



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

REPERCUSIÓN EN LAS DIMENSIONES DE LA SALUD MENTAL DURANTE LA
PANDEMIA POR SARS –COV-2 EN USUARIOS DEL CS BELÉN. DISTRITO DE
AYACUCHO, ABRIL-AGOSTO 2021

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano

Autor:

De La Cruz Pretell, Xavier Anthony

Asesor:

Tambini Acosta, Moisés Enrique
(ORCID: 0000-0002-5505-4837)

Jurado:

Huarag Reyes, Raul Abel
Alcántara Díaz, Andrés Martin
Delgado Arroyo, Rafael Maximiliano

Lima - Perú

2022



Referencia:

De La Cruz, X. (2022). *Repercusión en las dimensiones de la salud mental durante la pandemia por SARS-COV-2 en usuarios del CS Belén. Distrito de Ayacucho, abril-agosto 2021* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5593>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA "HIPÓLITO UNANUE"

**REPERCUSIÓN EN LAS DIMENSIONES DE LA SALUD MENTAL DURANTE LA
PANDEMIA POR SARS –COV-2 EN USUARIOS DEL CS BELÉN. DISTRITO DE
AYACUCHO, ABRIL-AGOSTO 2021**

Línea de Investigación:

Salud Pública

Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano

AUTOR

De La Cruz Pretell, Xavier Anthony

ASESOR

Tambini Acosta, Moisés Enrique

(ORCID: 0000-0002-5505-4837)

JURADOS

Huarag Reyes, Raul Abel

Alcántara Díaz, Andrés Martin

Delgado Arroyo, Rafael Maximiliano

LIMA- PERU

2022

DEDICATORIA

A Dios y a la Virgen María Auxiliadora por su luz perpetua y su bendición que me permitieron cada día seguir con el desarrollo de mis metas. A mis padres Nancy Pretell y Javier De La Cruz, quienes me dieron la vida y que siempre me demostraron su apoyo incondicional en todas las circunstancias que pasé durante esta linda etapa de mi carrera profesional y que persistieron con sus consejos y experiencias para poder enfrentar las vicisitudes que me puso la vida. A mis hermanos Ammy y Jeremy por estar siempre motivándome a ser un ejemplo de hermano y regalándome su amor familiar. A mi pareja Leslie por su apoyo emocional y sus consejos de superación en los momentos cruciales durante mi formación académica universitaria. A mi papá Alejandro por su apoyo emocional, sus grandes y sabios consejos que nunca faltaron desde mi infancia hasta el momento. A mi mamá Florentina que mientras estuviste a mi lado siempre me aconsejaste a cumplir todas mis metas que me proponga y que me demostraste ese amor de madre incomparable; ahora desde el cielo sé que estás orgullosa por esta etapa profesional que culmino.

ÍNDICE

RESUMEN	iii
ABSTRACT.....	iv
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Descripción y formulación del problema.....	2
1.2. Antecedentes	7
1.3. Objetivos.....	14
1.3.1. <i>Objetivo general</i>	14
1.3.2. <i>Objetivo específico</i>	14
1.4. Justificación	14
1.5. Hipótesis	15
II. MARCO TEÓRICO	16
2.1. Bases teóricas.....	16
III. MÉTODO	39
3.1. Tipo de Investigación.....	39
3.2. Ámbito temporal y espacial	39
3.3. Variables	39
3.4. Población y muestra.....	40
3.5. Instrumentos.....	41
3.6. Procedimientos.....	42
3.7. Análisis de datos	43
3.8. Consideraciones éticas	44
IV.RESULTADOS	45
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	53
VI. CONCLUSIONES	55
VII. RECOMENDACIONES	56
VIII. REFERENCIAS.....	57
IX. ANEXOS	66

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la repercusión de las dimensiones en la salud mental durante la pandemia por SARS-COV-2 en usuarios del C.S. “Belén”. Distrito Ayacucho, abril-agosto 2021”.

Método: Estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal cuyo tamaño de muestra fue de 300 usuarios. Se utilizaron los cuestionarios de Salud del Paciente (PHQ-2), Coronavirus Anxiety Scale (CAS) e Inventario SISCO del Estrés de Pandemia. **Resultados:** La población femenina (66,33%) resultó ser predominante; asimismo el grupo etario entre 18 y 24 años (25,33%) y se contó con una edad media de $\bar{x} = 32,2$ años Las ocupaciones más prevalentes fueron estudiantes (24,67%) y comerciantes (24%). El 34,33% presentaron estrés muy fuerte; 31%, estrés fuerte; un 22,33%, estrés moderado; un 10,33%, estrés leve y solo un 2% sufrieron de estrés muy leve. Las personas con estrés se caracterizaron por presentar como estrategia de afrontamiento el lavado continuo de manos (99,67%), evitar el menor contacto social (99,33%) y tristeza (96,67%). El 66% no presentaron depresión y respecto a la ansiedad sólo el 20% lo sufrió durante el transcurso de la pandemia. **Conclusión:** Se determinó que el estrés fue la repercusión más predominante en la salud mental de los usuarios, el síntoma más característico fue la tristeza y la estrategia de afrontamiento más frecuente fue el lavado continuo de manos. Las dimensiones de la salud mental como la depresión y ansiedad en el estudio presentaron un porcentaje menor en la población general de encuestados.

Palabras clave: dimensiones en la salud mental, depresión, SARS-COV-2.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the impact of the dimensions on mental health during the SARS-COV-2 pandemic in users of the C.S. "Belen". Ayacucho District, April-August 2021". **Method:** Observational, descriptive and cross-sectional study whose sample size was 300 users. The Patient Health Questionnaires (PHQ-2), the Coronavirus Anxiety Scale (CAS) and the SISCO Pandemic Stress Inventory were used. **Results:** The female population (66.33%) turned out to be predominant; Likewise, the age group between 18 and 24 years old (25.33%) had a mean age of $\bar{x} = 32.2$ years. The most prevalent occupations were students (24.67%) and merchants (24%). 34.33% presented very strong stress; 31%, strong stress; 22.33%, moderate stress; 10.33%, mild stress and only 2% suffered from very mild stress. People with stress were characterized by presenting continuous hand washing as a coping strategy (99.67%), avoiding the least social contact (99.33%) and sadness (96.67%). 66% did not present depression and regarding anxiety, only 20% suffered it during the course of the pandemic. **Conclusion:** It was determined that stress was the most predominant repercussion on the mental health of users, the most characteristic symptom was sadness and the most frequent coping strategy was continuous hand washing. The dimensions of mental health such as depression and anxiety in the study presented a lower percentage in the general population of respondents.

Keywords: dimensions in mental health, depression, SARS-COV-2.

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en enero de 2020, declaró el brote de este nuevo padecimiento, al cual denominó: la enfermedad COVID-19. Desde entonces fue identificado como una emergencia internacional de salud pública, debido al elevado riesgo de propagación de esta enfermedad a otros países del mundo, a parte de China. En marzo de 2020, esta organización decidió determinó a la COVID-19 como una pandemia. (OMS, 2020)

Mientras la pandemia del coronavirus se propaga rápidamente por todo el mundo, también ocasiona un grado considerable de miedo y preocupación tanto en la población en general como en ciertos grupos como: adultos mayores, proveedores de atención al cliente y personas con comorbilidades. (OMS, 2020)

La pandemia de la COVID-19 ha transformado la vida de muchas personas y en particular, sus costumbres diarias. Ha traído: incertidumbre, rutinas diarias alteradas, presiones económicas, aislamiento social y temor a contagiarse. Esta situación se agrava ante el desconocimiento de cuánto tiempo durará la pandemia, y qué puede traer el futuro. (Hernández J., 2020)

Según la Sociedad Española de Psiquiatría menciona que “cada persona reacciona de diferente manera ante situaciones de estrés y en este caso frente a una pandemia contagiosa a la que nos vemos sometidos implica distanciamiento social, la cuarentena y el aislamiento; por lo que la persona puede experimentar ansiedad, miedo o preocupación por su propia salud como la de sus parientes y todo su entorno social, la autoobservación de síntomas o signos de la enfermedad, la pérdida de ingresos familiares, la frustración de cuánto durará la pandemia, el aburrimiento de no estar conectado a la rutina habitual, el consumo de sustancias adictivas para enfrentar esta situación y aparición de síntomas depresivos como desesperanzas, irritabilidad, trastornos del sueño y apetito”. (SEPSIQ, 2020)

También la Sociedad Española de Psiquiatría menciona que “el impacto psicológico de la cuarentena y el confinamiento es otro aspecto que ha sido investigado en epidemias previas mostrando un alto porcentaje de síntomas psicológicos heterogéneos (agotamiento, desapego de los demás, ansiedad, irritabilidad, insomnio, falta de concentración, indecisión, deterioro del rendimiento laboral y resistencia a trabajar). Las personas que requerían cuarentena por estar en contacto cercano con pacientes infectados presentaban síntomas de temor, nerviosismo, tristeza y culpabilidad y solo un porcentaje bajo refería sentimientos positivos y de bienestar”. (SEPSIQ, 2020)

En el actual contexto de pandemia por Covid-19, los problemas de salud y trastornos mentales son reales y recurrentes, teniendo un origen multifactorial, donde interactúan factores de riesgo como los biológicos, psicológicos y sociales (modelo biopsicosocial de la enfermedad) tanto individuales como colectivos, y que requieren un manejo multisectorial e interdisciplinario tanto en su prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales. (APAL, 2020)

Por tal motivo existe la necesidad de elaborar este estudio sobre la repercusión en las dimensiones de la salud mental durante la pandemia por SARS-COV-2 en usuarios del CS “Belén” del distrito de Ayacucho, abril-agosto 2021; con el fin de aportar evidencia científica y conocer la realidad de los usuarios atendidos en un centro de salud ya que la salud mental es un tema fundamental en el contexto actual

1.1. Descripción y formulación del problema

1.1.1. Descripción del problema

La OPS define que “los coronavirus (CoV) son una amplia familia de virus que pueden causar diversas afecciones, desde el resfriado común hasta enfermedades más graves, como ocurre con el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV)

y el que ocasiona el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS-CoV). Un nuevo coronavirus (CoV) es una nueva cepa de coronavirus que no se había identificado previamente en el ser humano. El nuevo coronavirus, que ahora se conoce con el nombre de 2019-nCoV o COVID-19, no se había detectado antes de que se notificara el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019. Los coronavirus se pueden contagiar de los animales a las personas (transmisión zoonótica). De acuerdo con estudios exhaustivos al respecto, sabemos que el SRAS-CoV se transmitió de la civeta al ser humano y que se ha producido transmisión del MERS-CoV del dromedario al ser humano. Además, se sabe que hay otros coronavirus circulando entre animales, que todavía no han infectado al ser humano”. (OPS, 2021)

La enfermedad de COVID-19, ocasionado por el virus SARS-COV-2, fueron reportados los primeros casos a la oficina de la OMS en China el 31 de diciembre de 2019, y para el 11 de marzo ya se había propagado a 114 países en los diferentes continentes, siendo declarado por la OMS como una pandemia e incitando en las medidas para prevenir la propagación del contagio. En mayo del 2021, América del Sur continuó contribuyendo con el mayor número de casos y defunciones, aportando 3.930.933 casos y 118.593 defunciones. Estas cifras representan 73% y 79% de los casos y defunciones notificados, respectivamente, en la Región de las Américas durante este mes. (OMS, 2021)

El Centro Nacional de Epidemiología refiere que “La pandemia por COVID - 19 tras su inicio en el pasado 2020 se ha extendido a todo el mundo con una incidencia variada, así, hasta el 21 de abril de este año se confirmó 142238073 casos infectados con el SARS-CoV-2 causante de esta nueva enfermedad. Se ha reportado 3 032124 de defunciones por COVID - 19, que representa una tasa de letalidad (TL) de 2,13%. La región de las Américas encabeza la lista de infectados con 60006538 casos confirmados y una TL de 2,43%, superada ligeramente por la región africana con 3236379 casos confirmados y una TL de 2,50%. En la región de las Américas, encabeza el ranking de infectados con el SARS-CoV-2 los Estados Unidos con

31350025, con una TL de 1,79%, mientras México tiene la mayor TL de 9,21%, en ese contexto el Perú ocupa el sexto puesto con 1707787 y una TL de 3,37%. El Perú enfrenta a la segunda ola por COVID -19, que está marcado por el importante incremento de defunciones para este año 2021, evidente en el interior del país en departamentos como Piura, Tumbes, La Libertad, Lambayeque y Huánuco. Hasta la SE 11-2021 se han reportado 26509 casos confirmados por COVID-19 en la población indígena del Perú, de los cuales el 22,72% provienen de los pueblos indígenas Andinos y el 77,21% de la población indígena de la Amazonía. De esta manera se observa que los departamentos de Loreto (26,5%), Amazonas (25,0%) y Ayacucho (13,7%) presentan un mayor porcentaje de casos confirmados”. (Centro Nacional de Epidemiología, 2021)

Huarcaya (2020) en su estudio demostró que durante la fase inicial de la pandemia de COVID-19 fue recurrente la presencia de ansiedad, depresión y reacción al estrés en la población general.

La actualidad de esta pandemia ocasiona miedos, incertidumbre y cambios múltiples en adultos y pequeños que reaccionan emocionalmente como consecuencia a la situación. Una de las situaciones que el confinamiento en el hogar provoca, es que el estrés causado por un cambio tan fuerte en el entorno de los menores de edad podría aliviarse hasta cierto punto por la presencia de sus padres. Es probable que los padres que controlan su estrés y que son más solidarios y saludables brinden la confianza necesaria a sus hijos. El estrés experimentado por los adultos a menudo se refleja en los niños(as) y que éstos admiran a sus padres por su figura de apego a modo de espejo, buscando encontrar en los padres cómo manejar sus emociones y reacciones ante una situación estresante como es en el caso de esta pandemia. (Liu y Bao, 2020)

Pérez et al. (2020) ejecutaron un estudio de métodos mixtos, cuyo objetivo fue determinar el estado de ansiedad, depresión y estrés en la sociedad durante el desarrollo de la

pandemia de COVID-19. Para ello participaron una población de 613 personas. Su metodología se basó en cuestionarios de tres secciones que incluía aspectos sociodemográficos, percepciones, emociones y comportamientos relacionados con la pandemia de COVID-19, y dos pruebas psicométricas de evaluación emocional DASS y STAI A/S y A/T; las proporciones y los intervalos de confianza de las variables se calcularon y compararon mediante la prueba de Chi al cuadrado. Los resultados obtenidos fue que más del 40% de los sujetos presentaron algún grado de ansiedad, el 41,3% de depresión y la proporción de estrés fueron inferior al 30%. De los sujetos que experimentaron ansiedad, el 18.6% también tenía depresión o estrés moderado a muy intenso.

Barraza (2020) elaboró un estudio tipo correlacional, transversal y no experimental para lo cual se plantearon como objetivo establecer el perfil descriptivo del estrés de pandemia en población mexicana. Participaron 720 personas radicadas en diferentes estados de la república mexicana. Para ello utilizaron como instrumento para la recolección de la información el Inventario SISCO de Estrés de Pandemia construido exprofeso. Los resultados obtenidos fue que el nivel de estrés reportado por la población encuestada se presenta en un 66%, este porcentaje interpretado con un baremo indicativo de cinco valores (de 1% a 20% nivel muy leve, de 21% a 40% nivel leve, de 41% a 60% nivel moderado, de 61% al 80% nivel fuerte y de 81% al 100% nivel muy fuerte) concluyendo que el estrés de pandemia se presenta con un nivel fuerte en la población encuestada.

