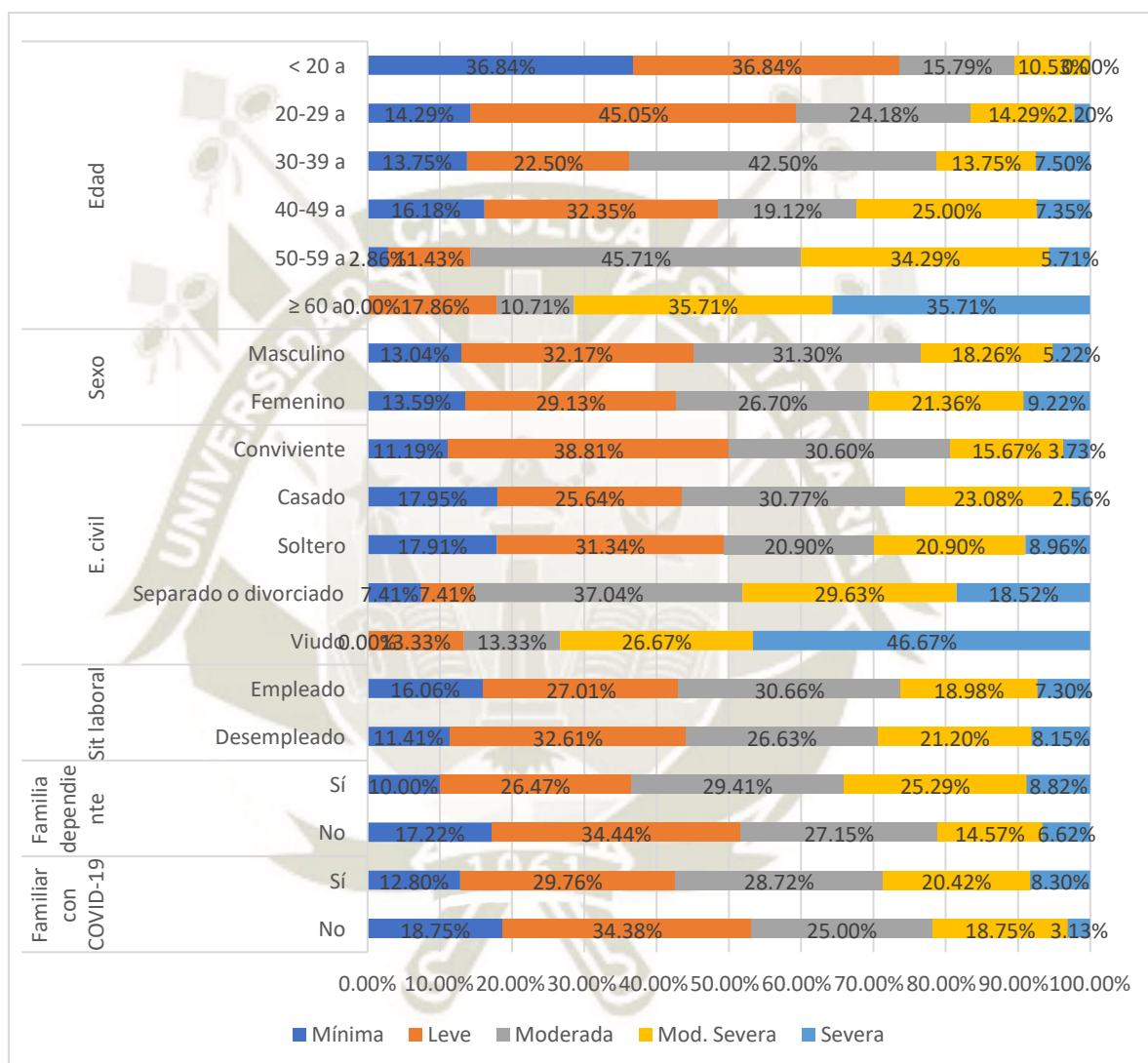
Fuente: elaboración propia

Los niveles más altos de depresión (severa) se observaron en los adultos mayores de 60 años (35.71%), mientras que entre los 30 y 49 años oscilaron entre 7.50% y 7.35%; y no se vieron en adolescentes; las diferencias fueron significativas ($p < 0.05$). No hubo diferencias en los niveles de depresión según el sexo ($p > 0.05$), pero sí con el estado civil, pues fue mayor en los viudos (46.67%) y los separados o divorciados (18.52% con depresión severa); $p < 0.05$). No influyó la situación laboral ($p > 0.05$); el hecho de no tener familia dependiente influyó en menores niveles de depresión (34.44% leve, comparado con 26.47% con familia). El antecedente de familiares con COVID-19 no influyó en el nivel de depresión ($p > 0.05$).



FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA Y ESTRÉS EN PACIENTES POST COVID-19, EN EL CENTRO DE SALUD DE CHARACATO, 2022

Gráfico 9
Influencia de las características sociodemográficas en los niveles de depresión en los pacientes evaluados



**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA
Y ESTRÉS EN PACIENTES POST COVID-19, EN EL CENTRO DE SALUD DE CHARACATO,
2022**

Tabla 10
Influencia de las características sociodemográficas en los niveles de ansiedad en los
pacientes evaluados

			Leve		Moderada		Severa		Chi² (p)
		Total	N°	%	N°	%	N°	%	
Edad	< 20 a	19	10	52.63%	8	42.11%	1	5.26%	52.91 (0.00)
	20-29 a	91	47	51.65%	34	37.36%	10	10.99%	
	30-39 a	80	26	32.50%	33	41.25%	21	26.25%	
	40-49 a	68	23	33.82%	26	38.24%	19	27.94%	
	50-59 a	35	5	14.29%	17	48.57%	13	37.14%	
	≥ 60 a	28	3	10.71%	6	21.43%	19	67.86%	
Sexo	Masculino	115	41	35.65%	50	43.48%	24	20.87%	2.82 (0.24)
	Femenino	206	73	35.44%	74	35.92%	59	28.64%	
E. civil	Conviviente	134	54	40.30%	55	41.04%	25	18.66%	22.95 (0.00)
	Casado	78	22	28.21%	33	42.31%	23	29.49%	
	Soltero	67	31	46.27%	21	31.34%	15	22.39%	
	Separado/divorc.	27	5	18.52%	11	40.74%	11	40.74%	
	Viudo	15	2	13.33%	4	26.67%	9	60.00%	
Sit laboral	Empleado	137	59	43.07%	48	35.04%	30	21.90%	6.09 (0.049)
	Desempleado	184	55	29.89%	76	41.30%	53	28.80%	
Familia dependiente	Sí	170	55	32.35%	62	36.47%	53	31.18%	5.41 (0.07)
	No	151	59	39.07%	62	41.06%	30	19.87%	
Familiar con COVID-19	Sí	289	99	34.26%	113	39.10%	77	26.64%	2.15 (0.34)
	No	32	15	46.88%	11	34.38%	6	18.75%	
Total		321	114	35.51%	124	38.63%	83	25.86%	-

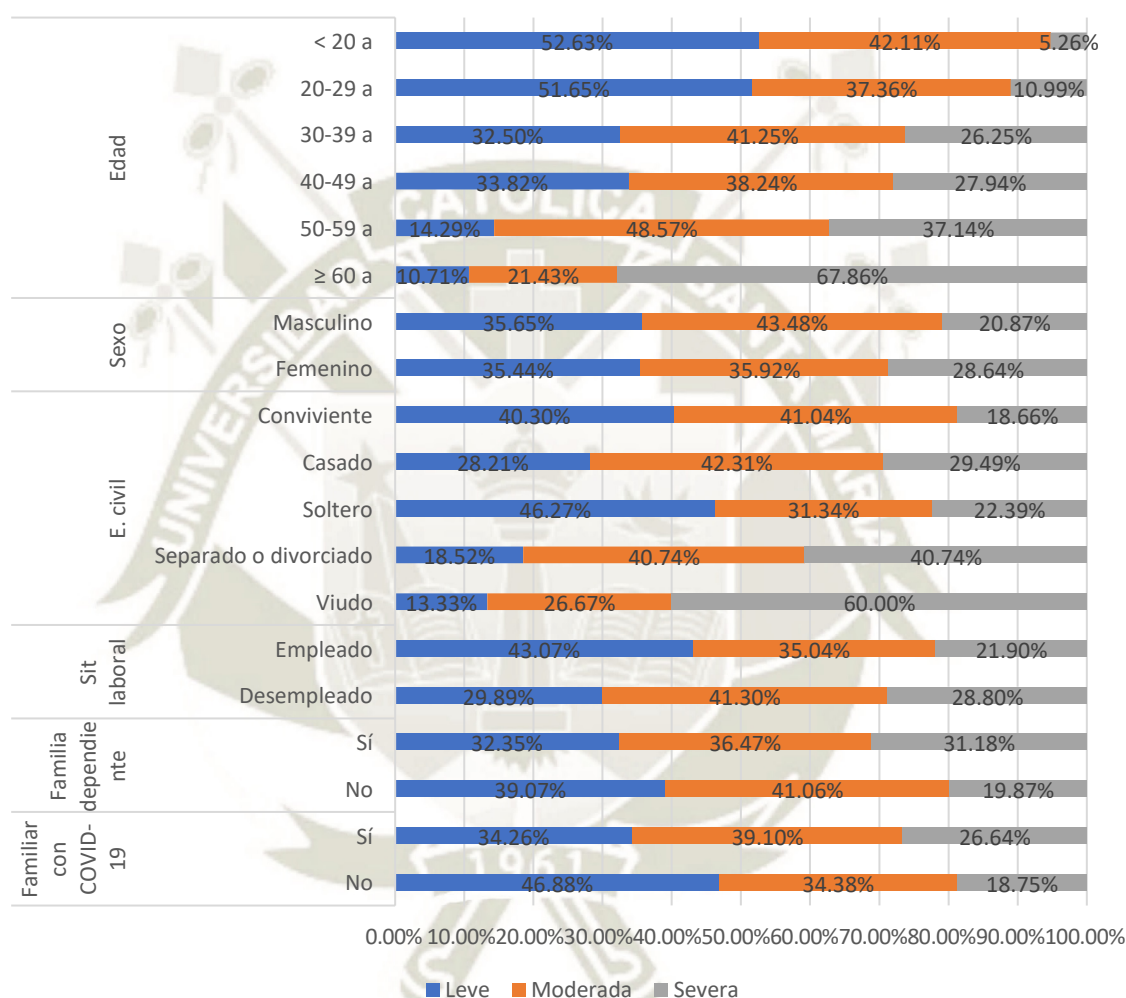
Fuente: elaboración propia

Los niveles más altos de ansiedad (severa) se observaron en los adultos mayores de 60 años (67.86%), mientras que entre los 30 y 49 años fue de casi la mitad (37.14% entre los 50 y 59 años, 27.94% entre los 40 y 49 años); las diferencias fueron significativas ($p < 0.05$). No hubo diferencias en los niveles de ansiedad según el sexo ($p > 0.05$), pero sí con el estado civil, pues fue mayor en los viudos (60.00%) y los separados o divorciados (40.74% con depresión severa); $p < 0.05$). Influyó la situación laboral con más ansiedad leve en los empleados (43.07%) que en los desempleados (29.89%; $p < 0.05$); el hecho de tener familia dependiente no influyó en los niveles de ansiedad, así como tampoco el antecedente de familiares con COVID-19 ($p > 0.05$).



FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA Y ESTRÉS EN PACIENTES POST COVID-19, EN EL CENTRO DE SALUD DE CHARACATO, 2022

Gráfico 10
Influencia de las características sociodemográficas en los niveles de ansiedad en los pacientes evaluados



FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA Y ESTRÉS EN PACIENTES POST COVID-19, EN EL CENTRO DE SALUD DE CHARACATO, 2022

Tabla 11
Influencia de las características sociodemográficas en los niveles de estrés en los pacientes evaluados

			<u>Normal</u>		<u>Medio</u>		<u>Moderado</u>		<u>Severo</u>		<u>Extremo</u>		Chi² (p)
		Total	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Edad	< 20 a	19	6	31.58%	3	15.79%	5	26.32%	3	15.79%	2	10.53%	78.37 (0.00)
	20-29 a	91	25	27.47%	19	20.88%	25	27.47%	12	13.19%	10	10.99%	
	30-39 a	80	17	21.25%	9	11.25%	17	21.25%	26	32.50%	11	13.75%	
	40-49 a	68	21	30.88%	3	4.41%	11	16.18%	16	23.53%	17	25.00%	
	50-59 a	35	4	11.43%	4	11.43%	2	5.71%	11	31.43%	14	40.00%	
	≥ 60 a	28	2	7.14%	3	10.71%	1	3.57%	3	10.71%	19	67.86%	
Sexo	Masculino	115	27	23.48%	10	8.70%	25	21.74%	29	25.22%	24	20.87%	4.09 (0.39)
	Femenino	206	48	23.30%	31	15.05%	36	17.48%	42	20.39%	49	23.79%	
E. civil	Conviviente	134	33	24.63%	21	15.67%	30	22.39%	29	21.64%	21	15.67%	34.16 (0.01)
	Casado	78	18	23.08%	9	11.54%	15	19.23%	21	26.92%	15	19.23%	
	Soltero	67	19	28.36%	8	11.94%	13	19.40%	13	19.40%	14	20.90%	
	Separado/divorc.	27	3	11.11%	1	3.70%	3	11.11%	5	18.52%	15	55.56%	
	Viudo	15	2	13.33%	2	13.33%	0	0.00%	3	20.00%	8	53.33%	
Sit laboral	Empleado	137	39	28.47%	18	13.14%	29	21.17%	32	23.36%	19	13.87%	11.72 (0.02)
	Desempleado	184	36	19.57%	23	12.50%	32	17.39%	39	21.20%	54	29.35%	
Familia dependiente	Sí	170	35	20.59%	19	11.18%	28	16.47%	46	27.06%	42	24.71%	7.73 (0.10)
	No	151	40	26.49%	22	14.57%	33	21.85%	25	16.56%	31	20.53%	
Familiar con COVID-19	Sí	289	61	21.11%	37	12.80%	55	19.03%	68	23.53%	68	23.53%	9.73 (0.05)
	No	32	14	43.75%	4	12.50%	6	18.75%	3	9.38%	5	15.63%	
Total		321	75	23.36%	41	12.77%	61	19.00%	71	22.12%	73	22.74%	-

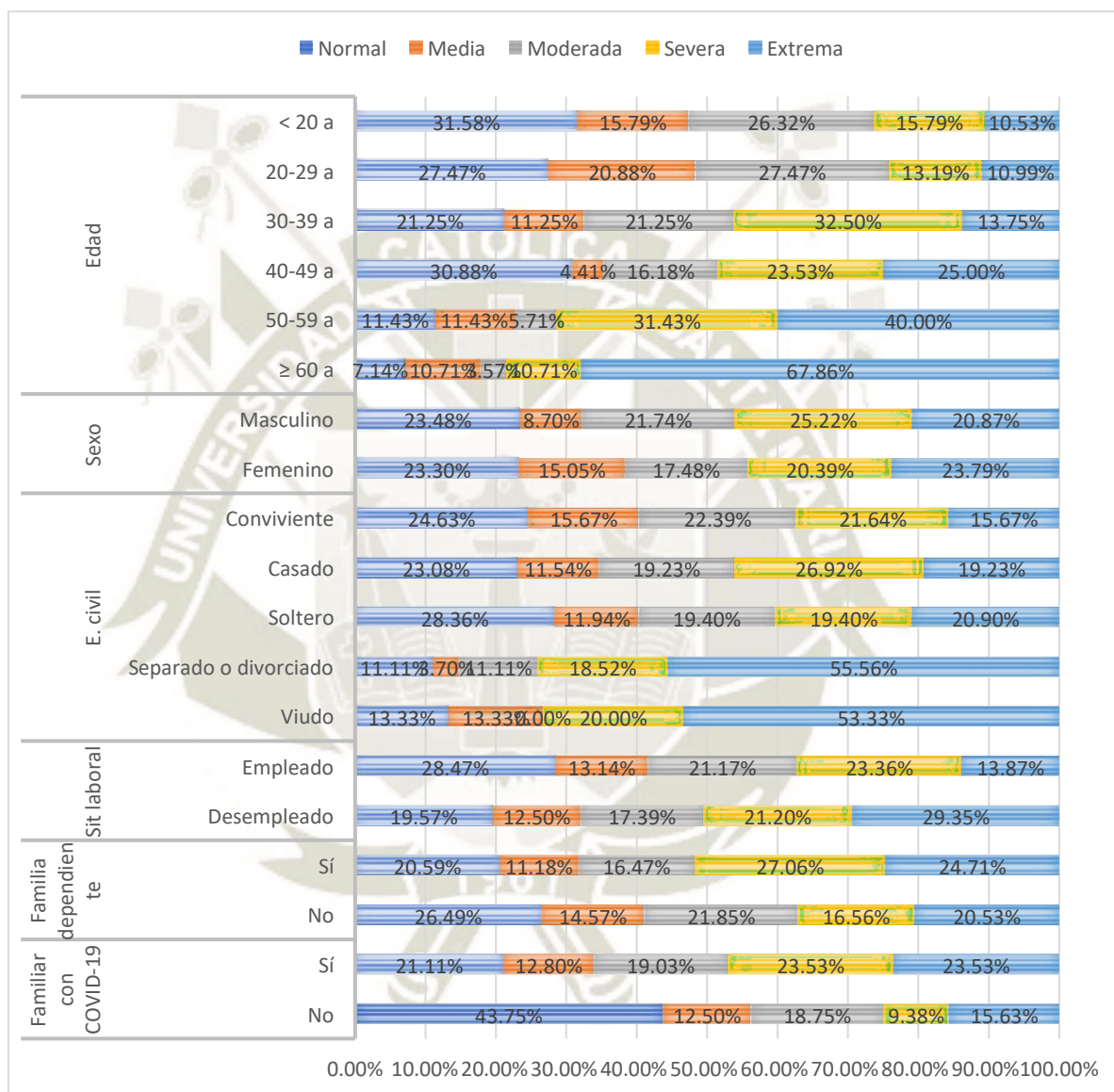
Fuente: elaboración propia

Los niveles más altos de estrés (extremo) se observaron en los adultos mayores de 60 años (67.86%), mientras que entre los 50 y 49 años fue de 40% y entre los 40 y 49 años fue de 25%; las diferencias fueron significativas ($p < 0.05$). No hubo diferencias en los niveles de depresión según el sexo ($p > 0.05$), pero sí con el estado civil, pues fue mayor en los viudos (53.33%) y los separados o divorciados (55.56% con estrés extremo; $p < 0.05$). Influyó la situación laboral con más estrés extremo en los desempleados (29.35%) que en los empleados (13.87%; $p < 0.05$); el hecho de tener familia dependiente no influyó en los niveles de estrés ($p > 0.05$), pero si tampoco el antecedente de familiares con COVID-19 (23.53% con estrés extremo comparado con 15.63% entre los que no tuvieron familiares enfermos; $p < 0.05$).



FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA Y ESTRÉS EN PACIENTES POST COVID-19, EN EL CENTRO DE SALUD DE CHARACATO, 2022

Gráfico 11
Influencia de las características sociodemográficas en los niveles de estrés en los pacientes evaluados



DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El estudio realizado tuvo como objetivo conocer la incidencia de depresión, trastorno de ansiedad generalizada y estrés en pacientes que hayan sido afectados por la COVID-19 y que pertenezcan al centro de salud de Characato, buscando conocer las posibles secuelas que dicha infección y el contexto mismo de la pandemia hayan podido generar sobre la salud mental de dicha población.

En la **tabla y gráfico 1**, se evalúan las características sociodemográficas de la población estudiada y del total de participantes 317 nos encontramos con una distribución dentro de la cual el 28.35% tuvieron de 20 a 29 años, 24.92% tuvieron de 30 a 39 años y 21.18% tuvieron entre 40 a 49 años, sumando un total de 74.45% y siendo estos 3 grupos de edad quienes conformaron nuestro mayor porcentaje de personas encuestadas. Además, un 64.17% de la población estudiada fue de sexo femenino, mientras que un 35.83% fue de sexo masculino. Es resaltable mencionar que la mayor cantidad de nuestra población estudiada ha sido del sexo femenino, como sucedió en el estudio realizado por Lozano Vargas, A, (41) en donde el 61.12% de su población fue de este sexo. Como menciona Bohlken et. al (47) en su estudio, el sexo femenino, además de otras condiciones se correlaciona con una mayor aparición de síntomas ansioso-depresivos y estrés. Por otro lado, en cuanto a estado civil, podemos observar que un 41.74% de pacientes dijeron ser convivientes, mención interesante puesto que nos indica que existe un gran porcentaje de informalidad en esta población. Un 57.32% de los pobladores indicaron encontrarse desempleados en los últimos 6 meses.

De esta manera encontramos entonces que nuestra población se caracteriza por ser pacientes mayoritariamente entre los 20 y 49 años, predominantemente de sexo femenino, convivientes y que en su mayoría se encuentran desempleados en los últimos 6 meses.

En la **tabla y gráfico 2** observamos que, de los 321 pacientes, fueron excluidos 4 (1.25%) por no poseer una prueba positiva para COVID-19. Mientras que un 90.03% del total de pacientes que cumplían los criterios de inclusión, refieren que tuvieron algún familiar infectado con COVID-19.

En la **tabla y gráfico 3** encontramos que la aparición de síntomas depresivos en un 86.60% de los pacientes, siendo leve en 30.22%, moderada en 28.35%, moderadamente severa en 20.25%, y solo severa en 7.79% de la población encuestada. Resulta congruente con nuestro estudio encontrar una tasa de síntomas depresivos elevada, así como se encontró en el estudio realizado por Muñoz Fernandez, Sergio I. et al donde encontraron como hallazgo la exacerbación de síntomas y trastornos depresivos ante la infección por COVID-19 en la población de un centro hospitalario de la Ciudad de México (44).

En la **tabla y gráfico 4** observamos la aparición de síntomas de ansiedad, y lo resaltante de este hallazgo es que se encontró en el 100% de los pacientes encuestados, siendo leve en un 35.51%, moderada en un 38.63%, y severa 25.86%. Como describió Tully PJ, et al, (27) en su estudio, pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, son más propensos a desarrollar enfermedades cardíacas, como la enfermedad coronaria, por ende, encontramos en este estudio una población de riesgo, donde se deben tomar medidas oportunas para prevenir la ocurrencia de patologías que a posteriori podrían evitarse con una terapia adecuada.

En la **tabla y gráfico 5**, se nos muestra la frecuencia y severidad de los síntomas de estrés en los pacientes encuestados, encontrando niveles de estrés en el 76,64% de los pacientes, siendo de intensidad media el 12,77%, moderados en 19%, severos en 22.12% y estrés extremo en 22.74%, pudiendo concretar que un 63.87% de la población estudiada mantiene niveles de estrés entre moderados a extremadamente severos, lo cual debe tenerse en cuenta por ser causa y desencadenante de diversas patologías. Estos datos se correlacionan con el estudio realizado por Ortega J. (33) en donde se evidencia que el estrés aparece junto a síntomas ansioso-depresivos por lo que se hace indispensable su manejo adecuado.

En la **tabla y gráfico 6** observamos la correlación de síntomas depresivos en pacientes con ansiedad leve, moderada y severa. Se encontró que, en pacientes con ansiedad leve, un 51.75% también tuvo depresión leve, mientras que solo un 0.88% presentó síntomas severos. En pacientes con ansiedad moderada el 38.71% presenta depresión moderada y severa solo el 2.42%. Mientras que de los que presentaron ansiedad severa, un 25,30%

también presentó depresión severa. Entonces podemos observar cómo estas entidades se presentan juntas y con similar intensidad tal y como se ha observado en diversas investigaciones en la población de China al inicio de la pandemia y hasta la actualidad, y como describe Ozamiz-Etxebarria N. (45) en su estudio, en donde hubo relación entre los niveles de ansiedad y depresión de su población estudiada, aunque mayoritariamente su población abarcó desde los 18 a 26 años.

