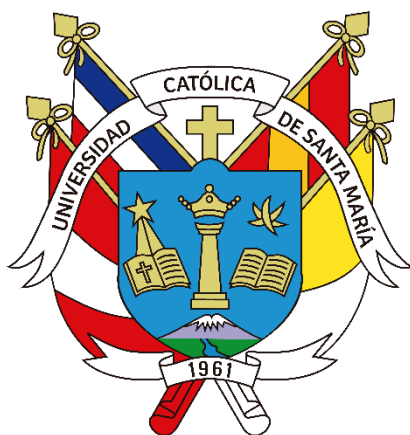


Universidad Católica de Santa María

Facultad de Enfermería

Escuela Profesional de Enfermería



**RELACIÓN ENTRE EL BIENESTAR ESPIRITUAL Y EL NIVEL DE ANSIEDAD
Y DEPRESIÓN EN ADULTOS POST COVID – 19 EN EL C. S. MARITZA CAMPOS
DIAZ, AREQUIPA 2022**

Tesis presentada por las Bachilleres:

Mamani Yucra, Miriam Rosario

Torres Lazo, Fernanda Andrea

Para optar el Título Profesional de:

Licenciada en enfermería

Asesora:

Lic. Delgado Velarde, Shirley Rocio

Arequipa – Perú

2023

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
ENFERMERIA
TITULACIÓN CON TESIS
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 30 de Marzo del 2023

Dictamen: 006800-C-FENFER-2023

Visto el borrador del expediente 006800, presentado por:

2017246092 - MAMANI YUCRA MIRIAM ROSARIO

2017224942 - TORRES LAZO FERNANDA ANDREA

Titulado:

**RELACIÓN ENTRE EL BIENESTAR ESPIRITUAL Y EL NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN
ADULTOS POST COVID ? 19 EN EL C.S MARITZA CAMPOS DIAZ, AREQUIPA 2022**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**29229000 - CHOCANO ROSAS DE VIZCARRA TERESA JESUS
DICTAMINADOR**



**29526835 - BORJA VIZCARRA MARIA DEL PILAR SOFIA
DICTAMINADOR**



**29524150 - ZAPANA BEGAZO ROSEMARY
DICTAMINADOR**



DEDICATORIA

A mis padres, Lucio y Teresa por enseñarme a amar sin poseer, a acompañar sin invadir y a vivir sin depender.



*A la única luz en tanta oscuridad,
mi hija Rafaela, mi vida.*

Miriam Mamani.

DEDICATORIA



*A mis padres, Pedro Torres y
Yenny Lazo, por impulsarme en
mis años de universidad, por ser mi
apoyo fundamental en mi día a día.*

Fernanda Torres

AGRADECIMIENTO

A Dios todopoderoso, quien da sabiduría y fortaleza, porque bajo su bendición se hizo posible este proyecto de investigación.

A la Universidad Católica de Santa María, en especial a nuestra apreciada Facultad de Enfermería, por la formación académica brindada.

A la Dra Delgado Velarde, Shirley Rocio, asesora del presente trabajo y a los jurados, porque con su apoyo fue posible la ejecución y logro de la presente investigación

Al Director del Centro de Salud Martiza Campos Díaz y a la Jefa del departamento de Enfermería que sin su colaboración no se habría podido recolectar la información necesaria

A todas las personas que hicieron posible la culminación del presente trabajo

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo principal determinar la relación entre el bienestar espiritual y el nivel de ansiedad y depresión en adultos post COVID – 19 en el centro de salud Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022. Se realizó un estudio prospectivo, cuantitativo, y de enfoque transversal; la población de estudio fueron los pacientes adultos post COVID 19 del centro de salud Maritza Campos Díaz, quienes mediante la muestra y los criterios de inclusión y exclusión se trabajó con 140 pacientes adultos. Se utilizó la técnica del cuestionario, mediante un formulario de preguntas en el que incluía la evaluación de los niveles de bienestar espiritual y de los niveles de ansiedad y depresión. para realizar el análisis estadístico se usó la prueba estadística Chi cuadrado. Respecto a los niveles de bienestar espiritual se observó que el 87.1% presenta un nivel medio, el 10.7% un nivel bajo, y el 2.1% un nivel alto. En los niveles de ansiedad de los pacientes el 61.4% tiene ansiedad normal, el 35.7% tienen una ansiedad baja, el 2.9% tiene ansiedad severa, en el nivel alto no hay ningún paciente. En el nivel de depresión el 82.9% presenta una depresión dentro de los límites normales, el 16.4% tiene un nivel leve, el 0.7% tienen un nivel grave, y en el nivel moderado no hay ningún paciente. Mediante la prueba estadística Chi Cuadrado existe relación estadísticamente significativa entre bienestar espiritual y el nivel de ansiedad ($p=0,013$), por lo cual se puede argumentar que los pacientes que tienen un mejor bienestar espiritual presentan un nivel de ansiedad bajo. respecto a la relación entre el bienestar espiritual y el nivel de depresión no se observó una relación estadísticamente significativa ($p=0.198$).

Palabras clave: Bienestar espiritual, ansiedad, depresión, adultos post COVID 19.

ABSTRACT

The main objective of this research was to determine the relationship between spiritual well-being and the level of anxiety and depression in post-COVID-19 adults at the Maritza Campos Diaz Health Center, Arequipa 2022. A prospective, quantitative, cross-sectional study was conducted; the study population was the post-COVID 19 adult patients of the Maritza Campos Diaz health center, who by means of the sample and the inclusion and exclusion criteria worked with 140 adult patients. The questionnaire technique was used, by means of a questionnaire form which included the evaluation of the levels of spiritual wellbeing and of the levels of anxiety and depression. Regarding the levels of spiritual well-being, it was observed that 87% presented a medium level, 10.7% a low level, and 2.1% a high level. In the anxiety levels of the patients 61.4% have normal anxiety, 35.7% have low anxiety, 2.9% have severe anxiety, in the high level there are no patients. In the level of depression 82.9% have depression within normal limits, 16.4% have a mild level, 0.7% have a severe level, and in the moderate level there are no patients. By means of the Chi-square statistical test there is a statistically significant relationship between spiritual well-being and the level of anxiety ($p=0.013$), so it can be argued that patients who have a better spiritual well-being have a low level of anxiety.

Key words: Spiritual well-being, anxiety, depression, adults post COVID 19.

INDICE

RESUMEN	vi
ABSTRACT	vi
INTRODUCCION.....	i
CAPITULO I PLANTEAMIENTO TEORICO	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACION	2
1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	2
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2.1. Campo, Área y Línea de Investigación	2
1.2.2. Operacionalización de Variables	2
1.2.3. Interrogantes Básicas	4
1.2.4. Tipo y Descripción del Problema	4
1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	4
2. OBJETIVOS.....	5
3. MARCO TEÓRICO	6
3.1. ADULTO.....	6
3.1.1. Crecimiento y desarrollo	6
3.1.2. Desarrollo moral	6
3.2. BIENESTAR ESPIRITUAL	7
3.2.1. Bienestar	7
3.2.2. Espiritualidad.....	7
3.2.3. Bienestar Espiritual	9
3.2.4. Religión y espiritualidad.....	9
3.2.5. Espiritualidad y enfermería	10
3.3. ANSIEDAD.....	11
3.3.1. Definición	11

3.3.2. Niveles de Ansiedad	11
3.3.3. Fisiología de la Ansiedad	12
3.3.4. Fisiopatología de la Ansiedad	13
3.3.5. TRATAMIENTO	13
3.4. DEPRESION	14
3.4.1. TIPOS DE DEPRESION.....	15
3.4.2. Fisiología de la Depresión	15
3.4.3. Fisiopatología de la Depresión	16
3.4.4. Tratamiento de la Depresión	16
3.5. COVID- 19	17
3.5.1. Epidemiología.....	17
3.5.2. Clasificación	18
3.5.3. Manejo de los pacientes con COVID-19.....	19
3.5.4. Prevención	20
3.5.5. Post covid 19	21
3.6. Rol de enfermería	23
4. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.....	25
4.1. Internacionales.....	25
4.2. Nacionales	25
4.3. Locales.....	26
5. HIPOTESIS	27
CAPITULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	28
1. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN	29
1.1. TÉCNICA.....	29
1.2. INSTRUMENTO	29
1.2.1. Para la variable independiente.....	29

1.2.2. Para la variable dependiente	30
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	32
2.1. Ubicación Espacial	32
2.2. Ubicación Temporal	32
2.3. Unidades de estudio.....	32
2.3.1. Universo	32
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	34
3.1. Organización.....	34
3.2. Recursos	34
3.2.1. Humanos.....	34
3.2.2. Material Y Financiamiento.....	34
3.2.3. Institucionales.....	34
4. ESTRATEGIAS PARA MANEJAR RESULTADOS.....	35
CAPÍTULO III RESULTADOS	36
CONCLUSIONES.....	50
RECOMENDACIONES	51
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	52
ANEXOS.....	60
ANEXO 1 INSTRUMENTOS	61
ANEXO 2 INSTRUMENTO ESCALA DE BIENESTAR ESPIRITUAL EBE DE PALOUTZIAN Y ELLISON	62
ANEXO 3 INSTRUMENTO: ESCALA DE ANSIEDAD DE ZUNG.....	64
ANEXO 4 INSTRUMENTO: ESCALA DE AUTOAPLICACION DE ZUNG PARA LA DEPRESIÓN	66
ANEXO 5 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN.....	68
ANEXO 6 CONSTANCIA DE EJECUCIÓN	69

ANEXO 7 MATRIZ DE DATOS 70



INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Pacientes adultos post COVID – 19 según edad, del centro de salud Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022.....	37
Tabla 2 Pacientes adultos post COVID – 19 según género, del centro de salud Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022.....	38
Tabla 3 Pacientes adultos post COVID – 19 según situación conyugal, del centro de salud Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022	39
Tabla 4 Pacientes adultos post COVID – 19 según grado de instrucción, del centro de salud Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022	40
Tabla 5 Pacientes adultos post COVID – 19 según ocupación, del centro de salud Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022.....	41
Tabla 6 Pacientes adultos post COVID – 19 según nivel de bienestar espiritual, del centro de salud Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022	42
Tabla 7 Pacientes adultos post COVID – 19 según nivel de ansiedad, del centro de salud Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022	43
Tabla 8 Pacientes adultos post COVID – 19 según nivel de depresión, del centro de salud Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022	44
Tabla 9 Pacientes adultos post COVID – 19 según relación entre el bienestar espiritual y el nivel de ansiedad, del centro de salud Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022	46
Tabla 10 Pacientes adultos post COVID – 19 según relación entre el bienestar espiritual y el nivel de depresión, del centro de salud Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022	48

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1 Pacientes adultos post COVID – 19 según edad, del centro de salud Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022.....	37
Gráfico 2 Pacientes adultos post COVID – 19 según género, del centro de salud Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022.....	38
Gráfico 3 Pacientes adultos post COVID – 19 según situación conyugal, del centro de salud Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022.....	39
Gráfico 4 Pacientes adultos post COVID – 19 según grado de instrucción, del centro de salud Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022.....	40
Gráfico 5 Pacientes adultos post COVID – 19 según ocupación, del centro de salud Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022	41
Gráfico 6 Pacientes adultos post COVID – 19 según nivel de bienestar espiritual, del centro de salud Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022	42
Gráfico 7 Pacientes adultos post COVID – 19 según nivel de ansiedad, del centro de salud Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022	43
Gráfico 8 Pacientes adultos post COVID – 19 según nivel de depresión, del centro de salud Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022	45
Gráfico 9 Pacientes adultos post COVID – 19 según relación entre el bienestar espiritual y el nivel de ansiedad, del centro de salud Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022	47
Gráfico 10 Pacientes adultos post COVID – 19 según relación entre el bienestar espiritual y el nivel de depresión, del centro de salud Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022... ..	49

INTRODUCCION

Los avances tecnológicos han permitido mejorar el tratamiento a los pacientes, esto ha contribuido a mejorar las intervenciones médicas, sin embargo, los avances tecnológicos no permiten visualizar el bienestar espiritual de los pacientes adultos, debido a que se considera algo no tangible e innecesario.

Cabe destacar que la enfermería es una disciplina científica que no solo debe enfatizarse al conocimiento tecnológico y científico; la enfermería también debe enfatizarse al conocimiento espiritual debido a que las intervenciones de la enfermería con mayor frecuencia ocurren frente al paciente, esto supone que no solo implican los caracteres numéricos, los parámetros establecidos, los protocolos estandarizados; ya que el rol de la enfermería va más allá que los aspectos mencionados; para poder lograr este manejo holístico implica que el personal de enfermería brinde un cuidado espiritual hacia el paciente adulto.

El contexto por pandemia COVID-19 generó en mayor proporción trastornos neurológicos o mentales tras superar la enfermedad. Así lo pone de manifiesto un estudio realizado recientemente, además sugiere que la pandemia puede provocar una ola de problemas mentales y neurológicos. Se han aumentado las cifras de diagnóstico de ansiedad y depresión a raíz de la pandemia de COVID-19 por diferentes factores como son la divulgación de información inexacta sin límites por medio de redes sociales u otros medios que ha solo causado más incertidumbre, la sobrecarga emocional en casa o la falta de trabajo en personas que vivían de un salario constante y requería actividad presencial, la tragedia de adquirir la enfermedad, complicarse, la pérdida de algún miembro de la familia, la saturación de los hospitales y la falta de recursos material y personales (1).

La presente investigación busca determinar la relación entre el bienestar espiritual y el nivel de ansiedad y depresión en adultos post COVID 19 en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022, para recomendar diversas propuestas que ayuden a mejorar la salud mental de los adultos.

El presente trabajo se encuentra estructurado de la siguiente manera: el capítulo I denominado planteamiento teórico muestra: el problema de investigación, así como los objetivos de la investigación, marco teórico el cual comprende el marco conceptual y los antecedentes investigativos y finalmente la hipótesis, el capítulo II denominado

planteamiento operacional muestra: la técnica, instrumento y material de verificación, así como el campo de verificación en la que se describe cómo fue el proceso para la autorización de recolección de datos, también se incluye las unidades de estudio con criterios de inclusión y exclusión para cada grupo, estrategias de recolección de datos y para el manejo de los resultados y finalmente el capítulo III denominado resultados muestra los resultados propiamente dichos expresados en tablas, las cuales se estructuran en frecuencias y porcentajes para cada uno con su interpretación respectiva, los gráficos se encuentran estructurados en barras y representan los porcentajes de las tablas (2).





CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEORICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

RELACIÓN ENTRE EL BIENESTAR ESPIRITUAL Y EL NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ADULTOS POST COVID – 19 EN EL C.S MARITZA CAMPOS DIAZ, AREQUIPA 2022

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Campo, Área y Línea de Investigación

- Campo : Ciencias de la Salud
- Área : Salud del adulto
- Línea : Salud mental

1.2.2. Operacionalización de Variables

Cuadro de Operacionalización de las Variables

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS		
Datos sociodemográficos	Edad	<ul style="list-style-type: none"> • 30 – 39 • 40 – 49 • 50 - 59
	Género	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
	Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Viudo
	Grado de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Superior
	Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> • Estudiante • Trabajador • Sin ocupación

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
Bienestar espiritual Variable Independiente	Dimensión religiosa	<ul style="list-style-type: none"> • Relación significativa con Dios • Satisfacción en la oración con Dios • Dios como sentido de bienestar • Satisfacción dada por la relación en comunidad con Dios
	Dimensión existencial	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción con la vida • Sensación de Bienestar en su vida encaminada • Propósito en la vida diaria • Tener en claro los objetivos personales • La vida como experiencia positiva
Ansiedad Variable Dependiente	Síntomas Cognoscitivos Síntomas Somáticos	<ul style="list-style-type: none"> • Normal • Ansiedad Leve • Ansiedad Moderada • Ansiedad Severa
Depresión Variable Dependiente	Síntomas Cognoscitivos Síntomas Somáticos	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de Depresión • Depresión Leve • Depresión Moderada • Depresión Severa

1.2.3. Interrogantes Básicas

- ¿Como es el bienestar espiritual en los adultos post COVID 19 en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa 2022
- ¿Cuál es el nivel de ansiedad en los adultos post COVID 19 en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa 2022
- ¿Cuál es el nivel de depresión en los adultos post COVID 19 en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa 2022
- ¿Cuál es la relación que existe entre el bienestar espiritual con el nivel de ansiedad y depresión en los adultos post COVID 19 en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa 2022

1.2.4. Tipo y Descripción del Problema

- Tipo: De campo.
- Nivel: Relacional y corte transversal.