Sánchez y Mejía (2020) en su estudio de tipo descriptivo-comparativa de carácter cuantitativo cuyo objetivo es identificar los principales indicadores del comportamiento psicosocial desajustado en una muestra no probabilística de la población peruana, ante la situación de crisis y confinamiento provocado por la pandemia del COVID-19. La muestra estuvo conformada por 883 sujetos de las diversas regiones y departamentos del país. El instrumento empleado comprendió el inventario de comportamiento psicosocial desajustado

ante el COVID-19, (INCOPSD). Los resultados hallados fue que entre un quinto y casi una cuarta parte de la muestra presentan indicadores de comportamientos desajustados, sobresaliendo de mayor a menor la desesperanza (23.8 %), la somatización (23.2 %), el temor (22.5%), la ansiedad (21.2%), y en menor grado: la agresividad (19.8 %), la intolerancia (19.8%), el desajuste familiar (18.5 %) y la depresión (18.2 %). También se determinó que los sujetos de la región selvática muestran puntajes promedios más altos en ansiedad, somatización, desajuste familiar y temores, que los de las otras regiones. Los de la costa puntuaron más alto en desesperanza y los de la sierra en agresividad, e intolerancia.

Ocas y Contreras (2020) en su estudio de tipo observacional, transversal y descriptivo. Tiene como objetivo determinar los niveles de estrés, ansiedad y depresión en el personal de salud del primer nivel de atención durante la pandemia de COVID-19. Para lo cual participaron 150 trabajadores de la primera línea que laboran en un centro de salud. Para ello se aplicó un cuestionario online a través de Formularios de Google; que estuvo conformado por los datos sociodemográficos y la escala DASS-21 (Escala de Estrés, Ansiedad y Depresión). Los resultados que se obtuvieron fue que los trastornos mentales prevalentes en la población en general son la ansiedad y depresión; mientras que en el personal de salud además de los dos mencionados también se añadió los trastornos del sueño.

Estos estudios de marco actual me conllevan a poder evaluar “La repercusión en las dimensiones de la salud mental durante la pandemia por SARS –COV-2 en usuarios del C.S Belén. Distrito de Ayacucho, abril-agosto 2021”. En beneficio de aportar conocimientos actuales de la realidad, prevenir, ejecutar mejoras, actuar de forma rápida y correcta en la salud mental de la población objetivo durante esta pandemia.

1.1.2. *Formulación de la pregunta general*

¿Cuál es la repercusión en las dimensiones de la salud mental durante la pandemia por SARS-COV-2 en usuarios del C. S. “Belén”, distrito de Ayacucho, abril-agosto 2021?

1.1.3. *Formulación de las preguntas específicas*

- ¿Existe ansiedad como repercusión en las dimensiones de la salud mental durante la pandemia por SARS-COV-2 en usuarios del C.S “Belén”. Distrito de Ayacucho, abril-agosto 2021?
- ¿Existe depresión dentro de la repercusión en las dimensiones de la salud mental durante la pandemia por SARS-COV-2 en usuarios del C.S “Belén”. Distrito de Ayacucho, abril-agosto 2021?
- ¿Cómo reconocer el estrés dentro de la repercusión en las dimensiones de la salud mental durante la pandemia por SARS-COV-2 en usuarios del C.S “Belén”. Distrito de Ayacucho, abril-agosto 2021?
- ¿Cuáles son los síntomas y las estrategias de afrontamiento que caracterizan al estrés dentro de la repercusión en las dimensiones de la salud mental durante la pandemia por SARS-COV-2 en usuarios del C.S “Belén”. Distrito de Ayacucho, abril-agosto 2021?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Internacionales

La OMS definió la salud como: “no solo la falta o ausencia de enfermedad, sino también el estado de equilibrio físico, mental y social en el ser humano (OPS, 2015); por lo tanto, ante la aparición repentina de una pandemia provocada por un virus poco conocido, sin tratamiento alguno, que obligó a la población mundial a realizar una parada brusca en sus actividades

diarias ocasionando que el equilibrio del que nos habla la OMS no se cumpla y desencadene patologías tanto físicas como mentales”.

Ramírez y Cárdenas (2020) elaboraron un estudio de tipo cuantitativo no experimental, prospectivo y descriptivo-correlacional. Cuyo objetivo fue establecer psicométricamente la naturaleza del constructo subyacente a los síntomas de ansiedad y depresión asociados al aislamiento por COVID-19 en mujeres adultas de Azogues. Se realizó un muestreo aleatorio simple. La muestra estuvo constituida por 381 mujeres adultas (18 a 65 años) ecuatorianas. Para lo cual se aplicó una encuesta sociodemográfica, el inventario de Ansiedad Estado-rasgo (STAI) y el inventario de Depresión Estado-Rasgo (IDER). Los resultados hallados fue que la predicción de la ansiedad y depresión fue estadísticamente significativa para los días de cuarentena ($f=4.61$; $p= .0001$). La ansiedad resultó ser un predictor negativo de los días de cuarentena ($\beta = -0.16$; $p= .002$) y la depresión un predictor positivo de los días de cuarentena ($\beta= 0.25$; $p= .001$).

Wang et al. (China-2019) elaboraron un estudio de tipo observacional descriptivo de diseño de encuesta transversal; plantearon con objetivo de investigación encuestar al público en general en China para conocer mejor sus niveles de impacto psicológico, ansiedad, depresión y estrés durante la etapa inicial del brote de COVID-19, la población estuvo conformado por 1210 encuestados de 194 ciudades de China con un muestreo de bola de nieve. La metodología que usaron fue la escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) y para evaluar el impacto psicológico del COVID-19 se midió mediante la Escala de Impacto de Sucesos Revisada. Los resultados obtenidos fue que el 53,8% de los encuestados calificó el impacto psicológico de moderado o severo; el 16,5% informó de síntomas depresivos de moderados a severos; el 28,8% informó de síntomas de ansiedad de moderados a severos; y el 8,1% informó de niveles de estrés de moderados a severos. El 28,8% informó de síntomas de ansiedad entre moderados y graves, y el 8,1% de niveles de estrés entre moderados y graves.

Concluyeron que durante la fase inicial del brote de COVID-19 en China, más de la mitad de los encuestados calificaron el impacto psicológico de moderado a grave, y alrededor de un tercio informó de ansiedad de moderada a grave.

Ramírez et al. (2020) elaboraron un estudio de tipo observacional descriptivo en el cual tuvo por objetivo mostrar las posibles consecuencias en la salud mental de la población como resultado del aislamiento social obligatorio debido a la pandemia por Covid-19. La metodología que usaron fue revisión sistemática. Los resultados obtenidos nos mostraron que la pandemia emergente del Covid-19 tuvo un impacto de forma significativa a la salud mental, tanto durante como después del brote, con respuestas emocionales patológicas mantenidas a largo plazo, enmarcadas en trastornos mentales con alta discapacidad, como el TEPT, el TDM y los trastornos de ansiedad.

Bender et al. (2020) realizaron un estudio de tipo observacional descriptivo, plantearon como objetivo la afectación del coronavirus 2019 y su relación con los trastornos neuropsiquiátricos. La metodología que usaron fue revisión sistemática; los resultados nos mostraron que las principales manifestaciones psiquiátricas relacionadas con la enfermedad producida por SARS-CoV-2 son la ansiedad, la depresión y el estrés.

Arias et al. (2020) elaboraron un estudio de tipo observacional descriptivo transversal cuyo objetivo fue identificar las manifestaciones psicológicas frente a la situación epidemiológica causada por la COVID-19. Se empleó un total poblacional de 1125 personas con edades entre 18 y 59 años y de tamaño muestral de 287 personas. El método para evaluar las variables ansiedad, depresión, estrés e idea suicida, fue el “Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)”, “Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE)”, “Escala para valorar el nivel de estrés” y la Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI). Se obtuvo como resultados el predominio de la ansiedad como estado con niveles alto (30,96 %) y medio (26,90 %); la

depresión se manifestó como estado con niveles medio (36,54 %) y alto (13,70 %) y medio (12,20 %) como rasgo; el 66,49 % de las personas presentaron niveles de estrés alterado; el 98,47 % no mostró idea suicida. No se reveló asociación entre el estrés, la ansiedad ($p= 0,90$) y la depresión como rasgo y estado ($p= 0,97$). Concluyeron que frente a la situación epidemiológica causada por la COVID-19, las personas estudiadas presentaron alteraciones psicológicas de ansiedad y depresión como estado, altos niveles de estrés y sin idea suicida en la mayoría de los casos.

Galindo et al. (2020) elaboraron un estudio de tipo transversal no experimental con el objetivo de determinar los niveles de síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en población general. En dicho estudio contó con 1508 participantes. Se aplicó el método de encuesta en línea distribuida durante tres semanas mediante muestreo no probabilístico y empleando el Cuestionario sobre la Salud del Paciente PHQ-9, la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada GAD-7 y la Escala análoga visual de conductas de autocuidado. Se obtuvo como resultado que 20.8 % presentó síntomas de ansiedad grave y 27.5 %, síntomas de depresión grave. Ser mujer, soltero(a) no tener hijos, presentar comorbilidad médica y antecedentes de atención a la salud mental estuvo relacionados con la presencia de mayores niveles de síntomas de ansiedad y depresión; 66 a 80 % de la población cumplía con las recomendaciones de autocuidado. Concluyeron que se observó mayor número de individuos con síntomas de ansiedad y depresión moderadas a graves que en otras pandemias.

Broche et al. (2020) desarrollaron un estudio de tipo revisión bibliográfica cuyo objetivo es analizar la evidencia disponible sobre el impacto negativo de la cuarentena y el aislamiento social en la salud mental. La metodología consistió en realizar una revisión bibliográfica y documental sobre el tema en fuentes de datos digitales; los resultados reportaron que el personal de salud, luego de periodos de cuarentena donde prestaron servicio asistencial,

presentó mayores niveles de estrés en comparación con el personal sanitario; los niños y adolescentes en cuarentena, durante la aplicación de pruebas para comprobar la presencia de síntomas de estrés postraumático, mostraron puntuaciones tres veces mayor (como promedio) en comparación con niños que no han experimentado reclusión y que los adultos mayores se encuentran entre los grupos más vulnerables durante la pandemia de COVID-19 así como entre los más segregados.

Nearchou et al. (2020) elaboraron una investigación de tipo observacional- revisión sistemática, cuyo objetivo fue de proporcionar una revisión sistemática de la evidencia sobre el impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los jóvenes. Se consideraron doce estudios para la extracción de datos, el método usado para la selección siguió las directrices de los elementos de notificación preferidos para revisión sistemática y metaanálisis (PRISMA). Los resultados arrojaron que el COVID-19 tiene un impacto en la salud mental de los jóvenes y se asocia particularmente con la depresión y la ansiedad en las cohortes de adolescentes. La ansiedad en los jóvenes se midió en siete de los estudios incluidos; la presencia de síntomas de ansiedad se identificó en el 18,9% y el 37,4% de los jóvenes medidos por el SCARED y GAD-7, respectivamente; en tres estudios la prevalencia de la depresión en los jóvenes osciló entre el 22,6% y el 43,7%. Tres estudios indicaron que las reacciones emocionales relacionadas con COVID-19 están presentes en niños y adolescentes con tasas que van del 22% al 62,2%. Específicamente, encontraron que aproximadamente el 22% de sus participantes reportaron temor por la salud de sus familiares; que casi el 40% de los niños de primaria declararon estar preocupados por salud y la vida que supone el COVID-19 y que el 62,2% de los encuestados declaró estar moderadamente/bastante preocupado por la posibilidad de contagiarse por el virus.

1.2.2. Nacionales

Rodríguez (2020) elaboró una investigación de tipo Revisión Sistemática cuyo objetivo es sintetizar el impacto de la pandemia Covid-19 en la salud mental de la Población y Personal de Sanitario. Se realizó la metodología revisión sistemática, método inductivo, con enfoque cualitativo, de nivel descriptivo –explicativo, observacional, retrospectivo y transversal; la muestra lo conformó 31 artículos científicos y para la recolección de datos se utilizaron 3 instrumentos los cuales fueron PICOS, PROGRESS Y PRISMA. Se obtuvo como resultado que la población en general vio afectada su salud mental debido a las medidas de aislamiento impuestas por los gobiernos y de esta forma aumentaron los niveles de estrés y ansiedad debido a la cuarentena prolongada, la información recibida, el desempleo. Con referencia al profesional sanitario, ellos tuvieron un alto grado de ansiedad y estrés agregado a ellos son los trastornos del sueño, debido al contacto directo con persona con diagnóstico positivo a Covid-19, y el temor al contagio de sus familiares cercanos. Concluyendo que la pandemia Covid-19 ha tenido mucha implicancia en la salud mental de la población en general y del personal de salud, el determinante social de la salud, más afectada durante la pandemia es el referente a los estilos de vida y que los trastornos mentales prevalentes en la población en general son la ansiedad y depresión, en el personal de salud son la depresión, ansiedad y trastornos del sueño.

Marquina y Jaramillo (2020) elaboraron un estudio de tipo revisión sistematizada, con el objetivo de visualizar la evidencia científica existente en relación con el comportamiento de la población general y los profesionales de la salud en situaciones de pandemia y cuarentena e identificar los efectos psicológicos que esto origina. El método usado fue revisión sistemática. Los resultados mostraron efectos psicológicos negativos tanto en la población general como en personal de salud que son quienes se encuentran en la primera línea de la atención, entre los principales síntomas: estrés, confusión y enojo.

Chumbe (2021) elaboró un estudio cuantitativo, tipo no experimental, diseño descriptivo – transversal con el objetivo de determinar la repercusión de la COVID-19 en la salud mental de usuarios que acuden a un centro de salud del distrito de San Juan de Lurigancho en el año 2021. La muestra estuvo constituida por 81 usuarios de un Centro de Salud del distrito de San Juan de Lurigancho. El método que aplicaron fue un cuestionario que incorporaban tres escalas (Fear of COVID-19, COVIDSAM y ESEP). Los resultados muestran que la repercusión de la COVID-19 en la salud mental de los usuarios fue de nivel bajo (54,3%). En cuanto a las dimensiones, presentaron un nivel bajo respecto al miedo (49,4%), un nivel alto de temor a la cuarentena (45,7%) y un nivel muy bajo de síntomas de estrés postraumático (64,2%). En el análisis bivariado se encontró diferencias estadísticamente significativas entre el puntaje de temor a la cuarentena según sexo ($p=0,001$). Concluyeron que la repercusión de la COVID-19 en la salud mental de usuarios que acuden a los establecimientos de la salud del primer nivel de atención, de manera general se observa un bajo nivel de repercusión, sin embargo, destaca el temor a la cuarentena con una repercusión de nivel alto.

Lovón et al. (2020) elaboraron un estudio de tipo cualitativo, descriptivo y explicativo; el objetivo fue analizar discursivamente las alteraciones en la salud mental que se han evidenciado en la población peruana, específicamente aquella encontrada en confinamiento o aislamiento social obligatorio por la pandemia de COVID-19. Para ello se estudian una serie de expresiones discursivas extraídas del ciberespacio de la población peruana que han presentado alteraciones mentales durante la pandemia entre los meses marzo-julio del 2020 y de los cuales se ha extraído una muestra de diez casos representativos. Los resultados muestran que las principales alteraciones descritas en este trabajo son las reacciones de estrés manifestado por dolores de cabeza tensionales y con el sentimiento de frustración; los trastornos de ansiedad manifestada por la sensación de intranquilidad y una mala conducta alimentaria; y los trastornos de depresión manifestados por el ánimo deprimido o triste además del disturbio en el sueño.