En la **tabla y gráfico 7** vamos a encontrar la relación que hay entre los pacientes que tienen síntomas de estrés y depresión, donde hallamos que los sujetos de estudio encuestados que no presentan (23.65% del total), o presentan una leve severidad de estrés (12.93% del total), ninguno (0%) llega a presentar depresión severa, en cambio mientras más severo es el estrés empezamos ya a notar que la relación de pacientes con depresión moderada a severa, incrementa significativamente, siendo un ejemplo de esto el 26.03% de los pacientes con estrés extremo. Demostrando que debemos poner especial atención a los pacientes con estrés como describe Gálvez JF et. al (35) en su estudio, por las secuelas neuropsicoendocrinas que se pueden generar en los pacientes.

En la **tabla y gráfico 8** como en las tablas anteriores, encontraremos la relación entre los síntomas de estrés y los síntomas de ansiedad de los pacientes encuestados. Donde los resultados fueron que un 80% de los pacientes con estrés normal (23.36% de la población total encuestada) tienen síntomas leves de ansiedad y un 20% tienen síntomas moderados. Cuando el nivel de estrés es medio encontramos que menos población tiene síntomas leves de ansiedad 65.86% pero se comienza a incrementar la presencia de síntomas severos 4.88%, síntomas que no encontrábamos con el primer grupo ya mencionado. Si el estrés es moderado, la ansiedad severa sube a 21.31%, y llega a 29.58% entre pacientes con ansiedad severa. Finalmente, si el estrés es extremo, llega a ansiedad severa en un 64.38% notándose cómo la presencia de estrés se relaciona significativamente con la ansiedad, implicando una asociación positiva entre ambas.

En la **tabla y gráfico 9** podemos observar la influencia de los factores sociodemográficos de los pacientes que formaron parte de nuestra encuesta con los niveles de depresión de estos. Y como era de esperarse los niveles más altos de depresión (severa) se observaron

en los adultos mayores de 60 años (35.71%), y no se vieron en adolescentes. Este hallazgo es comparable con el estudio realizado por Romula Edi, Onofre Damián (5) en donde el mayor porcentaje de personas con síntomas depresivos eran adultos mayores representando el 77,2% del total de sus pacientes con depresión. Además, en nuestro estudio no hubo diferencias en los niveles de depresión según el sexo, lo cual llama la atención porque como hemos expuesto según una gran cantidad de estudios, el sexo femenino suele presentar con mayor frecuencia estos síntomas. Si hubo diferencia en el estado civil, pues fue mayor en los viudos (46.67%) y los separados o divorciados (18.52% con depresión severa); No influyó la situación laboral; el hecho de no tener familia dependiente influyó en menores niveles de depresión (34.44% leve, comparado con 26.47% con familia). Mientras que el antecedente de familiares que cursaron con COVID-19 no influyó en el nivel de depresión, probablemente porque no fueron casos severos.

En la **tabla y gráfico 10**, encontramos que los niveles más altos de síntomas de ansiedad severa se observaron en los adultos mayos de 60 años (67.86%), No hubo diferencias en los niveles de ansiedad según el sexo, pero sí con el estado civil, puesto que fue mayor en los viudos (60.00%) y los separados o divorciados (40.74% con depresión severa). Influyó la situación laboral con más ansiedad leve en los empleados (43.07%) que en los desempleados (29.89%), esto tiene sentido puesto que la propia carga laboral y responsabilidad condiciona al paciente; el hecho de tener familia dependiente no influyó en los niveles de ansiedad, así como tampoco lo hizo el antecedente de familiares que hayan cursado con COVID-19.

En la **tabla y gráfico 11** observaremos la influencia de las características sociodemográficas sobre los niveles de estrés de nuestros pacientes encuestados donde encontramos que los niveles más altos de estrés se observaron en los adultos mayores de 60 años (67.86%). Estos resultados contrastan con el resultado publicado por Ozamis-Etxebarria et al. (45) quienes en su estudio describen que las medias superiores de niveles de estrés se encontraban predominantemente en los pacientes entre 18 a 25 años. No se encontró diferencias significativas en los niveles de depresión según el sexo; sin embargo, encontramos que pacientes viudos y separados o divorciados presentan estrés extremo en

53.33 y 55.56% respectivamente. La situación laboral influyo considerablemente en los pacientes desempleados, ya que presentaron un estrés extremo en un 29.35%; en cambio, el hecho de que la familia sea dependiente económicamente, no influyo con los niveles de estrés. Finalmente, el tener el antecedente de familiares con COVID-19 se relacionó con niveles de estrés extremo (23.53%) comparado con los familiares que no tuvieron estos antecedentes (15.63%), pero debemos tomar en cuenta para este punto, que la muestra que no tuvo antecedente de familiares con COVID-19 fue menor considerablemente.



CONCLUSIONES

Primera.- La frecuencia de síntomas de depresión en pacientes que han padecido COVID-19 fue muy alta, llegando a ser del 86.60%, siendo leve en 30.22%, moderada en 28.35%, moderadamente severa en 20.25% y severa en 7.79%.

Segunda.- La frecuencia de síntomas de ansiedad en pacientes que han padecido COVID-19 fue del 100%, es decir que la totalidad de los pacientes encuestados presentó síntomas de ansiedad, siendo leve en 35.51%, moderada en 38.63% y severa en 25.86% de casos.

Tercera.- La frecuencia de síntomas de estrés en pacientes que han padecido COVID-19 fue muy alta, en un porcentaje del 76.64%, siendo de intensidad media en 12.77%, moderados en 19%, severos en 22.12% y estrés extremo en 22.74%.

Cuarta.- Existe una asociación entre los síntomas y severidad tanto de ansiedad, como de depresión y estrés en pacientes que han sido afectados por la COVID-19 en el centro de salud de Characato, es decir que estas entidades coexisten de manera considerable en un amplio porcentaje de los pacientes.

Quinta.- Los factores sociodemográficos que se relacionaron con una mayor frecuencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés severo en nuestra población estudiada fueron tener más de 60 años, encontrarse empleado actualmente, ser viudo, separado o divorciado y tener familia dependiente económicamente. Mientras que el sexo, ser adolescente, estar desempleado, ser soltero, estar casado o ser conviviente, no se relacionaron significativamente con la aparición de síntomas severos de estas patologías.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

1. Sugerimos incentivar un adecuado screening de estas patologías en todas las áreas de atención del centro de salud de Characato, principalmente en el área de Medicina y Psicología. Mediante preguntas simples y diálogo con el médico o psicólogo correspondiente.
2. Implementación de talleres, charlas y medidas de apoyo psicológico a pacientes afectados por la COVID-19 en este establecimiento de salud.
3. Educar a la población atendida en el Centro de Salud de Characato, acerca de la importancia de la salud mental mediante campañas de concientización.
4. Capacitar al personal de salud de este establecimiento en cuanto al Plan de Salud mental, para que todas las áreas puedan tener un manejo completo e integral de los pacientes según la normativa vigente dada por el Ministerio de Salud.
5. Sugerimos que estudios similares al presentado, sean realizados en otras áreas y centro de salud de la ciudad de Arequipa, buscando llegar a más población en cuanto a la detección temprana y tratamiento oportuno de estas entidades.

REFERENCIAS

1. Guía técnica para el cuidado de la salud mental del personal de la salud en el contexto del COVID-19 [Internet]. www.gob.pe. [cited 2022 Apr 23]. Available from:

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/473389-guia-tecnica-para-el-cuidado-de-la-salud-mental-del-personal-de-la-salud-en-el-contexto-del-covid-19>
2. Mental S. Módulo de Atención Integral [Internet]. Gob.pe. [citado el 22 de abril de 2022]. Disponible en:

http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/208_PROM14.pdf
3. Mitchell C, <https://www.facebook.com/pahowho>. OPS/OMS | [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2017. Available from:
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es
4. World Health Organization: WHO. Depresión [Internet]. Who.int. World Health Organization: WHO; 2018. Available from:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
5. Onofre, R. Características epidemiológicas relacionadas a la depresión en personas adultas, Perú, 2017 []. PE: Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo; 2021. Available from:

<http://repositorio.unasam.edu.pe/handle/UNASAM/4528>
6. Hernández-Vásquez A, Vargas-Fernández R, Bendezu-Quispe G, Grendas LN. Depression in the Peruvian population and its associated factors: analysis of a national health survey. Journal of Affective Disorders [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2022 Apr 23];273:291–7. Available from:

<https://cris.usil.edu.pe/es/publications/depression-in-the-peruvian-population-and-its-associated-factors--2>
7. Mental PM de SDG de IE en SPD de S. Lineamientos de política sectorial en salud mental: Perú 2018. Lineamientos de política sectorial en salud mental: Perú 2018 [Internet]. 2018 [cited 2022 Apr 23];54–4. Available from:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1147335>
8. Depresión y otros trastornos mentales comunes Estimaciones sanitarias mundiales [Internet]. Available from:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

9. Escobar A. Neurobiología de la depresión. En: Velázquez Moctezuma J, Ed. Temas Selectos de Neurociencias III. UAM, México, 2004; 181-190
10. Lener MS, Niciu MJ, Ballard ED, Park M, Park LT, Nugent AC, et al. Glutamate and Gamma-Aminobutyric Acid Systems in the Pathophysiology of Major Depression and Antidepressant Response to Ketamine. *Biological Psychiatry*. 2017 May;81(10):886–97.
11. Gonzalez A. DSM 5 (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) - copia. www.academia.edu [Internet]. [cited 2021 Feb 19]; Available from:

https://www.academia.edu/40838674/DSM_5_Manual_diagn%C3%B3stico_y_estad%C3%ADstico_de_los_trastornos_mentales_copia
12. Cuijpers P, Reynolds CF, Donker T, Li J, Andersson G, Beekman ATF. Personalized treatment of adult depression: medication, psychotherapy, or both? A systematic review. *Depression and anxiety*. 2012;29(10):855-864. Available from:

<https://doi.org/10.1002/da.21985>
13. Pérez Esparza Rodrigo. Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Rev. Fac. Med. (Méx.)* [revista en la Internet]. 2017 Oct [citado 2022 Abr 23] ; 60(5) : 7-16. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000500007&lng=es.
14. Judd LL, Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ, Endicott J, Coryell W, et al. A Prospective 12-Year Study of Subsyndromal and Syndromal Depressive Symptoms in Unipolar Major Depressive Disorders. *Archives of General Psychiatry*. 1998 Aug 1;55(8):694.
15. Verduijn J, Verhoeven JE, Milaneschi Y, Schoevers RA, van Hemert AM, Beekman ATF, et al. Reconsidering the prognosis of major depressive disorder across diagnostic boundaries: full recovery is the exception rather than the rule. *BMC Medicine*. 2017 Dec;15.
16. Tinney, N. Evaluación de la validez de constructo de una versión de 20 ítems de una escala de ansiedad aplicada a una muestra de estudiantes de una facultad de medicina en Lima, Perú []. PE: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2018. Disponible en:

<https://hdl.handle.net/20.500.12866/1469>
17. Fiestas F, Piazza M. Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos mentales en el Perú urbano: resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2014 Mar 14;31.

18. Delgado E, De La Cera D, Lara M, Arias R. GENERALIDADES SOBRE EL TRASTORNO DE ANSIEDAD. Revista Cúpula [Internet]. 2021;35(1):23–36. Available from:

<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
19. La pandemia por COVID-19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. www.paho.org. Available from:

<https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-pandemia-por-covid-19-provoca-aumento-25-prevalencia-ansiedad-depresion-todo>
20. Hirsch CR, Meeten F, Krahé C, Reeder C. Resolving Ambiguity in Emotional Disorders: The Nature and Role of Interpretation Biases. Annual Review of Clinical Psychology. 2016 Mar 28;12(1):281–305.
21. SAFREN SA, GERSHUNY BS, MARZOL P, OTTO MW, POLLACK MH. HISTORY OF CHILDHOOD ABUSE IN PANIC DISORDER, SOCIAL PHOBIA, AND GENERALIZED ANXIETY DISORDER. The Journal of Nervous and Mental Disease. 2002 Jul;190(7):453–6.
22. Gottschalk MG, Domschke K. Genetics of generalized anxiety disorder and related traits. Dialogues in Clinical Neuroscience [Internet]. 2017 Jun 1;19(2):159–68. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28867940/>
23. Moon C-M, Jeong G-W. Alterations in white matter volume and its correlation with clinical characteristics in patients with generalized anxiety disorder. Neuroradiology. 2015 Aug 21;57(11):1127–34.
24. Wu JC, Buchsbaum MS, Hershey TG, Hazlett E, Sicotte N, Johnson JC. PET in generalized anxiety disorder. Biological Psychiatry [Internet]. 1991 Jun 15 [cited 2022 Apr 23];29(12):1181–99. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1888800/>
25. Slee A, Nazareth I, Bondaronek P, Liu Y, Cheng Z, Freemantle N. Pharmacological treatments for generalised anxiety disorder: a systematic review and network meta-analysis. The Lancet. 2019 Feb;393(10173):768–77.
26. Naragon-Gainey K, Gallagher MW, Brown TA. A longitudinal examination of psychosocial impairment across the anxiety disorders. Psychological Medicine. 2013 Aug 13;44(8):1691–700.
27. Tully PJ, Cosh SM, Baune BT. A review of the affects of worry and generalized anxiety disorder upon cardiovascular health and coronary heart disease. Psychology, Health & Medicine. 2013 Dec;18(6):627–44.

28. Butnorienė J, Bunevicius A, Saudargienė A, Nemeroff CB, Norkus A, Cicieniene V, et al. Metabolic syndrome, major depression, generalized anxiety disorder, and ten-year all-cause and cardiovascular mortality in middle aged and elderly patients. *International Journal of Cardiology* [Internet]. 2015 July;190:360–6. Available from:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167527315008451>
29. Rickels K, Etemad B, Khalid-Khan S, Lohoff FW, Rynn MA, Gallop RJ. Time to Relapse After 6 and 12 Months' Treatment of Generalized Anxiety Disorder With Venlafaxine Extended Release. *Archives of General Psychiatry*. 2010 Dec 6;67(12):1274.
30. Craske MG, Roy-Byrne P, Stein MB, Sullivan G, Hazlett-Stevens H, Bystritsky A, et al. CBT Intensity and Outcome for Panic Disorder in a Primary Care Setting. *Behavior Therapy*. 2006 Jun;37(2):112–9.
31. Simon NM, Hofmann SG, Rosenfield D, Hoepfner SS, Hoge EA, Bui E, et al. Efficacy of Yoga vs Cognitive Behavioral Therapy vs Stress Education for the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *JAMA Psychiatry*. 2020 Aug 12
32. Torrades S. Estrés y burn out. Definición y prevención. *Offarm* [Internet]. 2007 Nov 1;26(10):104–7. Available from:

<https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-estres-burn-out-definicion-prevencion-13112896>
33. Ortega J. Estrés y trabajo. *MedSpain* [consultado 23/04/2022]. Disponible en:

http://www.medspain.com/n3_feb99/stress.htm
34. World Bank Group. El estrés, aliado de la pobreza de Latinoamérica [Internet]. World Bank. World Bank Group; 2016. Disponible en:

<https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2015/12/28/el-estres-aliado-de-la-pobreza-de-latinoamerica>
35. Galvez JF, editor. Trastornos por estrés y sus repercusiones neuropsicoendocrinológicas [Internet]. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXIV; 2005. Available from:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n1/v34n1a06.pdf>
36. Bryant RA, Mastrodomenico J, Felmingham KL, Hopwood S, Kenny L, Kandris E, et al. Treatment of Acute Stress Disorder. *Archives of General Psychiatry*. 2008 Jun 2;65(6):659.
37. Bryant RA, Harvey AG, Dang ST, Sackville T, Basten C. Treatment of acute stress disorder: a comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive

counseling. Journal of Consulting and Clinical Psychology [Internet]. 1998 Oct 1 66(5):862–6. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9803707/>

38. Aliaga Tinoco S, editor. Síntomas ansiosos y depresivos en población general y personal médico del Hospital Cayetano Heredia asociados a la cuarentena y atención de la pandemia COVID-19 en Lima [Internet]. Repositorio UPCH. UPCH; 2020. Available from:

https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/7889/Sintomas_AliagaTinoco_Stephanie.pdf?sequence=1&isAllowed=y

39. Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2020 Apr 21;37(2):327–34.

40. Condori Arias Y, editor. asociación entre la exposición al covid-19 y la presencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en los hospitales de la región arequipa [Internet]. Repositorio UNSA. 2020. Available from:

<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/11070/MCcoary1.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

41. Lozano-Vargas A. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. Revista de Neuro-Psiquiatria. 2020 Apr 11;83(1):51–6.

42. Muller AE, Hafstad EV, Himmels JPW, Smedslund G, Flottorp S, Stensland SØ, et al. The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. Psychiatry Research. 2020 Nov;293:113441.

43. Mengin A, Allé MC, Rolling J, Ligier F, Schroder C, Lalanne L, et al. Conséquences psychopathologiques du confinement. L'Encéphale. 2020 Jun;46(3):S43–52.

44. Muñoz Fernández SI, Molina Valdespino D, Ochoa Palacios R, Sánchez Guerrero O, Esquivel Acevedo JA. Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. Acta Pediátrica de México. 2020 June 29;41(4S1):127.

45. Ozamiz-Etxebarria N. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. Cad Saúde Pública (Online) [Internet]. 2020; e00054020–0. Available from:

<https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/en/covidwho-677676>

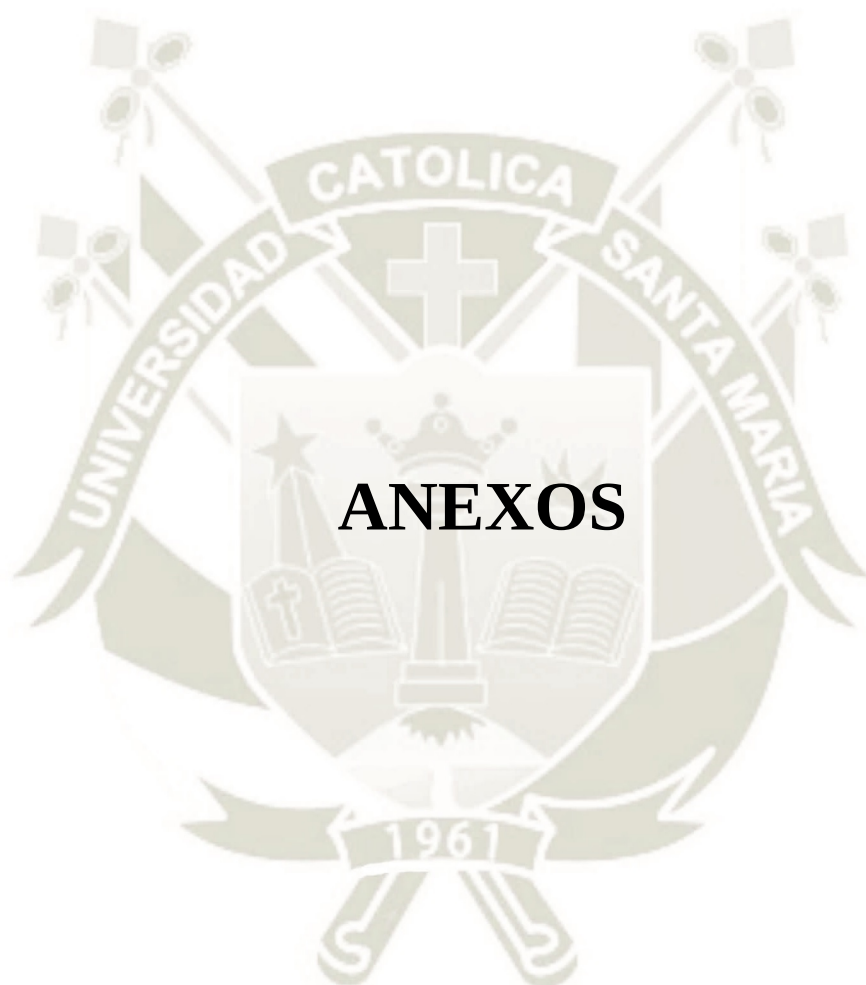
46. De Revisión Revista Mexicana De Urología A. Mental health risks and damage in healthcare personnel due to treating patients with COVID-19 Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con COVID-19 Correspondencia. Mex Urol [Internet]. 2020;80(3):1–9. Available from:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2020/ur203i.pdf>

47. Bohlken J, Schömig F, Lemke MR, Pumberger M, Riedel-Heller SG. COVID-19 pandemic: Stress experience of healthcare workers - A short current review: Ein kurzer aktueller Review. Psychiatr Prax [Internet]. 2020 [citado el 21 de mayo de 2022];47(4):190–7. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32340048/>





ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Saludos cordiales,

Lo invitamos a participar del estudio “Incidencia de trastorno ansioso-depresivo y estrés en pacientes post COVID, en el Centro de Salud de Characato, 2022”

Propósito del estudio:

Dada la coyuntura actual que enfrenta el país producto de la pandemia del COVID-19, cabe resaltar la falta de una terapia y evaluación integral de los pacientes ante la realidad. Por ese motivo, es que el propósito del presente estudio es determinar la incidencia de depresión, ansiedad y estrés en pacientes que han cursado con la infección causada por el COVID 19. Estos datos servirán como un aporte para la implementación de medidas de apoyo psicológico para la población del establecimiento de salud de Characato.

Su participación es totalmente VOLUNTARIA. Puede decidir no participar, o retirarse de la encuesta en cualquier momento. Si decide participar, luego de contar con su consentimiento, se le otorgará una encuesta, cuyo llenado le tardará MENOS DE 10 MINUTOS. Todas sus respuestas serán confidenciales. A través de la encuesta podremos indagar acerca de su información general y, la presencia de algunos síntomas de depresión, ansiedad, y síntomas relacionados al estrés. Toda la información recogida será guardada en formato físico, cuyo acceso será restringido a los autores del estudio. Se le asegura la confidencialidad y el carácter ANÓNIMO de la información que brinde. Si usted tuviera alguna pregunta sobre el estudio, por favor contáctese al correo entrance1115@gmail.com y/o eltiopepeto@gmail.com

Este estudio ha sido autorizado por la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María. Agradecemos su participación.