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La presente investigación busca identificar la relación el bienestar espiritual y el nivel de ansiedad y depresión de los adultos del C.S Maritza Campos Díaz, periodo de pandemia COVID-19 Arequipa, 2022 y poder brindarles el apoyo que necesitan de los profesionales del área salud, para poder trabajar de manera interdisciplinaria.

El presente trabajo tiene relevancia científica porque no cuenta con la adecuada investigación ya que existe el paradigma biomédico que hace hincapié en lo biológico de la enfermedad, concibiendo al paciente como un problema a solucionar, olvidando el estado psico-social-espiritual de la persona, incurriendo en la deshumanización.

La enfermedad no es el único momento en el cual el enfermero debe cuidar, al contrario, su vocación es trabajar por la salud, y estar de forma integral.

Es Relevante en este nivel porque proporciona información actualizada , confiable y verídica que puede usarse para la creación de estrategias que permitan mejorar el trabajo interdisciplinario y brindarle mayor apoyo a la población en cuestión.

La siguiente investigación tiene relevancia social ya que aportara nuevas medidas preventivas en la comunidad , lo cual hará que la población pueda enfrentar las situaciones difíciles de la de la vida de manera diferente, de una manera en la cual podrán generar sentimientos positivos de esperanza ,optimismo y tranquilidad , es decir tendrán mejores herramientas de afrontamiento pues este estudio ayudara a los profesionales del sector salud a brindar cuidados holísticos y de calidad mas allá de lo puramente visible.

Es un tema pertinente y original, ya que muchos han estudiado la ansiedad en el personal de salud, pero poco han abarcado la ansiedad y depresión en los pacientes adultos post COVID.

Nuestra motivación personal por realizar esta investigación parte de que se pueda brindar una mayor importancia a lo que es la salud mental en la actualidad y podamos apoyar a todos aquellos pacientes que sufran de ansiedad y depresión sean tratados oportunamente dando así paso a una contribución al campo de enfermería y poder obtener nuestro título profesional.

2. OBJETIVOS

- Identificar el bienestar espiritual en los pacientes adultos post COVID 19 en el C.S Maritza Campos Díaz, Arequipa 2022.
- Determinar el nivel de ansiedad en los pacientes adultos post COVID 19 en el C.S Maritza Campos Díaz, Arequipa 2022.
- Precisar el nivel de depresión en los pacientes adultos, post COVID 19 en el C.S Maritza Campos Díaz, Arequipa 2022.
- Establecer cuál es la relación entre el bienestar espiritual y el nivel de ansiedad y depresión en adultos post COVID-19 en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa 2022.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. ADULTO

La adultez según la OMS es desde los 27 hasta los 59 años aquí y divide entre adulto joven y adulto medio. La adultez está caracterizada sobre todo por factores sociales, y en consecuencia se considera maduro/adulto al sujeto que es capaz de vivir independientemente, sin la necesidad de ser tutelado emocional, social, afectiva y económicamente, aunque la independencia es más una posibilidad que una realidad total (4).

3.1.1. Crecimiento y desarrollo

Esto se manifiesta de diversas formas en la edad madura, por ejemplo:

Desgaste de los tejidos, dolor y molestias, baja necesidad de ingesta calórica, disminución de la fuerza, la rapidez de reacción y tiempo con que funcionaban habitualmente los músculos. Hay cambios en el sistema Tegumentario, la piel se hace más fina, pierde turgencia y elasticidad.

Disminuye la velocidad de crecimiento del pelo, se puede adelgazar, aparecen canas, pierde brillo y firmeza. Aparecen unas pocas arrugas en la cara; las líneas de la risa surcan los extremos de los ojos.

En el sistema óseo, comienzan a evidenciarse descalcificaciones. Se pierde progresivamente espacios ínter vertebrales, observándose por ello una disminución en la estatura.

En la mujer se presenta la menopausia y el climaterio en donde hay transformaciones biopsicosociales (5).

3.1.2. Desarrollo moral

El adulto joven y el medio se encuentran generalmente en los mismos estadios

El desarrollo moral del adulto se basa en las experiencias, lo que le permite por medio de las emociones evaluar y definir lo que es correcto y justo. Estas experiencias hacen que pueda ver mejor, moral y socialmente el punto de vista de los demás. Existen aspectos que facilitan el desarrollo moral, por ejemplo, el confrontar valores en conflicto fuera del hogar (universidad y trabajo) y en

el hogar respondiendo al bienestar de las personas a su cuidado. (Paternidad)
(6).

3.2. BIENESTAR ESPIRITUAL

Para comprender mejor el Bienestar Espiritual se definirán los siguientes conceptos:

3.2.1. Bienestar

En el diccionario de la Real Academia Española se define bienestar como el estado en el que la persona percibe el buen funcionamiento de su estado físico y psíquico, lo cual lo lleva a pasar la vida bien y con tranquilidad. Según A. Carr, citado por A. Zapata si se habla de salud se habla de bienestar, ya que a partir del bienestar del individuo este podrá desarrollar aspectos positivos como resiliencia y otros recursos que le van a permitir desarrollarse con salud ya que una persona, es así que estando el individuo en un estado de bienestar puede desarrollar un óptimo desarrollo y crecimiento. H. Cuadra y R. Florenzano, citada por K. Noguera refieren que, aunque subjetivamente, que el bienestar está relacionado con la felicidad y es precisamente subjetivo porque está basado en percepciones afectivas y emocionales (7).

3.2.2. Espiritualidad

La espiritualidad es un aspecto del ser humano que comprende la relación que el individuo mantiene consigo mismo, con las personas y/o seres vivos que lo rodean, con la naturaleza y con algún ser superior o fuerza superior y dicho aspecto se va a manifestar de diferentes maneras ya sea con expresiones y/o prácticas no necesariamente religiosas y estas a su vez lo llevan a ser mejor y a mejorar su calidad de vida. En muchas literaturas se define a la espiritualidad como a fuerza o energía que mueve al individuo y lo impulsa a la búsqueda del sentido de su vida y cabe mencionar también que al ser la espiritualidad algo tan único cada individuo lo percibe, lo vive y lo expresa de manera diferente (8).

3.2.2.1. Dimensiones de la espiritualidad

3.2.2.1.1. Autoconciencia

Es aquella actividad evaluadora, supervisora o metaorganizadora del sistema cerebral, es la autogestión interior que basado en objetivos y valores personales define las prioridades para la vida considerando el pasado y futuro en el presente y lograr evocarlo a través de los sentidos. En otras palabras, la autoconciencia es la relación con el yo interno, la capacidad de identificar los valores, actitudes, pensamientos y sentimientos (9).

3.2.2.1.2. Creencias espirituales

Son aquellos juicios y evaluaciones sobre sí mismo, hacia las personas que le rodean y el mundo; decreta pensamientos y acciones de acuerdo a los sentimientos involucrados en búsqueda de lo espiritual y gobernado por las propias creencias. Es decir, de acuerdo a Ballero un individuo con creencias espirituales vive en coherencia con sus pensamientos uniformes, positivos y sinceros (9).

3.2.2.1.3. Prácticas espirituales

Ballero considera a las prácticas espirituales como el mejor antídoto para combatir el estrés relacionado a diversas enfermedades. Las prácticas espirituales son actos físicos y específicos como la relajación, respiración, reflexión y meditación cuya finalidad es transformar la mente del practicante. Asimismo, Gonzales explica que existen las prácticas espirituales extrínsecas e intrínsecas; la primera conocida como grupales ya que se asiste a reuniones religiosas y las intrínsecas son actividades que permiten que el ser humano tenga una comunión más cercana con Dios, como las plegarias, el estudio de la Biblia, la fe, entre otros (9).

3.2.2.1.4. Necesidades espirituales

Es un estado de carencia que impulsa a la persona creyente o no a conseguir una meta espiritual para llegar a una veracidad, una esperanza del sentido de la vida o de la muerte, además, estas necesidades varían

de acuerdo a distintos factores como la edad, presencia de enfermedad, etc. En otros términos, las necesidades espirituales están involucradas al anhelo de tener sentido, propósito, recibir y dar amor, ofrecer perdón, tener esperanza, creatividad y desarrollar adecuadas relaciones interpersonales (10).

3.2.3. Bienestar Espiritual

Según Ellison citado por B. Martel ,define el bienestar espiritual como una necesidad innata del ser humano , aquella que hace que el individuo busque darle un sentido y propósito a su vida, dicho de otro modo el bienestar espiritual hace que el individuo tenga un equilibrio y esperanza en su vida ,lo cual lo hará enfrentar las situaciones difíciles de la de la vida de manera diferente , de una manera en la cual podrán generar sentimientos positivos de esperanza ,optimismo y tranquilidad , es decir tendrán mejores herramientas de afrontamiento (11).

3.2.4. Religión y espiritualidad

La Real Academia Española, indica que la palabra religión proviene del latín religio,-ōnis, y la concibe como el conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto (12).

Como variable en el área de la salud, la religión varía en definiciones, algunos sustentan que mantiene dos formas o dimensiones, una intrínseca y otra extrínseca; la de carácter intrínseco, incluye la relación personal del ser humano con Dios, relacionadas con la fe, oración, lectura personal de las escrituras, entre otras actividades personales, los estudios se centran más en los beneficios de la práctica de la oración en pacientes con enfermedades terminales o degenerativas; por otro lado, la religión de carácter extrínseco se refiere a las prácticas religiosas en grupo como las asistencias a denominaciones religiosas, y otras prácticas (13).

Mientras que otros autores la consideran como una actitud con tres dimensiones, cognitiva, comportamental y afectiva relacionada con Dios, por lo tanto llega a ser multidimensional (11).

Según Salgado concluye que las prácticas religiosas pueden ir relacionadas o no con el desarrollo espiritual, y que generalmente la espiritualidad puede expresarse a través de la religión, el concepto sobre religión intrínseca se relaciona con la espiritualidad. Por lo tanto, en la bibliografía especializada, no se encuentran una diferencia significativa entre religiosidad y espiritualidad, por lo cual diversas investigaciones mantienen cualquiera de ambos términos (13).

3.2.5. Espiritualidad y enfermería

Es innegable que enfermería como profesión ha evolucionado, pero desde sus inicios con Florence Nightingale se dio importancia al lado espiritual del individuo y de la importancia de la misma para lograr un cuidado holístico, han surgido nuevas teorías que ven en la espiritualidad una gran herramienta para conseguir cumplir el fin supremo de enfermería que es el cuidado. A continuación de manera breve se describe la visión filosófica y teórica de Jane Watson. Jane Watson basa su teoría en la relación enfermera-paciente, centrándose en lo espiritual /existencial, en orientaciones fenomenológicas y en filosofías orientales. Jane Watson propone diez factores de cuidado, el segundo “Incorporación de la fe y esperanza” que luego se convierte en “Ser auténticamente presente y permitir mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas del individuo y que este individuo libre con creencias propias es un ser para el cuidado” es este factor se puede explicar la importancia que tiene la fe para el cuidado y la recuperación de la salud ya que los individuos se aferran a su fe y se motivan a salir adelante de ahí la importancia de motivar sus creencias y prácticas ya que ellas son un factor protector. En el factor cinco nos menciona la importancia de favorecer las expresiones positivas y negativas pues las mismas solo demuestran una conexión profunda con el espíritu, además, refiere Watson que “Las emociones son el reflejo del alma”; en toda su teoría J. Watson da cuenta de un cuidado que no es ajeno a todo lo que rodea enfermería y busca que a través del cuidado no solo acompañar y sanar sino trascender (13).

3.3. ANSIEDAD

3.3.1. Definición

La ansiedad es un mecanismo de adaptación natural que nos permite permanecer alerta ante eventos dañinos. De hecho, en situaciones particularmente peligrosas, un cierto nivel de ansiedad proporciona las precauciones adecuadas. Una cantidad moderada de ansiedad puede ayudarnos a mantenernos enfocados y enfrentar desafíos futuros.

A veces, sin embargo, el sistema de respuesta a la ansiedad se ve abrumado y funciona mal. Más específicamente, la ansiedad es desproporcionada con respecto a la situación y, a veces, se presenta sin ningún peligro aparente. El sujeto está paralizado por sentimientos de impotencia y, en general, tiene un funcionamiento psicosocial y físico deteriorado. Cuando la ansiedad ocurre en un momento inapropiado o es tan intensa y persistente que interfiere con las actividades normales de una persona, se considera un trastorno (14).

3.3.2. Niveles de Ansiedad

- Ansiedad leve; relacionados con el estrés diario. La persona está alerta y su rango de percepción aumenta. Esta ansiedad puede promover el aprendizaje y la creatividad.
- Ansiedad moderada, En este caso, la persona solo se enfoca en el problema que tiene entre manos. Esto significa una reducción en el campo de percepción. La persona bloquea ciertas áreas, pero se puede redirigir si se enfoca en esa área.
- Ansiedad grave. Hay una reducción significativa del campo perceptivo. La persona puede centrarse en detalles específicos, sin poder pensar nada más. La conducta se centra en aliviar la ansiedad.
- Angustia: Miedo y Terror siente la persona, no puede realizar ninguna actividad, incluso si se le indica. La ansiedad implica confusión de personalidad y puede ser fatal, ya que la ansiedad prolongada puede conducir al agotamiento y la muerte. Se manifiesta como una mayor actividad motora, disminución de la capacidad de conexión, percepción distorsionada y pérdida del pensamiento racional (15).

3.3.3. Fisiología de la Ansiedad

Al detectar algo que representa un peligro, se activa un sistema de alarma en el organismo desencadenando una serie de reacciones fisiológicas. Este sistema de, se encuentra en la segunda capa del cerebro humano, el sistema límbico. El sistema límbico se encarga de controlar las respuestas de “huir o pelear”. Dentro del sistema hay una estructura llamada amígdala, la cual se encarga de controlar y mediar emociones principales como el afecto, la agresión y el miedo. Es el centro de identificación de peligro, al ser activada, desencadena miedo y ansiedad que ponen a la persona o animal en un estado de alerta total (16).

La percepción de un estímulo, como por ejemplo la visión de una serpiente, pasa de la corteza visual, en la parte posterior del cerebro, a la corteza prefrontal y a la amígdala, una estructura cerebral que intervienen en la memoria emocional. La corteza prefrontal también pasa las señales sensoriales a la amígdala., que a su vez las envía al tronco cerebral y otras regiones del cerebro, que controlan la reacción del cuerpo ante la emoción generada por la visión de la serpiente. Al mismo tiempo, la amígdala facilita el almacenamiento de las memorias “intensas”, las cuales pueden provocar una reacción emocional similar en el futuro en situaciones parecidas (17).

La función de alarma en el sistema nervioso produce un aumento de actividad de diversas funciones corporales como aumento en la presión arterial, intensificación del metabolismo celular, incremento de glucosa en la sangre, aumento en la coagulación sanguínea e incluso un aumento en la actividad mental. De igual manera la sangre se va a los músculos mayores, principalmente a las piernas, para tener suficiente energía para escapar si es necesario. El corazón comienza a trabajar a una velocidad muy por encima de lo habitual, llevando rápidamente hormonas como la adrenalina a todo el cuerpo y a los músculos. El sistema inmunológico se detiene, así como todas las funciones no esenciales en el cuerpo, para prepararlo para lo que venga: la huida o la pelea (18).

3.3.4. Fisiopatología de la Ansiedad

La fisiopatología de los trastornos de ansiedad es desconocida; puede no reflejar un desequilibrio único del sistema neurotransmisor, pero puede ser resultado de múltiples interacciones entre varios neurotransmisores, incluyendo la noradrenalina (NA), el ácido gamma-aminobutírico (GABA) y la serotonina (5HT). Existen diferentes teorías en base a los neurotransmisores dados por los siguientes modelos: Noradrenérgico, receptor benzodiazepínico, serotoninérgico (19).

Para que se realice la respuesta ansiosa se requiere de un estímulo externo o interno; la cual generara una respuesta simple o una respuesta compleja.

En caso se dé una respuesta simple, a nivel de la sustancia gris periacueductal, aferencias de la corteza y sentidos responsable de la parálisis ante el miedo y la analgesia en agudo; y a nivel del locus coeruleus, la reacción de alarma, hipervigilia y respuesta endocrina. Al darse una respuesta compleja, se dará a nivel del sistema límbico.

