

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**MANUEL HUAMÁN GUERRERO**



**DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y SUICIDALIDAD EN UNA POBLACIÓN  
DE LIMA METROPOLITANA DURANTE LA PANDEMIA POR EL  
VIRUS SARS-CoV2**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO

**SERGIO ROLANDO SEMINARIO HUALLPA**

*DR. JHONY A. DE LA CRUZ VARGAS*  
DIRECTOR DE TESIS

*DRA. CONSUELO DEL ROCÍO LUNA MUÑOZ*  
ASESORA DE TESIS

LIMA – PERÚ  
2021

## **AGRADECIMIENTOS**

*Agradezco a Dios, Uno y Trino, por brindarme la vida y permitirme experimentar su misericordia cada día.*

*Agradezco a mis padres por haberme ayudado incondicionalmente durante toda esta carrera.*

*Agradezco a cada uno de los docentes y maestros que me supieron guiar y motivar con los conocimientos necesarios, permitiéndome llegar hasta aquí.*

*Agradezco la Dra. Consuelo del Rocío Luna Muñoz por su apoyo en la realización de esta investigación y al Dr. Dante Quiñones Laveriano por su apoyo en la parte estadística, así como al director de la tesis el Dr. Jhony De la Cruz Vargas.*

*Agradezco a todos los participantes que brindaron su tiempo para lograr esta investigación y finalmente agradezco también, a cada uno de los verdaderos amigos que me brindaron su ayuda en todo momento.*

## DEDICATORIA

*A Dios Uno y Trino por haberme dado la dicha de sentir su amor cada nuevo día.*

*A mi Padre y a mi Madre por los que me esfuerzo cada día y veo en ellos mis logros reflejados.*

*A cada uno de los docentes y amigos que me han ayudado a crecer académica y espiritualmente.*

## RESUMEN

**Introducción:** A medida que se introducen nuevas medidas sanitarias por la enfermedad causada por el virus SARS-CoV2 como la cuarentena, se espera que aumenten los niveles de depresión, ansiedad y suicidalidad. **Objetivo:** Determinar la frecuencia y factores sociodemográficos asociados a depresión, ansiedad y suicidalidad en una población de Lima Metropolitana durante la pandemia por el virus SARS-CoV2. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, analítico y transversal en “bola de nieve” mediante la Escala de Psicopatología Depresiva-6 y la Escala de Ansiedad de Lima-20. Se calcularon razones de prevalencias crudas y ajustadas con intervalos de confianza al 95% usando regresiones de Poisson con varianza robusta. Las variables con valores de  $p < 0,10$  se incluyeron en la regresión múltiple. **Resultados:** De 1003 participantes, 12,4% presentó depresión, 23,1% ansiedad y 5,3% suicidalidad. Se encontró asociación significativa entre estado civil ( $RP_a=2,19$ ;IC:1,18-4,07), grado de instrucción superior completo ( $RP_a=0,44$ ;IC:0,28-0,69) e incompleto ( $RP_a=0,26$ ;IC:0,14-0,48) y tipo de ocupación ( $RP_a=3,51$ ;IC:0,79-10,22) con depresión. Hubo asociación significativa entre género femenino ( $RP_a=1,62$ ;IC:1,25-2,09), rango etario joven ( $RP_a=3,24$ ;IC:1,34-7,83) y adulto ( $RP_a = 3,48$ ;IC: 1,43 - 8,46), grado de instrucción ( $RP_a=0,44$ ;IC:0,33-0,58) y tipo de ocupación ( $RP_a=2,94$ ;IC:1,37-6,29) con ansiedad. El género femenino ( $RP_a=0,48$ ;IC:0,27-0,85), estado civil ( $RP_a=4,69$ ;IC:2,23-9,83) y tipo de ocupación ( $RP_a=0,24$ ;IC:0,10-0,57) fueron factores asociados a suicidalidad. **Conclusiones:** El factor asociado común a las variables dependientes fue tipo de ocupación. El género está asociado a ansiedad y suicidalidad, el grado de instrucción está asociado a depresión y ansiedad, el estado civil a depresión y suicidalidad, y el rango etario a ansiedad.

**Palabras clave:** Indicadores biodemográficos; Factores sociales; Depresión; Ansiedad; Ideación suicida; Intento de suicidio; Aislamiento Social; Cuarentena; Pandemia por el coronavirus de Wuhan; Virus SARS-CoV-2

## ABSTRACT

**Introduction:** As new health measures are introduced for SARS-CoV2 disease such as quarantine, levels of depression, anxiety and suicidality are expected to increase. **Objective:** To determine the frequency and sociodemographic factors associated with depression, anxiety and suicidality in a population of Lima Metropolitan area during the SARS-CoV2 pandemic. **Materials and methods:** Observational, analytical and cross-sectional "snowball" study using the Depressive Psychopathology Scale-6 and the Lima Anxiety Scale-20. Crude and adjusted prevalence ratios with 95% confidence intervals were calculated using Poisson regressions with robust variance. Variables with p-values < 0,10 were included in the multiple regression. **Results:** Out of 1003 participants, 12,4% were depressed, 23,1% anxious and 5,3% suicidality. Significant association was found between marital status ( $PR_a=2,19$ ;  $CI:1,18-4,07$ ), being graduate ( $PR_a=0,44$ ;  $CI:0,28-0,69$ ), being undergraduate ( $RP_a=0,26$ ;  $IC:0,14-0,48$ ) and type of occupation ( $PR_a=3,51$ ;  $CI:0,79-10,22$ ) with depression. There was significant association between female ( $RP_a=1,62$ ;  $CI:1,25-2,09$ ), young ( $RP_a=3,24$ ;  $CI:1,34-7,83$ ) and adult ( $RP_a=3,48$ ;  $CI:1,43-8,46$ ), educational level ( $RP_a=0,44$ ;  $CI:0,33-0,58$ ) and type of occupation ( $RP_a=2,94$ ;  $CI:1,37-6,29$ ) with anxiety. Female gender ( $PR_a=0,48$ ;  $CI:0,27-0,85$ ), marital status ( $PR_a=4,69$ ;  $CI:2,23-9,83$ ) and type of occupation ( $PR_a=0,24$ ;  $CI:0,10-0,57$ ) were factors associated with suicidality. **Conclusions:** The common associated factor for the dependent variables was type of occupation. Gender was associated with anxiety and suicidality, educational level with depression and anxiety, marital status with depression and suicidality, and age range with anxiety.

**Keywords:** Demographic Factors; Social factors; Depression; Anxiety; Suicidal ideation; Attempted suicide; Social Isolation; Quarantine; Coronaviruses; Pandemics; SARS CoV2 virus.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	9
<b>CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	11
<b>1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA</b> .....	11
<b>1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</b> .....	12
<b>1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	12
<b>1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	13
1.4.1. OBJETIVO GENERAL .....	13
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	13
<b>1.5. VIABILIDAD Y LIMITACIONES</b> .....	14
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b> .....	15
<b>2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	15
<b>2.2. BASES TEÓRICAS</b> .....	23
2.2.1. DEPRESIÓN .....	23
2.2.2. ANSIEDAD .....	29
<b>2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES</b> .....	37
<b>2.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	37
2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL .....	37
2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS .....	37
<b>CAPITULO III: METODOLOGÍA</b> .....	39
<b>3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</b> .....	39
<b>3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA</b> .....	39
<b>3.3. OPERALIZACIÓN DE VARIABLES</b> .....	41
<b>3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b> .....	42
<b>3.5. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS</b> .....	43

3.6. ASPECTOS ÉTICOS .....	44
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....</b>	<b>45</b>
4.1. RESULTADOS .....	45
4.2. DISCUSIÓN .....	56
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>59</b>
5.1. CONCLUSIONES .....	59
5.2. RECOMENDACIONES .....	60
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>61</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>67</b>

## **LISTA DE TABLAS**

Tabla 1: SIGNOS Y SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN

Tabla 2: SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ANSIEDAD

Tabla 3: FRECUENCIA DE FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE UNA POBLACIÓN DE LIMA METROPOLITANA DURANTE LA PANDEMIA POR EL VIRUS SARS-CoV2.

Tabla 4: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN UNA POBLACIÓN DE LIMA METROPOLITANA DURANTE LA PANDEMIA POR EL VIRUS SARS-CoV2.

Tabla 5: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A ANSIEDAD EN UNA POBLACIÓN DE LIMA METROPOLITANA DURANTE LA PANDEMIA POR EL VIRUS SARS-CoV2.

Tabla 6: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A SUICIDALIDAD EN UNA POBLACIÓN DE LIMA METROPOLITANA DURANTE LA PANDEMIA POR EL VIRUS SARS-CoV2.

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1: FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN UNA POBLACIÓN DE LIMA METROPOLITANA DURANTE LA PANDEMIA POR EL VIRUS SARS-CoV2

Gráfico 2: FRECUENCIA DE ANSIEDAD EN UNA POBLACIÓN DE LIMA METROPOLITANA DURANTE LA PANDEMIA POR EL VIRUS SARS-CoV2

Gráfico 3: FRECUENCIA DE SUICIDALIDAD EN UNA POBLACIÓN DE LIMA METROPOLITANA DURANTE LA PANDEMIA POR EL VIRUS SARS-CoV2

## INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019, en la ciudad de Wuhan, China, inusuales casos de pacientes con neumonía causada por el nuevo Coronavirus de tipo 2 causante del Síndrome Respiratorio Agudo Severo o SARS-CoV2 (del inglés Severe Acute Respiratory Syndrome coronavirus 2) fueron reportados <sup>(1)</sup>, y la propagación del virus se convirtió rápidamente en una amenaza sanitaria a nivel mundial <sup>(2)</sup>.

Entre los síntomas encontramos fiebre, escalofríos, tos, dolor de garganta, mialgia, náuseas, vómito y diarrea. Así mismo, las personas con enfermedades previas son más propensas a infectarse por el virus y experimentar peores consecuencias como insuficiencia cardiorrespiratoria o incluso la muerte <sup>(3,4)</sup>. Además de los impactos físicos, esta enfermedad puede tener graves efectos en la salud mental de las personas <sup>(5)</sup>.

Se ha observado una amplia gama de complicaciones psicológicas durante el brote del virus. Las personas son más propensas a experimentar miedo a enfermar o morir, sentirse indefensas y ser estereotipados por los demás; lo que las lleva a caer en ansiedad, depresión y en casos extremos, en pensamientos o acciones suicidas <sup>(6)</sup>. Es por esto que la pandemia ha tenido un efecto nocivo en la salud mental de la población en general y ha llegado a provocar crisis psicológicas <sup>(7)</sup>.

Por lo tanto, la identificación temprana de los individuos en las primeras fases de un trastorno psicológico hace que las estrategias de intervención sean más eficaces. Ahora bien, las crisis sanitarias también pueden provocar cambios psicológicos, no sólo en la población general, sino también en los trabajadores de salud, y dichos cambios psicológicos son instigados por el miedo, la ansiedad y la depresión <sup>(8)</sup>.

Debido a lo mencionado anteriormente, esta tesis tuvo como objetivo determinar la frecuencia y los factores sociodemográficos asociados a depresión, ansiedad y suicidalidad en una población de Lima Metropolitana debido a la pandemia por el virus SARS-CoV2. El estudio servirá para diseñar estrategias de intervención destinadas a abordar los factores de

riesgo asociados y para mejorar la calidad de atención en las poblaciones más vulnerables.

## CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Vivir en cuarentena debido a la pandemia producida por el virus SARS-CoV2 es una experiencia un tanto desagradable para quienes la afrontan. La separación de los miembros de una familia, el aburrimiento, la incertidumbre sobre el estado de la enfermedad y la pérdida de libertad pueden crear efectos displacenteros <sup>(9,10)</sup>. El miedo, la frustración, la ansiedad y la depresión son reacciones consideradas comunes y comprensibles que manifiestan los que conviven en cuarentena <sup>(11)</sup>.

Además, los cambios en las condiciones de trabajo, los hábitos diarios y la nueva rutina sanitaria pueden llegar a desencadenar reacciones psicológicas que varían desde un comportamiento de ansiedad o histeria colectiva hasta sentimientos generalizados de depresión que están asociados con resultados negativos, incluido el comportamiento suicida <sup>(12)</sup>. Por estos motivos, diversos factores pueden aumentar el riesgo de desarrollar síntomas psiquiátricos tras una exposición prolongada a estímulos estresantes, en particular se deben tener en cuenta las diferencias obtenidas según los distintos factores sociodemográficos.

En estudios internacionales recientes, por ejemplo, se ha demostrado que un factor sociodemográfico asociado al desarrollo de depresión y ansiedad es ser de género femenino <sup>(13)</sup>, mientras que los jóvenes muestran mayores niveles de depresión <sup>(14)</sup>. También se encontró que el nivel de educación era un factor sociodemográfico importante; la prevalencia de depresión y ansiedad es mayor con niveles de escolaridad más bajos, especialmente entre las mujeres <sup>(15)</sup>.

En términos de salud pública, el principal impacto psicológico hasta la fecha son las elevadas tasas de ansiedad, pero a medida que se introducen nuevas medidas sanitarias se espera que aumenten los niveles de

depresión, consumo nocivo de sustancias psicoactivas y comportamiento suicida<sup>(16)</sup>.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la frecuencia y los factores sociodemográficos asociados a depresión, ansiedad y suicidalidad en una población de Lima Metropolitana durante la pandemia por el virus SARS-CoV2?

## **1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

La depresión, ansiedad y suicidalidad son problemas habituales de salud mental que afectan la capacidad de trabajo, la productividad, el bienestar psicológico y la salud física. Más de 300 millones de personas en el mundo sufren depresión, un trastorno que es la principal causa de discapacidad, y más de 260 millones tienen trastornos de ansiedad. Las consecuencias de estos trastornos en términos de salud perdida son enormes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala a la depresión como el mayor contribuyente a la discapacidad (el 7,5% de todos los años vividos con discapacidad en 2015) y menciona que los trastornos de ansiedad ocupan el sexto lugar (3,4%) a nivel mundial dentro de los otros desórdenes mentales. La depresión también es el principal factor que contribuye a muertes por suicidio, que suman cerca de 800 000 por año<sup>(17)</sup>.

La emergencia sanitaria generada por la pandemia del virus SARS- Cov2 que se evidencia en una crisis económica y las medidas de distanciamiento social para evitar su propagación, han generado diversos problemas de salud mental en la población general, lo que incrementa principalmente los cuadros de depresión y ansiedad, pudiendo concluir en comportamiento e ideaciones suicidas. Es por esto que el MINSA, de enero a noviembre del 2020, atendió más de 289 mil casos de ansiedad y 150 mil casos de depresión<sup>(18)</sup>.

Son pocos los estudios, dentro del contexto nacional, que brindan información sobre la salud mental de la población general y cómo ésta ha sido afectada debido a la pandemia. Por el contrario, existen estudios relacionados a la depresión y ansiedad y factores asociados, pero en trabajadores del área de salud <sup>(19)</sup> así como de estudiantes de medicina humana que estuvieron cursando el internado médico desde el inicio de la pandemia <sup>(20)</sup>.

