

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Psicología



Una Institución Adventista

Salud mental, depresión y ansiedad en pacientes con COVID-19

Tesis para optar el Título Profesional de Psicóloga

Por:

Marisol Lizeth Vidaurre Diaz

Evelyn Yanina Huayna Arredondo

Asesor:

Psic. Mg. Lindsey Wildman Vilca Quiro

Lima, setiembre de 2021

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DE TESIS

Mg. Lindsey Wildman Vilca Quiro de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Psicología, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: “**Salud mental, depresión y ansiedad en pacientes con COVID-19**” constituye la memoria que presenta las Bachilleres Marisol Lizeth Vidaurre Díaz y Evelyn Yanina Huayna Arredondo para obtener el título de Profesional de Psicóloga, cuya tesis ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima, a los 05 días del mes de setiembre del año 2021



Mg. Lindsey Wildman Vilca Quiro

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS



En Lima, Santa, Villa Unión, a 24 día(s) del mes de agosto del año 2021, siendo las 15:00 horas, se reunieron los miembros del jurado en la Universidad Peruana Unión Campus Lima, bajo la dirección del (de la) presidente(a):

Mg. Julio César Guno Luni el (la) secretario(a): Mg. Mónica

Emma Diana Luni y los demás miembros: Vocal I Mg. Helene

Sara Flores Mamani y el (la) asesor(a): Bra. Lindsay

Wildman Nilsa Quiro con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de la tesis titulada:

Salud mental, depresión y ansiedad en pacientes con COVID-19

del(los) bachiller(es): a) Marisol Lizeth Vidaurte

Diag y b) Yelga Yanina Huayna

Arredondo c)

conducente a la obtención del título profesional de: Psicólogo

(Continuación del Acta)

El Presidente inicia el acto académico de sustentación invitando al (a la) / a (los) / (las) candidato(a)s hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente invitó a los demás miembros del jurado a efectuar las preguntas, y aclaraciones pertinentes, las cuales fueron absorbidas por el (a la) / a (los) / (las) candidato(a)s. Luego, se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del jurado.

Posteriormente, el jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:

Bachiller (a): Marisol Lizeth Vidaurte Diag

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
<u>APROBADO</u>	<u>13</u>	<u>A-</u>	<u>Muy bueno</u>	<u>Sobresaliente</u>

Bachiller (b): Yelga Yanina Huayna Arredondo

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
<u>APROBADO</u>	<u>13</u>	<u>A-</u>	<u>Muy bueno</u>	<u>Sobresaliente</u>

Bachiller (c):

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	

(*) Ver parte posterior. Esta sustentación fue realizada de manera virtual u online, emendando conforme al reglamento de Grados y Títulos.

Finalmente, el Presidente del jurado invitó al (a la) / a (los) / (las) candidato(a)s a ponerse de pie, para recibir la evaluación final y concluir el acto académico de sustentación procediéndose a registrar las firmas respectivas.

Presidente/a

Asesor/a

Bachiller (a)

Miembro

Bachiller (b)

Miembro

Bachiller (c)

Dedicatoria

A mis padres, que con esfuerzo y constancia forjaron en mi ideales y hábitos que me ayudaron a alcanzar mis anhelos. Este logro es suyo queridos padres.

Marisol Lizeth Vidaurre Diaz

Dedico este logro a Dios, quien, como soberano forjador de la vida, oriento mis decisiones y mis fuerzas al término de esta meta profesional, asimismo, a mis padres, quienes se hacen acreedores de todos mis éxitos porque soy lo que soy gracias a ellos

Evelyn Yanina Huayna Arredondo

Agradecimientos

En primera instancia, Gratitud al Señor, por su compañía a lo largo del camino profesional, dándonos perseverancia, fuerzas y salud para concluir esta meta en mi vida. A nuestros padres, por su ejemplo de que cuando se quiere se pueden lograr las metas que uno se propone, han sido nuestra fuente de inspiración y apoyo incondicional. Y aquellos maestros que mediante su mentoría fueron parte de este sueño y en especial a nuestro asesor Vilca por su apoyo en todo este proceso.

Índice de Contenido

Dedicatoria	iv
Agradecimientos	v
Índice de Contenido	vi
Resumen	viii
Abstract	ix
Introducción	10
1. Planteamiento problema	10
2. Marco teórico	12
2.1. Salud mental	12
2.1.1 Definición	12
2.1.2 Modela bidimensional.....	12
2.1.3 Factores de riesgo y protectores de la salud mental	13
2.1.3.1 Factores de riesgo	13
2.1.3.2 Factores protectores	14
2.2. Depresión.....	14
2.2.1 Definición	14
2.2.2 Modelo teórico.....	14
2.2.3 Factores asociados a la depresión.....	15
2.2.3.1 Factores predisponentes	15
2.2.3.2 Factores precipitantes.....	16
2.3. Ansiedad	16
2.3.1 Definición	16
2.3.2 Marco teórico	16
2.3.3 Factores asociados a la ansiedad	17
2.3.3.1 Factores predisponentes	17
2.3.3.2 Factores activadores.....	18
2.3.3.3 Factores de mantenimiento	18
Materiales y métodos	20
1. Diseño, tipo de investigación	20
2. Participantes	20
3. Instrumentos	20

3.1	Mental Health Inventory Revised 5 (MHI-5).....	20
3.2	Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)	21
3.3	Generalized Anxiety Disorder (GAD-7).....	22
3.4	Ficha de registro: características sociodemográficas de los participantes ..	23
4.	Proceso de recolección de datos y aspectos éticos	24
5.	Análisis estadístico	25
	Resultados.....	26
1.	Análisis descriptivo	26
1.1	Análisis descriptivo de los ítems de la escala de salud mental.....	26
1.2	Análisis descriptivo de los ítems de la escala de Ansiedad.....	26
1.3	Análisis descriptivo de los ítems de la escala de Depresión	27
2.	Análisis inferencial	28
	Discusión	31
	Referencias	36

Salud mental, depresión y ansiedad en pacientes con COVID-19

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo analizar la salud mental y como esta se ve influenciada por la ansiedad y la depresión en pacientes con diagnóstico positivo al SARS COVID-19 de la Clínica Adventista Ana Stahl en la ciudad de Iquitos - Perú. La investigación es no experimental, transversal y descriptivo explicativo. Los instrumentos utilizados son el el Inventario de Salud Mental -5 (MHI-5), elaborado por Berwick et al., (1991), el inventario psicológico de Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), el cual fue diseñado por Kroenke, Spitzer, y Williams (2001) y el cuestionario GAD-7 originalmente elaborado por Spitzer, Kroenke, Williams, y Löwe (2006). Los participantes fueron 242 pacientes con diagnóstico positivo al SARS COVID-19 de la Clínica Adventista Ana Stahl de la ciudad de Iquitos, que oscilan en edades de 18 a 65 años, de ambos sexos. Se evidencia que la depresión influye significativamente en el grado de bienestar psicológico ($-.34, p<.05$). De la misma manera se observa que ansiedad, ejerce una influencia negativa en el bienestar psicológico ($-.35, p<.05$), por último, se ve que la depresión influye significativamente al grado de angustia psicológica ($.27, p<.05$), es decir, en un 27% de variabilidad, mientras la ansiedad ejerce en un 75% de variabilidad al grado de angustia psicológica ($.75, p<.05$). Se comprueba que el bienestar psicológico se ve grandemente afectada por la ansiedad y depresión en los pacientes diagnosticados con SARS COVID-19, lo cual también podría afectar en su proceso de recuperación

Palabras clave: Salud mental, ansiedad, depresión, pacientes diagnosticados con SARS COVID-19, COVID-19

Mental health, depression and anxiety in patients with COVID-19

Abstract

The present research aims to analyze mental health and how it is influenced by anxiety and depression in patients with a positive diagnosis for SARS COVID-19 at the Ana Stahl Adventist Clinic in the city of Iquitos - Peru. The research is nonexperimental, cross-sectional and descriptive explanatory. The instruments used are the Mental Health Inventory -5 (MHI-5), prepared by Berwick et al., (1991), the Psychological Inventory of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), which was designed by Kroenke, Spitzer, and Williams (2001) and the GAD-7 questionnaire originally developed by Spitzer, Kroenke, Williams, and Löwe (2006). The participants were 242 patients with a positive diagnosis for SARS COVID-19, from the city of Iquitos, ranging in age from 18 to 65 years, of both sexes. It is evidenced that depression significantly influences the degree of psychological well-being ($-.34, p < .05$). In the same way, it is observed that anxiety exerts a negative influence on psychological well-being ($-.35, p < .05$). It is found that psychological wellbeing is greatly affected by anxiety and depression in patients diagnosed with SARS COVID-19, which could also affect their recovery process

Keywords: Mental health, anxiety, depression, patients diagnosed with SARS COVID-19, COVID-19.