- Sí, doy mi consentimiento
- No deseo participar del estudio

ANEXO 2: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Las siguientes preguntas indagan sobre su información general

Edad: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Estado civil: ☐ Soltero ☐ Conviviente ☐ Casado ☐ Separado ☐ Viudo

- ¿Cuál fue su condición de empleo durante los últimos 6 meses? ☐ Empleado ☐ Desempleado
- ¿Es usted jefe de hogar? (Su familia depende de sus ingresos) ☐ Sí ☐ No

Las siguientes preguntas están relacionadas a su EXPOSICIÓN AL COVID-19

- ¿Algún familiar suyo ha sido diagnosticado de COVID-19? (Bajo criterio de prueba serológica y/o molecular) ☐ Sí ☐ No
- ¿Ha sido alguna vez diagnosticado con COVID-19? (Bajo criterio de prueba serológica, antigenica y/o molecular) ☐ Sí ☐ No

ANEXO 3 INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA CADA PATOLOGÍA

INSTRUMENTO 1

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestia por cualquiera de los siguientes problemas? (Marcar su respuesta por favor)

		Nin gú n dí a	Va rio s día s (1 a 6 dí as)	La may oría de días (7 a 11 días)	Casi todo s los días (12 a más dí as)
1 .	¿Pocas ganas o interés en hacer las cosas?	0	1	2	3
2 .	¿Sentirse desanimado(a), deprimido(a), triste o sin esperanzas?	0	1	2	3
3 .	¿Problemas para dormir o mantenerse dormido(a), o dormir demasiado?	0	1	2	3
4 .	¿Sentirse cansado(a) o con poca energía?	0	1	2	3
5 .	¿Poco apetito o comer en exceso?	0	1	2	3
6 .	¿Sentirse mal acerca de sí mismo(a) o sentir que es un(a) fracasado(a) o que se ha fallado a sí mismo/a o a su familia?	0	1	2	3
7 .	¿Dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas que hace?	0	1	2	3
8 .	¿Moverse o hablar más lento de lo normal? o estar tan inquieto(a) o intranquilo(a) que se ha estado moviendo mucho más de lo normal?	0	1	2	3
9 .	¿Pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir?	0	1	2	3

PHQ-9 (Puntaj	Severidad de depresión
--------------------------------	-------------------------------

e)	
0-4	Ninguna o mínima
5-9	Leve
10-14	Moderada
15-19	Moderadamente severa
20-27	Severa



INSTRUMENTO 2
ESCALA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (GAD-7)

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias por los siguientes problemas? (Marcar su respuesta por favor)

		Ning ún dí a	Vari os días (1 a 6 días)	La mayorí a de días (7 a 11 días)	Casi todos los días (12 a más días)
1.	Sentirse nervioso/a, ansioso/a, o con los nervios de punta	0	1	2	3
2.	No poder dejar de preocuparse o no poder controlar la preocupación	0	1	2	3
3.	Preocuparse demasiado por diferentes cosas	0	1	2	3
4.	Dificultad para relajarse	0	1	2	3
5.	Estar tan inquieto/a que es difícil permanecer sentado/a tranquilamente	0	1	2	3
6.	Molestarse o ponerse irritable fácilmente	0	1	2	3
7.	Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar	0	1	2	3

GAD-7 (Puntaje)	Severidad de ansiedad
0-4	No se aprecia ansiedad
5-9	Leve
10-14	Moderada
15-21	Severa

INTRUMENTO 3

ESCALA DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS (DASS-21)

Por favor lea las siguientes afirmaciones y marque un número (0, 1, 2, 3) que indique cuánto esta frase se relacione con usted *durante las últimas semanas, incluyendo el día de hoy*. No hay respuesta incorrecta. La escala de calificación es la siguiente:

- 0 No me identifica
- 1 Me identifica un poco, o durante parte del tiempo
- 2 Me identifica bastante, o durante una buena parte del tiempo
- 3 Me identifica mucho, o la mayor parte del tiempo

1.	Me costó mucho relajarme	0	1	2	3
2.	Me di cuenta de que tenía la boca seca	0	1	2	3
3.	No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4.	Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5.	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6.	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7.	Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8.	Sentí que tenía muchos nervios	0	1	2	3
9.	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podría tener pánico o que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10.	Sentí que no tenía nada por que vivir	0	1	2	3
11.	Noté que me agitaba	0	1	2	3
12.	Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13.	Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14.	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
15.	Sentí que estaba al punto del pánico	0	1	2	3
16.	No me pude entusiasmar por nada	0	1	2	3
17.	Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18.	Sentí que estaba muy irritable	0	1	2	3
19.	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20.	Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21.	Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3

ANEXO 4 COMITÉ DE ÉTICA

COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

Arequipa, 25 de mayo de 2022

Investigadores Carlos Stuard Asenjo Herrera y Fernando Martín Vélez Villarruel

Presente. -

De mi especial consideración.

Me dirijo a ustedes para hacerles llegar el resultado de la evaluación del proyecto de tesis y dictamen del Comité Institucional de Ética de Investigación.

TÍTULO DE PROYECTO DE TESIS:

“Frecuencia de síntomas de depresión, ansiedad generalizada y estrés, en pacientes Post COVID, en el Centro de Salud de Characato, 2022”, a cargo de los investigadores Carlos Stuard Asenjo Herrera y Fernando Martín Vélez Villarruel

TIPO Y DISEÑO:

Estudio observacional, descriptivo, transversal.

OBJETIVO:

El estudio tiene como objetivo: Determinar la frecuencia de síntomas de depresión, ansiedad generalizada y estrés en pacientes post COVID-19, en el centro de Salud de Characato de la ciudad de Arequipa, 2022.



COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

PROCEDIMIENTOS:

Se tomarán datos sociodemográficos con una ficha de recolección de datos. Se tomarán además : Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9) para medir depresión. Escala (GAD-7) para medir Trastorno de Ansiedad Generalizada y la escala del DASS21, que sirve para medir estados emocionales de depresión, ansiedad y estrés.

SUJETOS DE INVESTIGACIÓN:

Pacientes con cualquier prueba positiva a COVID-19 en el periodo correspondiente desde marzo del 2020 hasta Abril del 2022, atendidos en el Centro de salud de Characato

RIESGO DEL ESTUDIO:

Mínimo

OBSERVACIONES, SUGERENCIAS:

Cumplieron con observaciones y recomendaciones.

DICTAMEN:

DICTAMEN FAVORABLE
085 - 2022



Agueda Muñoz del Carpio Toia
Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM

ANEXO 5: MATRIZ DE RECOLECCIÓN DE DATOS



nro	↓	EDAD	↓	Cat edad	↓	SEXO	↓	ESTADO CIVIL	↓	¿Cuál fue su condic	↓	¿Es usted jefe de ho	↓	¿Sufre actualmente	↓	¿Ha sido diagnostic	↓	¿Ha sido alguna vez	↓	¿Algún familiar suyo	↓
1		28		20-29 a		Femenino		Conviviente		Empleado		No		No		Ninguna		Si		Si	
2		45		40-49 a		Masculino		Casado		Empleado		Si		DM2		Ninguna		Si		Si	
3		28		20-29 a		Femenino		Conviviente		Desempleado		No		Ninguna		Ninguna		Si		Si	
4		36		30-39 a		Femenino		Casado		Desempleado		Si		No		Ninguna		Si		No	
5		29		20-29 a		Femenino		Conviviente		Desempleado		No		Gastritis crónica		Ninguna		Si		Si	
7		25		20-29 a		Femenino		Conviviente		Empleado		No		No		Ninguna		Si		No	
8		32		30-39 a		Femenino		Conviviente		Desempleado		No		Ninguna		Ninguna		Si		Si	
9		41		40-49 a		Femenino		Conviviente		Empleado		No		Gastritis		Ninguna		Si		Si	
10		24		20-29 a		Masculino		Conviviente		Desempleado		Si		Ninguna		Trastornos del sueño		Si		Si	
11		26		20-29 a		Femenino		Soltero		Desempleado		Si		No		Ninguna		Si		Si	
12		20		20-29 a		Femenino		Conviviente		Empleado		No		No		Ninguna		Si		No	
13		32		30-39 a		Femenino		Conviviente		Empleado		No		No		Ninguna		Si		No	
14		28		20-29 a		Femenino		Conviviente		Empleado		Si		No		Ninguna		Si		Si	
15		66		60-69 a		Masculino		Conviviente		Desempleado		No		Diabetes mellitus 2		Ninguna		Si		No	
16		50		50-59 a		Femenino		Viudo		Empleado		Si		Hipertensión arterial		Otros		Si		Si	
17		18		< 20 a		Femenino		Soltero		Empleado		No		No		Ninguna		Si		Si	
18		19		< 20 a		Femenino		Soltero		Empleado		No		No		Ninguna		Si		Si	
19		49		40-49 a		Femenino		Casado		Desempleado		No		Ninguna		Ninguna		Si		Si	
20		46		40-49 a		Masculino		Soltero		Empleado		No		Dm2		Ninguna		Si		Si	
21		30		30-39 a		Femenino		Conviviente		Empleado		No		No		Ninguna		Si		Si	
22		32		30-39 a		Femenino		Conviviente		Empleado		No		No		Ninguna		Si		Si	
23		64		60-69 a		Femenino		Soltero		Desempleado		Si		No		Ninguna		Si		No	
24		34		30-39 a		Femenino		Casado		Desempleado		No		Hipotiroidismo		Ansiedad		Si		Si	
25		28		20-29 a		Femenino		Casado		Empleado		Si		No		Ninguna		Si		Si	
26		27		20-29 a		Femenino		Conviviente		Desempleado		Si		Ninguna		Ninguna		Si		Si	
27		47		40-49 a		Masculino		Soltero		Empleado		Si		Dm2		Ninguna		Si		Si	
28		27		20-29 a		Femenino		Conviviente		Desempleado		No		No		Ninguna		Si		Si	
29		30		30-39 a		Femenino		Conviviente		Desempleado		No		No		Ninguna		Si		Si	
30		27		20-29 a		Femenino		Soltero		Desempleado		Si		No		Ninguna		Si		Si	
31		19		< 20 a		Femenino		Soltero		Desempleado		No		No		Ninguna		Si		No	

nro	↓↑	EDAD	↓	Cat edad	↓	SEXO	↓	ESTADO CIVIL	↓	¿Cuál fue su condic	↓	¿Es usted jefe de h	↓	¿Sufre actualmente	↓	¿Ha sido diagnostic	↓	¿Ha sido alguna vez	↓	¿Algún familiar suyc	↓
32		27		20-29 a		Femenino		Conviviente		Desempleado		No		No		Ninguna		Si		Si	
33		62		60-69 a		Femenino		Viudo		Desempleado		Si		Hipertensión arterial		Ninguna		Si		Si	
34		27		20-29 a		Femenino		Conviviente		Desempleado		Si		No		Ninguna		Si		Si	
35		52		50-59 a		Femenino		Conviviente		Empleado		Si		Dm2		Ninguna		Si		No	
36		58		50-59 a		Masculino		Casado		Empleado		Si		DM2		Ninguna		Si		No	
37		42		40-49 a		Masculino		Casado		Empleado		Si		No		Ninguna		Si		Si	
38		22		20-29 a		Femenino		Conviviente		Empleado		No		No		Ninguna		Si		Si	
39		39		30-39 a		Femenino		Soltero		Empleado		Si		Ninguna		Ansiedad		Si		Si	
40		37		30-39 a		Femenino		Casado		Desempleado		Si		No		Ninguna		Si		Si	
41		44		40-49 a		Femenino		Conviviente		Desempleado		Si		Paciente oncologica		Ninguna		Si		No	
42		42		40-49 a		Masculino		Conviviente		Empleado		Si		Bronquitis		Ninguna		Si		Si	
43		58		50-59 a		Femenino		Casado		Empleado		Si		Asma Bronquial		Ninguna		Si		Si	
44		45		40-49 a		Femenino		Casado		Empleado		No		Ninguna		Ninguna		Si		Si	
45		54		50-59 a		Femenino		Soltero		Empleado		Si		Ninguna		Trastornos del sueño		Si		Si	
46		29		20-29 a		Femenino		Conviviente		Desempleado		No		No		Ninguna		Si		No	
47		26		20-29 a		Femenino		Conviviente		Desempleado		No		No		Ninguna		Si		Si	
48		38		30-39 a		Masculino		Casado		Empleado		Si		No		Ninguna		Si		Si	
49		62		60-69 a		Masculino		Viudo		Desempleado		Si		Gonartrosis		Ninguna		Si		Si	
50		55		50-59 a		Masculino		Conviviente		Desempleado		Si		Ninguna		Ninguna		Si		Si	
51		52		50-59 a		Masculino		Casado		Desempleado		Si		No		Trastornos del sueño		Si		Si	
52		30		30-39 a		Masculino		Conviviente		Empleado		Si		No		Ninguna		Si		Si	
53		36		30-39 a		Masculino		Separado o divorciado		Empleado		Si		Obesidad		Ninguna		Si		Si	
54		53		50-59 a		Femenino		Soltero		Empleado		Si		Gastritis, colon irritable		Otros		Si		Si	
55		40		40-49 a		Femenino		Casado		Desempleado		No		No		Ninguna		Si		Si	
56		26		20-29 a		Femenino		Viudo		Empleado		Si		No		Ninguna		Si		Si	
57		18		< 20 a		Masculino		Soltero		Empleado		No		No		Ninguna		Si		Si	
58		31		30-39 a		Femenino		Conviviente		Desempleado		No		Obesidad, DM2		Ninguna		Si		Si	
59		45		40-49 a		Masculino		Conviviente		Empleado		Si		No		Trastornos del sueño		Si		Si	
60		33		30-39 a		Femenino		Conviviente		Desempleado		No		No		Ninguna		Si		Si	
61		18		< 20 a		Masculino		Soltero		Desempleado		No		No		Ninguna		Si		Si	

62	58	50-59 a	Masculino	Casado	Desempleado	No	HBP	Ninguna	Si	Si
63	26	20-29 a	Femenino	Conviviente	Empleado	No	No	Ninguna	Si	Si
64	44	40-49 a	Femenino	Conviviente	Empleado	Si	Dm2	Otros	Si	Si
65	34	30-39 a	Femenino	Conviviente	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
66	49	40-49 a	Femenino	Separado o divorciado	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
67	29	20-29 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	Si	No	Otros	Si	Si
68	55	50-59 a	Femenino	Conviviente	Empleado	Si	HTA	Ninguna	Si	Si
69	28	20-29 a	Femenino	Conviviente	Empleado	No	No	Ninguna	Si	Si
70	30	30-39 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
71	36	30-39 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
72	58	50-59 a	Masculino	Separado o divorciado	Empleado	Si	Hbp	Ninguna	Si	Si
73	22	20-29 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
74	37	30-39 a	Femenino	Separado o divorciado	Empleado	Si	Válvula reemplazo	Otros	Si	Si
75	28	20-29 a	Femenino	Soltero	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
76	41	40-49 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
77	38	30-39 a	Femenino	Conviviente	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
78	30	30-39 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
79	70	70 a más	Femenino	Separado o divorciado	Desempleado	No	Gastritis crónica	Ninguna	Si	No
80	28	20-29 a	Masculino	Casado	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
81	42	40-49 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
82	30	30-39 a	Femenino	Conviviente	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
83	43	40-49 a	Masculino	Soltero	Empleado	No	No	Ninguna	Si	No
84	77	70 a más	Masculino	Casado	Desempleado	Si	DM2 HTA	Ninguna	Si	No
85	28	20-29 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	Si	No	Otros	Si	Si
86	67	60-69 a	Femenino	Casado	Desempleado	Si	Taquicardia Migraña	Ninguna	Si	No
87	42	40-49 a	Femenino	Casado	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
88	30	30-39 a	Femenino	Casado	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
89	52	50-59 a	Masculino	Casado	Empleado	Si	No	Trastornos del sueño	Si	Si
90	20	20-29 a	Masculino	Soltero	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
91	40	40-49 a	Femenino	Casado	Desempleado	Si	No	Trastornos del sueño	Si	Si

93	92	40	40-49 a	Femenino	Casado	Desempleado	No	Pro lapso	Ninguna	Si	Si
94	93	28	20-29 a	Femenino	Conviviente	Empleado	No	No	Otros	Si	Si
95	94	29	20-29 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
96	95	27	20-29 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ansiedad	Si	Si
97	96	47	40-49 a	Masculino	Casado	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
98	97	43	40-49 a	Masculino	Viudo	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
99	98	38	30-39 a	Masculino	Conviviente	Empleado	Si	Gastritis	Ninguna	Si	Si
100	99	46	40-49 a	Masculino	Separado o divorciado	Empleado	Si	No	Otros	Si	Si
101	100	24	20-29 a	Masculino	Soltero	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
102	101	25	20-29 a	Masculino	Conviviente	Empleado	Si	Asma	Ninguna	Si	Si
103	102	50	50-59 a	Masculino	Casado	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
104	103	48	40-49 a	Femenino	Viudo	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
105	104	41	40-49 a	Masculino	Conviviente	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
106	105	38	30-39 a	Femenino	Soltero	Empleado	Si	No	Otros	Si	Si
107	106	44	40-49 a	Femenino	Soltero	Empleado	Si	No	Otros	Si	No
108	107	42	40-49 a	Masculino	Conviviente	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
109	108	56	50-59 a	Masculino	Casado	Desempleado	Si	No	Trastornos del sueño	Si	Si
110	109	33	30-39 a	Masculino	Casado	Empleado	Si	No	Otros	Si	Si
111	110	19	< 20 a	Femenino	Soltero	Desempleado	Si	No	Trastornos del sueño	Si	Si
112	111	44	40-49 a	Femenino	Casado	Desempleado	Si	Hipertensión arterial	Ninguna	Si	Si
113	112	55	50-59 a	Femenino	Separado o divorciado	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
114	113	36	30-39 a	Femenino	Separado o divorciado	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
115	114	43	40-49 a	Femenino	Casado	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
116	115	29	20-29 a	Femenino	Casado	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
117	116	34	30-39 a	Masculino	Soltero	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	No
118	117	44	40-49 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
119	118	50	50-59 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Trastornos del sueño	Si	Si
120	119	39	30-39 a	Masculino	Casado	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
121	120	64	60-69 a	Femenino	Viudo	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
122	121	45	40-49 a	Masculino	Separado o divorciado	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si

122	38	30-39 a	Masculino	Soltero	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
123	45	40-49 a	Femenino	Conviviente	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
124	47	40-49 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
125	59	50-59 a	Femenino	Casado	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
126	37	30-39 a	Masculino	Conviviente	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
127	52	50-59 a	Masculino	Separado o divorciado	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
128	42	40-49 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
129	33	30-39 a	Masculino	Separado o divorciado	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
130	59	50-59 a	Femenino	Viudo	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
131	55	50-59 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
132	46	40-49 a	Femenino	Separado o divorciado	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
133	36	30-39 a	Masculino	Casado	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
134	41	40-49 a	Femenino	Soltero	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
135	62	60-69 a	Femenino	Viudo	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
136	38	30-39 a	Masculino	Conviviente	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
137	49	40-49 a	Femenino	Casado	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
138	60	60-69 a	Femenino	Separado o divorciado	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
139	31	30-39 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
140	29	20-29 a	Masculino	Soltero	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
141	26	20-29 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
142	33	30-39 a	Femenino	Conviviente	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
143	28	20-29 a	Masculino	Soltero	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
144	40	40-49 a	Masculino	Casado	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
145	32	30-39 a	Masculino	Casado	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
146	36	30-39 a	Masculino	Casado	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
147	18	< 20 a	Femenino	Soltero	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
148	24	20-29 a	Masculino	Soltero	Empleado	No	No	Depresion	Si	Si
149	19	< 20 a	Masculino	Conviviente	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
150	30	30-39 a	Masculino	Casado	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
151	24	20-29 a	Masculino	Soltero	Empleado	No	No	Ninguna	No	Si

153	152	37	30-39 a	Femenino	Conviviente	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
154	153	34	30-39 a	Femenino	Casado	Empleado	No	No	Ninguna	Si	Si
155	154	25	20-29 a	Femenino	Conviviente	Empleado	No	No	Ninguna	Si	Si
156	155	39	30-39 a	Femenino	Casado	Empleado	No	No	Ninguna	Si	Si
157	156	49	40-49 a	Masculino	Casado	Empleado	No	Asma	Ninguna	Si	Si
158	157	43	40-49 a	Femenino	Casado	Empleado	No	Obesidad	Ninguna	Si	Si
159	158	26	20-29 a	Femenino	Conviviente	Empleado	No	No	Ninguna	Si	Si
160	159	29	20-29 a	Masculino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
161	160	43	40-49 a	Femenino	Soltero	Desempleado	No	Obesidad	Ninguna	Si	Si
162	161	60	60-69 a	Femenino	Viudo	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	No
163	162	54	50-59 a	Masculino	Separado o divorciado	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
164	163	23	20-29 a	Femenino	Casado	Empleado	No	No	Ninguna	Si	Si
165	164	78	70 a más	Femenino	Separado o divorciado	Desempleado	No	HTA	Ninguna	Si	Si
166	165	37	30-39 a	Masculino	Soltero	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
167	166	28	20-29 a	Femenino	Soltero	Empleado	No	No	Ninguna	Si	No
168	167	39	30-39 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
169	168	24	20-29 a	Femenino	Soltero	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
170	169	26	20-29 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
171	170	22	20-29 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
172	171	24	20-29 a	Masculino	Soltero	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
173	172	41	40-49 a	Femenino	Soltero	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
174	173	27	20-29 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
175	174	23	20-29 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
176	175	51	50-59 a	Femenino	Conviviente	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
177	176	28	20-29 a	Masculino	Conviviente	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
178	177	71	70 a más	Femenino	Viudo	Desempleado	Si	HTA	Ninguna	Si	Si
179	178	23	20-29 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
180	179	22	20-29 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
181	180	18	< 20 a	Femenino	Soltero	Empleado	No	No	Ninguna	Si	Si
182	181	33	30-39 a	Femenino	Conviviente	Empleado	No	No	Ninguna	Si	Si

184	183	29	20-29 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
185	184	39	30-39 a	Femenino	Casado	Empleado	No	No	Ninguna	Si	Si
186	185	49	40-49 a	Femenino	Soltero	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
187	186	60	60-69 a	Femenino	Casado	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
188	187	24	20-29 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
189	188	33	30-39 a	Masculino	Casado	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
190	189	33	30-39 a	Masculino	Conviviente	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
191	190	31	30-39 a	Masculino	Conviviente	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
192	191	48	40-49 a	Femenino	Casado	Empleado	No	DM2	Ninguna	Si	Si
193	192	28	20-29 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
194	193	30	30-39 a	Masculino	Conviviente	Empleado	No	No	Ninguna	Si	No
195	194	55	50-59 a	Femenino	Soltero	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
196	195	37	30-39 a	Masculino	Viudo	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
197	196	28	20-29 a	Femenino	Conviviente	Empleado	No	Asma	Ninguna	Si	Si
198	197	49	40-49 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
199	198	45	40-49 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
200	199	38	30-39 a	Masculino	Casado	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
201	200	27	20-29 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
202	201	46	40-49 a	Femenino	Casado	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
203	202	32	30-39 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
204	203	45	40-49 a	Femenino	Casado	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
205	204	43	40-49 a	Masculino	Casado	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
206	205	24	20-29 a	Masculino	Soltero	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	No
207	206	27	20-29 a	Femenino	Conviviente	Empleado	No	No	Ninguna	Si	Si
208	207	45	40-49 a	Masculino	Conviviente	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
209	208	20	20-29 a	Masculino	Soltero	Empleado	No	no	Ninguna	Si	Si
210	209	18	< 20 a	Masculino	Soltero	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	No
211	210	66	60-69 a	Femenino	Separado o divorciado	Desempleado	No	HTA	Ninguna	Si	No
212	211	19	< 20 a	Masculino	Conviviente	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
213	212	21	20-29 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si

213	19 < 20 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
214	19 < 20 a	Masculino	Soltero	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
215	21 20-29 a	Femenino	Soltero	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
216	40 40-49 a	Femenino	Casado	Empleado	No	No	Ninguna	Si	Si
217	22 20-29 a	Masculino	Conviviente	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
218	38 30-39 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
219	23 20-29 a	Masculino	Soltero	Empleado	No	No	Ninguna	Si	Si
220	24 20-29 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
221	34 30-39 a	Masculino	Conviviente	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
222	28 20-29 a	Masculino	Conviviente	Empleado	Si	no	Ninguna	Si	Si
223	30 30-39 a	Masculino	Casado	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
224	19 < 20 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
225	18 < 20 a	Masculino	Soltero	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
226	32 30-39 a	Masculino	Casado	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
227	25 20-29 a	Femenino	Soltero	Desempleado	No	no	Ninguna	Si	Si
228	37 30-39 a	Femenino	Soltero	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
229	26 20-29 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	No
230	51 50-59 a	Femenino	Casado	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
231	35 30-39 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
232	30 30-39 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Trastornos del sueño	No	No
233	32 30-39 a	Masculino	Conviviente	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	No
234	38 30-39 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
235	35 30-39 a	Masculino	Casado	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
236	31 30-39 a	Femenino	Casado	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
237	46 40-49 a	Femenino	Casado	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
238	44 40-49 a	Masculino	Separado o divorciado	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
239	57 50-59 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
240	19 < 20 a	Masculino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
241	60 60-69 a	Femenino	Separado o divorciado	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
242	60 60-69 a	Masculino	Viudo	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si