De esta manera, contamos con escasos estudios en la población general que confirmen o contrasten los resultados hallados en otros países sobre el efecto de la pandemia en la salud mental, así como los factores sociodemográficos asociados a estos. Por estos motivos con los resultados de esta investigación se espera brindar información sociodemográfica actualizada y útil para el personal médico asistencial en general y especialistas en salud mental del país para fomentar iniciativas en innovación estratégica y preventiva orientadas a mejorar la calidad de vida de la ciudadanía en general respecto a las nuevas realidades frente a la pandemia por el virus SARS-CoV2 además de ofrecer e implementar intervenciones adecuadas con el fin de identificar y tratar los problemas psiquiátricos asociados oportuna y rápidamente.

#### **1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **1.4.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar la frecuencia y los factores sociodemográficos asociados a depresión, ansiedad y suicidalidad en una población de Lima Metropolitana durante la pandemia por el virus SARS-CoV2.

##### **1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1) Calcular la frecuencia de depresión, ansiedad y suicidalidad en una población de Lima Metropolitana durante la pandemia por el virus SARS-CoV2.

- 2) Identificar los factores sociodemográficos asociados a depresión en una población de Lima Metropolitana durante la pandemia por el virus SARS-CoV2.
- 3) Determinar los factores sociodemográficos asociados a ansiedad en una población de Lima Metropolitana durante la pandemia por el virus SARS-CoV2.
- 4) Establecer los factores sociodemográficos asociados a suicidalidad en una población de Lima Metropolitana durante la pandemia por el virus SARS-CoV2.

### **1.5. VIABILIDAD Y LIMITACIONES**

El diseño de investigación “en bola de nieve” es un proceso en cadena que nos permite llegar a poblaciones que son difíciles de probar y recopilar datos primarios de forma rentable. El proceso es corto, barato y sencillo llegando a varios grupos de redes sociales para poder generar y tener el mayor número de encuestas resueltas en su totalidad.

Entre las limitaciones se debe tener en cuenta el tipo de diseño de investigación “en bola de nieve” con el cual existe poco control sobre el método de muestreo que puede llevar a un posible sesgo.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

- Özdin et al.<sup>(13)</sup>, 2020 pidieron participantes turcos que completaran un formulario de datos sociodemográficos mediante un cuestionario en línea, la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) y el Inventario de ansiedad por la salud (HAI). En términos de puntos de corte de HADS, el 23,6% (n = 81) de la población puntuó por encima del punto de corte de depresión y el 45,1% (n = 155) puntuó por encima del punto de corte de ansiedad. En el análisis de regresión, el sexo femenino, el hecho de vivir en áreas urbanas y el historial previo de enfermedades psiquiátricas se encontraron como factores de riesgo de ansiedad; el sexo femenino, la enfermedad crónica acompañante y la historia psiquiátrica previa se encontraron como factores de riesgo de ansiedad.
- Rossi et al.<sup>(21)</sup>, 2020 evaluaron las tasas de resultados de salud mental en la población general después de tres a cuatro semanas de las medidas de bloqueo y exploraron el impacto de los posibles factores de riesgo relacionados con el COVID-19 mediante una encuesta difundida a través de Internet entre el 27 de marzo y el 6 de abril de 2020. Dieciocho mil ciento cuarenta y siete individuos completaron el cuestionario, 79,6% eran mujeres. Entre los resultados seleccionados encontraron la depresión (17,3%) y la ansiedad (20,8%). Se realizó un análisis de regresión logística aparentemente no relacionada para identificar los factores de riesgo relacionados con COVID-19. El hecho de ser mujer y la edad más joven se asociaron con todos los resultados seleccionados asociados con todos los resultados seleccionados.
- Hyland et al.<sup>(22)</sup>, 2020 estimaron las probables tasas de prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y la depresión e identificaron los factores de riesgo sociodemográficos asociados con el cribado positivo del

TAG o depresión. Los datos se recopilaron de una muestra irlandesa en línea representativa a nivel nacional (N = 1041) entre el 31 de marzo y el 5 de abril (la primera semana de las medidas de cuarentena a nivel nacional). Se utilizaron puntuaciones de corte reconocidas en el GAD-7 y el PHQ-9 para estimar las tasas del TAG y depresión. Las correlaciones de cribado positivo para el TAG o la depresión se evaluaron mediante análisis de regresión logística. Entre los resultados sobresale el TAG (20,0%), la depresión (22,8%) y el TAG o depresión (27,7%). La detección positiva del TAG o la depresión se asoció con una edad más joven y ser de sexo femenino.

- Virto et al.<sup>(23)</sup>, 2021 en su investigación transversal, analítica, tipo “bola de nieve” a inicios de la cuarentena en la ciudad del Cusco, en Perú, determinaron la influencia de factores asociados a ansiedad y depresión, en respuesta a la emergencia sanitaria por la pandemia del COVID-19. Se recolectaron 1089 respuestas mediante una encuesta on-line, iniciando con estudiantes y docentes universitarios. Durante los primeros días de cuarentena, encontraron depresión (18,1%) y ansiedad (20,7%) en el Perú.
- Verma et al.<sup>(24)</sup>, 2020 tuvieron como objetivo encontrar las tasas de prevalencia de la depresión y la ansiedad, así como sus correlaciones sociodemográficas en la población india durante la cuarentena para contener la propagación del COVID-19. Por medio de un cuestionario electrónico participaron 354 participantes en un muestreo de conveniencia. La depresión y la ansiedad se midieron mediante la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) un cuestionario auto informado de 21 ítems. El 25% de los participantes presentaron depresión y el 28% ansiedad de moderados a extremadamente graves, respectivamente. Encontraron como factores de riesgo asociados significativamente a la ansiedad el ser hombre ( $p < 0,05$ ; OR = 2,17; IC 95%: 1,317 – 3,589) y el estar desempleado ( $p < 0,05$ ; OR = 1,77; IC 95%: 1,002 – 3,141). Como factor de riesgo

relacionado con la depresión encontraron el no tener un trabajo ( $p < 0,05$ ; OR = 1,914; IC 95%: 1,072 – 3,418).

- Mortier et al.<sup>(25)</sup>, 2021 investigaron la prevalencia de pensamientos y conductas suicidas (es decir, ideación, planes o intentos suicidas) en la población general adulta española durante la primera oleada de la pandemia de la enfermedad por coronavirus en España (marzo-julio de 2020). Entrevistadores profesionales realizaron entrevistas telefónicas asistidas del 01 al 30 de junio de 2020). Se obtuvo una muestra nacionalmente representativa de 3500 adultos españoles. Se utilizó la regresión logística para investigar las asociaciones a nivel individual (odds ratios [OR]) y a nivel poblacional (proporciones de riesgo atribuible a la población [PARP]). La prevalencia estimada de pensamientos y conductas suicidas a los 30 días fue del 4,5% (1,8% de ideación suicida activa;  $n = 5$  [0,1%] intentos de suicidio). Los factores significativamente asociados con los pensamientos y conductas suicidas fueron los factores sociodemográficos de edad adulta (OR = 0,5; IC 95%: 0,3 – 0,8), ser de género femenino (OR = 1,8; IC 95%: 1,3 – 2,4), ser divorciado/separado (OR = 2,2; IC 95%: 1,3 – 3,6) y ser viudo (OR = 1,8; IC 95%: 1,0–3,3).
- Shah et al.<sup>(26)</sup>, 2021 adoptaron un diseño de estudio transversal. 678 formularios completados fueron recolectados durante la cuarentena por el COVID-19 en Pakistán. Se diseñó un cuestionario en línea y se utilizó el Cuestionario de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) como herramienta de visualización. Se aplicó una estrategia de técnica de muestreo no probabilístico. El 50,9% de los participantes mostró rasgos de ansiedad y el 58,6% presentó depresión. La ansiedad y la depresión prevalecen de manera abrumadora en todo el mundo durante esta pandemia de COVID-19, y múltiples factores pueden influir en las tasas de estas afecciones de salud mental. Su análisis factorial mostró asociaciones y manifestaciones notables de ansiedad y síntomas depresivos. Las

personas de 18 a 24 años, las mujeres y las personas en relaciones no matrimoniales experimentaron ansiedad y depresión. Las personas separadas experimentaron ansiedad al igual que personas casadas. Las personas solteras y divorciadas experimentadas depresión. Los desempleados también presentaron depresión.

- Varma et al.<sup>(27)</sup>, 2021 estudiaron a 1653 participantes (edad media  $42,90 \pm 13,63$  años; 30,3% hombres) de 63 países que respondieron la encuesta. La depresión y la ansiedad se evaluaron mediante el Cuestionario de Salud del Paciente y el Inventario de Ansiedad por Rasgos del Estado, respectivamente. A nivel mundial, se observaron niveles consistentemente altos de ansiedad y depresión independientemente del número de casos de COVID-19. El 59% cumplía los criterios de ansiedad clínicamente significativa y el 39% informaba síntomas depresivos moderados. Las diferencias basadas en la edad revelaron que los más jóvenes eran más vulnerables a la depresión y a los síntomas de ansiedad.
- Fountoulakis et al.<sup>(28)</sup>, 2021 registraron datos demográficos de salud, antecedentes psiquiátricos, ansiedad actual, depresión y tendencias suicidas, creencia en teorías de conspiración y otros dominios durante la cuarentena en Grecia mediante un cuestionario en línea. Se utilizaron datos de 3399 personas (81,08% mujeres; edad  $34,02 \pm 9,72$  y 18,27% hombres; edad  $36,38 \pm 10,33$ ). La depresión estuvo presente en el 9,31% de la muestra estratificada, mientras que el aumento de la ansiedad estuvo presente en más del 45%. Los pensamientos suicidas aumentaron en un 10,40%. Concluyeron que el modelo desarrollado reveló múltiples vulnerabilidades y una interacción que va desde la simple ansiedad hasta la depresión clínica y el suicidio a través de la angustia.
- Arafa et al.<sup>(29)</sup>, 2021 realizaron un estudio que tuvo como objetivo evaluar la prevalencia de depresión y ansiedad entre el público de Egipto durante

la nueva pandemia por el COVID-19. Se utilizó un enfoque de muestreo en “bola de nieve” en línea para recopilar datos de cibernautas en cuatro gobernaciones egipcias entre el 16 y el 30 de abril de 2020. Un cuestionario semiestructurado fue diseñado para evaluar las características sociodemográficas y los trastornos psicológicos (depresión y ansiedad) de los participantes mediante la Escala de estrés de ansiedad y depresión - 21. De 1629 participantes, el 48,1% fueron  $\leq 30$  años, el 42,4% eran hombres y el 20,0% trabajaba en el sector salud. Los participantes informaron una alta prevalencia de depresión (67,1%: leve a moderada 44,6% y grave a muy grave 22,5%) y prevalencia de ansiedad (53,5%: leve a moderada 30,6% y de severo a muy severo 22,9%). El ser de sexo femenino, trabajar en sectores distintos al sector salud y la falta de apoyo emocional de la familia y la sociedad se asociaron con una alta prevalencia de depresión y ansiedad.

- Alzqueta et al.<sup>(30)</sup>, 2021 realizaron un estudio en 59 países y obtuvieron una muestra de 6882 individuos (edad promedio = 42,30; 78,8% mujeres) que completaron una encuesta en línea acerca de cambios en la vida cotidiana y el estado psicológico relacionados con la pandemia. De estos participantes, el 25,4% y el 19,5% informaron de depresión moderada a grave (DASS-21) y síntomas de ansiedad (GAD-7), respectivamente. Características demográficas, exposición a COVID-19, nivel de cuarentena impuesto por el gobierno y cambios de vida basados en el COVID-19 explicó el 17,9% de la variación en la depresión y el 21,5% en los síntomas de ansiedad.
- Wang et al.<sup>(31)</sup>, 2021 compararon el estado de salud mental durante la pandemia en la población general de siete países de ingresos medios en Asia (China, Irán, Malasia, Pakistán, Filipinas, Tailandia y Vietnam). Todos los países utilizaron la Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) para medir la salud mental. 4479 asiáticos completaron el cuestionario con

características demográficas y calificaron su salud mental con el DASS-21. Los factores de riesgo de salud mental adversa durante la pandemia de COVID-19 incluyen edad <30 años, antecedentes de educación superior, estado de soltero y separado ( $p < 0,05$ ). Los factores protectores para la salud mental incluyen ser de sexo masculino, quedarse con niños o más de 6 personas en el mismo hogar, empleo, confianza en los médicos, alta probabilidad percibida de supervivencia y dedicar menos tiempo a la información de salud ( $p < 0,05$ ).

- Wang et al.<sup>(32)</sup>, 2021 recibieron 600 cuestionarios válidos de algunas regiones de China. Utilizaron la Escala de ansiedad de autoevaluación (SAS) y la Escala de depresión de autoevaluación (SDS). El riesgo de ansiedad de las mujeres fue 3,01 veces mayor que el de los hombres (IC del 95%: 1,39 a 6,52). En comparación con las personas menores de 40 años, el riesgo de ansiedad de las personas mayores de 40 años fue de 0,40 veces (IC del 95%: 0,16 a 0,99). Los resultados de la SDS indicaron que la diferencia entre el nivel educativo y la ocupación fue estadísticamente significativa ( $p = 0,024$ ). En comparación con las personas con un título de maestría o superior, los que tenían un título de licenciatura tenían un riesgo de depresión de 0,39 veces (IC del 95%: 0,17 a 0,87). En comparación con los profesionales, los trabajadores de servicios industriales y otro personal tenían un riesgo de depresión de 0,31 veces (IC del 95%: 0,15 a 0,65) y 0,38 veces (IC del 95%: 0,15 a 0,93). Concluyeron que las tasas de no ansiedad y no depresión fueron 93,67% y 82,83%, respectivamente. Hubo ansiedad en el 6,33% y depresión en el 17,17%.
- Shahriarirad et al.<sup>(33)</sup>, 2021 realizaron una encuesta transversal por la web entre la población general de 15 años o más en Irán. Las variables demográficas, la depresión y los síntomas de ansiedad se evaluaron mediante los cuestionarios Patient Health Questionnaire-9 y General

Anxiety Disorder-7. Entre los 8591 participantes, la edad media fue de 34,37 ( $\pm$  11,25) años y el 66,4% eran mujeres, mientras que el 33,6% eran hombres. Según sus resultados, 1295 (15,1%) y 1733 (20,1%) de la población general tenían síntomas depresivos y de ansiedad clínicamente significativos, respectivamente. Con base en las variables demográficas, el sexo femenino se asoció con un mayor riesgo de desarrollar síntomas de depresión y ansiedad. Por otro lado, para la ansiedad, tener educación superior fue un factor de protección, mientras que un mayor número de personas en un hogar se consideró como un factor de riesgo.