1.3. Objetivos

1.3.1. *Objetivo general*

Evaluar la repercusión de las dimensiones en la salud mental durante la pandemia por SARS-COV-2 en usuarios del C.S. “Belén”. Distrito Ayacucho, abril-agosto 2021.

1.3.2. *Objetivo específico*

- Determinar la ansiedad como repercusión en las dimensiones de la salud mental durante la pandemia por SARS-CoV-2 en usuarios del C.S “Belén”. Distrito de Ayacucho, abril-agosto 2021.
- Identificar la depresión como manifestación de la repercusión en las dimensiones de la salud mental durante la pandemia por SARS-CoV-2 en usuarios del C.S “Belén”. Distrito de Ayacucho, abril-agosto 2021.
- Determinar el nivel estrés como manifestación de la repercusión en las dimensiones de la salud mental durante la pandemia por SARS-CoV-2 en usuarios del C.S “Belén”. Distrito de Ayacucho, abril-agosto 2021.
- Cualificar los síntomas y las estrategias de afrontamiento que caracterizan al estrés como manifestación de la repercusión en las dimensiones de la salud mental durante la pandemia por SARS-CoV-2 en usuarios del C.S “Belén”. Distrito de Ayacucho, abril-agosto 2021.

1.4. Justificación

La situación de pandemia genera repercusiones en las dimensiones de la salud mental tales como trastornos de estrés, trastornos de ansiedad, trastornos de depresión y otros efectos negativos. Desde la perspectiva de la salud mental, una pandemia además implica perturbación psicosocial que puede exceder la capacidad de manejo de la población afectada, exponiéndola

a tensiones que a su vez incrementan la incidencia de problemas y trastornos mentales durante su curso y manejo a posterior.

A nivel de un centro de salud, se podrá realizar un sondeo de la realidad de los usuarios, que están diariamente enfrentándose a esta situación actual, originados por la pandemia del SARS CoV-2, esto nos permitirá identificar la población atendida con riesgos o con problemas y derivarlos de forma oportuna a una atención médica más especializada en salud mental.

1.5. Hipótesis

Por tratarse de un estudio descriptivo no amerita la formulación de hipótesis.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas

2.1.1. COVID-19

2.1.1.1. Definición: Fauci refiere que “la última amenaza para la salud mundial es el actual brote de la enfermedad respiratoria que recientemente recibió el nombre de Enfermedad por Coronavirus 2019 (Covid-19). Covid-19 fue reconocido en diciembre de 2019. Rápidamente se demostró que estaba causada por un nuevo coronavirus que está estructuralmente relacionado con el virus que causa el síndrome respiratorio agudo severo (SARS). Al igual que en los dos casos anteriores de aparición de la enfermedad por coronavirus en los últimos 18 años -el SARS (2002 y 2003) y el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) (2012 hasta la actualidad)-el brote de Covid-19 ha planteado retos críticos para la salud pública, la investigación y las comunidades médicas”. (Fauci et al., 2020)

La enfermedad por Covid-19 apareció en diciembre del 2019, en pacientes que habían estado expuestos probablemente a transmisión alimentaria en un mercado de la ciudad Wuhan, provincia de Hubei, China, siendo reconocida semanas después, en enero 2020. La enfermedad es causada por un virus (SARS-CoV-2), perteneciente a la subfamilia Orthocoronavirinae, en el cual se incluyen cuatro géneros: Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Deltacoronavirus y Gammacoronavirus. El género Betacoronavirus, incluye al SARS-CoV-2, y a otros dos Betacoronavirus, el SARS-CoV, causante de epidemias en 2002-2003 en China y otros países dentro y fuera de Asia (del subgénero Sarbecovirus) y el Síndrome Respiratorio del Medio Oriente (Middle East Respiratory Syndrome, MERS-CoV) (del subgénero Merbecovirus). En adición a estos tres coronavirus (CoV), considerados altamente patogénicos en el ser humano, se reconocen cuatro CoV de origen zoonótico, capaces de producir comúnmente infecciones

respiratorias y gastrointestinales leves a moderadas, excepto en pacientes inmunosuprimidos. Dos de estos son coronavirus humanos (HCoV) pertenecientes al género Alphacoronavirus 229E (HCoV-229E) (subgénero Duvinacovirus), y NL63 (HCoV-NL63) (género Setracovirus); y dos al género Betacoronavirus, HCoV-OC43 (subgénero Embecovirus) y HCoV-HKU1. (Londoña, 2020)

Salas (2020) refiere que “la secuencia del Betacoronavirus de Wuhan muestra semejanzas hasta un 96%, con la que se ha encontrado en una especie de murciélago (*Rhinolophus sinicus* K. Andersen, 1905) (Chiroptera: Rhinolophidae), de ahí que se sospecha que este virus se haya diseminado a partir de este murciélago considerado su hospedero natural, empleando varios otros hospederos intermediarios, posiblemente serpientes, ratones del bambú o pangolines. Las secuencias de los otros coronavirus incluyendo del SARS-CoV y el MERS-CoV son diferentes, por lo que se ha encontrado que las pruebas moleculares no presentan reacciones cruzadas entre ellos, permitiendo un diagnóstico altamente específico. Se ha aislado e informado de cinco genomas del nuevo coronavirus, incluyendo BetaCoV/Wuhan/IVDC-HB-01/2019, BetaCoV/Wuhan/IVDC-HB-04/ 2020, BetaCoV/Wuhan/IVDC-HB-05/ 2019, Beta CoV/ Wuhan/ WIV04/ 2019 y BetaCoV/Wuhan/IPBCAMS-WH-01/2019. Gracias a las cinco secuencias que han sido registradas hasta el momento, se sabe que la molécula de ARN de este nuevo virus es de aproximadamente treinta mil nucleótidos de longitud y lleva información principalmente para cuatro proteínas estructurales denominadas con las letras S, M, E y N además de una proteína con actividad hemaglutinina-esterasa” (HE). (Salas, 2020)

El genoma de los CoVs es un ARN monocatenario de sentido positivo (+ssRNA) (-30kb). El ARN genómico se utiliza como plantilla para traducir directamente la poliproteína 1a/1ab (pp1a/pp1ab) que codifica proteínas no proteínas estructurales (nsps) para formar el complejo de replicación-transcripción (RTC). Cuatro proteínas estructurales son esenciales para el ensamblaje del virión y la infección de los CoV. Los homotrímeros de las proteínas S

forman los picos de la superficie del virus y son responsables de la adhesión a los receptores del huésped. La proteína M tiene tres dominios transmembrana y da forma a los viriones, promueve la curvatura de la membrana y se une a la nucleocápside. La proteína E desempeña un papel en el ensamblaje y la liberación, y está implicada en la patogénesis viral. La proteína N contiene dos dominios, ambos pueden unirse al genoma del ARN del virus a través de un mecanismo diferente. Se ha informado de que la proteína N puede unirse a la proteína nsp3 para ayudar a unir el genoma a la RTC, y empaquetar el genoma encapsulado en viriones. La proteína N es también un antagonista del interferón (IFN) y del ARN de interferencia codificado por el virus, lo que parece ser beneficioso para la replicación viral. (Chen et al.,2020)

El SARS-COV-2, se localiza en el receptor 2 de la enzima convertidora de angiotensina (ACE2) para así poder ingresar al huésped; generalmente este virus se concentra en los pulmones e intestino delgado que son las áreas con más alta densidad de los receptores ACE2. Este virus se localiza en el epitelio alveolar provocando derrames pleurales serosos, edema pulmonar y consolidaciones con relativa preservación del tracto superior, se cree que la reacción del huésped al virus aumenta la secreción de cantidades excesivas de citoquinas proinflamatorias. Adicionalmente al cuadro causado por este virus, algunos de los pacientes también desarrollan sobreinfecciones bacterianas, virales o fúngicas, agravando más aún el cuadro clínico. (Hodgens y Gupta, 2021)

La enzima 2 (ACE2), una aminopeptidasa unida a la membrana que se expresa abundantemente en los pulmones, el corazón y otros tejidos, es utilizada por los coronavirus como receptor funcional para su entrada en las células. (Mancia, 2020)

Fajgenbaum refiere que “la pandemia del síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2) nos ha recordado el papel fundamental de una respuesta

inmunitaria eficaz del huésped y el efecto devastador de la desregulación inmunitaria”. (Fajgenbaum y June, 2020)

2.1.1.2. Mecanismos de transmisión. Según la OMS: “El SARS-CoV-2 puede transmitirse por contacto directo, indirecto o estrecho con personas infectadas a través de las secreciones contaminadas (por ejemplo, la saliva, las secreciones respiratorias o las gotículas respiratorias) que se expulsan cuando una persona infectada tose, estornuda, habla o canta. (2-10) Las gotículas respiratorias tienen un diámetro de cinco a 10 micrómetros (μm); las gotas que tienen un diámetro inferior a 5 μm se denominan núcleos goticulares o aerosoles. La transmisión por gotículas respiratorias puede producirse cuando una persona está en contacto estrecho (en un espacio no mayor a un metro) con una persona infectada que presenta síntomas respiratorios (por ejemplo, tos o estornudos) o que está hablando o cantando; en estas circunstancias, las gotículas respiratorias que contienen el virus pueden llegar a la boca, la nariz o los ojos de una persona expuesta y esto podría causar una infección. Además, podría producirse transmisión por contacto indirecto si un hospedero expuesto tiene contacto con un objeto o una superficie contaminados (transmisión por fómites)”. (OMS. Marzo 2020)

A. Fómites. Este término fue tomado en un estudio transversal en Brasil donde se evaluó la presencia de ARN SARS CoV-2 en superficies públicas como paradas de autobús, plazas públicas y banquetas. Se encontró que 16.8% de las muestras fueron positivas y la proporción de áreas contaminadas alrededor de hospitales fue mayor, lo que sugiere que las áreas alrededor de los hospitales podrían ser zonas de riesgo de contagio. (Abrahão et al., 2021)

B. Aguas residuales. El estudio de Zhang y colaboradores evaluó las aguas residuales afuera de hospitales que recibieron pacientes con Covid-19 y encontraron muestras de aguas residuales contaminadas de SARS-CoV-2, por lo que las aguas residuales originadas en

hospitales que dan atención a pacientes con Covid-19 podrían contribuir a la generación de aerosoles con SARS-CoV-2 y otros virus. (Zhang et al., 2021).

C. Aerosoles y gotículas. Un estudio transversal realizado en Wuhan midió las concentraciones de ARN viral en aerosoles dentro y fuera de un hospital. Se encontró que la concentración de partículas era mayor en las áreas de pacientes (0-113 m³) y de médicos (0-42 m³) en comparación con las áreas públicas (0-11 m³). No se detectaron concentraciones de ARN viral en el exterior de algunas áreas públicas, excepto en un área concurrida, a un metro de la entrada con mucha afluencia de personas, incluidos pacientes ambulatorios. (Liu y Bao, 2020)

Existen evidencias científicas consistentes que permiten afirmar que la transmisión del virus SARS-CoV-2 por aerosoles debe considerarse una vía de transmisión. Estos aerosoles podrían tanto impactar y depositarse en las conjuntivas y la mucosa del tracto respiratorio superior, como ser inhalados llegando a cualquier tramo del tracto respiratorio. El riesgo de esta transmisión aumenta en la distancia corta, en entornos cerrados y concurridos, especialmente mal ventilados, y si se realizan actividades que aumenten la generación de aerosoles como hacer ejercicio físico, hablar alto, gritar o cantar. (MSCBS, 2021)

Facchetti menciona que “la transmisión de la madre al hijo en los casos en los que ocurre, se considera que se produce por el contacto estrecho entre ellos tras el nacimiento. Se ha observado en 15 casos en los que el recién nacido presentaba síntomas de COVID-19 con detección de ARN de SARS-CoV-2, una expresión importante de las proteínas S y N del virus en la placenta, así como en las células fetales mononucleares, lo que demuestra la transmisión vertical del virus”. (Facchetti et al., 2020)

Otros autores han observado en la placenta la expresión, aunque en cantidades mínimas, de los receptores ACE2, así como la enzima TMPRSS, necesarios para la entrada y replicación

del virus. El hallazgo contrasta con otras infecciones con transmisión vertical muy importante como el Zika o el citomegalovirus cuyos receptores se expresan de forma intensa en la placenta. (Pique et al., 2020)

También se ha detectado ARN del SARS-CoV-2 en otro tipo de muestras biológicas como la orina y las heces de determinados pacientes. En dicho estudio se recogieron 1.070 muestras de 205 pacientes con COVID-19 que tenían una edad media de 44 años (rango, 5-67 años) y un 68% de hombres. La mayoría de los pacientes presentaban fiebre, tos seca y fatiga; el 19% de los pacientes tenían una enfermedad grave. Las muestras de líquido de lavado broncoalveolar mostraron las tasas positivas más altas (14 de 15; 93%), seguidas de esputo (72 de 104; 72%), hisopos nasales (5 de 8; 63%), biopsia de cepillo de fibrobroncoscopio (6 de 13; 46%), hisopos faríngeos (126 de 398; 32%), heces (44 de 153; 29%) y sangre (3 de 307; 1%). Ninguna de las 72 muestras de orina resultó positiva. (Wang et al., 2020)

En un estudio publicado por Lancet Gastroenterology Hepatology cuyo título fue “Prolonged presence of SARS-CoV-2 viral RNA in faecal samples” que participaron en el periodo de enero a marzo del 2020, alrededor de 98 pacientes. Se obtuvieron muestras respiratorias y fecales alrededor de 74 (76%) pacientes. Las muestras fecales de 33 (45%) de los 74 pacientes resultaron negativas para el ARN del SARS CoV-2, mientras que los hisopos respiratorios permanecieron positivos durante una media de 15-4 días desde la aparición de los primeros síntomas. De los 41 (55%) de los 74 pacientes con muestras fecales positivas para el ARN del SRAS-CoV-2, las muestras respiratorias permanecieron positivas para el ARN del SRAS-CoV-2 durante una media de 16-7 días; y las muestras fecales siguieron siendo positivas durante una media de 27-9 días (10-7) después de la aparición de los primeros síntomas (es decir, durante una media 11-2 días más que las muestras respiratorias). (Wu et al., 2020)

Según la OMS “las personas infectadas por el SARS COV-2 sí pueden infectar a otras personas porque apuntan a que es posible detectar ARN del SARS-CoV-2 en pacientes de uno a tres días antes de que presenten síntomas. Las concentraciones víricas más altas, determinadas por medio de RCP-RT, se observan en torno al día de aparición de los síntomas; posteriormente, se produce una disminución gradual con el paso del tiempo. En general, parece ser que las pruebas de RCP-RT dan positivo durante una a dos semanas en el caso de las personas asintomáticas, y hasta por tres semanas o más en el caso de los pacientes que cursan con enfermedad leve a moderada. Es posible que las pruebas den positivo durante mucho más tiempo en el caso de los pacientes que cursan con COVID-19 grave”. (OMS. Julio 2020)

2.1.1.3. Síntomas y signos. Luego de haber adquirido el virus, existe un periodo de 5-6 días (aunque puede variar desde 2 hasta 14 días) en el cual no aparece ningún síntoma. Excepcionalmente, se observaron periodos de hasta 27 días. Probablemente que los infectados asintomáticos puedan contagiar durante este periodo. Los síntomas cuando aparecen duran aproximadamente dos semanas en casos leves, pero en casos severos pueden durar entre 3-6 semanas (Cortellis, 2020).