243	60	60-69 a	Femenino	Soltero	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
244	62	60-69 a	Femenino	Separado o divorciado	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
245	60	60-69 a	Masculino	Casado	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
246	56	50-59 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
247	44	40-49 a	Masculino	Casado	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
248	40	40-49 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
249	51	50-59 a	Masculino	Casado	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
250	27	20-29 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
251	28	20-29 a	Masculino	Conviviente	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
252	32	30-39 a	Masculino	Conviviente	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
253	54	50-59 a	Femenino	Casado	Empleado	Si	Gastritis	Ansiedad	Si	Si
254	45	40-49 a	Femenino	Conviviente	Empleado	Si	No	Trastornos del sueño	Si	Si
255	38	30-39 a	Masculino	Conviviente	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	No
256	49	40-49 a	Masculino	Separado o divorciado	Desempleado	Si	Hipertenso	Otros	Si	Si
257	29	20-29 a	Femenino	Soltero	Empleado	Si	Gastritis	Ansiedad	Si	Si
258	59	50-59 a	Masculino	Separado o divorciado	Desempleado	Si	Diabetes	Otros	Si	Si
259	33	30-39 a	Femenino	Casado	Empleado	No	No	Ninguna	Si	Si
260	32	30-39 a	Masculino	Conviviente	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
261	65	60-69 a	Masculino	Casado	Empleado	Si	Hipertenso	Otros	Si	Si
262	54	50-59 a	Femenino	Casado	Empleado	Si	No	Trastornos del sueño	Si	Si
263	27	20-29 a	Masculino	Conviviente	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
264	30	30-39 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
265	60	60-69 a	Femenino	Casado	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
266	55	50-59 a	Femenino	Casado	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
267	23	20-29 a	Femenino	Soltero	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
268	21	20-29 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
269	41	40-49 a	Femenino	Casado	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
270	28	20-29 a	Masculino	Casado	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
271	24	20-29 a	Masculino	Soltero	Empleado	No	Sí	Depresion	No	Si
272	20	20-29 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si

273	32	30-39 a	Masculino	Conviviente	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
274	18	< 20 a	Masculino	Soltero	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
275	30	30-39 a	Femenino	Soltero	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
276	67	60-69 a	Femenino	Casado	Desempleado	Si	Epilepsia	Ninguna	Si	Si
277	37	30-39 a	Femenino	Casado	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
278	30	30-39 a	Femenino	Soltero	Empleado	No	No	Ninguna	Si	Si
279	48	40-49 a	Femenino	Soltero	Empleado	No	Colelitiasis	Ninguna	Si	Si
280	32	30-39 a	Masculino	Casado	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	No
281	24	20-29 a	Femenino	Casado	Empleado	No	No	Ninguna	Si	Si
282	24	20-29 a	Masculino	Conviviente	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	No
283	34	30-39 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
284	44	40-49 a	Masculino	Soltero	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
285	42	40-49 a	Femenino	Casado	Empleado	No	No	Ninguna	Si	Si
286	29	20-29 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	No
287	22	20-29 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
288	30	30-39 a	Masculino	Soltero	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
289	21	20-29 a	Femenino	Soltero	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
290	23	20-29 a	Femenino	Soltero	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
291	20	20-29 a	Masculino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
292	23	20-29 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
293	24	20-29 a	Masculino	Soltero	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
294	60	60-69 a	Masculino	Separado o divorciado	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
295	60	60-69 a	Femenino	Separado o divorciado	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
296	45	40-49 a	Femenino	Conviviente	Empleado	No	DM2	Ninguna	Si	No
297	44	40-49 a	Femenino	Casado	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
298	38	30-39 a	Femenino	Viudo	Empleado	Si	Hipertiroidismo	Ninguna	Si	Si
299	20	20-29 a	Masculino	Soltero	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
300	28	20-29 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
301	51	50-59 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
302	24	20-29 a	Femenino	Soltero	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si

300	28	20-29 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
301	51	50-59 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
302	24	20-29 a	Femenino	Soltero	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
303	20	20-29 a	Masculino	Soltero	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
304	69	60-69 a	Masculino	Viudo	Empleado	Si	HTA	Ninguna	Si	Si
305	40	40-49 a	Masculino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
306	24	20-29 a	Masculino	Soltero	Empleado	No	no	Ninguna	Si	Si
307	19	< 20 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
308	57	50-59 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	Diabetes	Ninguna	Si	Si
309	59	50-59 a	Femenino	Separado o divorciado	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
310	55	50-59 a	Masculino	Casado	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
311	32	30-39 a	Femenino	Soltero	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
312	29	20-29 a	Masculino	Soltero	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
313	31	30-39 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
314	34	30-39 a	Femenino	Soltero	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
315	18	< 20 a	Femenino	Soltero	Empleado	No	No	Ninguna	Si	Si
316	49	40-49 a	Femenino	Casado	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
317	37	30-39 a	Femenino	Conviviente	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
318	60	60-69 a	Femenino	Separado o divorciado	Desempleado	No	No	Ninguna	Si	Si
319	61	60-69 a	Femenino	Separado o divorciado	Desempleado	Si	No	Ninguna	Si	Si
320	47	40-49 a	Femenino	Separado o divorciado	Empleado	Si	Si	Ninguna	Si	Si
321	43	40-49 a	Masculino	Casado	Empleado	Si	No	Ninguna	Si	No
322	45	40-49 a	Masculino	Casado	Empleado	Si	no	Ninguna	No	Si

nro	PHQ9									
	1	¿Pocas ganas	¿Sentirse des	¿Problemas pa	¿Sentirse cans	¿Poco apetito	¿Sentirse mal	¿Dificultad par	¿Moverse o ha	¿Pensamiento
1	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1
2	1	1	1	1	2	1	1	2	0	0
3	0	1	2	1	0	1	1	0	0	0
4	2	2	0	2	3	0	0	0	0	1
5	1	2	0	2	0	1	0	0	0	0
7	0	0	2	0	3	0	0	0	3	0
8	2	1	1	1	0	1	1	0	0	0
9	2	2	2	2	0	1	1	0	0	0
10	0	2	2	1	1	2	2	0	0	0
11	2	3	1	2	2	1	2	2	2	1
12	2	2	0	2	2	1	2	2	2	0
13	3	1	0	0	3	0	0	0	1	0
14	2	3	3	2	3	3	0	0	0	0
15	2	2	1	3	3	0	0	0	3	0
16	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1
17	2	1	1	1	2	1	3	2	0	0
18	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0
19	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0
20	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
21	3	0	0	3	0	0	0	1	3	0
22	2	1	0	1	1	2	2	1	0	0
23	0	2	3	1	0	1	2	0	0	0
24	2	2	1	2	2	2	2	0	1	1
25	2	2	3	3	3	2	2	2	0	0
26	2	0	0	1	2	1	2	0	0	0
27	0	0	2	0	0	0	0	0	3	0
28	3	2	2	0	2	0	0	0	0	0
29	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
31	0	0	2	0	0	1	1	0	0	0

PHQ9											
nro	í	¿Pocas ganas	¿Sentirse des	¿Problemas pa	¿Sentirse cans	¿Poco apetito	¿Sentirse mal	¿Dificultad par	¿Moverse o ha	¿Pensamiento	
32		2	2	0	2	3	2	2	2	2	2
33		3	2	3	2	2	2	3	2	2	2
34		1	2	0	0	2	2	0	0	0	0
35		3	3	3	3	1	2	1	2	0	0
36		2	3	2	2	2	2	2	0	1	1
37		0	0	1	2	0	0	1	0	0	0
38		2	0	0	2	1	0	1	0	0	0
39		2	1	1	2	3	2	2	2	0	0
40		1	2	2	1	3	0	1	1	0	0
41		0	2	0	2	0	0	2	0	0	0
42		1	1	2	2	0	0	2	0	0	0
43		0	1	2	0	0	0	0	3	0	0
44		0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
45		3	2	2	2	2	2	2	1	0	0
46		0	0	0	0	2	0	0	1	0	0
47		1	2	0	2	1	0	1	2	0	0
48		3	2	2	3	3	0	0	3	0	0
49		3	3	3	2	3	2	2	3	0	0
50		2	1	2	2	1	2	2	2	2	2
51		2	2	2	2	1	2	3	2	1	1
52		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
53		0	2	1	2	1	2	2	0	0	0
54		0	2	2	0	2	2	2	2	0	0
55		1	2	1	1	2	0	0	1	0	0
56		0	2	3	3	2	1	2	3	0	0
57		1	1	0	2	2	1	1	2	2	2
58		2	2	1	2	3	3	3	0	1	1
59		2	2	2	2	2	1	2	1	2	2
60		0	1	0	0	3	0	0	0	0	0

		PHQ9									
nro	↓↑	¿Pocas ganas	¿Sentirse des	¿Problemas pa	¿Sentirse cans	¿Poco apetito	¿Sentirse mal	¿Dificultad par	¿Moverse o ha	¿Pensamiento	
62		2	2	2	2	3	2	2	2	2	
63		3	2	0	0	1	0	2	0	0	
64		2	2	2	2	2	2	2	2	1	
65		2	1	0	1	1	2	2	2	1	
66		0	2	3	2	2	2	0	2	0	
67		0	0	0	2	2	2	2	0	1	
68		2	2	3	2	1	2	3	3	2	
69		0	0	2	1	2	0	1	0	0	
70		0	0	0	0	0	0	0	0	0	
71		1	0	0	0	1	0	1	2	0	
72		1	2	1	2	2	1	2	2	1	
73		1	1	3	2	2	1	1	1	0	
74		2	3	2	2	3	2	3	3	2	
75		2	3	3	3	3	0	2	3	0	
76		1	2	1	2	2	2	1	3	1	
77		0	2	1	3	0	2	1	0	1	
78		0	1	1	1	1	0	2	0	0	
79		0	0	1	1	2	0	2	0	0	
80		1	1	1	1	1	1	1	1	0	
81		1	1	0	1	1	0	0	1	0	
82		2	1	3	1	1	3	2	1	2	
83		3	0	0	0	3	0	0	0	0	
84		2	3	0	2	2	1	3	2	0	
85		2	2	3	2	2	2	2	0	2	
86		2	2	2	2	2	1	1	1	2	
87		0	1	1	2	0	0	1	2	0	
88		0	2	2	2	1	2	2	0	0	
89		2	2	2	1	2	2	2	1	2	
90		0	0	0	2	3	2	0	0	2	

		PHQ9								
nro	↓	¿Pocas ganas	¿Sentirse des	¿Problemas pa	¿Sentirse cans	¿Poco apetito	¿Sentirse mal	¿Dificultad par	¿Moverse o ha	¿Pensamiento
	92	0	2	0	1	0	2	0	0	0
	93	0	2	2	2	2	1	1	2	0
	94	2	3	2	3	3	2	3	3	0
	95	2	2	2	2	2	2	2	0	0
	96	2	2	2	1	2	2	2	2	2
	97	3	3	3	3	3	2	3	3	1
	98	2	2	1	2	1	2	1	2	2
	99	2	2	2	1	2	2	1	2	1
	100	3	2	2	2	1	2	3	2	2
	101	2	3	1	3	1	0	3	0	1
	102	2	2	1	2	2	1	2	1	2
	103	3	2	3	2	2	3	2	2	2
	104	3	0	0	2	0	0	0	2	0
	105	1	1	0	1	0	1	1	1	0
	106	0	1	1	0	0	0	0	0	0
	107	2	2	1	2	2	1	2	1	2
	108	2	2	1	2	1	2	1	2	1
	109	1	1	1	1	0	1	1	1	1
	110	2	2	2	2	2	3	2	2	2
	111	2	2	1	2	1	2	1	2	1
	112	2	2	1	2	1	1	1	1	1
	113	2	1	0	2	1	0	2	2	2
	114	2	2	3	3	2	3	2	2	1
	115	2	1	2	2	1	1	1	1	0
	116	0	0	0	1	0	1	0	0	0
	117	2	2	3	2	2	2	1	2	2
	118	2	1	2	2	1	2	1	1	0
	119	1	1	1	2	1	2	1	0	0
	120	3	2	2	3	3	1	2	3	1

PHQ9											
nro	1	¿Pocas ganas	¿Sentirse des	¿Problemas pa	¿Sentirse cans	¿Poco apetito	¿Sentirse mal	¿Dificultad par	¿Moverse o ha	¿Pensamiento	
122		1	2	3	1	1	3	1	1	1	
123		1	1	2	1	2	2	1	2	1	
124		1	0	1	1	2	1	2	1	0	
125		2	3	2	2	2	1	2	2	0	
126		1	1	1	1	1	2	1	1	1	
127		1	1	2	2	2	2	1	0	1	
128		2	1	2	2	1	1	1	1	0	
129		2	1	2	3	2	2	2	1	1	
130		2	2	2	3	1	2	2	2	1	
131		2	1	2	2	0	2	1	1	2	
132		2	1	2	3	2	2	2	1	2	
133		2	2	2	2	0	2	2	0	1	
134		2	1	2	2	2	1	2	2	2	
135		2	3	2	2	3	2	2	3	2	
136		1	1	1	0	1	1	2	0	0	
137		2	1	2	2	1	2	1	2	2	
138		3	3	3	3	3	1	3	2	0	
139		0	0	1	0	0	1	0	0	0	
140		0	0	2	2	0	0	1	1	0	
141		1	0	0	1	0	0	0	0	0	
142		0	1	0	1	1	0	2	1	0	
143		2	2	3	2	0	1	2	2	0	
144		0	0	1	0	2	0	0	0	0	
145		0	0	1	1	0	1	0	0	0	
146		2	2	2	2	0	1	1	1	0	
147		0	0 0, 1		1	0	0	1	0	0	
148		1	1	2	1	2	1	1	1	1	
149		0	2	0	0	0	3	0	0	0	
150		0	0	0	0	0	0	0	0	0	
151		1	1	2	2	1	1	1	0	0	

PHQ9										
nro	↓	¿Pocas ganas	¿Sentirse des	¿Problemas pa	¿Sentirse cans	¿Poco apetito	¿Sentirse mal	¿Dificultad par	¿Moverse o ha	¿Pensamientos
152		2	0	0	2	0	0	1	1	0
153		2	1	0	3	2	0	2	0	0
154		2	0	1	0	0	0	0	0	0
155		0	1	0	1	1	0	2	0	0
156		0	0	0	1	0	0	0	0	0
157		0	0	0	0	0	0	0	0	0
158		0	1	0	1	0	0	1	1	1
159		0	0	1	2	0	1	1	2	0
160		0	2	0	2	1	2	0	0	1
161		0	2	0	1	1	0	1	0	0
162		0	0	0	1	0	0	0	0	0
163		0	0	0	0	1	0	0	0	0
164		3	3	3	3	3	3	0	3	0
165		0	2	1	0	0	0	2	2	1
166		2	2	2	3	2	0	2	2	0
167		3	3	3	3	1	2	2	3	0
168		0	0	1	1	1	0	0	0	0
169		0	0	2	2	2	0	0	2	0
170		2	2	0	3	3	0	0	1	0
171		1	0	1	0	3	1	0	0	0
172		2	2	3	2	3	2	2	3	0
173		0	0	2	3	2	2	2	3	0
174		0	0	0	0	0	0	0	0	0
175		0	0	0	0	3	0	2	2	0
176		0	1	0	1	1	1	0	1	0
177		1	1	1	1	1	1	1	2	0
178		2	0	0	2	1	0	1	0	0
179		0	0	0	0	0	0	0	0	0
180		1	2	2	2	0	1	2	1	1
181		3	3	3	3	3	2	3	1	0

		PHQ9								
nro	↓	[¿Pocas ganas ↓	[¿Sentirse desé ↓	[¿Problemas pa ↓	[¿Sentirse cans ↓	[¿Poco apetito ↓	[¿Sentirse mal ↓	[¿Dificultad par ↓	[¿Moverse o ha ↓	[¿Pensamiento: ↓
212		1	0	1	1	0	0	1	0	0
213		0	1	1	0	1	2	2	0	0
214		1	0	1	1	0	0	1	0	0
215		0	0	0	0	0	0	0	0	0
216		1	1	1	1	1	1	1	1	0
217		1	1	2	2	1	1	2	1	1
218		1	1	1	2	2	1	2	2	0
219		1	1	1	2	1	1	1	2	0
220		0	1	1	0	1	1	1	1	1
221		2	1	2	2	2	2	1	1	2
222		1	1	1	2	2	0	1	0	0
223		1	2	2	2	1	2	2	1	1
224		1	1	1	1	1	1	1	1	1
225		1	1	1	1	1	1	1	1	1
226		2	2	3	2	2	2	2	2	0
227		3	2	2	3	1	2	1	2	1
228		3	2	2	2	2	3	2	2	2
229		1	1	1	1	1	1	1	1	0
230		2	2	2	1	1	2	2	2	1
231		1	2	1	1	2	1	1	2	1
232		1	1	2	1	1	2	1	1	0
233		1	1	1	2	1	1	1	2	0
234		1	1	2	2	2	2	2	1	1
235		1	1	2	2	2	0	1	1	0
236		1	1	2	2	1	1	1	2	0
237		1	1	0	1	1	1	1	0	0
238		2	2	2	2	2	0	2	0	0
239		1	2	2	2	1	2	1	2	2
240		1	1	1	1	1	1	1	1	1
241		2	2	2	3	2	3	2	2	0

PHQ9										
nro	↓↑	¿Pocas ganas	¿Sentirse des	¿Problemas pa	¿Sentirse cans	¿Poco apetito	¿Sentirse mal	¿Dificultad par	¿Moverse o ha	¿Pensamientos
272		0	1	1	2	0	0	1	3	0
273		1	1	3	2	2	1	2	2	0
274		2	2	3	2	1	2	2	1	0
275		3	3	2	3	2	3	2	2	0
276		1	2	0	2	3	1	3	3	0
277		2	2	3	3	1	3	2	3	0
278		2	0	0	3	0	0	0	0	0
279		2	2	3	2	2	2	2	3	0
280		3	2	1	1	3	0	0	2	0
281		2	2	0	2	3	0	0	3	1
282		1	1	1	1	1	1	1	1	1
283		2	2	3	2	2	2	1	0	0
284		2	0	3	1	3	0	0	0	0
285		0	0	2	0	0	0	0	1	0
286		2	2	0	1	0	0	2	0	0
287		1	1	1	2	1	1	1	1	0
288		1	1	1	1	0	1	1	0	0
289		1	0	1	1	1	1	0	0	0
290		1	1	0	1	1	0	1	1	1
291		1	1	1	1	0	0	0	0	0
292		1	1	1	2	1	2	1	0	0
293		1	1	2	1	1	1	1	1	0
294		3	2	3	2	2	3	2	2	0
295		2	2	3	2	2	3	2	2	2
296		2	3	2	1	2	3	2	2	0
297		1	1	2	2	1	1	1	0	0
298		2	2	3	0	3	2	3	2	1
299		0	0	0	0	2	0	2	2	0
300		0	1	1	1	2	1	1	0	0

		PHQ9								
nro	↑	¿Pocas ganas	¿Sentirse des	¿Problemas pa	¿Sentirse cans	¿Poco apetito	¿Sentirse mal	¿Dificultad par	¿Moverse o ha	¿Pensamiento
302		2	1	2	1	2	1	2	0	0
303		0	0	0	0	0	0	0	0	0
304		3	3	3	3	3	3	3	3	1
305		0	1 0, 2		2	1	1	1	0	0
306		1	1	1	2	2	1	1	0	0
307		1	0	1	1	1	0	0	0	0
308		2	1	1	2	0	2	1	1	1
309		1	1	2	2	1	2	1	2	1
310		2	1	2	2	2	1	0	0	0
311		2	2	2	2	2	0	1	0	0
312		2	1	2	2	1	1	1	1	1
313		1	1	2	1	1	1	1	1	0
314		2	2	2	2	2	3	2	2	0
315		0	1	0	1	1	0	0	0	0
316		1	1	1	1	0	0	0	1	0
317		2	2	1	1	2	2	1	1	0
318		3	2	2	3	2	3	2	2	2
319		3	3	2	2	2	2	2	2	0
320		0	1	0	0	0	1	0	0	0
321		0	0	0	0	1	0	0	0	0
322		0	0	0	1	1	0	0	0	0

GAD-7								
nro	↓	[Sentirse nervioso/a]	[No poder dejar de]	[Preocuparse demasiado]	[Dificultad para relajarse]	[Estar tan inquieto/a]	[Molestarse o ponerse enojado/a]	[Sentir miedo como si fuera a ocurrir algo malo]
1		2	3	2	1	1	2	1
2		2	1	1	2	2	3	0
3		0	3	2	0	1	2	0
4		0	2	2	0	0	3	2
5		2	2	1	1	0	3	1
7		1	3	3	3	2	3	2
8		2	2	2	1	1	2	0
9		2	2	2	1	2	2	2
10		2	0	2	2	0	0	1
11		1	3	3	2	1	2	2
12		2	0	2	0	2	0	0
13		0	0	1	3	3	1	0
14		0	0	0	0	3	3	2
15		3	2	1	2	0	3	0
16		1	2	2	1	1	2	1
17		0	2	2	2	0	2	3
18		0	0	0	0	3	3	0
19		2	2	0	0	2	1	2
20		3	2	3	2	3	3	3
21		0	0	3	0	0	3	3
22		1	1	2	0	1	3	3
23		2	3	3	1	0	2	3
24		2	2	2	2	2	2	2
25		1	3	3	2	1	3	0
26		0	0	0	0	2	0	2
27		0	2	3	2	0	0	2
28		2	1	2	0	0	0	1
29		0	1	0	0	0	2	0

GAD-7								
nro	↓↑	[Sentirse nervioso/a	[No poder dejar de	[Preocuparse dema	[Dificultad para rela	[Estar tan inquieto/a	[Molestarse o pone	[Sentir miedo como
32		3	3	3	2	2	3	2
33		2	2	1	2	3	2	3
34		0	2	2	1	0	2	0
35		3	3	3	3	3	3	3
36		2	2	2	1	1	2	1
37		0	0	3	1	0	1	0
38		0	2	2	0	0	3	2
39		1	2	2	2	2	3	1
40		0	2	1	3	0	0	0
41		2	0	1	0	0	0	3
42		2	0	1	2	1	1	1
43		0	2	2	1	0	3	3
44		0	0	0	0	2	0	2
45		2	2	3	1	2	2	2
46		2	1	2	0	0	2	3
47		1	0	0	0	0	2	1
48		1	2	3	3	3	3	2
49		2	2	3	2	2	3	2
50		2	1	2	2	2	1	2
51		2	2	3	2	2	3	2
52		3	1	1	0	0	1	0
53		2	1	1	2	2	3	2
54		2	2	3	2	3	3	3
55		0	1	2	1	2	2	2
56		2	3	3	3	0	0	3
57		2	2	3	2	2	1	2
58		2	3	3	3	2	2	3
59		2	1	2	2	2	1	2
60		1	1	1	0	2	0	1
61		0	0	0	0	1	1	0

GAD-7								
nro	↑	[Sentirse nervioso/a]	[No poder dejar de]	[Preocuparse demasiado]	[Dificultad para relajarse]	[Estar tan inquieto/a]	[Molestarse o ponerse enojado/a]	[Sentir miedo como si fuera a ocurrir algo]
62		1	2	2	2	2	2	2
63		2	2	2	0	0	0	1
64		2	2	2	0	0	2	0
65		1	2	1	1	0	1	2
66		2	2	3	2	2	0	2
67		2	2	2	2	2	2	0
68		3	3	3	2	3	3	3
69		2	2	2	1	1	0	3
70		0	2	0	0	0	0	0
71		1	1	1	1	1	1	3
72		2	2	1	2	2	1	2
73		1	1	1	2	1	3	1
74		0	2	2	2	2	0	0
75		2	3	3	2	0	3	3
76		2	2	3	2	1	3	3
77		3	3	3	2	0	3	3
78		1	1	1	1	3	2	3
79		1	0	2	1	1	0	1
80		2	2	1	2	2	2	2
81		1	1	2	0	2	2	0
82		2	2	2	2	2	2	2
83		0	0	0	2	2	0	0
84		2	2	3	2	2	2	2
85		2	2	2	2	2	2	2
86		2	2	3	3	3	3	3
87		0	0	1	0	0	0	0
88		2	2	2	2	2	2	0
89		2	2	2	1	1	1	2