- Fiorenzato et al.<sup>(34)</sup>, 2021 exploraron los cambios en la salud mental y su posible interacción relacionada con el bloqueo del COVID-19. También investigaron los factores de riesgo potenciales para identificar grupos más vulnerables. En toda Italia, 1215 encuestados completaron una encuesta en línea basada en *Qualtrics* durante el final del confinamiento domiciliario impuesto de siete a diez semanas (del 29 de abril al 17 de mayo de 2020). Encontraron una mayor gravedad y prevalencia de depresión y trastornos de ansiedad: con depresión leve a severa y prevalencia de ansiedad subiendo al 32 y 36 %, respectivamente. Ser mujer, tener menos de 45 años, trabajar desde casa o estar subempleado se identificaron como factores de riesgo relevantes para el empeoramiento de la cognición y la salud mental.
- Choi et al.<sup>(35)</sup>, 2020 evaluaron, en Hong Kong, la depresión y la ansiedad de las personas durante la pandemia del COVID-19. Los encuestados fueron seleccionados al azar y se les pidió que completaran un cuestionario que incluía el cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9), el trastorno de ansiedad generalizada-7 (GAD-7), la escala de calificación global de cambio y los ítems relacionados con el COVID-19. De los 500 encuestados incluidos en el estudio, el 19% tenía depresión (puntuación PHQ-9  $\geq$  10) y

el 14% tenía ansiedad (puntuación GAD  $\geq$  10). Además, el 25,4% informó que su salud mental se había deteriorado desde la pandemia.

- Kamal et al.<sup>(36)</sup>, 2020 realizaron un estudio que estima la prevalencia de los trastornos de salud mental comunes entre una muestra de la población adulta durante la pandemia en la región de Kurdistán, en Iraq. A través de una encuesta en línea que utiliza el DASS-21 para medir la depresión y la ansiedad, se recopilaron y analizaron datos de 548 participantes adultos durante abril de 2020. La muestra fue principalmente de Sulaimani (89%), la edad media fue de 37,9 años (DE 13,5) y la proporción hombre / mujer fue 1. La prevalencia de cualquier nivel de gravedad de depresión y ansiedad fue del 45% y 47% respectivamente. En el análisis de regresión, notablemente el sexo femenino fue un factor independiente significativo para niveles más altos de depresión (coeficiente 1.89,  $p < 0,05$ ) y ansiedad (coeficiente 2,19,  $p < 0,001$ ). La educación de posgrado y otras ocupaciones también se asociaron significativamente con depresión (coeficiente 3,81,  $p < 0,05$ ; coeficiente 2,39,  $p < 0,05$  respectivamente) y ansiedad (coeficiente 2,92,  $p < 0,05$ ; coeficiente 4,1,  $p < 0,001$  respectivamente).
- Gould et al.<sup>(37)</sup>, 2021 describieron la frecuencia de depresión y ansiedad durante la cuarentena en la población paraguaya mediante un estudio transversal descriptivo de corte prospectivo. Se aplicó una encuesta en forma virtual que llegó a las personas a través de las redes sociales. Para el diagnóstico de depresión y ansiedad se aplicó el cuestionario de Patient Health Questionnaire-4. Se incluyeron 511 personas, 63% fue del sexo femenino, con 51,9% del rango etario 30-50 años. El 49,3% de las personas fueron solteras y 79,8% vive en zona urbana. El 93,3% de los encuestados culminó la educación terciaria. Con el cuestionario Patient Health Questionnaire-4, 44,9% era normal, 21,3% presentó ansiedad y

depresión moderada, mientras que 15,9% tenía síntomas de ansiedad y depresión severa.

## 2.2. BASES TEÓRICAS

### 2.2.1. DEPRESIÓN

#### A. DEFINICIÓN

La depresión, denominado también como trastorno depresivo mayor o depresión clínica, es un trastorno común del estado de ánimo, afecta negativamente a las personas en cómo se sienten, cómo piensan y cómo actúan. Causa sentimientos de tristeza y/o pérdida de interés en actividades que alguna vez eran disfrutables. Puede provocar una variedad de problemas emocionales y físicos además de que disminuye la capacidad para laborar en el trabajo y expresarse en el ámbito hogareño<sup>(38)</sup>.

#### B. SIGNOS Y SÍNTOMAS

---

**Tabla 1: SIGNOS Y SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN**

---

- Tristeza, ansiedad o "vacío" persistente
  - Sentimientos de culpa, inutilidad o impotencia
  - Pérdida de interés o placer en actividades que antes disfrutaba
  - Cambios en el apetito: pérdida o ganancia de peso no relacionada con la dieta
  - Dificultad para conciliar el sueño
  - Irritabilidad, pérdida de energía o aumento de fatiga.
  - Aumento de la actividad física sin propósito
  - Dificultad para pensar, concentrarse, recordar o tomar decisiones
  - Sentimientos de desesperanza o pesimismo, pensamientos de muerte o suicidio, intentos de suicidio
  - Dolores o molestias, cefaleas, calambres o problemas digestivos sin una causa física clara
-

Experimentar algunos de los siguientes signos y síntomas la mayor parte del día, casi todos los días o durante al menos dos semanas, evidencia sufrir de depresión. No todas las personas deprimidas experimentan todos los síntomas. Algunas personas experimentan solo unos pocos síntomas, mientras que otras pueden experimentar muchos de ellos<sup>(39)</sup>.

### C. EPIDEMIOLOGÍA

Los trastornos del estado de ánimo son frecuentes. En las investigaciones más recientes, el trastorno de depresión mayor tiene la prevalencia de vida más alta (casi el 17%) entre todos los trastornos psiquiátricos. La incidencia anual de un episodio depresivo mayor es del 1,59% (mujeres, 1,89%; hombres, 1,10%).

La depresión mayor es más frecuente en las mujeres, mientras los episodios depresivos en los hombres. Los trastornos depresivos se presentan con mayor frecuencia entre las personas solteras y divorciadas que en las casadas. No se observa correlación con la situación socioeconómica<sup>(40)</sup>.

### D. ETIOLOGÍA

#### ➤ *Neurotransmisores*

**Serotonina:** la disminución de este neurotransmisor está asociado frecuentemente a depresión. Algunos pacientes con impulsos suicidas tienen concentraciones bajas de ácido 5-hidroxiindolacético (metabolito de la serotonina) en el líquido cefalorraquídeo (LCR) como de sitios de recaptación de serotonina en las plaquetas.

**Noradrenalina:** se encuentran concentraciones bajas de 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol (metabolito de

noradrenalina) en LCR, orina y sangre, de los pacientes deprimidos.

Dopamina: puede encontrarse disminuido en la depresión. Las enfermedades y fármacos que reducen las concentraciones de dopamina se asocian con síntomas depresivos.

➤ *Psicosocial*

Psicoanalítica: Freud describió una ambivalencia interiorizada hacia un objeto de amor que puede producir una forma patológica de duelo si el objeto se pierde o se percibe como perdido. Este duelo toma la forma de una depresión grave con sentimientos de inutilidad, culpa e incluso ideación suicida.

Psicodinámica: En la depresión, la introyección de objetos perdidos percibidos de manera ambivalente conduce a un sentimiento interno de conflicto, culpa, ira, dolor y aversión; un duelo patológico se convierte en depresión, ya que los sentimientos ambivalentes hacia el objeto introyectado se dirigen al yo.

Cognitiva: Tríada cognitiva de Aaron Beck: 1° la percepción negativa de uno mismo (las “cosas son malas porque soy malo”), 2° la interpretación negativa de la experiencia (“todo siempre ha sido malo”) y 3° la percepción negativa del futuro (anticipación del fracaso).

Acontecimientos estresantes de la vida: Con frecuencia preceden a los primeros episodios de los trastornos del estado de ánimo. Tales acontecimientos pueden causar cambios neuronales permanentes que predisponen a una persona a episodios posteriores de un trastorno del estado de ánimo<sup>(40)</sup>.

## E. CLASIFICACIÓN

- *Trastorno depresivo persistente* (también llamado distimia) es un estado de ánimo depresivo que dura al menos dos años. Puede cursar con episodios de depresión mayor junto a períodos de síntomas menos graves.
- *La depresión posparto* es mucho más grave que la “tristeza puerperal” (síntomas de depresión y ansiedad relativamente leves que generalmente desaparecen dentro de las dos semanas posteriores al parto) que muchas mujeres experimentan después de dar a luz.
- *La depresión psicótica* es cuando una persona tiene una depresión severa más alguna forma de psicosis, como tener creencias fijas falsas perturbadoras (delirios) o escuchar o ver cosas perturbadoras que otros no pueden oír o ver (alucinaciones).
- *El trastorno afectivo estacional* se caracteriza por la aparición de depresión durante los meses de invierno, cuando hay menos luz solar natural. Generalmente es acompañada de aislamiento social, aumento de sueño y aumento de peso.
- *El trastorno bipolar* está incluido en esta clasificación ya que experimenta episodios de estados de ánimo extremadamente bajos que cumplen con los criterios de depresión mayor. <sup>(38)</sup>.

## F. TRATAMIENTO

Los episodios depresivos mayores son tratables en el 70-80% de los casos. El enfoque más eficaz consiste en integrar los medicamentos y las intervenciones psicoterapéuticas.

➤ *Psicofarmacológico*

La mayoría de los médicos inician el tratamiento con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina. Los inhibidores tricíclicos o IMAO se consideran, por lo general, como fármacos de segunda o tercera línea debido a sus efectos secundarios y a la mortalidad potencial por sobredosis. El tratamiento de mantenimiento por al menos 5 meses con antidepresivos ayuda a prevenir las recaídas.

➤ *Psicológico*

La psicoterapia junto con los antidepresivos es más eficaz que cualquier tratamiento solo para el trastorno de depresión mayor.

- Cognitivo: Tratamiento de corto plazo dirigido a la valoración y corrección de cogniciones negativas basado en la corrección de distorsiones crónicas del pensamiento que conducen a la depresión.
- Conductual: Tratamiento con base en el aprendizaje de la teoría (condicionamiento clásico y operante). Está dirigido a conductas indeseables específicas bien delimitadas.
- Interpersonal: Tratamiento de corto plazo específico para la depresión no bipolar, no psicótica en pacientes ambulatorios. Hace énfasis en los temas interpersonales en curso.
- Orientación psicoanalítica: Terapia introspectiva, de duración indeterminada para lograr la comprensión de los conflictos y las motivaciones inconscientes.
- Terapia de apoyo: Indicada sobre todo para el tratamiento de las crisis agudas, como el duelo, o cuando el paciente comienza a recuperarse de un

episodio depresivo importante, pero todavía no puede participar en una terapia interactiva más exigente.

- Grupal: El apoyo, desahogo y refuerzo positivo de los grupos son beneficiosos, así como la interacción interpersonal, la corrección inmediata de distorsiones cognitivas y la transferencia por otros miembros del grupo. No está indicada para pacientes con tendencias suicidas marcadas
- Familiar: Terapia indicada particularmente cuando la depresión del paciente altera la estabilidad de la familia, se relaciona con acontecimientos familiares o se mantiene debido a los patrones familiares.

➤ *Terapia Electroconvulsiva (TEC)*

Es un tratamiento médico que se ha reservado con mayor frecuencia para pacientes con depresión mayor grave que no han respondido a otros tratamientos. Implica una breve estimulación eléctrica del cerebro mientras el paciente está bajo anestesia. Por lo general, un paciente recibe TEC dos o tres veces por semana durante un total de seis a 12 tratamientos. La TEC se ha utilizado desde la década de 1940 y muchos años de investigación han conducido a importantes mejoras y al reconocimiento de su eficacia como un tratamiento convencional en lugar de un tratamiento de "último recurso"<sup>(39)</sup>.

## G. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

El número promedio de episodios depresivos con los que cursa una persona en toda su vida es de cinco. Por lo menos el 75% de los pacientes afectados tienen un segundo episodio de depresión, habitualmente en el

transcurso de los primeros 6 meses después del episodio inicial. Además, un episodio de depresión promedio sin tratar dura cerca de 10 meses, es por esto que el 15% de los pacientes deprimidos con el tiempo suelen cometer suicidio. El pronóstico suele ser bueno: el 50% se recupera, el 30% lo hace parcialmente y el 20% padece un curso crónico<sup>(40)</sup>.

## 2.2.2. ANSIEDAD

### A. DEFINICIÓN

La ansiedad es una reacción normal al estrés y puede ser beneficiosa en algunas situaciones. Los trastornos de ansiedad difieren de los sentimientos normales de nerviosismo o ansiedad e implican miedo o ansiedad excesivos. <sup>(41,42)</sup>.

### B. SIGNOS Y SÍNTOMAS

---

**Tabla 2: SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ANSIEDAD**

---

- Sentirse nervioso, inquieto o tenso. Temblor, fasciculaciones, agitación. Sentirse débil o cansado.
  - Tener una sensación de peligro inminente, pánico o fatalidad (respuesta de sobresalto).
  - Tener un aumento de la frecuencia cardíaca, rubefacción o palidez.
  - Cefalea, dolor de espalda, hiperventilación o disnea, transpiración, tensión muscular o parestesias, xerostomía.
  - Micción frecuente, disminución de la lívido.
  - Dificultad para concentrarse o tener dificultad para controlar la preocupación
  - Dificultad para conciliar el sueño.
  - Experimentar problemas gastrointestinales (GI), dificultad para deglutir
  - Tener la necesidad de evitar las cosas que desencadenan la ansiedad
-

## C. EPIDEMIOLOGÍA

Los trastornos de ansiedad son el grupo más frecuente de trastornos psiquiátricos. Una de cada cuatro personas presenta los criterios diagnósticos de uno de los trastornos de ansiedad enumerados como mínimo, y la tasa de prevalencia durante 12 meses se aproxima al 17%. Las mujeres son más vulnerables a estos trastornos que los hombres. La prevalencia de los trastornos de ansiedad disminuye conforme se eleva la categoría socioeconómica<sup>(40)</sup>.

## D. ETIOLOGÍA

### ➤ *Biológica*

La ansiedad es una reacción vegetativa exagerada con incremento del tono simpático, producida por la liberación de catecolaminas que aumentan debido a la mayor producción de metabolitos noradrenalínicos, como el 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol.

La disminución de ácido  $\gamma$ -aminobutírico (GABA) ocasiona hiperactividad del sistema nervioso central. Las alteraciones del sistema serotoninérgico y el incremento en la actividad dopaminérgica también se asocian con la ansiedad.

La actividad de la corteza temporal del cerebro aumenta. El locus cerúleo, un centro cerebral de neuronas noradrenérgicas, se muestra hiperactivo en los estados de ansiedad, en especial en las crisis de angustia. La hiperactividad y la disregulación en la amígdala pueden acompañarse de ansiedad social.

### ➤ *Psicoanalítica*

Según Freud, la ansiedad se relaciona con los temores infantiles a la desintegración, que provienen del miedo

a la pérdida real o imaginaria de un objeto querido o del miedo al daño físico. Utilizó el término *angustia señal* para describir la ansiedad inconsciente que desencadena mecanismos de defensa utilizados para afrontar una situación potencialmente amenazante.

➤ *Teoría del aprendizaje*

La ansiedad es producida por la intensa frustración o la tensión continua. Luego se torna en una respuesta condicionada a otras situaciones que producen frustración o tensión leves. También se puede aprender a través de la identificación e imitación de los patrones de ansiedad parentales. Otras veces la ansiedad se asocia con un estímulo aterrador natural. El desplazamiento o transferencia posterior hacia otro estímulo, mediante el condicionamiento, produce una fobia a un objeto o situación nuevos y diferentes.

➤ *Estudios genéticos*

La mitad de los pacientes con trastorno de angustia tiene un pariente afectado. Cerca del 5% de las personas con ansiedad muestran una variante polimorfa del gen asociado con el metabolismo del transportador de serotonina<sup>(40)</sup>.

## E. CLASIFICACIÓN

➤ *La agorafobia* es un tipo de trastorno de ansiedad en el que temes y evitas a menudo los lugares o situaciones que pueden hacerte entrar en pánico y hacerte sentir atrapado, indefenso o avergonzado.

➤ *El trastorno de ansiedad debido a una afección médica* incluye síntomas de ansiedad intensa o pánico que son causados directamente por un problema de salud física.

- *El trastorno de ansiedad generalizada* incluye ansiedad persistente y excesiva, así como preocupación por actividades, incluso problemas ordinarios y de rutina. La preocupación no guarda proporción con las circunstancias reales, es difícil de controlar y afecta cómo se siente físicamente.
- *El trastorno de pánico* implica episodios repetidos de sentimientos repentinos de ansiedad intensa y miedo, que alcanzan un pico en minutos (ataques de pánico). Es posible que tenga sensaciones de muerte inminente, disnea, dolor precordial o palpitaciones.
- *El mutismo selectivo* es una incapacidad constante de los niños para hablar en determinadas situaciones, como la escuela, incluso cuando pueden hablar en otras situaciones, como en casa con familiares cercanos. Esto puede interferir con el funcionamiento escolar y social.
- *El trastorno de ansiedad por separación* es un trastorno infantil caracterizado por una ansiedad excesiva para el nivel de desarrollo del niño y relacionada con la separación de los padres u otras personas que tienen roles parentales.
- *El trastorno de ansiedad social (fobia social)* implica altos niveles de ansiedad, miedo y evasión de lugares sociales debido a sentimientos de vergüenza, timidez y preocupación por ser juzgado o visto negativamente por los demás.
- *Las fobias específicas* se caracterizan por una gran ansiedad cuando estás expuesto a un objeto o situación específicos y el deseo de evitarlo. Las fobias provocan ataques de pánico en algunas personas.

- *El trastorno de ansiedad inducida por sustancias* se caracteriza por síntomas de ansiedad intensa o pánico que son el resultado directo del uso indebido de drogas, la ingesta de medicamentos, la exposición a una sustancia tóxica o la abstinencia de drogas.
- *Otro trastorno de ansiedad especificado y un trastorno de ansiedad no especificado* son términos para la ansiedad o las fobias que no cumplen con los criterios exactos para ningún otro trastorno de ansiedad, pero que son lo suficientemente importantes como para ser angustiantes y perturbadores<sup>(41,43)</sup>.

## F. TRATAMIENTO

El tratamiento de los trastornos de ansiedad implica tanto un abordaje psicofarmacológico como de psicoterapia:

- *Farmacológico*
  - Benzodiazepinas: Reducen la ansiedad de una manera eficaz. En el trastorno de angustia, reducen el número y la intensidad de los ataques. También son de ayuda en la fobia social y específica. Entre los fármacos más frecuentes se incluyen alprazolam, clonazepam, diazepam y lorazepam. El alprazolam es eficaz en el tratamiento del trastorno de angustia y ansiedad asociada con depresión.
  - Inhibidores Selectivos de la recaptación de Serotonina (ISRS): La sertralina está indicada en el tratamiento del trastorno de angustia con o sin agorafobia. Los ISRS son más seguros que los medicamentos tricíclicos, porque carecen de efectos anticolinérgicos y no son tan letales si se toman en una sobredosis.

- Tricíclicos: Los fármacos de esta clase reducen la intensidad de la ansiedad en todos los trastornos de este tipo. Debido a sus diversos efectos secundarios como cardiotoxicidad y posible peligro por sobredosis, no son opciones de primera línea. Incluyen la imipramina, nortriptilina y clomipramina.
- Inhibidores de la Monoaminoxidasa (MAO): Eficaces para el tratamiento de los trastornos de angustia y otros trastornos de ansiedad; sin embargo, no son opciones de primera línea debido a un efecto secundario adverso importante: la aparición de crisis hipertensivas secundarias a la ingesta de alimentos que contienen tiramina. Los fármacos de mayor uso de este grupo son la fenelzina y la tranilcipromina.

➤ *Psicológico*

- Psicoterapia de Apoyo: Emplea conceptos psicodinámicos y una alianza terapéutica para promover el afrontamiento adaptativo. Las defensas adaptativas son alentadas y fortalecidas, y las desadaptativas son desalentadas.
- Psicoterapia Orientada a la Introspección: Incrementa el desarrollo de la introspección sobre los conflictos psicológicos en el paciente que, si no se resuelven, pueden manifestarse como un comportamiento sintomático. Esta modalidad está particularmente indicada si: los síntomas de ansiedad son secundarios a un conflicto inconsciente subyacente; si la ansiedad continúa después de que se brinden tratamientos conductuales o farmacológicos; si se desarrollan

nuevos síntomas de ansiedad después de que se hayan resuelto los síntomas originales; o las ansiedades son más generalizadas y menos específicas.

- Terapia Conductual: Produce un cambio sin tener que desarrollar una percepción psicológica de las causas subyacentes. Destacan el refuerzo positivo y negativo, desensibilización sistemática, inundación, implosión, exposición gradual, prevención de la respuesta, detención del pensamiento, técnicas de relajación, terapia para el control de la angustia, autocontrol e hipnosis.
- Terapia Cognitiva: Formula que el comportamiento inadaptado se debe a distorsiones en la forma en que las personas se perciben a sí mismas y en el modo en que los demás las perciben a ellas. El tratamiento es breve e interactivo, con asignación de tareas domésticas que deben realizarse entre sesiones, y que corrigen los supuestos y las cogniciones distorsionadas.
- Terapia de Grupo: Brindan apoyo y un aumento en las habilidades sociales, también se enfocan en el alivio de síntomas específicos y en los que están principalmente orientados a la introspección. Los grupos pueden ser heterogéneos u homogéneos en términos de diagnóstico. Los homogéneos sirven, por lo general, en el tratamiento de diagnósticos como el trastorno por estrés postraumático, en el cual la terapia está dirigida al manejo del estrés<sup>(40)</sup>.

## G. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

El Trastorno de ansiedad por separación comienza desde el primer año de edad y se presentan períodos de exacerbaciones y remisiones. Los adultos pueden tener disfunción social y ocupacional, sin embargo, tienen un buen pronóstico general con remisión del 96%.

En el caso del mutismo selectivo tiene riesgo de depresión y dificultades académicas, así como el aumento en el riesgo de trastornos de ansiedad comórbidos.

La evolución de la Fobia específica tiende a ser crónica. Éstas pueden empeorar o extenderse sin tratamiento, siendo la agorafobia la más resistente de todas las fobias. El pronóstico es bueno a excelente con terapia. La fobia social tiene su inicio en la niñez tardía o adolescencia temprana. Es crónica, pero los síntomas pueden remitir. Hay perturbación en la vida del individuo, sin embargo, tiene buen pronóstico con tratamiento farmacológico y psicoterapia.

La evolución del trastorno de angustia (pánico) es crónica, con remisiones y exacerbaciones. Las crisis de angustia suelen repetirse de dos a tres veces por semana por lo que los pacientes con trastorno de angustia pueden estar en riesgo creciente de cometer suicidio.

La agorafobia con frecuencia es causada por un trastorno de angustia. Sin el trastorno de angustia, es crónica e incapacitante. Puede asociarse a dependencia de alcohol y tener otros síntomas depresivos comórbidos. Su tratamiento requiere fármacos con terapia cognitivo-conductual (TCC) y terapia virtual.

La evolución del trastorno de ansiedad generalizada es crónica y los síntomas pueden disminuir conforme el

paciente envejece. Con el tiempo, puede desarrollarse depresión secundaria, que no resulta rara si se omite el tratamiento. Con tratamiento, el pronóstico es favorable; más del 70% de los pacientes mejoran con terapia farmacológica y aún más si se combina con psicoterapia<sup>(40)</sup>.

### **2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES**

**DEPRESIÓN:** 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.

**ANSIEDAD:** estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos.

**SUICIDALIDAD:** conceptos relacionados con el suicidio que incluye ideas pasivas de muerte, ideación suicida, actos preparatorios para el suicidio, comportamiento autolesivo, intentos suicidas y suicidio.

### **2.4. HIPOTESIS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL**

Existe una mayor frecuencia de depresión, ansiedad y suicidalidad asociados a factores sociodemográficos en una población de Lima Metropolitana durante la pandemia por el virus SARS-CoV2.

#### **2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS**

- El género, la edad, el grado de instrucción y el tipo de ocupación son los factores sociodemográficos asociados a depresión en una población de Lima Metropolitana durante la pandemia por el virus SARS-CoV2.

- El género, la edad, el grado de instrucción y el estado civil son los factores sociodemográficos asociados a ansiedad en una población de Lima Metropolitana durante la pandemia por el virus SARS-CoV2.
- El estado civil, el grado de instrucción y el tipo de ocupación son los factores sociodemográficos asociados a suicidalidad en una población de Lima Metropolitana durante la pandemia por el virus SARS-CoV2.

## CAPITULO III: METODOLOGÍA

### 3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio observacional, analítico de corte transversal mediante un muestreo no probabilístico en “bola de nieve”. Debido a las medidas gubernamentales restrictivas de distanciamiento y movilidad social, este estudio se realizó por medio de encuestas virtuales anónimas elaboradas en la plataforma *Google Form* que fueron difundidas, por el aplicativo de mensajería instantánea para teléfonos inteligentes denominado WhatsApp Messenger y la red social Facebook, inicialmente a estudiantes universitarios del Perú, docentes universitarios y grupos religiosos quienes reenviaron las encuestas a sus contactos.

### 3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo constituida por ciudadanos mayores de 18 años, residentes en Lima Metropolitana y que acataron el aislamiento social impuesto debido a la enfermedad producida por el virus SARS-CoV2 desde marzo de 2020.

La muestra estuvo conformada por 1003 participantes mayores de 18 años de edad que contaron con acceso a redes sociales (WhatsApp y Facebook).

Se consideraron los siguientes criterios de inclusión:

- Ciudadanos mayores de 18 años.
- Ciudadanos residentes en Lima Metropolitana que estuvieron en aislamiento social desde el inicio de la Pandemia hasta el momento de realizar la encuesta.

Las potencias estadísticas *a posteriori* calculadas para las asociaciones significativas a la variable depresión fueron: 97% (tener un grado de instrucción superior incompleto), 87,6% (tener un grado de instrucción superior completo), 78,3% (ser desempleado), 77% (ser divorciado(a) / separado(a) / viudo(a)), 49,4% (ser soltero), 29,3% (ser trabajador independiente) y 11,4% (ser trabajador dependiente). Por otro lado, las potencias estadísticas *a posteriori* calculadas para las asociaciones no significativas a la variable depresión fueron: 52,4% (ser joven de 18 a 29 años), 48,2% (ser adulto de 30 a 59 años) y 5,3% (ser de género femenino)

Las potencias estadísticas *a posteriori* calculadas para las asociaciones significativas a la variable ansiedad fueron: 98,5% (tener un grado de instrucción superior completo), 93,8% (ser adulto de 30 a 59 años), 90,6% (ser de género femenino), 88,9% (ser joven de 18 a 29 años), 86% (ser trabajador independiente), 47,6% (ser desempleado), 44,3% (tener un grado de instrucción superior incompleto) y 19,9% (ser trabajador dependiente). Por otro lado, las potencias estadísticas *a posteriori* calculadas para las asociaciones no significativas a la variable ansiedad fueron: 8,5% (ser soltero) y 4% (ser divorciado(a) / separado(a) / viudo(a)).

Las potencias estadísticas *a posteriori* calculadas para las asociaciones significativas a la variable suicidalidad fueron: 76,8% (ser divorciado(a) / separado(a) / viudo(a)), 36,8% (ser de género femenino), 29,5% (ser trabajador dependiente), 13% (ser trabajador independiente), 8,3% (ser desempleado) y 4,4% (ser soltero). Por otro lado, las potencias estadísticas *a posteriori* calculadas para las asociaciones no significativas a la variable suicidalidad fueron: 13,1% (ser joven de 18 a 29 años), 11,8% (ser adulto de 30 a 59 años), 4,4% (tener un grado de instrucción superior completo) y 3,4% (tener un grado de instrucción superior incompleto).

### 3.3. OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN	CRITERIOS DE MEDIDA
<b>Depresión</b>	Trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer	Acorde a la sumatoria de puntaje $\geq 8$ al aplicar la EPD-6	Dependiente	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Con depresión: puntaje $\geq 8$ Sin depresión: puntaje $< 8$
<b>Ansiedad</b>	Estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos	Acorde a la sumatoria de puntaje $\geq 10$ al aplicar la EAL-20	Dependiente	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Con ansiedad: puntaje $\geq 10$ Sin ansiedad: puntaje $< 10$
<b>Suicidalidad</b>	Conceptos relacionados con el suicidio que incluye ideas pasivas y/o activas de muerte	Acorde a marcar una alternativa diferente a la "a" del ítem 7 de la EPD-6	Dependiente	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Presencia de suicidalidad: alternativa diferente a la "a" de la pregunta 7 Ausencia de suicidalidad: alternativa "a" de la pregunta 7
<b>Género</b>	Condición biológica de una persona	Ser de sexo: femenino o masculino	Independiente	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Masculino Femenino
<b>Rango Etario</b>	Rango que establece una edad mínima y máxima de pertenencia a un grupo	Clasificación de edades según la OMS	Independiente	Cuantitativa Polinómica	Ordinal	Joven (18 – 29) Adulto (30- 59) Adulto Mayor (de 60 años a más)
<b>Estado Civil</b>	Condición de una persona según el registro civil	Condición jurídica marcada en la encuesta	Independiente	Cualitativa Polinómica	Nominal	Soltero(a) Conviviente/Casado(a) Divorciado(a)/Separado(a)/Viudo(a)
<b>Grado de Instrucción</b>	Último grado académico alcanzado	Nivel académico marcado en la encuesta	Independiente	Cualitativa Polinómica	Ordinal	Secundaria Superior Incompleta Superior Completa
<b>Tipo de Ocupación</b>	Tipo de trabajo que mayor tiempo demanda en el día	Acorde a su actividad	Independiente	Cualitativa Polinómica	Nominal	Ama de casa Trabajador Dependiente Trabajador Independiente Desocupado

### 3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se usó la técnica de recolección de datos mediante dos encuestas: en primer lugar, la Escala de Psicopatología Depresiva – 6 (EPD-6) que consta de 7 ítems, construida como una versión resumida de la Escala de Psicopatología Depresiva de 20 ítems para ser utilizada en tamizaje. El contenido de sus ítems corresponde a distintos síntomas depresivos y son puntuados en una escala de Likert de cuatro categorías en las 6 primeras preguntas (*“CASI NUNCA / EN NINGÚN MOMENTO = 0 puntos”, “ALGUNAS VECES / A VECES = 1 punto”, “FRECUENTEMENTE / RARA VEZ= 2 puntos” y “CASI TODO EL TIEMPO / CASI TODOS LOS DÍAS / CASI SIEMPRE = 3 puntos”; excepto en las preguntas N°2 y N°3 en donde “SI GENERALMENTE = 0 puntos” y “NO EN NINGÚN MOMENTO = 3 puntos*). El ítem 7 de la EPD – 6 explora la presencia de suicidalidad, donde su puntuación es nominal (*RESPUESTA “a” = NO PRESENCIA DE SUICIDALIDAD; RESPUESTAS “b”, “c”, “d” ó “e” = PRESENCIA DE SUICIDALIDAD*). La validez fue de 0,889 a través del coeficiente de Pearson. Además, su índice de confiabilidad fue de 0,736 a través del Alfa de Cronbach, con una sensibilidad del 80,2% y especificidad del 73,7% (punto de corte sugerido  $\geq 8$  puntos)<sup>(44)</sup>.