La mayoría (80-85%) de los pacientes que se infectan por el SARS-COV-2 no presentan síntomas o estos son leves, similar a un resfrío común; un 10-15% presentan neumonía que requiere hospitalización y el 5% restante corresponden a las formas más graves, que requieren ventiladores mecánicos y Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Es en este grupo de formas graves donde se presenta la mayor mortalidad (50%). (Huang et al., 2020).

La mayoría de los pacientes presentan fiebre (83%-99%), tos (59%-82%), astenia (44%-70%), anorexia (40%-84%), disnea (31%-40%) y mialgias (11%-35%). También se han descrito otros síntomas inespecíficos, como faringodinia, congestión nasal, cefaleas, diarrea,

náuseas y vómitos. (OMS. Mayo 2021) Asimismo, se han descrito anosmia (pérdida del olfato) y ageusia (pérdida del gusto) antes del inicio de los síntomas respiratorios. (Spinato et al., 2020).

En un estudio por revisión sistemática y metaanálisis se encontró como manifestaciones neurológicas al trastorno del olfato (35,8%; IC 95%: 21,4-50,2), trastornos del gusto (38,5%; IC 95%: 24,0-53,0), mialgias (19,3%; IC 95%: 15,1-23,6), cefaleas (14,7%; IC 95%: 10,4-18,9), mareos (6,1%; IC 95%: 3,1-9,2) y síncope (1,8%; IC 95%: 0,9-4,6). La prevalencia conjunta de enfermedad cerebrovascular aguda fue del (2,3%; IC del 95%: 1,0-3,6), de los cuales la mayoría fueron ictus isquémicos (2,1%; IC del 95%: 0,9-3,3), seguidos de ictus hemorrágicos (0,4%; IC del 95%: 0,2-0,6), y trombosis venosa cerebral (0,3%; IC del 95%: 0,1-0,6). Concluyendo que las manifestaciones neurológicas asociados al Covid-19 que se han notificado son mareos, agitación, debilidad, convulsiones o manifestaciones que apunten a un accidente cerebrovascular, incluyendo problemas con el habla o la visión, pérdida sensorial o problemas para mantener el equilibrio en pie o al caminar. (Favas y Dev, 2020).

Los adultos mayores o inmunosuprimidos pueden presentar síntomas atípicos, como astenia, disminución del estado de alerta, limitación de la movilidad, diarrea, hiporexia, delirio confusional o ausencia de fiebre (Tay y Harwood, 2020).

A los síntomas de la COVID-19 pueden superponerse otros síntomas, como disnea, fiebre, síntomas gastrointestinales o astenia, debidos a las adaptaciones fisiológicas o a eventos adversos del embarazo o a otras enfermedades, como el paludismo tal como se identificaron en 33 estudios que informaban de 385 mujeres embarazadas con infección por COVID-19: 368 (95,6%) leves; 14 (3,6%) graves; y 3 (0,8%) críticas. Diecisiete mujeres fueron ingresadas en cuidados intensivos, incluyendo seis que fueron ventiladas mecánicamente y una mortalidad materna. Un total de 252 mujeres dieron a luz, de las cuales 175 (69,4%) cesárea y 77 (30,6%)

partos vaginales. Los resultados de 256 recién nacidos incluyeron cuatro neonatos positivos a la RT-PCR, dos nacidos muertos y una muerte neonatal. Concluyendo que la infección por COVID-19 durante el embarazo probablemente tenga una presentación clínica y una gravedad similar a la de los adultos no embarazados. Probablemente no se asocie a malos resultados maternos o perinatales. (Elshafeey et al., 2020).

La fiebre y la tos podrían no ser tan frecuentes en los niños como en los adultos como lo demuestra un estudio de 149.082 casos estadounidenses de COVID-19 notificados hasta el 2 de abril de 2020, de los que se conocía la edad, 2.572 (1,7%) se produjeron en pacientes de edad <18 años. En comparación, las personas de <18 años representan el 22% de la población estadounidense. Aunque los lactantes <1 año representaron el 15% de los casos de COVID-19 pediátrico, siguen estando infrarrepresentados entre los casos de COVID-19 en pacientes de todas las edades (393 de 149.082; 0,27%) en comparación con el porcentaje de la población estadounidense de <1 año (1,2%). Relativamente pocos casos pediátricos de COVID-19 fueron hospitalizados (5,7%-20%; incluyendo 0,58%-2,0% ingresados en una UCI), lo que concuerda con informes anteriores de que la enfermedad de COVID-19 a menudo podría tener un curso leve entre los pacientes más jóvenes. La hospitalización fue más frecuente entre los pacientes pediátricos de edad inferior a 1 año y los que tenían comorbilidades. Además, el 73% de los niños que presentaron síntomas informaron que los signos y síntomas característicos de la COVID-19 fueron: fiebre, tos o dificultad para respirar. (McNamara, 2020)

2.1.1.4. Diagnóstico. Según la OMS; “la confirmación estándar de la infección aguda por el SARS-CoV-2 se basa en la detección de secuencias virales específicas mediante pruebas de amplificación de ácidos nucleicos (AAN), como la reacción en cadena de la polimerasa por transcripción inversa en tiempo real (rRT-PCR). Las dianas de las pruebas de amplificación son ciertas regiones de los genes E, RdRP, N y S. Una vez que una persona ha sido infectada por el virus, el tiempo medio que tarda en presentar síntomas (período de incubación) es de 5

a 6 días, con un intervalo de entre 1 y 14 días después de la exposición. El virus puede ser detectado en las vías respiratorias superiores de 1 a 3 días antes de aparecer los síntomas. La concentración de SARS-CoV-2 en las vías respiratorias superiores alcanza su valor más alto en torno al momento de la aparición de los síntomas, después de lo cual va disminuyendo paulatinamente. Algunos estudios comunican mayores cargas virales en los enfermos graves que en los enfermos leves, pero otros estudios no dan cuenta de esas diferencias. La presencia de ARN viral en las vías respiratorias inferiores, así como en las heces en un subconjunto de personas, aumenta durante la segunda semana de la enfermedad. En algunos pacientes, el ARN viral solo puede detectarse durante algunos días, mientras que en otros se puede detectar durante varias semanas, incluso meses. La presencia prolongada de ARN viral no supone necesariamente una infecciosidad prolongada. Varios estudios describen una correlación entre la reducción de la infecciosidad y los siguientes factores: a) el mayor número de días transcurridos desde la aparición y resolución de los síntomas, b) la disminución de la carga viral en las secreciones respiratorias, y c) un aumento de los anticuerpos neutralizantes. Como las secreciones respiratorias pueden ser bastante variables en su composición, y la idoneidad de las actividades de muestreo también puede variar, en ocasiones pueden producirse falsos negativos en los resultados de la PCR. En pacientes de los que se sospecha seriamente la infección por el SARS-CoV-2 y los hisopados de las vías respiratorias superiores son negativos, es posible detectar ARN viral en secreciones de las vías respiratorias inferiores, como esputos o material de lavado bronco alveolar. Se ha demostrado que las heces o los hisopados rectales son positivos para el ARN del SARS-CoV-2 en un subconjunto de pacientes; algunos estudios sugieren que esta positividad es prolongada en comparación con la de las muestras de las vías respiratorias. En algunos pacientes, se ha notificado la detección de ARN de SARS-CoV-2 en muestras de sangre; algunos estudios sugieren que la detección en la sangre está asociada a la gravedad de la enfermedad, pero se necesitan más estudios sobre esta posible

asociación. En muestras de líquido bucal (por ejemplo, saliva inducida), las tasas de detección comunicadas en comparación con las muestras de vías respiratorias altas del mismo paciente varían ampliamente; se dispone de datos limitados sobre la idoneidad de la detección de SARS-CoV-2 en muestras de gargarismos/enjuagues bucales. Las llamativas diferencias en la sensibilidad de las evaluaciones de líquidos bucales se deben posiblemente a grandes diferencias en las técnicas de recogida, transporte y conservación de muestras, así como a la evaluación de diferentes poblaciones de prueba. Ocasionalmente puede detectarse SARS-CoV-2 en líquidos oculares en pacientes con y sin signos de conjuntivitis. Algunos estudios no han detectado SARS-CoV-2 en la orina, mientras que otros fueron capaces de detectar ARN viral en la orina en un número limitado de pacientes. Un estudio informó de varios pacientes con muestras de semen positivas. Además, en algunos informes de casos se ha descrito la detección positiva de ARN en tejido cerebral y líquido cefalorraquídeo. Así pues, aunque es posible detectar SARS-CoV-2 en una amplia variedad de líquidos y compartimentos corporales, donde con mayor frecuencia se detecta es en el material respiratorio y, por consiguiente, las muestras respiratorias siguen siendo el tipo de muestra de elección para el diagnóstico”. (WHO, 2020).

2.1.1.5. Consecuencias. La cuarentena tiene un gran impacto y puede causar una considerable tensión psicológica, así como lo presenta el estudio de Mazza donde pretende establecer la prevalencia de los síntomas psiquiátricos e identificar los factores de riesgo y protección del malestar psicológico en la población general. Se realizó una encuesta en línea administrada del 18 al 22 de marzo de 2020 a 2766 participantes. Cuyo método consistió en construir modelos de regresión logística ordinal multivariante para evaluar las asociaciones entre las variables sociodemográficas, los rasgos de personalidad, la depresión, la ansiedad y el estrés. Se obtuvieron como resultados que el género femenino, el afecto negativo y el desapego se asociaron con mayores niveles de depresión, ansiedad y estrés. Tener un conocido infectado se asoció con mayores niveles de depresión y estrés, mientras que un historial de

situaciones estresantes y problemas médicos se asoció con mayores niveles de depresión y ansiedad. Por último, el joven que tuvo que trabajar fuera de su domicilio presentó mayores niveles de estrés. (Mazza et al., 2020)

El miedo, la preocupación y el estrés son respuestas normales en momentos en los que nos enfrentamos a la incertidumbre, o a lo desconocidos, situaciones de cambios o crisis. Así que es normal y comprensible que las personas experimenten estos sentimientos en el contexto de la pandemia COVID-19. Al temor de contraer el virus en una pandemia como la de COVID-19, se suma el impacto de los importantes cambios en nuestra vida cotidiana como las nuevas y desafiantes realidades de distanciamiento físico-social, el trabajo desde el hogar, el desempleo temporal y la educación virtual por tal motivo es importante que se cuide la salud física como mental. (OPS, 2021).

La OPS/OMS, junto con sus colaboradores, está brindando orientación y asistencia a la Región de las Américas durante la pandemia COVID-19, para ayudar a apoyar el bienestar mental y general de todas las personas, especialmente de aquellos que podrían necesitar apoyo adicional durante estos difíciles momentos. (Organización Panamericana de Salud. 2020)

2.1.2. Problemas de la salud mental

2.1.2.1. Salud Mental. Etimológicamente salud mental proviene del latín en donde “salus” es entendida como el estado en que el organismo trabaja en condiciones normales”. Asimismo, en el ámbito de la psiquiatría la salud mental era el equilibrio y adaptación del individuo con su medio, de manera creativa en el cual se propicia un ambiente de crecimiento y bienestar individual y social. Por otro lado, la salud mental en la psicología es cuando un individuo se logra adaptar y este logra sentir un gusto por vivir y lograr su autorrealización, asimismo es un estado positivo y no significa la carencia de un trastorno mental. (Carrazana, 2003)

La OMS menciona que “para todas las personas, la salud mental y física y el bienestar social son componentes vitales inextricablemente ligados. Con el desarrollo del conocimiento acerca de esta interrelación, surge más claramente que la salud mental es crucial para asegurar el bienestar general de los individuos, sociedades y países. En efecto, la salud mental puede ser definida como el estado de bienestar que permite a los individuos realizar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades. No obstante, en la mayor parte del mundo, ni remotamente se le atribuye a la salud y los trastornos mentales la misma importancia que a la salud física. Por el contrario, la salud mental ha sido objeto de abandono e indiferencia”. (OMS, 2018)

2.1.2.2. Factores que determinan los problemas de salud mental. Dentro de los factores que se asocian con los problemas de salud mental en la pandemia, se tiene:

A. Años: Según estudios realizados, la edad mientras más joven sea, presenta más riesgo para los problemas de salud mental según los reportes de Huang y Wang donde mencionaron que los jóvenes presentan más síntomas depresivos y ansiedad.

B. Género: De acuerdo con los estudios reportados por Hossain, el sexo femenino es más propenso a presentar ansiedad, depresión e impotencia en comparación al sexo masculino.

C. Educación: Según los estudios de Lei, manifiesta que a menor grado de educación tienen mayor prevalencia a síntomas de ansiedad y depresión en comparación a estudiantes de alto grado de educación como maestría y doctorado.

D. Ocupación e ingresos: Las pérdidas de oportunidad económica como inestabilidad económica, pérdida de propiedades, genera un impacto de la salud mental de las personas. (Hossain y Tasnim, 2020)

2.1.2.3. Trastorno de la Salud Mental. Un trastorno mental es una enfermedad con manifestaciones psicológicas o conductuales asociada a sufrimiento importante y alteración funcional causada por una anomalía biológica, social, psicológica, genética, somática o química. Se mide por la desviación de un concepto normativo. Cada enfermedad posee sus signos y síntomas característicos. (Kaplan y Sadock, 2017)

Trastornos del estado de ánimo (anteriormente denominados trastornos afectivos). Caracterizados por un cambio del estado de ánimo (ejemplo: la depresión) que domina la vida mental del paciente y justifica su forma funcional (Kaplan y Sadock, 2017).

2.1.2.4. Problemas de la Salud Mental. Según M. Valencia lo define como “afectaciones en su salud emocional que implicará la necesidad de buscar alternativas terapéuticas como algún tipo de psicoterapia, sin necesidad de tomar psicofármacos. Debido a que los seres humanos generalmente tenemos la necesidad de hablar y que alguien escuche nuestros problemas, esto puede ayudar para sentirnos mejor. Las personas con problemas emocionales necesitan ser escuchadas y la psicoterapia puede ofrecer un excelente espacio que sirva para intentar la resolución de estos problemas. Existen diversas modalidades terapéuticas por medio de las cuales las personas pueden recibir ayuda en el nivel individual, grupal, de pareja o familiar, entre otros. Las personas que no padecen trastornos mentales pueden presentar otro tipo de problemas de salud mental que pueden afectar su bienestar emocional, así como problemas psicosociales que afectan su funcionamiento y por ende su vida cotidiana. De ahí que la salud mental condicione las actividades que realizan las personas y las habilidades psicosociales que tienen para enfrentarse a los problemas de la vida cotidiana. Cuando las personas no han adquirido las habilidades psicosociales necesarias, tendrán dificultades para desempeñarse satisfactoriamente en las diversas áreas de sus funciones por lo que pueden presentar problemas en una ocupación o trabajo, en el manejo de sus ingresos económicos, en

sus relaciones sociales, en sus relaciones de pareja, incluido su componente sexual y en sus relaciones familiares” (Valencia, 2007).

2.1.2.5. Dimensiones de la repercusión de la Salud Mental

A. Depresión. La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Puede llegar a hacerse crónica o recurrente y afectar el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. Puede conducir al suicidio en su forma más grave. Si es leve, se puede tratar con psicoterapia sin fármaco, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Sánchez define a la depresión como “una manifestación de desajuste emocional caracterizado por un estado de disposición psíquica de humor triste y esencialmente sombrío: dificultad para pensar, con retardo psicomotor, angustia, agitación y trastornos somáticos diversos, sobre todo del sueño y del apetito. Sentimiento de soledad, con pérdida del interés y entusiasmo. Manifestaciones de pena o tristeza y deseo de llorar, Abatimiento y desgano, con variaciones durante el día, pudiendo llegar a la tristeza profunda. Pesimismo, humor abatido y ensimismamiento en los problemas y preocupaciones y falta de voluntad para realizar algo. Trastornos somáticos ligados a la falta de energía y decaimiento (astenia psicomotora)”. (Sánchez y Mejía, 2020).

Los síntomas de depresión incluyen: estado de ánimo irritable o bajo la mayoría de las veces, dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño, trastornos en el apetito, a menudo con aumento o pérdida de peso, cansancio y falta de energía, sentimientos de inutilidad, odio a sí mismo y culpa, dificultad para concentrarse, movimientos lentos o rápidos, inactividad de

las rutinas diarias, sentimientos de desesperanza o abandono, pensamientos repetitivos de muerte o suicidio, pérdida de placer y felicidad en realizar las actividades e incluso en la actividad sexual (Berger, 2020).

Las complicaciones relacionadas con la depresión comprenden: sobrepeso u obesidad, que pueden derivar en enfermedades cardíacas o diabetes, dolor o enfermedad física, consumo inapropiado de sustancias adictivas, ansiedad, trastorno de pánico y fobias sociales, conflictos familiares, dificultades en tus relaciones sociales y problemas en la escuela o el trabajo, aislamiento social, sentimientos suicidas, y otros. (Mayo Clinic, 2018)

(Hamilton, 1960) La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias. Si bien su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorio. Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE, guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

- No deprimido: 0-7
- Depresión ligera/menor: 8-13
- Depresión moderada: 14-18
- Depresión severa: 19-22
- Depresión muy severa: >23

Las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS) fueron creadas con el objetivo de evaluar la presencia de afectos negativos de depresión y ansiedad y lograr una discriminación máxima entre estas condiciones, cuya sobre posición clínica ha sido reportada por clínicos y por investigadores. El DASS fue desarrollado para cumplir las exigencias psicométricas de una escala de auto reporte desde una concepción dimensional más que categórica de los trastornos psicológicos. Esto implica que las diferencias entre sujetos normales y con alteraciones clínicas radican en la severidad en que experimentan los estados afectivos de depresión, ansiedad y estrés. Su versión abreviada, denominada Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés - 21 (DASS-21) tiene como ventajas el ser un instrumento de auto reporte, breve, fácil de responder y que ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas en estudios de validación en adultos de población general, en muestras clínicas, en adolescentes y estudiantes universitarios (Román y Santibáñez, 2016).

Con respecto a la utilidad clínica del instrumento, los autores de estas escalas sugirieron puntajes basados en normas percentiles que diferenciaban entre una manifestación leve, moderada, severa y extremadamente severa de los estados afectivos depresivos ansiosos y de estrés. Con respecto a la confiabilidad, evaluada a través de consistencia interna en los estudios realizados con adolescentes, se reportan valores de alfa para la escala de Depresión de 0.88-0.87; para la escala de Ansiedad de 0,79; para la escala de Tensión/Estrés es 0.82-0.83 y para la escala total es de 0.93 (Wang et al., 2011).

La escala DASS-21 nos brinda la posibilidad de valorar tres patologías en una sola entrevista, con una alta validez según varias revisiones bibliográficas de diversos estudios publicados anteriormente alrededor del mundo; esta herramienta nos facilitaría con un acercamiento al objetivo de la investigación de una manera rápida y concreta (Montenegro y Yumiseva).

El Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ) es una versión auto administrada de la herramienta PRIME-MD para trastornos comunes de salud mental administrada por profesionales de la salud. El PHQ-2 pregunta por la frecuencia del estado de ánimo deprimido, con una puntuación que va de 0 a 6. Los autores identifican una puntuación de corte de 3 como el punto de corte óptimo para fines de cribado, y afirmaron que un punto de corte de 2 aumentaría la sensibilidad. El PHQ-2, que comprende los dos primeros ítems del PHQ-9, pregunta por el grado en que el individuo ha experimentado un estado de ánimo deprimido y alrededor de las últimas dos semanas. Su objetivo no es establecer un diagnóstico final ni controlar la gravedad de la depresión, sino más bien detectar la depresión. Los pacientes con resultados positivos deben ser evaluados más a fondo con el PHQ-9 para determinar si cumplen los criterios de un trastorno depresivo. El PHQ-2 ha sido validado en 3 estudios en los que mostró una amplia variabilidad en la sensibilidad del 97% y una especificidad del 67%. La fiabilidad interna del PHQ-9 es excelente, con un α de Cronbach de 0,89. (Kroenke y Spitzer, 2003).

En este estudio se aplicó el cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-2) para detectar el problema de la depresión en la población encuestada.

B. Ansiedad. Caracterizado por un sentimiento de opresión, tensión e inquietud permanente, en espera de estar a ante una amenaza o un sentimiento de daño inminente. Nerviosismo, inseguridad, fatigabilidad, inquietud, inestabilidad, intranquilidad, tensión

general y opresión. Sentimientos de preocupación, temor o susto y miedos irracionales. Manifestaciones psicósomáticas tales como: sudoración, palpitaciones, agitación, temblor, insomnios, sueño irregular, intranquilidad, rubor fácil y tendencia a comerse las uñas. (Sánchez y Mejía, 2020).

La ansiedad es un mecanismo adaptativo natural que nos permite ponernos alerta ante sucesos comprometidos. En realidad, un cierto grado de ansiedad proporciona un componente adecuado de precaución en situaciones especialmente peligrosas. Una ansiedad moderada puede ayudarnos a mantenernos concentrados y afrontar los retos que tenemos por delante. En ocasiones, sin embargo, el sistema de respuesta a la ansiedad se ve desbordado y funciona incorrectamente. Más concretamente, la ansiedad es desproporcionada con la situación e incluso, a veces, se presenta en ausencia de cualquier peligro ostensible. El sujeto se siente paralizado con un sentimiento de indefensión y, en general, se produce un deterioro del funcionamiento psicosocial y fisiológico. Se dice que cuando la ansiedad se presenta en momentos inadecuados o es tan intensa y duradera que interfiere con las actividades normales de la persona, entonces se la considera como un trastorno. (SEMI, 2021).

Los diferentes tipos de trastornos de ansiedad pueden tener síntomas diferentes. Pero todos muestran una combinación de: pensamientos ansiosos difíciles de controlar, síntomas físicos, como latidos cardíacos fuertes o rápidos, dolores y molestias inexplicables, mareos y falta de aire y cambios en el comportamiento durante sus actividades cotidianas que solía hacer (Medline Plus, 2021).

Fernández menciona que “la ansiedad es la más común y universal de las emociones, reacción de tensión sin causa aparente, más difusa y menos focalizada que los miedos. Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones

cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan solo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual”. (Fernández y Jiménez, 2012).

La escala para el trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7) evalúa el trastorno de ansiedad generalizada; es un instrumento auto aplicable de 7 ítems que se utiliza ampliamente para evaluar durante las últimas 2 semanas según el DSM-5 (Asociación americana de Psiquiatría). Consta de 7 preguntas puntuables entre 0 y 3, siendo por tanto las puntuaciones mínima y máxima posibles de 0 y 21 respectivamente. Para evaluar los resultados obtenidos al contestar el cuestionario sus autores sugieren las siguientes puntuaciones, recomendándose la consulta con un profesional de la salud al obtener una puntuación de 10 o superior. El estudio original reportó adecuados valores de sensibilidad (0,92) y especificidad (0,83). Desde entonces, se han informado buenas propiedades psicométricas del instrumento en todo el mundo y se utiliza ampliamente en diferentes contextos de la salud mental. (Camargo y Alonso, 2021)

Según Choi et al. (2020): Coronavirus Anxiety Scale (CAS): El CAS está conformado por cinco ítems que permiten identificar la frecuencia de síntomas fisiológicos generados por los pensamientos y la información relacionada con la COVID-19 durante las últimas dos semanas (por ejemplo, «perdí interés en comer cuando pensaba o estaba expuesto a información sobre el coronavirus»). Los participantes respondieron con qué frecuencia experimentaron los síntomas de ansiedad a partir de una escala con cinco opciones de respuesta (0 = de ninguna manera a 4 = casi todos los días). El puntaje del CAS varía de 0 a 20, donde un mayor valor expresa una mayor frecuencia de síntomas de ansiedad por la COVID-19. La versión original en inglés del CAS tuvo un valor del coeficiente alfa de Cronbach de .93.

Discrimina bien entre personas con y sin ansiedad disfuncional utilizando una puntuación de corte optimizada de ≥ 9 (90% de sensibilidad y 85% de especificidad). Según (González y Rodríguez, 2020) adaptaron y validaron el CAS en una población hispana y según sus análisis aplicados encontraron como punto de corte para identificar síntomas significativos de ansiedad valores ≥ 10 . Según (Vinaccia y Bahamón, 2021) la fiabilidad del instrumento fue de $\alpha=.83$ los cuales coinciden con estudios realizados en población Latina. Para este estudio vamos a ser uso de esta escala CAS.

C. Estrés. ‘Stress’ significa "tensión nerviosa" y este término fue acuñado por el investigador Hans Selye, reconocido hasta su muerte como la máxima autoridad en el tema. El estrés, según Selye, no es más que la reacción o respuesta no específica del organismo o cualquier cambio engendrado por el impacto de los acontecimientos importantes, resultantes de una acción brusca o continuada, ya sea placentera o desagradable, positiva o negativa. Al reiterarse los estímulos estresantes, las respuestas del organismo son de una intensidad tal que quedan instaladas, aun desapareciendo una enfermedad, y que puede representar una difusión muy localizada o afectar más ampliamente a un sistema orgánico. (Pérez y García, 2014)

Para Barraza “el estrés es un fenómeno esencialmente adaptativo que ha acompañado al ser humano desde sus orígenes; si se quisiera ejemplificar su presencia se podría plantear su aparición a través de un proceso constituido por tres momentos basados en la Teoría de la modelización sistémica y modelo transaccional del estrés: percepción del peligro o amenaza, reacción de alarma y la acción generada como respuesta. En el inicio de este proceso llamado por el autor como “Estresores” el ser humano percibe las situaciones que representan un riesgo, una amenaza o un peligro para su integridad personal, b) el segundo proceso conocido por el autor como “Reacciones” nos menciona que ante la situación potencialmente peligrosa, se presentan en el ser humano una serie de reacciones que sirven como alarma del inminente peligro que se cierne sobre él, y c) y finalmente el último proceso conocido por el autor como

“Estrategias de afrontamiento” nos explica que una vez identificada la situación potencialmente generadora de peligro y estando el cuerpo preparado para actuar sobreviene la acción para conservar su integridad personal”. (Barraza, 2020)

El estrés es una reacción fisiológica de nuestro organismo frente a situaciones difíciles que con el pasar del tiempo afecta la fisiología del organismo, pero se puede controlar si se tiene equilibrio y organización en el estilo de vida. Actualmente el estrés se puede manejar y controlar con diferentes tipos de tratamientos, e incluso uno puede mejorar con tan solo cambiar el estilo de vida dependiendo del tipo o fase de estrés que este atravesando. La alimentación, el estilo de vida, el ejercicio físico y otras terapias de relajación son cruciales al momento de elegir una terapia adecuada para contrarrestar el estrés. (Ávila, 2014)

El estrés es una patología cuyos síntomas producen una serie de trastornos en el individuo, repercutiendo en la salud psíquica de éste, pudiendo crearse diversos problemas como conflictos, insatisfacciones y dificultades en su desenvolvimiento social; es decir, el individuo está sometido al componente biológico y social. (Pérez y García)

Selye fue quien generó inicialmente un modelo biológico del estrés, concibiéndolo como un sistema de fases. Él identificó tres fases en la respuesta fisiológica al estrés que son componentes del Síndrome General de Adaptación: **Fase 1** (reacción de alarma): indica que en la primera exposición a un estresor, la resistencia fisiológica en realidad disminuye un poco, mientras el organismo reúne sus fuerzas para la resistencia. Esta etapa se caracteriza por una baja resistencia ante los agentes productores de tensión. **Fase 2** (resistencia): depende mucho de la fuerza y la capacidad del individuo. Esta etapa se caracteriza por manifestaciones clínicas (físicas) y mentales. **Fase 3** (agotamiento): es la incapacidad de afrontar la tensión (estresor) por más tiempo, ocurre un desbalance homeostático (equilibrio interno) y fisiológico en el cuerpo, el organismo colapsa y cede ante la enfermedad. Como resultado del estrés continuo

durante esta etapa, pueden surgir una variedad de enfermedades psicosomáticas, tales como: hipertensión, cardiopatías, apoplejía, accidentes cerebrovasculares, úlceras, trastornos gastrointestinales, asma, cáncer, migraña, alteraciones dermatológicas y entre otras condiciones. (Pérez y García)

El ISEP (Inventario SISCO (Sistémico cognoscitivista) del Estrés de Pandemia) se fundamenta en el modelo sistémico cognoscitivista del estrés, está diseñado para ser auto administrado y puede ser aplicado de manera individual o colectiva; se compone de 15 ítems: cinco para la sección de estresores (del uno al cinco), cinco para la sección de síntomas (del seis al diez) y cinco para la sección de estrategias de afrontamiento (del once al quince). Todos se responden mediante un escalamiento tipo Likert de seis valores donde cero es nada y cinco es mucho. Presenta una confiabilidad en alfa de Cronbach de 0.90, sus ítems presentan una alta homogeneidad y dirección única y el inventario en su totalidad reporta una estructura trifactorial (la sección de estresores presenta una confiabilidad de 0.87, la de síntomas de 0.91 y la de estrategias de afrontamiento de 0.86, todas ellas en alfa de Cronbach). El ISEP se puede responder en un período de tiempo comprendido entre cinco o diez minutos y para la elaboración de este proyecto usaremos “El Inventario SISCO de Estrés de Pandemia”. (Barraza, 2020).

III. MÉTODO

3.1. Tipo de Investigación

Tipo: Observacional, debido a que no se enfocará en la manipulación de la variable, limitándose solo a observarla; retrospectivo, dado que el estudio busca evaluar eventos o hechos o fenómenos que ocurrieron por un determinado periodo de tiempo, para ello se indaga información a través de la aplicación de las encuestas. (Manterola y Otzen, 2014)

Diseño: Descriptivo de tipo transversal, ya que se busca describir a la variable sin un grupo de control en un momento concreto y determinado, en este caso “La repercusión en las dimensiones de la salud mental durante la pandemia por SARS –COV-2 en usuarios del CS Belén. Distrito de Ayacucho, abril-agosto 2021” (Manterola y Otzen, 2014).

3.2. Ámbito temporal y espacial

Ámbito temporal: El estudio abarcará la evaluación de los usuarios que acudieron al C.S Belén entre los meses de abril a agosto, durante el año 2021.