Introducción

1. Planteamiento problema

Tras el elevado número de contagios de la SARS COVID-19, el 11 de marzo del 2020 la Organización Mundial de la Salud declaró pandemia global al reciente virus propagado (WHO. 2020). En efecto la rápida evolución del brote no solo ha generado un impacto negativo en el sistema sanitario, sino también en los niveles económicos, políticos, educativos, ambientales y sin duda a nivel socioemocional de la población mundial (Nicola et al., 2020).

Actualmente el informe de la OMS reporta hasta la fecha (08 de Julio) un total de ciento ochenta y cuatro millones ochocientos veinte mil cientos treinta y dos de casos confirmados y cuatro millones dos mil doscientos nueve de muertes en todo el mundo. A nivel nacional las cifras son de doscientos seis mil doscientos cinco contagiados y ciento noventa y tres mil quinientos ochenta y ocho fallecidos, estableciendo al Perú como el sexto país más afectado a nivel internacional (WHO 2021). Ante esta situación se ha desarrollado medidas normativas para remitir el número de contagios como; el aislamiento y distanciamiento social, movilidad restringida, impedimento de reuniones familiares u social, entre otros (Ramirez, Castro, Lerma, Yela, & Escobar, 2020). No obstante, estas medidas han generado altos índices de incertidumbre, estrés, miedo, confusión, ira, frustración, aburrimiento, soledad, ansiedad, desesperanza y culpa (Lozano, 2020).

En una revisión sistemática realizada por Xiong et al. (2020) encontró actualmente que a nivel mundial en medio de la pandemia se elevaron los índices de ansiedad (6.3% a 50.9%), depresión (14.6% a 48.3%), trastorno de estrés postraumático (7% a 53.8%), angustia psicológica (34.4% a 38%) y estrés (8.1% a 81.9%). Asimismo,

McIntyre y Lee (2020) prevén un aumento proyectado en suicidios a causa del impacto de la pandemia sobre desempleo en Canadá, ante ello se enfatiza la salud mental como factor prioritario de salud pública internacional.

Asimismo, las personas contagiadas de COVID-19 presentan niveles más altos de angustia psicológica, ante ello Hu et al. (2020) realizó tras su estudio en Wuhan en una muestra de pacientes hospitalizados, los cuales presentaban altos índices en depresión (45,9%), ansiedad (38,8%) e insomnio (54,1%) durante su internamiento. De manera similar se evidencia una prevalencia de secuelas psicológicas en pacientes recuperados después del alta, presentando rangos psicopatológicos elevados como ansiedad 42%, depresión 31%, insomnio 40%, trastorno de estrés postraumático 28% y trastorno obsesivo compulsivo 20% (Mazza et al., 2020).

El curso de esta epidemia, ha reportado datos numéricos que dan evidencia de su impacto psicológico, estos varían de acuerdo a las medidas tomadas por cada país. En este sentido, en países latinoamericanos como Argentina se reportó en muestra de 4408 individuos clasifican en gravedad de síntomas en clases leves (40,9%) y graves (41,0%), lo participantes refieren que estos síntomas elevados son de ansiedad fóbica (41,3%) seguida por ansiedad (31,8%), depresión (27,5%), malestar general (27,1%), obsesión-compulsión (25,1%) y hostilidad (13,7%). (Fernández, Crivelli, Guimet, Allegri y Pedreira, 2020). Considerando la importancia de tener datos estadísticos sobre las consecuencias en la salud mental, en Perú se evidencian estudios con variables psicológicas en el personal médico de primera línea, en Arequipa, se realizó un estudio con el objetivo, de determinar la asociación entre la exposición al COVID-19 y la frecuencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en los hospitales de la región Arequipa, teniendo como resultado, un 56,7 % de médicos con síntomas de depresión, 35,7 %

de ansiedad, y 31,9% de insomnio, con severidades de leves a moderadas (Condori,2020). Asimismo, Antiporta et al. (2021) realizó un estudio con población de 57.446 peruanos, donde se evidencia que un 28.5% de sintomatología depresiva. De este grupo, el 41% depresión moderada a severa y el 12.8% refirió ideación suicida. En Perú existen evidencias de estudios cualitativos de revisión sistemática e investigaciones cuantitativas y cualitativas, sin embargo, estas no tienen como muestra a los pacientes con COVID-19, más si al personal médico, estudiantes y población peruana bajo ciertas características sociodemográficas.

Ante ello se evidencia la necesidad de estudio de variables psicológicas recurrentes de salud mental en pacientes contagiados del virus COVID-19 debido que en Perú aún no se desarrolla investigaciones de dichas variables, los cuales contribuyen a datos para la elaboración intervenciones psicológicas oportunas.

2. Marco teórico

2.1. Salud mental

2.1.1 Definición

La OMS (2018) considera la salud mental como parte integral de la salud, determinada por múltiples factores medioambientales, socioeconómicos y biológicos, además, la define como un estado de bienestar global que permite a las personas desarrollarse en la vida cotidiana, enfrentando el estrés normal y trabajando productivamente para contribuir a su comunidad.

2.1.2 Modelos bidimensionales

Fierro (2000) indica que el modelo empírico bidimensional de salud mental, incluye dos componentes como medidas de salud mental; el bienestar psicológico y la angustia psicológica.

Bienestar psicológico: Hace referencia a la calidad de vivencia, al goce y placer por la vida y no simplemente a la ausencia de sufrimiento, asimismo, el bienestar psicológico implica satisfacción con la vida, esta dependerá más de circunstancias externas que de la propia acción del individuo (Fierro, 2003). Es decir, una experiencia subjetiva de la persona en el curso de su vida y la experiencia de un grado suficiente de satisfacción con sus condiciones de vida, dando cuenta de una incuestionable salud mental (Fierro, 2006).

Angustia psicológica: Se define como un estado de sufrimiento emocional caracterizado por síntomas de depresión y ansiedad, que alteran la capacidad de funcionamiento de una persona, evidenciadas con dificultades de adaptación que pueden conducir a que la calidad de vida permanezca seriamente dañada. (Barry, 2009).

Por tanto, se conceptualiza la salud mental como un constructo independiente de la enfermedad, esta pasa a ser entendida como una capacidad, recurso o competencia, que permite la función comportamental de aprender a vivir en relación a los acontecimientos desafiantes y estresantes de la vida, de manera específica, se mencionan los siguientes indicadores de una persona que manifiesta salud mental; actitudes hacia ti mismo, crecimiento y autoactualización, autonomía, percepción de la realidad y adaptación (Woodall, 2007).

2.1.3 Factores de riesgo y protectores de la salud mental

2.1.3.1 Factores de riesgo

Según la OMS (2004) los factores de riesgos son aquellas situaciones o circunstancias que aumentan la probabilidad de aparición de trastornos mentales, su intensidad y mayor duración, los cuales pueden ser de origen individual, de asociación a la familiar, social, económicos y ambientales.

2.1.3.2 Factores protectores

Por otro lado, los factores de protección hacen mención, a las condiciones que mejoran la resistencia de los sujetos a trastorno. OMS (2018). Asimismo, Rúter (1985), menciona que dichos factores aminoran, modifican o alteran las reacciones de las personas a situaciones ambientales percibidas como peligro que traen consecuencias inadaptarías.

2.2. Depresión

2.2.1 Definición

La Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014), define a la depresión como un trastorno del estado de ánimo que implica una alteración de la capacidad afectiva mental, 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, que además pueden intensificarse afectando significativamente el curso de vida.

2.2.2 Modelo teórico

El DSM-5 utiliza criterios diagnósticos que permiten identificar al paciente que cursa con esta enfermedad. A continuación, se resumen los mismos:

Tabla 1

Criterios diagnósticos del trastorno de depresión mayor.