La segunda encuesta empleada fue la Escala de Ansiedad de Lima – 20 (EAL-20) donde utilizaron 20 ítems de la Escala de Ansiedad de Lima de 130 ítems, presentados en un formato de respuestas dicotómicas (*“SI = 1 punto” y “NO = 0 puntos”; excepto en la pregunta N°18 en donde “SI = 0 puntos” y “NO = 1 punto”*). Se consideraron indicadores referidos a síntomas psíquicos y físicos, y otros relacionados a la agorafobia. Los puntajes obtenidos con esta escala cuentan con un área bajo la curva ROC de 0,757. Asimismo, mostró un coeficiente de confiabilidad de 0,889 a través del Alfa de Cronbach y puntajes obtenidos evidencian una sensibilidad del 69,4% y una especificidad del 67,5% (punto de corte sugerido  $\geq 10$  puntos)<sup>(45)</sup>.

Ambas encuestas fueron validadas en el Perú por Lozano-Vargas y Vega-Dienstmaier <sup>(44,45)</sup> en 2018, buscando disminuir el tiempo de aplicación sin perder la eficacia ni la predicción de sus antecesoras. El método de trabajo fue la recopilación de datos mediante encuestas anónimas.

### 3.5. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Una vez culminado el proceso de recolección de datos, estos fueron verificados con la asesora de la tesis y descargados de la plataforma Google Form; luego de ello se procedió a la clasificación y creación de una base de datos con el programa Microsoft Excel 2019 ®, los mismos que fueron codificados.

Posteriormente, toda la información fue analizada por medio de un análisis estadístico descriptivo e inferencial mediante análisis bivariado y regresión múltiple utilizando el Paquete de Software Estadístico STATA Versión 16.1 ® en español para mejorar la fiabilidad de los resultados. Se calcularon frecuencias y porcentajes. Para la evaluación de la asociación de la depresión, ansiedad y suicidalidad con las variables independientes se empleó la prueba de Chi cuadrado con valores “p” menores al 0,05. Se establecieron asociaciones mediante el cálculo de las razones de prevalencia (RP) con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC 95%). Las asociaciones ajustadas se calcularon conforme a un modelo de regresión de Poisson con varianza robusta para cada uno de los grupos de variables asociadas a los desenlaces de interés. Las variables con valores de  $p < 0,10$  se incluyeron en el modelo de regresión múltiple. Se halló la potencia estadística *a posteriori* de las asociaciones entre variables dependiente e independientes por medio del programa para el análisis estadístico y epidemiológico EPIDAT 4.2 en español ®.

### **3.6. ASPECTOS ÉTICOS**

En el presente trabajo se tuvo en cuenta las consideraciones éticas de justicia, autonomía, beneficencia y no maleficencia, expresadas en la declaración de Helsinki. Además, fue evaluado y aprobado por el comité de ética en investigación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. Cada participante autorizó participar en este estudio por medio de un consentimiento informado virtual previo a las preguntas, ya que, sin la aceptación de este consentimiento, no pudo proseguir con las preguntas. La información que se obtuvo no atentó contra la privacidad e integridad de los participantes del estudio y durante la investigación se mantuvo el carácter confidencial de la información obtenida a través de la recolección de respuestas anónimas provenientes de las encuestas enviadas a través de las redes sociales.

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1. RESULTADOS

De los 1003 participantes que respondieron la encuesta virtual anónima elaborada en la plataforma *Google Form* y difundida por el aplicativo de mensajería instantánea para teléfonos inteligentes denominado WhatsApp Messenger y la red social Facebook, los factores sociodemográficos a estudiar fueron: género, rango etario, estado civil, grado de instrucción y tipo de ocupación.

De los participantes el 64% eran mujeres y 36% varones; además, el 56,7% eran jóvenes entre 18 y 29 años, el 38% adultos entre 30 y 59 años y el 5,3% eran adultos mayores de 60 a más años de edad.

Los participantes que manifestaron ser solteros fueron la mayoría con un 70,1%, los que mantenían una relación de pareja (convivientes o casados) fueron 24,5% y los que se encontraban sin pareja (divorciados, separados o viudos) fueron 5,4%.

En cuanto al grado de instrucción, tan solo el 6,2% contaban con secundaria completa, el 21,2% tenían estudios superiores incompletos y el 72,6% estudios superiores completos; además del total de los participantes, el 4,6% eran amas de casa, el 24,7% se encontraban sin ocupación, el 25,7% eran trabajadores independientes y el 45% eran trabajadores dependientes. (Ver Tabla 3)

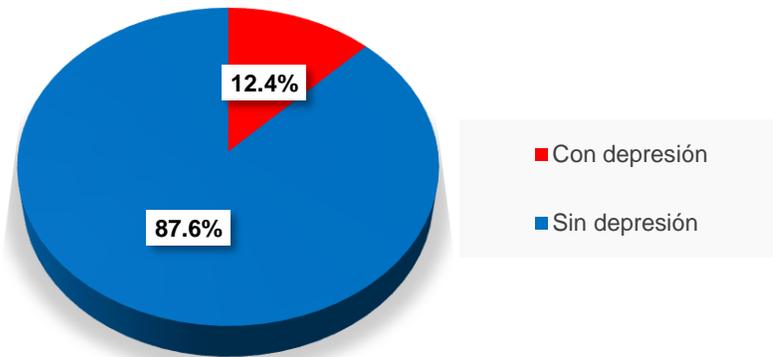
**Tabla 3:** Frecuencia de los factores sociodemográficos de una población de Lima Metropolitana durante la pandemia por el virus SARS-CoV2

VARIABLES		n	%
<b>GÉNERO</b>	Femenino	642	64,0
	Masculino	361	36,0
<b>RANGO ETARIO</b>	Joven (18 - 29 años)	569	56,7
	Adulto (30 - 59 años)	381	38,0
	Adulto Mayor (de 60 años a más)	53	5,3
<b>ESTADO CIVIL</b>	Soltero(a)	703	70,1
	Divorciado(a) / Separado(a) / Viudo(a)	54	5,4
	Conviviente/Casado(a)	246	24,5
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	Superior Completa	728	72,6
	Superior Incompleta	213	21,2
	Secundaria	62	6,2
<b>TIPO DE OCUPACIÓN</b>	Desocupado	248	24,7
	Trabajador Independiente	258	25,7
	Trabajador Dependiente	451	45,0
	Ama de casa	46	4,6

En el Gráfico 1 se observa que de los 1003 participantes encuestados el 12,4%, es decir 124 participantes, presentaban depresión y el 87,6% (879 participantes) no la presentaban.

De los que presentaban depresión, 81 eran mujeres (65,3%) y 43 hombres (34,7%). Respecto al rango etario y depresión, 73 eran jóvenes de 18 a 29 años (58,9%), 48 eran adultos de 30 a 59 años (38,7%) y 3 eran adultos mayores (2,4%). 90 eran solteros (72,6%), 21 eran convivientes/casados (16,9%) y 13 eran divorciados/separados/viudos (10,5%) respecto al estado civil con depresión. Del 12,4% con depresión, los que tenían un grado de instrucción superior completo eran 89 (71,8%), los de grado de instrucción superior incompleto eran 17 (13,7%) y lo que solo tenían secundaria eran 18 (14,5%); de la misma manera, 50 no tenían un trabajo (40,3%), 40 eran trabajadores dependientes (32,3%), 31 independientes (25%) y 3 eran amas de casa (2,4%).

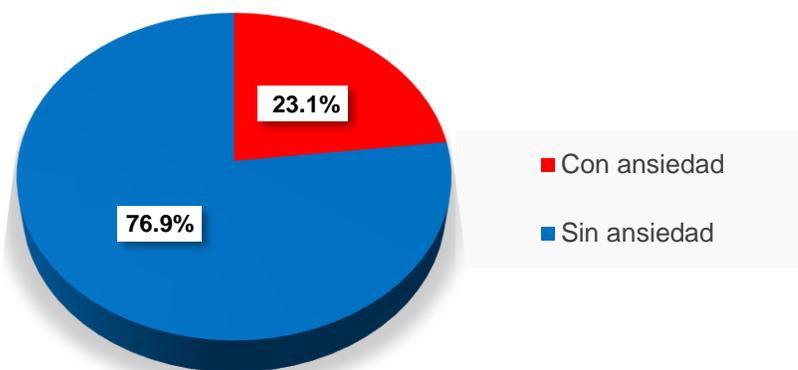
Gráfico 1: Frecuencia de depresión en una población de Lima Metropolitana durante la pandemia por el virus SARS-CoV2



En el Gráfico 2 se observa la frecuencia de ansiedad, de los 1003 participantes encuestados el 23,1% (232 participantes) presentaban ansiedad y el 76,9%, es decir 771 participantes, no presentaban ansiedad.

De los 232 participantes que presentaban ansiedad, 72,8% eran mujeres (169 participantes) y 27,2% hombres (63 participantes). Respecto al rango etario y ansiedad, 130 eran jóvenes de 18 a 29 años (56,1%), 98 eran adultos de 30 a 59 años (42,2%) y 4 eran adultos mayores (1,7%). 158 eran solteros (68,1%), 60 eran convivientes/casados (25,9%) y 14 eran divorciados/separados/viudos (6%) respecto al estado civil con ansiedad. De los 23,1% de participantes con ansiedad, los que tenían un grado de instrucción superior completo eran 140 (60,3%), los de grado de instrucción superior incompleto eran 65 (28,1%) y lo que solo tenían secundaria eran 27 (11,6%); de la misma manera, 32,6% eran trabajadores independientes (84 participantes), 35,8% trabajadores dependientes (83 participantes), 25,4% no tenían un trabajo (59 participantes) y 2,6% eran amas de casa (6 participantes).

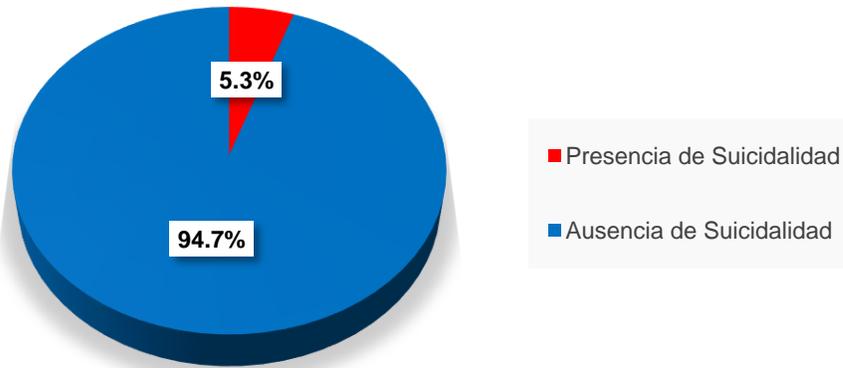
Gráfico 2: Frecuencia de ansiedad en una población de Lima Metropolitana durante la pandemia por el virus SARS-CoV2



En el Gráfico 3 se observa la frecuencia de suicidalidad, de los 1003 participantes encuestados el 5,3%, es decir 53 participantes, presentaban suicidalidad y el 94,7% (950 participantes) no presentaban suicidalidad.

De todos los participantes que presentaron suicidalidad, 28 eran mujeres (52,8%) y 25 hombres (47,2%). Respecto al rango etario y suicidalidad, 28 eran jóvenes de 18 a 29 años (52,8%), 20 eran adultos de 30 a 59 años (37,7%) y 5 eran adultos mayores (9,5%). 31 eran solteros (58,5%), 12 eran convivientes/casados (22,6%) y 10 eran divorciados/separados/viudos (18,9%) respecto al estado civil con suicidalidad. De los 53 participantes con suicidalidad, los que tenían un grado de instrucción superior completo eran 39 (73,6%), los de grado de instrucción superior incompleto eran 11 (20,8%) y lo que solo tenían secundaria eran 3 (5,6%); de la misma manera, 28,3% eran trabajadores dependientes e independientes (15 participantes), 34% no tenían un trabajo (18 participantes) y 9,4% eran amas de casa (5 participantes).

Gráfico 3: Frecuencia de suicidalidad en una población de Lima Metropolitana durante la pandemia por el virus SARS-CoV2



Luego del análisis descriptivo, se determinó la asociación entre los factores sociodemográficos (género, rango etario, estado civil, grado de instrucción y tipo de ocupación) con cada una de las variables a estudiar (depresión, ansiedad y suicidalidad) mediante análisis bivariados y regresiones múltiples.

Con respecto a los análisis bivariados, mostraron que ser divorciado(a) / separado(a) / viudo(a) se asoció con una probabilidad 1,82 veces mayor de presentar depresión ( $RP_c = 2,82$ ), en comparación con ser conviviente / casado(a). Ser soltero solo se acerca a la asociación significativa ( $p < 0,10$ ) con una probabilidad 0,49 veces mayor de presentar depresión ( $RP_c = 1,49$ ), en comparación con ser conviviente / casado(a). En relación al grado de instrucción, tener un grado de instrucción superior completo e incompleto se asociaron con una probabilidad 0,58 ( $RP_c = 0,42$ ) y 0,31 ( $RP_c = 0,27$ ) veces menor de presentar depresión respectivamente, en comparación con solo haber cursado secundaria. El no tener trabajo también se asoció con una probabilidad 2,09 veces mayor de presentar depresión ( $RP_c = 3,09$ ), en comparación con las amas de casa.