La transmisión del impulso nervioso de una neurona a otra se realiza mediante la liberación de un neurotransmisor en la neurona emisora, que viaja por el espacio sináptico e interactúa con receptores localizados en la neurona receptora. Dependiendo del neurotransmisor liberado y del receptor activado, la neurona sobre la que actúa el neurotransmisor se excitará o se inhibirá. Dicho neurotransmisor se forma dentro de las terminales presinápticas y se almacena en un tipo especial de vesículas que se funden con la membrana de la terminal presináptica al momento de su liberación. K, ion potasio; Na, ion sodio; Ca, ion calcio; Cl, ion cloruro (16).

3.3.5. TRATAMIENTO

Los trastornos de ansiedad se tratan con tratamiento farmacológico junto con terapia psicológica cognitivo-conductual (5).

3.3.5.1. Tratamiento farmacológico

Se emplean, fundamentalmente, benzodiazepinas y ansiolíticos, que en todos los casos son fármacos de prescripción médica (20).

3.3.5.2. Tratamiento psicológico

Mediante la terapia cognitivo-conductual, el terapeuta enseña al paciente a manejar la ansiedad y a controlar los miedos, cuestionando su carácter irracional y sustituyéndolo por formas de pensar más racionales (20).

3.4. DEPRESION

La depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una tristeza profunda y pérdida de interés general por las cosas de forma mantenida. Además, suele asociarse a otros síntomas psicológicos, físicos y del comportamiento. Las personas deprimidas suelen sentir cierta impotencia ante la situación y piensan que son más débiles o menos competentes. Esto no quiere decir que la depresión sea algo que tenga que ver con la valía personal o con la capacidad para llevar a cabo la vida diaria. La depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una tristeza profunda y pérdida de interés general por las cosas de forma mantenida (21).

Además, suele asociarse a otros síntomas psicológicos, físicos y del comportamiento. Esto no quiere decir que la depresión sea algo que tenga que ver con la valía personal o con la capacidad para llevar a cabo la vida diaria:

- Si bien algunas personas no buscan ayuda, la mayoría puede mejorar su estado de ánimo con el tratamiento adecuado. En algunos casos, los síntomas afectan poco a la vida diaria o lo hacen solo en algún aspecto específico. Esta es la denominada depresión leve.
- En otros casos pueden presentarse muchos síntomas que pueden llegar a causar deterioro o incapacidad en diferentes aspectos de la vida cotidiana; en este caso estamos ante una grave.
- Entre leve y grave se suele hablar de depresión moderada cuando los síntomas y las limitaciones son moderados: ni tan específicos como en la primera, ni tan generalizados como en la segunda (22).

3.4.1. TIPOS DE DEPRESION

3.4.1.1. Depresión Leve

Presenta baja del estado de ánimo y dos o tres manifestaciones más, como fatiga, alteraciones del sueño, del apetito, de la atención o concentración. Pero no afecta sus actividades de la vida diaria (23).

3.4.1.2. Depresión Moderada

La persona con depresión moderada probablemente tiene dificultades para continuar con sus actividades ordinarias (24).

3.4.1.3. Depresión Severa

Presentan baja del estado de ánimo de forma severa, llanto, tristeza, aislamiento, pérdida del sueño, del apetito, de interés en todas sus actividades. Piensan que no deben seguir viviendo porque afectan a los demás, que no son capaces de hacer nada, que no valen nada. Por lo tanto, comienzan a planear como podrían quitarse la vida. Se diferencia de la depresión moderada porque se afectan por completo todas sus actividades de la vida diaria. Les incapacita (25).

3.4.1.4. Depresión Mayor

Se define como la presencia de un ánimo deprimido a diario, con bajo interés para realizar las actividades cotidianas, durante al menos 2 semanas. Puede aparecer como un único episodio una vez en la vida o tratarse de episodios repetidos (26).

3.4.2. Fisiología de la Depresión

Durante la depresión, el metabolismo cerebral se altera, los neurotransmisores serotonina, noradrenalina y dopamina se descontrolan. La sobreactividad continua del sistema de la hormona del estrés (alteración del sistema de control de la hormona del estrés) altera el metabolismo cerebral de tal manera que hace que la producción y disminución de los transmisores se descontrolen. Dando lugar a que estén presentes en una concentración muy escasa o a que la transmisión deje de funcionar correctamente. Alterándose la transmisión entre las células nerviosas y se va reflejando progresivamente en los sentimientos y pensamientos de la persona. Esto da lugar a una falta de

motivación, apetito y sueño, problemas de concentración y otros síntomas tópicos de la depresión (27).

3.4.3. Fisiopatología de la Depresión

La fisiopatología de la depresión se basa en diferencias en estructuras cerebrales como por ejemplo el tamaño de la amígdala, del hipocampo o de la corteza prefrontal. Asimismo, se han encontrado cambios en el tamaño neuronal, densidad de las glías y en el metabolismo. Se ha documentado también el papel de las monoaminas o de otros neurotransmisores y también se han ofrecido diversas teorías sobre su génesis o explicación (28).

3.4.4. Tratamiento de la Depresión

El objetivo de los tratamientos de la depresión es hacer que tus síntomas mejoren, que te sientas bien y que tu actividad vuelva a ser como antes.

Existen varios tratamientos de probada eficacia que te pueden ayudar. A veces es necesario probar más de uno hasta encontrar el adecuado, pero esto no quiere decir que no vayan a funcionar (29).

La eficacia de cualquier tratamiento dependerá en gran parte de la colaboración entre el paciente y el profesional que le atiende. Las personas con depresión leve pueden mejorar por sí mismas, sin tratamiento, o con asesoramiento sobre cómo afrontar los problemas o cómo cambiar algunos aspectos del día a día que pueden ayudar a sentirse mejor. Los fármacos antidepresivos y las terapias psicológicas también son útiles en algunos casos. No se recomiendan algunas terapias alternativas, como la acupuntura, el yoga, el masaje o ciertos suplementos alimentarios, aunque algunas personas los utilizan (30).

Para la depresión moderada, las terapias psicológicas y los fármacos antidepresivos son las opciones de tratamiento. Para la depresión grave, lo más recomendable son los fármacos combinados con terapia psicológica. En algunos casos, cuando otros procedimientos no han funcionado y la sintomatología es grave e incapacitante está indicada la terapia electroconvulsiva (TEC) que, pese a comentarios que hayas podido oír, es un tratamiento rápido y eficaz, que se administra en el hospital bajo anestesia general (31).

El período de tiempo durante el que se recibe tratamiento con antidepresivos varía de una persona a otra. Los principales fármacos utilizados en el tratamiento de la depresión se llaman antidepresivos. Estos medicamentos funcionan aumentando los niveles en el cerebro de algunas sustancias químicas denominadas neurotransmisores que ayudan a mejorar tu estado de ánimo. Pide información al profesional que te atiende sobre los diferentes tipos de antidepresivos. Si has tomado previamente este tipo de tratamientos también es importante que informes sobre cuál ha sido tu experiencia, de cara a tomar la decisión de cuál puede ser la mejor opción de tratamiento. Es importante saber que los antidepresivos no generan adicción, ni es necesario tomar más medicación para sentir los mismos efectos a medida que pasa el tiempo (32).

3.5. COVID-19

La enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19) es una enfermedad respiratoria aguda infecciosa causada por un nuevo coronavirus. Se ha informado a la Organización Mundial de la Salud (OMS) de varios casos de neumonía de etiología microbiana desconocida asociados a la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei (China), el 31 de diciembre de 2019. La OMS anunció que se había detectado un nuevo coronavirus en muestras tomadas de estos pacientes. Desde entonces, la epidemia se ha intensificado y extendido rápidamente en todo el mundo, y la OMS declaró por primera vez una emergencia de salud pública de interés internacional el 30 de enero de 2020, y luego la declaró oficialmente como pandemia el 11 de marzo de 2020. Se están llevando a cabo ensayos clínicos y pruebas diagnósticas para conocer más sobre el virus, su origen, cómo afecta a los humanos y su manejo (33).

3.5.1. Epidemiología

- En China, el 87% de los casos confirmados tenían entre 30 y 79 años y el 3% tenían 80 años o más. Aproximadamente el 51% de los pacientes eran hombres.
- En Italia, la mediana de edad y la prevalencia de las comorbilidades fue mayor en comparación con China.

- En el Reino Unido, la edad media de los pacientes era de 73 años y los varones representaban el 60% de las admisiones en un estudio prospectivo de cohorte de observación de más de 20,000 pacientes hospitalizados.
- En los EE.UU., los pacientes de edad avanzada (edad ≥ 65 años) representaron el 31% de todos los casos, el 45% de los ingresos hospitalarios, el 53% de los ingresos en la unidad de cuidados intensivos y el 80% de las muertes, con la mayor incidencia de resultados graves en los pacientes de edad ≥ 85 años (33).

Los casos en niños, adolescentes y adultos jóvenes aumentaron entre octubre y diciembre de 2020; sin embargo, los ingresos hospitalarios, los ingresos en unidades de cuidados intensivos y las muertes siguen siendo bajas para estos grupos (2.5%, 0.8%) (34).

3.5.2. Clasificación

La severidad clínica de la COVID-19 se divide en cinco grupos, cada uno con sus características clínicas particulares:

- Asintomática: sin clínica aparente ni cambios imagenológicos, pero con RT-PCR positivo.
- Leve: síntomas confinados al tracto respiratorio superior, en los que se incluye: fiebre, malestar general y tos. Sin cambios imagenológicos y RT-PCR positivo.
- Moderada: pacientes con signos de neumonía, cambios imagenológicos y RT-PCR positivo.
- Severa: disnea y frecuencia respiratoria ≥ 30 respiraciones/min. En reposo, una saturación de oxígeno $\leq 93\%$ o PaFi ≤ 300 mmHg. Lesiones imagenológicas progresan 50% en un lapso de 24 – 48 horas y RTPCR positivo.
- Crítica: progresión rápida de la enfermedad acompañado de: fallo respiratorio, necesidad de ventilación mecánica, shock o fallo multiorgánico y RT-PCR positivo (35).

3.5.3. Manejo de los pacientes con COVID-19

- Cuadro leve: El tratamiento es sintomático. Los pacientes con enfermedad leve pueden presentarse en servicios de urgencias, consultas externas o centros de atención primaria, o ser detectados durante actividades de telemedicina o de extensión comunitaria, como las visitas a domicilio (34).
- Para contener la transmisión del virus, se recomienda que los casos sospechosos o confirmados de COVID-19 leve se aislen de acuerdo con la ruta asistencial establecida para la COVID-19. El aislamiento puede hacerse en un centro sanitario designado para la COVID-19, en un centro comunitario o en el domicilio del paciente (autoaislamiento) . Se recomienda que los pacientes con COVID-19 leve reciban tratamiento sintomático, como antipiréticos analgésicos, y nutrición y rehidratación adecuadas (35).
- Manejo de la COVID-19 moderada: tratamiento de la neumonía Los pacientes con enfermedad moderada pueden presentarse en servicios de urgencias, consultas externas o centros de atención primaria, o ser detectados durante actividades de telemedicina o de extensión comunitaria, como las visitas a domicilio. Se recomienda que los casos sospechosos o confirmados de COVID-19 moderada (neumonía) sean aislados para contener la transmisión del virus. Es posible que los pacientes con enfermedad moderada no requieran intervenciones de emergencia ni hospitalización, pero el aislamiento es necesario en todos los casos sospechosos o confirmados. En pacientes con alto riesgo de deterioro se prefiere el aislamiento en el hospital. Se recomienda una estrecha observación de los pacientes con COVID-19 moderada para detectar signos o síntomas de progresión de la enfermedad (34).
- Manejo de la COVID-19 grave: tratamiento de la neumonía grave Todas las áreas en las que se puedan atender pacientes graves deben estar equipadas con pulsioxímetros, sistemas de administración de oxígeno en funcionamiento e interfaces desechables, de un solo uso, para administrar oxígeno (cánulas nasales, máscaras de Venturi y máscaras con bolsa reservorio). Se recomienda la administración inmediata de oxigenoterapia

suplementaria a todo paciente con signos de emergencia o sin signos de emergencia, pero con $SpO_2 < 90\%$. Los pacientes serán observados de cerca para detectar signos de deterioro clínico, como la insuficiencia respiratoria de progresión rápida y el choque, y responder inmediatamente con intervenciones de apoyo. Los líquidos se administrarán con cautela a pacientes con COVID19 sin hipoperfusión tisular y respuesta a los líquidos (35).

- Manejo de la COVID-19 crítica: síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) La mortalidad de los pacientes hospitalizados y en estado crítico ha variado sustancialmente en diferentes series de casos a lo largo de la pandemia. Las siguientes recomendaciones están en consonancia con las normas internacionales vigentes para el tratamiento del SDRA por cualquier causa. Se recomienda para pacientes adultos y pediátricos con SDRA leve tratados con sistemas no invasivos u oxigenoterapia de alto flujo por vía Se recomienda para pacientes adultos y pediátricos con SDRA que necesitan intubación y ventilación mecánica invasiva que se reconozca con prontitud la insuficiencia respiratoria hipoxémica aguda progresiva cuando un paciente con dificultad respiratoria no responda a la oxigenoterapia convencional, y que se esté preparado para proporcionarle oxigenoterapia avanzada/asistencia ventilatoria. Que la intubación endotraqueal la realice un profesional capacitado y experimentado, tomando precauciones contra la transmisión por el aire (34).

3.5.4. Prevención

Prevención Acciones de cuidado para la comunidad:

- Lavado de manos frecuentemente con agua y jabón por lo menos 20 segundos, desinfectar las manos (al menos un 60% de alcohol), especialmente cuando no tenga a su alcance un lavamanos, cuando se toque la nariz o después de toser o estornudar. No tocar nariz, ojos y boca con las manos sucias.
- Evitar el contacto con las personas, incluido un apretón de manos (al menos a 1 metro de distancia). Evite visitar áreas concurridas.

- Ejercer la higiene respiratoria cubriéndose nariz y boca al estornudar o toser, tirar el paño directamente a un basurero seguido de un lavado de manos.
- Si presenta síntomas recurra por apoyo médico de inmediato además de aislarse y quedarse en casa hasta que se cure (con excepción si requiere atención hospitalaria).
- Desinfecte superficies contaminadas constantemente todos los días (34).

3.5.5. Post covid 19

El síndrome post-COVID-19 se define por la persistencia de signos y síntomas clínicos que surgen durante o después de padecer la COVID-19, permanecen más de 12 semanas y no se explican por un diagnóstico alternativo. Los síntomas pueden fluctuar o causar brotes (36).

3.5.5.1. Secuela o daño de múltiples órganos

La disfunción prolongada de órganos tras padecer COVID-19 se ha estudiado en diversos artículos. El síntoma pulmonar más frecuente del síndrome post-COVID-19 es la disnea, con una frecuencia del 30-72% a los tres meses, mientras que la reducción en la capacidad de difusión es la afectación fisiológica más común. La frecuencia de secuelas pulmonares al alta analizadas mediante técnica de difusión de monóxido de carbono en una serie de 110 pacientes fue del 47,2% (37). El 50% de los 349 supervivientes de COVID-19 de una serie china tenía un patrón radiológico anormal con opacidad en vidrio esmerilado en la tomografía de tórax a los seis meses (38). Sin embargo, se desconoce la prevalencia de embolia pulmonar secuelar en estos pacientes, ya que no se realizó una angiografía pulmonar. Se han observado bronquiectasias y cambios fibróticos pulmonares en el 25 y en el 65% de los pacientes ingresados por COVID-19 leve-moderada y grave, respectivamente, a los tres meses del alta (39).

Se ha descrito dolor torácico en el 20% de los supervivientes de COVID-19 a los 60 días del seguimiento y palpitations y dolor torácico en el 9 y el 5% de los casos, respectivamente, a los seis meses. La respuesta inflamatoria puede causar daño y muerte de los cardiomiocitos en la fase

aguda, pero, en la fase crónica, la fibrosis miocárdica y la cardiomiopatía pueden favorecer la aparición de arritmias. La prevalencia de alteraciones en la resonancia cardíaca en una serie de 100 pacientes estudiados a los 71 días del alta fue del 78%; además, un 60% presentaba hallazgos sugestivos de inflamación en el miocardio (40).