Trastorno de depresión mayor
Criterios diagnósticos 300.02 (F41.1)
A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.
Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin

esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.
- Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.
-

2.2.3 Factores asociados a la depresión

2.2.3.1 Factores predisponentes

Uno de los más relevantes factores predisponentes, es la carga genética, esta aduce a la presencia de rasgos de personalidad heredados, enfermedades físicas preexistentes o historia familiar de trastornos mentales (Quiroga, 2001). Asimismo, se destaca las experiencias estresantes en la primera infancia; problemas de salud, maltrato, violencia escolar y disfunción familiar, a esto se suma la reducida posibilidad

de acceder a opciones educativas, de vivienda, trabajo, de salud y recreación, incrementa el riesgo de padecer depresión (Londoño y González, 2016).

2.2.3.2 Factores precipitantes

Ettman et al. (2020) plantean las siguientes situaciones; la pérdida de un ser querido, el diagnóstico de una enfermedad terminal, asimismo, los fracasos económicos, los desempleos o personas inestables laboralmente, son un grupo vulnerable frente a dificultades de índole emocional.

2.3. Ansiedad

2.3.1 Definición

Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014) a través del manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) define a la ansiedad como una respuesta anticipatoria ante amenazas futuras, desencadenando síntomas físicos y mentales; como tensión muscular, estado de vigilia en relación a un peligro y comportamientos cautelosos o evitativos. Los trastornos de ansiedad presentan un factor común, miedo y ansiedad en exceso, así mismo alteraciones conductuales asociadas. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza aparente real o imaginaria con acceso de activación autónoma, pensamiento de peligro inminente y conducta de huida, no obstante ambos se encuentran presentes y asociados en los trastornos de ansiedad.

2.3.2 Marco teórico

Según el DSM-V (2014) la ansiedad generalizada se presenta con los siguientes criterios diagnósticos:

Tabla 2

Criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad Generalizada

Trastorno de ansiedad generalizada
Criterios diagnósticos 300.02 (F41.1)
A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar). B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación. C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses): Nota: En los niños solamente se requiere un ítem. 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta. 2. Facilidad para fatigarse. 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco. 4. Irritabilidad. 5. Tensión muscular. 6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio). D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo). F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

2.3.3 Factores asociados a la ansiedad

2.3.3.1 Factores predisponentes

Sierra, Zubeidat, & Fernández (2006) menciona a los factores predisponentes como variables biológicas, hereditarias, familiares, ambientales, temperamentales y

evolutivas que condicionan o determinan la ansiedad, provocando incremento o transformación de la misma y vulnerabilidad para su desarrollo.

- Factor familiar: Los estilos de crianza juegan un papel fundamental en el desarrollo de la patología, Bruch, Gorsky, Collins & Berger, (1989) refieren la sobreprotección excesiva, la intromisión, el control, el abandono y la retención a interacción social presentan alta probabilidad de niveles crecientes de ansiedad.
- Factores genéticos-biológico: Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014) considera que un tercio del riesgo de padecer trastornos de ansiedad, ya sea cualquier tipología es genético y estos factores genéticos se asocian con el riesgo de neuroticismo y con el trastorno de depresión mayor.
- Factores temperamentales: características personales de los individuos como la afectividad negativa, la evitación e inhibición de la conducta se asocian con el desarrollo de trastornos de ansiedad Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014).

2.3.3.2 Factores activadores

Refiere a situaciones, circunstancias y hechos que activan el sistema de alerta del cuerpo, la ansiedad está fundamentalmente vinculada a la percepción de amenaza, por lo tanto, esencialmente, los factores activadores de la ansiedad son aquellos que están relacionados con la amenaza y su naturaleza. (Sierra, Zubeidat, y Fernández 2006).

2.3.3.3 Factores de mantenimiento

El factor de mantenimiento se presenta en problemas originarios de ansiedad no se resuelven satisfactoriamente, o bien cuando la ansiedad alcanza límites de

trastorno. Una vez que la ansiedad se manifiesta como problema tiene ciertas probabilidades de incrementarse o perdurar en el tiempo. (Sierra, Zubeidat, y Fernández 2006).

Materiales y métodos

1. Diseño, tipo de investigación

El estudio tiene un diseño no experimental, puesto que se realizó sin la manipulación deliberada de variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos (Kerlinger y Lee, 2002). Es de corte transversal porque la investigación se realizará en un momento específico, el cual comprende un periodo predeterminado del mes de enero a abril de 2021, su propósito es describir las variables de salud mental, ansiedad y depresión. Además, es de alcance descriptivo ya que se pretende explicar cómo la depresión y la ansiedad influyen en salud mental de pacientes positivos de COVID-19.

2. Participantes

La investigación se realizó contando con un total de 242 pacientes con diagnóstico positivo al SARS COVID-19 de la Clínica Adventista Ana Stahl en la ciudad de Iquitos, que oscilan en edades de 18 años a 65 y ambos sexos. Fueron seleccionadas mediante un diseño no probabilístico, asimismo, se solicitó consentimiento informado a todos los participantes.

3. Instrumentos

3.1 Mental Health Inventory Revised 5 (MHI-5)

El Inventario de Salud Mental -5 (MHI-5), elaborado por Berwick et al., (1991), se deriva del MHI-8, que a su vez parte del MHI con 38 ítems, esta versión corta fue desarrollado para uso en la población general, con la finalidad de evaluar la salud mental, este inventario está compuesta por 5 ítems, 2 preguntas evalúan la presencia

de bienestar psicológico y 3 (ítems invertidos) la ausencia de malestar, esto durante el mes pasado. Asimismo, el MHI-5 utiliza la siguiente categoría de respuestas, donde; nunca (0), a veces (1), a menudo (2), siempre (3), donde la mayor puntuación será evidencia de mejor salud mental (César, Cuba, y Rojas, 2019).

La consistencia interna para la puntuación total de la escala del MHI5 fue de .78 según el Omega de McDonald's a igual que el alfa de Cronbach fue de .71 para la puntuación total, en cuanto a la validez se evaluó en función de su correlación con otra medida de ansiedad y depresión (RCADS-30) con una puntuación de .48. (Rivera-Riquelme, Piqueras, y Cuijpers, 2019). Posteriormente Merido, Cubo y Rojas (2019) realizó una validación del instrumento confirmando la confiabilidad del instrumento a través de la consistencia interna que fue mayor a 0,70.

3.2 Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

Para la evaluación de la variable de depresión, se utilizó el inventario psicológico de Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), el cual fue diseñado por Kroenke, Spitzer, y Williams (2001), esta es una versión sintetizada del instrumento Primary Care Evaluation of Mental Disorders, PRIME-MD, el cual, fue desarrollado para detectar los cinco trastornos mentales más comunes en el primer nivel de atención: depresión, ansiedad, dependencia de alcohol, trastornos somatomorfos y trastornos de la alimentación (Spitzer, Kroenke, y Williams, 1999). El PHQ-9 con nueve ítems basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV, se muestra como una herramienta viable y eficiente de detección para los síntomas de depresión en el campo de atención primaria. Está formado por 9 ítems que evalúan la gravedad de los síntomas en las dos últimas semanas, donde cada ítem tiene cuatro categorías de respuesta: nunca (0), algunas veces (1), más de la mitad de los días (2) y casi todos los días (3). Según

el puntaje total obtenido en la escala, se obtiene la siguiente clasificación: 0-4: sin depresión. 5-9: leve. 10-14: moderada. 15-19: moderadamente severo. 20-27: severo (Huarcaya, Lama, Quiros, Bazán, López, y Lora, 2020).

Respecto a sus propiedades psicométricas, en un estudio se encontró que tiene una sensibilidad y especificidad del 88% cuando el PHQ-9 ≥ 10 , además cuenta con una adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,89), un puntaje de prueba-respuesta de 0,84, una concordancia de 84% y un área bajo la curva ROC de 0,95 (Kroenke, Spitzer, y Williams, 2001). Finalmente, Villareal et. al (2019) realizó una validación del instrumento confirmando la confiabilidad del instrumento a través de la consistencia interna que fue 0.87.