En la regresión múltiple, las variables que permanecieron asociadas significativamente ( $p < 0,05$ ) con depresión fueron: ser divorciado(a) /

separado(a) / viudo(a) ( $RP_a = 2,19$ ; IC: 1,18 - 4,07), los de grado de instrucción superior completo ( $RP_a = 0,44$ ; IC: 0,28 - 0,69) e incompleto ( $RP_a = 0,26$ ; IC: 0,14 - 0,48) y no tener trabajo ( $RP_a = 3,51$ ; IC: 0,79 - 10,22). Sin embargo, ser soltero no llegó a asociarse significativamente ( $p=0,305$ ) en la regresión múltiple ( $RP_a = 1,27$ ; IC: 0,80 - 2,00). (Ver Tabla 4)

**Tabla 4:** Factores sociodemográficos asociados a depresión en una población de Lima Metropolitana durante la pandemia por el virus SARS-CoV2

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	Con Depresión	Sin Depresión	Análisis Bivariado <sup>a</sup>			Regresión Múltiple <sup>b</sup>		
	n=124	n=879	RPc	IC 95%	Valor de p	RPa	IC 95%	Valor de p
<b>GÉNERO</b>								
Femenino	81 (12,6%)	561 (87,4%)	1,05	0,74 - 1,49	0,745	-	-	-
Masculino	43 (11,9%)	318 (88,1%)	Ref					
<b>RANGO ETARIO</b>								
Joven (18 - 29 años)	73 (12,8%)	496 (87,2%)	2,26	0,73 - 6,94	0,152	-	-	-
Adulto (30 - 59 años)	48 (12,6%)	333 (87,4%)	2,22	0,72 - 6,89	0,166	-	-	-
Adulto Mayor (de 60 años a más)	3 (5,7%)	50 (94,3%)	Ref					
<b>ESTADO CIVIL</b>								
Soltero(a)	90 (12,8%)	613 (87,2%)	1,49	0,95 - 2,35	0,079	1,27	0,80 - 2,00	0,305
Divorciado(a) / Separado(a) / Viudo(a)	13 (24,1%)	41 (75,9%)	2,82	1,50 - 5,27	0,001	2,19	1,18 - 4,07	0,013
Conviviente/Casado(a)	21 (8,5%)	225 (91,5%)	Ref			Ref		
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>								
Superior Completo	89 (12,2%)	639 (87,8%)	0,42	0,27 - 0,65	0,000	0,44	0,28 - 0,69	0,000
Superior Incompleto	17 (8%)	196 (92%)	0,27	0,15 - 0,50	0,000	0,26	0,14 - 0,48	0,000
Secundaria	18 (29%)	44 (71%)	Ref			Ref		
<b>TIPO DE OCUPACIÓN</b>								
Desocupado	50 (20,2%)	198 (79,8%)	3,09	1,00 - 9,49	0,049	3,51	0,79 - 10,22	0,035
Trabajador Independiente	31 (12%)	227 (88%)	1,84	0,59 - 5,78	0,295	1,83	0,42 - 5,38	0,309
Trabajador Dependiente	40 (8,9%)	411 (91,1%)	1,35	0,44 - 4,23	0,595	1,45	0,31 - 4,15	0,529
Ama de casa	3 (6,5%)	43 (93,5%)	Ref			Ref		

<sup>a</sup> Regresión de Poisson simple con varianza robusta.

<sup>b</sup> Regresión de Poisson múltiple con varianza robusta; modelo ajustado por Estado civil, Grado de instrucción y Tipo de ocupación.  
RPc: razón de prevalencia (crudo), RPa: razón de prevalencia (ajustado), IC 95%: intervalo de confianza al 95%, Ref: referencia.

Los análisis bivariados mostraron que ser de género femenino se asoció con una probabilidad 0,5 veces mayor de presentar ansiedad ( $RP_c = 1,50$ ), en comparación con ser de género masculino. De igual manera el ser joven de 18 a 29 años se asoció con una probabilidad 2,02 veces mayor de presentar ansiedad ( $RP_c = 3,02$ ), en comparación con ser adulto mayor de 60 años a más. También ser adulto de 30 a 59 años se asoció con una probabilidad 2,4 veces mayor de presentar ansiedad ( $RP_c = 3,40$ ), en comparación con los adultos mayores. Respecto al grado de instrucción, el tener un grado de instrucción superior completo e incompleto se asociaron con una probabilidad 0,56 ( $RP_c = 0,44$ ) y 0,3 ( $RP_c = 0,70$ ) veces menor de presentar ansiedad respectivamente, en comparación con solo haber cursado secundaria. El ser un trabajador independiente también se asoció con una probabilidad 1,49 veces mayor de presentar ansiedad ( $RP_c = 2,49$ ), en comparación con las amas de casa.

En la regresión múltiple, las variables que permanecieron asociadas significativamente ( $p < 0,05$ ) con ansiedad fueron: ser de género femenino ( $RP_a = 1,62$ ; IC: 1,25 - 2,09), ser joven de 18 a 29 años ( $RP_a = 3,24$ ; IC: 1,34 - 7,83), ser adulto ( $RP_a = 3,48$ ; IC: 1,43 - 8,46), el grado de instrucción superior completo ( $RP_a = 0,44$ ; IC: 0,33 - 0,58) y ser trabajador independiente ( $RP_a = 2,94$ ; IC: 1,37 - 6,29). Sin embargo, el tener un grado de instrucción superior incompleto no llegó a asociarse significativamente ( $p = 0,091$ ) en la regresión múltiple ( $RP_a = 0,75$ ; IC: 0,54 - 1,05). (Ver Tabla 5)

**Tabla 5:** Factores sociodemográficos asociados a ansiedad en una población de Lima Metropolitana durante la pandemia por el virus SARS-CoV2

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	Con Ansiedad	Sin Ansiedad	Análisis Bivariado <sup>a</sup>			Regresión Múltiple <sup>b</sup>		
	n=232	n=771	RPC	IC 95%	Valor de p	RPa	IC 95%	Valor de p
<b>GÉNERO</b>								
Femenino	169 (26,3%)	473 (73,7%)	1,50	1,16 - 1,95	0,002	1,62	1,25 - 2,09	0,000
Masculino	63 (17,5%)	298 (82,5%)	Ref			Ref		
<b>RANGO ETARIO</b>								
Joven (18 - 29 años)	130 (22,8%)	439 (77,2%)	3,02	1,16 - 7,86	0,023	3,24	1,34 - 7,83	0,009
Adulto (30 - 59 años)	98 (25,7%)	283 (74,3%)	3,40	1,30 - 8,88	0,012	3,48	1,43 - 8,46	0,006
Adulto Mayor (de 60 años a más)	4 (7,5%)	49 (92,5%)	Ref			Ref		
<b>ESTADO CIVIL</b>								
Soltero(a)	158 (22,5%)	545 (77,5%)	0,92	0,71 - 1,19	0,537	-	-	-
Divorciado(a) / Separado(a) / Viudo(a)	14 (25,9%)	40 (74,1%)	1,06	0,64 - 1,75	0,812	-	-	-
Conviviente/Casado(a)	60 (24,4%)	186 (75,6%)	Ref					
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>								
Superior Completo	140 (19,2%)	588 (80,8%)	0,44	0,32 - 0,60	0,000	0,44	0,33 - 0,58	0,000
Superior Incompleto	65 (30,5%)	148 (69,5%)	0,70	0,49 - 0,99	0,046	0,75	0,54 - 1,05	0,091
Secundaria	27 (43,6%)	35 (56,4%)	Ref			Ref		
<b>TIPO DE OCUPACIÓN</b>								
Desocupado	59 (23,8%)	189 (76,2%)	1,82	0,83 - 3,97	0,131	1,89	0,85 - 4,21	0,120
Trabajador Independiente	84 (32,6%)	174 (67,4%)	2,49	1,15 - 5,37	0,019	2,94	1,37 - 6,29	0,005
Trabajador Dependiente	83 (18,4%)	368 (81,6%)	1,41	0,65 - 3,05	0,382	1,63	0,74 - 3,60	0,222
Ama de casa	6 (13%)	40 (87%)	Ref			Ref		

<sup>a</sup> Regresión de Poisson simple con varianza robusta

<sup>b</sup> Regresión de Poisson múltiple con varianza robusta; modelo ajustado por Género, Rango Etario, Grado de Instrucción y Tipo de Ocupación. RPC: razón de prevalencia (crudo), RPa: razón de prevalencia (ajustado), IC 95%: intervalo de confianza al 95%, Ref: referencia.

Con respecto a los análisis bivariados, mostraron que ser divorciado(a) / separado(a) / viudo(a) se asoció con una probabilidad 2,8 veces mayor de presentar suicidalidad ( $RP_c = 3,80$ ), en comparación con ser conviviente / casado(a). Del mismo modo el ser trabajador dependiente se asoció, con una probabilidad 0,7 veces menor de presentar suicidalidad ( $RP_c = 0,31$ ), en comparación con ser ama de casa. El género femenino solo se acerca a la asociación significativa ( $p < 0,10$ ) con una probabilidad 0,4 veces menos de presentar suicidalidad ( $RP_c = 0,63$ ), en comparación con ser de género masculino.

En la regresión múltiple, las variables que permanecieron asociadas significativamente ( $p < 0,05$ ) con suicidalidad fueron: ser divorciado(a) / separado(a) / viudo(a) ( $RP_a = 4,69$ ; IC: 2,23 - 9,83) y ser trabajador dependiente ( $RP_a = 0,24$ ; IC: 0,10 - 0,57). Así mismo, el género femenino si llegó a asociarse significativamente ( $p=0,011$ ) en la regresión múltiple ( $RP_a = 0,48$ ; IC: 0,27 - 0,85). (Ver Tabla 6)

**Tabla 6:** Factores sociodemográficos asociados a suicidalidad en una población de Lima Metropolitana durante la pandemia por el virus SARS-CoV2

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	Con Suicidalidad	Sin Suicidalidad	Análisis Bivariado <sup>a</sup>			Regresión Múltiple <sup>b</sup>		
	n=53	n=950	RPc	IC (95%)	Valor de p	RPa	IC (95%)	Valor de p
<b>GÉNERO</b>								
Femenino	28 (4,4%)	614 (95,6%)	0,63	0,37 - 1,06	0,084	0,48	0,27 - 0,85	0,011
Masculino	25 (6,9%)	336 (93,1%)	Ref			Ref		
<b>RANGO ETARIO</b>								
Joven (18 - 29 años)	28 (4,9%)	541 (95,1%)	0,52	0,21 - 1,30	0,161	-	-	-
Adulto (30 - 59 años)	20 (5,3%)	361 (94,7%)	0,56	0,22 - 1,42	0,220	-	-	-
Adulto Mayor (de 60 años a más)	5 (9,4%)	48 (90,6%)	Ref					
<b>ESTADO CIVIL</b>								
Soltero(a)	31(4,4%)	672 (95,6%)	0,90	0,47 - 1,73	0,761	0,92	0,43 - 2,00	0,843
Divorciado(a) / Separado(a) / Viudo(a)	10 (18,5%)	44 (81,5%)	3,80	1,73 - 8,33	0,001	4,69	2,23 - 9,83	0,000
Conviviente/Casado(a)	12 (4,9%)	234 (95,1%)	Ref			Ref		
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>								
Superior Completo	39 (5,4%)	689 (94,6%)	1,11	0,35 - 3,48	0,862	-	-	-
Superior Incompleto	11 (5,2%)	202 (94,8%)	1,07	0,31 - 3,71	0,918	-	-	-
Secundaria	3 (4,8%)	59 (95,2%)	Ref					
<b>TIPO DE OCUPACIÓN</b>								
Desocupado	18 (7,3%)	230 (92,7%)	0,67	0,26 - 1,71	0,400	0,74	0,29 - 1,86	0,524
Trabajador Independiente	15 (5,8%)	243 (94,2%)	0,53	0,20 - 1,40	0,203	0,45	0,19 - 1,11	0,085
Trabajador Dependiente	15 (3,3%)	436 (96,7%)	0,31	0,12 - 0,80	0,016	0,24	0,10 - 0,57	0,001
Ama de casa	5 (10,9%)	41 (89,1%)	Ref			Ref		

<sup>a</sup> Regresión de Poisson simple con varianza robusta

<sup>b</sup> Regresión de Poisson múltiple con varianza robusta; modelo ajustado por Género, Estado Civil y Tipo de Ocupación.

RPc: razón de prevalencia (crudo), RPa: razón de prevalencia (ajustado), IC 95%: intervalo de confianza al 95%, Ref: referencia.

## 4.2. DISCUSIÓN

A medida que se introducen nuevas medidas sanitarias a nivel nacional, especialmente la cuarentena y su repercusión en las actividades cotidianas, también se espera que aumenten los niveles de ansiedad, depresión, y comportamiento suicida. La literatura proveniente de otras regiones a nivel mundial, brinda información actualizada sobre estos problemas, las cuales guían la toma de decisiones por parte de las instituciones gubernamentales en relación a cómo enfrentar la pandemia. Es por esto que, durante la pandemia a nivel nacional, se han acatado varias medidas para reducir la propagación del virus, como el distanciamiento social, encierros y autoaislamiento, al igual que en todo el mundo.

Sin embargo, aunque los estudios internacionales otorgan información empírica de importancia sobre este fenómeno, es necesario un estudio en el contexto actual que permita identificar que la salud mental es afectada, siendo esto evidenciado gracias a la aparición de ansiedad, depresión y suicidalidad a nivel nacional.

Xiong et al.<sup>(46)</sup>, 2020 encontraron resultados similares respecto a los factores sociodemográficos en una investigación sistemática de 19 artículos basados en poblaciones generales de China, España, Italia, Irán, Estados Unidos, Turquía, Nepal y Dinamarca; donde el género femenino, el rango etario de 18 a 29 años y ser soltero fueron los factores que tuvieron mayores frecuencias de ansiedad y depresión al igual que en este estudio. (Ver tablas 4 y 5)

Referente a la frecuencia de ansiedad y depresión, esta tesis encontró mayor ansiedad (23,1%) respecto a depresión (12,4%), estos resultados también son similares a los reportados por Virto et al.<sup>(23)</sup>, 2021 en Cusco, Perú, quien al inicio de la pandemia, en un estudio de 1089 participantes, reportó que la ansiedad alcanzó 20,7% en comparación a 18,1% de depresión. Sin embargo, en un estudio internacional y en un estudio de algunas regiones de

China, Alzueta et al.<sup>(30)</sup>, 2021 (25,4% y 19,5% de depresión y ansiedad) y Wang et al.<sup>(32)</sup>, 2021 (17,17% y 6,33% de depresión y ansiedad) reportaron lo contrario respectivamente.

Con respecto a las asociaciones de las variables sociodemográficas, los análisis respecto al género indican que hay diferencias en la frecuencia de ansiedad entre mujeres y hombres. Acorde a los resultados obtenidos en esta investigación, las mujeres presentan asociación significativa con ansiedad en comparación a los hombres (Ver tabla 5). En el estudio de Rossi et al.<sup>(21)</sup>, 2020 mencionan que de una población de 18 147 personas italianas, el ser de género femenino está asociado significativamente ( $p < 0,001$ ) con ansiedad (OR = 1,77; IC: 1,59 - 1,97) de igual manera este género está asociado a depresión (OR = 1,39; IC: 1,24 - 1,56); sin embargo en este estudio no se encontró asociación de mujeres con depresión (Ver tabla 4). También en el estudio de Özdin et al.<sup>(36)</sup>, 2020 en Turquía, mencionan asociación de género femenino con ansiedad ( $p = 0,001$ ; OR = 2,48; IC: 1,44 - 4,28). Por el contrario, en el estudio de Verma et al.<sup>(24)</sup>, 2020 se evidencia que ser de género masculino (OR = 2,17; IC: 1,31 - 3,58) se asoció significativamente a ansiedad en comparación con las mujeres.

En relación a la edad, también se encontraron mayores frecuencias de depresión y ansiedad en jóvenes que en los otros grupos etarios. Estos resultados son similares a los obtenidos en estudios internacionales en Pakistán por Shah et al.<sup>(26)</sup>, 2021 y en Irlanda por Hyland et al.<sup>(22)</sup>, 2020; además en este último estudio no se halló asociación significativa entre ser joven de 18 a 29 años con la ansiedad, contrario a nuestro trabajo (Ver Tabla 5)

Al analizar las asociaciones considerando el grado de instrucción, los participantes con grado de instrucción superior completo mostraron asociación con depresión y ansiedad en comparación con los participantes que solo cursaron secundaria (ver tablas 4 y 5). Estos resultados son opuestos a los reportados en el estudio iraní de Shahriarirad et al.<sup>(33)</sup>, 2021,

en donde el mayor nivel de educación parece no estar asociado a depresión (OR = 0,95; IC: 0,87 - 1,04; p = 0,313) ni ansiedad (OR = 1,07 ; IC : 0,96 - 1,19; p = 0,182)

En relación al tipo de trabajo, en el estudio de Verma et al.<sup>(24)</sup>, 2020 evidencian en la población de India, que el tener un empleo se asocia significativamente ( $p < 0,05$ ) con depresión (OR = 1,91; IC: 1,07 - 3,41) y ansiedad (OR = 1,77; IC: 1,00 - 3,14); esto difiere parcialmente con este estudio, ya que se encontró que el tener empleo tiene asociación significativa solo con ansiedad ( $p = 0,005$ ), mas no con depresión ( $p = 0,309$ ).

Finalmente, con respecto a la presencia de suicidalidad, en el estudio en poblaciones españolas de Mortier et al.<sup>(25)</sup>, 2021 nos presentan asociación significativa de suicidalidad ( $p < 0,05$ ) con los factores sociodemográficos género femenino (OR = 1,8; IC 95%: 1,3 - 2,4), el estado civil divorciado/separado (OR = 2,2; IC 95%: 1,3 - 3,6) y estado civil viudo (OR = 1,8; IC 95%: 1,0 - 3,3); todos estos resultados acordes con los reportados en el presente trabajo (Ver tabla 6).

La investigación contó con ciertas limitaciones, la muestra estuvo limitada a ciudadanos mayores de edad de la ciudad de Lima; además, al ser este un estudio no probabilístico con un muestreo en “bola de nieve”, los resultados estadísticos no son extrapolables a la población en general. Sin embargo, los resultados obtenidos son un sondeo exploratorio del estado de la salud mental y sientan las bases para investigaciones posteriores que generen nuevas hipótesis, así como aportaciones teóricas más amplias a partir de investigaciones con muestras de mayor tamaño, estudios probabilísticos o metaanálisis.

## CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1. CONCLUSIONES

- ✓ La frecuencia de depresión, ansiedad y suicidalidad en la población estudiada de Lima Metropolitana durante la pandemia por el virus SARS-CoV2 fue 12,4%, 23,1% y 5,3% respectivamente
- ✓ El estado civil divorciado(a)/viudo(a)/separado(a), el grado de instrucción superior completo e incompleto y ser desempleado son los factores sociodemográficos asociados a depresión en la población estudiada de Lima Metropolitana durante la pandemia por el virus SARS-CoV2.
- ✓ El género femenino, rango etario joven y adulto, el grado de instrucción superior completo y el ser trabajador independiente son los factores sociodemográficos asociados a ansiedad en la población estudiada de Lima Metropolitana durante la pandemia por el virus SARS-CoV2.
- ✓ El género femenino, el estado civil estado civil divorciado(a)/viudo(a)/separado(a) y el ser trabajador dependiente son los factores sociodemográficos asociados a la presencia de suicidalidad en la población estudiada de Lima Metropolitana durante la pandemia por el virus SARS-CoV2.

## 5.2. RECOMENDACIONES

- Otros estudios deben contrastar y/o corroborar los resultados obtenidos en base a las frecuencias de depresión, ansiedad y suicidalidad del presente estudio, con poblaciones de otras regiones del Perú, así como con estudios de cohorte que consideran temporalidad.
- Utilizar los datos obtenidos como referencias de la situación de salud mental a nivel nacional y establecer las bases de investigaciones futuras que generen contribuciones teóricas más extensas a partir de investigaciones con muestras de mayor tamaño, estudios probabilísticos o metaanálisis que puedan hacer provecho de los resultados hallados.
- Dar importancia al aspecto no solo al aspecto biosocial sino también al psíquico, por lo cual se sugiere identificar y dar seguimiento a la población vulnerable, utilizando lo obtenido respecto a los factores sociodemográficos asociados a desarrollar depresión, ansiedad y en especial, suicidalidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bai Y, Yao L, Wei T, et al. Presumed asymptomatic carrier transmission of COVID-19. *JAMA*. 2020;323(14):1406–1407. doi:10.1001/jama.2020.2565
2. Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet*. 2020;395(10223):470-473. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30185-9
3. Chen N, Zhou M, Dong X, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet*. 2020; 395(10223):507–13. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30211-7
4. Holshue ML, DeBolt C, Lindquist S, et al. First case of 2019 novel coronavirus in the United States. *N Engl J Med*. 2020;382(10):929-936. doi: 10.1056/NEJMoa2001191
5. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Res*. 2020;288:112954. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112954
6. Hall RC, Chapman MJ. The 1995 Kikwit Ebola outbreak: lessons hospitals and physicians can apply to future viral epidemics. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008;30(5):446-52. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2008.05.003
7. Xiang YT, Yang Y, Li W, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(3):228-229. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30046-8
8. Zhang J, Lu H, Zeng H, et al. The differential psychological distress of populations affected by the COVID-19 pandemic. *Brain Behav Immun*. 2020;87:49-50. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.031
9. Picco J, González E, Wolff S, Gómez V, Wolff D. Aspectos psicosociales de la pandemia COVID-19 en la población de la ciudad de Mendoza. *Rev Argent Cardiol*. 2020;88(3):207-210. doi: 10.7775/rac.es.v88.i3.17925

10. Barbisch D, Koenig KL, Shih F-Y. Is There a Case for Quarantine? Perspectives from SARS to Ebola. *Disaster Med Public Health Prep.* 2015;9(5):547-53. doi:10.1017/dmp.2015.38
11. Organización Panamericana de la Salud. Intervenciones recomendadas en salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) durante la pandemia, 2020 [Internet]. [citado 22 de setiembre de 2021] Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52427/OPSNMHNMCVID-19200026\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52427/OPSNMHNMCVID-19200026_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
12. Thakur V, Jain A. COVID 2019-suicides: A global psychological pandemic. *Brain Behav Immun.* 2020;88:952-953. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.062
13. Özdin S, Bayrak Ş. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: the importance of gender. *Int J Soc Psychiatry.* 2020;66(5):504-511. doi: 10.1177/0020764020927051
14. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M., Idoiaga-Mondragon, N. Níveis de estresse, ansiedade e depressão na primeira fase do surto de COVID-19 em uma amostra no norte da Espanha. *Cad. Saúde Pública.* 2020;36(4):e00054020 doi: 10.1590/0102-311X00054020
15. Sinha D, Manna P. The effect of lockdown due to Covid-19 on post-traumatic stress and depression among college students of Kolkata, hotspot district of west Bengal, India. *Journal of Humanities and Social Science.* 2020;25(5):58-64. doi: 10.9790/0837-2505095864
16. Mental health and COVID-19 [Internet]. [citado 22 de setiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/publications-and-technical-guidance/noncommunicable-diseases/mental-health-and-covid-19>
17. Depression and other common mental disorders - Global Health Estimates. World Health Organization 2017 [Internet]. [citado 22 de setiembre de 2021]. Disponible en:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>

18. Ministerio de Salud. Salud Mental. [Internet]. [citado 22 de setiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/salud-mental/>
19. Menacho V. Prevalencia y factores asociados al estrés, ansiedad y depresión, en médicos que laboran en áreas Covid-19, Lima – Perú, 2020. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2020. Recuperado a partir de: [http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/3913/T030\\_73956523\\_T%20%20%20MENACHO%20SOLANO%20VANESSA%20LUCILA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/3913/T030_73956523_T%20%20%20MENACHO%20SOLANO%20VANESSA%20LUCILA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
20. Benavides E. Factores asociados a depresión mayor en internos de medicina del Perú durante el periodo de emergencia sanitaria debido a la Covid19, 2020. [Tesis de pregrado]. Piura: Universidad Nacional de Piura; 2021. Recuperado a partir de: <https://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12676/2665/MHUMBEN-ALB-2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
21. Rossi R, Socci V, Talevi D, et al. COVID-19 Pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy. *Front Psychiatry*. 2020;11:790. doi: 10.3389/fpsy.2020.00790
22. Hyland P, Shevlin M, McBride O, et al. Anxiety and depression in the republic of Ireland during the COVID-19 pandemic. *Acta Psychiatr Scand*. 2020;142(3):249-56. doi: 10.1111/acps.13219
23. Virto-Farfan H, Ccahuana F, Loayza W, et al. Estrés, ansiedad y depresión en la etapa inicial del aislamiento social por COVID-19, Cusco-Perú. *Rev Recien*. 2021;10(3):5-21. doi: 10.33017/ReCyTPeru2021.0001
24. Verma S, Mishra A. Depression, anxiety, and stress and socio-demographic correlates among general Indian public during COVID-19. *Int J Soc Psychiatry*. 2020;66(8):756-762. doi: 10.1177/0020764020934508
25. Mortier P, Vilagut G, Ferrer M, et al. Thirty-day suicidal thoughts and behaviours in the Spanish adult general population during the first wave of

- the Spain COVID-19 pandemic. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2021;30:e19. doi: 10.1017/S2045796021000093
26. Shah SMA, Mohammad D, Qureshi MFH, Abbas MZ, Aleem S. Prevalence, psychological responses and associated correlates of depression, anxiety and stress in a global population, during the coronavirus disease (COVID-19) pandemic. *Community Ment Health J.* 2021;57(1):101-110. doi: 10.1007/s10597-020-00728-y
27. Varma P, Junge M, Meaklim H, Jackson ML. Younger people are more vulnerable to stress, anxiety and depression during COVID-19 pandemic: a global cross-sectional survey. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2021;109:110236. doi: 10.1016/j.pnpbp.2020.110236
28. Fountoulakis KN, Apostolidou MK, Atsiova MB, et al. Self-reported changes in anxiety, depression and suicidality during the COVID-19 lockdown in Greece. *J Affect Disord.* 2021;279:624-629. doi: 10.1016/j.jad.2020.10.061
29. Arafa A, Mohamed A, Saleh L, Senosy S. Psychological impacts of the COVID-19 pandemic on the public in Egypt. *Community Ment Health J.* 2021;57(1):64-69. doi: 10.1007/s10597-020-00701-9
30. Alzueta E, Perrin P, Baker FC, et al. How the COVID-19 pandemic has changed our lives: a study of psychological correlates across 59 countries. *J Clin Psychol.* 2021;77(3):556-570. doi: 10.1002/jclp.23082
31. Wang C, Tee M, Roy AE, et al. The impact of COVID-19 pandemic on physical and mental health of asians: a study of seven middle-income countries in Asia. *PLOS ONE.* 2021;16(2):e0246824. doi: 10.1371/journal.pone.0246824
32. Wang Y, Di Y, Ye J, Wei W. Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. *Psychol Health Med.* 2021;26(1):13-22. doi: 10.1080/13548506.2020.1746817
33. Shahriarirad R, Erfani A, Ranjbar K, Bazrafshan A, Mirahmadizadeh A. The mental health impact of COVID-19 outbreak: a nationwide survey in Iran. *Int J Ment Health Syst.* 2021;15(1):19. doi: 10.1186/s13033-021-00445-3

34. Fiorenzato E, Zabberoni S, Costa A, Cona G. Cognitive and mental health changes and their vulnerability factors related to COVID-19 lockdown in Italy. PLOS ONE. 2021;16(1):e0246204. doi: 10.1371/journal.pone.0246204
35. Choi EPH, Hui BPH, Wan EYF. Depression and anxiety in Hong Kong during COVID-19. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(10):3740. doi: 10.3390/ijerph17103740
36. Kamal NM, Othman N. Depression, anxiety, and stress in the time of COVID-19 pandemic in Kurdistan region, Iraq. Kurd J Appl Res. 2020;37-44. doi: 10.24017/covid.5
37. Gould MSF, Diaz GC, Vargas MAR. Impacto sobre la salud mental durante la pandemia COVID 19 en Paraguay. Rev Soc Paraguaya Med Interna. 2021;61-68. doi: 10.18004/rvspmi/2312-3893/2021.08.01.61
38. National Institute of Mental Health. Depression [Internet]. [citado 22 de setiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/>
39. American Psychiatric Association. What Is Depression? [Internet]. [citado 2 de setiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>
40. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock. Manual de Bolsillo de Psiquiatría Clínica. Lippincott Williams & Wilkins; 2018.
41. American Psychiatric Association. What Are Anxiety Disorders? [Internet]. [citado 22 de setiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders>
42. American Psychological Association. Anxiety [Internet]. [citado 22 setiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.apa.org/topics/anxiety>
43. Mayo Clinic. Anxiety disorders - symptoms and causes - [Internet]. [citado 22 de setiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/anxiety/symptoms-causes/syc-20350961>
44. Vega-Dienstmaier JM. Construcción de versiones cortas de la Escala de Psicopatología Depresiva para tamizaje de depresión mayor y sus

características psicométricas. Rev Neuro-Psiquiatr. 2018;81(3):154-164. doi: 10.20453/rnp.v81i3.3383

45. Lozano-Vargas A, Vega-Dienstmaier JM. Construcción y propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad de Lima de 20 ítems (EAL-20). Rev Neuro-Psiquiatr. 2018;81(4):226-234. doi: 10.20453/rnp.v81i4.3437
46. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: a systematic review. J Affect Disord. 2020;277: 55-64. doi: 10.1016/j.jad.2020.08.001

## ANEXOS

### 1. ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
**Manuel Huamán Guerrero**  
Oficina de Grados y Títulos

---

#### ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis “**DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y SUICIDALIDAD EN UNA POBLACIÓN DE LIMA METROPOLITANA DURANTE LA PANDEMIA POR EL VIRUS SARS-CoV2**”, que presenta el SR. SERGIO ROLANDO SEMINARIO HUALLPA, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

CONSUELO LUNA MUÑOZ  
Médico Pediatra  
CMP 28133

Servicio de Emergencia Pediátrica  
Dra. Consuelo de Luna Serna Muñoz  
ASESORA DE LA TESIS

Dr. Jhony De La Cruz Vargas  
DIRECTOR DEL CURSO-TALLER

Lima, 2020

## 2. CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS

### CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS

Por el presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de tesis del estudiante de Medicina Humana: SERGIO ROLANDO SEMINARIO HUALLPA.