Ámbito espacial: El estudio se desarrollará en el Centro de Salud “Belén” ubicado en el departamento de Ayacucho y provincia de Huamanga. El Centro de Salud Belén es un establecimiento I-3, cuenta con los servicios de medicina, nutrición, módulo de PCT, control de crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, odontología, laboratorio clínico y atenciones COVID-19. Las atenciones en consulta externa son de 12 horas (07 a 19 horas) y emergencias las 24 horas. Los diferentes servicios se realizan en los horarios de 8 am a 5 pm según la disposición del Ministerio de Salud en concordancia con los horarios de libre tránsito peatonal.

3.3. Variables

Variable independiente: Pandemia por COVID- 19

Variable dependiente: Repercusión en las dimensiones de la salud mental

Variables intervinientes: Edad, género, ocupación.

3.1.1 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE (Pandemia por COVID-19-)	La OMS, En marzo de 2020, decidió identificar a la COVID-19 como una pandemia, causantes de enfermedades que van desde el resfriado común hasta enfermedades más graves como neumonía y síndrome respiratorio agudo grave (SARS)	Se determina a través de la revisión de la historia clínica y la ficha de recolección de datos determinando el diagnóstico clínico de infección por SARS-COV-2	SI NO	Cualitativa Dicotómica
VARIABLE DEPENDIENTE (Repercusión en las dimensiones de la salud mental)	DEPRESIÓN: La OMS define: manifestación de desajuste emocional caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.	Se aplicará el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-2) para trastornos comunes de salud mental administrada por profesionales de la salud. Evalúa el estado de ánimo deprimido, con una puntuación que va de 0 a 6	SI NO	Cualitativa Politómica
	ANSIEDAD: Según H. Sánchez define: un sentimiento de opresión, tensión e inquietud permanente, en espera de estar a merced de una amenaza, de un susto o un sentimiento de daño inminente.	Se aplicará la escala de Coronavirus Anxiety Scale (CAS) que permiten identificar la frecuencia de síntomas fisiológicos generados por los pensamientos y la información relacionada con la COVID-19 durante las últimas dos semanas relacionados a la ansiedad.	CAS ≥ 9: con ansiedad disfuncional CAS ≤ 9 : sin ansiedad disfuncional	Cualitativa Politómica
	ESTRÉS: según Seyle define: La reacción o respuesta no específica del organismo o cualquier cambio engendrado por el impacto de los acontecimientos importantes, resultantes de una acción brusca o continuada, ya sea placentera o desagradable, positiva o negativa.	Se aplicará El Inventario SISCO de Estrés de Pandemia que se basa en un modelo sistémico cognoscitivista del estrés, diseñado para ser auto administrado y puede ser aplicado de manera individual o colectiva.	Del 1% a 20% (nivel muy leve) Del 21% a 40% (nivel leve) Del 41% a 60% (nivel moderado) Del 61% al 80% (nivel fuerte) Del 81% al 100% (nivel muy fuerte)	Cualitativa Politómica

3.4. Población y muestra

Población: Estuvo constituida por todas las personas atendidas en el C.S, durante los meses abril-agosto 2021.

Muestra de Estudio: Muestreo aleatorio simple. La población se conformó de 930 usuarios del C.S. Belén.

Tamaño de muestra: Se aplica la fórmula para estudio de muestra finita:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{(N - 1)E^2 + Z^2 * p * q}$$

N = Total de la población (930)

Z² α= 1.96 (si el nivel de confianza es del 95%)

p = proporción esperada en la población (en este caso 50% = 0.5)

q = proporción esperada en la población (en este caso 50% = 0.5)

E = margen de error o de precisión=5%=0.05.

Reemplazando los datos en la fórmula para el cálculo de tamaño de muestra para población conocida nos arroja como resultado: $n= 272$

Criterios de Selección:

Criterios de Inclusión

- Usuarios que deseen participar libre y voluntariamente en el estudio.
- Que se encuentren en el uso correcto de sus facultades mentales.
- Personas mayores de 18 años.
- Encuestados que marcaron la opción “Sí” antes de iniciar con el inventario SISCO del estrés de Pandemia.

Criterio de Exclusión

- Los usuarios que no deseen participar del estudio.
- Menores de edad.
- Usuarios que presentaron COVID-19 en sus formas graves (que hayan estado internados en UCI).
- Personas con alguna patología psiquiátrica.
- Encuestados que marcaron la opción “No” antes de iniciar con el inventario SISCO del estrés de Pandemia.

3.5. Instrumentos

En este trabajo de investigación el instrumento estuvo conformado por los siguientes cuestionarios: el cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-2) que consta de 2 ítems para detectar el problema de la depresión, el método Coronavirus Anxiety Scale (CAS) conformado por 5 ítems para detectar el grado del problema de ansiedad y El ISEP (Inventario SISCO del Estrés de Pandemia) conformado por 15 ítems para detectar el grado del problema de estrés durante la pandemia por SARS-COV2 ; los cuales ya fueron validados y confiabilizados por

los autores K. Kroenke y JB. Williams para el caso de depresión (cuya fiabilidad interna del PH-Q-2 es excelente, con un α de Cronbach de 0,89); por los autores Choi, Lee & Lee para la evaluación del grado de ansiedad cuya fiabilidad es excelente con un α de Cronbach de 0.85 y por Barraza A. (ISEP) para la evaluar el grado del problema de estrés cuya confiabilidad en alfa de Cronbach de 0.90.

3.6. Procedimientos

Se solicitó la aprobación del proyecto por parte de la Universidad Nacional Federico Villarreal, quienes emitieron una resolución directoral para ejecutar la tesis. Luego, se requirió los permisos oficiales y necesarios al departamento de gerencia del Centro de Salud “Belén” para poder acceder y así elegir a la población objetivo; de tal manera que se evaluó y procedió a llenar los instrumentos cumpliendo los protocolos éticos mediante un consentimiento informado (ver anexo), en él se dio a conocer que la información solicitada será confidencial y que los datos obtenidos no serán utilizados para ningún otro propósito que no sea única y exclusivamente para este fin.

El proceso de recolección de datos se inició con un ítem filtro en terminología dicotómico (sí-no) que nos permitió seleccionar si el encuestado es elegible o no para registrar sus datos personales y contestar a los cuestionarios subsiguientes.

El segundo proceso fue registrar sus datos personales como la edad, ocupación y sexo; luego se preguntó por la variable independiente: si el paciente sufrió de Covid-19 durante el transcurso de la pandemia. Seguidamente se llenaron de forma ordenada tres cuestionarios (Inventario SISCO de estrés de pandemia, PHQ-2 y CAS) que son base para los fines de esta investigación y que además están distribuidos en ítems de la siguiente manera:

3.6.1. Inventario SISCO del estrés de pandemia

5 ítems que según el escalamiento de Likert de 6 valores numéricos (nunca, casi nunca, raras veces, algunas veces, casi siempre y siempre) nos permitió identificar el grado de estrés en los encuestados durante el transcurso de la pandemia por SARS-CoV-2.

5 ítems que según el escalamiento de Likert de 6 valores numéricos (nunca, casi nunca, raras veces, algunas veces, casi siempre y siempre) nos permitió determinar la frecuencia con que aparecen los síntomas al estímulo estresor de la pandemia.

5 ítems que según el escalamiento de Likert de 6 valores numéricos (nunca, casi nunca, raras veces, algunas veces, casi siempre y siempre) nos permitió reconocer la frecuencia del uso de las estrategias de afrontamiento por parte de los usuarios del C.S. durante el transcurso de la pandemia por SARS-CoV-2.

3.6.2. Cuestionario PHQ-2

2 ítems que en su escalamiento de cuatro valores numéricos (ningún día, varios días, más de la mitad de los días y casi todos los días) nos permitió determinar si existió o no depresión en los usuarios del C.S. durante el transcurso de la pandemia por SARS-CoV-2.

3.6.3. Coronavirus Anxiety Scale (CAS)

Cuatro ítems que en su escalamiento de cinco valores numéricos (de ninguna manera, rara vez, varios días, más de 7 días y casi todos los días en las últimas dos semanas) nos facilitó a poder determinar la ansiedad en los usuarios del C.S durante el transcurso de la pandemia por SARS-CoV-2.

3.7. Análisis de datos

- Recolección de datos.
- Ingreso de datos al ordenador (SPSS v22, Excel) digitar dos veces, validación.
- Procesamiento de datos.
- Se presentará en tablas de simple y doble entrada.

- Análisis porcentual y de tendencia central.

3.8. Consideraciones éticas

En este estudio se prioriza el principio de la autonomía entendido como el respeto a las personas en sus tomas de decisiones y la libre participación en la investigación, por medio de la aplicación de un consentimiento informado para efectuar y conseguir el apoyo de manera voluntaria. Buscamos el principio de la beneficencia por parte de los participantes, evitamos efectos dañinos tanto físico como psicosocial y finalmente a cada participante se le trató con respeto y equidad sin exponer actos discriminatorios.

IV.RESULTADOS

Tabla N° 01:

Distribución de la población general de usuarios del C.S “Belén según el sexo.

Sexo	Total	
	n	%
Femenino	199	66.33%
Masculino	101	33.67%
Total general	300	100.00%

Fuente: Encuesta realizada a participantes.

Nota. En esta tabla se apreció que de un total de 300 usuarios encuestados del C.S, la población femenina resultó con un porcentaje del 66,33%; siendo mayor que la población masculina que fueron el 33,67% de la población estudiada.

Tabla N° 02:

Distribución de la población general de usuarios del C.S “Belén “según el Grupo etario.

Edad	Total	
	Frecuencia	Porcentaje (%)
18 a 24 años	76	25.33%
25 a 30 años	68	22.67%
31 a 34 años	36	12.00%
35 a 39 años	30	10.00%
40 a 44 años	34	11.33%
45 a 49 años	9	3.00%
50 a 54 años	19	6.33%
55 a 59 años	13	4.33%
60 años a más	15	5.00%
Total general	300	100.00%

Fuente: Encuesta realizada a participantes.

Nota. Del total de la población estudiada (300); el 25,33% tuvieron entre 18 y 24 años, el 22,67% se encontraron entre los 25 y 30 años, el 12% entre los 31 y 34 años, el 11% entre los 40 y 44 años, el 10% entre los 35 y 39 años, el 6,33% entre los 50 y 54 años, el 5% pertenecieron a los mayores de 60 años, el 4,33% entre los 55 y 59 años y finalmente un 3% se encontraron los usuarios entre 45 y 49 años. Además, se encontró que el promedio de edad más frecuente tuvo una $\bar{x} = 32,2$ años.

Tabla N° 03:

Distribución de la población general de usuarios del C.S “Belén según la ocupación.

Ocupaciones	Total	
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ama de casa	52	17.33%
Secretario(a)	7	2.33%
Estudiante	72	24.00%
Técnico(a)	30	10.00%
Otros	48	16.00%
Comerciante	72	24.00%
Carpintero	10	3.33%
Albañil	9	3.00%
Total general	300	100.00%

Fuente: Encuesta realizada a participantes.

Nota. En esta tabla se determinó que de un total de 300 usuarios encuestados del C.S, el 24% son estudiantes, otro 24% son comerciantes, un 17,33% son ama de casa, el 16% pertenecen a otras ocupaciones diferentes a las evaluadas, el 10% son técnicos, el 3,33% son carpinteros, un 3% son albañiles y un 2,33% son secretarios.

Tabla N° 04:

Distribución de la población general de usuarios del C.S “Belén según sufrieron de Covid-19.

	Total	
Sufrió Covid-19	n	%
No	226	75.33%
Si	74	24.67%
Total general	300	100.00%

Fuente: Encuesta realizada a participantes.

Nota. En esta tabla se apreció que de un total de 300 usuarios encuestados del C.S, el 75,33% no sufrieron de Covid-19 mientras que un 24,67% sí lo sufrieron durante el transcurso de la pandemia.

Tabla N° 05:

Distribución de la población general de usuarios del C.S “Belén según el nivel de estrés

	Total	
Nivel de estrés	Frecuencia	%
Fuerte	93	31.00%
Leve	31	10.33%
Moderado	67	22.33%
Muy Fuerte	103	34.33%
Muy Leve	6	2.00%
Total general	300	100.00%

Fuente: Encuesta realizada a participantes.

Nota. Se apreció mediante esta tabla que de un total de 300 usuarios encuestados del C.S. el 34,33% sufrieron de estrés muy fuerte, un 31% de estrés fuerte, un 22,33% estrés moderado, un 10,33% estrés leve y un 2% sufrieron de estrés muy leve durante el transcurso de la pandemia por SARS-COV-2.

Tabla N° 06:

Distribución de la población general de usuarios del C.S “Belén” según la frecuencia de síntomas (reacciones)

Síntomas	Escala de Likert	Total	
	Cualificación	n	%
Angustia	Nunca	53	17.67%
	Casi nunca	16	5.33%
	Raras veces	29	9.67%
	Algunas veces	44	14.67%
	Casi siempre	90	30.00%
	Siempre	68	22.67%
	Total general		300
Incertidumbre	Nunca	18	6.00%
	Casi nunca	14	4.67%
	Raras veces	13	4.33%
	Algunas veces	74	24.67%
	Casi siempre	90	30.00%
	Siempre	91	30.33%
	Total general		300
Falta de sueño	Nunca	87	29.00%
	Casi nunca	34	11.33%
	Raras veces	23	7.67%
	Algunas veces	45	15.00%
	Casi siempre	46	15.33%
	Siempre	65	21.67%
	Total general		300
Tristeza	Cualificación	n	%

	Nunca	10	3.33%
	Casi nunca	8	2.67%
	Raras veces	25	8.33%
	Algunas veces	40	13.33%
	Casi siempre	103	34.33%
	Siempre	114	38.00%
	Total general	300	100.00%
	Cualificación	n	%
Ansiedad	Nunca	39	13.00%
	Casi nunca	18	6.00%
	Raras veces	4	1.33%
	Algunas veces	42	14.00%
	Casi siempre	79	26.33%
	Siempre	118	39.33%
	Total general	300	100.00%

Fuente: Encuesta realizada a participantes.

Nota. Se apreció en la tabla de que las personas con estrés presentaron como síntoma más frecuente la tristeza con un 96,67%, quienes respondieron haber sufrido de tristeza casi nunca a siempre en la escala de Likert; seguido de incertidumbre, ansiedad y angustia con un 94%, 87% y 82,33% respectivamente. Además, se apreció que el síntoma menos frecuente en las personas con estrés fue la falta de sueño, quienes respondieron haber sufrido de falta de sueño casi nunca a siempre en la escala de Likert, con un 71% durante el transcurso de la pandemia por SARS-COV-2.

Tabla N° 07:

Distribución de las estrategias de afrontamiento en la población general de usuarios del C.S “Belén”

Estrategias de afrontamiento	de Escala de Likert	Total	
	Cualificación	n	%
Seguir las recomendaciones de la autoridad de salud	Nunca	8	2.67%
	Casi nunca	8	2.67%
	Raras veces	2	0.67%
	Algunas veces	28	9.33%
	Casi siempre	65	21.67%
	Siempre	189	63.00%
	Total general	300	100.00%
Lavarse continuamente las manos	Nunca	1	0.33%
	Casi nunca	3	1.00%
	Raras veces	5	1.67%
	Algunas veces	14	4.67%
	Casi siempre	83	27.67%
	Siempre	194	64.67%
	Total general	300	100.00%
Tener el menos contacto posible con las personas	Nunca	2	0.67%
	Casi nunca	6	2.00%
	Raras veces	0	0.00%

	Algunas veces	31	10.33%
	Casi siempre	80	26.67%
	Siempre	181	60.33%
	Total general	300	100.00%
	Cualificación	N	%
	Nunca	40	13.33%
	Casi nunca	14	4.67%
Realizar actividades laborales en línea	Raras veces	5	1.67%
	Algunas veces	44	14.67%
	Casi siempre	29	9.67%
	Siempre	168	56.00%
	Total general	300	100.00%
	Cualificación	n	%
	Nunca	3	1.00%
	Casi nunca	16	5.33%
Informarme en fuentes confiables	Raras veces	9	3.00%
	Algunas veces	41	13.67%
	Casi siempre	90	30.00%
	Siempre	141	47.00%
	Total general	300	100.00%

Fuente: Encuesta realizada a participantes.

Nota. A través de esta tabla se reportó que del total de la población encuestada (300) un 99,67% aplicaron el lavado continuo de manos, un 99,33% tener el menos contacto posible con las personas, un 99% informarse en fuentes confiables, un 97,33% siguieron las recomendaciones de la autoridad de salud y finalmente un 86,67% realizaron actividades laborales en línea como estrategia de afrontamiento orientadas a la resolución de problemas ante el estrés en pandemia.

Tabla N° 08:

Distribución de la depresión en la población general de usuarios del C.S “Belén” según cuestionario PHQ-2

	Total	
PHQ-2	Frecuencia	%
No Depresión	198	66%
Sospecha de depresión	102	34%
Total general	300	100%

Fuente: Encuesta realizada a participantes

Mediante esta tabla se aprecia que de un total de 300 usuarios encuestados del C.S, el 66% no presentaron depresión mientras que el resto (34%) sí se sospechó de depresión.

Tabla N° 09:

Distribución de la población general de usuarios del C.S “Belén” según la escala de ansiedad por coronavirus.

	Total	
Coronavirus Anxiety Scale	Frecuencia	%
Ansiedad Significativa	59	20%
No Ansiedad	241	80%
Total general	300	100%

Fuente: Encuesta realizada a participantes

Nota. Del total de la población estudiada (300 usuarios), el 80% no presentó ansiedad mientras que el 20% sí sufrió de ansiedad significativa durante el transcurso de la pandemia.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Dentro de las variables sociodemográficas como sexo, edad y ocupación se destacó que la variable sexo predominante en el estudio fue la población femenina con un 66,33% similar al estudio de (Guelac, 2020) donde predominó el sexo femenino con un 62,5% de una población total de 128 participantes; la variable edad, tuvo como rango más frecuente entre 18 - 24 años y con una \bar{x} : 32,2 años de edad diferente al estudio mostrado por (Nieto, 2021) cuya población tuvieron una media de 38,56 años de edad. Dándonos a conocer que la población participante del estudio en su mayoría fueron jóvenes y adultos. Con respecto a la variable ocupación se determinó que de un total de 300 usuarios encuestados la mayoría fueron estudiantes (24%) y comerciantes (24%).

En los resultados obtenidos acerca de la prevalencia de Covid-19 en el estudio fue de 24,67%; este resultado fue similar al estudio realizado en Huancayo por Nieto (2021) donde participaron una población de 110 comerciantes que refirieron que sí habían tenido Covid-19 un 37,3%. Demostrándonos ambos estudios que el porcentaje de participantes que sufrieron de Covid-19 fue menor durante el transcurso de la pandemia; sin embargo, en otro estudio realizado en una población peruana, Guelac (2020) encontró que la población participante tuvo una prevalencia de 54,7%.

Los resultados mostrados en el cuestionario SISCO de estrés de pandemia nos dieron a conocer que el grado de estrés de pandemia con el que se presentó fue el estrés “muy fuerte” con un 34,33% a diferencia del estudio de Barraza (2020), realizado en México, donde la población participante fue de 720 individuos y de los cuales el 66% presentó un grado de estrés de pandemia “fuerte” durante el transcurso de la pandemia por SARS-CoV-2.

Los usuarios encuestados reportaron que ante la situación del estrés tuvieron como el síntoma más frecuente la tristeza con un 96,67%, quienes respondieron haber sufrido de

“tristeza” casi nunca a siempre en la escala de Likert a diferencia del estudio de Barraza (2020) donde su población reportó a la “ansiedad” y “falta de sueño” como el síntoma más frecuente.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento, la población general encuestada (300) reportaron como las más usadas el “lavado continuo de manos” y el “tener menos contacto posible con las personas” que fueron similares al estudio de Barraza (2020) cuya población se reportó como las estrategias más utilizadas el “lavado continuo de manos” e “informarse en fuentes confiables”; siendo esta última diferente al resultado de la investigación.

El resultado obtenido en la población encuestada acerca del cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-2) no demostraron puntajes indicativos de depresión con un 66%, similar resultado al estudio de (Torales y Barrios, 2021) donde participaron una mayor población (1108) y que los puntajes obtenidos del PHQ-2 tampoco indicaron depresión (26,1%) durante el transcurso de la pandemia por SARS-CoV-2.

En torno a los resultados de la escala de ansiedad por coronavirus (Coronavirus Anxiety Scale) se reportó que la población participante no sufrió de ansiedad (20%) análogo al estudio de Guelac (2020) cuya población de 128 participantes tampoco sufrieron de ansiedad (57,8%) durante el transcurso de la pandemia por SARS-CoV-2.

VI. CONCLUSIONES

1. Se determinó que la ansiedad como repercusión en la dimensión de la salud mental durante la pandemia por SARS-COV-2 en usuarios del C.S. “Belén” tuvo una tasa del 20% sin impactar de forma significativa en la salud mental de la población estudiada.
2. Se identificó que la depresión como repercusión en la dimensión de la salud mental durante la pandemia por SARS-COV-2 en usuarios del C.S. “Belén” sólo se detectó en una tasa del 34%.
3. Se determinó que el nivel de estrés como manifestación de la repercusión de la salud mental durante la pandemia por SARS-COV-2 en usuarios del C.S. “Belén” tuvo una tasa muy fuerte (34,33%) que ha impactado de forma muy significativa en la salud mental durante el brote del SARS-COV-2 en los usuarios del centro de salud.
4. Se estableció que el síntoma más frecuente que caracterizó al estrés como manifestación de la repercusión en la salud mental durante la pandemia por SARS-COV-2 en usuarios del C.S. “Belén” fue la tristeza (96.67%) y esto implicaría un aumento en la psicopatología de la población general que a largo plazo podría ocasionar trastornos mentales.
5. Las estrategias de afrontamiento al estrés encontrado como manifestación de la repercusión en la salud mental durante la pandemia por SARS-COV-2 en usuarios del C.S. “Belén” son en orden de mayor frecuencia el “lavado continuo de manos” y el “tener menos contacto posible con las personas”; y que estos resultados sería muy imprescindible para el desarrollo, manejo, educación y fortalecimiento de la salud mental a través del uso de estrategias por parte de la población encuestada.

VII. RECOMENDACIONES

1. Es necesario desarrollar un nuevo estudio de los usuarios de los diferentes centros de salud de la Red Huamanga con una población mayor que el estudio y para que éste sea más completo así de esta manera ampliar la cobertura y concientizar a los pobladores sobre la importancia de enfrentar la realidad de este brote sobre el COVID-19.
2. Es recomendable ampliar los estudios con relación a los datos personales como, por ejemplo: estado civil y grado de estudios; además de otra dimensión en la salud mental como el temor, desesperación, enojo, etc.
3. Realizar campañas de prevención e intervención dirigido a los usuarios del C.S. “Belén” con el fin de promover el cuidado de la salud mental e informar sobre las formas de afrontar el estrés durante situaciones de pandemia; para ello ejecutar campañas de prevención y promoción de la salud mental en coordinación con el área correspondiente de la municipalidad y con la Dirección Regional de Salud para brindar charlas informativas con el fin de resolver algunas dudas que tuvieran en toda la población que acude al centro de salud “Belén”.
4. Realizar estudios a la población en general del departamento de Ayacucho para ejecutar comparaciones entre los datos generales y los componentes de las dimensiones de la salud mental durante y después de la pandemia por SARS-COV-2.
5. Elaborar estudios sobre la correlación entre los síntomas estresores con el sexo, edad, año de estudios, ocupación y estado civil.
6. Elaborar estudios sobre la correlación entre las estrategias de afrontamiento del estrés con el sexo, edad, año de estudios, ocupación y estado civil.

VIII. REFERENCIAS

- Abrahão, J. S., Sacchetto, L., Rezende, I. M., Rodrigues, R. A., Crispim, A. P., Moura, C., Mendonça, D. C., Reis, E., Souza, F., Oliveira, G. F., Domingos, I. y M, P. V. (2021). Detection of SARS-CoV-2 RNA on public surfaces in a densely populated urban area of Brazil: A potential tool for monitoring the circulation of infected patients [Comparación de características clínicas y resultados de pacientes con Detección de ARN...]. *Elsevier*, 766(42645), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.142645>
- APAL. (2020). Revista Latinoamericana de Psiquiatría. *apalweb.org*.
- Arias, Y., y Herrero, Y. (2020). Manifestaciones psicológicas frente a la situación epidemiológica causada por la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(e3350), 1-11. <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3350>
- Ávila, J. (2014). El estrés un problema de salud del mundo actual. *Revista Con-CIENCIA*, 2(1), 115-124. http://www.scielo.org.bo/pdf/rcfb/v2n1/v2n1_a13.pdf
- Barraza, A. (2020). *El estrés de pandemia (Covid 19) en población mexicana* (1ra ed.). Centro de Estudios Clínica e Investigación Psicoanalítica S.C.
- Berger, F. (05 de Mayo de 2020). *Depresión*. MedlinePlus: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003213.htm>
- Broche, Y., Fernández, E. y Reyes, D. (2020). Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social. *Rev Cubana Salud Pública*, 46(e2488), 1-14. <https://scielosp.org/pdf/rcsp/2020.v46suppl1/e2488/es>
- Camargo, L. y Alonso, M. (2021). Escala de ansiedad generalizada GAD-7 en profesionales médicos colombianos durante pandemia de COVID-19: validez de constructo y

confiabilidad. *Elsevier Public Health Emergency Collection: Revista colombiana de Psiquiatría*, XXX(XX), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.06.003>

Carrazana, V. (2003). El concepto de salud mental en psicología humanista–existencial. *Scielo*, 1(1), 1-19. <http://www.scielo.org/bo/pdf/rap/v1n1/v1n1a01.pdf>

Centro Nacional de Epidemiología, P. y. (30 de Abril de 2021). *COVID-19 y el impacto en las infecciones asociadas a las atenciones en salud (IAAS) a nivel Mundial*. Boletín Epidemiológico del Perú. https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202117.pdf

Chen, Y. L. (2020). Emerging coronaviruses: Genome structure, replication, and pathogenesis [Coronavirus emergentes: estructura del genoma, replicación y patogénesis]. *Journal of Medical Virology*, 92(10), 418–423. <https://doi.org/10.1002/jmv.26234>

Choi, E., Lee, J. y Lee, S. (2020). Validation of the Korean version of the obsession with COVID-19 scale and the Coronavirus anxiety scale [Validación de la versión coreana de la escala de obsesión por el COVID-19 y la escala de ansiedad por el Coronavirus]. *Routledge: Taylor & Francis Group*, 46(3), 608-614 . <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1833383>

Chumbe, D. (2021). *Repercusión de la COVID-19 en la salud mental de los usuarios de un centro de salud del distrito de San Juan de Lurigancho* [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio de la UNMSM. https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/16671/Chumbe_ad.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Cortellis. (23 de marzo de 2020). *Disease Briefing: Coronaviruses*. A Clarivate Analytics solutions. https://clarivate.com/wp-content/uploads/dlm_uploads/2020/01/CORONAVIRUS-REPORT-23.3.2020.pdf

- Elshafeey, F., Magdi, R., Hindi, N., Elshebiny, M., Farrag, N., Mahdy, S., Sabbour, M., Gebril, S., Nasser, M., Kamel, M., Amir, A., Emara, M. M. y Nabhan, A. (2020). A systematic scoping review of COVID-19 during pregnancy and childbirth [Una revisión de alcance sistemática de COVID-19 durante el embarazo y el parto]. *International Federation of Gynecology and Obstetrics*, 150(1), 47-52. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13182>.
- Facchetti, F., Bugatti, M. y Drera, E. (28 de Julio de 2020). SARS-CoV2 vertical transmission with adverse effects on the newborn revealed through integrated immunohistochemical, electron microscopy and molecular analyses of Placenta [Transmisión vertical del SARS-CoV2 con efectos adversos en el recién nacido]. *EBioMedicine*, 59(102951). <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2020.102951>
- Fajgenbaum, D. y June, C. (2020). Cytokine Storm. *The New England Journal of Medicine*, 383(23), 2255-2270. <https://doi.org/10.1056/NEJMra2026131>
- Fauci, A., Lane, C. y Redfield, R. (2020). Covid-19 — Navigating the Uncharted. *The New England Journal of Medicine*, 382(1), 1268-1269. <https://doi.org/10.1056/NEJMe2002387>
- Favas, T. y Dev, P. (21 de Octubre de 2020). *Neurological manifestations of COVID-19: a systematic review and meta-analysis of proportions*. Pubmed.gov. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33089477/>
- Fernández, O. y Jiménez, B. (2012). Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *Scielo*, 10(5), 466-478. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000500019
- Galindo, O. y Ramírez, M. (2020). Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en la población general. *Gaceta Médica de México*, 156, 298-305. <https://doi.org/10.24875/GMM.20000266>

- González y Rodríguez. (2020). Escala de Ansiedad por Coronavirus: Un Nuevo Instrumento para Medir Síntomas de Ansiedad Asociados al COVID-19. *Scielo Perú*, 6(3), 1-8. <https://doi.org/doi.org/10.24016/2020.v6n3.163>
- Guelac, N. (2020). *Ansiedad por coronavirus durante la pandemia Covid-19, en personas residentes en el Asentamiento Humano Juan Pablo II en Los Olivos, 2020* [Tesis de licenciatura, Universidad de Ciencias y Humanidades]. Repositorio de la UCH, Lima. <https://repositorio.uch.edu.pe/handle/20.500.12872/604>
- Hamilton, M. (1960). Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) [Escala de calificación de depresión de Hamilton (HDRS)]. *Neurol Neurosurg Psychiatry*, 23, 28-29. <https://dcf.psychiatry.ufl.edu/files/2011/05/HAMILTON-DEPRESSION.pdf>
- Hernández, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Scielo-Revista Científica Villa Clara*, 24(3), 578-594. <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v24n3/1029-3043-mdc-24-03-578.pdf>
- Hodgens, A. y Gupta, V. (30 de Mayo de 2021). *Severe Acute Respiratory Syndrome*. NCBI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558977/>
- Hossain, M. y Tasnim, S. (2020). Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review [Epidemiología de los problemas de salud mental en COVID-19: una revisión]. *Pub Med.gov*, 23(9), 1-16. <https://doi.org/10.12688/f1000research.24457.1>
- Huang, C., Wang, Y. y Li, X. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China [Características clínicas de pacientes infectados con el nuevo coronavirus 2019 en Wuhan, China]. *Lancet*, 395(1), 497-506. [https://doi.org/doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)
- Kaplan y Sadock. (2017). *Manual de Psiquiatría Clínica*. Wolters Kluwer.

- Kroenke, K. y Spitzer, R. (2003). The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener [El Cuestionario de Salud del Paciente-2: validez de un evaluador de depresión de dos ítems]. *Pubmed.gov*, 41(11), 1284-1292. <https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000093487.78664.3C>
- Liu, J. y Bao, Y. (2020). Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19 [Consideraciones de salud mental para niños en cuarentena debido a COVID-19]. *National Library of Medicine*, 4(1), 347- 349. [https://doi.org/doi.org/10.1016/ S2352-4642\(20\)30096-1](https://doi.org/doi.org/10.1016/ S2352-4642(20)30096-1)
- Londoña, J. (Abril de 2020). *Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-CoV-2 /COVID-19 en establecimientos de atención de la salud*. INFECTIO: <https://acin.org/index.php/publicaciones/consenso-colombiano-de-atencion>
- Mancia, G. (2020). Renin-Angiotensin-Aldosterone System Blockers and the Risk of COVID-19 [Bloqueadores del sistema renina-angiotensina-aldosterona y el riesgo de COVID-19]. *The New England Journal of Medicine*, 382(1), 2431-2440. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2006923>
- Mazza, C., Ricci, E., Biondi, S., Colasanti, M., Ferracuti, S., Napoli, C. y Roma, P. (2020). A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors . *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 1-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093165>
- McNamara, L. (10 de Abril de 2020). *Coronavirus Disease 2019 in Children — United States, February 12–April 2, 2020*. CDC: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6914e4.htm#contribAff>

- Montenegro, B. y Yumiseva, S. (s.f.). *Aplicación de la escala DASS-21 para valorar depresión, ansiedad y estrés en los profesionales de salud del hospital de especialidades eugenio espejo en los meses de julio-agosto del 2016* [Tesis de Titulación, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13926/TESIS%20APLICACION%20ESCALA%20DASS_21.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- MSCBS. (7 de Mayo de 2021). *INFORMACIÓN CIENTÍFICA-TÉCNICA: Transmisión de SARS-CoV-2*. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias Española: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/20210507_TRANSMISION.pdf
- Nieto, S. (2021). *Nivel de conocimiento del Covid-19 en comerciantes de un mercado de la región Junín periodo 2021* [Tesis de Titulación, UPLA]. Repositorio de la Universidad Peruana Los Andes, Huancayo. <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/2520>
- Ocas, L. (2020). *Estrés, ansiedad y depresión en el personal de salud del primer nivel de atención durante la pandemia de COVID – 19* [Tesis de Titulación, UPCH]. Repositorio de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/9053>
- OMS. (30 de Marzo de 2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

- OPS. (22 de mayo de 2021). *Organización Panamericana de Salud*.
<https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-enfermedad-por-coronavirus-covid-19-22-mayo-2020>
- Pérez, D. y García, J. (2014). Conocimientos sobre estrés, salud y creencias de control para la Atención Primaria de Salud. *Scielo: Revista cubana de Medicina General Integral*, 354-363.
- Pique-Regi, R., Romero, R., Tarca, A. L., Luca, F., Xu, Y., Alazizi, A., Leng, Y., Hsu, C.-D. y Gomez-Lopez, N. (14 de Julio de 2020). *Does the human placenta express the canonical cell entry mediators for SARS-CoV-2? [¿La placenta humana expresa los mediadores canónicos de entrada celular para el SARS-CoV-2?]*. eLife: <https://elifesciences.org/articles/58716>
- Ramírez, A. y Cárdenas, P. (12 de Setiembre de 2020). *ResearchGate*. ResearchGate: https://www.researchgate.net/publication/349664441_Impacto_psicologico_del_confinamiento_por_COVID-19_hacia_un_nuevo_constructo_clinimetrico_ansioso-depresivo_en_mujeres_adultas_de_Azogues/link/603b108092851c4ed5a0cd08/download
- Rodríguez, J. (2020). *Impacto de la pandemia Covid-19 en la salud mental de la población y del personal sanitario: Revisión sistemática* [Tesis de Maestría, UCV]. Repositorio de la Universidad César Vallejo. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/55343>
- Román, F. y Santibáñez, P. (2016). Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje en jóvenes con problemas clínicos. *Elsevier*, 1-12.
- Salas, R. (2020). CORONAVIRUS COVID-19: CONOCIENDO AL CAUSANTE DE LA PANDEMIA. *The Biologist*, 18(1), 9- 27. <https://doi.org/10.24039/rtb2020181442>

- Sánchez, H. y Mejía, K. (2020). *Investigación en salud mental en condiciones de pandemia por el covid-19*. Universidad Ricardo Palma.
- Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). (2021). *Ansiedad*.
<https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad/ansiedad>
- Spinato, G., Fabbris, C. y Polesel, J. (2020). Alterations in Smell or Taste in Mildly Symptomatic Outpatients With SARS-CoV-2 Infection [Alteraciones del olfato o del gusto en pacientes ambulatorios levemente sintomáticos con infección por SARS-CoV-2]. *JAMA Network*, 323(20), 1-4. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.6771>
- Tay, H. S. y Harwood, R. (2020). Atypical presentation of COVID-19 in a frail older person [Presentación atípica de COVID-19 en un anciano frágil]. *PubMed.gov*, 49(4), 523-524.
<https://doi.org/10.1093/ageing/afaa068>
- Torales, J. y Barrios, I. (2021). Ansiedad y depresión en relación a noticias sobre COVID-19: un estudio en población general parauaya. *Revista salud pública Paraguaya*, 11(1), 67-73. <https://doi.org/10.18004/rspp.2021.junio.67>
- Valencia, M. (2007). Trastornos mentales y problemas de la salud mental. Día mundial de la salud mental 2007. *Salud Mental*, 30(2), 75-80.
<http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v30n2/0185-3325-sm-30-02-75.pdf>
- Vinaccia, S. y Bahamón, M. (2021). Validación de la Escala de Ansiedad al coronavirus en una muestra colombiana. *Repositorio Universidad Simón Bolívar*, 2-26.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1944401>
- Wang, I., Long, D., Li, Z. y Armour, C. (2011). Posttraumatic Stress Disorder Symptom Structure in Chinese Adolescents Exposed to a Deadly Earthquake [Estructura de los

síntomas del trastorno de estrés postraumático en adolescentes chinos expuestos a un terremoto mortal]. *Pubmed.gov*, 39(5), 749-758. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9508-4>

Wang, W., Xu, Y. y Gao, R. (2020). Detection of SARS-CoV-2 in Different Types of Clinical Specimens [Detección de SARS-CoV-2 en diferentes tipos de muestras clínicas]. *JAMA Network*, 323(18), 1843-1844. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.3786>

WHO. (11 de Setiembre de 2020). *Pruebas diagnósticas para el SARS-CoV-2*. WHO: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335830/WHO-2019-nCoV-laboratory-2020.6-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Wu, Y., Tang, L., Hong, Z. y Zhou, J. (2020). Prolonged presence of SARS COV-2 viral RNA in faecal samples [Presencia prolongada de ARN viral del SARS COV-2 en muestras fecales]. *Lancet Gastroenterology hepatology*, 5(5), 434-435. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(20\)30083-2](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(20)30083-2)

Zhang, D., Zhang, X., Yang, Y., Huang, X., Jiang, J., Li, M., Ling, H., Li, J., Liu, Y., Li, G., Li, W., Yi, C., Zhang, T., Jiang, Y., Xiong, Y., He, Z., Wang, X., Deng, S., Zhao, P. y Qu, J. (2021). SARS-CoV-2 spillover into hospital outdoor environments [Contagio de SARS-CoV-2 en ambientes al aire libre de hospitales]. *Journal of Hazardous Materials Letters*, 2(2021), 1-17. <https://doi.org/10.1016/j.hazl.2021.100027>

IX. ANEXOS

Anexo A

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

REPERCUSIÓN EN LAS DIMENSIONES DE LA SALUD MENTAL DURANTE LA PANDEMIA POR SARS –COV-2 EN USUARIOS DEL CS BELÉN. DISTRITO DE AYACUCHO, ABRIL-AGOSTO 2021.

Ficha de Encuesta N°

/ / 2021

I. Durante el transcurso de la pandemia
¿ha tenido momentos de preocupación o nerviosismo?

Fecha

SÍ NO

En caso de seleccionar la alternativa “No”, el cuestionario se da por concluido, en caso de seleccionar la alternativa “Sí”, pasar al punto número dos y continuar con el resto de las preguntas.

Instructivo:

Señor(a), a continuación le presentamos algunas interrogantes, las cuales le pedimos llenar con la sinceridad del caso; le recuerdo que la encuesta es anónima. Por favor, llene los espacios en blanco o marque con una cruz (x) en la casilla derecha la frase que mejor describe su situación. Agradeciéndole por anticipado su valiosa colaboración.

I. DATOS GENERALES

1.1.Edad :

1.2.Ocupación :

1.3.Sexo :

**II. VARIABLE INDEPENDIENTE
Pandemia por Covid-19**

2.1.¿Presentó Covid-19? (Marque solo una respuesta)

SÍ NO

OBSERVACIONES.....
.....
.....

Anexo B**REPERCUSIÓN EN LAS DIMENSIONES DE LA SALUD MENTAL DURANTE LA PANDEMIA POR SARS –COV-2 EN USUARIOS DEL CS BELÉN. DISTRITO DE AYACUCHO, ABRIL-AGOSTO 2021.****CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE EN LA INVESTIGACIÓN**

1. Señor(a) lo invito a participar en forma voluntaria en la investigación llamada Repercusión en las dimensiones de la salud mental durante la pandemia por SARS –COV-2 en usuarios del C.S Belén. Distrito de Ayacucho, marzo-julio 2021. Esta investigación es realizada por el alumno egresado de la Facultad de Medicina “Hipólito Unanue” de la Universidad Nacional Federico Villarreal.
2. Si usted decide participar en esta investigación, le entregaré un cuestionario con la finalidad de evaluar cómo afecta la incontinencia urinaria en su calidad de vida.
3. La información que usted brindará es totalmente anónima, y como tal se garantiza que su identidad está segura.
4. Su participación es totalmente voluntaria, la información que nos brinde puede ser de mucho beneficio para formular el plan de tratamiento de personas que estén afectadas por incontinencia urinaria. Usted puede retirarse del estudio en el momento que lo decida.
5. Si decide no participar en el estudio, nosotros aceptamos su decisión y respetamos sus derechos.
6. Si tiene alguna duda o necesita información adicional puede comunicarse con mi persona el alumno egresado de Medicina Xavier Anthony De La Cruz Pretell.

.....

Firma

Anexo C

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-2 (PHQ-2)				
Durante las últimas dos semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
SUBTOTAL	+			
PUNTAJE TOTAL				
<p>PHQ-2 Puntuaciones y Recomendación de Acciones PHQ-2 consta de las 2 primeras preguntas del PHQ-9. Rango de puntuaciones de 0 a 6. El punto de corte recomendado es una puntuación de 3 o mayor.</p>				

INTERPRETACIÓN DE PUNTAJE OBTENIDO EN PHQ-2:

Un puntaje total de 3 o más indica **sospecha de Depresión**

Anexo D

CORONAVIRUS ANXIETY SCALE (CAS; Lee, 2020a)

Traducción de Caycho-Rodríguez et al. (2020)

¿Con qué frecuencia ha experimentado las siguientes actividades en las últimas 2 semanas?

1. Me sentí mareado, aturdido o débil cuando leí o escuché noticias sobre el COVID-19.

De ninguna manera	Rara vez, menos de un día o dos.	Varios días	Más de 7 días	Casi todos los días en las últimas 2 semanas
0	1	2	3	4

2. Tuve problemas para quedarme dormido porque estaba pensando en el COVID-19

De ninguna manera	Rara vez, menos de un día o dos.	Varios días	Más de 7 días	Casi todos los días en las últimas 2 semanas
0	1	2	3	4

3. Me sentí paralizado o congelado cuando pensaba o estaba expuesto a información sobre el COVID-19.

De ninguna manera	Rara vez, menos de un día o dos.	Varios días	Más de 7 días	Casi todos los días en las últimas 2 semanas
0	1	2	3	4

4. Perdí interés en comer cuando pensaba o estaba expuesto a información sobre el COVID-19.

De ninguna manera	Rara vez, menos de un día o dos.	Varios días	Más de 7 días	Casi todos los días en las últimas 2 semanas
0	1	2	3	4

5. Sentí náuseas o problemas estomacales cuando pensaba o estaba expuesto a información sobre el COVID-19.

De ninguna manera	Rara vez, menos de un día o dos.	Varios días	Más de 7 días	Casi todos los días en las últimas 2 semanas
0	1	2	3	4

Anexo E

Inventario SISCO del Estrés de Pandemia (versión de 15 ítems): Ficha Técnica

- 1. Instrucciones:** A continuación se presentan una serie de aspectos que, en mayor o menor medida, suelen estresar a las personas en este periodo de cuarentena o jornada de distanciamiento social. Responde, señalando con una X, ¿qué tanto te estresa cada uno de esos aspectos? tomando en consideración la siguiente escala de valores:

NUNCA	CASI NUNCA	RARAS VECES	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
0	1	2	3	4	5

¿QUÉ TANTO TE ESTRESA?

ESTRESORES	0	1	2	3	4	5
1. Que algún miembro de la familia se contagie y no sea atendido adecuadamente						
2. Que nuestro Sistema de Salud colapse						
3. Desarrollar los síntomas y tener que visitar el hospital						
4. Que los hospitales no tengan los recursos para atender a los enfermos.						
5. El saber que no hay exactamente un medicamento o vacuna que lo cure.						

SECCIÓN SÍNTOMAS: (REACCIONES)

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de reacciones que, en mayor o menor medida, suelen presentarse en algunas personas cuando están estresadas. Responde, señalando con una X, ¿qué tanto se te presenta cada una de estas reacciones cuando estás estresado? tomando en consideración la misma escala de valores del apartado anterior.

¿Qué tanto se te presenta las siguientes reacciones cuando estás estresado?

SÍNTOMAS	0	1	2	3	4	5
6. Angustia						
7. Incertidumbre						
8. Falta de sueño						
9. Tristeza						
10. Ansiedad						

Anexo F

**SOLICITO: AUTORIZACION Y
EJECUCIÓN PARA TRABAJO DE
INVESTIGACIÓN.**

SRA. GERENTE DEL CLAS “BELÉN

Yo, Xavier Anthony De la cruz Pretell con grado de Bachiller en Medicina de la Facultad de medicina “Hipólito Unanue” de la Universidad Nacional Federico Villarreal con DNI 73240463 domiciliado en Jr. Argentina #102 – Belén Bajo – Ayacucho ante Ud. con el debido respeto me presento y digo:

Que habiendo elaborado mi proyecto de tesis Titulada “REPERCUSIÓN EN LAS DIMENSIONES DE LA SALUD MENTAL DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 EN USUARIOS DEL C.S BELÉN.DISTRITO DE AYACUCHO, ABRIL-AGOSTO 2021” y cumpliendo con los oficios de aprobación del proyecto de tesis por mi casa de estudios, me dirijo a usted para solicitarle se sirva ordenar a quien corresponda las facilidades para la autorización y ejecución para el trabajo de investigación; de tal manera poder continuar con el curso de elaboración del Proyecto de Tesis y con el beneficio de aportar conocimientos actuales de la realidad, ejecutar mejoras, actuar de forma rápida y correcta en la población objetivo.

POR LO EXPUESTO:

Pido a Usted acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Ayacucho, 12 de abril del 2021

FIRMA