La incidencia de complicaciones tromboembólicas y trombosis descritas en una serie de 163 pacientes a los 30 días del alta fue del 2,5%, e incluyen embolia pulmonar, trombo intracardíaco e ictus isquémico. Se han observado micro- y macrotrombosis pulmonar en el 20-30% de los pacientes con COVID-19 (41).

La afectación multiorgánica también se ha evaluado en pacientes de bajo riesgo que no requirieron hospitalización. En el estudio COVERSCAN, la afectación de un único órgano o de múltiples órganos se detectó en un 70 y un 29%, respectivamente, a los cuatro meses de la infección. El hígado (28%), el corazón (26%), los pulmones (11%) y el riñón (4%) fueron los órganos que tenían una afectación considerada leve (42).

3.5.5.2. Síntomas neurológicos y cognitivos persistentes

La morbilidad neurológica y psiquiátrica es sustancial durante los primeros seis meses tras la infección por el SARS-CoV-2. Un reciente estudio publicado en *Lancet Psychiatry* en 2021 analizó retrospectivamente una cohorte de 236.379 supervivientes de COVID-19 y un grupo control de pacientes que tuvieron gripe u otro tipo de infección respiratoria, pero que no padecieron COVID-19, y cuantificó la incidencia de complicaciones neurológicas o psiquiátricas en los seis meses siguientes. La incidencia de cualquier complicación de este tipo en el grupo con COVID-19 fue del 33,6%, y destacaban la ansiedad (17,4%), la depresión (13,7%), el insomnio (5,4%), el ictus isquémico (2,1%), la psicosis (1,4%), la demencia (0,67%), la hemorragia cerebral (0,56%) y el parkinsonismo (0,11%). La incidencia de este tipo de complicaciones fue superior en los pacientes que requirieron ingreso en la UCI (46,4%) o que presentaron una encefalopatía en la fase aguda, y también fue mayor en comparación con los pacientes con gripe u otras infecciones respiratorias (43).

A un 2,6% de los pacientes mayores de 65 años y a un 4,7% de los que presentaron encefalopatía se les diagnosticó demencia en los primeros seis meses tras padecer COVID-19. La incidencia de complicaciones cognitivas y psiquiátricas también estaba aumentada en los pacientes que no precisaron ingreso hospitalario. El abuso de drogas y los trastornos del sueño/insomnio también fueron más frecuentes en el grupo de supervivientes de COVID-19. Las complicaciones cerebrovasculares, la encefalopatía y los síndromes neuroinflamatorios son más frecuentes en la fase aguda. En cambio, síntomas como fatiga crónica, cefalea, problemas de memoria, de atención y de las funciones ejecutivas son relativamente comunes en el síndrome post-COVID-19. Salmon-Ceron et al describieron fatiga en el 73% de los pacientes con síndrome post-COVID-19 y un agregado de síntomas neurológicos en el 77%, y los estratificaron en trastornos sensoriales (parestias y dolor neurogénico; 56%), cefalea (41%), trastornos de la memoria y de la atención (37%), anosmia/ageusia (30%) y otros (24%), como trastornos del lenguaje y de la termorregulación (44).

La cefalea persistente semanas tras la recuperación de COVID-19 es común y algunos pacientes reúnen criterios de cefalea persistente diaria de inicio reciente. El perfil de persona que padece esta cefalea crónica diaria es un sujeto que padeció COVID-19 con síntomas respiratorios leves o moderados, sin antecedentes de cefalea primaria, y que presenta una cefalea holocraneal de tipo opresivo, y de inicio en las dos semanas tras la recuperación de los síntomas respiratorios. Los estudios de neuroimagen no evidencian daño estructural ni patología oclusiva venosa cerebral. La pérdida del gusto y del olfato persiste tras la resolución de otros síntomas al menos en un 10% a los seis meses de seguimiento (45).

3.6. Rol de enfermería

El/La enfermero/a de salud mental presta asistencia a la persona, familia y comunidad para promover y fomentar la salud mental, prevenir la enfermedad y afrontar las experiencias de estrés y de enfermedad mental, y les ayuda a readaptarse y a encontrar significado en estas experiencias.

El rasgo diferencial del/de la enfermero/a de salud mental es su orientación, dirigida fundamentalmente a las relaciones interpersonales entre paciente o grupos de pacientes. Utiliza esta relación como herramienta terapéutica principal de su labor, iniciando, fomentando y manteniendo una relación de ayuda entre el/la enfermero/a y la persona, familia o grupo receptor de los cuidados, durante un determinado periodo de tiempo. En este periodo, el/la enfermero/a de salud mental centra su actuación en las necesidades y problemas de la persona, familia o grupo, mediante la utilización de conocimientos, actitudes y habilidades terapéuticas propias de la profesión (35).

El/La enfermero/a de salud mental actúa en el ámbito intrahospitalario (centros de hospitalización psiquiátrica, unidades de psiquiatría del hospital general y de otras unidades del hospital general en el que su asesoramiento sirve de ayuda a otros/as profesionales ante las dificultades emocionales de los y las pacientes) y en la comunidad (consulta externa, hospital de día, hospital de noche, centros de día y domicilio). Es responsable de los cuidados y del equipo de enfermería de salud mental, formado por el/a enfermero/a de salud mental, auxiliares de enfermería psiquiátrica, estudiantes de enfermería y de posgrados en periodo de prácticas y enfermeros/as que puntualmente inciden en el proceso (19).

4. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

4.1. Internacionales

Hernández Rodríguez Jose. Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. Mediceletrónica. 2020, Cuba . Concluyeron que las dificultades asociadas a la COVID-19 no concluirán 28 días después del último caso diagnosticado. Cuando llegue ese momento, se podrá tomar un respiro breve, pero faltará todavía mucho por hacer (46).

4.2. Nacionales

Valera Montalvan, Stephanie Johana y Romero Bueno, Lucero Marisol y Romero. Bienestar espiritual y la calidad de atención de los profesionales de enfermería en dos hospitales de Lima Metropolitana. Peru. 2019. Concluyeron que sí existe relación entre el bienestar espiritual y la calidad de atención de los profesionales de enfermería, por lo que se puede apreciar que el bienestar espiritual influye en la calidad de atención hacia los pacientes (47).

Diego E. Prieto-Molinaria, Gianella L. Aguirre Bravo, Inés de Pierola, Giancarlo Luna Victoria-de Bona, Lucía A. Merea Silva, Caleb S. Lazarte Nuñez, Karla, A. Uribe-Bravo, Ángel Ch. Zegarra en su investigación titulada. Depresión y ansiedad durante el aislamiento obligatorio por el COVID-19 en Lima Metropolitana. Peru. 2020. Concluyeron que el aislamiento obligatorio implica la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en adultos de Lima Metropolitana, los cuales se manifiestan de diferentes formas al considerar variables sociodemográficas (48).

Bustinza Guzman, Luz Mariana. Síntomas psicopatológicos de pacientes recuperados por COVID 19 Puno-2020. 2021. Peru. Se determinó que en una mayor proporción los pacientes recuperados del Hospital II Rafael Ortiz Ravinez Juli, presentan un nivel bajo de síntomas psicopatológicos, los pacientes recuperados presentan un nivel medio en síntomas psicopatológicos (49).

Zacarias, Barzola; Mercedes, Evelyn Thalva Maria. Nivel de ansiedad y depresión en pacientes del centro de salud Catalina Huanca durante la pandemia COVID-19 abril-mayo del 2021. Perú. 2021. El nivel de ansiedad y depresión que se encontró con mayor frecuencia fue el nivel leve. Los investigadores determinaron que, no existe una frecuencia alta de ansiedad y depresión, debido a

que, los pacientes del centro de salud Catalina Huanca pudieron afrontar la pandemia con calma (50).

4.3. Locales

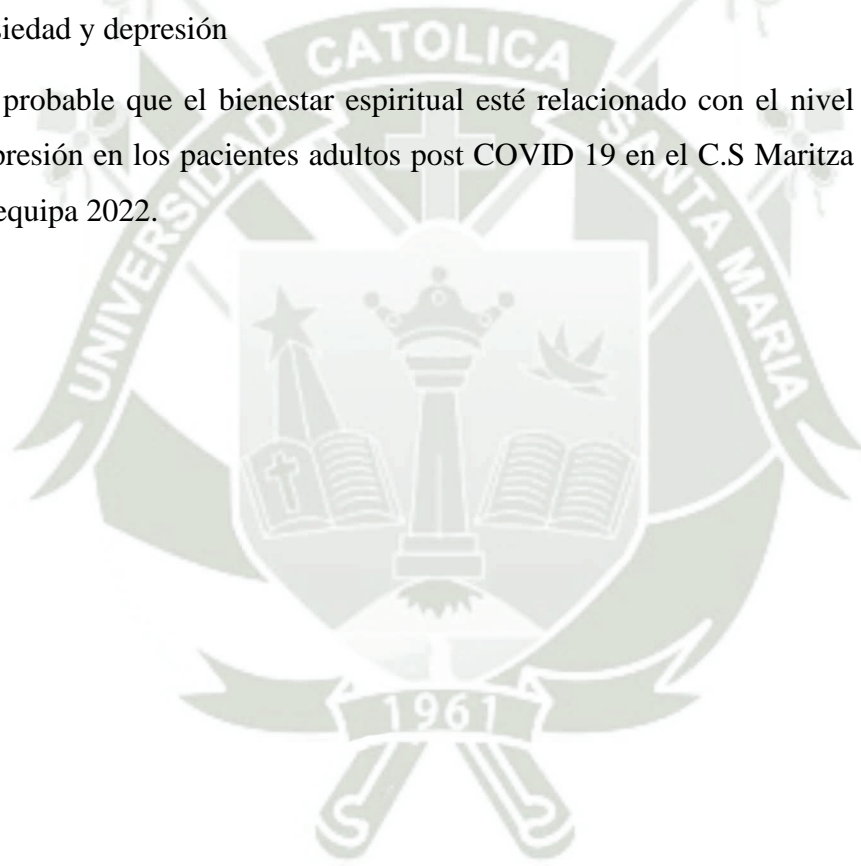
Condori Arias, Yaime. En su investigación titulada Asociación entre la exposición al COVID-19 y la presencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en los hospitales de la Región Arequipa. 2020. Se encontró un 56,7% de médicos con síntomas de depresión, 35,7%, de ansiedad y 31,9% de insomnio, con severidades de leves a moderadas, Se concluye que existe asociación entre la exposición al COVID-19 y la presencia de síntomas de ansiedad e insomnio (51).



5. HIPOTESIS

Dado que la ansiedad es un sentimiento de temor manifestado como un miedo anticipado a padecer un daño, la depresión un sentimiento de tristeza perdurable y una pérdida de interés de realizar diferentes actividades que muchas veces se presentan con síntomas cognoscitivos y somáticos, afectando el comportamiento del individuo; y siendo el bienestar espiritual la capacidad de conectarnos con nosotros mismos, y hacer que el individuo tenga un equilibrio y esperanza en su vida, adquiriendo así mejores herramientas de afrontamiento, puede influir en el bienestar de la persona o en el tiempo de recuperación de los síntomas que se manifiestan cuando se presenta ansiedad y depresión

Es probable que el bienestar espiritual esté relacionado con el nivel de ansiedad y depresión en los pacientes adultos post COVID 19 en el C.S Maritza Campos Díaz, Arequipa 2022.





1. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN

1.1. TÉCNICA

Para la realización del estudio se utilizó como técnica el cuestionario para ambas variables.

1.2. INSTRUMENTO

Para la realización de este estudio se usó como instrumento la cedula de preguntas.

1.2.1. Para la variable independiente

Esta herramienta fue creada en 1982 por Paloutzian y Ellison en Estados Unidos. Tiene dos dimensiones: dimensión religiosa (autoevaluación de la relación de la persona con Dios) y dimensión existencial (autoevaluación del sentido del propósito y la satisfacción con la vida). El instrumento que se usó en este estudio será el adaptado por Salgado 2012 y cuenta con 21 ítems en total, 11 ítems para la sub escala religiosa y 10 ítems para la sub escala para la dimensión existencial dicha escala fue modificada en el año 2001 por Torres, cuyas opciones de respuesta van desde “completamente de acuerdo” y “completamente en desacuerdo”. Del mismo modo esta herramienta cuenta con un índice de fiabilidad de 0,93 para el bienestar general 0,96 para el bienestar en la dimensión religiosa y 0,86 para el bienestar en la dimensión existencial (7).

Según el puntaje obtenido, se podrá clasificar el nivel de bienestar espiritual como: alto - medio - bajo, los puntajes son los siguientes:

INDICE	INTERPRETACIÓN
21 - 56	nivel de bienestar espiritual bajo
57 - 97	nivel de bienestar espiritual medio
98 - 126	nivel de bienestar alto

Fuente: Noguera, (7).

1.2.1.1. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Dicha escala ha sido utilizada en poblaciones transculturales, además ha sido traducida y validada en diferentes lenguas incluido el idioma castellano. Fue adecuado por Salgado en el año 2012, cumpliendo las exigencias metodológicas de estudios transculturales, como correspondía ha sido sometida a jueces nativos de cada país. La fiabilidad en todos los países fue de 0,94, evidenciando su alta fiabilidad, en el Perú la fiabilidad fue de 0,95 confirmando también su alta fiabilidad, en cuanto a la validez, la medida de muestreo de KMO obtuvo un valor de 0,92 (7).

1.2.2. Para la variable dependiente

El instrumento utilizado para diagnosticar la ansiedad y depresión fue la Escala de Zung, creada por William W. K. Zung en 1971, compuesto de 20 ítems que evalúan signos o síntomas de la ansiedad, se divide en dos partes:

Primera parte: Se aplicó la escala de ansiedad de Zung conformada por 20 enunciados que son evaluados por una escala tipo Likert que consta de cuatro opciones de respuesta, donde 1 equivale a: ninguno o rara vez; 2: algunas veces, 3: buen número de veces y 4: a la mayoría o todo el tiempo, la puntuación total va desde 20 hasta 80, equivaliendo a inexistencia de ansiedad o una ansiedad clínicamente significativa respectivamente. La suma produce una puntuación que posteriormente permite identificar el nivel de Ansiedad (15).

Índice	Equivalencia
< 45	No presenta ansiedad (Normal)
45 a 59	Ansiedad en grado bajo
60 a 74	Ansiedad marcada o severa
75 >	Ansiedad en grado alto

Fuente: Cabarcas; Córdoba (15).

Segunda parte: La Escala de Depresión de Zung es un cuestionario formado por preguntas y 4 opciones de respuesta: “muy pocas veces”, “algunas veces”, “muchas veces” o “casi siempre”, lo que se traduce en un puntaje del 1 al 4, respectivamente. La sumatoria de los puntajes de cada pregunta genera un valor total que luego es convertido en un índice mediante una tabla de equivalencia de 100 puntos. Este índice total revela el grado de depresión del individuo: un índice menor de 50 sugiere una impresión clínica normal, sin psicopatología; de 50-59: depresión mínima o leve; de 60-69: depresión moderada o notoria; 70 o más: depresión severa a extrema. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores (15).

INDICE	INTERPRETACIÓN
Menos de 50	Dentro de los límites normales.
De 50 - 59	Depresión Leve
60 - 69	Depresión Moderada
70 o más	Depresión Grave

Fuente: Cabarcas; Córdoba (15).

1.2.2.1. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Zung valida las escalas (EAA y EAMD), en primer lugar, a un grupo de pacientes de Consultorio Externo en el DUKE PSYCRHIASTYK HOSPITAL, con diagnóstico de depresión, ansiedad y otros desórdenes de la personalidad. Los diagnósticos fueron establecidos separadamente por otros clínicos, obteniendo puntuaciones con escalas psicométricas standard, antes de la aplicación de ambas escalas. En todos los pacientes se encontró una alta correlación entre las puntuaciones obtenidas (15).

En nuestro país, Astocondor, como parte de su tesis titulada “Estudio Exploratorio sobre ansiedad y depresión en un grupo de pobladores de comunidades nativas Aguarunas”, realizó la adaptación y validez de la escala de autoevaluación de la ansiedad de Zung y de la Escala de

N = tamaño de la población; e = margen de error (porcentaje expresado con decimales); z = puntuación z .

2.3.1.1. Criterios de Inclusión

- Pacientes que estén registrados en las fichas de investigación clínico epidemiológicas de COVID-19, con pruebas COVID 19 positivas de antígenos y moleculares, en el periodo de marzo del 2021 a septiembre del 2021
- Pacientes varones y mujeres.
- Pacientes que se encuentren en el rango de edad 30 a 59 años.
- Pacientes que acepten participar en el estudio.
- Pacientes que contesten correctamente el cuestionario de investigación.

2.3.1.2. Criterios de Exclusión

- Pacientes que no estén registrados en las fichas de investigación clínico epidemiológicas de COVID-19, con pruebas COVID 19 positivas de antígenos y moleculares, entre los meses de enero a mayo del año 2022.
- Pacientes adultos que no acepten el consentimiento informado.
- Pacientes varones y mujeres que no se encuentren en el rango de edad de 30 a 59 años.
- Pacientes que hayan cambiado de número y no respondan.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- Se presentó el proyecto a la Señora Decana de la Facultad para que asigne el Jurado Dictaminador del Proyecto; una vez que se aprobó el proyecto se solicitó la carta de presentación a la Decana.
- Se solicitó permiso al director del Centro de Salud Maritza Campos Diaz
- Se coordinó con el profesional encargado del monitoreo a pacientes COVID-19.
- Se contactó a los pacientes por vía telefónica, se le informó sobre el trabajo de investigación, para que puedan aceptar el consentimiento informado.
- Una vez aceptado el consentimiento informado se les compartió el enlace del formulario virtual, para que lo puedan llenar.
- Se remarcó el carácter anónimo del formulario, así como la sinceridad de las respuestas emitidas para contribuir al éxito del estudio.
- Una vez que se terminó de recolectar los datos se procedió a la tabulación, análisis e interpretación de estos (15).

3.2. Recursos

3.2.1. Humanos

- Investigadoras
 - Miriam Rosario Mamani Yucra.
 - Fernanda Andrea Torres Lazo.
- Participantes
 - Pacientes adultos de post COVID-19.

3.2.2. Material Y Financiamiento

El estudio fue autofinanciado por las investigadoras

3.2.3. Institucionales

- Centro de Salud Maritza Campos Diaz.
- Universidad Católica de Santa María.

4. ESTRATEGIAS PARA MANEJAR RESULTADOS

- Una vez recolectado los datos se procedió a llenarlos en la matriz de sistematización, con ayuda del programa Microsoft Excel 365.
- Los datos de la matriz de sistematización fueron tabulados para que puedan ser procesados por el software SPSS v.26,
- Se estructuró tablas y gráficas para poder realizar su respectivo análisis e interpretación.
- Para el análisis inferencial se realizó las tablas de contingencia que permitió responder al análisis relacional de las variables, utilizando para ello la prueba de chi cuadrado, con un valor de significancia del 5%.
- Se presentó las conclusiones del trabajo y sus respectivas recomendaciones.





CAPÍTULO III RESULTADOS

Tabla 1
Pacientes adultos post COVID – 19 según edad, del centro de salud Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022

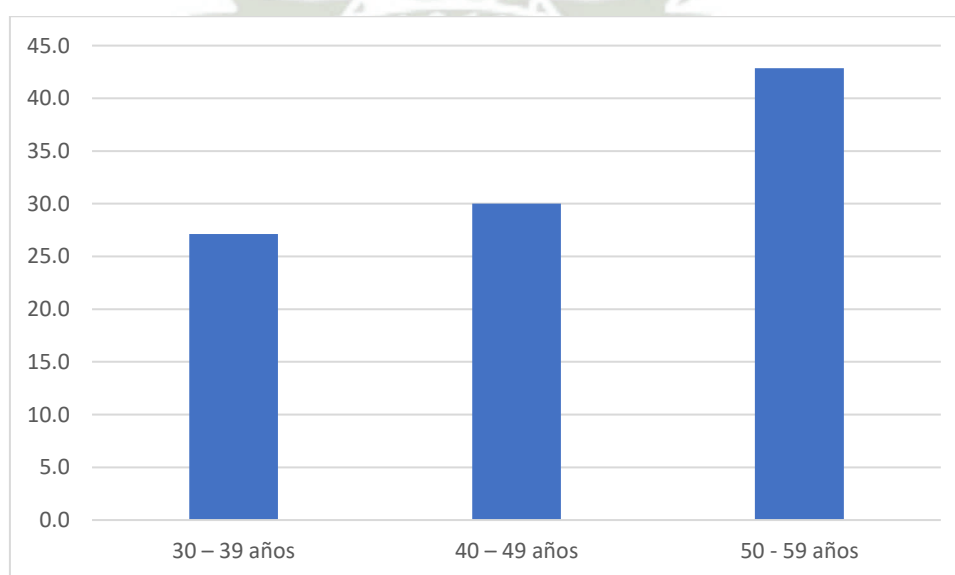
	F	%
30 – 39 años	38	27.1
40 – 49 años	42	30.0
50 - 59 años	60	42.9
Total	140	100.0

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla y grafico se aprecia la edad de los pacientes adultos post COVID – 19 del centro de salud Maritza Campos Diaz.

Cerca de la mitad (42.9%) presenta una edad entre los 50 a 59 años, seguido por la edad de 40 a 49 años (30.0%), finalmente cerca de la mitad (27.1%) con una edad entre 30 a 39 años.

Gráfico 1
Pacientes adultos post COVID – 19 según edad, del centro de salud Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2
Pacientes adultos post COVID – 19 según género, del centro de salud Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022

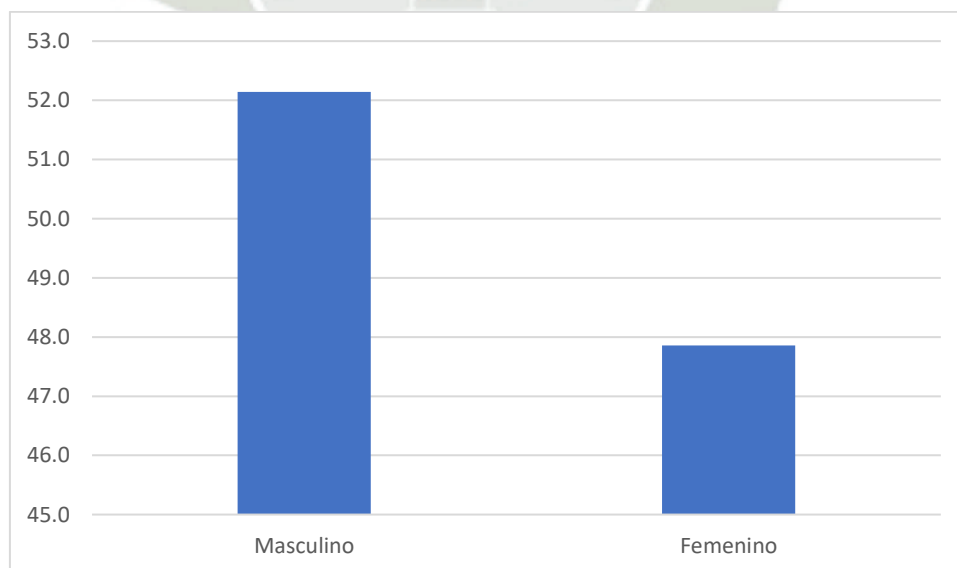
	F	%
Masculino	73	52.1
Femenino	67	47.9
Total	140	100.0

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla y grafico se aprecia la edad de los pacientes adultos post COVID – 19 del centro de salud Maritza Campos Diaz.

Se observa que más de la mitad es del sexo masculino (52.1%), seguido por el sexo femenino con un 47.9%.

Gráfico 2
Pacientes adultos post COVID – 19 según género, del centro de salud Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3

**Pacientes adultos post COVID – 19 según situación conyugal, del centro de salud
Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022**

	F	%
Soltero	37	26.4
Casado	44	31.4
Viudo	39	27.9
Otros	20	14.3
Total	140	100.0

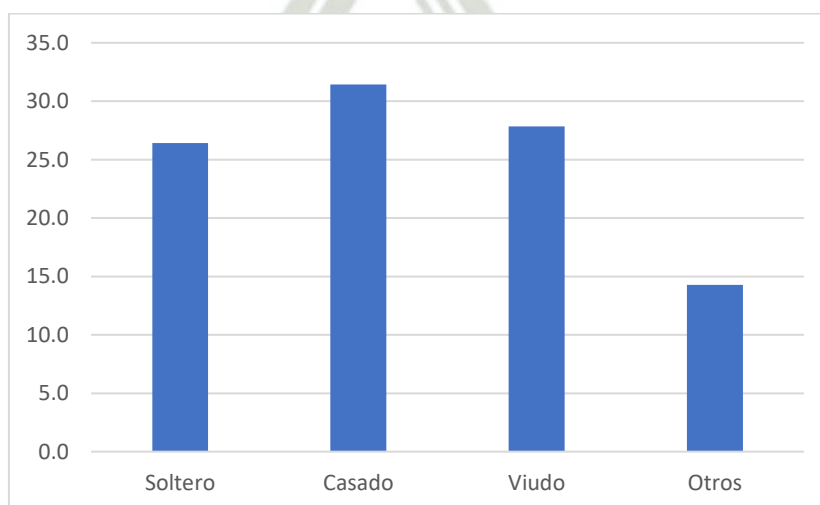
Fuente: Elaboración propia.

En la tabla y grafico se aprecia el estado civil de los pacientes adultos post COVID – 19 del centro de salud Maritza Campos Diaz.

Cerca de la mitad (31.4%) presentan un estado civil de casado, seguido por menos de la mitad (27.9%) con un estado civil viudo, el 26.4% pertenece al estado civil soltero, finalmente el 14.3% con un estado civil no especificado.

Gráfico 3

**Pacientes adultos post COVID – 19 según situación conyugal, del centro de salud
Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022**



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4
Pacientes adultos post COVID – 19 según grado de instrucción, del centro de salud
Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022

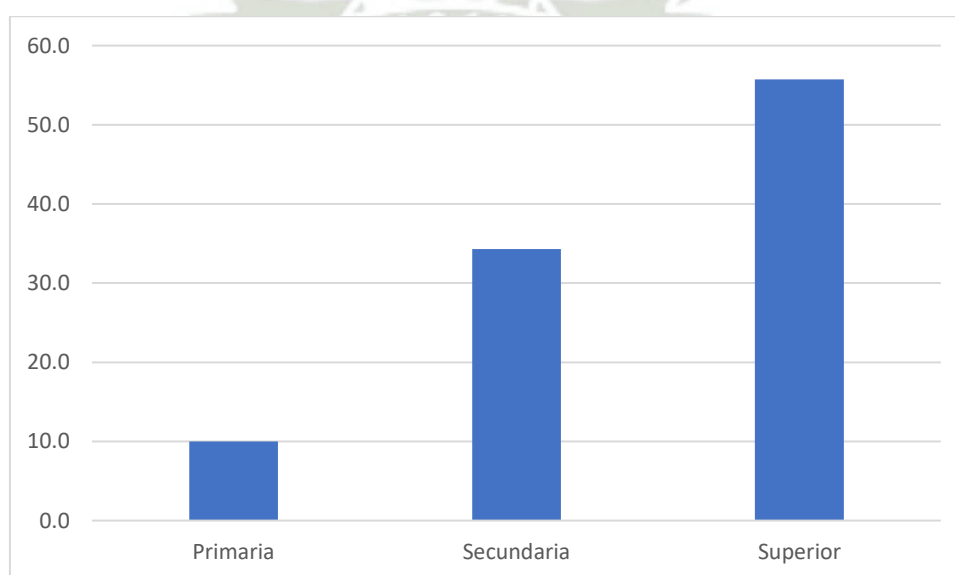
	F	%
Primaria	14	10.0
Secundaria	48	34.3
Superior	78	55.7
Total	140	100.0

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla y grafico se aprecia el grado de instrucción de los pacientes adultos post COVID – 19 del centro de salud Maritza Campos Diaz.

Cerca de la mitad (55.7%) presenta el grado de instrucción superior, seguido por el 34.3% con un grado de instrucción de educación secundaria, finalmente el 10% con el grado de instrucción de educación primaria.

Gráfico 4
Pacientes adultos post COVID – 19 según grado de instrucción, del centro de salud
Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5
Pacientes adultos post COVID – 19 según ocupación, del centro de salud Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022

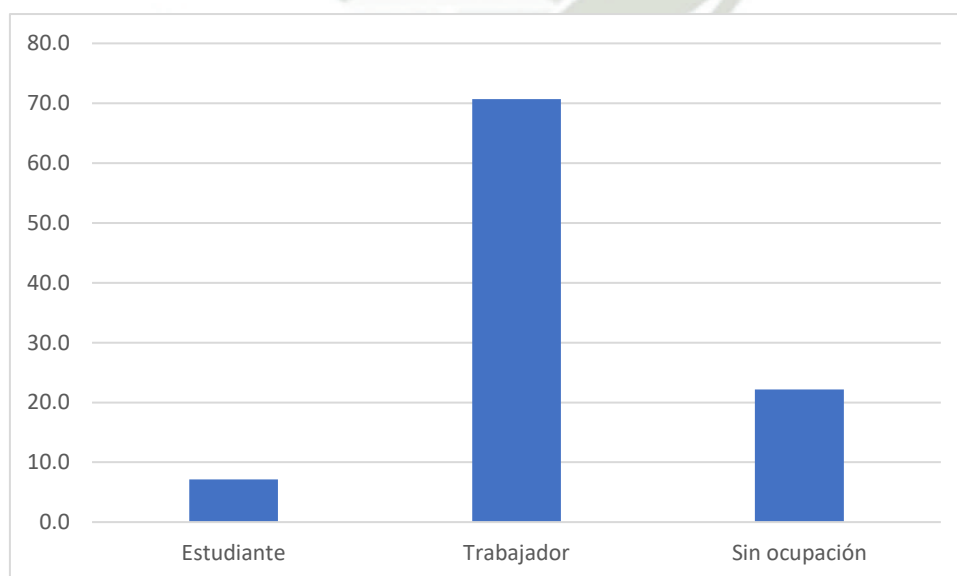
	F	%
Estudiante	10	7.1
Trabajador	99	70.7
Sin ocupación	31	22.1
Total	140	100.0

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla y grafico se aprecia la ocupación de los pacientes adultos post COVID – 19 del centro de salud Maritza Campos Diaz.

La mayoría (70.7%) presenta una ocupación de trabajador, seguido por el 22.1% que no tienen ocupación, finalmente el 7.1% con una ocupación de estudiante.

Gráfico 5
Pacientes adultos post COVID – 19 según ocupación, del centro de salud Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6

Pacientes adultos post COVID – 19 según nivel de bienestar espiritual, del centro de salud Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022

	F	%
Bajo	15	10.7
Medio	122	87.1
Alto	3	2.1
Total	140	100.0

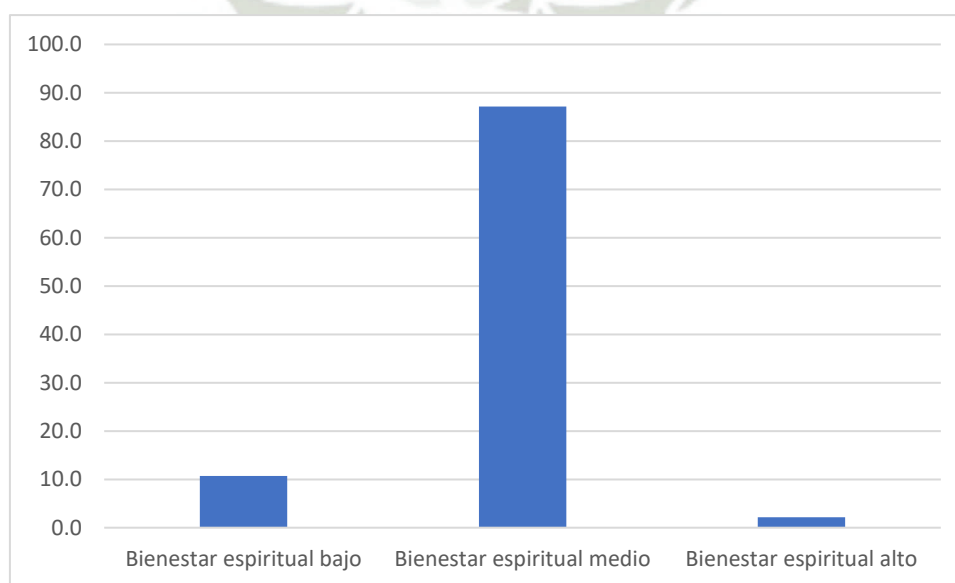
Fuente: Elaboración propia.

En la tabla y grafico se muestra el nivel de bienestar espiritual de los pacientes adultos post COVID – 19 del centro de salud Maritza Campos Diaz.

La mayoría (87.1%) presenta un nivel de bienestar espiritual medio, seguido por el 10.7% con un nivel bajo, finalmente el 2.1% con un nivel alto.

Gráfico 6

Pacientes adultos post COVID – 19 según nivel de bienestar espiritual, del centro de salud Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 7
Pacientes adultos post COVID – 19 según nivel de ansiedad, del centro de salud
Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022

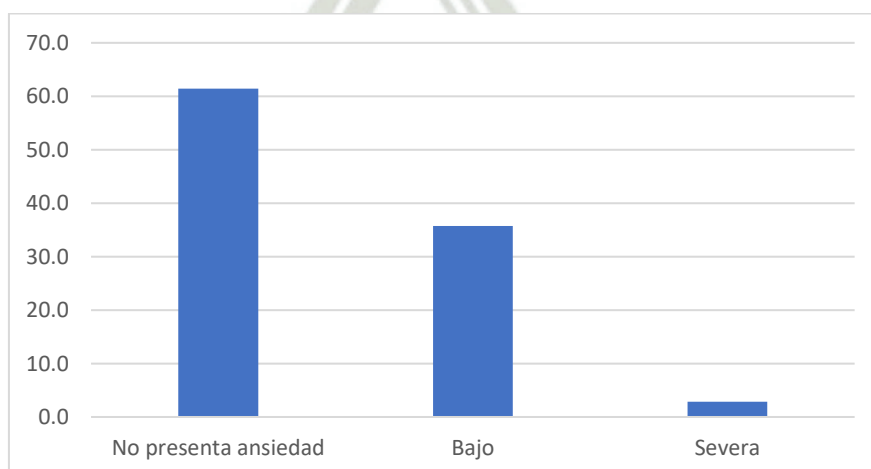
	F	%
No presenta	86	61.4
Bajo	50	35.7
Severa	4	2.9
Alto	0	0
Total	140	100.0

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla y gráfico se muestra el nivel de ansiedad de los pacientes adultos post COVID – 19 del centro de salud Maritza Campos Diaz.

La mayoría (61.4%) no presenta ansiedad, cerca de la mitad (35.7%) presenta un nivel bajo, seguido por el 2.9% con una ansiedad severa, y finalmente se observa que no hay pacientes con un nivel de ansiedad alto.

Gráfico 7
Pacientes adultos post COVID – 19 según nivel de ansiedad, del centro de salud
Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 8
Pacientes adultos post COVID – 19 según nivel de depresión, del centro de salud
Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022

	F	%
No presenta	116	82.9
Leve	23	16.4
Moderada	0	0
Grave	1	0.7
Total	140	100.0

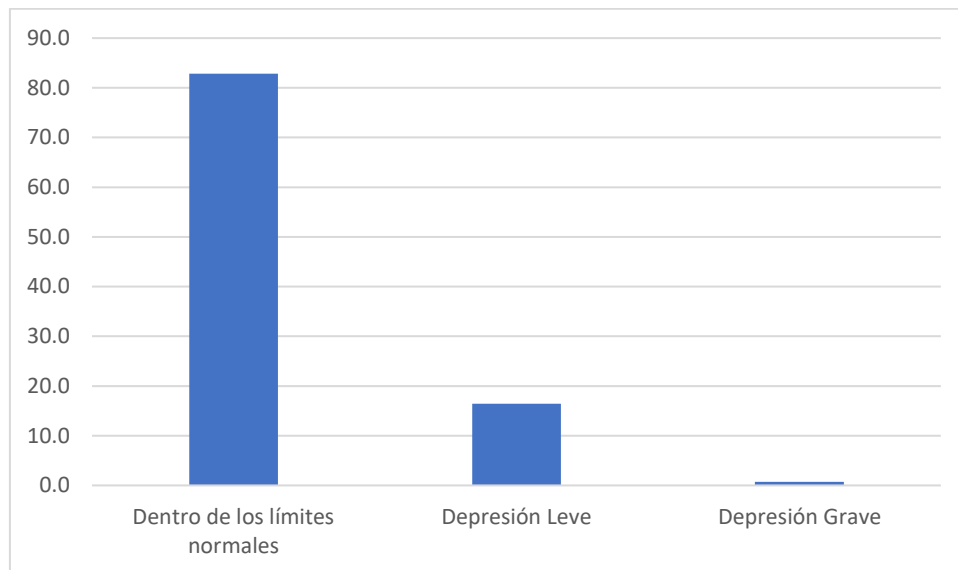
Fuente: Elaboración propia.

En la tabla y grafico se observa el nivel de depresión de los pacientes adultos post COVID – 19 del centro de salud Maritza Campos Diaz.

Se aprecia que la mayoría (82.9%) no presenta depresión, seguido por el 16.4% con un nivel leve, el 0.7% con un nivel grave, finalmente no se observa a ningún individuo en el nivel moderado.

Gráfico 8

**Pacientes adultos post COVID – 19 según nivel de depresión, del centro de salud
Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022**



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 9
Pacientes adultos post COVID – 19 según relación entre el bienestar espiritual y el nivel de ansiedad, del centro de salud Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022

		Nivel de ansiedad								Total	
		No presenta		Bajo		Severa		Alto			
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Nivel de bienestar espiritual	Bajo	7	5.0%	8	5.7%	0	0.0%	0	0	15	10.7%
	Medio	78	55.7%	41	29.3%	3	2.1%	0	0	122	87.1%
	Alto	1	0.7%	1	0.7%	1	0.7%	0	0	3	2.1%
Total		86	61.4%	50	35.7%	4	2.9%	0	0	140	100.0%

$$X^2 = 12,751 \quad P > 0,05 \quad P = 0,013$$

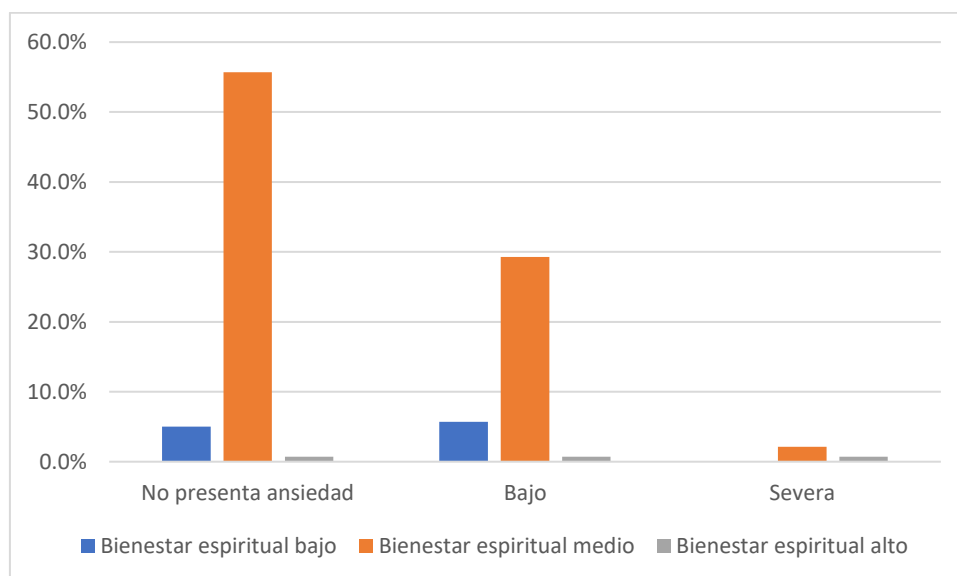
Fuente: Elaboración propia.

En la siguiente tabla se aprecia la relación entre el bienestar espiritual y el nivel de ansiedad en los pacientes adultos post COVID – 19 del centro de salud Maritza Campos Diaz.

Los resultados muestran que el 55.7% de las personas con un nivel de bienestar espiritual medio no presentan ansiedad, mientras que el 29.3% de ellas presentan ansiedad en nivel bajo y el 2.1% en nivel severo. Además, no se reportan personas con ansiedad en nivel alto en esta categoría. Mediante la prueba estadística Chi Cuadrado se observa que existe relación estadísticamente significativa ($p = 0,013$).

Gráfico 9

Pacientes adultos post COVID – 19 según relación entre el bienestar espiritual y el nivel de ansiedad, del centro de salud Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 10

Pacientes adultos post COVID – 19 según relación entre el bienestar espiritual y el nivel de depresión, del centro de salud Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022

		Nivel de depresión								Total	
		Dentro de los límites normales		Leve		Moderada		Grave			
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Nivel de bienestar espiritual	Bajo	12	8.6%	3	2.1%	0	0.0%	0	0.0%	15	10.7%
	Medio	103	73.6%	18	12.9%	0	0.0%	1	0.7%	122	87.1%
	Alto	1	0.7%	2	1.4%	0	0.0%	0	0.0%	3	2.1%
Total		116	82.9%	23	16.4%	0	0.0%	1	0.7%	140	100.0%

$$X^2 = 6,020 \quad P > 0.05 \quad P = 0,198$$

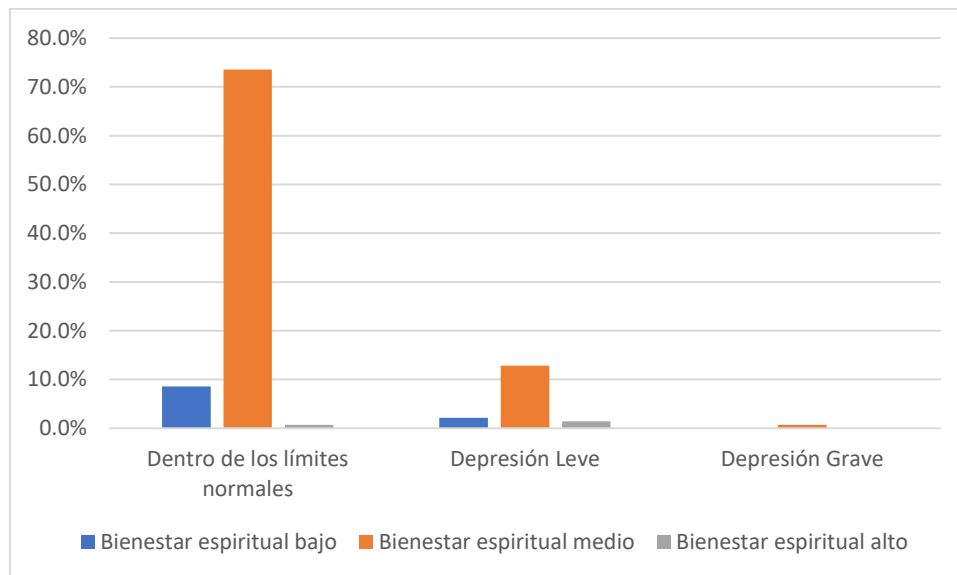
Fuente: Elaboración propia.

En la siguiente tabla se aprecia la relación entre el bienestar espiritual y el nivel de depresión en los pacientes adultos post COVID – 19 del centro de salud Maritza Campos Diaz.

Los resultados indican que el 73.6% de las personas con nivel de bienestar espiritual medio tienen un nivel de depresión dentro de los límites normales, mientras que el 12.9% de ellas presentan depresión leve y el 0.7% presenta depresión grave. Además, no se reportan personas con depresión moderada en esta categoría. Concluyendo mediante la prueba estadística Chi Cuadrado que no existe relación estadísticamente significativa mediante el valor ($p = 0,198$).

Gráfico 10

Pacientes adultos post COVID – 19 según relación entre el bienestar espiritual y el nivel de depresión, del centro de salud Maritza Campos Diaz, Arequipa 2022



Fuente: Elaboración propia.

CONCLUSIONES

PRIMERA

El nivel de bienestar espiritual en pacientes adultos post COVID-19 del C. S Maritza Campos Díaz, de acuerdo con los resultados más de las tres cuartas partes es medio, seguido del nivel bajo y alto

SEGUNDA

De acuerdo con los niveles de ansiedad en los pacientes adultos post COVID 19 del C. S Maritza Campos Díaz, se concluye que más de la mitad de la muestra, pero menos que las tres cuartas partes no presenta ansiedad y menos que la mitad tiene niveles bajos y severos de ansiedad. No se ha encontrado ningún paciente con niveles de ansiedad alto.

TERCERA

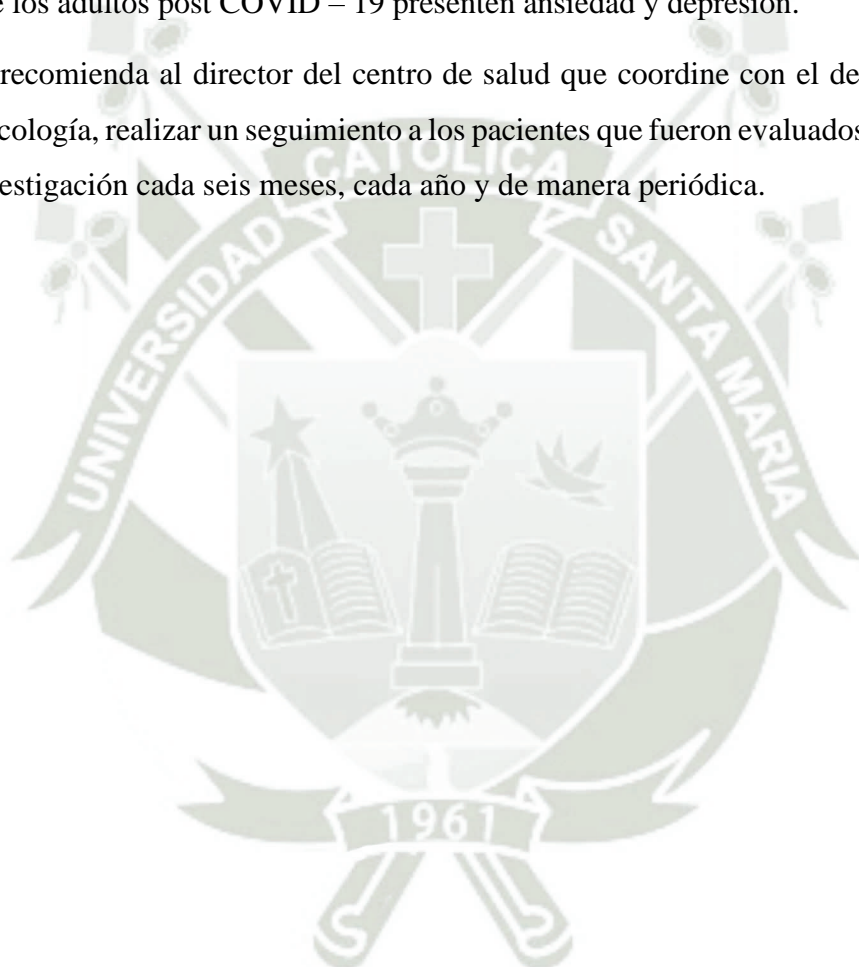
Los niveles encontrados de depresión en los pacientes adultos post COVID – 19 del centro de salud Maritza Campos Diaz, se encontró que más de las tres cuartas partes no presentan depresión, seguido por menos de la mitad que presenta un nivel leve y grave. No se encontró ningún paciente en el nivel moderado de depresión.

CUARTA

Respecto a la relación entre el bienestar espiritual y el nivel de ansiedad en adultos post COVID-19 en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, existe relación estadísticamente significativa ($p= 0,013$), observando la distribución de los datos se argumenta que si tienen un nivel de bienestar espiritual medio o alto y presentan un nivel de ansiedad bajo o normal. En el caso de la relación entre el bienestar espiritual y el nivel de depresión en adultos post COVID-19 no existe relación estadísticamente significativa ($p= 0.198$), analizando la distribución de datos se aprecia que la mayor proporción que tiene un nivel espiritual medio presenta también un nivel de depresión normal.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a la decana de la facultad de enfermería propiciar en los estudiantes la investigación en la variable bienestar espiritual ya que no existe una vasta información sobre el tema.
2. Se recomienda al director del centro de salud realizar charlas o talleres para prevenir que los adultos post COVID – 19 presenten ansiedad y depresión.
3. Se recomienda al director del centro de salud que coordine con el departamento de Psicología, realizar un seguimiento a los pacientes que fueron evaluados en la presente investigación cada seis meses, cada año y de manera periódica.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Redacción Médica. Un tercio de los pacientes sufren problemas mentales tras el Covid-19. [Online].; 2021. Available from:
<https://www.redaccionmedica.com/secciones/psiquiatria/un-tercio-de-los-pacientes-sufren-problemas-mentales-tras-el-covid-19-2713>.
2. Ministerio de salud. MINSA. Sala situacional COVID – 19 (Instituto Nacional de Salud y Centro de Epidemiología, 2021) Perú; 2021.
3. Ministerio de salud. MINSA. Sala situacional COVID – 19 (Instituto Nacional de Salud y Centro de Epidemiología, prevención y control de enfermedades2022) [En Línea] Perú; 2022. Disponible en:
https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp.
4. Ocronos - Editorial Científico-Técnica, Envejecimiento, clasificación de las personas mayores y principales escalas de valoración. [citado el 14 de mayo 2020].disponible en : <https://revistamedica.com/envejecimiento-clasificacion-personas-mayores-escalas-de-valoracion/#VALORACION-GERIATRICA-INTEGRAL-Y-PRINCIPALES-ESCALAS-DE-VALORACION>.
5. Juliana C. Desarrollo y Ciclo Vital - Jóvenes y Adultos Bogotá D.C. Fundación Universitaria del Área Andina. 2018.
6. Leandro-Astorga G, Barrientos I. Infección por COVID-19 en población adulta mayor: recomendaciones para profesionales. Revista Médica de Costa Rica. 2020; 85(629): p. 44- 50.
7. Noguera K. Bienestar espiritual y resiliencia en estudiantes de dos universidades de Lurigancho, [Tesis] [Perú]: Universidad Peruana Unión, Facultad de ciencias de la Salud, 2016. Recuperado a partir de:
<https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/414/Kare>.
8. Galvis M, Pérez B. Revisión de la literatura sobre el concepto “espiritualidad” aplicado a la práctica de enfermería. Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm. [Internet]. 2013; 3(3):54-61. Recuperado a partir de :
<https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/82/revisi>.

9. Ballero Davila, Renzo Omar. Creencias irracionales y espiritualidad en estudiantes de primer ciclo de una universidad particular de Lima Metropolitana Lima – Perú: Universidad San Martín de Porres; 2019 Disponible en:
https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5149/BALLERO_DR.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
10. Huaynate. Nivel de espiritualidad del adulto mayor hospicio Santa Gemma Galgani Perú L–, editor.: Universidad Cesar Vallejo; 2017 Disponible en:
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/11975/Huaynate_OMAC.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
11. Martel A. Bienestar espiritual y calidad de vida en pacientes con cáncer de un hospital de la ciudad de Trujillo, [Tesis] [Perú]: Universidad privada del norte, 2017. Recuperado a partir de:
<https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/10613/Martel%20Enrri>.
12. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española; 2023 Disponible en:
<http://www.rae.es>.
13. Leone-Sheehan, Danielle M. Jean Watson: filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson. Modelos Y Teorías En Enfermería. 2022;; 68 Disponible en:
https://scholar.google.com/scholar_url?url=https://books.google.com/books%3Fhl%3Des%26lr%3D%26id%3DekqGEAAQBAJ%26oi%3Dfnd%26pg%3DPA68%26dq%3DPENSAMIENTO%2BDE%2BJEAN%2BWATSON%2BY%2BSU%2BTEOR%25C3%258DA%2BDE%2BCUIDADOS%2BTRANSPERSONALES%26ots%3D89Sr-UvxGN%.
14. Noilina G. Ansiedad por coronavirus durante la pandemia Covid-19, en personas residentes en el Asentamiento Humano Juan Pablo II en Los Olivos[pregrado] Universidad Ciencias y Humanidades,2020.
15. Cabarcas A.; Córdoba K. Descripción de los Valores de Ansiedad y Consistencia Interna de la Escala Zung Ansiedad en Una Muestra de la Población del Salado Corregimiento del Carmen de Bolívar. [Pregrado]. Universidad Tecnológica de Bolívar; 2018.

16. Quiles MJ, Hofstadt CJvd, Quiles Y. Instrumentos de evaluación del dolor en pacientes pediátricos: una revisión (2ª parte). Revista de la Sociedad Española del Dolor. 2004; 11(6): 52-61 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1134-80462004000600005.
17. Fernández JAM, Teso FAd, Ruiz MM. Tratamiento con gabapentina de los trastornos de la ansiedad. Psiquiatría Biológica. 2003; 10(6): 195-199 Disponible en: <https://elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-tratamiento-con-gabapentina-los-trastornos-13055643?code=ftfi7ylx0gi3apb6jshvndn8gouzmqn&newsletter=true>.
18. García-Fernández JM, Martínez-Monteagudo MC, Inglés CJ. Cómo se relaciona la ansiedad escolar con el rendimiento académico. Revista Iberoamericana de Psicología y Salud. 2013; 4(1): 63-76 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4084910>.
19. Vera O. Manejo y tratamiento actual del Covid-19 Resumen de Conferencia. Cuadernos Hospital de Clínicas. 2020; 61(2): p. 73-80.
20. Ramírez M. El cuidado de Enfermería, relevancia en el contexto de la pandemia COVID-19. Enfermería (Montevideo) [online]. 2020, vol.9, n.1. [Citado el 23 de enero de 2022]. Scielo. Obtenido de: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062020000100001&lng=es&nrm=iso.
21. Ibor L. Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. Anales De Medicina Interna. 2007; 24(5): 209-211 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0212-71992007000500001.
22. Bielma JFE, Bravo FEG, Guerra PAM, Cisneros AER, Cortés MdCP, Tavárez MM. Prevalencia de depresión en usuarios de los servicios ambulatorios de salud en el Estado de Guanajuato. Pensamiento Psicológico. 2010; 7(14): 53-61 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/3265103.pdf>.

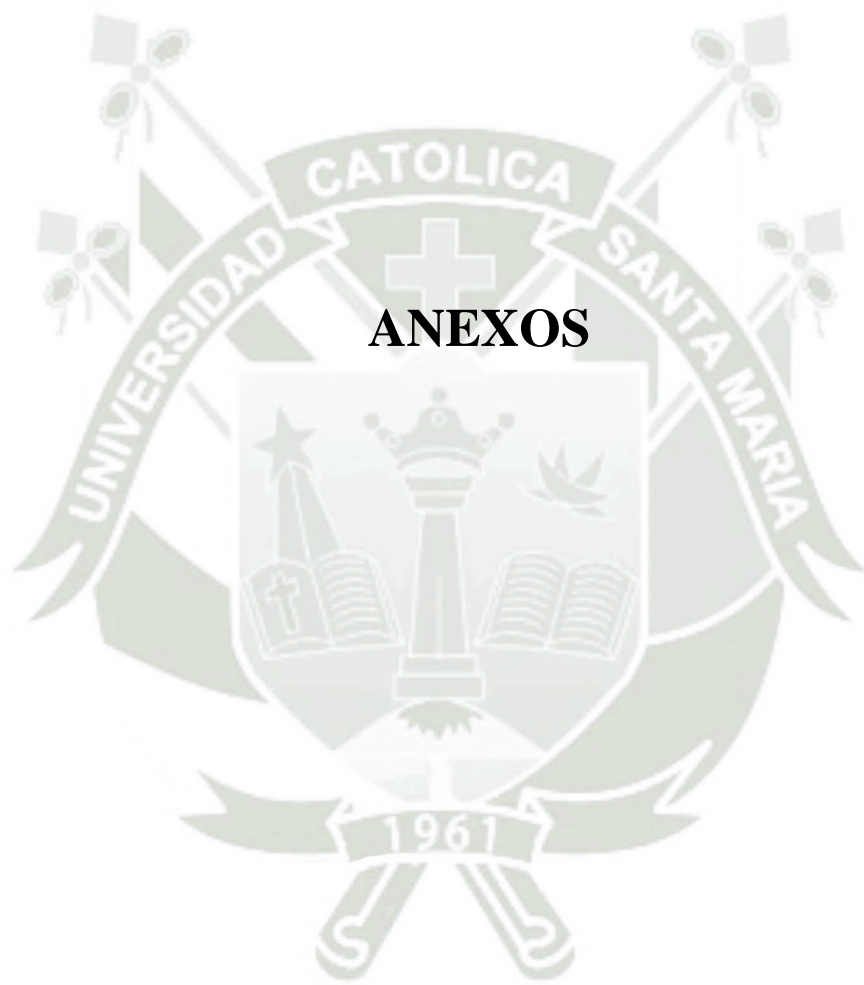
23. Berdugo AC. Diez problemas relevantes de salud pública en México. *Salud Publica De Mexico*. 2000; 42(2): 168-169 Disponible en: <https://scielosp.org/article/spm/2000.v42n2/168-169>.
24. Santander J. Depresión en el adulto mayor: abordaje diagnóstico. *Medwave*. 2005; 5(03) Disponible en: <https://medwave.cl/link.cgi/medwave/puestadia/congresos/655>.
25. Ruiz JS, Rodríguez JMM. Trastornos de la conducta alimentaria. *Medicine*. 2003; 8(86): 5740-5744 Disponible en: <https://sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541215002322>.
26. Álvarez MP, Montes JMG. Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*. 2001; 13(3): 493-510 Disponible en: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=72713314>.
27. Romero EQ, Pérez JME. Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*. 2001; 13(3): 393-406 Disponible en: <http://psicothema.com/pdf/462.pdf>.
28. Rondon MB. Salud mental: un problema de salud pública en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2006; 23(4): 237-238 Disponible en: http://scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1726-46342006000400001.
29. Vega BR, Villalobos AO, Tarrero AP, Avedillo C, Sánchez-Cabezudo A, Chinchilla C. Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. *European Journal of Psychiatry*. 2002; 16(1): 27-38 Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ejp/v16n1/original3.pdf>.
30. Rodas JAG, Vélez LPM, Isaza BET, Zapata MAB, Restrepo ER, Quintero LES. Depression in university students and its association with academic stress. [Online].; 2010 [cited 2023 4 6. Available from: <http://scielo.org.co/pdf/cesm/v24n1/v24n1a02.pdf>.
31. Fuentes X. Garantías Explícitas en Salud (GES) en depresión. *Medwave*. 2008; 8(02) Disponible en: <https://medwave.cl/link.cgi/medwave/puestadia/cursos/3261>.

32. Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Publica De Mexico*. 2005; 47(1) Disponible en: <http://redalyc.org/html/106/10609302>.
33. Raile Alligood Martha, Marriner Tomey Ann. *Modelos y teorías en enfermería*. 9na. Ed. Elsevier. España Barcelona: 2018. Pag 323 (t).
34. Gobierno Regional de Arequipa. *Análisis Situacional de Salud*. [En línea]. Arequipa: 2017 [Citado el 23 de enero de 2022]. Saludarequipa. Obtenido de: <https://www.saludarequipa.gob.pe/epidemiologia/ASIS/Asis2017/ASIS%202017.pdf>.
35. Nadal M, Cols M. Estado actual de los tratamientos para la COVID-19. *FMC*. 2021; 28(1): p. 40–56.
36. Carod Artal, Francisco Javier. Síndrome post-COVID-19: epidemiología, criterios diagnósticos y mecanismos patogénicos implicados. *Revista de Neurología*, 2021, vol. 72, no 11, p. 384-396.
37. Mo X, Jian W, Su Z, Chen M, Peng H, Peng P, et al. Abnormal pulmonary function in COVID-19 patients at time of hospital discharge. *Eur Respir J* 2020; 55: 2001217.
38. Huang C, Huang L, Wang Y, Li X, Ren L, Gu X, et al. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *Lancet* 2021; 397: 220-32.
39. Shah AS, Wong AW, Hague CJ, Murphy DT, Johnston JC, Ryerson CJ, et al. A prospective study of 12-week respiratory outcomes in COVID-19-related hospitalisations. *Thorax* 2021; 76: 402-4.
40. Puntmann VO, Carerj ML, Wieters I, Fahim M, Arendt C, Hoffmann J, et al. Outcomes of cardiovascular magnetic resonance imaging in patients recently recovered from coronavirus disease 2019 (COVID-19). *JAMA Cardiol* 2020; 5: 1265-73.
41. Nalbandian A, Sehgal K, Gupta A, Madhavan MV, McGroder C, Stevens JS, et al. Post-acute COVID-19 syndrome. *Nat Med* 2021; 27: 601-15.
42. Dennis A, Wamil M, Alberts J, Oben J, Cuthbertson DJ, Wootton D, et al. COVERSCAN study investigators. Multiorgan impairment in low-risk individuals

- with post-COVID-19 syndrome: a prospective, community-based study. *BMJ Open* 2021; 11: e048391.
43. Sampaio Rocha-Filho PA, Voss L. Persistent headache and persistent anosmia associated with COVID-19. *Headache* 2020; 60: 1797-9.
44. Salmon-Ceron D, Slama D, De Broucker T, Karmochkine M, Pavie J, Sorbets E, et al. APHP COVID-19 research collaboration. Clinical, virological and imaging profile in patients with prolonged forms of COVID-19: a cross-sectional study. *J Infect* 2021; 82: e1-4.
45. Arnold DT, Hamilton FW, Milne A, Morley AJ, Viner J, Attwood M, et al. Patient outcomes after hospitalisation with COVID-19 and implications for follow-up: results from a prospective UK cohort. *Thorax* 2021; 76: 399-401.
46. Hernández Rodríguez, José. Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 2020, vol. 24, no 3, p. 578-594.
47. Valera S, Romero L. Bienestar espiritual y la calidad de atención de los profesionales de enfermería en dos hospitales de Lima Metropolitana, [Tesis] [Perú]. Universidad Peruana Unión, Facultad de ciencias de la Salud, 2018. Recuperado a partir de : [https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/1963/Stephanie Tesis Licenciatura 2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/1963/Stephanie%20Tesis%20Licenciatura%202019.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
48. Prieto-Molinaria, Diego E., et al. Depresión y ansiedad durante el aislamiento obligatorio por el COVID-19 en Lima Metropolitana. 2020; 6(2).
49. Bustinza Guzman, Luz Mariana. Síntomas psicopatológicos de pacientes recuperados por covid 19 Puno-2020. 2021 Puno; 2020.
50. Zacarias, Barzola; Mercedes, Evelyn Thalva Maria. Nivel de ansiedad y depresión en pacientes del centro de salud Catalina Huanca durante la pandemia COVID-19 abril-mayo del 2021. 2021.
51. Condori, Y. 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. Arequipa: Univ Nacional de San Agustín de Arequipa, 2020.

52. Eustat - Euskal Estatistika Erakundea. Nivel de instrucción. [Online].; 2022.
Available from:
https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_395/elem_2376/definicion.html#:~:text=Definici%C3%B3n%20Nivel%20de%20instrucci%C3%B3n&text=El%20nivel%20de%20instrucci%C3%B3n%20de,est%C3%A1n%20provisional%20o%20definitivamente%20incompletos.
53. Jeff V. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia del Covid-19. [Pregrado]. Universidad San Martin de Porres, Lima ;2019.
54. Depressive disorders (Trastornos depresivos). En: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5), 5.ª ed., Arlington, Va. American Psychiatric Association (Asociación Estadounidense de Psiquiatría); 2013. [Internet]. 2020. [Citado el 23 de enero de 2022]. Psychiatryonline. Obtenido de: <http://www.psychiatryonline.org>.
55. Villarroel J.; Torres G.; Rumie H.; Muñoz C. Impacto en la Salud mental de la (del) enfermera(o) que otorga cuidados en situaciones estresantes. 2015. [Artículo]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000100005. [Consultada 6 Nov 2020].
56. Brown AY. Allscripts EPSi. Mayo Clinic, Rochester, Minn. 17 de noviembre de 2016.
57. Research report: Psychiatry and psychology 2016-2017. (Informe de investigación: psiquiatría y psicología, 2016-2017). Mayo Clinic. [Internet]. 2020. [Citado el 23 de enero de 2022]. Mayo.edu. Obtenido de: http://www.mayo.edu/research/departments-divisions/department-psychiatry-psychology/overview?_ga=1.199925222.939187614.1464371889. Último acceso: 23 de enero de 2017.
58. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y Salud [En Línea] 5 de febrero de 2018. Disponible en: <https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-americas-2021-2030>.

59. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). [En línea]Peru;2022.
Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-existen-mas-de-cuatro-millones-de-adultos-mayores-12356/#:~:text=En%2044%20de%20cada%20100,y%20m%C3%A1s%20a%20los%20de%20edad.>
60. Real Academia Española: Diccionario de la lengua española, 23.^a ed., [versión 23.4 en línea] 2021 [Citado el 02 de Mayo del 2021]. Obtenido de :
<https://dle.rae.es/g%C3%A9nero.>
61. Gobierno Regional de Arequipa. Análisis Situacional de Salud. [En línea].
Arequipa: 2017 [citado agosto 2019]. Disponible en:
<https://www.saludarequipa.gob.pe/epidemiologia/ASIS/Asis2017/ASIS%202017.pdf>.
62. Fung Mejía, Valeria; Vargas Cornejo, Hector Martin. Nivel de conocimiento sobre el manejo de complicaciones locales post exodoncias simples en los estudiantes de estomatología de una universidad privada Piura 2021 Vallejo UC, editor. Lima: [Tesis para optar el grado de cirujano dentista]; 2021 Disponible en:
[https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/81300/Fung_MV-Vargas_CHM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y.](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/81300/Fung_MV-Vargas_CHM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
63. Ministerio de salud. Resolución ministerial N° 538-2009/MINSA. [Online].; 2020.
Available from: <https://elperuano.pe/NormasElperuano/2009/08/19/385059-4.html>.



ANEXO 1 INSTRUMENTOS

Ficha de factores sociodemográficos:

Edad:

- 30 – 39 años ___
- 40 – 49 años ___
- 50 – 59 años ___

Sexo:

- Masculino___
- Femenino___

Estado civil:

- Soltero___
- Casado ___
- Viudo ___
- Otros___

Nivel de educación:

- Primaria___
- Secundaria ___
- Superior ___

Ocupación:

- Estudiante : ___
- Trabajador: ___
- Sin ocupación: ___

ANEXO 2

**INSTRUMENTO ESCALA DE BIENESTAR ESPIRITUAL EBE DE
PALOUTZIAN Y ELLISON**

Instrucciones: Lee cuidadosamente los siguientes ítems y marca con una (x) tu posición frente a ella, tomando en cuenta las siguientes opciones, responde de manera sincera, recuerda que no hay respuestas correctas e incorrectas:

TD = Totalmente en desacuerdo

ED = En desacuerdo

MD = Moderadamente en desacuerdo

MA = Moderadamente de acuerdo

DA = De acuerdo

TA = Totalmente de acuerdo

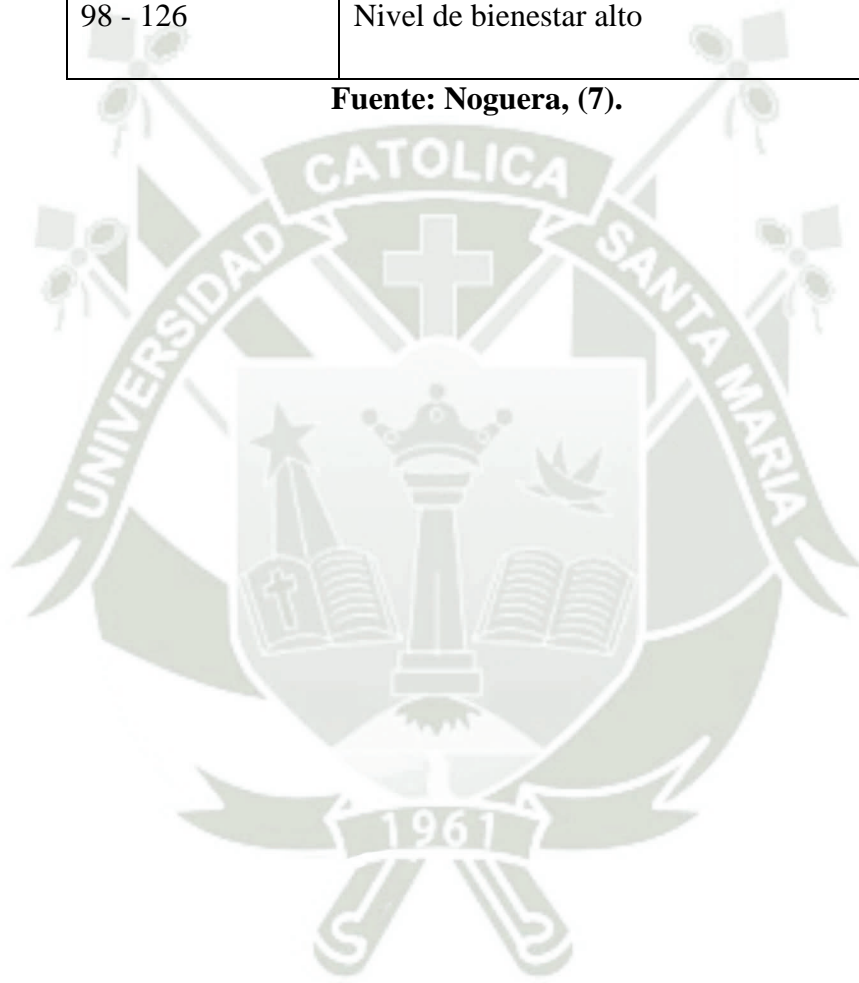
N°	ITEMS	TD	ED	MD	MA	DA	TA
1	Encuentro satisfacción al rezar a Dios en privado						
2	Creo que Dios me ama y cuida de mi						
3	Creo que Dios es alguien impersonal al que le tienen sin cuidado mis situaciones cotidianas						
4	Tengo una relación personal significativa con Dios						
5	Me siento bien de saber que Dios dirige mi vida						
6	Creo que Dios está interesado en mis problemas						
7	Mi relación con Dios es poco satisfactoria						
8	Mi relación con Dios me ayuda a no sentirme solo						
9	Me siento completamente satisfecho cuando estoy en comunión con Dios						
10	Mi relación con Dios contribuye a mi sensación de bienestar en general						
11	Creo que Dios tiene un propósito especial para mi vida						
12	No le encuentro sentido a mi existencia						
13	Siento que la vida es una experiencia positiva						
14	Me siento desubicado sobre mi futuro						
15	Me siento bastante realizado en la vida						
16	Tengo una sensación de bienestar sobre mi existencia						
17	No disfruto mucho de la vida						
18	Me siento bien sobre mi futuro						
19	Siento que la vida está llena de insatisfacciones						
20	La vida no tiene mucho significado						
21	Creo que existe algún propósito real para mi vida						

Fuente: Noguera, (7).

BAREMO

INDICE	INTERPRETACIÓN
21 - 56	Nivel de bienestar espiritual bajo
57 - 97	Nivel de bienestar espiritual medio
98 - 126	Nivel de bienestar alto

Fuente: Noguera, (7).



ANEXO 3

INSTRUMENTO: ESCALA DE ANSIEDAD DE ZUNG

Por favor marque con (x) la columna que considere su respuesta:	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1. Me siento más nervioso y ansioso que de costumbre				
2. Me siento con temor sin razón				
3. Despierto con facilidad o siento pánico				
4. Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos				
5. Siento que todo está bien y que nada malo puede sucederme				
6. Me tiemblan los brazos y las piernas				
7. Me mortifican dolores de cabeza, cuello o cintura				
8. Me siento débil y me canso fácilmente				
9. Me siento tranquilo y puedo permanecer en calma fácilmente				
10. Puedo sentir que me late muy rápido el corazón				
11. Sufro de mareos				
12. Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar				
13. Puedo inspirar y expirar fácilmente				

14. Se me adormecen o hincan los dedos de las manos y pies				
15. Sufro de molestias estomacales o indigestión				
16. Orino con mucha frecuencia				
17. Generalmente mis manos están secas y calientes				
18. Siento bochornos				
19. Me quedo dormido con facilidad y descanso bien durante la noche				
20. Tengo pesadillas				

Fuente: Cabarcas; Córdoba (15).

BAREMO

ÍNDICE	EQUIVALENCIA
< 45	No presenta ansiedad (Normal)
45 a 59	Ansiedad en grado bajo
60 a 74	Ansiedad marcada o severa
75 >	Ansiedad en grado alto

Fuente: Cabarcas; Córdoba (15).

ANEXO 4

**INSTRUMENTO: ESCALA DE AUTOAPLICACION DE ZUNG PARA LA
DEPRESIÓN**

Por favor marque (x) la columna que considere su respuesta:	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo..				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento..				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre				

12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado(a) y no puedo estar quieto(a).				
14. Siento esperanza en el futuro				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan..				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

Fuente: Cabarcas; Córdoba (15).

BAREMO

INDICE	INTERPRETACIÓN
Menos de 50	Dentro de los límites normales.
De 50 - 59	Depresión Leve
60 - 69	Depresión Moderada
70 o más	Depresión Grave

Fuente: Cabarcas; Córdoba (15).

ANEXO 5

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA
INVESTIGACIÓN**

Yo de
años de edad, y con domicilio
.....

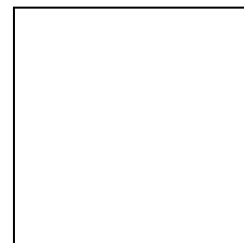
habiéndome explicado en lenguaje, claro y sencillo sobre el proyecto de
investigación:

“RELACIÓN ENTRE EL BIENESTAR ESPIRITUAL Y EL NIVEL DE
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ADULTOS POST COVID – 19 EN EL C.S
MARITZA CAMPOS DIAZ, AREQUIPA 2022”

Dicha investigación publicará los resultados guardando reserva de mi identidad.

Habiéndome informado de todo lo anterior señalado y estando en pleno uso de
mis facultades mentales, es que suscribo el presente documento.

Fecha:



Firma Huella digital

ANEXO 6
CONSTANCIA DE EJECUCIÓN



CONSTANCIA

EL QUE SUSCRIBE MG. C.D. ORTODONCISTA JUAN ALARCON ARENAS JEFE DE LA
MICRO RED ZAMÁCOLA:

DA CONSTANCIA QUE:

Las señoritas **FERNANDA ANDREA TORRES LAZO y MIRIAM ROSARIO MAMANI YUCRA**, han aplicado su instrumento de recolección de datos para su trabajo de investigación titulado **“RELACION ENTRE EL BIENESTAR ESPIRITUAL Y EL NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN ADULTOS POST COVID - 19 EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, AREQUIPA 2022”**, en los meses de Setiembre, Octubre y Noviembre del presente año.

Se otorga la presente a solicitud de las interesadas, para los fines que viere por conveniente.

Arequipa, 20 de Diciembre del 2022

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CAYLLOWA
MICRO RED DE SALUD ZAMACOLA

Mg. Juan R. Alarcon Arenas
CD. ORTODONCISTA
C.O.P. 0449 - R.N.E. 951
JEFE DE LA MICRO RED

Calle Yavari s/n frente al Mercado de Zamácola
MICRO RED ZAMACOLA
Teléfono 054-443087 – Fax 444576

ANEXO 7

MATRIZ DE DATOS

ED AD	SE XO	ESTADO CIVIL	NIVEL DE EDUCACIÓN	OCUPACIÓN	NIVEL DE BIENESTAR ESPIRITUAL	NIVEL DE ANSIEDAD	NIVEL DE DEPRESIÓN
1	2	3	3	2	2	1	1
3	2	1	3	2	2	1	1
3	2	2	3	2	2	1	1
2	1	1	2	2	2	1	2
2	2	1	3	2	2	1	1
3	1	3	2	3	2	2	2
1	2	2	3	2	2	1	1
2	2	2	3	2	2	1	1
1	2	1	3	2	2	1	1
3	2	3	3	2	2	1	1
2	2	4	3	2	2	1	1
3	2	2	3	2	2	1	1
3	2	2	3	2	2	1	1
3	2	2	3	2	2	1	1
3	2	1	3	2	2	1	1
3	2	1	3	2	2	1	1
3	1	2	1	2	1	2	1
2	2	3	3	2	2	2	1
3	2	3	1	3	3	2	2
1	2	1	3	2	2	1	2
1	1	1	3	2	2	1	2
1	1	1	3	2	2	1	1
1	1	2	3	2	3	1	1

2	1	1	3	2	2	2	2
3	2	3	2	3	2	1	1
2	1	2	2	2	2	1	1
1	1	1	3	2	2	2	1
3	2	2	3	2	2	2	2
3	2	3	3	2	2	2	1
1	1	1	3	2	2	1	1
3	1	3	2	2	2	1	1
1	2	1	2	2	2	1	1
2	1	2	3	2	2	1	1
3	1	2	2	2	2	1	1
3	2	2	3	2	2	1	1
2	2	1	3	2	2	1	1
1	1	1	3	2	2	1	1
1	1	1	2	2	2	1	1
1	1	1	3	2	1	1	1
2	2	2	2	2	2	1	1
3	1	2	1	2	2	1	1
2	1	2	2	2	2	1	1
3	1	2	3	2	2	1	1
1	1	1	3	1	2	1	2
1	2	1	3	2	2	1	1
1	1	1	3	2	2	1	1
2	2	1	2	3	2	1	1
1	2	3	3	2	2	1	1
3	1	1	2	3	2	2	1

2	2	1	2	2	2	2	1
1	1	2	3	2	1	1	1
3	1	3	3	2	2	2	1
3	2	4	3	2	2	2	1
2	1	4	3	2	2	2	1
2	1	2	2	3	2	2	1
2	1	3	3	2	2	1	1
2	2	1	3	2	2	1	1
3	1	2	2	2	2	2	1
1	1	1	3	1	2	1	1
1	2	3	1	1	2	2	2
2	1	4	1	2	2	2	2
2	1	1	1	3	2	1	1
3	1	2	3	3	2	2	2
2	2	3	2	2	2	2	2
1	2	1	3	2	2	2	1
2	2	2	3	2	2	1	1
3	1	3	3	3	2	1	1
2	2	2	1	2	2	1	1
2	1	3	2	2	2	2	2
3	1	1	2	2	2	2	1
1	1	2	2	3	2	2	1
2	2	3	3	2	2	1	1
1	1	3	1	2	2	2	1
1	1	1	3	2	2	2	1
1	2	2	2	2	2	1	1

2	2	2	2	2	2	1	1
3	1	3	3	3	2	2	2
2	1	2	2	2	2	2	2
2	2	2	3	2	2	1	1
2	1	2	2	3	2	2	2
2	1	2	3	3	3	3	2
3	2	3	3	3	2	1	1
3	1	2	3	3	2	3	1
3	1	3	2	3	2	2	2
2	2	4	2	1	2	2	4
3	1	3	2	1	1	1	1
3	1	3	3	3	2	3	1
3	2	3	2	3	2	1	1
2	1	2	3	3	2	1	1
2	1	3	2	2	1	2	1
3	2	4	3	2	2	2	1
3	1	2	1	2	1	1	2
3	1	1	3	2	2	1	1
3	2	3	3	2	1	1	1
2	1	3	2	2	2	1	1
3	2	2	2	2	2	2	1
1	1	4	1	2	2	2	1
1	2	2	3	2	2	2	2
2	2	1	3	3	2	2	1
3	2	1	2	1	2	2	1
2	2	3	2	2	1	2	1

3	1	2	3	1	1	2	1
3	1	4	3	3	1	2	1
1	1	2	3	1	1	2	2
3	2	1	3	2	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1	1
1	2	1	3	2	2	2	1
3	2	3	2	2	1	1	1
1	1	1	3	2	2	2	1
2	2	2	3	1	2	2	1
2	2	2	2	2	2	1	1
3	1	3	2	2	2	1	1
3	1	2	2	2	2	1	1
1	2	3	2	2	2	2	1
1	2	3	3	2	2	1	1
1	2	4	3	2	2	1	1
1	1	4	2	2	2	1	1
3	2	3	1	3	2	1	1
3	1	3	3	3	2	1	1
1	1	4	3	2	2	1	1
3	2	3	2	3	2	3	1
1	1	2	2	1	2	1	1
3	2	3	2	2	2	1	1
1	1	4	3	2	2	1	1
2	1	4	2	3	1	2	1
3	1	2	3	2	2	1	1
2	2	4	2	3	2	1	1

3	2	4	1	3	1	2	2
2	1	1	2	3	2	1	1
1	1	4	3	2	2	2	1
3	2	3	2	3	2	1	1
3	1	4	3	2	2	1	1
3	1	4	2	2	2	1	1
3	2	3	2	2	2	2	1
3	2	3	1	3	2	1	1
3	2	2	1	2	2	1	1
3	2	3	3	2	1	1	1
3	1	1	3	3	2	1	1
2	1	4	3	2	2	1	1
3	1	4	3	2	2	1	1