3.3 Generalized Anxiety Disorder (GAD-7)

El cuestionario GAD-7 originalmente elaborado por Spitzer, Kroenke, Williams, y Löwe (2006) es una escala autoadministrativa unidimensional, elaborada para evaluar la presencia de síntomas del trastorno de ansiedad generalizada (TAG). que precisa el DSM-IV. presenta una función screening al evaluar primer nivel de atención, asimismo, cuenta con 7 ítems, donde cada ítem tiene la siguiente categoría de respuesta; nunca (0), menos de la mitad de los días (1), más de la mitad de los días (2), casi todos los días (3), clasificando su puntuación en cuatro grupos diagnósticos; mínima, leve, moderada y grave.

El GAD-7 presenta una consistencia interna de (0 .92), así como óptimo constructo factorial, de procedimiento y de validez convergente demostrado en sus correlaciones con 2 escalas de ansiedad: el Inventario de Ansiedad de Beck ($r = 0,72$) y la subescala de ansiedad de la Lista de Verificación de Síntomas-90 ($r = 0,74$), asimismo se identificó el punto de corte que optimiza la sensibilidad (89%) y la especificidad (82%)

(Spitzer, Kroenke, Williams, y Löwe, 2006). Posteriormente Merido, Cubo y Rojas (2019) realizó una validación del instrumento confirmando la confiabilidad a través del punto de corte de 10 mostró valores adecuados de sensibilidad (86,8%) y especificidad (93,4%),

3.4 Ficha de registro: características sociodemográficas de los participantes

Figura 1

Datos sociodemográficos

Datos sociodemográficos		
	Cod.	Cantidad
Sexo		
Masculino	1	134
Femenino	2	115
Edad		
18 – 25 años	0	41
26 – 33 años	1	80
34 – 42 años	2	59
42 – 49 años	3	39
50 – 57 años	4	24
58 – 65 años	5	9
Estado Civil		
Soltero/a	1	101
Casado/a	2	101
Conviviente	3	9
Separado/a	4	9
Viudo/a	5	32
Nivel Educativo		
Ninguno	0	1
Primaria Incompleta	1	3
Primaria Completa	2	5
Secundaria Incompleta	3	16
Secundaria Completa	4	39
Edu.Técnica Incompleta	5	11
Edu.Técnica Completa	6	42
Edu.Universitaria Incompleta	7	40
Edu.Universitaria Completa	8	95
Profesión u oficio		
Ama de casa	0	30
Contador	1	14
Enfermero	2	23
Jubilados	3	39
Médico	4	4
Odontólogo	5	3

Independiente	6	50
Profesor	7	14
Comerciante	8	33
Antecedente medico		
Hipertensión	0	27
Cardiovascular	1	12
Diabetes	2	13
Cáncer	3	0
Enfermedades Respiratorias (asma, bronquios, alergias, etc.)	4	21
Otros	5	39
Ninguna	6	140
N° de familiares con quien vive		
Cero	0	45
Uno	1	86
Dos	2	102
Tres	3	15
Cuatro	4	4
N° de hijos		
Cero	0	98
Uno	1	98
Dos	2	45
Tres	3	8
Seis	6	3
N° de hijos con quien vive		
Cero	0	107
Uno	1	117
Dos	2	27
Tres	3	1

4. Proceso de recolección de datos y aspectos éticos

El proceso de recolección de datos se realizó de forma colectiva, dándose en un grupo específico de pacientes positivos de COVID-19 atendidos en la Clínica Adventista Ana Stahl en la ciudad de Iquitos. El estudio se realizó bajo la autorización del área de epidemiología quienes brindaron el acceso a los números telefónicos de dichos pacientes, considerando que mediante este procedimiento no se vulneró el anonimato de los pacientes, cumpliendo con el resguardo de su identidad y condición de salud de cada participante. La recolección de datos se realizó mediante el envío de los instrumentos con la aplicación de cuestionarios digitales (google forms) y a través de llamadas telefónicas.

Se aplicaron los tres instrumentos, cuya duración fue aproximadamente 15 a 20 minutos, asimismo, a una data de 252 pacientes, seguidamente se realizó la depuración de datos quedando finalmente 242 encuestados.

5. Análisis estadístico

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizó el software estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences versión 24.0) y una vez recolectada la información, se trasladó a la matriz de datos del software para su respectivo análisis descriptivos, para evaluar los indicadores de asimetría, curtosis y desviación estándar (Forero, Maydeu-Olivares, & Gallardo-Pujol, 2009).

Consecutivamente para el análisis SEM se utilizó el estimador WLSMV y para evaluar el ajuste del modelo se utilizó el coeficiente CFI ($>.95$), TLI ($>.95$), RMSEA ($<.08$), SRMR ($<.08$). Para valorar los índices de ajuste se trabajó con la propuesta de (Hu & Bentler, (1999) y DiStefano, Liu, Jiang, & Shi, (2018). Todos los análisis estadísticos fueron desarrollados utilizando el programa R (version 3.5.0) y el entorno RStudio (Equipo RStudio. 2015).

Resultados

1. Análisis descriptivo

1.1 Análisis descriptivo de los ítems de la escala de salud mental

En la tabla 1 se aprecia que el ítem 3 (“Durante el último mes, ¿con qué frecuencia te has sentido desanimado o triste?”) presenta el mayor puntaje promedio ($M = 1.56$) y el ítem 4 (“Durante el último mes, ¿con qué frecuencia te has sentido feliz?”) presenta el menor puntaje promedio ($M = 1.16$) en la respuesta de los participantes. También se aprecia que todos los ítems presentan valores de asimetría y curtosis dentro de los límites esperados (± 1.5).

Tabla 1

Análisis descriptivo de los ítems de la Escala de la Salud Mental

Escala de salud mental		M	DS	g1	g2
1	Durante el último mes, ¿con qué frecuencia te has sentido muy nervioso?	1.27	.663	.407	.314
2	Durante el último mes, ¿con qué frecuencia te has sentido tranquilo y en paz?	1.26	.781	.446	-.030
3	Durante el último mes, ¿con qué frecuencia te has sentido desanimado o triste?	1.56	.734	.084	-.310
4	Durante el último mes, ¿con qué frecuencia te has sentido feliz?	1.16	.751	.562	.353
5	Durante el último mes, ¿con qué frecuencia te has sentido tan triste que nada lograba animarte?	1.22	.863	.108	-.794

Nota: M=Media; DS=Desviación Estándar; g1=Asimetría; g2 =Curtosis

1.2 Análisis descriptivo de los ítems de la escala de Ansiedad

En la tabla 2 se presenta los estadísticos descriptivos de los ítems, donde el ítem 6 (“Se ha irritado o enfadado con facilidad”) presenta el mayor valor promedio ($M = 1,64$) y el ítem 5 (“Se ha sentido tan intranquilo que no podía estar quieto”) presenta el menor valor promedio ($M = 1,09$) en la respuesta de los participantes. También se

aprecia que todos los ítems presentan valores de asimetría y curtosis dentro de los límites esperados (± 1.5).

Tabla 2

Análisis descriptivo de los ítems de la Escala de Ansiedad

	Escala de Ansiedad	M	DS	g1	g2
1	Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado	1.37	.821	.259	-.404
2	No ha podido dejar de preocuparse	1.41	.898	.206	-.697
3	Se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas	1.52	.912	.104	-.804
4	Ha tenido dificultad para relajarse	1.52	.884	.082	-.716
5	Se ha sentido tan intranquilo que no podía estar quieto	1.09	.905	.438	-.628
6	Se ha irritado o enfadado con facilidad	1.64	.932	-.041	-.907
7	Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible	1.56	.980	-.042	-
8	Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado	1.37	.821	.259	1.001
					-.404

1.3 Análisis descriptivo de los ítems de la escala de Depresión

En la tabla 3 se presenta los estadísticos descriptivos de los ítems, donde el ítem 4 (“Se ha sentido cansado(a) o con poca energía”) presenta el mayor valor promedio ($M = 1,60$) y el ítem 9 (“Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera”) presenta el menor valor promedio ($M = ,51$) en la respuesta de los participantes. También se aprecia que todos los ítems presentan valores de asimetría y curtosis dentro de los límites esperados (± 1.5)