		GAD-7						
nro	↓↑	[Sentirse nervioso/a]	[No poder dejar de]	[Preocuparse demasiado]	[Dificultad para relajarse]	[Estar tan inquieto/a]	[Molestarse o ponerse enojado/a]	[Sentir miedo como si fuera a suceder algo malo]
92		1	1	1	0	1	2	1
93		2	2	2	2	2	2	2
94		3	1	3	2	2	2	3
95		2	2	2	2	0	0	0
96		2	1	2	2	1	2	1
97		2	2	2	3	3	2	2
98		2	2	2	1	2	2	2
99		2	2	2	2	2	1	2
100		2	1	2	2	2	2	1
101		1	2	3	2	1	1	1
102		2	2	2	3	2	3	2
103		2	3	3	2	2	3	2
104		0	0	1	0	0	1	0
105		1	2	2	2	0	1	1
106		0	1	0	0	0	0	0
107		3	2	2	2	3	2	3
108		2	2	3	2	3	2	2
109		2	1	2	2	2	1	2
110		2	2	2	2	2	2	2
111		2	2	2	3	2	3	2
112		2	3	2	2	3	2	2
113		2	1	2	2	2	3	2
114		2	2	2	2	3	2	2
115		2	3	2	3	2	2	2
116		2	1	1	3	1	2	1
117		2	1	3	2	2	1	2
118		2	3	2	2	2	3	2
119		2	2	2	2	1	2	1
120		2	2	2	2	2	2	2

nro	↓↑	GAD-7						
		[Sentirse nervioso/a]	[No poder dejar de]	[Preocuparse demasiado]	[Dificultad para relajarse]	[Estar tan inquieto/a]	[Molestarse o ponerse enojado/a]	[Sentir miedo como si fuera a ocurrir algo]
122		2	1	2	1	3	2	1
123		2	2	1	2	2	3	1
124		2	3	2	2	3	2	2
125		3	2	3	2	2	2	2
126		2	2	1	2	2	3	2
127		2	2	2	1	1	1	2
128		2	2	1	2	3	2	2
129		2	2	1	2	2	2	2
130		2	2	3	2	2	2	2
131		3	2	2	2	2	3	3
132		2	2	3	2	3	3	3
133		2	3	3	2	2	1	2
134		2	3	2	2	1	2	2
135		2	3	3	3	3	3	2
136		2	2	1	1	3	3	2
137		2	2	2	2	2	2	2
138		2	3	2	2	3	3	3
139		2	2	1	1	2	2	1
140		1	1	2	1	1	1	1
141		1	0	0	0	0	0	0
142		2	2	2	2	2	2	1
143		2	1	2	2	1	2	1
144		2	2	2	2	3	2	2
145		2	1	2	2	1	2	2
146		2	2	3	2	2	2	2
147		1	2	2	2	1	0	0
148		1 1, 2		2	2	2	2	2
149		2	2	2	0	2	2	0

GAD-7								
nro	↓	[Sentirse nervioso/a	[No poder dejar de	[Preocuparse dema	[Dificultad para rela	[Estar tan inquieto/a	[Molestarse o pone	[Sentir miedo como
152		0	1	2	1	0	2	0
153		0	2	2	2	3	3	3
154		0	1	0	0	0	1	0
155		2	1	0	0	1	0	1
156		2	1	1	0	0	0	1
157		0	0	0	0	0	0	0
158		1	0	3	2	0	3	3
159		0	0	3	1	1	2	3
160		2	2	3	2	2	2	3
161		0	0	0	1	1	3	1
162		0	0	0	0	0	1	0
163		2	2	1	0	0	2	1
164		1	2	2	1	0	2	2
165		0	0	0	0	2	1	0
166		1	3	3	3	3	3	2
167		1	2	3	2	2	3	3
168		2	1	1	1	1	2	0
169		0	0	0	2	0	0	0
170		2	1	2	2	0	3	3
171		1	2	1	0	1	2	2
172		3	2	1	3	2	3	3
173		1	2	3	1	0	3	2
174		0	0	0	0	1	0	0
175		0	0	2	0	2	3	0
176		0	1	1	1	1	1	1
177		1	1	1	1	1	1	1
178		0	1	1	1	1	0	0
179		0	0	0	0	1	0	0
180		0	1	3	0	0	0	3
181		2	2	2	2	0	2	

Paciente	ID	GAD-7						
		[Sentirse nervioso/a]	[No poder dejar de pensar en lo que le preocupa]	[Preocuparse demasiado]	[Dificultad para relajarse]	[Estar tan inquieto/a que no puede estar quieto/a]	[Molestarse o ponerse fácilmente enojado/a]	[Sentir miedo como si fuera a perder el control]
182		0	2	3	3	1	3	3
183		0	1	2	1	0	2	2
184		1	1	0	1	1	1	0
185		3	3	3	3	1	3	3
186		3	3	3	2	2	3	3
187		3	3	3	2	0	2	3
188		1	1	1	0	1	1	3
189		1	0	2	0	2	1	0
190		1	0	2	1	2	1	0
191		1	1	2	0	1	2	3
192		3	3	3	2	3	2	3
193		2	3	3	2	2	3	2
194		2	2	2	2	0	2	2
195		2	2	1	2	2	2	1
196		0	1	2	1	0	2	2
197		2	2	2	2	2	2	2
198		2	3	3	2	3	3	2
199		1	1	0	1	0	1	1
200		2	2	2	2	1	3	1
201		2	2	3	3	1	2	1
202		2	3	2	2	2	3	2
203		2	1	2	2	1	1	2
204		2	2	3	2	2	2	3
205		1	0	1	0	3	3	3
206		2	1	2	1	2	2	2
207		2	2	2	3	2	2	3
208		1	1	1	2	2	1	2
209		0	1	1	0	1	1	1
210		2	2	2	2	0	0	3

		GAD-7							
nro	↓	[Sentirse nervioso/a	[No poder dejar de	[Preocuparse dema	[Dificultad para rela	[Estar tan inquieto/a	[Molestarse o poner	[Sentir miedo como	
212		1	1	1	1	1	1	1	1
213		2	2	2	2	2	2	2	2
214		0	0	1	1	0	0	0	0
215		1	1	1	1	1	1	1	1
216		1	1	1	1	1	1	1	1
217		2	2	2	1	2	1	2	2
218		1	2	2	1	2	2	2	2
219		2	2	1	1	0	1	1	1
220		2	2	1	2	1	1	1	2
221		3	2	3	2	2	3	2	2
222		1	1	1	1	1	1	1	1
223		2	2	2	2	2	2	2	3
224		1	1	1	2	1	1	1	1
225		0	1	1	1	2	1	1	1
226		2	2	3	2	2	2	2	2
227		1	1	2 1, 3		1	2	2	2
228		2	2	2	3	2	2	2	2
229		1	1	1	1	1	1	1	1
230		2	2	2	2	1	3	2	2
231		2	2	2	2	2	3	2	2
232		2	2	1	2	2	1	2	2
233		2	1	2	2	2	1	0	
234		2	2	1	2	2	1	2	2
235		2	2	2	2	1	2	2	2
236		2	2	2	2	2	1	2	2
237		2	2	1	2	2	2	2	2
238		2	2	1	3	2	2	2	2
239		2	2	2	2	1	2	2	2

nro	↓	GAD-7						
		[Sentirse nervioso/a]	[No poder dejar de]	[Preocuparse demasiado]	[Dificultad para relajarse]	[Estar tan inquieto/a]	[Molestarse o ponerse enojado/a]	[Sentir miedo como si fuera a ocurrir algo]
242		2	3	2	2	2	2	2
243		3	3	2	2	2	3	2
244		3	3	2	2	2	1	2
245		2	2	2	2	2	2	2
246		2	2	2	1	2	2	1
247		2	1	1	2	1	1	1
248		2	2	2	2	2	2	2
249		2	2	1	1	1	1	2
250		1	1	1	1	1	1	1
251		1	2	1	1	1	3	2
252		1	1	1	1	2	2	0
253		1	1	1	1	1	1	1
254		1	0	1	0	0	1	0
255		0	1	1	1	1	1	0
256		1	1	1	1	0	1	1
257		1	1	1	1	1	1	1
258		1	2	1	1	1	2	2
259		1	1	0	1	1	1	1
260		1	0	0	1	0	0	1
261		2	2	2	1	1	2	1
262		1	1	2	1	1	1	1
263		2	2	1	1	1	2	0
264		2	2	2	2	2	3	2
265		2	1	2	3	2	2	3
266		3	2	2	2	3	3	2
267		1	1	1	1	1	1	1
268		2	2	2	1	2	2	2
269		1	2	2	1	2	1	2

nro	↓	GAD-7						↓	↓	↓
		[Sentirse nervioso/a]	[No poder dejar de]	[Preocuparse demasiado]	[Dificultad para relajarse]	[Estar tan inquieto/a]	[Molestarse o ponerse enojado/a]			
272		1	1	2	3	0	1			1
273		2	1	3	1	3	2			3
274		3	2	1	2	1	1			2
275		3	3	2	3	2	3			3
276		3	1	3	3	0	3			3
277		3	0	3	3	3	2			3
278		2	3	3	3	0	3			1
279		2	2	3	3	2	2			3
280		0	0	0	1	0	2			3
281		3	2	2	3	3	3			3
282		0	0	0	1	3	3			0
283		2	2	2	2	2	2			2
284		1	2	0	0	1	2			1
285		1	3	3	1	0	2			0
286		1	3	3	3	0	2			2
287		2	1	1	1	1	1			2
288		1	2	1	1	1	2			1
289		1	1	1	0	1	0			1
290		1	0	1	1	1	2			1
291		2	1	1	1	1	2			0
292		1	1	1	1	1	1			1
293		2	1	2	2	1	1			2
294		2	2	2	3	2	2			2
295		3	2	3	2	2	3			2
296		2	2	3	2	1	2			2
297		2	2	2	1	2	2			2
298		2	3	2	2	1	2			2

nro	↓↑	GAD-7						
		[Sentirse nervioso/a]	[No poder dejar de]	[Preocuparse demasiado]	[Dificultad para relajarse]	[Estar tan inquieto/a]	[Molestarse o ponerse enojado/a]	[Sentir miedo como si fuera a suceder algo]
302		1	1	1	2	1	2	1
303		1	2	1	2	2	1	1
304		3	3	3	3	0	3	2
305		2	2	2	1	2	2	2
306		1	0	1	1	1	0	0
307		2	2	2	1	2	2	2
308		1	2	2	1	1	1	2
309		2	3	2	2	2	3	2
310		2	2	1	2	2	3	2
311		3	2	2	2	2	2	2
312		2	3	2	2	3	3	2
313		2	2	2	2	2	2	2
314		2	2	1	2	2	2	2
315		2	2	2	2	2	3	2
316		2	2	2	1	1	2	2
317		2	2	2	2	1	3	2
318		2	2	3	3	3	2	2
319		2	3	3	2	2	2	3
320		0	0	1	1	0	1	0
321		0	0	0	0	0	0	0
322		1	1	0	0	0	1	0

nro	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig
65	2	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	2	2	2	1	1	1	1	0	0	0
66	0	1	1	0	1	0	2	0	0	0	0	2	1	2	0	0	0	1	0	0	0
67	0	1	0	0	2	2	1	0	1	0	1	0	0	2	0	0	0	2	0	0	1
68	3	3	2	0	0	0	2	2	0	1	3	2	3	0	2	1	0	0	2	3	0
69	2	1	2	1	1	2	2	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	2	2	0
70	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
71	0	0	0	0	2	0	0	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
72	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	1
73	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
74	2	3	2	2	0	0	0	2	2	3	2	2	0	2	0	2	1	0	2	3	2
75	3	2	2	0	3	0	3	0	0	3	2	2	3	0	3	0	2	3	0	0	0
76	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	1
77	0	2	2	2	2	2	0	3	3	0	2	2	2	3	0	2	2	0	2	1	3
78	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0
79	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1
80	1	0	1	1	1	0	1	2	1	2	1	1	1	0	1	1	1	2	1	1	0
81	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	1	0
82	2	1	1	2	2	2	2	2	0	0	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1
83	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
84	3	2	2	1	1	2	3	2	1	2	2	2	3	1	2	1	2	2	2	2	1
85	0	0	0	0	2	2	2	0	1	1	2	1	2	1	2	1	1	2	1	2	1
86	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	3	3	2	1	1	2	2	2	2	1
87	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
88	1	1	1	2	1	0	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	1	1
89	2	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	1	2
90	0	0	2	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0
91	2	0	0	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
92	0	0	0	3	2	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0
93	0	2	0	0	0	2	2	0	0	0	2	2	2	2	0	2	1	2	0	2	1
94	0	2	2	3	3	3	3	2	1	1	2	3	2	2	0	0	2	2	0	1	1
95	2	0	2	0	2	1	2	2	2	1	2	2	0	1	0	1	0	2	0	0	0
96	1	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1	2	1	2	1
97	1	3	2	2	2	3	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2
98	1	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1
99	1	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	2	1	2	2	1
100	1	2	2	1	2	1	3	2	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1
101	0	1	1	2	3	0	1	1	0	1	2	1	3	0	1	0	0	1	1	2	0
102	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	0	1	1	1	2	1
103	1	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	2	1	2
104	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
105	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1
106	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
107	1	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1
108	1	2	1	2	3	2	2	1	1	2	2	2	2	3	2	1	1	2	2	2	2
109	1	0	1	1	2	1	1	1	0	1	1	1	1	2	1	1	1	0	0	0	0
110	1	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1
111	3	2	2	2	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1
112	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	0
113	1	2	2	3	2	2	3	2	1	2	2	1	2	1	2	1	1	2	1	2	1
114	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2
115	1	0	2	2	1	1	2	1	0	1	1	0	0	1	2	1	1	2	1	0	0
116	1	2	1	0	1	1	1	2	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0
117	1	2	3	2	2	1	2	3	2	1	2	2	2	2	3	1	1	3	2	3	1
118	1	2	1	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1
119	2	1	2	1	2	1	1	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1
120	2	2	3	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2
121	2	1	2	2	1	1	2	2	1	2	3	2	2	2	1	2	2	1	2	3	1
122	1	2	2	2	1	2	1	2	0	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	0
123	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	3	1	1	2	2	2	2	1
124	2	1	2	0	1	2	1	2	0	2	1	1	1	2	2	1	0	1	2	0	0
125	1	1	2	1	3	2	3	2	1	2	1	2	2	1	2	2	2	3	2	2	0
126	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2	1	2	1

nro	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig
128	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1
129	2	0	1	1	0	2	1	0	0	1	2	1	2	1	2	1	0	0	1	2	1	1
130	1	2	2	1	3	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	3	2	1	1
131	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	3	2	1	1	3	2	2	1
132	1	1	2	1	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	3	2	2	1
133	1	2	3	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	3	1	1	2	2	2	2	0	0
134	1	2	2	2	3	1	2	2	2	1	2	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	1
135	2	3	2	2	2	2	2	2	1	2	3	2	1	2	2	2	1	3	2	2	2	1
136	1	2	2	1	2	1	1	1	0	1	2	1	3	2	2	2	1	2	2	2	1	2
137	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1
138	2	2	3	2	2	2	2	2	0	2	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	0
139	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	2	0	1	0	0	2	1	0	0	0
140	1	0	1	1	2	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	2	0	0	0
141	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
142	0	1	1	1	1	2	1	2	1	0	1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1
143	1	0	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	3	1	1	1	1	3	1	1	1	0
144	2	0	2	0	1	1	1	2	1	2	2	0	2	2	1	0	3	1	0	0	0	0
145	1	0	2	0	1	2	2	1	0	1	2	2	3	1	0	1	2	1	2	0	0	0
146	2	1	2	1	1	3	2	0	1	1	2	2	3	1	1	1	1	2	1	1	0	0
147	2	0	1	0	2	1	1	0	0	1	1	0	3	1	0	0	2	0	0	0	0	0
148	2	3	3	1	2	0	1	0	1	2	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	2	2
149	2	0	1	1	2	2	1	2	0	1	2	1	2	0	0	1	2	1	0	0	0	0
150	1	2	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	2	0	0	1	3	1	0	0	0	0
151	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	2	0	1	1	0	0	0	0
152	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0
153	0	1	1	1	0	3	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1
154	2	1	1	1	2	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
155	1	1	1	1	0	1	0	1	1	2	0	1	2	1	1	0	0	1	0	0	0	0
156	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
157	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
158	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	2	0	1	1	1	0	0	3	1	1	1
159	0	1	2	0	1	1	1	0	0	3	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0
160	0	0	1	0	0	3	1	1	1	2	1	3	0	0	0	2	1	0	0	0	1	1
161	2	1	0	1	1	1	0	0	0	1	2	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0
162	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
163	2	2	2	2	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
164	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
165	3	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
166	2	2	2	1	2	1	2	2	0	0	3	2	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0
167	3	2	1	2	0	1	0	0	0	1	2	2	2	1	2	0	2	1	0	0	0	0
168	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0
169	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	2	2	0	0	2	0	1	0	0	0
170	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2	0	0	2	0	2	0	0	0	0
171	0	0	0	1	2	0	0	1	0	0	0	1	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0
172	3	1	0	1	3	0	3	2	0	2	2	2	1	2	1	0	3	2	2	1	1	1
173	0	0	1	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	1	0	0	0
174	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
175	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	3	2	1	1	1	1
176	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
177	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
178	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
179	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
180	0	0	1	2	0	2	0	0	0	0	0	2	3	0	2	0	0	0	0	0	0	0
181	2	2	3	1	1	2	3	3	0	3	3	3	2	2	1	0	3	3	3	0	0	0
182	0	0	2	0	3	0	0	0	0	0	3	3	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0
183	1	2	2	2	3	2	2	0	1	1	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1
184	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	2	1	0	0	0	1	2	0	0	0	0
185	0	1	2	0	1	0	3	1	0	1	1	3	1	1	0	3	1	3	1	1	1	1
186	3	2	2	0	2	1	3	1	3	2	2	3	1	2	1	1	3	2	1	2	2	2
187	3	2	2	2	2	0	2	0	0	2	3	2	2	3	2	3	2	3	3	3	1	1
188	0	1	2	0	0	2	3	1	0	2	0	0	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
189	1	1	2	0	1	0	0	2	0	1	0	1	2	1	1	0	0	1	3	0	0	0

[illegible]

pro	-	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig	Por favor lea las sig
248		1	2	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	2	1	2	2	2	1	0	1
249		1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	0
250		2	1	1	0	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	0	0
251		1	0	1	2	1	1	1	1	0	1	1	0	3	1	0	1	2	1	0	0
252		2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	0	0	2	1	0	0
253		0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0
254		1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0
255		0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0
256		1	0	2	1	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2
257		1	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1
258		0	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1
259		0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0
260		0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0
261		1	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
262		0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
263		1	0	1	1	2	1	1	0	0	1	1	1	2	1	1	0	2	1	0	0
264		1	2	2	2	2	1	2	2	0	1	2	2	3	1	1	1	3	0	1	0
265		2	1	2	2	2	1	2	1	0	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	0
266		2	3	2	1	2	2	2	2	0	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	0
267		1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0
268		2	2	1	2	2	2	2	1	0	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	0
269		1	0	1	1	2	1	1	0	0	1	1	2	2	1	0	1	3	1	0	0
270		1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	2	1	3	2	1	1	3	0	0	0
271		2	3	2	3	3	0	3	2	3	1	3	3	3	1	3	3	3	1	0	3
272		0	0	2	3	2	1	0	0	0	0	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0
273		1	2	3	2	2	2	2	2	0	2	1	1	1	1	0	0	3	3	1	0
274		3	2	3	2	3	1	2	2	1	3	2	2	1	2	2	1	3	3	2	1
275		3	1	0	3	3	2	2	3	0	3	3	3	0	0	2	3	2	1	0	1
276		0	0	2	2	3	3	3	2	0	0	0	2	3	0	2	0	2	1	3	0
277		0	0	0	1	2	1	0	3	0	0	2	2	0	0	0	1	1	0	2	0
278		3	1	0	0	3	0	0	2	0	0	3	0	3	0	2	0	3	0	0	0
279		1	0	0	0	3	2	2	0	0	1	3	1	0	1	0	0	2	1	0	0
280		0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	1	0	1	1	0	1	1	1	0
281		0	3	2	3	0	2	0	2	0	1	2	1	2	0	2	0	1	0	0	0
282		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
283		2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1
284		0	2	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0
285		0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
286		0	2	1	0	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
287		1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	2	1	1	0	2	1	0
288		2	0	1	1	2	1	1	1	0	1	1	1	1	2	1	1	0	2	1	0
289		0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	2	1	0	1	2	0	1	0
290		2	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0
291		1	0	1	1	2	1	1	0	0	1	1	1	2	0	1	1	2	0	1	0
292		1	1	1	1	0	1	2	1	0	1	1	1	2	1	2	1	1	1	0	0
293		1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	2	1	2	1	1	1	2	1	0	0
294		3	2	2	2	3	2	2	1	2	2	3	3	2	1	2	2	1	2	2	1
295		2	2	3	2	2	2	3	2	1	2	3	3	2	2	1	2	1	2	2	0
296		1	2	2	1	2	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	0
297		1	2	0	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	1	0	1	0	2	1	0
298		1	1	1	0	1	2	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0
299		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
300		1	2	2	1	2	2	1	2	0	1	2	0	1	2	1	0	1	1	0	0
301		0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0
302		0	1	1	3	1	0	0	1	0	1	0	2	1	0	1	0	2	1	1	0
303		2	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	2	0	0	1	2	0	0	0
304		2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	2	0	2	2	2	0
305		1	2	1	2	2	2	1	1	0	1	1	1	2	1	1	2	1	2	0	0
306		0	1	0	1	1	2	1	1	0	2	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0
307		2	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0
308		2	1	1	0	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	0	1

303	2	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	2	0	1	0	2	0	0	0
304	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	2	0	2	2	2	0
305	1	2	1	2	2	2	1	1	0	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	0
306	0	1	0	1	1	2	1	1	0	2	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0
307	2	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0
308	2	1	1	0	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	0	1
309	1	2	2	1	3	1	1	2	1	2	2	1	3	1	1	1	3	2	1	1
310	1	0	1	1	2	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	3	1	1	1
311	1	2	2	1	3	2	2	1	2	1	2	1	3	2	1	2	2	1	2	1
312	1	2	1	2	2	1	2	3	0	1	1	2	3	1	2	1	3	0	0	0
313	1	2	2	1	1	2	2	2	0	1	1	1	2	1	1	0	2	1	0	0
314	1	0	2	2	1	2	2	1	0	1	2	2	3	2	1	1	3	1	1	0
315	1	2	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	3	0	1	0	3	1	1	0
316	1	0	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	3	1	0	1	3	1	1	0
317	1	0	2	2	1	2	2	1	0	2	2	2	1	1	0	2	2	1	1	0
318	2	2	1	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2
319	2	2	3	2	2	2	3	2	0	2	2	2	3	2	1	0	2	2	3	0
320	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
321	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
322	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0





ANEXO 6

PROYECTO DE TESIS

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



PROYECTO DE TESIS

**“Incidencia de depresión, trastorno de ansiedad generalizada
y estrés en pacientes post COVID-19, en el Centro de Salud de
Characato, 2022”**

Tesis presentada por los Bachiller:

Velez Villarruel, Fernando Martín

Asenjo Herrera, Carlos Stuard

para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

**Asesor: Dr. Ramos Pacheco,
Fernando German**

Arequipa - Perú
2022

1. PREÁMBULO

Los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos son afecciones muy frecuentes que suelen coexistir. Individuos afectados por ansiedad y trastornos depresivos simultáneamente han demostrado mayores niveles de deterioro funcional, reducción de la calidad de vida, y resultados de tratamiento más pobres en comparación con individuos con un solo trastorno.