Me comprometo a:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el reglamento de grados y títulos de la Facultad de Medicina Humana – URP, capítulo V sobre el Proyecto de Tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidas por la facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre estudiante, Directo de Tesis, Asesores y Jurados de Tesis.
4. Considerar 6 meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente.
5. Cumplir los principios éticos que correspondan a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito al final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida.
8. Asesorar al estudiante para la presentación de su información ante el jurado del examen profesional.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

ATENTAMENTE



**Dra. Consuelo del Rocío Luna Muñoz**

Lima, 2019

3. CARTA DE APROBACIÓN DEL TÍTULO DEL PROYECTO DE TESIS,  
FIRMADO POR SECRETARIA ACADÉMICA / INICIB



**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**

LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N° 040-2016-SUNEDU/CD

**Facultad de Medicina Humana**

Manuel Huamán Guerrero

Oficio Electrónico N° 096-2021-INICIB-D

Lima, 08 de octubre de 2021

Señor

**SERGIO ROLANDO SEMINARIO HUALLPA**

Presente. -

**ASUNTO: Aprobación del cambio de Título - Proyect de Tesis**

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Título del Proyecto de Tesis "DEPRESIÓN, ANSIEDAD y SUICIDALIDAD EN UNA POBLACIÓN DE LIMA METROPOLITANA DURANTE LA PANDEMIA POR EL VIRUS SARS-COV2", presentando ante el Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido revisado y aprobado.

Por lo tanto, queda usted expedito con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente,

Dr. JHONY A. DE LA CRUZ VARGAS  
Director del INICIB

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

*"Formamos seres humanos para una cultura de Paz"*

Av. Benavides 5440 - Urb. Las Gardenias - Surco

Apartado postal 1801, Lima 33 - Perú

Email: dec.medicina@urp.pe - www.urp.edu.pe/medicina

Central: 708-0000

Anexo: 6010

Telefax: 708-0106

#### 4. ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas  
Unidad de Grados y Títulos

FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

#### ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada “**DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y SUICIDALIDAD EN UNA POBLACIÓN DE LIMA METROPOLITANA DURANTE A LA PANDEMIA POR EL VIRUS SARS-CoV2**”, que presenta el Señor **SERGIO ROLANDO SEMINARIO HUALLPA** para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:

**Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas**  
PRESIDENTE

**Dr. Víctor Juan Vera Ponce**  
MIEMBRO

**Mg. Luis Humberto Roldán Arbieto**  
MIEMBRO

**Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas**  
DIRECTOR DE TESIS

  
CONSUELO LUNA MUÑOZ  
Médico Pediatra  
CMP 28133

Servicio de Emergencia Pediatría  
HNERM - EsSalud

**Dra. Consuelo del Rocío Luna Muñoz**  
ASESORA DE TESIS

Lima, 2021

## 5. REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN

### DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y SUICIDALIDAD EN UNA POBLACIÓN DE LIMA METROPOLITANA DURANTE LA PANDEMIA POR EL VIRUS SARS-CoV2

#### INFORME DE ORIGINALIDAD

10%

INDICE DE SIMILITUD

11%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

4%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

#### FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="https://docslide.us">docslide.us</a> Fuente de Internet	2%
2	<a href="https://www.studocu.com">www.studocu.com</a> Fuente de Internet	2%
3	<a href="https://www.aequum.pro">www.aequum.pro</a> Fuente de Internet	1%
4	<a href="https://dev.scielo.org.pe">dev.scielo.org.pe</a> Fuente de Internet	1%
5	<a href="https://scielo.iics.una.py">scielo.iics.una.py</a> Fuente de Internet	1%
6	<a href="https://repositorio.upads.edu.pe">repositorio.upads.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
7	<a href="https://svcministry.org">svcministry.org</a> Fuente de Internet	1%
8	<a href="https://terapiasdeparejas.us">terapiasdeparejas.us</a> Fuente de Internet	1%
9	<a href="https://core.ac.uk">core.ac.uk</a> Fuente de Internet	1%

## 6. CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO

**VI CURSO TALLER PARA LA TITULACION POR TESIS**

### CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que el Sr.

### **SEMINARIO HUALLPA SERGIO ROLANDO**

Ha cumplido con los requisitos del CURSO-TALLER para la Titulación por Tesis durante los meses de agosto, setiembre octubre, noviembre, diciembre del 2019, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis:

**“DEPRESIÓN, ANSIEDAD y SUICIDALIDAD EN UNA POBLACIÓN DE LIMA METROPOLITANA DURANTE LA PANDEMIA POR EL VIRUS SARS-COV2”**

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y valido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva de acuerdo a artículo 14° de Reglamento vigente de Grados y Títulos de Facultad de Medicina Humana aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N°2583-2018.

Lima, 08 de octubre de 2021

**DR. JHONY DE LA CRUZ VARGAS**  
Director del Curso Taller de Tesis



**Dr. Oscar Emilio Martínez Lozano**  
Decano (e)

## 7. CONSTANCIA DEL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN

**COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION**

**FACULTAD DE MEDICINA “MANUEL HUAMAN GUERRERO”**

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**

### **CONSTANCIA**

El Presidente del Comité de Etica de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma deja constancia de que el proyecto de investigación :

**Título: “DEPRESIÓN, ANSIEDAD y SUICIDALIDAD EN UNA POBLACIÓN DE LIMAMETROPOLITANA DURANTE LA PANDEMIA POR EL VIRUS SARS-COV2”.**

Investigador:

**SERGIO ROLANDO SEMINARIO HUALLPA**

Código del Comité: **PG-46-2021**

Ha sido revisado y evaluado por los miembros del Comité que presido, concluyendo que le corresponde la categoría REVISIÓN EXPEDITA por un período de 1 año.

El investigador podrá continuar con su proyecto de investigación, considerando completar el título de su proyecto con el hospital, la ciudad y el país donde se realizará el estudio y adjuntar resumen debiendo presentar un informe escrito a este Comité al finalizar el mismo. Así mismo, la publicación del presente proyecto quedará a criterio del investigador.

Lima, 16 de setiembre del 2021



Dra. Sonia Indacochea Cáceda  
Presidente del Comité de Etica de Investigación

## 8. MATRIZ DE CONSISTENCIA

### “Depresión, ansiedad y suicidalidad en una población de Lima Metropolitana durante la pandemia por el virus SARS-CoV2”

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO
<p>¿Cuál es la frecuencia y los factores sociodemográficos asociados a depresión, ansiedad y suicidalidad en una población de Lima Metropolitana durante la pandemia por el virus SARS-CoV2?</p>	<p><b>General</b> Determinar la frecuencia y los factores sociodemográficos asociados a depresión, ansiedad y suicidalidad en una población de Lima Metropolitana durante la pandemia por el virus SARS-CoV2.</p> <p><b>Específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Calcular la frecuencia de depresión, ansiedad y suicidalidad en una población de Lima Metropolitana durante la pandemia por el virus SARS-CoV2.</li> <li>• Identificar los factores sociodemográficos asociados a depresión en una población de Lima Metropolitana durante la pandemia por el virus SARS-CoV2.</li> <li>• Determinar los factores sociodemográficos asociados a ansiedad en una población de Lima Metropolitana durante la pandemia por el virus SARS-CoV2.</li> <li>• Establecer los factores sociodemográficos asociados a la suicidalidad en una población de Lima Metropolitana durante la pandemia por el virus SARS-CoV2.</li> </ul>	<p><b>General</b> Existe una mayor frecuencia de depresión, ansiedad y suicidalidad asociados a factores sociodemográficos en una población de Lima Metropolitana durante la pandemia por el virus SARS-CoV2.</p> <p><b>Específicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El género, la edad, el grado de instrucción y el tipo de ocupación son los factores asociados a depresión en una población de Lima Metropolitana durante la pandemia por el virus SARS-CoV2.</li> <li>• El género, la edad, el grado de instrucción y el estado civil son los factores asociados a ansiedad en una población de Lima Metropolitana durante la pandemia por el virus SARS-CoV2.</li> <li>• El estado civil, el grado de instrucción y el tipo de ocupación son los factores asociados a suicidalidad en una población de Lima Metropolitana durante la pandemia por el virus SARS-CoV2.</li> </ul>	<p><b>Variables Dependientes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión</li> <li>• Ansiedad</li> <li>• Suicidalidad</li> </ul> <p><b>Variables Independientes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Género</li> <li>• Edad</li> <li>• Estado civil</li> <li>• Grado de Instrucción</li> <li>• Tipo de Ocupación</li> </ul>	<p><b>Tipo de Estudio</b> Observacional, analítico de corte transversal mediante un muestreo no probabilístico en “bola de nieve”, por medio de encuestas virtuales.</p> <p><b>Área de Estudio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Población: Ciudadanos mayores de 18 años y residentes en Lima Metropolitana que acataron el aislamiento social por el virus SARS-CoV2 desde marzo de 2020.</li> </ul> <p><b>Instrumento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala de Psicopatología Depresiva – 6 (EPD-6) y Escala de Ansiedad de Lima – 20 (EAL-20).</li> </ul> <p><b>Valoración Estadística</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paquete de Software Estadístico STATA 16.1 en español, programa para el análisis estadístico y epidemiológico EPIDAT 4.2 en español y Microsoft Excel 2019.</li> </ul>

## 9. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este documento es informar a Ud. sobre el proyecto de investigación y solicitar su consentimiento. De aceptar, el investigador se quedará con este registro virtual, mientras se le reenviará una copia al correo electrónico que usted otorgue. La presente investigación se titula “Depresión, ansiedad y suicidalidad en una población de Lima Metropolitana durante la pandemia por el virus SARS-CoV2” y es elaborada por Sergio Seminario Huallpa, alumno que ha cursado el último año de pregrado de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma, en el marco de su proyecto de tesis. El propósito de la investigación es determinar la frecuencia y los factores sociodemográficos asociados a depresión, ansiedad y suicidalidad en una población de Lima Metropolitana debido a la pandemia ocasionada por el virus SARS-CoV2. Para ello, se le solicita participar completando un cuestionario que consta de dos encuestas; le tomará 20 minutos el completarlas. Su participación en esta investigación es completamente voluntaria, asimismo, participar de esta encuesta no le generará ningún perjuicio. Su identidad será tratada de manera anónima, es decir, el investigador no conocerá la identidad de quién completó las encuestas. Además, la información será analizada de manera conjunta con las respuestas de otros participantes que tampoco conocerán su identidad y servirá para la elaboración de presentaciones académicas. Si desea conocer más del presente trabajo o tenga alguna duda podrá escribir al correo [srs.freiheit.91@gmail.com](mailto:srs.freiheit.91@gmail.com) para extenderle la información requerida. Si está de acuerdo con lo mencionado anteriormente, podrá proseguir con las preguntas de ambas encuestas no sin antes completar los siguientes datos:

Nombre completo:

DNI:

Correo electrónico:

## 10. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### ESCALA DE ANSIEDAD DE LIMA – 20 (EAL – 20)

En relación a cómo se ha sentido en la última semana, marque “SI” o “NO”

N°	ÍTEM		
1	Me da miedo alejarme de mi casa	SI	NO
2	Me he sentido aturdido o confundido	SI	NO
3	Tengo miedo de conocer gente nueva	SI	NO
4	He sentido que me falta aire o me ahogo	SI	NO
5	Tengo miedo de hacer el ridículo y sentirme humillado o avergonzado	SI	NO
6	He sentido miedo sin motivo	SI	NO
7	Me da miedo estar en lugares altos	SI	NO
8	He sentido dolor o presión en el pecho	SI	NO
9	Me incomodaría entrar o salir de un lugar lleno de gente	SI	NO
10	Tiendo a sentirme nervioso	SI	NO
11	Tengo miedo de dar exámenes o tener una entrevista de trabajo	SI	NO
12	Me he sentido agitado o alterado	SI	NO
13	Con facilidad me siento asustado, con temor o miedo	SI	NO
14	Me he sentido angustiado con los nervios de punta	SI	NO
15	Me es difícil hablar con otras personas, tengo temor, me cuesta iniciar una conversación o no se me ocurre qué decir	SI	NO
16	Me siento inseguro, como si me fuera a caer	SI	NO
17	Tengo escalofríos frecuentemente	SI	NO
18	Generalmente me siento cómodo, sosegado y apacible	SI	NO
19	Me incomoda que me observen cuando trabajo, escribo, camino o tengo algún objeto que se me pueda caer	SI	NO
20	Tengo sensaciones de adormecimiento u hormigueo en el cuerpo	SI	NO

ESCALA DE PSICOPATOLOGÍA DEPRESIVA-6 (EPD-6)

En relación a cómo se ha sentido, marque "UNA LETRA"

1. ¿Se ha sentido cansado(a), sin energías durante las últimas dos semanas?
  - a) Casi nunca
  - b) A veces
  - c) Frecuentemente
  - d) Casi todo el tiempo
  
2. Si le pasa algo bueno o recibe una buena noticia, ¿su ánimo mejora?
  - a) Sí, generalmente
  - b) Algunas veces
  - c) Rara vez
  - d) No, en ningún momento
  
3. ¿Ha sentido gusto o satisfacción por las cosas que ha hecho durante las últimas dos semanas?
  - a) No, en ningún momento
  - b) Rara vez
  - c) Algunas veces
  - d) Sí, generalmente
  
4. ¿Se ha sentido triste durante las últimas dos semanas?
  - a) Casi nunca
  - b) Algunas veces
  - c) Frecuentemente
  - d) Casi todo el tiempo
  
5. ¿Ha tenido problemas para dormir durante las últimas dos semanas?
  - a) Nunca
  - b) Algunas veces
  - c) Frecuentemente
  - d) Casi todos los días
  
6. ¿Siente sus brazos o piernas pesados?
  - a) No, en ningún momento
  - b) A veces
  - c) Frecuentemente
  - d) Casi siempre
  
7. ¿Ha pensado hacerse daño durante las últimas dos semanas?
  - a) No, en ningún momento
  - b) Quizás sería mejor morirme
  - c) Deseo morirme
  - d) He planeado cómo suicidarme
  - e) He intentado suicidarme