Tabla 3

Análisis descriptivo de los ítems de la Escala de Depresión

	Escala de depresión	M	DS	g1	g2
1	Poco interés o placer en hacer las cosas	1.49	.956	.052	-.926
2	Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	1.43	.927	.176	-.805
3	Dificultad para dormir o permanecer	1.52	1.031	.070	-1.149
4	Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	1.60	.897	.012	-.790
5	Con poco apetito o ha comido en exceso	1.37	1.003	.131	-1.053
6	Se ha sentido mal con usted mismo(a) o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	1.24	.972	.360	-.833
7	Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	1.21	.899	.288	-.691
8	¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	1.04	.908	.497	-.608
9	Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	.51	.780	1.376	.934

2. Análisis inferencial

En la Tabla 4 se aprecia que el modelo estructural tiene índices de ajuste adecuados ($\chi^2 = 476.72$; $df = 182$; $p = .000$; $RMSEA = .082$ [CI 90% .073–.091]; $SRMR = .065$; $CFI = .95$; $TLI = .94$). Además, se aprecia en la tabla que los modelos de medida están adecuadamente representados por sus ítems

Tabla 4*Modelo estructural y modelos de medida*

Modelo estructural							
χ^2	Df	p	RMSEA	90% CI	SRMR	CFI	TLI
476.72	182	.000	.082	.073–.091	.065	.95	.94
Modelos de medida							
Ítems	Salud Mental		Ansiedad	Depresión			
	B.P	A.P					
	λ (error)	λ (error)	λ (error)	λ (error)			
1		.66 (.56)	.79 (.38)	.68 (.54)			
2	.67 (.55)		.52 (.72)	.86 (.26)			
3		.82 (.31)	.76 (.42)	.76 (.41)			
4	.74 (.44)		.88 (.23)	.82 (.33)			
5		.84 (.29)	.78 (.40)	.69 (.53)			
6			.69 (.54)	.65 (.58)			
7			.77 (.41)	.70 (.52)			
8				.66 (.56)			
9				.65 (.58)			

Se aprecia en la figura 1 que la depresión influye significativamente el grado de bienestar psicológico ($-.34$, $p<.05$), es decir logra explicar el 34% de variabilidad del grado de bienestar psicológico de personas con diagnóstico de COVID-19. Del mismo modo se observa que depresión influye significativamente el grado de angustia psicológica ($.27$, $p<.05$), lo cual logra explicar el 27% de variabilidad del grado de angustia psicológica de la población. Por otro lado, la variable de ansiedad ejerce una influencia negativa al grado de bienestar psicológico ($-.35$, $p<.05$), explicando el 35% de variabilidad del grado de bienestar psicológico, finalmente ansiedad ejerce una influencia al grado de angustia psicológica ($.75$, $p<.05$), explicando el 75% de variabilidad del grado de angustia psicológica de la muestra.

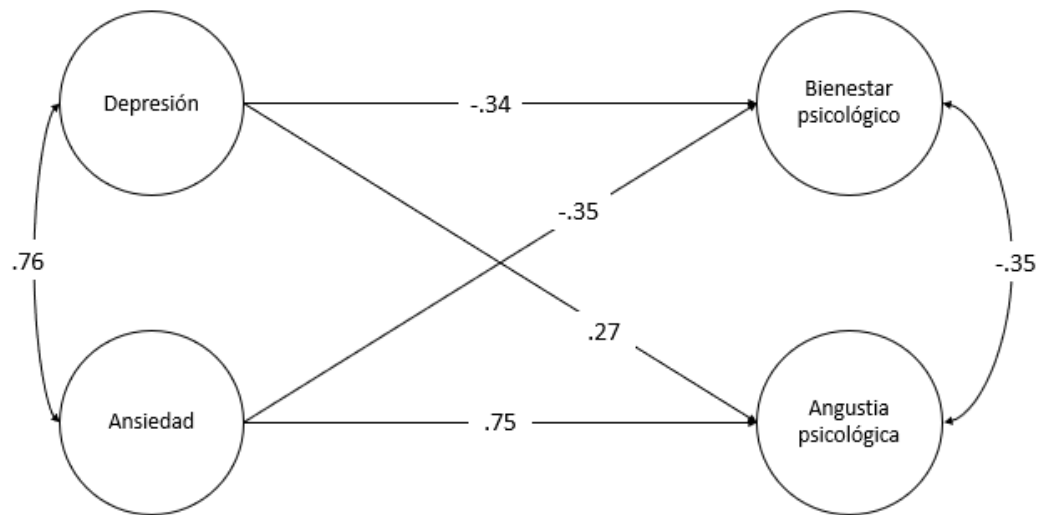


Figura 2. Modelo estructural del impacto del COVID-19 sobre la salud mental de pacientes con diagnóstico de COVID-19

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo determinar cómo la depresión y ansiedad influyen en la salud mental de pacientes con COVID-19 de la Clínica Adventista Ana Stahl. Ante ello, es importante mencionar que, según el modelo empírico bidimensional de salud mental, existen dos constructos independientes que miden esta variable; bienestar psicológico y angustia psicológica (Fierro, 2000). De acuerdo a los resultados encontrados, se observa que la depresión influye significativamente en el grado de bienestar psicológico ($-.34$, $p<.05$), es decir, la presencia de este trastorno del estado de ánimo afecta en una variabilidad del 34% en el bienestar psicológico de personas con diagnóstico de COVID-19. Asimismo, sucede con la ansiedad, la cual ejerce una influencia negativa en el bienestar psicológico ($-.35$, $p<.05$), que equivale a un 35% de variabilidad en relación al grado de bienestar psicológico. Según el estudio Liu, Shono y Kitamura (2009) el bienestar psicológico fue analizado bajo un modelo multidimensional que abarca los componentes: autonomía, desenvolvimiento, crecimiento personal, relaciones positivas, propósito de vida y autoaceptación, y sus hallazgos demostraron que la depresión y ansiedad sí influyen de manera significativa y de forma negativa en el bienestar psicológico, a excepción de la relación entre depresión y crecimiento personal ($-.06$), depresión y propósito de vida ($-.07$), y de la relación entre ansiedad y autonomía ($-.01$), es decir que, la ausencia de la depresión y ansiedad no es causal para que un individuo se acepte así mismo, sea autónomo, mantenga buenas relaciones y se enfrente a las demandas de su entorno, por lo que este estudio considera que existe una covariación y no una predicción entre la afectividad negativa y el bienestar psicológico. Tiwari y

Tripathi (2015) así lo corroboran, puesto que también encontraron correlaciones negativas y con un nivel de significancia de .01 y .05 entre algunas de las dimensiones de bienestar psicológico y depresión, y aun cuando esto indica que, la depresión en manifestaciones leves, informa niveles altos de bienestar psicológico o que frente al aumento de la ansiedad y la depresión disminuye el bienestar psicológico (Ramkisson, Pillay y Sartorius, 2016). Para ellos, junto con Jena, Das y Kumar (2018) queda claro que no todos los atributos del bienestar psicológico se encuentran comprometidos ante la depresión y viceversa. Además, considerando las características de la muestra del presente estudio, Jena et al. señalan que, las mujeres son más vulnerables a la depresión y que los factores que conforman el bienestar psicológico son salvaguardias contra este estado anímico.