Los estudios de la presentación clínica, el curso, la evaluación y el diagnóstico de estas afecciones se han centrado en gran medida en la co-ocurrencia de la depresión y el trastorno de ansiedad generalizada. El diagnóstico de estas condiciones se complica por la presencia de estados mixtos de ansiedad y estado de ánimo, así como la superposición sustancial en los síntomas físicos y emocionales de los trastornos.

Por lo tanto, son cuadros muy importantes que deben ser diagnosticados a tiempo para su buen tratamiento, y evitar complicaciones a futuro.

Actualmente, debido a la coyuntura generada por la pandemia ocasionada por el COVID-19, existe una disminución de las citas médicas y en la disponibilidad del servicio de salud mental, esto influenciado por el riesgo de contagio, y también por las carencias socioeconómicas de muchas familias para poder asistir a una consulta privada. Todo ello, causará en la población, una menor detección de factores de riesgo asociados con el trastorno ansioso-depresivo, que será reflejado en un deterioro de su salud a nivel general.

A nivel local, no existe un estudio que demuestra cómo la pandemia por COVID-19 ha afectado a la salud mental, tanto de pacientes, como de sus familiares, siendo este un interesante motivo de estudio.

2. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

2.1. Problema de investigación

- **Enunciado del problema:** ¿Cuál es la frecuencia de síntomas de depresión, trastorno de ansiedad generalizada,

y estrés en pacientes post-COVID, en el centro de salud de Characato en el año 2022?

2.2. Descripción del problema

■ Áreas de conocimiento:

- Área general: Ciencias de la salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Salud mental

■ Análisis y operacionalización de variables e indicadores

	Variables	Indicadores	Valores / Categoría	Tipo de variable
Dependientes	Depresión	Síntomas de depresión y gravedad de la patología, según resultados del Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9)	5-9: Leve; 10-14: Moderada; 15-19: Moderadamente severa; 20-27: Severa	Nominal
	Ansiedad	Síntomas de ansiedad generalizada, y el grado de severidad del cuadro según resultados de la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)	Severidad de ansiedad: 0-4 No se aprecia ansiedad 5-9 Leve 10-14 Moderada 15-21 Severa	Nominal
	Estrés	Estados emocionales de depresión, ansiedad y estrés. según resultados de la escala DASS21	Normal: 0-14. Leve: 15-18. Moderado: 19-25. Severo: 26-33. Extremadamente severo: >34	Nominal
Intervinientes	Edad	Años	<20	De razón

			20 – 29 30 – 39 40 – 49 50 – 59 60 – 69 >69	
	Sexo	Llenado de encuesta	Varón / Mujer	Nominal
	Estado Civil	Llenado de encuesta	Soltero Casado Viudo Divorciado Conviviente	Nominal
	Condición de empleo	Llenado de encuesta	Empleado Desempleado	Nominal
	Familia dependiente económicamente	Llenado de encuesta	Si No	Nominal
	Antecedente personal de COVID-19	Llenado de encuesta	Si No	Nominal
	Familiar con antecedente de COVID-19	Llenado de encuesta	Si No	Nominal

■ Interrogantes básicas

- ¿Cuál es la frecuencia de síntomas de ansiedad generalizada en pacientes post COVID-19 en el centro de salud de Characato, en la ciudad de Arequipa 2022?
- ¿Cuál es la frecuencia de síntomas de depresión en pacientes post COVID-19 en el centro de salud de Characato, en la ciudad de Arequipa 2022?

- ¿Cuál es la frecuencia de síntomas de estrés en pacientes post COVID-19 en el centro de salud de Characato, en la ciudad de Arequipa 2022 durante y después de la enfermedad?

- **Tipo de Investigación:** Aplicada
- **Diseño de Investigación:** Planteamos un estudio observacional de corte transversal.
- **Nivel de Investigación:** Descriptivo

2.3. Justificación del problema

- **SOCIAL:** La razón de ser de la presente tesis es medir el impacto psicológico y social al que los pacientes se ven afectados debido a la enfermedad causada por el COVID-19 en este establecimiento de la región Arequipa, buscando que para futuras consultas médicas a un paciente diagnosticado con esta patología se les incluya además una exhaustiva evaluación psicológica asegurando la atención integral del mismo que es la finalidad de todo médico. Además, buscando fortalecer el concepto de descentralización de los servicios de salud ya que nuestra presente tesis será realizada en un centro de salud con estatus socioeconómico medio y que de esta manera los pacientes reciban una oportuna y adecuada atención en los diversos campos de esta patología.
- **TEÓRICA:** Debido a que existe el antecedente de cuadros de depresión, ansiedad, estrés, entre otros problemas psiquiátricos en brotes epidémicos pasados, tanto para la población en general, como para el personal de salud en sí, se hace indispensable el reconocimiento de los mismos cuadros en la pandemia que el mundo está viviendo en tiempo real. Por lo que, la presente tesis buscará reconocer estas patologías con la finalidad de obtener resultados que

nos impulsen como médicos a una evaluación y tratamiento, enfocándonos en el presente estudio, en la esfera psiquiátrica de los pacientes que cursan o han cursado con la enfermedad.

- **PRÁCTICA:** Se busca reforzar el empleo del método científico ya que será la base para demostrar nuestra hipótesis. Con los resultados obtenidos se espera la aplicación de una terapia óptima para los pacientes y que además de ello queden registrados en los anales de investigación de este centro de salud.
- **CONTEMPORÁNEA:** La situación actual está siendo vivida por todas las personas, incluso no habiendo cursado con esta patología de forma personal, las experiencias del día a día generan leves a moderados grados de ansiedad y estrés. Si aún bajo la premisa de no haber cursado con la enfermedad se perciben estos síntomas, la situación para aquellos que sí lo han vivido o vienen viviendo con ella es más complicada y delicada. Por ende se requiere un estudio especializado que nos permita la pronta identificación de estas entidades para brindar un alcance más propicio a la población en el contexto de la realidad actual.
- **PERSONAL:** Al enfocar este estudio en una localidad como es Characato, nos ayuda a representar lo que puede estar pasando a niveles demográficos más amplios, ya que en muchas ocasiones, lamentablemente, se trata la enfermedad y no al enfermo, y en el ámbito del COVID-19, se resuelve el problema inicial más no se identifican las secuelas psicológicas que trae consigo. Es así como surge como motivación, el deseo de una evaluación completa de los pacientes que han padecido de esta patología buscando una atención integral de los miembros de nuestra sociedad.

3. MARCO CONCEPTUAL

“La salud mental se define como un proceso dinámico de bienestar, producto de la interrelación entre el entorno y las capacidades humanas, individuales y colectivas. Incluye la presencia de conflictos, así como la posibilidad de afrontarlos de manera constructiva” (1).

Como sabemos ya, el ámbito de salud mental se incluye dentro de la definición de salud dada por la OMS, buscando el bienestar integral del paciente.

3.1.1. DEPRESIÓN

Definición:

“La depresión es un trastorno que afecta principalmente al estado de ánimo, por lo que también se conoce como trastorno del estado de ánimo o trastorno afectivo. Las personas con depresión experimentan intensos sentimientos de tristeza, lo que puede interferir con su crecimiento en las relaciones familiares y responsabilidades laborales. Disminuyen las ganas de realizar actividades que antes disfrutaban y pueden sumergirse en un estado de desidia y fatalismo frente a lo que les pueda ocurrir más adelante” (2).

La OMS y la OPS definen la depresión como: “...un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia persistente de tristeza y una pérdida de interés en actividades que las personas normalmente disfrutaban, acompañada de una incapacidad para llevar a cabo las

Epidemiología:

➤ **Nacional:**

- “En la población mayor de 12 años, los trastornos más frecuentes son los episodios depresivos, con una prevalencia

anual que varía del 4% en Lima rural y 8,8% en Iquitos; y, se estima un promedio nacional de 7,6%” (4).

- En el trabajo de investigación de Onofre Damian Rumula Edi concluye que “la prevalencia de depresión en mujeres es tres veces más que en los varones dentro de la muestra evaluada en Perú” (5).

- Según el estudio de Akram Hernandez Vásquez et. al. “En el 2018, 6 de cada 100 peruanos presentan síntomas clínicamente relevantes de depresión moderada a severa. Y determinar los subgrupos de la población que deberían ser priorizados para la implementación de estrategias para abordar este importante problema de salud en el Perú” (6).

➤ **Internacional:**

- “La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, pues se estima que afecta a un 3,8% de la población, incluidos un 5% de los adultos y un 5,7% de los adultos mayores de 60 años” (7).

- “La prevalencia varía según la Región de la OMS, desde una prevalencia menor de 2,6% en los hombres de la Región del Pacífico Occidental a una prevalencia de 5,9%” (8).

- “El número total estimado de personas con depresión aumentó en 18,4% entre el 2005 y el 2015, lo que refleja el crecimiento general de la población mundial, así como un aumento proporcional de los grupos etarios” (8).

- “Las tasas de prevalencia varían según la edad y alcanzan su punto máximo en la edad más adulta (por encima de 7,5% en mujeres de edades comprendidas entre los 55 y 74 años,

y por encima de 5,5% en hombres). La depresión también ocurre en niños y adolescentes menores de 15 años, pero en un grado menor que en los grupos de mayor edad" (8).

Factores de riesgo:

- Biológicos: Hereditarios
- Sexo: Mujeres
- Edad: Entre los 20 y 50 años.
- Ocupación: Mal clima laboral
- Comorbilidades
- Depresión post parto
- Trauma infantil y eventos estresantes de la vida

Clasificación:

La gravedad de la depresión para el presente estudio se ha valorado de acuerdo con los grados de severidad obtenidos al utilizar el Cuestionario sobre la salud del paciente-9. (PHQ-9). Un cuestionario útil para el tamizaje de síntomas depresivos y que nos revela la gravedad del cuadro, cuyos ítems toman como referencia los 9 criterios para el diagnóstico de depresión mayor del DSM-5. Los grados de severidad se determinan de acuerdo con el puntaje como viene siendo dado:

PHQ-9 (Puntaje) Severidad de depresión

- 0-4 Ninguna o mínima
- 5-9 Leve
- 10-14 Moderada

- 15-19 Moderadamente severa
- 20-27 Severa

Etiología:

“Hay dos tipos principales de depresión a considerar, exógena y endógena. La depresión exógena a menudo se debe a causas externas bien definidas (pérdida de familiares o seres queridos, pérdida de dinero o estatus social, enfermedad, etc.). La depresión endógena, por el contrario, no tiene una causa externa aparente, lo que la convierte en un cambio biológico, como es el caso de la psicosis bipolar (maníaca) o unipolar (depresiva). En la vida cotidiana, los desencadenantes que pueden causar depresión son variados, y todos ellos tienen en común que son únicamente factores estresantes de valor emocional para la persona afectada. Este valor emocional varía de persona a persona y, como se mencionó anteriormente, la experiencia de cada persona es la variable que causa la diferencia en la respuesta. En otras palabras, el estrés es un factor importante en la producción de estados depresivos reactivos indisolublemente ligados a los cambios biológicos (fisiológicos y hormonales) que a menudo acompañan al estrés, todos ellos relacionados con el eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal” (9).

“Por tanto, se puede concluir que la llamada depresión exógena depende de dos factores: la calidad y cantidad de los estímulos ambientales estresantes y los sustratos biológicos (genéticos, bioquímicos y moleculares) determina cambios en la homeostasis, y por ende en la función cerebral” (9).

La depresión tiene muchas causas, las cuales incluyen:

- Factores hereditarios o genéticos

- Factores bioquímicos: Causadas por alteración de neurotransmisores .
- Factores psicosociales

Fisiopatología:

“La heredabilidad del TDM se ha calculado en 37%, lo que implica que dos terceras partes de su patogenia debe explicarse por otros factores distintos a la genética, probablemente a través de la influencia ambiental en procesos epigenéticos. A nivel molecular, se han involucrado factores de crecimiento (factor neurotrófico derivado del cerebro [BDNF], factor de crecimiento vascular endotelial [VEGF], y factor de crecimiento parecido a la insulina 1 [IGF-1]), citocinas proinflamatorias (interleucina-1 β , interleucina-6 y factor de necrosis tumoral- α) 17, y una disregulación en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal” (10).

Diagnóstico:

Cuadro Clínico

Se caracteriza por la presencia de un ánimo triste, deprimido llegando a irritable. Se califica a la tristeza como el principal síntoma. Un conjunto de síntomas que llevan al individuo a no querer continuar realizando actividades que podía hacer con normalidad y va desde actividades complejas hasta las más simples como bañarse, pasear a las mascotas o limpiar la casa.

Criterios diagnósticos para la depresión, según la Asociación Americana de Psiquiatría: DSM-5:

“Presencia de 4 o más de los siguientes síntomas, diariamente durante un periodo de 2 semanas, de los cuales uno de ellos debe ser el 1 o 2” (11).

- 1) “Estado de ánimo depresivo o irritable (tristeza profunda)” (11).
- 2) “Disminución del interés en las actividades placenteras y la capacidad de experimentar placer (anhedonia)” (11).
- 3) “Significativo aumento o pérdida de peso (Cambio de >5% en un mes) (11).
- 4) “Insomnio o hipersomnia” (11).
- 5) “Pensamiento recurrentes de muerte o suicidio” (11).
- 6) “Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse” (11).
- 7) “Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva” (11).
- 8) “Fatiga o pérdida de energía” (11).
- 9) “Agitación o retardo psicomotor” (11).

Diagnóstico diferencial:

Dentro de los diagnósticos diferenciales del trastorno depresivo unipolar en el adulto encontramos:

- Tristeza
- Trastorno depresivo inducido por medicamentos
- Síndrome de Burnout
- Trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido.
- Trastorno bipolar
- Trastorno límite de la personalidad

Tratamiento:

“Para el tratamiento inicial de la depresión mayor unipolar, la evidencia sugiere la combinación de farmacoterapia y psicoterapia, según los ensayos aleatorios se encontró que el tratamiento combinado fue más efectivo que cualquiera de estos tratamientos solos. Sin embargo, los ensayos clínicos no han establecido la superioridad de ninguna combinación específica de medicación/psicoterapia. Más bien, los médicos seleccionan cada modalidad utilizando los mismos principios al elegir una monoterapia” (12).

“La evidencia que respalda la superioridad de la terapia combinada sobre la farmacoterapia sola para el tratamiento inicial de la depresión mayor unipolar incluye muchos ensayos aleatorios. Como ejemplo, un metanálisis de 25 ensayos aleatorizados comparó la terapia combinada con antidepresivos solos en pacientes con trastornos depresivos ($n > 2000$). El análisis encontró un efecto significativo, clínicamente pequeño a moderado, a favor de la terapia combinada. Además, la interrupción del tratamiento por cualquier motivo fue menor con el tratamiento combinado. Diversos estudios demuestran que el empleo de una terapia conductual sumado a terapia farmacológica a bajas dosis tiene muy buenos efectos si es que nuestro paciente no ha recibido tratamiento previo” (12).

“La terapia antidepresiva farmacológica se usa solo en exacerbaciones moderadas a graves (y en algunas particularmente leves). La mayoría de los fármacos utilizados en la actualidad tienen una cosa en común: su efecto sobre el sistema monoaminérgico” (12).

Sin importar el mecanismo de acción, la finalidad es la regulación positiva de alguno de los siguientes neurotransmisores: serotonina (5-HT), dopamina (DA), noradrenalina (NA).

Los medicamentos más utilizados para los trastornos depresivos son:

- Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina.
- Inhibidores de la Recaptación de Serotonina-Norepinefrina.

“El aumento de la biodisponibilidad de neurotransmisores en la hendidura sináptica permite la regulación a la baja de los receptores post sinápticos, así como su desensibilización, y estos cambios adaptativos en los receptores resultan en alteraciones en la expresión de determinados genes, y por ende permiten la sinaptogénesis” (13).

Prevención, recuperación y rehabilitación:

La evolución del trastorno depresivo mayor puede ser variable, lo que puede reflejar que este difiera en su respuesta al tratamiento. Los pacientes pueden padecer de un solo episodio depresivo mayor, seguir un curso con bastantes recurrencias y con una resolución completa de los síntomas entre episodios, o pasar gran parte de sus vidas luchando con síntomas persistentes y fluctuantes. Esto es importante para nuestra investigación, ya que una detección temprana de esta enfermedad puede ayudarnos a la recuperación integral del paciente.

Aunque la gran mayoría de los episodios depresivos mayores finalmente remiten, algunos pacientes están enfermos la mayor parte de sus vidas debido a episodios prolongados o recurrentes. “Un estudio observacional prospectivo realizado por Judd LL, Akiskal HS, Maser JD, et al de 12 años de 431 pacientes con trastorno depresivo mayor, que buscaron tratamiento al ingresar al estudio, encontró que estaban deprimidos durante el 59 por ciento (promedio medio) del tiempo de seguimiento” (14). En un estudio observacional prospectivo realizado por Verduijn.J, Milaneschi. Y et. al. de seis años, de 903 pacientes con trastorno depresivo mayor, la mayoría de los cuales fueron tratados en entornos de atención primaria, los síntomas estuvieron presentes durante el 50 al 100 por ciento del tiempo de seguimiento en el 36 por ciento de los pacientes” (15).

3.1.2. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

No solo la depresión es una enfermedad que debemos tener en cuenta en el contexto actual en el que vivimos, si bien es de las patologías más conocidas, también debemos tener en cuenta otras enfermedades y trastornos, siendo la ansiedad uno de los más frecuentes, pero también es una entidad a la que no le damos la importancia adecuada, y muchas veces es infravalorada o ignorada al momento de la evaluación médica.

Definición: “El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por una preocupación excesiva y persistente que es poco controlable, causa angustia o deterioro significativo y ocurre durante al menos seis meses. Otras características incluyen síntomas psicológicos como aprensión e irritabilidad, y síntomas físicos o también pueden causar síntomas somáticos, como aumento de la fatiga y la tensión muscular” (16).

Epidemiología:

➤ Nacional

- “En el Perú, se estima que los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más frecuentes, con una prevalencia de 14.9%” (16).

- “Según el artículo publicado por Fabian Fiesta et. al. Encuentra que aproximadamente una de cada tres personas ha tenido un trastorno mental en un momento dado siendo los trastornos de ansiedad los más comunes” (17).

➤ Internacional

- “Hadjimina et al. representan el mayor problema de salud mental en los EE. UU, sin embargo, la mayoría de los individuos nunca buscan ayuda médica” (18).

- “La OPS/OMS, revela que los TAG son la segunda patología psiquiátrica más discapacitante de la región de las Américas. Brasil tiene la primera posición (7.5%) de los países sudamericanos, situándose por encima del promedio (4.7%) del total de países” (18).

- “Los trastornos de ansiedad son prevalentes con estimaciones globales que van del 3,8% al 25% en todos los

países, con tasas de prevalencia de hasta el 70% en personas con enfermedades crónicas” (18).

◦ “En el primer año de la pandemia por COVID-19, la prevalencia mundial de la ansiedad y la depresión aumentó un 25%, según un informe científico publicado por la Organización Mundial de la Salud” (19).

Factores de riesgo:

- Biológicos: Factores genéticos
- Sexo: Mujeres
- Edad: Entre los 20 y 40 años
- Eventos traumáticos y situaciones de estrés.

Clasificación:

La gravedad del trastorno de ansiedad generalizada para finalidad del presente estudio se ha evaluado de acuerdo con los grados de severidad obtenidos al utilizar la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7). Un instrumento que nos permite identificar síntomas de ansiedad generalizada, y la severidad de estos.

GAD-7 (Puntaje) Severidad de ansiedad

- 0 - 4 No se aprecia ansiedad
- 5 - 9 Leve
- 10 - 14 Moderada
- 15 - 21 Severa

Etiología

El trastorno de ansiedad generalizada es una patología que comprende una serie de signos y síntomas que son detonados en situaciones de estrés emocional excesivo, eventos o episodios traumáticos en repetidas ocasiones que conllevan a que se produzcan una serie de modificaciones químicas en el cerebro y desencadenan la cascada clínica que los pacientes presentan. Por ende, podemos decir que es causado tanto por factores externos como internos.

Factores cognitivos, psicológicos y de desarrollo

Procesamiento de información emocional: “Los individuos con TAG muestran un sesgo consistente hacia la generación de interpretaciones negativas de material ambiguo” (20).

- Factores de desarrollo y personalidad: “El TAG en adultos se asocia con un número más alto que el promedio de experiencias traumáticas y otros eventos indeseables de la vida en la infancia, en comparación con los individuos sin TAG” (21).

Es más probable que esta patología se de en individuos con tendencia a ser tímidos, que en individuos sin este rasgo.

- Orígenes cognitivos de la preocupación

Fisiopatología:

“Genética: los factores genéticos parecen predisponer a los individuos al desarrollo del trastorno de ansiedad generalizada” (22).

“En individuos con TAG, se han reportado cambios morfológicos localizados en el volumen de materia blanca, encontrándose una reducción del volumen de materia blanca en la corteza prefrontal dorsolateral, la extremidad anterior de la cápsula interna y el mesencéfalo” (23).

Además, según el estudio de JC Wu Et. al. “También habla acerca de las alteraciones en el metabolismo de la glucosa en la corteza, el sistema límbico y los ganglios basales y como estas mantienen papel en el desarrollo de la ansiedad” (24). Siendo un tema interesante para una mayor investigación en un futuro cercano.

Diagnóstico:

Suele ser un diagnóstico clínico, dentro de los síntomas característicos vamos a encontrar que las personas suelen padecer una ansiedad o preocupación excesiva.

Criterios diagnósticos del DSM-5 para el Trastorno de Ansiedad Generalizada:

A. “Ansiedad y preocupación excesivas (expectativa aprensiva), que han estado presente durante más días de los que han estado ausentes, durante al menos seis meses, sobre una serie de eventos o actividades (como el trabajo o el rendimiento escolar)” (11).

B. “Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación” (11).

C. “La ansiedad y la preocupación se asocian con tres (o más) de los siguientes seis síntomas (con al menos algunos síntomas que han estado presentes durante más días que no durante los últimos seis meses):

1. Inquietud
2. Fatigarse fácilmente
3. Dificultad para concentrarse
4. Irritabilidad
5. Tensión muscular
6. Alteración del sueño” (11).

D. “La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento” (11).

E. “La alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) u otra condición médica (por ejemplo, hipertiroidismo)” (11).

F. “La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental” (11).

Diagnóstico diferencial

- Depresión
- Hipocondría y trastorno somático
- Trastorno de pánico
- Trastorno de adaptación

Tratamiento:

El objetivo principal de nuestro tratamiento es determinar la severidad y reducir los síntomas de ansiedad y, por lo tanto, mejorar la calidad de vida de la persona.

Elección del tipo de tratamiento: Entre las principales opciones para el manejo de la ansiedad están los medicamentos con efectos ansiolíticos y la terapia cognitivo-conductual. Se debe priorizar uno individualizado y este debe ser escogido de manera mutua entre el personal de salud que trata y el paciente, respetando sus preferencias.

También debemos dar a conocer los efectos adversos de los medicamentos utilizados para el tratamiento.

Manejo farmacológico: “La revisión sistemática y los metaanálisis han demostrado beneficios para los tratamientos farmacológicos del TAG, siendo los ISRS y los IRSN como terapia inicial preferida” (25).

Manejo cognitivo conductual: “La terapia conductual utiliza ejercicios de razonamiento o experiencias reales para facilitar la reducción de los síntomas y mejorar el funcionamiento. Generalmente es realizada por un personal de la salud capacitado, y suele darse en sesiones cara a cara con orientación manual y tareas que deben realizarse” (25).

Complicaciones:

Efectos psicosociales: “el TAG se asocia con un deterioro psicosocial sustancial en varios dominios de la vida, incluidos el funcionamiento ocupacional, social y doméstico” (26).

Efectos sistémicos: “el TAG se asocia con una mala salud cardiovascular, enfermedad coronaria” (27). “Y mortalidad cardiovascular” (28). “Las relaciones entre la preocupación y los cambios cardiovasculares incluyen observaciones de que la preocupación excesiva conduce a una disminución de la variabilidad de la frecuencia cardíaca, una frecuencia cardíaca elevada, hipertensión y un mayor uso de antihipertensivos” (28).

Prevención, recuperación y rehabilitación:

“Para las personas que experimentan una buena respuesta clínica al tratamiento farmacológico del TAG, estudios revisados para esta investigación sugieren continuar el tratamiento durante al menos 12 meses para prevenir la recaída o la recurrencia” (29). “La terapia conductual generalmente varía de 10 a 15 sesiones; sin embargo, las personas con una respuesta robusta pueden beneficiarse de las sesiones mensuales de refuerzo” (30).

Cómo refiere Simon NM et al. En su estudio: “El ejercicio aeróbico y el yoga han demostrado ser un tratamiento complementario efectivo para los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, beneficios generales para la salud física y mental, se debe fomentar el ejercicio aeróbico para pacientes con trastornos de ansiedad que puedan hacerlo” (31).

3.1.3. ESTRÉS

Definición

El estrés como tal es una manifestación del organismo frente a situaciones que requieren una mayor atención y reacción. Pero, en los últimos años su acumulación, su exceso y sus consecuencias se han visto manifestadas en una amplia variedad de enfermedades en la población mundial.

En el contexto de la pandemia causada por el COVID -19, y el consecuente confinamiento que trajo consigo llevó a familias enteras a modificar su estilo de vida, además de mantener alerta a las personas de todo el globo terráqueo ante la posible infección del virus en el entorno familiar. Debido a esto la prevalencia de estrés se vio incrementada de manera muy agresiva, así como lo demuestran diversos estudios observacionales y de análisis de datos.

“La Organización Mundial de la Salud define el estrés como el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción” (32).

“Un cierto nivel de estrés estimula el cuerpo y le permite alcanzar sus objetivos y luego volver a la línea de base después del cese de la estimulación. El problema surge cuando la presión persiste y se va por un estado de resistencia bajo ciertas circunstancias como la sobrecarga de trabajo, el estrés económico o social o un entorno competitivo, y antes de que te des cuenta, empiezas a tener una sensación de malestar. Cuando este sentimiento dura mucho tiempo, puedes lograr un estado de

agotamiento en el que pueden ocurrir cambios funcionales y orgánicos” (33).

Epidemiología:

En sí no existen estudios precisos, descriptivos, sobre la incidencia o prevalencia del estrés a nivel nacional y/o mundial.

Sin embargo, la OMS indica que: “1 de cada 4 personas cursa con una patología psiquiátrica y que esta se encuentra estrechamente relacionada con el estrés excesivo del sujeto enfermo. Debido a esta carencia de información, se hace un tema de gran interés para investigaciones futuras” (34).

Factores de riesgo:

- ❖ Situaciones del día a día que generen preocupación.
- ❖ Alteraciones en la rutina diaria que demanden un mayor desgaste mental y/o físico
- ❖ Ocupaciones laborales exigentes y de baja remuneración
- ❖ Sexo femenino
- ❖ Traumas severos
- ❖ Antecedentes de exposiciones traumáticas

Clasificación:

Para la presente investigación, se empleó la escala DASS-21 para valorar la severidad del estrés del individuo evaluado, la cual posee clasificaciones según el puntaje obtenido, siendo la siguiente:

- Normal: 0-14

- Leve: 15-18
- Moderado: 19-25
- Severo: 26-33
- Extremadamente severo: >34

Fisiopatología:

“Desde una perspectiva neuroanatómica, la actividad cerebral se reduce en la corteza anterior y radial y en la corteza prefrontal, regiones involucradas en la experiencia y regulación emocional. Ha llamado la atención, la activación anormal de la amígdala del cerebro, que está muy involucrada en la formación de recuerdos emocionales, especialmente los relacionados con el miedo, y el control inadecuado de la corteza y el hipocampo, lo que resulta en una activación insuficiente que conduce a situaciones amenazantes o aterradoras” (35).

“Desde un punto de vista neuroendocrino, se han sugerido cambios en el eje HHA, lo que sugiere una disminución de la secreción de cortisol y un aumento de la secreción de catecolaminas en contraste con la respuesta normal al estrés. Otros estudios han encontrado niveles de serotonina crónicamente bajos, lo que explica los síntomas relacionados con la ansiedad, los trastornos del comportamiento, la rumiación, la irritabilidad, la agresión, el suicidio y la impulsividad” (35).

Diagnóstico:

“Los criterios de diagnóstico para el trastorno de estrés agudo (TEA) del DSM-5 se describen a continuación” (11).

A. “Exposición a muerte real o amenazada, lesión grave o violación sexual en una (o más) de las siguientes formas” (11).

- “Experimentar directamente el (los) evento(s) traumático(s)” (11).

- “Ser testigo, en persona, de los eventos tal como les ocurrieron a otros” (11).

- “Enterarse de que los eventos le ocurrieron a un familiar cercano o a un amigo cercano” (11).

- “Experimentar una exposición repetida o extrema a detalles aversivos de los eventos traumáticos” (11).

B. “Presencia de nueve (o más) de los siguientes síntomas de cualquiera de las cinco categorías de intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación y excitación, que comienzan o empeoran después de ocurrido el evento traumático” (11).

a. “Síntomas de intrusión” (11).

i. “Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del evento o eventos traumáticos” (11).

ii. “Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño están relacionados con el evento o eventos” (11).

iii. “Reacciones disociativas en las que el individuo siente o actúa como si los eventos traumáticos fueran recurrentes” (11).

iv. “Angustia psicológica intensa o prolongada o reacciones fisiológicas marcadas en respuesta a señales internas o externas que simbolizan o se asemejan a un aspecto del evento traumático” (11).

- b. “Estado de ánimo negativo” (11).
 - i. “Incapacidad persistente para experimentar emociones positivas” (11).
- c. “Síntomas disociativos” (11).
 - i. “Un sentido alterado de la realidad del entorno propio o de uno mismo” (11).
 - ii. “Incapacidad para recordar un aspecto importante del evento traumático” (11).
- d. “Síntomas de evitación” (11).
 - i. “Esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca de los eventos traumáticos o estrechamente asociados con ellos” (11).
 - ii. “Esfuerzos para evitar recordatorios externos que despierten recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca de los eventos traumáticos o estrechamente asociados con ellos” (11).
- e. “Síntomas de excitación” (11).
 - i. “Alteración del sueño” (11).
 - ii. “Comportamiento irritable y arrebatos de ira, típicamente expresados como agresión verbal o física hacia personas u objetos” (11).
 - iii. “Hipervigilancia” (11).
 - iv. “Problemas con la concentración” (11).

v. “Respuesta de sobresalto exagerada” (11).

C. “La duración de la alteración (síntomas en el Criterio B) Es de tres días a un mes después de la exposición al trauma” (11).

D. “La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento” (11).

E. “El trastorno no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica y no se explica mejor por un trastorno psicótico breve” (11).

Diagnóstico diferencial:

- Trastorno adaptativo
- Ataques de pánico
- Efectos de medicación analgésica
- Efectos de abuso de sustancias

Tratamiento:

“Se sugiere la terapia cognitivo-conductual, centrada en el trauma como tratamiento de primera línea para pacientes con trastorno de estrés agudo en lugar de otras psicoterapias o medicamentos ya que tiene la mayor evidencia de eficacia” (36).

“Se ha descubierto que la exposición, un componente de la TCC centrada en el trauma, es más eficaz cuando se proporciona como monoterapia que la reestructuración cognitiva en pacientes con TEA” (36).

“Para los pacientes con TEA y ansiedad, agitación o trastornos del sueño agudos e intensos en el período inmediato posterior al evento traumático,

sugerimos un tratamiento complementario con una benzodiazepina en lugar de otros medicamentos” (37).

3.1.4. COVID-19

La COVID-19 es una infección causada por el nuevo coronavirus, el cual se presentó por primera vez en la ciudad de Wuhan-China y desde su aparición y diversas mutaciones ha causado estragos a lo largo del mundo.

Como es sabido, sus manifestaciones clínicas van desde un cuadro asintomático, a un cuadro catarral, hasta finalmente generar un cuadro de neumonía con la presencia o no de un síndrome de dificultad respiratoria aguda.

Lo más llamativo de la infección por este virus, ha sido la presencia de secuelas en la población que había cursado con la enfermedad y que, pese al paso del tiempo, seguían presentando disnea, anosmia, ageusia, parosmia, fatiga, taquicardia, diaforesis, dolor torácico o dorsal, ansiedad, temblores, lagunas mentales.

Con la aparición de las vacunas y la estrategia para distribuir las alrededor del mundo, la situación se ha visto mejor en los últimos meses. No obstante, muchas personas permanecen con los síntomas y acuden a consulta con síntomas ansiosos, además de venir padeciendo las repercusiones que la COVID-19 ha traído consigo.

3.1.5. LA SALUD MENTAL EN EL PACIENTE EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DEL COVID-19

El contexto de la pandemia que se vive actualmente en tiempo real, ha conllevado a que muchos pacientes diagnosticados, así como sus familiares más cercanos presenten cuadros de ansiedad y estrés agudo y

postraumático que no son tomados en consideración y que deberían ser evaluados adecuadamente.

Dentro de la larga lista de secuelas físicas causadas por el nuevo coronavirus tenemos: taquicardia, sudoración, confusión, dolor neuropático a nivel del diafragma, de pecho y espalda.

Y dentro de las secuelas psicológicas, destacan el miedo a recaídas, temor a perder a un miembro de la familia por causa de esta enfermedad, trastorno ansioso derivado en dificultades para retomar la vida cotidiana previa a la patología.

Este último no es tomado con mucha relevancia, también debido a las dificultades y amplios protocolos con los que se convive. Sin embargo, el incremento en la tasa de incidencia de estos casos sugiere que debe volverse un tema a tomar en consideración.

3.2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A NIVEL NACIONAL

3.2.1. Autor: “Stephanie Aliaga Tinoco” (38).

Título: “Síntomas ansiosos y depresivos en población general y personal médico del Hospital Cayetano Heredia asociados a la cuarentena y atención de la pandemia COVID-19 en Lima” (38).

“Resumen: Este estudio pretendió evaluar la presencia y evolución de síntomas ansiosos y depresivos en personal médico del Hospital Cayetano Heredia (HCH) y población general en Lima durante los meses de Mayo y Julio del 2020. Fue un estudio descriptivo, longitudinal. Se realizaron entrevistas al personal de salud médico del Hospital Cayetano Heredia implicados en la atención de pacientes con Covid-19. La lista del personal de salud se obtuvo de la oficina de recursos humanos del HCH. Se entrevistó además a la población general que vive en los alrededores

del Hospital Cayetano Heredia, la muestra se obtendrá aleatoriamente a partir de la zonificación de hogares de la municipalidad del distrito de San Martín de Porres (aproximadamente 100 personas) Se utilizó la escala de depresión de Goldberg y la escala de ansiedad de Beck, obtenidas de la base de datos del Instituto Nacional de Salud Mental. Ambas escalas están validadas en el Perú” (38).

3.2.2. Autor: “Jeff Huarcaya-Victoria” (39).

Título: “CONSIDERACIONES SOBRE LA SALUD MENTAL EN LA PANDEMIA DE COVID-19” (39).

“Resumen: Se realizó una revisión narrativa, a partir de una búsqueda en Pubmed de todos los artículos publicados desde el 1 de diciembre de 2019 hasta el 24 de marzo de 2020. Para la búsqueda se emplearon los términos: (COVID-19 OR 19 COVID 19 OR coronavirus) AND (psychiatry OR mental health OR psychology). De toda la investigación se escogieron los artículos que contenían información relacionada con los efectos psiquiátricos, psicológicos y de salud mental de los COVID-19 redactados en inglés o en español, realizaron un cribado de los artículos elegibles y revisaron los títulos y sumarios de todos los artículos encontrados. Concluyeron que en cualquier emergencia de este tipo los problemas de salud mental son frecuentes y pueden ser en muchas ocasiones barreras para las intervenciones médicas y de salud mental. Lo que pudieron evaluar, es que durante la fase inicial de la pandemia de COVID-19 fue común la presencia de ansiedad, depresión y reacción al estrés en la población general, pero también se logró apreciar en quienes conviven y/o trabajan directamente con casos sospechosos o confirmados de COVID-19. Llegando a la conclusión que para lograr controlar la pandemia de COVID-19 en el Perú, se requiere un manejo adecuado e integral de la atención en salud mental, ya que la evidencia de otros países nos señala que adherirse a las recomendaciones indicadas en esta

revisión contribuiría a mejorar la salud mental de la población y del personal de salud” (39).

3.2.3. Autor: “Yaime Condori Arias” (40).

Título: “Asociación entre la exposición al covid-19 y la presencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en los hospitales de la región Arequipa” (40).

“Resumen: OBJETIVOS: Determinar la asociación entre la exposición al COVID-19 y la frecuencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en los hospitales de la región Arequipa. MATERIALES Y MÉTODOS: el estudio fue de tipo observacional, transversal y retrospectivo. Se realizó una encuesta virtual a 395 médicos que laboraban en hospitales COVID-19 y no COVID-19, durante el periodo del 24 al 30 de junio del 2020. Se indagó sobre las características de exposición al COVID-19, y se detectaron síntomas y severidad de depresión, ansiedad e insomnio, con las escalas PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9), GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) e ISI (Insomnia Severity Index), respectivamente. La asociación se determinó con razones de prevalencia (RP) y sus intervalos de confianza al 95%, calculados con regresiones de Poisson con varianza robusta, las cuales fueron ajustadas. RESULTADOS: El sexo femenino representó un 53,9% de la muestra, la mediana de la edad fue 31 años, con un rango intercuartil de 29 a 37 años. Se encontró un 56,7% de médicos con síntomas de depresión, 35,7%, de ansiedad y 31,9% de insomnio, con severidades de leves a moderadas. Las características que mostraron asociación fueron, el ser mujer (RP:1,30; IC95%:1,07-1,58, para depresión) (RP:3,31; IC95%:2,43- 4,52, ansiedad), el tener alguna enfermedad crónica (RP:1,39; IC95%:1,13-1,70, para depresión) (RP:2,75;IC95%:2,09-3,63, ansiedad) (RP:2,89; IC95%: 2,10-3,97, insomnio), la presencia de algún colega infectado (RP:2,75; IC95%: 2,09-3,63, para ansiedad) (RP:1,78; IC95%: 1,15-2,77, insomnio), el manejar pacientes infectados (RP:1,66;

IC95%: 1,00-2,76), el tener un familiar infectado(RP:1,57; IC95%: 1,00-2,46), vecino (RP:1,83; IC95%: 1,37-2,45) o coresidente infectado (RP:1,81; IC95%: 1,12- 2,92) se asociaron a insomnio. El contar con un EPP adecuado (Equipo de protección personal) (RP:0,46; IC95%: 0,25-0,83), disminuyó la probabilidad de insomnio. CONCLUSIÓN: Existe asociación entre la exposición al COVID-19 y la presencia de síntomas de ansiedad e insomnio" (40).

A NIVEL INTERNACIONAL

1. Autor: "Antonio Lozano-Varga" (41).

Título: "Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China" (41).

"Resumen: En la lucha contra la epidemia del Coronavirus (COVID-19), el personal de salud puede experimentar problemas de salud mental tales como estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, negación, ira y temor. En un estudio en China se observó que la tasa de ansiedad del personal de salud fue del 23,04%, mayor en mujeres que en hombres y mayor entre las enfermeras que entre los médicos. Asimismo, en la población general de China se observó un 53,8% de impacto psicológico moderado a severo; un 16,5% de síntomas depresivos, un 28,8% de síntomas ansiosos y un 8,1% de estrés, todos entre moderados y severos. Los factores asociados con un alto impacto psicológico y niveles elevados de estrés, síntomas de ansiedad y depresión fueron sexo femenino, ser estudiante, tener síntomas físicos específicos y una percepción pobre de la propia salud. Otro estudio en el mismo país detectó un 35% de distrés psicológico en la población general, con las mujeres presentando mayores niveles que los varones, al igual que los sub-grupos de 18-30 años y los mayores de 60 años. La pandemia plantea pues el desafío de cuidar la salud mental del personal de salud tanto como la de la población general. Así, el uso de instrumentos breves de detección de problemas

de salud mental, validados en nuestra población, sería de mucha utilidad para los retos de salud pública que afronta el país” (41).

2. Autor: “Ashley Elizabeth, Mullera Elisabet, Vivianne Hafstada, Jan Peter, William, Himmelsa Geir, Smedslunda Signe, Flottorpa Synne, Øien Stenslandb, Stijn Stroobantsc, Stijn Van de Veldea, Gunn Elisabeth Vista” (42).

Título: “El impacto de la pandemia de covid-19 en los trabajadores sanitarios y las intervenciones para ayudarles: Una revisión sistemática rápida” (42).

“Resumen: La pandemia de covid-19 ha sobrecargado mucho los sistemas de salud en todo el mundo. Realizamos una revisión sistemática rápida para identificar, evaluar y resumir la investigación sobre el impacto en la salud mental de la pandemia de covid-19 en los trabajadores sanitarios (trabajadores sanitarios). El 11 de mayo se utilizó el mapa en vivo de la evidencia de covid-19 del Instituto Noruego de Salud Pública e incluimos 59 estudios. Seis informaron sobre la implementación de intervenciones, pero ninguno informó sobre los efectos de las intervenciones. Los trabajadores sanitarios informaron un bajo interés en la ayuda profesional y una mayor dependencia del apoyo social y el contacto. La exposición al covid-19 fue el correlato más comúnmente reportado de problemas de salud mental, seguido por el género femenino y la preocupación por la infección o por infectar a otros. El apoyo social se correlacionó con menos problemas de salud mental. Los trabajadores sanitarios informaron ansiedad, depresión, problemas de sueño y angustia durante la pandemia de covid-19. La certeza de las estimaciones de prevalencia de estos síntomas se evaluó como muy baja mediante GRADE. La mayoría de los estudios no informaron datos comparativos sobre los síntomas de salud mental antes de la pandemia o en la población general. Parece haber un desajuste entre los factores de riesgo de resultados adversos de salud mental entre los trabajadores sanitarios

en la pandemia actual, sus necesidades y preferencias, y el enfoque psicopatológico individual de las intervenciones actuales” (42).

3. Autor: “A Mengin, M C Allé, J Rolling, F Ligier, C Schroder, L Lalanne, F Berna, R Jardri, G Vaiva, P A Geoffroy, P Brunault, F Thibaut, A Chevance, A Giersch” (43).

Título: “Consecuencias fisiopatológicas del confinamiento” (43).

“Resumen: Los efectos psicológicos del aislamiento ya han sido descritos en la literatura (expediciones polares, submarinos, prisión). Sin embargo, la escala de confinamiento implementada durante la pandemia de COVID-19 no tiene precedentes. Además de revisar los estudios publicados, necesitamos anticiparnos a los problemas psicológicos que podrían surgir durante o a distancia del confinamiento. Hemos ido más allá de la literatura sobre COVID-19 para examinar las implicaciones de las consecuencias conocidas del confinamiento, como el aburrimiento, el aislamiento social, el estrés o la privación del sueño. La ansiedad, el trastorno de estrés postraumático, la depresión, las conductas suicidas o adictivas, la violencia doméstica son los efectos descritos del confinamiento, pero aún no se han estudiado los mecanismos de aparición de estos trastornos y sus interrelaciones. Por ejemplo, ¿cuáles son los mecanismos de aparición de trastornos de estrés postraumático en el contexto del confinamiento? También recordamos al lector los puntos de vigilancia a tener en cuenta con respecto a los trastornos alimentarios y las alucinaciones. Las alucinaciones son curiosamente ignoradas en la literatura sobre el confinamiento, mientras que una vasta literatura vincula el aislamiento social y las alucinaciones. Debido a las amplias consecuencias psicopatológicas, tenemos que buscar estos diversos síntomas para manejarlos. Resumimos rápidamente los enfoques diagnósticos y terapéuticos ya existentes, como la telemedicina, que está experimentando un rápido desarrollo durante la crisis de COVID-19” (43).

4. Autor: “Sergio Ignacio Muñoz-Fernández, Diana Molina-Valdespino, Rosalba Ochoa-Palacios, Oscar Sánchez Guerrero, Juan Antonio Esquivel-Acevedo” (44).

Título: “Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19” (44).

“Resumen: ANTECEDENTES: El nuevo coronavirus SARS-Cov-2, causante de la pandemia por COVID-19, afecta al personal de salud por la repercusión emocional que implica enfrentarse a situaciones complejas y estresantes que retan los mecanismos de regulación emocional y capacidad de adaptación a la vida cotidiana para mantener un estado de salud mental óptimo. OBJETIVO: Describir las reacciones emocionales esperadas ante COVID-19, los factores individuales protectores y de riesgo, la patología psiquiátrica y las distintas intervenciones que pueden efectuarse en apoyo de las diversas reacciones. CONCLUSIONES: Para los trabajadores de la salud, la pandemia por COVID-19 es un factor de riesgo de problemas de salud mental que requiere evaluación y atención oportuna. PALABRAS CLAVE: SARS Cov2; Coronavirus; pandemia de COVID-19; trabajadores de la salud; situaciones estresantes; regulación emocional; factores de riesgo” (44).

5. Autor: “Naiara Ozamiz-Etxebarria, Maria Dosil-Santamaria, Maitane Picaza-Gorrochategui” (45).

Título: “Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España” (45).

“Resumen: El virus SARS-CoV-2 llegó a España en marzo de 2020, y el pasado 14 de marzo se declaró el estado de alarma a nivel nacional, lo que provocó el confinamiento de toda la población. El presente estudio se realizó en la Comunidad Autónoma Vasca, en el norte de España. Los

autores analizaron el estrés, la ansiedad y la depresión con la llegada del virus y los niveles de síntomas según la edad, la comorbilidad y el confinamiento. Los niveles de ansiedad, estrés y depresión se midieron en una muestra de 976 adultos, utilizando la escala DASS (Depression Anxiety, and Stress Scale). Aunque los niveles de síntomas fueron generalmente bajos al inicio de la alerta, los individuos más jóvenes con enfermedades crónicas informaron más síntomas que el resto de la población. El estudio también detectó niveles más altos de síntomas después de que se emitió la orden de quedarse en casa. Se prevé que tales síntomas aumenten a medida que continúe el confinamiento. Los autores proponen intervenciones psicológicas para la prevención y el tratamiento con el fin de mitigar los impactos psicológicos de la pandemia” (45).

6. Autor: “Victor Torres Muñoz, Juan Diego Farias Cotés, Luis Antonio Reyes-Vallejo” (46).

Título: “Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con COVID-19” (46).

“Resumen: Revisión bibliográfica sobre impacto en salud mental del personal sanitario por las condiciones hospitalarias, factores de riesgo y dilemas éticos y morales provocados por la atención de pacientes durante la pandemia COVID-19. Relevancia: Prevención y detección de riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario, al identificar variables que incrementan la carga emocional por la atención a pacientes con COVID-19. Conclusiones: El personal sanitario puede experimentar ansiedad intensa, incertidumbre, pérdidas de rutinas y tradiciones, estrés, fatiga por compasión, así como daño moral, quedando propensos a desencadenar alteraciones mentales como depresión, trastorno de estrés postraumático e incluso ideación suicida. Es prioritario detectar comportamientos indicativos de alteraciones en la salud mental para mitigar sus efectos, implementando estrategias con alto grado de calidad y apoyo que

propicien crecimiento postraumático. Superada la pandemia, es recomendable monitorear a corto, mediano y largo plazo al personal de salud, para identificar y tratar adecuadamente el daño moral o alteración mental resultantes, ayudándoles a recuperar su confianza y seguridad antes tan natural, en el trato de sus pacientes” (46).

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General:

- Determinar la frecuencia de síntomas de depresión, trastorno de ansiedad generalizada y estrés en pacientes post COVID-19 en el centro de Salud de Characato, en la ciudad de Arequipa en el año 2022.

4.2. Objetivos Específicos

- Determinar la frecuencia de síntomas de depresión en pacientes que hayan padecido COVID-19.
- Determinar la frecuencia de síntomas de trastorno de ansiedad generalizada en pacientes que hayan padecido COVID-19.
- Determinar la frecuencia de síntomas estrés en pacientes que hayan padecido COVID-19.

5. HIPÓTESIS

Ho: La post infección por COVID-19 genera la aparición de síntomas de depresión, ansiedad generalizada o estrés en los pacientes del Centro de Salud de Characato en el 2022.

H1: La post infección por COVID-19 no genera la aparición de síntomas de depresión, ansiedad generalizada ni estrés en los pacientes del Centro de Salud de Characato en el 2022.

6. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

6.1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

■ TÉCNICA

Para este trabajo se hará encuestas personales a pacientes que hayan resultado positivos para IgG en pruebas rápidas, antigénicas y/o moleculares, que pertenezcan al centro de salud de Characato de la ciudad de Arequipa. Se determinará mediante diferentes escalas e índices aprobados por la OMS para determinar si los pacientes han presentado o presentan un cuadro ansioso-depresivo, o estrés causado por la COVID 19, y cuál es su estado de salud actual.

■ INSTRUMENTOS

- Encuestas físicas a pacientes con prueba COVID rápida, antigénica o PCR positiva en algún momento del tiempo desde el inicio de la pandemia. (Anexo 2 y 3)
- Encuestas en formularios de Google forms (Anexo 2 y 3)

Valoración:

- PHQ-9
- GAD-7
- Escala DASS-21

6.2. Campo de verificación

■ Ubicación espacial

El estudio se realizará en el centro de salud de Characato, donde los pacientes acudieron, para atención de cualquier servicio que ofrece el establecimiento.

■ Ubicación temporal

El estudio se realizará en el periodo de mayo del 2022

■ Unidades de estudio

Universo: Pacientes que hayan dado positivo para prueba rápida, antigénica y/o molecular de COVID – 19, en el periodo correspondiente desde marzo del 2020 hasta abril del 2022, y que pertenezcan al centro de salud de Characato.

■ **Población:** 1792

Muestra: 317

Criterios de inclusión:

- Pacientes con prueba rápida, antigénica y/o molecular positiva para COVID-19 que pertenezcan al CS Characato
- Edad mayor de 18 años y menores de 80 años
- Pacientes de ambos sexos
- Pacientes que hayan dado consentimiento para participar en el estudio

Criterios de exclusión:

- Pacientes que tengan prueba rápida, antigénica o molecular negativa.
- Pacientes con antecedentes de algún trastorno psiquiátrico que reciban tratamiento farmacológico.
- Pacientes con antecedentes de patología crónica terminal.
- Pacientes que no pertenezcan al centro de salud de Characato.

- Pacientes que no hayan dado su consentimiento para participar en el estudio.

6.3. Estrategia de recolección de datos

■ Organización

Se presentará una solicitud al Señor Gerente del Centro de Salud de Characato de la localidad de Arequipa, con una previa explicación de en qué consiste la investigación, para la respectiva autorización, dando su aprobación para poder realizar el presente estudio de investigación en el departamento de medicina interna y el área COVID de dicho establecimiento de salud.

■ Recursos

Humanos:

- Investigadores
- Asesor

Materiales

- Computadora HP Elitebook i7
- Computadora Lenovo IdeaPadL340
- Impresora HP laserjet p1102w
- 2 Smartphones
- Encuestas impresas según formato previamente establecido
- Útiles de escritorio, lapiceros, lápices, hojas Bond A4 de 75g, engrapadora y borradores
- Paquete Microsoft Office 2019
- Fichas de recolección de datos

Financieros

- Autofinanciación

■ Validación del instrumento

- **Cuestionario sobre la salud del paciente-9**

(PHQ-9): “El PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9), es una encuesta simple que nos permite la valoración de síntomas de depresión y además nos indica la severidad de la patología, aparte de los beneficios de ser de rápido llenado y la posibilidad de ser autoaplicada. La constituyen 9 ítems, basados en los 9 criterios para el diagnóstico de depresión mayor del DSM-5, calificados con valores de 0, 1, 2 y 3, de acuerdo a las categorías de respuesta de "ningún día", "varios días", "la mayoría de los días" y "casi todos los días" respectivamente. El puntaje total de los 9 ítems va de 0 a 27, y se divide en intervalos que determinan la severidad de los síntomas de depresión en: PHQ-9 (Puntaje) / Severidad de depresión: 0-4 Ninguna o mínima; 5-9 Leve; 10-14 Moderada; 15-19 Moderadamente severa; 20-27 Severa. Este instrumento ha sido validado en muchos países a lo largo del mundo. Y contamos con una versión validada para la población del Perú (disponible en Patient Health Questionnaire (PHQ)) evaluada por expertos en el tema” (40).

- **Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7):** “La escala GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) es una

escala eficiente para el tamizaje de síntomas de ansiedad generalizada, y el grado la gravedad del cuadro. Consta de 7 ítems que examinan 7 síntomas de ansiedad comunes, basándose en criterios de la DSM-5. En general, se evalúan síntomas afectivos (miedo, ansiedad), síntomas cognitivos (desintegración mental, aprehensión) y síntomas somáticos. Cada ítem será calificado con los siguientes valores: 0, 1, 2 y 3 de acuerdo a las categorías de respuesta de "para nada", "varios días", "la mayoría de los días" y "casi todos los días" respectivamente. Con un puntaje total de 0 a 21, que nos ayuda a clasificar la severidad de los síntomas de ansiedad: GAD-7 (Puntaje) / Severidad de ansiedad: 0-4 No se aprecia ansiedad; 5-9 Leve; 10-14 Moderada; 15-21 Severa. Cuenta con una versión traducida para la población peruana. Fue validado en el Perú por Ventura que dentro de su estudio de intervención grupal cognitivo-conductual efectuado para disminuir la ansiedad generalizada, realizó un piloto conformado por 81 personas que acudían al Puesto de Salud Las Dunas de Surco, demostrando una consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.78 indicando su confiabilidad" (40).

0 **Escala de Estrés (DASS-21)**

“Es un conjunto de tres escalas de autoinforme diseñadas para medir los estados emocionales de depresión, ansiedad y estrés.

Cada una de las tres escalas del DASS-21 contiene 7 ítems, divididos en subescalas de contenido similar. La depresión escala evalúa disforia, desesperanza, desvalorización de la vida, autodesprecio, falta de interés/participación, anhedonia e inercia. La escala de ansiedad evalúa la excitación autonómica, los efectos del músculo esquelético, situacional la ansiedad y la experiencia subjetiva del afecto ansioso. La escala de estrés es sensible a los niveles de excitación crónica inespecífica. Evalúa la dificultad para relajarse, la excitación nerviosa y la facilidad para alterarse/ agitarse, irritarse/ demasiado reactivo e impaciente. Las puntuaciones de depresión, ansiedad y estrés se calculan sumando las puntuaciones para los artículos correspondientes.

Será empleada para valorar la severidad de estrés en los pacientes encuestados. Según sus valores respectivos podremos subclasificarlos en: Normal: 0-14. Leve: 15-18. Moderado: 19-25. Severo: 26-33. Extremadamente severo: >34” (40).

7. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Actividades	Febrero 15				Marzo 15				Abril 15				Mayo 15			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema																
2. Revisión bibliográfica																
3. Aprobación del proyecto																
4. Ejecución																
5. Análisis e interpretación																
6. Informe final																

8. REFERENCIAS

- Guía técnica para el cuidado de la salud mental del personal de la salud en el contexto del COVID-19 [Internet]. www.gob.pe. [cited 2022 Apr 23]. Available from:

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/473389-guia-tecnica-para-el-cuidado-de-la-salud-mental-del-personal-de-la-salud-en-el-contexto-del-covid-19>

- Mental S. Módulo de Atención Integral [Internet]. [Gob.pe](http://www.gob.pe). [citado el 22 de abril de 2022]. Disponible en:

http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/208_PROM14.pdf

- Mitchell C, <https://www.facebook.com/pahowho>. OPS/OMS | [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2017. Available from:
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es
- World Health Organization: WHO. Depresión [Internet]. Who.int. World Health Organization: WHO; 2018. Available from:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Onofre, R. Características epidemiológicas relacionadas a la depresión en personas adultas, Perú, 2017 []. PE: Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo; 2021. Available from:
<http://repositorio.unasam.edu.pe/handle/UNASAM/4528>
- Hernández-Vásquez A, Vargas-Fernández R, Bendezu-Quispe G, Grendas LN. Depression in the Peruvian population and its associated factors: analysis of a national health survey. Journal of Affective Disorders [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2022 Apr 23];273:291–7. Available from:
<https://cris.usil.edu.pe/es/publications/depression-in-the-peruvian-population-and-its-associated-factors--2>
- Mental PM de SDG de IE en SPD de S. Lineamientos de política sectorial en salud mental: Perú 2018. Lineamientos de política sectorial en salud mental: Perú 2018 [Internet]. 2018 [cited 2022 Apr 23];54–4. Available from:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1147335>
- Depresión y otros trastornos mentales comunes Estimaciones sanitarias mundiales [Internet]. Available from:
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Escobar A. Neurobiología de la depresión. En: Velázquez Moctezuma J, Ed. Temas Selectos de Neurociencias III. UAM, México, 2004; 181-190
- Lener MS, Niciu MJ, Ballard ED, Park M, Park LT, Nugent AC, et al. Glutamate and Gamma-Aminobutyric Acid Systems in the Pathophysiology of Major Depression and Antidepressant Response to Ketamine. Biological Psychiatry. 2017 May;81(10):886–97.
- Gonzalez A. DSM 5 (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) - copia. www.academia.edu [Internet]. [cited 2021 Feb 19]; Available from:

https://www.academia.edu/40838674/DSM_5_Manual_diagn%C3%B3stico_y_estad%C3%ADstico_de_los_trastornos_mentales_copia

- Cuijpers P, Reynolds CF, Donker T, Li J, Andersson G, Beekman ATF. Personalized treatment of adult depression: medication, psychotherapy, or both? A systematic review. *Depression and anxiety*. 2012;29(10):855-864. Available from:

<https://doi.org/10.1002/da.21985>

- Pérez Esparza Rodrigo. Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Rev. Fac. Med. (Méx.)* [revista en la Internet]. 2017 Oct [citado 2022 Abr 23]; 60(5): 7-16. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000500007&lng=es.

- Judd LL, Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ, Endicott J, Coryell W, et al. A Prospective 12-Year Study of Subsyndromal and Syndromal Depressive Symptoms in Unipolar Major Depressive Disorders. *Archives of General Psychiatry*. 1998 Aug 1;55(8):694.
- Verduijn J, Verhoeven JE, Milaneschi Y, Schoevers RA, van Hemert AM, Beekman ATF, et al. Reconsidering the prognosis of major depressive disorder across diagnostic boundaries: full recovery is the exception rather than the rule. *BMC Medicine*. 2017 Dec;15.
- Tinney, N. Evaluación de la validez de constructo de una versión de 20 ítems de una escala de ansiedad aplicada a una muestra de estudiantes de una facultad de medicina en Lima, Perú []. PE: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2018. Disponible en:

<https://hdl.handle.net/20.500.12866/1469>

- Fiestas F, Piazza M. Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos mentales en el Perú urbano: resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2014 Mar 14;31.
- Delgado E, De La Cera D, Lara M, Arias R. GENERALIDADES SOBRE EL TRASTORNO DE ANSIEDAD. *Revista Cúpula* [Internet]. 2021;35(1):23–36. Available from:

<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>

- La pandemia por COVID-19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. www.paho.org. Available from:

<https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-pandemia-por-covid-19-provoca-aumento-25-prevalencia-ansiedad-depresion-todo>

- Hirsch CR, Meeten F, Krahé C, Reeder C. Resolving Ambiguity in Emotional Disorders: The Nature and Role of Interpretation Biases. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2016 Mar 28;12(1):281–305.
- SAFREN SA, GERSHUNY BS, MARZOL P, OTTO MW, POLLACK MH. HISTORY OF CHILDHOOD ABUSE IN PANIC DISORDER, SOCIAL PHOBIA, AND GENERALIZED ANXIETY DISORDER. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2002 Jul;190(7):453–6.
- Gottschalk MG, Domschke K. Genetics of generalized anxiety disorder and related traits. *Dialogues in Clinical Neuroscience* [Internet]. 2017 Jun 1;19(2):159–68. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28867940/>
- Moon C-M, Jeong G-W. Alterations in white matter volume and its correlation with clinical characteristics in patients with generalized anxiety disorder. *Neuroradiology*. 2015 Aug 21;57(11):1127–34.
- Wu JC, Buchsbaum MS, Hershey TG, Hazlett E, Sicotte N, Johnson JC. PET in generalized anxiety disorder. *Biological Psychiatry* [Internet]. 1991 Jun 15 [cited 2022 Apr 23];29(12):1181–99. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1888800/>
- Slee A, Nazareth I, Bondaronek P, Liu Y, Cheng Z, Freemantle N. Pharmacological treatments for generalised anxiety disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet*. 2019 Feb;393(10173):768–77.
- Naragon-Gainey K, Gallagher MW, Brown TA. A longitudinal examination of psychosocial impairment across the anxiety disorders. *Psychological Medicine*. 2013 Aug 13;44(8):1691–700.
- Tully PJ, Cosh SM, Baune BT. A review of the affects of worry and generalized anxiety disorder upon cardiovascular health and coronary heart disease. *Psychology, Health & Medicine*. 2013 Dec;18(6):627–44.
- Butnorienė J, Bunevicius A, Saudargiene A, Nemeroff CB, Norkus A, Ciciene V, et al. Metabolic syndrome, major depression, generalized anxiety disorder, and ten-year all-cause and cardiovascular mortality in middle aged and elderly patients. *International Journal of Cardiology* [Internet]. 2015 July;190:360–6. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167527315008451>
- Rickels K, Etemad B, Khalid-Khan S, Lohoff FW, Rynn MA, Gallop RJ. Time to Relapse After 6 and 12 Months' Treatment of Generalized Anxiety Disorder With Venlafaxine Extended Release. *Archives of General Psychiatry*. 2010 Dec 6;67(12):1274.

- Craske MG, Roy-Byrne P, Stein MB, Sullivan G, Hazlett-Stevens H, Bystritsky A, et al. CBT Intensity and Outcome for Panic Disorder in a Primary Care Setting. *Behavior Therapy*. 2006 Jun;37(2):112–9.
- Simon NM, Hofmann SG, Rosenfield D, Hoepfner SS, Hoge EA, Bui E, et al. Efficacy of Yoga vs Cognitive Behavioral Therapy vs Stress Education for the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *JAMA Psychiatry*. 2020 Aug 12
- Torrades S. Estrés y burn out. Definición y prevención. *Offarm* [Internet]. 2007 Nov 1;26(10):104–7. Available from:
<https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-estres-burn-out-definicion-prevencion-13112896>
- Ortega J. Estrés y trabajo. *MedSpain* [consultado 23/04/2022]. Disponible en:
http://www.medspain.com/n3_feb99/stress.htm
- World Bank Group. El estrés, aliado de la pobreza de Latinoamérica [Internet]. World Bank. World Bank Group; 2016. Disponible en:
<https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2015/12/28/el-estres-aliado-de-la-pobreza-de-latinoamerica>
- Galvez JF, editor. Trastornos por estrés y sus repercusiones neuropsicoendocrinológicas [Internet]. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXIV; 2005. Available from:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n1/v34n1a06.pdf>
- Bryant RA, Mastrodomenico J, Felmingham KL, Hopwood S, Kenny L, Kandris E, et al. Treatment of Acute Stress Disorder. *Archives of General Psychiatry*. 2008 Jun 2;65(6):659.
- Bryant RA, Harvey AG, Dang ST, Sackville T, Basten C. Treatment of acute stress disorder: a comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* [Internet]. 1998 Oct 1 66(5):862–6. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9803707/>
- Aliaga Tinoco S, editor. Síntomas ansiosos y depresivos en población general y personal médico del Hospital Cayetano Heredia asociados a la cuarentena y atención de la pandemia COVID-19 en Lima [Internet]. Repositorio UPCH. UPCH; 2020. Available from:
https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/7889/Sintomas_AliagaTinoco_Stephanie.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2020 Apr 21;37(2):327–34.
- Condori Arias Y, editor. asociación entre la exposición al covid-19 y la presencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en los hospitales de la región arequipa [Internet]. Repositorio UNSA. 2020. Available from:

<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/11070/MCcoary1.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Lozano-Vargas A. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatria*. 2020 Apr 11;83(1):51–6.
- Muller AE, Hafstad EV, Himmels JPW, Smedslund G, Flottorp S, Stensland SØ, et al. The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. *Psychiatry Research*. 2020 Nov;293:113441.
- Mengin A, Allé MC, Rolling J, Ligier F, Schroder C, Lalanne L, et al. Conséquences psychopathologiques du confinement. *L'Encéphale*. 2020 Jun;46(3):S43–52.
- Muñoz Fernández SI, Molina Valdespino D, Ochoa Palacios R, Sánchez Guerrero O, Esquivel Acevedo JA. Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Acta Pediátrica de México*. 2020 June 29;41(4S1):127.
- Ozamiz-Etxebarria N. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cad Saúde Pública (Online)* [Internet]. 2020; e00054020–0. Available from:

<https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/en/covidwho-677676>
- De Revisión Revista Mexicana De Urología A. Mental health risks and damage in healthcare personnel due to treating patients with COVID-19 Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con COVID-19 Correspondencia. *Mex Urol* [Internet]. 2020;80(3):1–9. Available from:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2020/ur203i.pdf>
- Bohlken J, Schömig F, Lemke MR, Pumberger M, Riedel-Heller SG. COVID-19 pandemic: Stress experience of healthcare workers - A short current review: Ein kurzer aktueller Review. *Psychiatr Prax* [Internet]. 2020 [citado el 21 de mayo de 2022];47(4):190–7. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32340048/>

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Saludos cordiales,

Lo invitamos a participar del estudio “Incidencia de trastorno ansioso-depresivo y estrés en pacientes post COVID, en el Centro de Salud de Characato, 2022”

Propósito del estudio:

Dada la coyuntura actual que enfrenta el país producto de la pandemia del COVID-19, cabe resaltar la falta de una terapia y evaluación integral de los pacientes ante la realidad. Por ese motivo, es que el propósito del presente estudio es determinar la incidencia de depresión, ansiedad y estrés en pacientes que han cursado con la infección causada por el COVID 19. Estos datos servirán como un aporte para la implementación de medidas de apoyo psicológico para la población del establecimiento de salud de Characato.

Su participación es totalmente VOLUNTARIA. Puede decidir no participar, o retirarse de la encuesta en cualquier momento. Si decide participar, luego de contar con su consentimiento, se le otorgará una encuesta, cuyo llenado le tardará MENOS DE 10 MINUTOS. Todas sus respuestas serán confidenciales. A través de la encuesta podremos indagar acerca de su información general y, la presencia de algunos síntomas de depresión, ansiedad, y síntomas relacionados al estrés. Toda la información recogida será guardada en formato físico, cuyo acceso será restringido a los autores del estudio. Se le asegura la confidencialidad y el carácter ANÓNIMO de la información que brinde. Si usted tuviera alguna pregunta sobre el estudio, por favor contáctese al correo entrance1115@gmail.com y/o eltiopepeto@gmail.com

Este estudio ha sido autorizado por la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María. Agradecemos su participación.

- Sí, doy mi consentimiento
- No deseo participar del estudio

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Las siguientes preguntas indagan sobre su información general

Edad: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Estado civil: ☐ Soltero ☐ Conviviente ☐ Casado ☐ Separado ☐ Viudo

- ¿Cuál fue su condición de empleo durante los últimos 6 meses? ☐ Empleado ☐ Desempleado
- ¿Es usted jefe de hogar? (Su familia depende de sus ingresos) ☐ Sí ☐ No

Las siguientes preguntas están relacionadas a su EXPOSICIÓN AL COVID-19

- ¿Algún familiar suyo ha sido diagnosticado de COVID-19? (Bajo criterio de prueba serológica y/o molecular) ☐ Sí ☐ No
- ¿Ha sido alguna vez diagnosticado con COVID-19? (Bajo criterio de prueba serológica, antigenica y/o molecular) ☐ Sí ☐ No

ANEXO 3

INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA CADA PATOLOGÍA

INSTRUMENTO 1

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestia por cualquiera de los siguientes problemas? (Marcar su respuesta por favor)

		Nin gú n dí a	Va rio s día s (1 a 6 dí as)	La may oría de días (7 a 11 días)	Casi todo s los días (12 a m ás dí as)
1 .	¿Pocas ganas o interés en hacer las cosas?	0	1	2	3
2 .	¿Sentirse desanimado(a), deprimido(a), triste o sin esperanzas?	0	1	2	3
3 .	¿Problemas para dormir o mantenerse dormido(a), o dormir demasiado?	0	1	2	3
4 .	¿Sentirse cansado(a) o con poca energía?	0	1	2	3
5 .	¿Poco apetito o comer en exceso?	0	1	2	3
6 .	¿Sentirse mal acerca de sí mismo(a) o sentir que es un(a) fracasado(a) o que se ha fallado a sí mismo/a o a su familia?	0	1	2	3
7 .	¿Dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas que hace?	0	1	2	3
8 .	¿Moverse o hablar más lento de lo normal? o estar tan inquieto(a) o intranquilo(a) que se ha estado moviendo mucho más de lo normal?	0	1	2	3
9 .	¿Pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir?	0	1	2	3

PHQ-9 (Puntaje)	Severidad de depresión
0-4	Ninguna o mínima
5-9	Leve
10-14	Moderada
15-19	Moderadamente severa
20-27	Severa



INSTRUMENTO 2**ESCALA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (GAD-7)**

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias por los siguientes problemas? (Marcar su respuesta por favor)

		Ningún día	Varios días (1 a 6 días)	La mayoría de días (7 a 11 días)	Casi todos los días (12 a más días)
1.	Sentirse nervioso/a, ansioso/a, o con los nervios de punta	0	1	2	3
2.	No poder dejar de preocuparse o no poder controlar la preocupación	0	1	2	3
3.	Preocuparse demasiado por diferentes cosas	0	1	2	3
4.	Dificultad para relajarse	0	1	2	3
5.	Estar tan inquieto/a que es difícil permanecer sentado/a tranquilamente	0	1	2	3
6.	Molestarse o ponerse irritable fácilmente	0	1	2	3
7.	Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar	0	1	2	3

GAD-7 (Puntaje)	Severidad de ansiedad
0-4	No se aprecia ansiedad
5-9	Leve
10-14	Moderada
15-21	Severa

INTRUMENTO 3

ESCALA DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS (DASS-21)

Por favor lea las siguientes afirmaciones y marque un número (0, 1, 2, 3) que indique cuánto esta frase se relacione con usted *durante las últimas semanas, incluyendo el día de hoy*. No hay respuesta incorrecta. La escala de calificación es la siguiente:

- 4 No me identifica
- 5 Me identifica un poco, o durante parte del tiempo
- 6 Me identifica bastante, o durante una buena parte del tiempo
- 7 Me identifica mucho, o la mayor parte del tiempo

1.	Me costó mucho relajarme	0	1	2	3
2.	Me di cuenta de que tenía la boca seca	0	1	2	3
3.	No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4.	Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5.	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6.	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7.	Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8.	Sentí que tenía muchos nervios	0	1	2	3
9.	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podría tener pánico o que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10.	Sentí que no tenía nada por que vivir	0	1	2	3
11.	Noté que me agitaba	0	1	2	3
12.	Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13.	Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14.	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
15.	Sentí que estaba al punto del pánico	0	1	2	3
16.	No me pude entusiasmar por nada	0	1	2	3
17.	Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18.	Sentí que estaba muy irritable	0	1	2	3
19.	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20.	Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21.	Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3