En cuanto al segundo constructo que mide la salud mental, se encontró que la depresión influye significativamente al grado de angustia psicológica (.27, $p < .05$), es decir, en un 27% de variabilidad. Respecto a la ansiedad, este ejerce en un 75% de variabilidad al grado de angustia psicológica (.75, $p < .05$). De manera que, según los resultados y de la revisión de la literatura, para el presente estudio se aplica el concepto de angustia psicológica, como: “estado de sufrimiento emocional caracterizado por síntomas de ansiedad y depresión” (Drapeau, Marchand y Beaulieu-Prévost, 2012, p.107), lo que permite entender que la presencia de estos síntomas combinados e indiferenciados conllevan al aumento de esta reacción emocional que surge ante un evento adverso, en este caso, la enfermedad por coronavirus (COVID-19). Una enfermedad que se caracteriza por síntomas de intensidad leve hasta síntomas de afectación grave, como la neumonía, la miocarditis, el daño renal agudo y las sobreinfecciones bacterianas; manifestaciones clínicas que al inicio del brote epidémico se desconocían debido a la variabilidad de aparición de los anticuerpos,

sensibilidad y especificidad (Díaz-Castrillón y Toro-Montoya, 2020). En otras palabras, el panorama de esta enfermedad influyó en el estado de sufrimiento emocional caracterizado por síntomas de la ansiedad y depresión, que es la angustia psicológica, ya que la presencia de estos síntomas coexiste con quejas somáticas, afectaciones crónicas y síndromes clínicos inexplicables (Drapeau et al. 2012, Haftgoli et al. 2010, Evans et al. 2005 y Arvidsdotter et al. 2015). Considerando que, en el presente estudio se evidencia una variabilidad del 75% en el grado de angustia psicológica, se ha realizado una revisión bibliográfica para conocer los posibles factores que han influenciado o alterado la salud mental. Li et al. (2020) mencionan que, en China la información plasmada en las redes sociales antes y después de la pandemia del COVID-19 conllevó a un aumento de emociones negativas y de conductas de riesgo social, y una disminución de emociones positivas y de satisfacción con la vida. Mazza et al. (2020) en Italia identificaron que, el tener un familiar infectado del virus, laboral fuera de casa, no tener hijos, la presencia de enfermedades crónicas o por causa de estrés, entre otros, fueron factores de riesgo que conllevó a altos niveles de angustia. Losada-Baltar et al. (2020) en España se evidenció que el presentar autopercepciones negativas respecto al envejecimiento, estar expuesto a noticias sobre el COVID-19, tener una autopercepción disminuida de la autoeficacia, presentar niveles bajos respecto a la calidad de sueño y experimentar soledad, son factores que se asociaron con el sentimiento de angustia durante el confinamiento por la crisis del COVID-19. Cabe mencionar que, Jahanshahi et al. (2020) en Irán identificaron niveles más altos de angustia en comparación a la población China, y Qiu et al. (2020) por su parte identificó mayor angustia psicológica en mujeres durante el confinamiento por COVID-19. Por otro lado, se identificó que en aquellos que tenían un mayor número de síntomas en los primeros 14 días de aislamiento, experimentaron ansiedad e ira en

mayor intensidad, así como también fueron propensos a presentar angustia psicológica (Gómez-Salgado et al., 2020). No cabe duda que la aparición de síntomas por COVID-19 se asoció con niveles altos de estrés, ansiedad y depresión (Wang et al., 2020). Y efectivamente, los hallazgos de esta investigación señalan que la depresión y ansiedad estuvo presente en pacientes diagnosticados con COVID-19, y que la presencia de estas variables afectó negativamente al bienestar psicológico y su vez incrementó el estado de angustia psicológica, alterando de tal forma la salud mental de los individuos.

Limitaciones

- Carencia de investigaciones nacionales e internacionales con variables psicológicas en población clínica de COVID 19
- Muestra limita de pacientes con COVID 19.
- Población muestra presenta acceso limitado a recursos tecnológicos que son necesarios para evaluar en la actualidad.

Recomendaciones

Concluyendo la investigación se recomienda lo siguiente:

- Implementar programas de intervención orientados a la atención preventiva e intervención primaria en cuanto a la sintomatología de la ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico positivo en Covid-19.
- Ampliar el tamaño de muestra, de modo que se pueda lograr una mayor comprensión y generalización de los resultados.

- Realizar un estudio comparativo, para resaltar las diferencias en relación a los datos sociodemográficos considerados.

Declaración de financiamiento y de conflicto de interés:

Los autores de la presente investigación declaran que el financiamiento fue enteramente a cargo de los mismo, además, de negar la existencia de conflictos o intereses potenciales.

Referencias

- Antiporta, D. A., Cutipé, Y. L., Mendoza, M., Celentano, D. D., Stuart, E. A., & Bruni, A. (2021). Depressive symptoms among Peruvian adult residents amidst a National Lockdown during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03107-3>
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (Quinta edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana
- Arvidsdotter, T., Marklund, B., Kylén, S., Taft, C. & Ekman, I. (2015). Understanding persons with psychological distress in primary health care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30, 687-694. Obtenido de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/scs.12289>
- Barry , M. (2009). Addressing the determinants of positive mental health: concepts, evidence and practice. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(3), 4-10 . Obtenido de https://aran.library.nuigalway.ie/bitstream/handle/10379/2221/2009_ja__addressing_the_determinants_of_positive_mental_heal.pdf?sequence=1
- Berwick , D., Murphy, J., Goldman, P., Ware, J., Barsky, A., & Weinstein, M. (1991). Performance of a five-item mental health screening test. *Medical care*, 29(2), 169–176. doi:10.1097/00005650-199102000-00008
- Bruch, M.A., Gorsky, J. M., Collins, T. M. y Berger, P. A. (1989). Shyness and sociability reexamined: A multi-component analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 904-915.

- César, M., Cuba, Y., & Rojas, L. (2019). Inventario de Salud Mental – 5 (MHI-5) en adolescentes peruanos: estudio preliminar de validación. *Rev. Salud Pública*, 21(4), 1-5. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v21n4/0124-0064-rsap-21-04-e466357.pdf>
- Condori, Y. (2020). Asociación entre la exposición al covid-19 y la presencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en los hospitales de la región Arequipa. *Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de San Agustín*. Obtenido de <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/11070>
- Drapeau, A., Marchand, A. y Beaulieu-Prévost, D. (2012). *Mental Illnesses- Prediction and Control*. Obtenido de: https://www.researchgate.net/publication/221921758_Epidemiology_of_Psychological_Distress
- Díaz-Castrillón, F. y Toro-Montoya, A. (2020). SARS-co-V-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. *Medicina & Laboratorio*, 24, 183-205. Obtenido de: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096519/covid-19.pdf>
- DiStefano, C., Liu, J., Jiang, N., & Shi, D. (2018). Examination of the Weighted Root Mean Square Residual: Evidence for Trustworthiness? *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 25(3), 453-466. doi: 10.1080/10705511.2017.1390394
- Ettman, C. K., Abdalla, S. M., Cohen, G. H., Sampson, L., Vivier, P. M., & Galea, S. (2020). Prevalence of Depression Symptoms in US Adults Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Network Open*, 3(9), e2019686. Obtenido de: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.19686>

- Evans, D., Charney, D., Lewis, L., Golden, R., Gorman, J., Krishnan, K., Nemeroff, C., Bremner, J., Carney, R., Coyne, J., Delong, M., Frasure-Smith, N., Glassman, A., Gold, P., Grant, I., Gwyther, L., Ironson, G., Johnson, R., Kanner, A., Katon, W., Kaufmann, P., Keefe, F., Ketter, T., Laughren, T., Leserman, J., Lyketsos, C., McDonald, W., McEwen, B., Miller, A., Musselman, D., O'Connor, C., Petitto, J., Pollock, B., Robinson, R., Roose, S., Rowland, J., Sheline, Y., Sheps, D., Simon, G., Spiegel, D., Stunkard, A., Sunderland, T., Jr, P. & Valvo, W. (2005). Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biological Psychiatry* 58(3), 175-189. Obtenido de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16084838/>
- Equipo RStudio. (2015). Rstudio: Entorno de desarrollo integrado para R. Boston, MA. Obtenido de <http://www.rstudio.com/>
- Forero, C. G., Maydeu-Olivares, A., & Gallardo-Pujol, D. (2009). Factor Analysis with Ordinal Indicators: A Monte Carlo Study Comparing DWLS and ULS Estimation. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 16(4), 625–641. <https://doi.org/10.1080/10705510903203573>
- Fierro, A. (2006). Bienestar personal, adaptación social y factores de personalidad: Estudios con las Escalas Eudemon. *Clínica y Salud*, 17 (3), 297-318. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180613871006.pdf>
- Fierro, A. (2000). El cuidado de si mismo, y la personalidad sana. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 20(76), 35-47. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n76/n76a03.pdf>
- Fierro, A. (2000). Salud Mental: Un modelo conceptual. *Psicol*, 1(53), 147-163. Obtenido de

https://www.uma.es/psicologia/docs/eudemon/analisis/salud_comportamental_un_modelo_conceptual.pdf

Fierro, A. (2003). Personalidad, persona, acción. *Psicothema*, 15(2), 336-338.

Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/727/72715229.pdf>

Fierro, A., Jiménez, J., & Fierro, C. (2001). Bienestar personal y adaptación social: correlato en variables de personalidad, cognitivas y clínicas

Gómez-Salgado, J., Andrés-Villas, M., Domínguez-Salas, S., Díaz-Milanés, D. & Ruiz-Frutos, C. (2020). Related Health Factors of Psychological Distress During the COVID-19 Pandemic in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 2-16. Obtenido de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32498401>

Haftgoli, N., Favrat, B., Verdon, F., Vaucher, P., Bischoff, T., Burnand, B. & Herzig, L. (2010). Patients presenting with somatic complaints in general practice: depression, anxiety and somatoform disorders are frequent and associated with psychosocial stressors. *BMC Family Practice*, 11(67), 2-8. Obtenido de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2945969/pdf/1471-2296-11-67.pdf>

Huarcaya, J., Lama, R., Quiros, M., Bazán, J., López, K., & Lora, D. (2020). Propiedades psicométricas del Patient Health Questionnaire (PHQ-9) en estudiantes de medicina en Lima, Perú. *Rev Neuropsiquiatr*, 83(2), 72-78. Obtenido de <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/3749/4178>

Hu, L. & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55

- Jahanshahi, A., Dinani, M., Madavani, A., Li, J. & Zhang, S. (2020). The distress of Iranian adults during the Covid-19 pandemic- More distressed than the Chinese and with different predictors. *Brain, Behavior and Immunity*, 87, 124-125. Obtenido de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7189859/pdf/main.pdf>
- Jena, N., Das, S. & Kumar, H. (2018). Quality of life, Psychological Well-Being and Depression among Elderly: a Co relational Study. *Global Journal of Intellectual & Developmental Disabilities*, 4(2), 39-44. Obtenido de: <https://juniperpublishers.com/gjidd/pdf/GJIDD.MS.ID.555635.pdf>
- Kerlinger, F. N. y Lee, H.B. (2002). Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales. México: McGraw-Hill. Interamericana Editores
- Kroenke, K., Spitzer, R., & Williams, J. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*, 16(9), 606–613. Obtenido de <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC1495268&blobtype=pdf>
- Kroenke, K., Spitzer, R., & Williams, J. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*, 16(9), 606–613. Obtenido de <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC1495268&blobtype=pdf>
- Losada-Baltar, A., Jiménez-Gonzalo, L., Gallego-Alberto, L., Pedroso-Chaparro, M., Fernandes-Pires, J. & Márquez-González, M. (2021). "We Are Staying at Home." Association of Self-perceptions of Aging, Personal and Family Resources, and Loneliness With Psychological Distress During the Lock-Down Period of COVID-19. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological*

- Sciences and Social Sciences*, 76(2), 1-22. Obtenido de:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32282920/>
- Li, S., Wang, Y., Xue, J., Zhao, N. & Zhu, T. (2020) The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 2-9. Obtenido de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32204411/>
- Liu, Q., Shono, M. & Kitamura, T. (2009). Psychological well-being, depression, and anxiety in Japanese university students. *Wiley InterScience*, 26, E99-E105. Obtenido de:
https://www.researchgate.net/publication/227703616_Psychological_well-being_depression_and_anxiety_in_Japanese_university_students
- Londoño, C., & González, G. (2016). Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(2), 315-329. doi:10.14718/ACP.2016.19.2.13
- Lozano, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Rev Neuropsiquiatr*, 83(1), 51-56. doi: <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>
- Mazza, M. G., De Lorenzo, R., Conte, C., Poletti, S., Vai, B., Bollettini, I., ... Benedetti, F. (2020). Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain, Behavior, and Immunity*. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.07.037>
- Mazza, C., Ricci, E., Biondi, S., Colasanti, M., Ferracuti, S., Napoli, C. & 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 Environmental Research and Public Health*, 17(9), 2-14. Obtenido de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32370116/>
- McIntyre, R. S., & Lee, Y. (2020). Projected increases in suicide in Canada as a consequence of COVID-19. *Psychiatry Research*, 290, 113104. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113104>
- Merino-Soto, C., Cuba-Canales, Y., & Rojas-Aquiño, L. (2019). Inventario de Salud Mental – 5 (MHI-5) en adolescentes peruanos: estudio preliminar de validación. *Revista de Salud Pública*, 21(4), 1-5. <https://doi.org/10.15446/rsap.v21n4.66357>
- Nicola, M., Alsafi, Z., Sohrabi, C., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C., ... Agha, R. (2020). The Socio-Economic Implications of the Coronavirus and COVID-19 Pandemic: A Review. *International Journal of Surgery*, 78(78). <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2020.04.018>
- Organizacion Mundial de la Salud. (2004). *Prevención de los Trastornos Mentales Organización Mundial de la Salud Ginebra*. Retrieved from https://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B. & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33, 1-4. Obtenido de: <https://gpsych.bmj.com/content/gpsych/33/2/e100213.full.pdf>
- Quiroga, M. (2001). Genética de las enfermedades mentales. *Revista de Neuro-Psiquiatría del Perú* (3), 17-25. Obtenido de

https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Neuro_psiquiatria/v64_n3/bibliografia2.htm

Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., & Escobar-Córdoba, F. (2020). Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 48(4). <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>

Ramkisson, S., Pillay, B. & Sartorius, B. (2016). Anxiety, depression and psychological well-being in a cohort of South African adults with Type 2 diabetes mellitus. *South African Journal of Psychiatry*, 22(1), 1-9. Obtenido de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6138142/pdf/SAJPsy-22-935.pdf>

Rivera-Riquelme, M., Piqueras, J. A., & Cuijpers, P. (2019). The Revised Mental Health Inventory-5 (MHI-5) as an ultra-brief screening measure of bidimensional mental health in children and adolescents. *Psychiatry Research*, 274, 247–253. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.04>

Rutter M (1985). Fortaleza contra la adversidad. *Publicación Británica de Psiquiatría*, 147:598-561.

Sierra, J., Zubeidat, I., & Fernández, A. (2006). Factores asociados a la ansiedad y fobia social. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 6(2), 472-517. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v6n2/10.pdf>

Spitzer , R., Kroenke, K., & Williams, J. (1999). Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD. *JAMA*, 282(18), 1737–1744. Obtenido de <https://www.klinikum.uni->

heidelberg.de/fileadmin/medizinische_klinik/Abteilung_2/pdf/JAMApqh1999.pdf

- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006,). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. Retrieved from Archives of internal medicine website: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16717171/>
- Tiwari, P. & Tripathi, N. (2015) Relationship between Depression and Psychological Well-being of Students of Professional Courses. *The International Journal of Indian Psychology*, 2(3), 139-146. Obtenido de: <https://ijip.in/wp-content/uploads/2020/05/B00388V2I32015.pdf>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., McIntyre, R., Choo, F., Tran, B., Ho, R., Sharma, V. & Ho, C. (2020). A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain, Behavior and Immunity*, 87, 40-48. Obtenido de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7153528/pdf/main.pdf>
- World Health Organization. (2018). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Retrieved from Who.int website: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- World Health Organization. (2021). WHO COVID-19 Dashboard. Retrieved from covid19.who.int website: <https://covid19.who.int/>
- Woodall, J. (2007). Barriers to positive mental health in a young offenders institution: A qualitative study. *Health Education Journal*, 66 (2), 132 - 140. Obtenido de <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0017896907076752>
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M. W., Gill, H., Phan, L., ... McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general

population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55–64.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>

Anexo 1

Evidencia de sumisión de Artículo en una revista de prestigio

International Journal of Clinical and Health Psychology Salud mental, depresión y ansiedad en pacientes con COVID-19 --Manuscript Draft--

Manuscript Number:	
Article Type:	Original article
Section/Category:	Original
Keywords:	Salud mental; ansiedad; depresión; pacientes diagnosticados con SARS COVID-19; COVID-19
Corresponding Author:	Joel Palomino Ccasa, Licenciado Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima, Municipalidad Metropolitana de Lima PERU
First Author:	Evelyn Yanina Huayna Arredondo
Order of Authors:	Evelyn Yanina Huayna Arredondo Marisol Lizeth Vidaurre Diaz Lindsey Wildman Vilca Quiro Joel Palomino Ccasa, Licenciado
Abstract:	Resumen Objetivo La presente investigación tiene como objetivo analizar la salud mental y como esta se ve influenciada por la ansiedad y la depresión en pacientes con diagnóstico positivo al SARS COVID-19 de la Clínica Adventista Ana Stahl en la ciudad de Iquitos - Perú. Método la investigación es no experimental, transversal y descriptivo explicativo. Los instrumentos utilizados son el el Inventario de Salud Mental -5 (MHI-5), elaborado por Benwick et al., (1991), el inventario psicológico de Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), el cual fue diseñado por Kroenke, Spitzer, y Williams (2001) y el cuestionario GAD-7 originalmente elaborado por Spitzer, Kroenke, Williams, y Löwe (2006). Los participantes fueron 242 pacientes con diagnóstico positivo al SARS COVID-19 de la Clínica Adventista Ana Stahl de la ciudad de Iquitos, que oscilan en edades de 18 a 65 años, de ambos sexos. Resultados se evidencia que la depresión influye significativamente en el grado de bienestar psicológico (-.34, $p < .05$). De la misma manera se observa que ansiedad, ejerce una influencia negativa en el bienestar psicológico (-.35, $p < .05$), por último, se ve que la depresión influye significativamente al grado de angustia psicológica (.27, $p < .05$), es decir, en un 27% de variabilidad, mientras la ansiedad ejerce en un 75% de variabilidad al grado de angustia psicológica (.75, $p < .05$). Conclusiones Se comprueba que el bienestar psicológico se ve grandemente afectada por la ansiedad y depresión en los pacientes diagnosticados con SARS COVID-19, lo cual también podría afectar en su proceso de recuperación.

Anexo 2

Copia de la Resolución de Inscripción del Perfil de Proyecto de Tesis en formato artículo



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de independencia"

RESOLUCIÓN N° 206-2021/UPEU-FCS-CF

Lima, Ñaña, 16 de febrero de 2021

VISTO:

El expediente de **MARISOL LIZETH VIDAURRE DIAZ**, identificada con código universitario N° 201612024, de la Escuela Profesional de Psicología, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión;

CONSIDERANDO:

Que la Universidad Peruana Unión tiene autonomía académica, administrativa y normativa, dentro del ámbito establecido por la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad;

Que la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión, mediante sus reglamentos académicos y administrativos, ha establecido las formas y procedimientos para la aprobación e inscripción del perfil de proyecto de tesis en formato artículo y la designación o nombramiento del asesor para la obtención del título profesional;

Que **MARISOL LIZETH VIDAURRE DIAZ**, ha solicitado: la inscripción del perfil de proyecto de tesis titulado *"Salud mental, depresión y ansiedad en pacientes con COVID-19"* y la designación del Asesor, encargado de orientar y asesorar la ejecución del perfil de proyecto de tesis en formato artículo;

Estando a lo acordado en la sesión del Consejo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión, celebrada el 16 de febrero de 2021, y en aplicación del Estatuto y el Reglamento General de Investigación de la Universidad;

SE RESUELVE:

Aprobar el perfil de proyecto de tesis en formato artículo titulado *"Salud mental, depresión y ansiedad en pacientes con COVID-19"* y disponer su inscripción en el registro correspondiente, designar al **Psic. LINDSEY WILDMAN VILCA QUIRO** como **ASESOR**, para que oriente y asesore la ejecución del perfil de proyecto de tesis en formato artículo el cual fue dictaminado por la **Psic. Helen Sara Flores Mamani** y la **Mg. Mérida Emma Neira Suaña**, otorgándoles un plazo máximo de doce (12) meses para la ejecución.

Regístrese, comuníquese y archívese.



Dr. Roger Alborno Esteban
DECANO



MSc. Mary Luz Solorzano Aparicio
SECRETARIA ACADEMICA



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

RESOLUCIÓN N° 207-2021/UPEU-FCS-CF

Lima, Ñaña, 16 de febrero de 2021

VISTO:

El expediente de **EVELYN YANINA HUAYNA ARREDONDO**, identificada con código universitario N° 201610429, de la Escuela Profesional de Psicología, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión;

CONSIDERANDO:

Que la Universidad Peruana Unión tiene autonomía académica, administrativa y normativa, dentro del ámbito establecido por la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad;

Que la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión, mediante sus reglamentos académicos y administrativos, ha establecido las formas y procedimientos para la aprobación e inscripción del perfil de proyecto de tesis en formato artículo y la designación o nombramiento del asesor para la obtención del título profesional;

Que **EVELYN YANINA HUAYNA ARREDONDO**, ha solicitado: la inscripción del perfil de proyecto de tesis titulado "*Salud mental, depresión y ansiedad en pacientes con COVID-19*" y la designación del Asesor, encargado de orientar y asesorar la ejecución del perfil de proyecto de tesis en formato artículo;

Estando a lo acordado en la sesión del Consejo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión, celebrada el 16 de febrero de 2021, y en aplicación del Estatuto y el Reglamento General de Investigación de la Universidad;

SE RESUELVE:

Aprobar el perfil de proyecto de tesis en formato artículo titulado "*Salud mental, depresión y ansiedad en pacientes con COVID*" y disponer su inscripción en el registro correspondiente, designar al **Psic. LINDSEY WILDMAN VILCA QUIRO** como **ASESOR**, para que oriente y asesore la ejecución del perfil de proyecto de tesis en formato artículo el cual fue dictaminado por la *Psic. Helen Sara Flores Mamani* y la *Mg. Mérida Emma Neira Suaña*, otorgándoles un plazo máximo de doce (12) meses para la ejecución.

Regístrese, comuníquese y archívese.




Dr. Roger Albornoz Esteban
DECANO




MSc. Mary Luz Solorzano Aparicio
SECRETARIA ACADEMICA

Anexo 3

Consentimiento informado

La presente investigación es conducida por los estudiantes del V ciclo de psicología de la Universidad Peruana Unión: Evelyn Huayna Arredondo, Lizeth Vidaurre Diaz, El objetivo de este estudio describir las variables es conocer de manera descriptiva las variables de Salud mental, depresión y ansiedad en pacientes con COVID-19. Si usted accede a participar en este estudio se le pedirá responder preguntas en 3 breves cuestionarios. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él.

Desde ya les agradezco mucho su tiempo y su participación.

Firma del participante

Fecha

Anexo 4

Instrumento 1

Protocolo de aplicación

Inventario De Salud Mental

I. Datos sociodemográficos

Sexo: Masculino () Femenino () **Edad:** _____ **Estado civil:** Soltero ()
Casado () Viudo () Divorciado () **Número de hijos:** _____ **Ocupación:** Comercio
() Ganadería () Agricultura () Otros: _____ **Nivel de
instrucción:** Sin estudio () Primaria () Secundaria () Técnico () Superior
() **Sufre alguna enfermedad:** Hipertensión () Cardiovasculares () Diabetes ()
Gastrointestinal () **Otros:** _____ **Vive en:** Campo () Ciudad ()
)

II. Instrucciones:

A continuación, te haremos algunas preguntas sobre cómo te has sentido **en el último mes**. Procura ser sincero en tus respuestas.

Ítems	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
1. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia te has sentido muy nervioso?				
2. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia te has sentido tranquilo y en paz?				
3. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia te has sentido desanimado o triste?				
4. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia te has sentido feliz?				
5. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia te has sentido tan triste que nada lograba animarte?				

Anexo 5

Instrumento 2

Protocolo de aplicación

Cuestionario Sobre La Salud Del Paciente-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas? (Marque con una “✓” para indicar su respuesta)

Ítems	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas				
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas				
3. Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado				
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía				
5. Con poco apetito o ha comido en exceso				
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia				
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión				
8. ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario – ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal				
9. Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera				

Anexo 6

Instrumento 3

Protocolo de aplicación

Escala Para El Trastorno De Ansiedad Generalizada (GAD-7)

Señale con qué frecuencia ha sufrido los siguientes problemas en los últimos 15 días:

Ítems	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado				
2. No ha podido dejar de preocuparse				
3. Se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas				
4. Ha tenido dificultad para relajarse				
5. Se ha sentido tan intranquilo que no podía estarse quieto				
6. Se ha irritado o enfadado con facilidad				
7. Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible				