



Autónoma
Universidad Autónoma del Perú

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

TESIS

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD ANTE EL COVID-19 EN PACIENTES DE
UN POLICLÍNICO DEL CENTRO POBLADO DE PACANGUILLA EN LA
LIBERTAD

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

AUTORA

HYERALDINA CORREA TERAN

ASESOR

DR. VICTOR HUGO VILLANUEVA ACOSTA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

DESORDENES EMOCIONALES Y SU RELACIÓN CON LOS
FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD Y CON EL DESARROLLO
DE CONDUCTAS SALUDABLES

LIMA, PERÚ, MAYO DE 2021

DEDICATORIA

Dedico todo mi esfuerzo y trabajo a mi Padre Celestial que día a día me brindó un nuevo amanecer de aliento, fuerzas, inteligencia y salud. Y a mi hijo Pedro fuente de mis fortalezas y mis desvelos del quien día a día aprendo.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco infinitamente a mi asesor de tesis por su apoyo.

A mi compañero y colega Diego que con su granito de arena contribuyó a la culminación feliz de este trabajo

A Jenny por ser modelo de inspiración profesional, de la cual habiendo embebido de sus enseñanzas ha sido pilar importante en mi moldeamiento como Psicóloga

También agradezco a todo el personal de salud del Policlínico Médico Galenos E.I.R.L, en especial al Dr. Mendoza por brindarme la oportunidad de realizar mi trabajo de investigación en dicha institución.

Agradezco a mi pueblo de Pacanguilla que colaboró desinteresadamente, para quienes espero este trabajo contribuya de orientación en el manejo de la salud mental así mismo sirva como precedente de investigación futura.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
RESUMO	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Realidad problemática.....	12
1.2. Justificación e importancia de la investigación.....	15
1.3. Objetivos de la investigación.....	16
1.4. Limitaciones de la investigación.....	17
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de estudios.....	19
2.2. Bases teóricas científicas.....	24
2.3. Definición de la terminología empleada.....	44
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	47
3.2. Población y muestra.....	47
3.3. Hipótesis.....	49
3.4. Variables – Operacionalización.....	52
3.5. Métodos y técnicas de investigación.....	54
3.6. Descripción de los instrumentos utilizados.....	54
3.7. Análisis estadístico e interpretación de datos.....	56
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	
4.1. Validación de instrumentos.....	58
4.2. Resultados descriptivos de las variables.....	60
4.3. Prueba de normalidad para la variable de estudio.....	61
4.4. Procedimientos Correlacionales.....	62

CAPÍTULO V. DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Discusión.....	69
5.2. Conclusiones.....	72
5.3. Recomendaciones.....	74

REFERENCIAS

ANEXOS

LISTA DE TABLAS

Tabla 1	Características sociodemográficas de la muestra.....	48
Tabla 2	Matriz de operacionalización de variable depresión.....	52
Tabla 3	Matriz de operacionalización de variable ansiedad ante el COVID-19.....	53
Tabla 4	Medidas descriptivas de depresión y ansiedad ante COVID-19.....	60
Tabla 5	Prevalencia de depresión de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor Pacanguilla en La Libertad.....	60
Tabla 6	Prevalencia de ansiedad ante el COVID-19 de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad....	61
Tabla 7	Análisis de la bondad de ajuste a la curva normal de las variables depresión y ansiedad ante el COVID-19.....	61
Tabla 8	Medida de correlación entre depresión y ansiedad ante el COVID-19.....	62
Tabla 9	Rangos promedios de la variable depresión de acuerdo al sexo.....	63
Tabla 10	Rangos promedios de la variable ansiedad ante el COVID-19 de acuerdo al sexo.....	63
Tabla 11	Rangos promedios de la variable depresión de acuerdo a la edad cronológica.....	64
Tabla 12	Rangos promedios de la variable ansiedad ante el COVID-19 de acuerdo a la edad cronológica.....	65
Tabla 13	Rangos promedios de la variable depresión de acuerdo al estado civil.....	65
Tabla 14	Rangos promedios de la variable ansiedad ante el COVID-19 de acuerdo al estado civil.....	66
Tabla 15	Rangos promedios de la variable depresión de acuerdo al grado de instrucción.....	66
Tabla 16	Rangos promedios de la variable ansiedad ante el COVID-19 de acuerdo al grado de instrucción.....	67

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD ANTE EL COVID-19 EN PACIENTES DE UN POLICLÍNICO DEL CENTRO POBLADO DE PACANGUILLA EN LA LIBERTAD

HYERALDINA CORREA TERAN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

RESUMEN

150 pacientes atendidos en el policlínico Multiservicios Médicos Galenos E.I.R.L ubicado en el centro poblado de Pacanguilla en el departamento de la Libertad, fueron estudiados mediante un muestro no probabilístico de tipo intencional, con el propósito de comprobar la relación entre depresión y ansiedad ante el COVID-19. Se administraron el Inventario de Depresión de Beck versión II de Beck, Steer y Brown (1996) y la Escala de Ansiedad por Coronavirus de Lee (2020). Los resultados obtenidos demuestran que existe una correlación moderada, de tipo directa ($\rho = .421$) y altamente significativa ($p < .001$) entre dichas variables. El 58% (87) de los pacientes presentan un nivel de mínima depresión, mientras que el 9.3% (14) consiguen un nivel de grave depresión. Por otro parte, el 76% (114) de los pacientes presentan un nivel de leve ansiedad ante el COVID-19, en comparación con un 5.3% (8) que alcanzan un nivel de grave ansiedad ante el COVID-19. Se encontraron discrepancias estadísticas muy significativas en las puntuaciones de depresión ($U = 1640.5$; $p = .002$) de acuerdo al sexo de los pacientes, siendo el grupo de mujeres el que obtuvo el mayor rango promedio ($R_p = 83.07$). Al mismo tiempo, se hallaron discrepancias estadísticas significativas en las puntuaciones de ansiedad ante el COVID-19 ($X^2 = 8.694$; $p = .013$) de acuerdo al estado civil de los pacientes, siendo el grupo de convivientes el que alcanzó el mayor rango promedio ($R_p = 85.07$).

Palabras clave: depresión, ansiedad, salud mental, COVID-19.

**DEPRESSION AND ANXIETY AGAINST COVID-19 IN PATIENTS OF A
POLYCLINIC IN THE POPULATION CENTER OF PACANGUILLA IN LA
LIBERTAD**

HYERALDINA CORREA TERAN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

ABSTRACT

150 patients treated at the Multiservicios Médicos Galenos E.I.R.L polyclinic located in the town of Pacanguilla in the department of La Libertad, were studied through a non-probabilistic sample of an intentional type, in order to verify the relationship between depression and anxiety before COVID- 19. The Beck Depression Inventory version II by Beck, Steer and Brown (1996) and the Lee Coronavirus Anxiety Scale (2020) were administered. The results obtained show that there is a moderate, direct correlation ($\rho = .421$) and highly significant ($p < .001$) between these variables. 58% (87) of the patients present a level of minimal depression, while 9.3% (14) achieve a level of severe depression. On the other hand, 76% (114) of patients present a level of mild anxiety towards COVID-19, compared to 5.3% (8) who reach a level of severe anxiety towards COVID-19. Very significant statistical differences were found in depression scores ($U = 1640.5$; $p = .002$) according to the sex of the patients, the group of women being the one with the highest average range ($R_p = 83.07$). In the same way, significant statistical differences were found in the anxiety scores before COVID-19 ($X^2 = 8.694$; $p = .013$) according to the marital status of the patients, with the group of cohabitants the one that reached the highest average range ($R_p = 85.07$).

Keywords: depression, anxiety, mental health, COVID-19.

DEPRESSÃO E ANSIEDADE CONTRA COVID-19 EM PACIENTES DE UM POLICLINICANO DO POBLADO DE PACANGUILLA EM LA LIBERTAD

HYERALDINA CORREA TERAN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

RESUMO

150 pacientes atendidos na policlínica Multiservicios Médicos Galenos E.I.R.L, localizada na cidade de Pacanguilla, no departamento de La Libertad, foram estudados por meio de uma amostra não probabilística do tipo intencional, a fim de verificar a relação entre depressão e ansiedade perante o COVID-19. O Inventário de Depressão de Beck versão II de Beck, Steer e Brown (1996) e a Escala de Ansiedade de Lee Coronavirus (2020) foram administrados. Os resultados obtidos mostram que existe uma correlação direta moderada ($\rho = 0.421$) e altamente significativa ($p < 0,001$) entre essas variáveis. 58% (87) dos pacientes apresentam um nível de depressão mínima, enquanto 9.3% (14) atingem um nível de depressão grave. Por outro lado, 76% (114) dos pacientes apresentam um nível de ansiedade leve em relação ao COVID-19, em comparação com 5.3% (8) que atingem um nível de ansiedade grave em relação ao COVID-19. Diferenças estatísticas muito significativas foram encontradas nos escores de depressão ($U = 1640.5$; $p = 0.002$) de acordo com o sexo dos pacientes, sendo o grupo de mulheres o que apresentou maior variação média ($R_p = 83.07$). Da mesma forma, foram encontradas diferenças estatísticas significativas nos escores de ansiedade antes do COVID-19 ($X^2 = 8.694$; $p = 0.013$) de acordo com o estado civil dos pacientes, sendo o grupo de coabitantes aquele que atingiu a maior faixa média ($R_p = 85.07$).

Palavras-chave: depressão, ansiedade, saúde mental, COVID-19.

INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019, empezó el brote de coronavirus (SARS-CoV-2) en Wuhan, la ciudad más grande del centro de China. Ante esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) enunció una emergencia sanitaria mundial el 30 de enero de 2020. Con este fin, varios sectores de investigación de todo el mundo están colaborando de formas sin precedentes para comprender mejor la pandemia. A medida que avanza la pandemia de COVID-19, tiene un gran efecto psicológico en la población general con secuelas en la salud física y mental, que se caracteriza por incertidumbre, insomnio, ira, miedo a infectarse, aumento del consumo de alcohol o cigarrillos, separación social, desarrollo de trastorno de estrés postraumático, trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, somatizaciones y pérdida de salud percibida.

Lo antes expuesto genera interés por comprender cómo la depresión se encuentra vinculada con la ansiedad ante el COVID-19, desencadenada en los pacientes de un policlínico debido a situaciones estresantes como una pandemia y los consecuentes cierres de emergencia (cuarentenas y toques de queda).

Para cumplir con ese propósito, esta tesis se ha estructurado del siguiente modo: En el capítulo I se relata la realidad problemática, justificación e importancia, objetivos y sus limitaciones.

En el capítulo II se expone el marco teórico, donde se exponen antecedentes nacionales e internacionales y las bases teóricas científicas que sustentan esta investigación, así como la definición conceptual de términos utilizados.

En el capítulo III se explica el marco metodológico de la investigación, el tipo y el diseño de investigación, población y muestra, hipótesis, las variables y la operacionalización, métodos y técnicas de investigación, y el análisis estadístico e interpretación de datos.

En el capítulo IV se explica el análisis e interpretación de resultados, a través de las tablas usando estadísticas descriptivas e inferencias, y contrastar así las hipótesis planteadas.

En último lugar, en el capítulo V, se discuten los resultados, se implantan conclusiones y las recomendaciones oportunas para el policlínico, los pacientes y futuras investigaciones en función a los resultados derivados.

CAPÍTULO I
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Realidad problemática

Desde hace más de un año, el mundo volvió a experimentar una nueva pandemia producida por la presencia de la enfermedad del Coronavirus (COVID-19), cuya complicación más habitual es el síndrome agudo de dificultad respiratoria; extendida en diversos países del globo, siendo Wuhan, provincia de Hubei, que pertenece a la República Popular de China su lugar de origen. Esta infección podría encubirse de tres a seis días, tiempo después se requería de hospitalización pasado los siete días. En 181 países/regiones se reconoció la infección del COVID-19, reportándose 9,295.365 millones de casos auténticos y ha generado 478,289 muertos. En China, el 80% de pacientes evidenciaron síntomas leves, 15% hospitalizados y 5% requiere de cuidados intensivos; aunque recientemente 14% de pacientes mostraron padecimientos serios y una fatalidad de 2.3%. Los factores de riesgos detectados fueron ser persona mayor de 60 años de edad, el padecer de insuficiencia cardiovascular, diabetes, cáncer y asma, que actuaban como comorbilidades médicas (Martínez-Taboas, 2020).

Los efectos negativos de la pandemia están siendo cada vez más preocupantes, manifiesta el director general de la Organización Mundial de la Salud (2020), debido a la separación social obligatoria, el temor al contagio y la muerte recurrente de familiares y amigos, agravándose aún más esta situación a causa de la angustia por la pérdida de empleos y por tanto de ingresos económicos en el hogar. Sobre este último punto, Crayne (2020) argumenta que la pérdida de empleo no solo representa una desventaja económica; sino que, llega incluso a ser traumático y genera malestar que puede ser observado en el entorno familiar; y es que el trabajo concede una inspiración de sentido de vida, compañerismo, bienestar y expresión de valores personales. Asimismo, aparecen la frustración y ansiedad, como resultados de la búsqueda subsecuente de un nuevo empleo.

Al efectuarse indagaciones que examinan sobre la salud mental de los individuos en la pandemia, resaltan los indicios o trastornos de ansiedad y depresión como los más recurrentes, ello reflejo de la desesperación y angustia por esta situación que viene ocurriendo en todo el mundo Huang et al. (2020), por ejemplo, en China reportaron los hallazgos de un estudio nacional en un grupo de individuos con

síntomas significativos que afectaban su salud mental, donde el 35.1% mostraba criterios de ansiedad generalizada, 20.1% con depresión y un 18.2% con insomnio. Cabe mencionar que estos resultados son más elevados a comparación de otros estudios ejecutados años anteriores. Otro estudio importante fue el de Gao et al., (2020), efectuado en 31 provincias de China, reportando grados elevados de depresión (48.3%) y ansiedad (22.6%) y un 19.4% presenta una combinación de síntomas de ansiedad y depresión; detectándose que los individuos que invertían más de tres horas diarias pensando precipitadamente en la pandemia las de mayor riesgo.

En la India, Roy et al. (2020), aplicaron un estudio en 662 personas en línea, de las cuales el 80% reporto experimentar elevada ansiedad y preocupación por el virus; 72% se sintió intensamente preocupado por adquirir el COVID-19 o algunos de sus familiares en la última semana, 12% no dormían bien, el 41% afirmo experimentar temor y más del 80% expresaron su deseo por hablar con algún experto en salud mental acerca de su condición actual. Del mismo modo, en Alemania, Jungmann y Withoff (2020) aplicaron un estudio a 1,615 personas en línea, obteniendo que el 25% manifestó sentir síntomas de ansiedad moderada a severa y el 25% síntomas de ansiedad extrema; el tener rasgos de ansiedad predecía problemas en el manejo de la ansiedad. Además, fueron las mujeres quienes evidenciaron un nivel bastante más elevado que los hombres. Por su parte, Ozdin y Ozdin (2020), en Turquía, reportaron que el 45.1% manifestó indicios consistentes con ansiedad y el 23.6% con síntomas marcados de depresión. Los factores de riesgo detectado con análisis de regresión fueron: “ser mujer, vivir en áreas rurales y tener un historial psiquiátrico previo”.

Antiporta y Bruni (2020), identificaron las complicaciones emergentes de salud mental relacionadas con la pandemia COVID-19 mediante un cuestionario en línea dirigido a los responsables de las decisiones de salud mental en los ministerios de salud de diez países de América del Sur: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela. Entre sus resultados, se encontró que las reacciones más frecuentes notificadas fueron ansiedad, estrés y miedo. Estas reacciones se atribuyen a la propia pandemia y a las medidas de salud pública que los países implementaron para controlar la propagación de la enfermedad, tal como bloqueos totales y políticas para quedarse en casa. Otros problemas menos frecuentes están el insomnio, irritabilidad, soledad y tristeza especialmente entre los

que viven solos. Por tanto, concluye que las áreas prioritarias en la respuesta a la COVID-19 son la salud mental y apoyo psicosocial.

El Perú no ha sido ajeno a esta emergencia sanitaria global, pues desde el día 6 de marzo de 2020 se notificó el primer caso de infección por el COVID-19. No obstante, a pesar de que el gobierno peruano adoptó medidas de orden social, económico, político y de salubridad para prevenir y mantener el control del contagio, el país ocupó el séptimo lugar en todo el mundo y el segundo en América Latina respecto al total de casos por número de pobladores (Coronavirus Resource Center, 2020). Hasta la fecha, en nuestro país, se reportaron 1.158 337 de casos confirmados y 41.538 de fallecimientos por COVID-19, siendo el grupo de adultos y adultos mayores los de mayores tasas de ataque, donde el 51.6% de los casos corresponden a personas del sexo masculino y 48.4% a personas del sexo femenino. Por otra parte, la mortalidad se concentra en regiones de la costa “Moquegua, Ica, Callao, Lima Metropolitana, Lima región y Lambayeque”, siendo las de más elevada mortalidad y aunque las regiones Tumbes, Ancash y La Libertad no están en el cuartil más elevado de la mortalidad, superan la tasa nacional de fallecidos (Ministerio de Salud, 2021).

Dadas estas condiciones sanitarias, las investigaciones que abordaron el impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de la población peruano no se hicieron de esperar. Así tenemos que, Vivanco et al. (2020), evaluaron a 120 policías de Lima que laboraron en la vía pública para asegurar el cumplimiento de medidas adoptados por el gobierno peruano. Los resultados enfatizaron que el 19.6% y el 17.3% de los policías presentaron indicios de depresión y ansiedad generalizada; además, el 42,5% señaló tener mucho temor de la COVID-19, al 41,6% le incomoda mucho pensar en la COVID-19, el 43% tuvo mucho temor de perder la vida por la COVID-19. Por último, el 78% de los policías encuestados advierten estar de acuerdo y muy de acuerdo con la pregunta “Tengo miedo de infectar a mis familiares con la COVID-19”. Del mismo modo, Vivanco et al. (2020), al analizar una subpoblación de 128 educandos universitarios de las localidades de Trujillo y Chimbote, reportaron que una mayor ansiedad por COVID-19 se relaciona con una disminución en la salud mental ($p < .01$); al comparar estas variables en función al sexo, se aprecia que las damas experimentan mayor proporción de síntomas críticos y puntajes significativas más

elevados que los varones en ansiedad y otros estados emocionales negativos a la pandemia de COVID-19.

Sin embargo, a pesar de contar con las investigaciones destacadas que tuvieran a bien incluir agentes policiales y educandos universitarios; aún no se han reportado indagaciones con pacientes ambulatorios de hospitales y centros médicos como objeto de estudio ante el impacto de la coyuntura actual en la salud mental.

Por lo tanto, se formula la siguiente interrogante: ¿Cuál es la relación que existe entre depresión y ansiedad ante el COVID-19 en pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad?

1.2. Justificación e importancia de la investigación

Desde una perspectiva teórica, la investigación consintió examinar, evaluar y debatir oportunamente sobre las principales teorías que intentan explicar parcialmente el trastorno de depresión, ya sea desde una perspectiva biomédica hasta la psicológica desde una postura conductista y cognitiva - conductual; del mismo modo, se analizaron las teóricas más relevantes que explican el desarrollo de la ansiedad ante el COVID-19, analizándose desde una perspectiva biomédica hasta la psicológica, considerando las posturas, conductista y cognitivo - conductual; de esta manera, se permitió conocer la interacción teórica de ambas variables en los pacientes ambulatorios que constituyeron el estudio.

En cuanto a la perspectiva metodológica, esta queda explicada al haber seleccionado como instrumentos de medición: el Inventario de Depresión de Beck segunda versión, de Beck et al. (1996), y la “Escala de Ansiedad ante el Coronavirus (CAS)” de Lee (2020); habiendo sido ambos instrumentos sometidos a un proceso estadísticos y psicométrico riguroso para corroborar las evidencias en términos de validez y confiabilidad, y se pueda utilizar para otras tareas de indagación científica así como en otros campus universitarios para mayor contraste metodológico.

Por último, existe una perspectiva práctica desde el momento que los resultados estadísticos debidamente contrastados con las bases teóricas, permitieron

generar la necesidad del esbozo y manejo de programas de intervención psicológica, basados en un enfoque cognitivo - conductual, que estará dirigidos a modificar los principales indicios de los trastornos de ansiedad y depresión en sus unidades cognitivos, conductual y emocional, de los pacientes ambulatorios del policlínico Multiservicios Médicos Galenos E.I.R.L situado en el centro poblado menor de Pacanguilla provincia de Chepén en el departamento de la Libertad; de esta manera, se prevendrá la ocurrencia de los mismos y se mejorará la capacidades personales de afronte y relaciones interpersonales favoreciendo el bienestar psicológico.

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

- Estipular la relación entre depresión y ansiedad ante el COVID-19 en pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Identificar la prevalencia de la depresión de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.
2. Identificar la prevalencia de la ansiedad ante el COVID-19 de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.
3. Comprobar las diferencias de la depresión en función al sexo de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.
4. Comprobar las diferencias de la depresión en función a la edad cronológica de los pacientes del centro poblado menor de la ciudad de Pacanguilla en La Libertad.
5. Comprobar las diferencias de la depresión en función al estado civil de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.
6. Comprobar las diferencias de la depresión en función al grado de instrucción de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.

7. Comprobar las diferencias de la ansiedad ante el COVID-19 en función al sexo de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.
8. Comprobar las diferencias de la ansiedad ante el COVID-19 en función a la edad cronológica de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.
9. Comprobar las diferencias de la ansiedad ante el COVID-19 en función al estado civil de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.
10. Comprobar las diferencias de la ansiedad ante el COVID-19 en función al grado de instrucción de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.

1.4. Limitaciones de la investigación

Durante el transcurso de la indagación, se lucieron dos limitaciones:

1. Los resultados del proceso de indagación, solo pueden extrapolarse a la muestra encuestada; es decir, a un grupo representativo de pacientes, entre varones y mujeres, de un policlínico de salud de la localidad de Pacanguilla; quedando excluidas, por motivos económicos y de tiempo, otros centros de atención médica públicos o privados del departamento de la Libertad.
2. La poca disposición en participar voluntariamente del estudio por parte de los pacientes que asisten al policlínico.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudios

2.1.1. Antecedentes nacionales

Olabarrera (2020) investigó los factores vinculados a la depresión y ansiedad de pacientes internados pertenecientes a las áreas de ginecología, maternidad, cirugía especialidades, cirugía general y medicina. El estudio fue de tipo descriptivo-correlacional, con un diseño no experimental y transversal analítico. La subpoblación estuvo conformada por 184 personas hospitalizadas en el Hospital regional del Cusco. Se hizo uso de la “Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)” para cuantificar las variables estudiadas. Entre los resultados, se encontró que el 21,74% del total de pacientes hospitalizados tenía un caso clínico de depresión, el 15,22% tenía un caso dudoso de depresión, el resto no tenía ningún caso clínico, mientras que la ansiedad era del 30,43%, con casos dudosos del 21,20% y el resto como ausencia de casos. Como dato adicional y relevante, se demostró que la mayoría del 96,2% de los pacientes tuvo una estancia hospitalaria inferior a 14 días. El 91,07% de los pacientes con ansiedad clínica tuvieron una estancia hospitalaria inferior a 14 días. El 90% de los pacientes con depresión tuvieron una estancia hospitalaria de menos de 14 días. Esta variable tiene una relación estadísticamente significativa con $p < 0.05$.

Uriarte (2019) realizó un estudio con la intención de encontrar la relación entre depresión y ansiedad con pacientes en estado de gestación. Dicho trabajo fue de tipo aplicada, cuantitativa y explicativa con un diseño no experimental. La población estuvo constituida por 55 gestantes del puesto de salud Marianne Preuss de Stark en San Juan de Miraflores, de donde se seleccionó un muestreo probabilístico aleatorio simple de 48 gestantes, a quienes se les administro una encuesta, el “Inventario de Depresión de Beck” y el “Inventario de Ansiedad” del mismo autor. Dentro de los resultados se pudo evidenciar, como factor relevante, que existe relación significativamente alta (0.877), entre depresión y ansiedad en pacientes gestantes del puesto de Salud Marianne Preuss de Stark del distrito de San Juan de Miraflores. Asimismo, en las hipótesis específicas, se encontró que la depresión afecta cambios físicos ($r = .832$) y cambios psicológicos y mentales ($r = 0,822$) en las pacientes embarazadas estudiadas; Además de los estados de ansiedad, afectividad ($r = .645$), motivación ($r = .775$), síntomas ($r = .719$), conducta ($r = .620$) y cognición ($r = .851$),

lo que concluye la concordancia de las hipótesis de investigación con un nivel de significancia del 5%.

Un año antes, Vallejos (2018) dedicó su investigación a establecer la relación entre la ansiedad y depresión en pacientes oncológicos. El estudio fue de tipo descriptivo-correlacional y de diseño no experimental, donde la subpoblación estuvo constituida por 88 pacientes con diagnóstico de algún tipo de cáncer perteneciente al hospital de la seguridad social de la localidad de Chiclayo y se les administró el “Test de Ansiedad y Depresión de Beck”. En cuanto a los resultados, se pudo determinar que existe relación entre la ansiedad y depresión ($p .011 < 0.05$) siendo el coeficiente de correlación positivo con valor 0.363 con una magnitud baja. Además, el 42,9% se ubicó en el nivel de ansiedad leve, el 33.3% con un nivel mínimo, y el 14.3% se situó en la categoría moderada. El 83.3% consiguió el mayor grado de depresión en la categoría “Altibajos considerados normales”. Por otro lado, la ansiedad mantiene una relación muy significativa y baja con la dimensión afectiva de la depresión ($p=0.01 < 0.05$) y no guarda relación con la dimensión somática ($p =.142 > 0.05$); luego, la dimensión somática de la ansiedad guarda relación con la depresión ($p= 0.000 < 0.05$), al igual que la dimensión afectiva de la ansiedad y la depresión ($p=0.021 < 0.05$).

Guillen y Ordoñez (2017) realizaron una investigación donde buscaron establecer el nivel de depresión y ansiedad en pacientes que reciben el tratamiento de hemodiálisis. Este trabajo fue de tipo descriptivo - comparativo y correlacional con diseño no experimental. La muestra estuvo conformada por 101 pacientes adultos en hemodiálisis de un hospital nacional de la Policía Nacional del Perú haciendo uso del muestreo no aleatorio. Para esta investigación se hizo uso de dos instrumentos, el “Inventario de Depresión de Beck” y el “Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad”. Los resultados principales demuestran que el 61.4% (62/101) no presenta estados de depresión, el 23.8% (24/101) presenta depresión leve y depresión moderada el 14.9% (15/101). En cuando a la condición de ansiedad, se encontró que el 55.4% (56/101) no presenta dicha condición, ansiedad moderada o ansiedad marcada se hace presente en el 42.6% (43/101) y ansiedad severa solo se presenta en el 2% (2/101).

En el mismo año, Díaz y Solís (2017), buscaron estipular los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en estadio V. Este trabajo fue de tipo descriptivo-correlacional con diseño no experimental. Su muestra la abarcaron 70 pacientes con enfermedad renal crónica en estadios V con tratamiento de hemodiálisis, mayores de 18 años pertenecientes al hospital estatal nivel III-1 de Chiclayo. Se aplicó una ficha sociodemográfica, el “Inventario de Depresión de Beck” y el “Inventario de Ansiedad” del mismo autor. Los resultados mostraron que los niveles más comunes de depresión y ansiedad fueron moderados 30% y leves 51%, respectivamente. Al determinar el nivel de ansiedad por género, se observa que el nivel de ansiedad más común es leve, 30% para mujeres, 21% para hombres y el grado menos frecuente es severo, con 1% para mujeres y 3% para hombres. En cuanto al nivel de depresión por género, se observa que el 27% de la población femenina padece depresión moderada y solo el 3% padece depresión severa. No obstante, el nivel más relevante en la población masculina es la depresión leve, con un 17%, que es el mismo nivel que en los pacientes sin depresión.

2.1.2. Antecedentes internacionales

Jaimes, Rodríguez y Romero (2020) se plantearon como intención indagar la relación existente entre ansiedad y depresión de pacientes oncológicos. Se usó como método el enfoque cuantitativo de tipo correlacional con diseño no experimental, su población estuvo conformada por 100 pacientes varones y mujeres diagnosticados con algún tipo de cáncer del Hospital Universitario de Santander en Colombia. Para recopilar los datos se administraron dos instrumentos, el “Inventario de Depresión de Beck (BDI II)” y el “Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)”. Los resultados de la zona de ansiedad mostraron que el porcentaje más bajo de niveles leves fue 11%; el nivel intermedio fue 14%, el nivel severo fue 24% y el último fue el nivel más bajo, con la mayoría de los participantes 51%. En cuanto al área de depresión, los resultados mostraron que el porcentaje más bajo en el nivel leve fue 13%; el nivel moderado 16%; el puntaje de nivel severo fue 25% y finalmente el nivel más bajo, con la mayoría de los participantes 46%. En definitiva, la correlación entre estas dos variables es significativa y negativa, igual a -0.618 , que es inversamente proporcional.

Guevara (2018) realizó un estudio donde buscó estipular los niveles de ansiedad y depresión en personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Dicho trabajo fue de tipo exploratorio, descriptivo y correlacional con diseño no experimental. La población de estudio fueron 158 pacientes adultos mayores que fueron diagnosticados con diabetes Mellitus tipo 2 en el Centro de Salud Tipo A IESS Baños en Riobamba, Ecuador. La recolección de los datos se realizó mediante la administración de dos instrumentos, la “Escala de Ansiedad de Hamilton” y la “Escala de Depresión de Hamilton”. De acuerdo con los resultados, se identificaron 153 pacientes con síntomas de ansiedad, siendo la ansiedad leve la de mayor incidencia representando el 61%, igualmente se identificaron 153 pacientes con depresión, siendo la depresión moderada con mayor incidencia. Representado por el 36%. La ansiedad y la depresión de las mujeres fueron más altas, con un 62% y un 61%, respectivamente. El diagnóstico de diabetes en el anciano tiene importantes implicaciones psicológicas, lo que indica que estas patologías son sinérgicas, y un total del 95,16% de los pacientes cumple más o menos los criterios de diabetes distintos de la ansiedad y la depresión. La ansiedad y la depresión ocurren principalmente en mujeres entre 60 y 64 años.

El año anterior, Anguiano et al. (2017), dedicaron su investigación a hallar las relaciones entre depresión y ansiedad en pacientes de las áreas de medicina interna y hematología. La indagación fue de tipo descriptivo-correlacional y de diseño no experimental. Este trabajo tuvo la participación de 111 pacientes hospitalizados de los servicios de hematología y de medicina interna del Hospital Juárez de México. Se aplicaron la “Escala de Ansiedad y Depresión hospitalaria” para recopilar los datos. Los resultados arrojaron que el 53% de los pacientes presentaba síntomas de ansiedad y el 47% síntomas de depresión. La media de ansiedad fue de 9.41 (D.S.= 5.10), la media de depresión de 8.82 (D. S.= 5.40). También se realizó una t de Student para comparar las medias de ansiedad y depresión entre hombres y mujeres, pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, al igual que en las variables de estado civil, escolaridad, y rangos de edad (17-39 años, 40-59 años y de 60 años en adelante). Finalmente, entre ansiedad y depresión, existe una correlación moderadamente positiva entre el tiempo de sufrimiento y la categoría. En el caso del tiempo, la correlación entre el grupo A y el grupo B fue de .697 ($p < .01$), mientras que la correlación entre el grupo B fue de .607 ($p < .01$). En cuanto a la categoría de

diagnóstico, el coeficiente de correlación del primer grupo es .767 ($p < .01$), el coeficiente de correlación del segundo grupo es .417 ($p < .01$) y el coeficiente de correlación del tercer grupo es .808 ($p < .01$).

Mayo y Valencia (2016), se plantearon como propósito primordial establecer los grados de ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA. Este estudio se realizó con un tipo de investigación descriptiva, enfoque cuantitativo y diseño no experimental. La subpoblación la conformaron 31 pacientes mayores de edad diagnosticados con VIH/SIDA de la ciudad de Villavicencio, Colombia. Para recopilar datos se administró la “Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD)”. Los principales descubrimientos señalan que, en la variable de ansiedad, el 100% de los participantes puntuaron nivel alto, mientras que en la variable de depresión el 23% obtuvo nivel bajo, el 29% niveles medio, y el 48% restante nivel alto. Además, se evidencia que la mayoría de participantes pertenecen al sexo varonil, con una media de edad de 37 años en un rango de 19 a 59 años; también se encontró que, en su gran mayoría, son católicos, solteros, empleados y con grado académico de bachiller, pertenecientes a los estratos socioeconómicos 1 y 2.

En el mismo año, Soto (2016) reconoció el grado de ansiedad y depresión en individuos que sobrellevan alguna lesión física. Dicha indagación fue de tipo descriptivo-correlacional y de diseño no experimental. La subpoblación estuvo abarcada por 60 pacientes cuyas edades se encuentran entre 25 a 70 años que asisten a terapia física en la clínica del municipio de Salcajá, ubicada en el departamento de Quetzaltenango, en Guatemala. Los instrumentos usados para este estudio fueron el “Cuestionario de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI)” y el “Inventario de Depresión de Beck”. Respecto a las derivaciones obtenidas, se puede determinar el grado de ansiedad y depresión, de los cuales la ansiedad es la principal. De los resultados de 60 sujetos, se contempló que 28 tenían un grado elevado de ansiedad, 19 tenían un grado moderado y 13 un grado bajo. Entre tanto, para depresión, 10 sujetos tenían un grado elevado y 26 un grado moderado y solo 24 un grado bajo. Del mismo modo, al analizar por género, se puede comprobar la prevalencia de ansiedad masculina y la prevalencia de depresión femenina.

2.2. Bases teóricas científicas

2.2.1. Depresión

La palabra depresión proviene del latín “depressus” que significa abatimiento. A lo largo de la historia de la psicopatología han surgido diferentes definiciones sobre esta afección, siendo así que Beck (1967) refiere que la depresión es la consecuencia de una interpretación equivocada de acontecimientos y situaciones que tiene que encarar el individuo.

Alberdi et al. (2006), aseguran que la depresión es un “Grupo de indicios afectivos como: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad y sensación de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida; así como un grupo de indicios cognitivos, volitivo y somáticos” (p. 27). En pocas palabras, es una afección integral de la vida pacífica, forjando énfasis en la vida afectiva.

Piqueras et al. (2008), sugieren que la depresión es el efecto último de vincular varios componentes constitucionales, evolutivos, ambientales e interpersonales que modifican los patrones de neurotransmisores entre los hemisferios del cerebro y el sistema límbico.

Romero (2010), precisa que la depresión designa un cúmulo de condiciones emocionales tales como sensaciones de tristeza, síntomas psicológicos y fisiológicos, que perturban el funcionamiento de los individuos en múltiples ámbitos de su vida.

2.2.1.1. Clasificación diagnóstica.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría en su quinta edición (APA, 2013), expone que los desórdenes depresivos en adultos se clasifican en:

Trastorno depresivo mayor (incluyendo el episodio depresivo mayor), trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por sustancias o medicación, trastorno depresivo debido a

otra condición médica, otros trastornos depresivos específicos y trastornos depresivos no especificados. (APA, 2013, p. 113).

A. Trastorno depresivo mayor. Se caracteriza por la presencia de los siguientes síntomas:

- I. La principal característica del trastorno depresivo mayor es la presencia en la persona, durante un periodo de al menos dos semanas consecutivas (aunque la mayoría de los episodios duran considerablemente más), de un estado de ánimo triste o deprimido o una pérdida adecuada de interés o del placer en todas o casi todas las actividades con las que antes solía disfrutar. Además de que la persona experimenta necesariamente el primer o el segundo síntoma (o ambos), para establecer el diagnóstico de trastorno depresivo mayor ha de presentar, al menos, cuatro síntomas más. (p. 114).
- II. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad de la persona. (p.114).
- III. .El episodio no es atribuido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia, un medicamento o una enfermedad médica. (p.114).

Conjuntamente, para determinar el diagnóstico de depresión mayor se deben verificar una serie de requisitos y señalar una serie de especificaciones, que se describirán en detalle a continuación:

- I. Indicar si el trastorno depresivo mayor está basado en un episodio depresivo único (aparece por primera vez en la vida de la persona), o bien en un episodio depresivo recurrente (la persona, a lo largo de su vida ha manifestado al menos dos episodios depresivos mayores; para ser considerados episodios separados tiene que haber existido un intervalo de al menos dos meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor).
- II. Que se indique el nivel de gravedad del trastorno (leve, moderado o grave), si cursa o no con síntomas psicóticos, y si en el momento actual se hallan en remisión parcial, total o en estado crónico. Asimismo, se ha de especificar si está asociado a una serie de síntomas catatónicos, melancólicos, atípicos o de inicio

de posparto, y, en el caso de que sea recurrente, añadir especificaciones del curso (con y sin recuperación interepisódica y patrón estacional).

B. Trastorno depresivo persistente (distimia). El DSM-V propone una secuencia de cambios en este trastorno. Es de destacar el cambio de nombre, distimia por trastorno depresivo frecuente. Según el consenso del DSM-V, este trastorno se caracteriza por:

- I. Estado de ánimo depresivo constante (casi todo el día, casi todos los días), incluso cuando es menos grave que el trastorno depresivo más amplio, que es manifestado por el individuo o visto por otros, durante al menos 2 años.
- II. En la situación de los chicos y jóvenes, el estado de ánimo podría ser irritable en vez de triste, y la duración debería ser de por lo menos un año.

Al mismo tiempo de estar deprimido, el individuo debe tener 2 (o más) de estos signos para ser diagnosticado con un trastorno depresivo constante: pérdida o crecimiento por hambre, insomnio o hipersomnias, fatiga, baja autoestima, dificultad para concentrarse o tomar decisiones, y desesperación. También es necesario que la persona no haya sido ajena a la evidencia durante más de 2 meses consecutivos.

C. Trastorno disfórico premenstrual. Los aspectos básicos para el diagnóstico del TDPM son la inestabilidad emocional, la irritabilidad, la disforia y los signos de ansiedad que se presentan repetidamente durante la etapa premenstrual y se mantienen alrededor del inicio o poco tiempo después de la menstruación.

Estas señales tienen la posibilidad de ir acompañados de indicios físicos o conductuales. Además, estas señales estuvieron presente en la mayor parte de los ciclos menstruales a lo largo de por lo menos un año, y han causado efectos adversos en el manejo social o gremial del individuo.

D. Trastorno depresivo inducido por sustancia o medicación. Esta alteración inducida por drogas se caracteriza por síntomas de depresión (relacionados con la ingestión, inyección o inhalación de drogas, psicofármacos u otras drogas) y una reducción significativa del placer o interés por todas o casi todas las sustancias.

Al mismo tiempo, los síntomas depresivos persisten más allá de la duración esperada de los efectos fisiológicos o el envenenamiento de la sustancia.

E. Trastorno depresivo debido a otra condición médica. Las características básicas de este trastorno son un período persistente y prominente de estado de ánimo depresivo y una marcada disminución del interés o el placer en todas o casi todas las ocupaciones. Estos signos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de las superficies sociales, de unión u otras superficies relevantes de la actividad del sujeto. Además, los resultados del laboratorio, del examen físico o de los informes individuales demuestran que el trastorno es un efecto directo de otra afección médica y no se debe a un trastorno mental ni se produce durante todo el proceso.

2.2.1.2. Características clínicas. Gonzales, Ramos y Ferragut (2013) señalan que la sintomatología clínica de los trastornos depresivos se puede agrupar en cinco categorías distintas que se mencionan a continuación:

A. Síntomas afectivos o emocionales. El síntoma afectivo más específico de la depresión es un descenso del estado de ánimo o tristeza patológica. Esta tristeza se puede presentar y describir de varias formas, como depresión emocional, desesperanza, pesimismo, abandono o amargura. En otras ocasiones, los individuos deprimidos hablan de sensación de vacío, entumecimiento, anestesia emocional o imposibilidad de tener sentimientos. En los niños, jóvenes y mayores, el síntoma principal puede ser irritabilidad o inestabilidad, no tristeza.

Otros signos del estado de ánimo que pueden acompañar a la depresión son la disforia (malestar con la vida, disgusto o insatisfacción con la vida), anhedonia (incapacidad para experimentar placer o disfrutar de las cosas), ansiedad, sentimientos de soledad y aislamiento o de imposibilidad, sentimientos de culpa y fracaso y el anhelo incontrolable de llorar, incluso si el individuo puede expresar crónicamente un bloqueo emocional y sentirse incapaz de llorar.

B. Síntomas cognitivos. Un síntoma muy común en los trastornos depresivos es que los individuos tienden a tener problemas de atención, precisamente de

concentración y memoria, que tienden a interferir en su desempeño diario, con quejas comunes de pérdida de memoria y olvidos. No obstante, aumenta la atención egocéntrica centrada en los estímulos negativos: el individuo deprimido tiende a hacer una valoración muy negativa de sí mismo, de los demás, del mundo entero y del futuro.

Otras quejas comunes, en los casos más graves, se relacionan con el pensamiento lento o la dificultad para pensar, la confusión de ideas e incluso la inhibición. Además, las personas tienden a estar constantemente preocupadas, indecisas y obsesivas (rumiantes).

C. Síntomas conductuales. Otro síntoma característico que acostumbran exponer la mayoría de los individuos deprimidos es una actividad motora limitada. Asimismo, tienen la posibilidad de exponer un retardo o enlentecimiento psicomotriz, con una marcha lenta y a pasos reducidos, con un enlentecimiento en el momento de contestar, en los gestos (cabeza baja, postura encorvada, limitado contacto ocular, baja magnitud de la voz, etcétera.) y, en los casos más crónicos, tienen la posibilidad de llegar a una inhibición extrema. El individuo deprimido va dejando de hacer ocupaciones con las que anteriormente gozaba y, lentamente, va dejando de salir y de tener relación con los otros, logrando llegar inclusive al desamparo de responsabilidades (familiares, laborales, etcétera.), lo cual re actúa aislándose y deprimiéndoles todavía más.

D. Síntomas motivacionales. Además de la tristeza, otra característica importante de la depresión es la apatía, la ira, la indiferencia y la incapacidad para disfrutar de las cosas o experimentar placer. Todos estos signos de desmotivación se asocian también a una complejidad en la realización de tareas habituales como visitar, trabajar o lavar, así como una complejidad en la selección diaria.

E. Síntomas somáticos. Por lo menos la mitad de los individuos con depresión acostumbran exponer distintas sintomatologías somáticas de diversa importancia. Los dolores de cabeza y los músculos resultan ser los indicios más comunes, así como la perspectiva borrosa, la sequedad de boca o las contrariedades abdominales (diarreas, gases, estreñimiento, vómitos nauseas, etcétera).

Más recurrente, todavía y perjudicando alrededor de a un 60% de los individuos deprimidos, son los inconvenientes del sueño. De esta forma, alrededor de un 70 – 90% de estos individuos tiene inconvenientes de insomnio inicial, medio o terminal, presentando, más que nada, despertares ordinarios durante la noche o un despertar precoz (se despiertan de madrugada y por el momento no tienen la posibilidad de volver a conciliar el sueño) o sensación de sueño no reparador. En ocasiones, las personas deprimidas pueden experimentar una somnolencia excesiva o hipersomnia.

Otros indicios físicos habituales son la carencia de energía, la pérdida del hambre o el decrecimiento del goce sexual, donde los dos sexos poseen inconvenientes en las etapas de excitación y orgasmo.

2.2.1.3. Modelos teóricos. Carrobles (2014) propuso que se ha asumido la teoría de describir la depresión desde las perspectivas de la biología y los modelos psicológicos. Entre los modelos biológicos, cabe destacar la teoría genética de la depresión y la teoría que relaciona la depresión con la producción o cambios funcionales de ciertos neurotransmisores en el cerebro. Y a partir de los modelos psicológicos, en este trabajo se centralizan, primordialmente, en esas teorías que sustentan los modelos conductuales y cognitivos, por ser las que cuentan con más fundamentación empírico y experimental.

A. Modelos biológicos. Estos modelos tienen como fundamento, principalmente, a los componentes genéticos y bioquímicos. Algunas observaciones de la vertiente biológica han hecho pensar que ciertos cambios en el organismo puedan dar origen a un trastorno depresivo. Respecto al origen genético se ha visto que los desórdenes afectivos como la depresión se presentan principalmente en algunos familiares con el mismo trastorno.

B. Teorías genéticas. A grado genético los datos existentes indican la probabilidad de una determinada heredabilidad de los trastornos del estado de ánimo; de esta forma, una manera de evaluar el papel de la herencia es equiparar la incidencia del trastorno en medio de las familias biológicas y las adoptivas de individuos que fueron adoptadas en fases bastante tempranas de su historia. Si la

herencia es de más grande relevancia, entonces las familias biológicas (quienes contribuyen en la formación genética) deberán demostrar un rango más grande de incidencia del trastorno.

Si los componentes del medio ambiente son más significativos, las familias adoptivas (que dan el ambiente temprano) tendrán que enseñar una mayor incidencia. Los resultados de tal comparación indican que la incidencia de los trastornos del estado de ánimo, siendo uno de eso la depresión, son mucho más grandes en medio de las familias biológicas que en las adoptivas, estas últimas mostraron una incidencia semejante a la poblacional general (Levison, 2006).

C. Teorías bioquímicas. Ya hace 5 décadas, el enfoque bioquímico de la depresión fue dominado por la premisa de las monoaminas. La premisa recomienda que la depresión es causada por un déficit servible de los neurotransmisores noradrenalina (NA) y la serotonina (5-HT), en las zonas límbicas (emocionales) del cerebro. Esta premisa se secundó por el descubrimiento de que el procedimiento con reserpina (un fármaco antihipertensivo, que agota las reservas de las monoaminas), produjo episodios depresivos en ciertos pacientes.

La versión elemental de esta conjetura, con respecto al trastorno depresivo, contempló que la depresión se debería a una reducción en la disponibilidad de los neurotransmisores 5-HT y NA, destacando que los fármacos antidepresivos despliegan su acción terapéutica por medio del incremento de la disponibilidad extracelular de dichos neurotransmisores. Estos sistemas monoaminérgicos se encuentran ampliamente distribuidos por toda la red neuronal del sistema límbico, estriado y circuitos neurales corticales prefrontales, que dan protestas conductuales y viscerales a los trastornos del estado de ánimo (Pérez-Padilla et al., 2017).

2.2.1.4. Modelos psicológicos

A. Perspectiva conductual. A partir del punto de vista conductual se han postulado por igual un número destacable de teorías que parten de la iniciativa de Skinner (1953) y Ferster (1965), quienes aluden a la extinción del comportamiento por ausencia de refuerzo de la misma.

Las teorías del comportamiento centran su atención principalmente en el comportamiento o la actividad de los individuos deprimidos, que se sabe que es radicalmente limitado. Para describir esta disminución o ausencia, que en los casos más extremos es casi completa, de la acción del individuo, se postula desde este enfoque la ausencia o disminución significativa de las consecuencias positivas (refuerzos) derivadas de estas conductas.

Este abandono o disminución de la tasa de secuelas positivas o reforzamientos generaría una desmotivación o falta de interés y como resultado el individuo va a ir progresivamente disminuyendo la frecuencia de su actividad y su conducta. Simultáneamente, además tienen la posibilidad de darse en el ámbito del individuo depresivo secuelas aversivas o situaciones de castigo que podrían cooperar a la inhibición o eliminación de su conducta.

Este comienzo o esta regla elemental de aprendizaje está, por supuesto, en línea con la verificación experimental de que la emisión de una conducta depende de sus consecuencias y que los sujetos dejan de emitirlas en cuanto estas están ausentes o negativas. Un proceso similar al descrito es el que se postula para tener un lugar en el desarrollo de un trastorno depresivo.

B. Teorías cognitivas. Por un lado, los modelos o teorías cognitivas centran su atención principalmente en protestas o cambios cognitivos similares a la depresión y asumen que la ocurrencia de la depresión depende de cómo el individuo deprimido ve los eventos que han ocurrido o interpreta su historia.

Con este enfoque, por un lado, diferentes teorías o modelos sobre la funcionalidad de los diferentes recursos o procesos cognitivos que se califican como más importantes para la especificación de la depresión tienen la posibilidad de diferenciarse por igual. De las diversas teorías propuestas, las de Beck (1967, 1987) y Seligman (1975) son las más relevantes.

En el caso de la teoría cognitiva de Beck (1967,1987), el elemento central “son los errores o las distorsiones cognitivas que la persona comete al procesar la

información de su entorno, especialmente después de vivir experiencias o sucesos estresantes” (p. 51).

De esta manera, expresar los esquemas cognitivos básicos que la persona ha logrado en su historia, especialmente en su niñez, e interpretar la verdad en un sentido negativo, así como su capacidad para enfrentar los eventos estresantes que le sucedieron. Estos errores se especifican en la teoría de Beck y se denominan "tríada cognitiva negativa" que se refiere a la devaluación del propio sujeto, el significado negativo del entorno o del mundo que lo rodea, lo que lleva al desinterés o desmotivación en este y en uno. Así como una proyección desesperada y negativa hacia el futuro que no toma en cuenta la probabilidad de que las cosas mejoren y sean diferentes en el futuro. Esta forma anormal de pensar o procesar la información crea en el individuo la depresión, desde la variación incipiente del estado de ánimo producida al inicio por el evento depresógeno sucedido y que se convierte luego en un estado depresivo por la amplificación del evento y de los indicios del individuo.

El otro importante modelo propuesto es el de la depresión por indefensión o desesperanza, propuesto inicialmente por Seligman (1975), en términos estrictamente conductuales, al que se llega “apelando a la vivencia por parte de los sujetos depresivos (animales o humanos) de experiencias negativas o aversivas de las que no se puede escapar ni hacer nada para evitarlas” (p. 67); es decir, no se tiene control sobre ellas. En la reformulación más vigente del modelo, éste se ha ido realizando gradualmente más cognitivo, y reivindica la existencia de ciertos estilos atribucionales depresógenos, distinguidos por hacer atribuciones internas de los acontecimientos negativos de manera estable por medio del tiempo y de un modo generalizado, extendiéndolas a otras circunstancias presentes y futuras (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978).

2.2.1.5. Casuística de depresión por COVID – 19. La afluencia de patología del coronavirus (COVID-19) en marzo de 2020 a Perú ha provocado que las personas que pueden haber estado expuestas a la infección intenten aislarse en su hogar o instalación de cuarentena. Las medidas gubernamentales de distanciamiento social y cuarentena se basan en la mejor evidencia disponible. Sin embargo, “existe evidencia del impacto psicológico que existe durante y después de la pandemia lo cual ha sido

motivo de estudio y planteamiento de estrategias para afrontar dicho evento” (Lozano, 2020, p. 54).

En China, se hizo un análisis en la etapa inicial de la enfermedad pandémica con 1210 individuos manifestando que el 13.8% presentó indicios depresivos leves; el 12.2%, indicios moderados; y el 4.3%, indicios graves. Se observaron niveles más altos de depresión en hombres, en personas sin educación, en personas con trastornos físicos (escalofríos, mialgia, mareos, coriza y dolor de garganta) y en personas que no confiaban en la capacidad del cuerpo de médicos para diagnosticar la infección por coronavirus. Así, se han reportado niveles más bajos de depresión en personas que se enteraron del aumento en el número de pacientes curados y en personas que siguieron sugerencias de salud pública (Huarcaya, 2020).

En las personas que sufren la muerte súbita de una persona preciosa a causa del coronavirus, la imposibilidad de despedirse puede generar sentimientos de enfado, tristeza y resentimiento, que pueden derivar en el proceso de duelo patológico. Por lo tanto, el personal médico debe estar preparado para comunicar las malas noticias de manera ideal y evitar un efecto negativo en los familiares. A pesar de su importancia, diversos estudios han documentado que los médicos no han recibido una formación formal para comunicar malas noticias. Se necesitan especialistas en salud psicológica para proporcionar a los médicos conceptos precisos en esta materia. Debido a que se desalienta al personal no esencial, como psiquiatras, psicólogos y profesionales de la salud mental, a ingresar a las salas de aislamiento para pacientes con coronavirus, los expertos de primera línea deben brindar intervenciones psicosociales a los pacientes en hospitales (Huarcaya, 2020).

Por lo tanto, es importante que los médicos comprendan las similitudes y diferencias entre los signos de un coronavirus y un episodio depresivo. Los signos como fatiga, insomnio, trastornos del hambre, disminución de las relaciones sociales y pérdida de interés en ocupaciones comunes ocurren tanto en la depresión clínica como en las infecciones virales. Sin embargo, clínicamente, los signos psicológicos centrales de la depresión (desesperanza, inutilidad, pesimismo y sentimientos de culpa) pueden ser más normales (Huarcaya, 2020).

Otra realidad es el ámbito educativo, donde se han encontrado altos niveles de depresión en estudiantes en contraste con la normalidad vista (Wang, 2020). El grado de enseñanza además demostró ser una variable fundamental. Se ha encontrado que la prevalencia de depresión es más grande una vez que hay menos años de enseñanza, en especial en medio de las féminas, y una vez que las tácticas de afrontamiento son ineficaces para el desempeño del estrés. Al final, la separación social cambió la manera en la que se hacen las ocupaciones laborales y académicas. La enseñanza virtual a lo largo de la enfermedad pandémica puede crear sentimientos de soledad e insatisfacción que desciendan en depresión (Misirlis, Zwaan y Weber, 2020). Por el contrario, el incremento de solicitudes familiares o la falta de capacidades tecnológicas para las conductas laborales se vinculan con más prevalencia de indicios depresivos (Cho, 2020).

2.2.2. Ansiedad

La ansiedad es una práctica emocional global a la que todos, en algún momento de la vida, hemos estado sometidos. Generalmente, proviene de cualquier situación que se evalúa como amenazante, crea incertidumbre o se considera que abruma los recursos que no son efectivos para resolver el problema.

Para Schlatter (2003) la ansiedad es un momento emocional subjetivamente desagradable representado por conmociones negativas como tensión e indicios fisiológicos entre ellos las palpitaciones, temblor, disgustos y vértigo.

Por otro lado, González (2006) refiere que “la ansiedad es, sobre todo, algo que se siente. No es un pensamiento, sino un sentimiento de malestar difuso que se manifiesta tanto en el ámbito psíquico como en el somático, con repercusiones en el funcionalismo del sujeto” (p. 26).

En esa misma línea, Jarne et al. (2006), conceptualizan a la ansiedad como:
Un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, displacer y alarma que hace que el sujeto se sienta molesto. Se trata, por lo tanto, de una emoción que aparece cuando el sujeto se siente amenazado por un peligro, que puede ser externo o interno. (p.119).

Rojo (2011), expone que el término ansiedad hace referencia fundamentalmente a que la persona se encuentra inquieta, agitada o nerviosa. Por tanto, la ansiedad se puede definir como un estado de alerta para el organismo, que se debe a una amenaza a su integridad física o psicológica, y la finalidad es obtener suplementos energéticos que le asientan escapar o luchar. En estos casos, aparecerán los síntomas característicos de una respuesta de ansiedad: preocupación, miedo, preocupación, taquicardia, sudor de manos, respiración acelerada, rigidez muscular, inquietud, etc.

Antes de eso, es necesario distinguir claramente la ansiedad "normal" de la ansiedad "patológica". Tanto es así que desde que se utilizó la palabra "ansiedad" en el lenguaje médico a principios del siglo XVII, se ha establecido una distinción entre la "respuesta normal" de las personas a los fracasos emocionales, económicos o familiares y la reacción exagerada. Eventos similares se originaron en otras personas. Esta "reacción exagerada" es ansiedad (Rojo, 2011).

Por consiguiente, Rodríguez (2008) acuerda que:

La ansiedad normal o adaptativa es un dispositivo que todos disponemos genéticamente como posibilidad de reacción y adaptación, es adaptativa en la medida que actúa como mecanismo de atención, alerta, preparación y protección frente al peligro; es deseable para conseguir una acción eficaz. Mientras que la ansiedad patológica o desadaptativa, presenta una inadecuación entre el estímulo y la respuesta de nuestro organismo, no es adaptativa, no sirve como señal de alarma e interfiere en los rendimientos psicomotores o psicosociales, así como en las decisiones y a nivel fisiológico, en el campo del apetito alimentario y en el sexual. (p. 23).

En contraste, Clark y Beck (2012) señalan que es un:

Sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva (a modo de amenaza) que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos

imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo. (p. 23).

2.2.2.1. Características clínicas. Rodríguez (2008) señala que la sintomatología clínica de los desórdenes de ansiedad se consigue congregarse en tres categorías distintas que se mencionan a continuación:

A. Síntomas fisiológicos. Se acentúan los subsiguientes síntomas fisiológicos:

Sistema nervioso: dolor de cabeza, mareos, vértigo, alteraciones visuales, amnesia; Sistema autónomo simpático: sofoco, sensación de calor, sudoración excesiva, sequedad de boca, rubor facial, escalofríos; Sistema cardiovascular: taquicardia, palpitaciones, hipertensión arterial, opresión torácica; Sistema respiratorio: dificultades para respirar (disnea), respiración acelerada y superficial (hiperventilación), disfonía; Sistema digestivo: dificultades para tragar (disfagia), dolor abdominal (por acidosis gástrica, digestiones pesadas, alteraciones de la peristalsis, aerofagia), náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento; Aparato locomotor: tensión muscular (que cristaliza en dolor de espalda, articular o contractural), temblores, hormigueo, parestesias, dificultades de coordinación, fatiga o debilidad muscular y Sistema genitourinario: disuria, alteraciones del ciclo menstrual (amenorrea o dismenorrea), dispareunia, disminución del deseo sexual, eyaculación precoz o retardada y disfunción eréctil. (p. 76).

B. Síntomas cognitivos. Se destacan los subsiguientes síntomas cognitivos:

Preocupaciones irracionales, fuertes y persistentes; miedo o temor injustificado, desproporcionado e irracional; preocupaciones generales (expectativas de desastre inminente); anticipación temerosa de situaciones evaluadas como amenazantes; reaparecen los pensamientos negativos, irracionales y perturbadores (distorsiones del pensamiento); disminución del rendimiento en procesos mentales superiores, como atención, concentración, aprendizaje y memoria; entorpecimiento y dificultades en los procesos de toma de decisiones; pérdida de la confianza en uno mismo; indefensión o sensación

de pérdida del control sobre el entorno; sensación de despersonalización, distanciamiento e irrealidad; sentimientos de inadecuación, inferioridad o incapacidad y sensación general de desorganización o desestructuración. (p. 79).

C. Síntomas motores. Aquí destacan los subsiguientes síntomas motores:

La velocidad del motor es lenta y la acción es torpe; inquietud, hiperactividad y movimientos repetitivos (tics nerviosos como rascarse o morderse las uñas); reacciones de sobresalto; irritabilidad, baja tolerancia a la frustración y agresividad; tartamudeo y dificultades en la comunicación verbal; dificultades para la conciliación y el mantenimiento del sueño; conductas sistemáticas y planificadas de evitación; retraimiento y aislamiento social; rituales y comportamientos compulsivos y conductas de riesgo para la salud, como tabaquismo, abuso de alcohol u otras sustancias psicoactivas, bulimia, etc. (p. 80).

Los síntomas y signos de ansiedad patológica afectan a todos de una manera específica. Con el tiempo, si no se tratan adecuadamente, eventualmente se fortalecerán y se perpetuarán hasta convertirse en diversas manifestaciones clínicas de ansiedad. Igualmente, estos síntomas también se relacionan con otros motivos de consulta en muchos casos. Son potencialmente o implícitamente responsables de trastornos del estado de ánimo, trastornos psicósomáticos o corporales, trastornos alimentarios y trastornos por abuso de sustancias (drogas legales como psicotrópicos, tabaco y alcohol, etc.), también son desencadenantes de diversas enfermedades orgánicas (Clark y Beck, 2012).

2.2.2.2. Clasificación diagnóstica. Actualmente, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, publicado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA, 2013), es el sistema de clasificación principal utilizado por investigadores y psicoterapeutas para los problemas de salud mental. Las siguientes categorías de la ansiedad son incluidas en este manual.

A. Fobia específica. Las fobias específicas se distinguen por una ansiedad o miedo intenso y persistente causado por situaciones o cosas específicas. En los infantes, esta ansiedad puede traducirse en llantos, rabietas, parálisis o abrazos. En el caso de los adultos con esta afección a menudo se da cuenta de que el miedo es demasiado grande o irrazonable. Sus Tipos son animal, ambiental, sangre-inyecciones-daño, situacional, etc.

B. Trastorno de ansiedad social. Este trastorno es llamado también fobia social, se distingue por un temor constante y agudo a los escenarios comunitarios o al desempeño público, por miedo a que se sientan avergonzados. Este tipo de condiciones pueden soportar altas dosis de ansiedad o evitarlas. Algunos sujetos que sufren de fobia social comenzarán a sentir una ansiedad intensa o incluso ataques de pánico siempre que consideren la situación que les preocupa. Las personas con esta fobia se dan cuenta de que sus miedos son excesivos o irrazonables.

C. Trastorno de pánico y agorafobia. Se distingue por el surgimiento de miedo o malestar agudos temporal y aislado, añadiendo al menos cuatro de los 13 indicios físicos y cognitivos:

- 1) palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca;
- 2) sudoración;
- 3) temblores o sacudidas;
- 4) sensación de ahogo o falta de aliento;
- 5) sensación de atragantarse;
- 6) opresión o malestar torácico;
- 7) náuseas o molestias abdominales;
- 8) inestabilidad, mareo o desmayo;
- 9) Ilusión (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo);
- 10) miedo a perder el control o volverse loco;
- 11) miedo a morir;
- 12) parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo), y
- 13) escalofríos o sofocos. (APA, 2013, p. 225).

Otra enfermedad que tradicionalmente está muy relacionada con el trastorno de pánico es la agorafobia, que se distingue por la ansiedad y el pánico en lugares o escenarios en las que es difícil escapar o no se puede brindar ayuda durante el ataque. Por tanto, estas molestias se han evitado o soportado.

D. Trastorno obsesivo – compulsivo. Se distingue por la aparición de obsesiones y compulsiones marcadamente recurrentes, siendo estos intensos y graves, provocando incluso pérdidas de tiempo considerable (el individuo dedica una hora o más al día a estas actividades) o un deterioro en sus actividades cotidianas o malestar clínicamente relevante. Son muy comunes las obsesiones y compulsiones, considerándose dificultades cuando obstaculizan el quehacer cotidiano del sujeto, generando angustia mental o emocional, o no puede ser controlado por el sujeto que lo manifiesta.

E. Trastorno de ansiedad generalizada. Esta alteración se distingue por la: Presencia de ansiedad y preocupación excesiva (expectación aprensiva) que se aprecia en un periodo mayor a los seis meses. Es desproporcionado la intensidad, duración y frecuencia de manifestación de la ansiedad y preocupaciones, con las posibles consecuencias que pueden producirse del escenario o acontecimiento temido. (APA, 2013, p. 318).

Los sujetos que experimentan este desorden, se preocupan por eventos normales de la vida cotidiana, tales como deberes laborales, problemas económicos, salud familiar, fallas menores de funcionamiento de los infantes y responsabilidades domésticas (en asuntos triviales), reparaciones de automóviles o llegar tarde a las reuniones.

F. Trastorno por estrés postraumático. La particularidad básica del desorden de estrés postraumático son los síntomas exclusivos que aparecen después de la exposición al estrés y eventos extremadamente traumáticos, y los eventos en los que participa un individuo implica un peligro concreto para su vida o cualquier otro evento que amenace su vida. Integridad física, la persona es el testimonio de muerte, lesión o un evento que amenaza la vida de otros. El evento traumático se puede volver a experimentar de varias maneras. A menudo, los individuos tienen evocaciones recurrentes e intrusivas o pesadillas demandantes en las que el evento o la ansiedad alta se repite en presencia de situaciones u objetos que son eventos traumáticos similares o simbólicos.

2.2.2.3. Modelos teóricos. Las manifestaciones del miedo incluyen la experiencia, la fisiología, el comportamiento y las respuestas cognitivas, que se caracterizan por un estado general de alerta y excitación. Hay casi tantas definiciones como modelos teóricos se utilizan para crearlas. Por tanto, todas las teorías creen que contiene respuestas emocionales complejas, adaptativas y fenomenológicamente multidimensionales. A continuación, se realiza un breve recorrido por los distintos modelos que han abordado el concepto de ansiedad a lo largo de su historia.

A. Modelo conductual. Una de las teorías largamente aceptada para explicar la consecución de los desórdenes fóbicos y de ansiedad ha sido el condicionamiento clásico o pavloviano. La formulación inicial de esta teoría precisa que la respuesta ansiosa - fóbica se manifiesta como una respuesta condicionada de miedo a estímulos preliminarmente neutrales (EC) que fueron asociados con estímulos aversivos (EI). Dicha formulación, infundida por el experimento de Pavlov, y adoptada en el experimento de Watson y Rayner para demostrar cómo se extingue una fobia infantil en Mary Cover Jones, no ha sido completamente ratificada por evidenciar claras penurias al momento de dar cuenta sobre los fenómenos ansioso-fóbicos. No obstante, para posteriores formulaciones teóricas, se ha constituido en una importante base (Sosa y Capafóns, 2015).

La teoría de los dos factores de Mowrer (1939, citado por Sosa y Capafóns, 2015), se deriva de los planteamientos teóricos mencionados líneas atrás, precisando que los estímulos condicionados alcanzan cualidades motivacionales y que la conducta que logre disminuir el temor con éxito (conducta de evitación) se fortalecerá. “A través de este supuesto se pretende declarar el comienzo y mantenimiento de la conducta de evitación: el alivio del miedo que ocasiona la evitación del estímulo temido provoca una reacción de evitación condicionada” (p. 95). En cierta medida, este planteamiento ha permitido resolver las limitaciones que la teoría original descubrió cuando explicaba satisfactoriamente la tasa de extensión de la respuesta fóbica frente a la tasa de extinción observadas en las respuestas emocionales condicionadas clásicamente en el contexto del laboratorio.

Años más tarde, Seligman (1971) añade: “Otras modificaciones a la teoría original del condicionamiento clásico” (p. 81), sugiriendo la existencia de una predisposición biológica a responder selectivamente con expresiones de temor ante aquellos estímulos del medio que, en un momento u otro de la evolución, han sido un peligro para la supervivencia de la especie. Así, la pauta de respuesta que constituye la fobia se encuentra atada a esta misma ley. Un ejemplo claro sería las fobias a estímulos visuales o auditivos, mediante los cuales se observan especialmente el peligro y que actúan por ello a larga distancia, el componente autonómico de ansiedad juega un rol muy relevante de alerta ante un escenario amenazante. En cambio, estímulos aversivos de tipo táctiles, gustativos u olfatorios, generan comúnmente un grado menor de amenaza y peligro, dado que actúan en el ser humano a corta distancia, propiciando una activación visceral exteriorizándose como escalofríos, náuseas, etc., más no una respuesta ansiosa o fóbica.

A. Modelo cognitivo. En los diez años posteriores a la década de 1960, las variables cognitivas comenzaron a ganar cada vez más categoría en el campo de la psicología, dando como resultado el método del cognitivismo. Las fórmulas de Lazarus (1966), Beck (1976) y Meichenbaum (1977) se concentran en los conceptos de “estrés y procesos de afrontamiento”, enfatizando la trascendencia de las facultades cognitivas. La mayor contribución de los modelos cognitivos es desafiar el paradigma de respuesta al estímulo utilizado para explicar la ansiedad. Por tanto, entre la declaración de una indicación aversiva y la respuesta de ansiedad que expresa la persona, aparecen las facultades cognitivas.

De esta forma el individuo puede percibir la situación, evaluarla y evaluar sus efectos. Cuando los resultados de esta evaluación son amenazantes, se desencadena una respuesta de miedo que está mediada por otros procesos cognitivos. Situaciones similares conducen a reacciones de miedo similares en términos de su intensidad. Se suelen evitar aquellas situaciones que producen una respuesta de miedo más fuerte, e incluso en su ausencia, la formación de imágenes de estas produce también una respuesta de miedo; esto se puede explicar de varias maneras, pero generalmente se cree que la respuesta se debe al significado o interpretación de la situación por parte del individuo. En ocasiones, el sujeto se muestra de acuerdo en que esta situación no es una amenaza objetiva, aunque no puede controlar voluntariamente su respuesta de ansiedad (Clark y Beck, 2012).

En definitiva, como afirman Sierra, Ortega y Zubeidat (2007) el individuo “evidencia pensamientos, ideas, creencias e imágenes que se añade a la ansiedad” (p. 39), conformando el eje cognitivo de este desorden. Dichos pensamientos giran en torno al temor ante una posible amenaza o al peligro de un escenario determinado, induciendo una reacción ansiosa. En su mayoría, estos pensamientos actúan de forma automática, en otros términos, el sujeto a penas se da cuenta de cuando se ponen en marcha, por lo que no los puede dominar y asumir firmemente que no está bajo su control. El sujeto ansioso:

Interpreta la realidad como una amenaza, pero esto no es del todo correcto, porque la circunstancia que interpreta puede no constituir una amenaza real; esta interpretación suele ir acompañado de una sensación subjetiva de inseguridad, nerviosismo, angustia, irritabilidad, hipervigilancia, inquietud, preocupación, miedo, agobio, sobreestimación del grado de peligro, pánico, atención selectiva a las amenazas, comprensión catastrofista de los sucesos, subvalorar la capacidad de afrontamiento, disfunción de la habilidad de memoria y concentración, etc. (Sierra et al., p. 68).

C. Modelo cognitivo – conductual. El surgimiento de este método se asocia con autores como Bowers (1973), Endler y Magnusson (1976), combinando las aportaciones de métodos cognitivos y métodos conductuales. Por tanto, la conducta se determinará en función de la interacción entre las peculiaridades personales del sujeto y la situación que se presente. Cuando una persona siente o afirma tener un trastorno de ansiedad, en el proceso intervienen diferentes variables, por lo que no deben ser ignoradas en el proceso de investigación. Se trata de variantes cognitivas personales (pensamientos, creencias, pensamientos, etc.) y variantes contextuales (estímulos discriminatorios que activan la propagación de la conducta).

En consecuencia, los trastornos de ansiedad ya no se consideraban un rasgo de personalidad, sino un criterio multidimensional, con ciertas áreas de situación que se producían en relación con contrastes en relación con el rasgo de personalidad. Esto dio lugar a la teoría interactiva multidimensional (Endler y Magnusson, 1976), que sustenta que: “La congruencia entre los rasgos de personalidad y las condiciones

amenazantes para que la interacción entre ambos dé lugar a una reacción de ansiedad” (p. 36).

Tomando como ejemplo la teoría tridimensional de Lang (1968) la ansiedad: “Se considera un sistema de triple respuesta en el que se vinculan la cognición, la fisiología y el rendimiento motor” (p. 23). En definitiva, a causa de la posible influencia de los estímulos internos y externos al propio sujeto, la ansiedad ha comenzado a conceptualizarse como una reacción emocional que, al mismo tiempo, se descompone en tres tipos de respuestas, que “incluyen aspectos cognitivos, fisiológicos y motores; el tipo de estímulo que desencadena la reacción de ansiedad depende en gran medida de las particularidades del sujeto” (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2007, p. 61).

2.2.2.4. Casuística de ansiedad por COVID-19. La sociedad actual es protagonista de una secuencia de cambios vertiginosos y crecientes cambios a nivel económico, político, social, cultural y ambiental, provocados por la aparición de una cepa viral llamada SARS-CoV-2, un evento completamente nuevo para la humanidad. El número de casos que crece exponencialmente en el planeta refleja en cierta medida la transmisión inmediata de la enfermedad hasta 2019, lo que se traduce en una prueba rigurosa para los sistemas de salud de los países más dañados. Los desafíos que ha representado esta enfermedad pandémica, varios tuvieron sus bases en las enseñanzas aprendidas sobre la enfermedad pandémica de SARS en el año 2003; no obstante, los parecidos, diversas cuestiones aún están por contestar y varios los efectos provocados en los sentimientos colectivos (Hernández, 2020).

Todo lo descrito ejercerá presión sobre las personas. En adultos, niños y adolescentes, puede aparecer una patología completamente nueva, y este miedo y ansiedad pueden aparecer antes de que la enfermedad se abrumere y despierte emociones fuertes. Las medidas de salud pública, como el aislamiento social, hacen que las personas se sientan solas, y pueden aumentar el estrés, la ansiedad y el miedo a los brotes de enfermedades. Este miedo involucra otros efectos como la discriminación, por cierto, en la epidemia de Ébola de 2014 se manejó como un problema social que derivó en la discriminación de los afrodescendientes mientras que, en 2009, la epidemia de influenza H1N1 en los Estados Unidos de América. (EE.

UU.), se discriminó a mexicanos y trabajadores migrantes. Desde enero de 2020, luego de la propagación del coronavirus, el Reino Unido y los EE. UU. Han informado casos de abuso y actos de odio contra personas de ascendencia asiática y un aumento general en los sentimientos de antipatía hacia la población de origen chino (Usher, Durkin y Bhullar, 2020).

Por otro lado, la posibilidad de que nuestra salud o la de nuestros seres queridos se vean comprometida es, por supuesto, un motivo de preocupación y ansiedad. En la situación actual, la mayoría de las personas a menudo experimentan emociones como miedo, miedo, tristeza, ira o impaciencia. Estas emociones juegan un papel de sostén de la vida entre sí, movilizándonos para defendernos de las amenazas que se nos presentan (en este caso, COVID-19). El temor y la ansiedad contribuyen a centralizar la atención en posibles fuentes de amenazas o daños. La incertidumbre sobre cómo se desarrollarán las cosas, la información y cuánto tiempo tomarán las medidas, nos impulsa a recuperar la conciencia de control, a estimular la búsqueda de seguridad, a presentar posibles situaciones y a evaluar los recursos disponibles (Torous et al., 2020).

Sin embargo, una vez que tales medidas sean bastante duraderas o precisas, como es la situación actual, tienen el potencial de tener consecuencias negativas. Con la actual pandemia de COVID-19, las encuestas nacionales muestran un fuerte aumento del miedo y la ansiedad por el virus. En una encuesta de 44,000 competidores desarrollada en Bélgica a inicios de abril de 2020, el número de individuos que informaron ansiedad (20%) o un trastorno depresivo (16%) incrementó sustancialmente comparativamente con una encuesta hecha en 2018 (11% y 10% de prevalencia) (OECD, 2020).

2.3. Definición de la terminología empleada

- **Depresión:** “Período de al menos dos semanas durante el cual hay un estado de ánimo triste o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades” (APA, 2013, p. 112).

- **Distimia:** “Patrón crónico de alteración del comportamiento, caracterizado por periodos de ánimo depresivo persistente experimentado de forma continua durante la mayoría de los días y durante la mayor parte de los mismo y con una duración mínima de dos años” (APA, 2013, p. 114).
- **Ansiedad:** “Estado de alerta por amenazas a su integridad física o psicológica para obtener energía suplementaria que le permita escapar o luchar. Aparecen síntomas característicos: preocupación, miedo, preocupación, taquicardia, sudor de manos, respiración acelerada, rigidez muscular, inquietud, etc.” (Rojo, 2011, p. 45).
- **Covid-19:** “La COVID-19 es la enfermedad causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2” (OMS, 2020, p. 10).

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de investigación

3.1.1. Tipo de investigación

La indagación es correlacional en la medida que su propósito es entender la vinculación o asociación entre dos o más categorías o variables en una muestra o entorno particular. “Cuando se trata de una muestra de sujetos, el investigador aprecia la existencia de los fenómenos que quiere asociar, y luego los correlaciona mediante técnicas estadísticas de análisis de correlación” (Hernández y Mendoza, 2018, p. 76). Asimismo, es comparativa en la medida que “se analizan la relación entre variables examinando las diferencias que existen entre dos o más grupos de individuos, aprovechando las situaciones diferenciales creadas por la naturaleza o la sociedad” (Ato, López y Benavente, 2013, p. 1047).

3.1.2. Diseño de investigación

El diseño es no experimental y transversal, definiéndose como la indagación que se puede realizar sin manipulación deliberada de atributos. En otros términos, “se trata de un estudio en el que no se modifican deliberadamente variables independientes para comprender sus efectos sobre otras variables, sino que se limita a observar fenómenos que ocurren en el medio natural y luego analizarlos” (Hernández y Mendoza, 2018, p. 89).

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

La población objeto de indagación quedó constituida por 415 pacientes, entre hombres (30%) y mujeres (70%), incluyendo niños, adolescentes, adultos y adultos mayores, cuyas edades fluctúan entre 5 y 80 años, que asisten al policlínico Multiservicios Médicos Galenos E.I.R.L ubicado en el centro poblado menor de Pacanguilla, en la provincia de Chepén de la región de La Libertad, que ofrece servicios de atención médica general, análisis clínicos y ecografías en general.

3.2.2. Muestra

La subpoblación representativa quedó establecida por un total de 150 pacientes que asisten al mencionado policlínico, 103 mujeres (68.7%) y 47 hombres (31.3%), en mayor porcentaje sus edades oscilan entre 20 a 25 años (26.7%), de estado civil convivientes (49.3%) y de un grado de instrucción de educación secundaria completa (38%), como se observa en la tabla 1. La cantidad de subpoblación se obtuvo por medio del cálculo de la fórmula de tamaño de subpoblación, considerando un grado de confianza igual a 95% y un margen de error del 5%. El muestreo para conformar la subpoblación fue de tipo no probabilístico e intencional.

Tabla 1

Características sociodemográficas de la muestra

		<i>fi</i>	%
Sexo	Hombre	47	31.3
	Mujer	103	68.7
	Total	150	100
Edad	20 a 25 años	40	26.7
	26 a 30 años	35	23.3
	31 a 35 años	23	15.3
	36 a 40 años	19	12.7
	41 a 45 años	17	11.3
	46 a 50 años	16	10.7
	Total	150	100
Estado Civil	Soltero(a)	40	26.7
	Casado(a)	36	24
	Conviviente	74	49.3
	Total	150	100
Grado de Instrucción	Primaria completa	49	32.7
	Secundaria completa	57	38
	Superior técnico	28	18.7
	Superior universitario	16	10.7
	Total	150	100

3.2.3. Criterios de inclusión

- Pacientes cuya edad se encuentren entre 20 y 50 años.
- Pacientes que habitan del centro poblado menor de Pacanguilla, en la provincia de Chepén de la región de La Libertad.
- Pacientes que viven más de seis meses en el departamento de La Libertad.
- Pacientes que admitan participar voluntariamente del estudio.

3.2.4. Criterios de exclusión

- Pacientes mayores a 50 años o ser menor de 20 años.
- Pacientes que no residan del centro poblado menor de Pacanguilla, en la provincia de Chepén de la región de La Libertad.
- Pacientes que no viven más de seis meses en el departamento de La Libertad.
- Pacientes con indicios de algún diagnóstico psiquiátrico.
- Pacientes que no acepten participar voluntariamente del estudio.
- Pacientes que no completen las respuestas de los cuestionarios.

3.3. Hipótesis

3.3.1. Hipótesis general

H₀: La depresión no se relaciona significativamente con la ansiedad ante el COVID-19 en pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.

H_g: La depresión se relaciona significativamente con la ansiedad ante el COVID-19 en pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.

3.3.2. Hipótesis específicas

- H₀:** No existen discrepancias significativas al comparar la depresión en función al sexo de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.
- H₁:** Existen discrepancias significativas al comparar la depresión en función al sexo de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.
- H₀:** No existen discrepancias significativas al comparar la depresión en función a la edad cronológica de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.
- H₂:** Existen discrepancias significativas al comparar la depresión en función a la edad cronológica de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.
- H₀:** No existen discrepancias significativas al comparar la depresión en función al estado civil de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.
- H₃:** Existen discrepancias significativas al comparar la depresión en función al estado civil de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.
- H₀:** No existen discrepancias significativas al comparar la depresión en función al grado de instrucción de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.
- H₄:** Existen discrepancias significativas al comparar la depresión en función al grado de instrucción de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.
- H₀:** No existen discrepancias significativas al comparar la ansiedad ante el COVID-19 en función al sexo de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.
- H₅:** Existen discrepancias significativas al comparar la ansiedad ante el COVID-19 en función al sexo de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.

- H₀:** No existen discrepancias significativas al comparar la ansiedad ante el COVID-19 en función a la edad cronológica de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.
- H₆:** Existen discrepancias significativas al comparar la ansiedad ante el COVID-19 en función a la edad cronológica de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.
- H₀:** No existen discrepancias significativas al comparar la ansiedad ante el COVID-19 en función al estado civil de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.
- H₇:** Existen discrepancias significativas al comparar la ansiedad ante el COVID-19 en función al estado civil de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.
- H₀:** No existen discrepancias significativas al comparar la ansiedad ante el COVID-19 en función al grado de instrucción de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.
- H₈:** Existen discrepancias significativas al comparar la ansiedad ante el COVID-19 en función al grado de instrucción de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.

3.4. Variables - operacionalización

Tabla 2

Matriz de operacionalización de variable depresión

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Depresión	Es "un desorden del pensamiento, en la que el depresivo distorsiona la realidad viéndose de forma negativa en la triada cognitiva: el mismo, el mundo y el futuro; además supone la activación de signos y síntomas como consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos" (Beck, 1979, p. 23).	Se define por el puntaje obtenido a través del Inventario de Depresión de Beck versión II (Beck, Steer y Brown, 1996).	Unidimensional (Barreda, 2019)	<ol style="list-style-type: none"> 1. El estado de ánimo depresivo caracterizado por la tristeza, sensación de vacío y desesperanza. 2. Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva. 3. Incapacidad para experimentar placer que anteriormente si presentaba. 4. Pérdida o aumento de peso. 5. Insomnio o hipersomnia. 6. Agitación o por el contrario retraso psicomotor. 7. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 8. Disminución de la capacidad para concentrarse, tomar decisiones. 9. Pensamiento recurrente de muertes, intentos suicidas. 	Ordinal

Tabla 3

Matriz de operacionalización de variable ansiedad ante el COVID-19

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Ansiedad ante el COVID-19	Es la "condición emocional transitoria que se caracteriza por una percepción negativa sobre la salud, que afecta su capacidad para tomar decisiones y comportarse de manera racional" (Vivanco, Saroli, Caycho, Carbajal y Noè, 2020, p.199).	Se define por el puntaje obtenido a través de la Escala de Ansiedad por Coronavirus de Lee (2020).	Unidimensional (Franco, 2020)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mareos. 2. Alteraciones del sueño. 3. Inmovilidad tónica. 4. Pérdida de apetito. 5. Nauseas o problemas estomacales. 	<p>Ordinal:</p> <p>0= en absoluto. 1= Rara vez, menos de un día o dos. 2= Varios días. 3= Más de 7 días. 4= Casi todos los días en las últimas 2 semanas.</p>

3.5. Métodos y técnicas de investigación

La técnica que fue empleada es la encuesta, determinada por López - Roldán y Fachelli (2015) como una técnica de: “Recogida de datos a través de la interrogación de los sujetos cuya finalidad es la de obtener de manera sistemática medidas sobre los conceptos que se derivan de una problemática de investigación previamente construida” (p.8). En seguida, se describen los principales instrumentos utilizados:

3.6. Descripción de los instrumentos utilizados

3.6.1. *Inventario de depresión de Beck – II*

Ficha técnica

- Nombre: Inventario de Depresión de Beck versión II.
- Nombre original: Beck Depression Inventory II (BDI - II).
- Autores: Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.
- Año: 1996.
- Objetivo: Evaluar la intensidad sintomatológica de la depresión.
- Adaptación al español: María Elena Brenlla y Carolina M. Rodríguez (2006).
- Adaptación al Perú: Dennys Vanessa Barreda Sánchez-Pachas (2019).
- Tiempo de aplicación: 15 minutos.
- Administración: Individual y colectiva.
- Ámbito de aplicación: Población en general y clínica.
- Edad de aplicación: 13 años en adelante.
- Ítems: 21.

Descripción del instrumento. El “Inventario de Depresión de Beck-Segunda Versión (BDI-II)”, fue creado por Beck et al. (1996). Es un instrumento de autoinforme de 21 reactivos que ha sido diseñado para evaluar la gravedad de sintomatología depresiva en adolescentes y adultos con una edad básica de 13 años. En cada uno de los ítems, de un conjunto de cuatro alternativas, clasificadas de menor a mayor

gravedad, el individuo debe elegir la frase que mejor describa su condición durante las últimas dos semanas, incluido el día en que utilizó el instrumento completo.

Su forma de gestionarse es personal y colectiva. En términos de corrección y calificación, cada punto se califica de 0 a 3 puntos en relación a la funcionalidad de la opción seleccionada, y luego de sumar la puntuación de cada ítem directamente, se puede obtener una puntuación total que cambia de 0 a 63.

La interpretación de las puntuaciones del BDI en cualquier persona sobre variantes y métodos suele estar inspirada en criterios o puntuaciones de corte que definen diferentes categorías o la gravedad de los síntomas depresivos. Por lo tanto, el Manual BDI-II original sugiere los siguientes umbrales y grados de depresión correspondientes: 0-13 sugieren depresión mínima, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión severa o severa (Beck et al., 1996).

3.6.2. Escala de ansiedad por coronavirus

Ficha técnica

- Nombre: Escala de Ansiedad por Coronavirus.
- Nombre original: Coronavirus Anxiety Scale.
- Autores: Sherman A. Lee (2020).
- Año : 2020.
- Objetivo: Evaluar sintomatológica fisiológica de ansiedad ante la COVID-19.
- Adaptación al Perú: Rulman Andrei Franco-Jimenez (2020).
- Tiempo de aplicación : 8 minutos.
- Administración: Individual y colectiva.
- Ámbito de aplicación: Población en general y clínica.
- Edad de aplicación: 12 años en adelante.
- Ítems : 5

Descripción del instrumento. Esta herramienta fue desarrollada originalmente en inglés por Sherman A. Lee (2020) quien desarrolló los artículos basados en literatura especializada sobre el miedo y ansiedad. La escala puntúa los siguientes síntomas como consecuencia del pensamiento o la exposición a información sobre el coronavirus (COVID-19): mareos (punto 1), trastornos del sueño (punto 2), inmovilidad tónica (punto 3), pérdida de apetito (punto 3), y náuseas o problemas de estómago (ítem 5). Cada punto se califica en una escala de 5 puntos para reflejar la frecuencia del síntoma, que varía de 0 (nada) a 4 (casi a diario) durante las últimas dos semanas. La puntuación más baja que se puede obtener es 0 y la más alta es 20, cuanto mayor es la puntuación, mayor es el miedo asociado con COVID-19.

3.7. Análisis estadístico e interpretación de los datos

Se solicitó el permiso al médico jefe encargado del Policlínico Multiservicios Médicos Galenos E.I.R.L., a través de una carta de presentación emitida por el coordinador de investigación de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Autónoma del Perú; después de que se autorizó la ejecución de la investigación, se procedió a encuestar a los pacientes, entre 20 a 50 años, que acudían al policlínico, ya sea en el turno mañana o tarde. Una vez que se culminó el recojo de los cuestionarios seleccionados para el número de integrantes de la muestra, se procedió a su respectiva calificación y sumatoria, previamente se constató que los sujetos completaran todas las respuestas de cada uno de los ítems.

Luego, para el efectuar el análisis estadístico se trasladaron los datos obtenidos al Programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), empleándose la versión 24 en español. El mencionado programa facilitó el cálculo de estadísticos descriptivos e inferenciales pertinentes para los objetivos e hipótesis del estudio, cuya presentación fue exclusivamente a través de tablas estadísticas.

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Validación de instrumentos

4.1.1. Validación y confiabilidad del inventario de depresión de Beck – II

Validez: En cuanto a la validez de contenido, se ha incrementado en BDI-II porque sus artículos contienen todos los criterios del DSM-IV, lo que habría sido una de las frecuentes críticas a la validez de contenido de la prueba. En términos de validez concomitante, se han logrado correlaciones entre BDI-II y otras medidas de depresión para pacientes psiquiátricos entre .55 - .96 y para personas sin trastornos entre .55 - .73. Correlaciona con la “Escala para la Evaluación de la Depresión de Hamilton (Ham-D)” para pacientes psiquiátricos: .61 - .86; con la “Escala Auto aplicada para la Depresión de Zung (SDS)”: .57 - .86; con la subescala de Depresión del “Cuestionario de 90 Síntomas (SCL-90)”: .76; con la subescala de Depresión del “Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-D)”: .60, y con la “Escala de Desesperanza de Beck (BHS)”: 0.60.

El BDI-II discrimina entre pacientes con y sin trastorno depresivo, pacientes con distimia de aquellos con un trastorno depresivo mayor, y pacientes con un trastorno de ansiedad generalizada de aquellos con un trastorno depresivo mayor. Sin embargo, el BDI-II no discrimina entre distintos trastornos depresivos, sino entre dimensiones de depresión. Es muy sensible al cambio terapéutico y puede ser administrado de forma repetida. Los estudios analíticos factoriales han identificado distintos factores para cada población, aunque existe un cierto consenso en admitir la existencia de un factor de actitudes negativas hacia sí mismo, un segundo de dificultades en la ejecución y un tercero de quejas somáticas (Beck et al., 1996).

En Perú, Barreda (2019) realizó la revisión psicométrica y actualización del instrumento en cuanto a la validez del contenido, sometido a evaluación por jueces expertos, para tal fin se solicitó la opinión de cinco psicólogos especialistas en el diagnóstico de depresión. Se obtuvo el coeficiente de validez de contenido de Aiken, con un valor de .99, obteniéndose el 100% de ítems válidos. En cuanto a la validez de constructo, se aplicó el test de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = .95$) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2 = 3603.2$, $p < .001$), se aceptó el modelo factorial para los datos del IDB II de la muestra de estudio. El análisis factorial

exploratorio detectó inicialmente dos factores, el primer factor estaba compuesto por 19 ítems (42.14% de la varianza explicada), mientras que el segundo factor solo constaba de los ítems 16 y 18 (6.32% de la varianza explicada), cambios en los hábitos de sueño y cambios en el apetito, aunque también están incluidos en el factor 1 con saturaciones mayores a .40. Por lo que se concluyó que los resultados de análisis factorial, no replican la literatura previa, pues para la muestra clínica este instrumento mide solo una dimensión de depresión general.

Confiabilidad: En general, para el estudio original de la prueba, la consistencia interna osciló entre ,73 y ,95. Los autores indican un coeficiente alfa medio de ,87 para el BDI y de ,92 para el BDI-II, luego de haber evaluado a 500 pacientes ambulatorios del servicio de Psiquiatría. La confiabilidad con el método test-retest para intervalos cortos de una semana fue de .81 a .83 (Beck, Steer y Brow, 1996).

Por su parte, Barreda (2019), en nuestro contexto, al evaluar a 400 sujetos atendidos en consulta externa de un hospital especializado en salud mental de la ciudad de Lima, “Obtuvo una confiabilidad por consistencia interna a través del coeficiente de Alfa de Cronbach de .93, evidenciando una muy buena consistencia interna y semejante a la de estudios realizados en otros contextos” (p. 49).

4.1.2. Validación y confiabilidad de la escala de ansiedad por coronavirus

Validez: La validez de constructo quedó comprobada por medio del análisis factorial confirmatorio para el modelo original de un solo factor, confirmándose un buen ajuste ($\chi^2(5) = 12.40$, CFI = .998, TLI = .996). Se efectuó una exploración de los índices de ajuste considerando errores de correlaciones, dada la revisión del ítem 4 “Perdí el apetito al pensar, leer o escuchar información sobre el coronavirus” e ítem 5 “Sentí náuseas o tuve malestar estomacal al pensar, leer o escuchar información sobre el coronavirus” los cuales podrían estar asociados a dificultades de naturaleza digestiva. Las cargas factorial del modelo original oscilaron entre .74 y .88, siendo el ítem con menor carga factorial que se ve explicado por el factor en un 55% de la varianza (Franco, 2020). En seguida, se llevó a cabo el análisis de la invarianza de la medición considerando el modelo original:

Se evaluó la invarianza configuracional de acuerdo con el sexo, obteniendo índices de ajuste satisfactorios y evidenciando que tanto en hombres como mujeres el constructo está representado por una sola variable latente. Al mismo tiempo, se realizó el análisis de la invarianza de medición en función al rango de edad encontrándose evidencias de que tanto los grupos de 17-29 años y 30-58 años mantienen la misma estructura de un factor. (Franco, 2020, p. 3).

Confiabilidad: La confiabilidad del instrumento quedo demostrada a través del coeficiente omega de McDonald (1999); “Estadístico que sirvió para medir la consistencia interna para el modelo original, la cual revela un valor de .81 evidenciando una confiabilidad elevada” (Franco, 2020, p. 4).

4.2. Resultados descriptivos e inferenciales

Tabla 4

Medidas descriptivas de depresión y ansiedad ante COVID-19

	Mínimo	Máximo	\bar{x}	S
Depresión	0	46	13.29	10.216
Ansiedad ante Covid-19	0	20	4.49	4.169

Nota: \bar{x} = media, S = desviación estándar.

En la tabla 4, se observa que las puntuaciones de la variable depresión presentan una media de 13.29 con una desviación estándar de 10.216 y la variable ansiedad ante el COVID-19 presenta una media de 4.49 con una desviación estándar de 4.169.

Tabla 5

Prevalencia de depresión de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor Pacanguilla en La Libertad

Niveles	<i>fi</i>	%
Mínima depresión	87	58
Leve depresión	29	19.3
Moderada depresión	20	13.3
Grave depresión	14	9.3

Nota: n = 150.

En la tabla 5, se observa que el 58% (87) de los pacientes presentan un nivel de mínima depresión, el 19.3% (29) obtienen un nivel de leve depresión, el 13.3% (20) consiguen un nivel de moderada depresión y solo el 9.3% (14) logran un nivel de grave depresión.

Tabla 6

Prevalencia de ansiedad ante el COVID-19 de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad

Niveles	<i>fi</i>	%
Leve ansiedad	114	76
Moderada ansiedad	28	18.7
Grave ansiedad	8	5.3

Nota: n = 150.

En la tabla 6, se aprecia que el 76% (114) de los pacientes presentan un nivel de leve ansiedad ante el COVID-19, el 18.7% (28) obtienen un nivel de moderada ansiedad ante el COVID-19, y tan solo el 5.3% (8) alcanzan un nivel de grave ansiedad ante el COVID-19.

4.3. Prueba de normalidad para las variables de estudio

Tabla 7

Análisis de la bondad de ajuste a la curva normal de las variables depresión y ansiedad ante el COVID-19

	<i>K-S</i>	<i>p</i>
Depresión	1.513	0.021
Ansiedad ante el COVID-19	1.886	0.002

Nota: K-S=Kolmogorov – Smirnov, p=significancia estadística.

En la tabla 7, se muestran los resultados de la prueba de bondad de ajuste a la curva normal de Kolmogorov - Smirnov. Se aprecia que tanto la variable depresión como la variable ansiedad ante el COVID-19 presentan un valor $p < .05$ demostrando que los datos de ambas variables no se aproximan a una distribución normal; utilizándose, para el análisis de las puntuaciones, la prueba de correlación de rangos de Spearman, la U de Mann-Whitney y H de Kruskal – Wallis.

4.4. Procedimientos correlacionales

4.4.1. Relación entre depresión y ansiedad ante el COVID-19

Para efectuar la correlación entre las variables depresión y ansiedad ante el COVID-19, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman. Para ello se formuló la siguiente hipótesis general.

H₀: La depresión no se relaciona significativamente con la ansiedad ante el COVID-19 en pacientes de un policlínico de la ciudad de Pacanguilla en La Libertad.

H_g: La depresión se relaciona significativamente con la ansiedad ante el COVID-19 en pacientes de un policlínico de la ciudad de Pacanguilla en La Libertad.

Tabla 8

Medida de correlación entre depresión y ansiedad ante el COVID-19

		Ansiedad ante Covid-19
	<i>rho</i>	0.421
Depresión	<i>p</i>	0
	<i>n</i>	150

Nota: n=muestra, rho=coeficiente de correlación de Spearman, p= significancia estadística.

En la tabla 8, se reporta el coeficiente de correlación de Spearman para las variables depresión y ansiedad ante el COVID-19, evidenciando que existe una correlación estadística altamente significativa, de tipo directa y con un grado de relación moderada ($\rho = .421$; $p < .001$). Tomando en cuenta los resultados se puede apreciar que cuando aumenta las puntuaciones de depresión, aumentan las puntuaciones de ansiedad ante el COVID-19 en la muestra de estudio. Por tanto, la hipótesis nula es rechazada y la hipótesis alterna aceptada.

4.4.2. Comparación de la depresión y ansiedad ante el COVID-19 de acuerdo a las variables sociodemográficas

Tabla 9

Rangos promedios de la variable depresión de acuerdo al sexo

	Rp Hombres (n = 47)	Rp Mujeres (n = 103)	U	p
Depresión	58.9	83.07	1640.5	0.002

Nota: Rp = rango promedio, p= significancia estadística, U = Mann-Whitney.

En la tabla 9, se aprecia el cálculo de la prueba “U” de Mann – Whitney para determinar si las discrepancias halladas entre el grupo de hombres y mujeres eran significativas para la variable depresión. Se reporta que existen diferencias estadísticas muy significativas en las puntuaciones de depresión (U = 1640.5; p = .002) de acuerdo al sexo de los pacientes, siendo el grupo de mujeres el que obtuvo el mayor rango promedio (Rp = 83.07), en comparación con el grupo de hombres (Rp = 58.90). Por tanto, se acepta la hipótesis alternativa y la hipótesis nula rechazada.

Tabla 10

Rangos promedios de la variable ansiedad ante el COVID-19 de acuerdo al sexo

	Rp Hombres (n = 47)	Rp Mujeres (n = 103)	U	p
Ansiedad ante el COVID-19	67.7	79.06	2054	0.135

Nota: Rp = rango promedio, U = Mann-Whitney, p= significancia estadística.

En la tabla 10, se contempla el cálculo de la prueba “U” de Mann – Whitney para determinar si las discrepancias halladas entre el grupo de hombres y mujeres eran significativas para la variable ansiedad ante el COVID-19. Se reporta que no existen diferencias estadísticas significativas (U = 2054.0; p = .135) en las puntuaciones de ansiedad ante el COVID-19 de acuerdo al sexo. Así, la hipótesis nula es aceptada y la hipótesis alternativa rechazada.

Tabla 11

Rangos promedios de la variable depresión de acuerdo a la edad cronológica

	Grupos	Rp	χ^2	p
Depresión	20 a 25 años (n = 40)	68.74	3.736	0.588
	26 a 30 años (n = 35)	76.69		
	31 a 35 años (n = 23)	77.39		
	36 a 40 años (n = 19)	67.47		
	41 a 45 años (n = 17)	89.09		
	46 a 50 años (n = 16)	82.19		

Nota: Rp = rango promedio, χ^2 = Chi-cuadrado, p= significancia estadística.

En la tabla 11, se contempla el cálculo de la prueba "H" de Kruskal-Wallis para determinar si las discrepancias halladas entre los grupos conformados por edades cronológicas eran significativas para la variable depresión. Se reporta que no existen diferencias estadísticas significativas ($\chi^2 = 3.736$; $p = .588$) en las puntuaciones de depresión de acuerdo a la edad cronológica de los pacientes. Por tanto, se acepta la hipótesis nula y la hipótesis alterna rechazada

Tabla 12

Rangos promedios de la variable ansiedad ante el COVID-19 de acuerdo a la edad cronológica

	Grupos	Rp	X ²	p
Ansiedad ante el COVID-19	20 a 25 años (n = 40)	71.18	7.375	0.194
	26 a 30 años (n = 35)	79.29		
	31 a 35 años (n = 23)	69.5		
	36 a 40 años (n = 19)	67.16		
	41 a 45 años (n = 17)	99.74		
	46 a 50 años (n = 16)	70.81		

Nota: Rp = rango promedio, X² = Chi-cuadrado, p= significancia estadística.

En la tabla 12, se contempla el cálculo de la prueba “H” de Kruskal-Wallis para determinar si las discrepancias halladas entre los grupos conformados por edades cronológicas eran significativas para la variable ansiedad ante el COVID-19. Se reporta que no existen diferencias estadísticas significativas (X² = 7.375; p = .588) en las puntuaciones de ansiedad ante el COVID-19 de acuerdo a la edad cronológica de los pacientes. Conformemente, se acepta la hipótesis nula y la hipótesis alterna rechazada.

Tabla 13

Rangos promedios de la variable depresión de acuerdo al estado civil

	Grupos	Rp	X ²	p
Depresión	Soltero(a) (n = 40)	74.28	1.63	0.443
	Casado(a) (n = 36)	68.47		
	Conviviente (n = 74)	79.58		

Nota: Rp = rango promedio, X² = Chi-cuadrado, p= significancia estadística.

En la tabla 13, se contempla el cálculo de la prueba “H” de Kruskal-Wallis para determinar si las discrepancias halladas entre los grupos conformados por estado civil eran significativas para la variable depresión. Se reporta que no existen diferencias estadísticas significativas ($X^2 = 1.630$; $p = .443$) en las puntuaciones de depresión de acuerdo al estado civil de los pacientes. Por tanto, se acepta la hipótesis nula y la hipótesis alterna rechazada.

Tabla 14

Rangos promedios de la variable ansiedad ante el COVID-19 de acuerdo al estado civil

	Grupos	Rp	X^2	p
Ansiedad ante el COVID-19	Soltero(a) (n = 40)	60.40	8.694	.013
	Casado(a) (n = 36)	72.61		
	Conviviente (n = 74)	85.07		

Nota: Rp = rango promedio, X^2 = Chi-cuadrado, p = significancia estadística.

En la tabla 14, se contempla el cálculo de la prueba “H” de Kruskal-Wallis para determinar si las discrepancias halladas entre los grupos conformados por estado civil eran significativas para la variable ansiedad ante el COVID-19. Se reporta que existen diferencias estadísticas significativas ($X^2 = 8.694$; $p = .013$) en las puntuaciones de ansiedad ante el COVID-19 de acuerdo al estado civil, siendo el grupo de convivientes el que obtuvo el mayor rango promedio (Rp = 85.07). Por ende, se acepta la hipótesis alternativa y la hipótesis nula rechazada.

Tabla 15

Rangos promedios de la variable depresión de acuerdo al grado de instrucción

	Grupos	RP	X^2	p
Depresión	Primaria completa (n = 49)	86.91	6.127	.106
	Secundaria completa (n = 57)	66.08		
	Superior técnico (n = 28)	73.88		
	Superior universitario (n = 16)	76.97		

Nota: RP = rango promedio, X^2 = Chi-cuadrado, p = significancia estadística.

En la tabla 15, se contempla el cálculo de la prueba “H” de Kruskal-Wallis para determinar si las discrepancias halladas entre los grupos conformados por grados de instrucción eran significativas para la variable depresión. Se reporta que no existen diferencias estadísticas significativas ($X^2 = 6.127$; $p = .106$) en las puntuaciones de depresión de acuerdo al grado de instrucción de los pacientes. En consecuencia, se acepta la hipótesis nula y la hipótesis alternativa rechazada.

Tabla 16

Rangos promedios de la variable ansiedad ante el COVID-19 de acuerdo al grado de instrucción

	Grupos	RP	X^2	p
Ansiedad ante el COVID-19	Primaria completa (n = 49)	79.97	1.651	.648
	Secundaria completa (n = 57)	71.87		
	Superior técnico (n = 28)	71.05		
	Superior universitario (n = 16)	82.53		

Nota: RP = rango promedio, X^2 = Chi-cuadrado, p = significancia estadística.

En la tabla 16, se aprecia el cálculo de la prueba “H” de Kruskal-Wallis para determinar si las discrepancias halladas entre los grupos conformados por grados de instrucción eran significativas para la variable ansiedad ante el COVID-19. Se reporta que no existen diferencias estadísticas significativas ($X^2 = 1.651$; $p = .648$) en las puntuaciones de ansiedad ante el COVID-19 de acuerdo al grado de instrucción de los pacientes. Por tanto, se acepta la hipótesis nula y la hipótesis alternativa rechazada.

CAPÍTULO V
DISCUSIONES, CONCLUSIÓN Y
RECOMENDACIONES

5.1. Discusión

La investigación se propuso como objetivo principal corroborar la asociación entre depresión y ansiedad ante el COVID-19 en un grupo de pacientes adultos que realizan consulta médica en un policlínico de la ciudad de Pacanguilla en La Libertad. En seguida, se discuten los resultados encontrados:

Los resultados para depresión indicaron que la media del puntaje total es de 13.29 ($S = 10.216$), y que el 58% (87) de los pacientes encuestados se ubican en el nivel de mínima depresión, seguido de un 19.3% (29) que obtienen un nivel de leve depresión, el 13.3% (20) consiguen un nivel de moderada depresión y solo el 9.3% (14) logran un nivel de grave depresión. Estos resultados demuestran que un grupo reducido de pacientes exterioriza tristeza, sensación de vacío y desesperanza; sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva, incapacidad para experimentar placer, pérdida o aumento de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, disminución de la capacidad para concentrarse y tomar decisiones, así como la presencia de pensamientos recurrentes de muerte e intensos suicidas (Barreda, 2019).

Dichos resultados se asemejan con los de Vallejos (2018) quien reporto que el 83.3% de pacientes oncológicos presentaban un mayor porcentaje en el nivel "Altibajos considerados normales" para depresión. De la misma forma, Guillen y Ordoñez (2017) hallaron que el 61.4% (62/101) de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis no presenta estados de depresión. Sin embargo, los resultados discrepan de lo hallado por Olabarrera (2020) quien encontró que del total de pacientes hospitalizados el 21.74% presenta caso clínico de depresión. La explicación a esta diferencia se encuentra en que los pacientes adultos que fueron encuestados para este estudio, no se hallaban hospitalizados, lo cual supone una situación más crítica para su salud y bienestar, ya que tan solo acudían por consulta externa sobre algún motivo específico de su salud.

Consecutivamente, se comparó la depresión en función al sexo, edad cronológica, grado de instrucción y estado civil de la muestra, se encontró que solo existen diferencias estadísticas muy significativas en las puntuaciones de depresión ($U = 1640.5$; $p = .002$) de acuerdo al sexo de los pacientes, siendo el grupo de mujeres el

que obtuvo el mayor rango promedio ($R_p = 83.07$). En contraparte, Anguiano (2017) evaluó también la depresión y ansiedad en pacientes de las áreas de medicina interna y hematología, y que al comparar la depresión entre hombres y mujeres no encontró diferencias estadísticamente significativas ($p > .05$). Sobre dichos resultados, Foremmy (2020) confirma que, a lo largo de la enfermedad pandémica, las damas acostumbran verse más dañadas que los hombres por determinadas situaciones –como quedarse sin trabajo– que ocasionan depresión e infelicidad. De esta forma puesto que, las féminas y los hombres tienen la posibilidad de hacer frente estas situaciones de manera semejante, empero es más factible que las féminas se vean dañadas por situaciones adversas.

Para el caso de ansiedad ante el COVID-19, la media es de 4.49 ($S = 13.29$), y el 76% (114) de los pacientes presentan un nivel de leve ansiedad ante el COVID-19, el 18.7% (28) obtienen un nivel de moderada ansiedad ante el COVID-19, y tan solo el 5.3% (8) alcanzan un nivel de grave ansiedad ante el COVID-19. Es decir, un grupo reducido de pacientes manifiesta sensación de mareo, problemas para conciliar y mantener el sueño, inmovilidad tónica, pérdida de apetito, náuseas y malestar gastrointestinal, como sintomatología fisiológica de la ansiedad ante el COVID-19 (Franco, 2020).

Guillen y Ordoñez (2017) en un estudio efectuado en una muestra de pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis corrobora en cierta medida estos resultados, al encontrar que el 55.4% (56/101) no presenta condición de ansiedad, ansiedad moderada o ansiedad marcada se hace presente en el 42.6% (43/101) y ansiedad severa solo se presenta en el 2% (2/101). De la misma forma, Vallejos (2018) en una muestra de pacientes oncológicos el mayor nivel de ansiedad encontrado es el leve 42.9 %, seguido por el mínimo con 33.3 % siendo que la categoría moderada es de 14.3%. Díaz y Solís (2017), por su parte, encontraron que el nivel de ansiedad más frecuente fue moderado con un 30% y leve con un 51% en pacientes con enfermedad renal crónica en estadio V con tratamiento de hemodiálisis. Asimismo, Guevara (2018) identificaron 153 pacientes con reciente diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que presentan sintomatología de ansiedad, siendo la ansiedad menor o leve la que mayor incidencia tuvo con un 61% de los casos.

En el contexto de la pandemia de coronavirus, las personas con altos niveles de ansiedad por la salud son propensas a interpretar sensaciones corporales inofensivas como evidencia de que están infectadas, lo que aumenta su ansiedad e influye en su capacidad para tomar decisiones racionales y su comportamiento. Esto fomenta comportamientos inapropiados, como frecuentar centros de salud para descartar patología, lavado excesivo de manos, retraimiento social y ansiedad por las compras. Por otro lado, bajos niveles de ansiedad por la salud también serían perjudiciales, ya que es posible que los individuos inventen que no tienen posibilidad de contagiarse y que no cumplen con las sugerencias de salud pública y de distanciamiento social (Huarcaya, 2020).

Al establecer las comparaciones para la ansiedad ante el COVID-19, en función al sexo, edad cronológica, grado de instrucción y estado civil de la muestra, se descubrió que solo existen diferencias estadísticas significativas ($X^2 = 8.694$; $p = .013$) de acuerdo al estado civil de los pacientes, siendo el grupo de convivientes el que alcanzó el mayor rango promedio ($R_p = 85.07$). Estos resultados discrepan de los obtenidos por Anguiano (2017), al precisar que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > .05$) para la variable estado civil. Esto significa que la ansiedad ante el COVID-19 varía en función al estado civil que presentan los pacientes.

Para el objetivo general de la investigación, se encontró que existe una correlación moderada, de tipo directa ($\rho = .421$) y altamente significativa ($p < .001$) entre las variables depresión y ansiedad ante el COVID-19. De este modo se refleja que, a mayor puntaje de depresión, mayor puntaje de ansiedad ante el COVID-19. En este sentido, la indagación realizada por Olabarrera (2020), concuerda con lo reportado en este estudio, al hallar una relación estadísticamente significativa con $p < 0.05$ entre depresión y ansiedad en una muestra de pacientes hospitalizadas pertenecientes a las áreas de ginecología, maternidad, cirugía especialidades, cirugía general y medicina. No obstante, Jaimes et al. (2020), indagaron la relación existente entre ansiedad y depresión de pacientes oncológicos encontrando una correlación significativa y negativa, siendo igual a $-.618$, es decir, inversamente proporcionales.

Al respecto, Banerjee y Rai (2020) objetan que las etapas de separación social por enfermedad pandémica tienden a producir indicios de depresión e insomnio en los individuos, inclusive involucra más grandes niveles de ansiedad, estrés crónico y demencia en la edad adulta media y tardía. De esa manera, la proliferación del coronavirus ha creado un efecto notable en la salud mental en todo el mundo; todo lo mencionado es un fenómeno común a lo largo de una situación de estrés en el tamaño existente mucha especulación del modo y la rapidez de transmisión de la patología sin un procedimiento definitivo actualmente (Aliaga, 2020).

De manera definitiva, la enfermedad pandémica por coronavirus ha traído consigo una secuencia de cambios obligatorio en la vida de los habitantes del mundo, que llena de impotencia por el producido de ignorar como borrar drásticamente o reducir velozmente esta enfermedad pandémica. Esto gracias a las consecuencias económicas y sociales, como el confinamiento y la separación social de las familias, más que nada en esas personas vulnerables, consecuentemente incrementado la ansiedad, depresión, soledad, desesperación y suicidio. Aunque en este estudio, en los pacientes que conformaron la muestra no se hayan reportado niveles elevados de ansiedad y depresión como se esperaba, existe un grupo minoritario que se ha visto afectada por esta pandemia, y que requerirán de del apoyo profesional cuando consideren necesario, especialmente ahora que se ha implementado redes de telesalud, que facilitan la atención.

5.2. Conclusiones

A continuación, se presentan las conclusiones finales del presente estudio:

- En cuanto al objetivo general, las variables depresión y ansiedad ante el COVID-19 presentan una correlación moderada, de tipo directa ($\rho = .421$) y altamente significativa ($p < .001$), esto quiere decir que, a mayor puntaje de depresión, mayor puntaje de ansiedad ante el COVID-19. Por lo que se puede afirmar que existe relación entre depresión y ansiedad ante el COVID-19 en pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.
- En cuanto al objetivo específico uno, se concluye que el 58% (87) de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La

Libertad, presentan un nivel de mínima depresión, el 19.3% (29) obtienen un nivel de leve depresión, el 13.3% (20) consiguen un nivel de moderada depresión y solo el 9.3% (14) logran un nivel de grave depresión.

- En cuanto al objetivo específico dos, se concluye que el 76% (114) de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad presentan un nivel de leve ansiedad ante el COVID-19, el 18.7% (28) obtienen un nivel de moderada ansiedad ante el COVID-19, y tan solo el 5.3% (8) alcanzan un nivel de grave ansiedad ante el COVID-19.
- En cuanto al objetivo específico tres, se concluye que existen discrepancias estadísticas muy significativas en las puntuaciones de depresión ($U = 1640.5$; $p = .002$) de acuerdo al sexo de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad, siendo el grupo de mujeres el que obtuvo el mayor rango promedio ($R_p = 83.07$).
- En cuanto al objetivo específico cuatro, se concluye que no existen discrepancias estadísticas significativas ($X^2 = 3.736$; $p = .588$) en las puntuaciones de depresión de acuerdo a la edad cronológica de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.
- En cuanto al objetivo específico cinco, se concluye que no existen discrepancias significativas ($X^2 = 1.630$; $p = .443$) en las puntuaciones de depresión de acuerdo al estado civil de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.
- En cuanto al objetivo específico seis, se concluye que no existen discrepancias estadísticas significativas ($X^2 = 6.127$; $p = .106$) en las puntuaciones de depresión de acuerdo al grado de instrucción de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.
- En cuanto al objetivo específico siete, se concluye que no existen discrepancias estadísticas significativas ($U = 2054.0$; $p = .135$) en las puntuaciones de ansiedad ante el COVID-19 de acuerdo al sexo de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.
- En cuanto al objetivo específico ocho, se concluye que no existen discrepancias estadísticas significativas ($X^2 = 7.375$; $p = .588$) en las puntuaciones de ansiedad ante el COVID-19 de acuerdo a la edad cronológica de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.

- En cuanto al objetivo específico nueve, se concluye que existen discrepancias estadísticas significativas ($X^2 = 8.694$; $p = .013$) en las puntuaciones de ansiedad ante el COVID-19 de acuerdo al estado civil de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad, siendo el grupo de convivientes el que alcanzó el mayor rango promedio ($R_p = 85.07$).
- En cuanto al objetivo específico diez, se concluye que no existen discrepancias estadísticas significativas ($X^2 = 1.651$; $p = .648$) en las puntuaciones de ansiedad ante el COVID-19 de acuerdo al grado de instrucción de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.

5.3. Recomendaciones

- Para el Policlínico, se recomienda la inmediata contratación y disposición de profesionales de la salud mental, tanto psicólogos como psiquiatras, para ofrecer y garantizar una óptima atención integral a los pacientes que evidencian serios indicadores de trastornos de depresión y de ansiedad por COVID-19.
- Para los pacientes, se recomienda el diseño y ejecución de un programa cognitivo – conductual, que incluya técnicas de relajación aplicada, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, autocontrol activación conductual y entrenamiento en habilidades sociales, dirigido a los pacientes que hayan conseguido ubicarse en el nivel grave o severo tanto para depresión como para ansiedad por COVID-19, con el propósito de que disminuyan el pensamiento disfuncional, optimizar su capacidad de resolución de problemas, incrementar las habilidades de autocontrol, aumentar las habilidades sociales y disminuir la activación fisiológica elevada.
- Se alienta a los investigadores a continuar realizando nuevos estudios en la misma población y revisar los efectos de un programa de tratamiento cognitivo conductual para reducir los síntomas de depresión y ansiedad debidos al COVID-19 en los pacientes, para que de esta manera se contribuya con el bienestar psicológico de esta población. También, puede continuar correlacionándose con la depresión otras variables de sumo interés clínico como por ejemplo ideación suicida, desesperanza, satisfacción con la vida, salud mental positiva, estrés laboral, autoeficacia, autoestima, entre otras.

REFERENCIAS

- Abramson, L., Seligman, M. y Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, (87), 49-74.
- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C. y Vásquez, C. (2006). Depresión. *Guías Clínicas*, 6(11), 1-6.
- Aliaga, S. (2020). *Síntomas ansiosos y depresivos en población general y personal médico del Hospital Cayetano Heredia asociados a la cuarentena y atención de la pandemia COVID-19 en Lima* (Tesis de maestría). Recuperado de http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/7889/Sintomas_AliagaTinoco_Stephanie.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Washington, DC: Author.
- Anguiano, S., Mora, M., Reynoso, R. y Vega, C. (2017). Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados. *Revista Eureka*, 14(1), 24-38. Recuperado de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/905744/eureka-14-1-9.pdf>
- Antiporta, D., y Bruni, A. (2020). Emerging mental health challenges, strategies, and opportunities in the context of the COVID-19 pandemic: perspectives from South American decision-makers. *Revista Panamá Salud Pública*, (44), 154. Recuperado de <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.154>
- Ato, M., López, J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de psicología*, 29(3), 1038-1059. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Banerjee, D., y Rai, M. (2020). Social Isolation in Covid-19: The Impact of Loneliness. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(6), 525-527. Recuperado de <https://doi.org/10.1177%2F0020764020922269>
- Barreda, D. (2019). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck- II (IDB – II) en una muestra clínica. *Revista de Investigación en Psicología*, 22(1), 39-52. doi:10.15381/rinvp.v22i1.16580

- Beck, A. (1967). *Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects*. Nueva York: Harper and Row.
- Beck, A. (1976). *La terapia cognitiva y los trastornos emocionales*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. (1987). Cognitive model of depression. *Journal of Cognitive Psychology*, 5-37.
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (1996). BDI-II. *Inventario de Depresión de Beck* (2ª ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Bowers, K. (1973). Situationism in psychology: An analysis and critique. *Psychological Review*, (80), 307-336.
- Carrobes, J. (2014). Trastornos depresivos. En V. Caballo, I., Salazar y J. A., Carrobes (Dir.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*, (1), 339-365. Madrid, España: Editorial Pirámide.
- Cho, E. (2020). Examining Boundaries to Understand the Impact of COVID-19 on Vocational Behaviors. *Journal of Vocational Behavior*, 119, 1-5. doi:10.1016/j.jvb.2020.103437
- Clark, A. y Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastorno de ansiedad*. España: Editorial Desclée de Brouwer.
- Coronavirus Resource Center (2020). *Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU)*. Recuperado de <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.
- Crayne, M. (2020). The traumatic impact of job loss and job search in the aftermath of COVID-19. *Psychological Trauma*.
- Díaz, B. y Solís, C. (2017). *Depresión y ansiedad en pacientes con enfermedad renal crónica en estadio V de un hospital estatal nivel iii-1 de Chiclayo, agosto-diciembre, 2017* (Tesis de pregrado). Recuperado de <https://tesis.usat.edu.pe/>
- Endler, N. y Magnusson, D. (1976). *Psicología interaccional y personalidad*. Washington, DC: Hemisphere Publishing

- Ferster, C. (1965). Classification of behavioral pathology. En I. Krasner y I.P. Ullmann (Eds.) *Research in behavior modification*. (pp. 6-26). New York: Holt – Rinehart y Winston.
- Foremny, D. (2020). *Estrés y depresión durante la pandemia: por qué importan las desigualdades de género, las condiciones del mercado laboral y la protección social*. Barcelona: EsadeEcPol.
- Franco, R. (2020). *Traducción y análisis psicométrico del Coronavirus Anxiety Scale (CAS) en jóvenes y adultos peruanos*. *Interacciones*, 6(2), 1-6. Recuperado de <https://revistainteracciones.com/index.php/rin/article/view/159>
- Gao, J., Zheng, P., Jia, Y., Mao, Y., Chen, S., Wang, Y., Fu, H., y Dai, J. (2020). Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLoS ONE*, 15(4). Recuperado de <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924>
- González, R. y Montoya-Castilla, I. (2015). *Psicología Clínica Infanto - Juvenil*. España: Ediciones Pirámide.
- Gonzales, V., Ramos, N., y Ferragut, M. (2013). Trastornos depresivos. En M. Ortiz – Tallo. (Ed.), *Psicopatología Clínica. Adaptado al DSM – 5*. (pp. 47-55). Madrid: Editorial Pirámide.
- González, V. (2006). *Abordaje terapéutico de la ansiedad y la depresión en Atención Primaria*. Madrid: IMyC.
- Guevara, E. (2018). *Ansiedad y depresión en el adulto diabético tipo 2* (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/5818/1/UNACH-EC-FCS-MED-2019-0016.pdf>
- Guillen, J. y Ordoñez, R. (2017). *Depresión y ansiedad en pacientes adultos en hemodiálisis de un hospital nacional de la Policía Nacional del Perú* (Tesis de pregrado). Recuperado de <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1199/TESIS-GuillenOrdonez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hernández, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 24(3), 578-594. Epub 01 de julio de 2020.

- Hernández, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: Mc Graw Hill Education.
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet* 2020, 395(10223):497-506.
- Huarcaya, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de covid-19. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 37(2), 327-334. Recuperado de <https://scielosp.org/pdf/rpmesp/2020.v37n2/327-334/es>
- Jaimes, A., Rodríguez, L. y Romero, A. (2020). *Relación entre niveles de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos* (Tesis de pregrado). Recuperado de https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/17864/5/2020_ansiedad_depresion_pacientes.pdf
- Jarne, A., Talarn, A., Armayones, M. y Horta, E. (2006). *Psicopatología*. Barcelona, España: Editorial UOC.
- Jungmann, S. y Witthoft, M. (2020). Health anxiety, cyberchondria, and coping in the current COVID-19 pandemic: Which factors are related to the coronavirus anxiety? *Journal of Anxiety Disorders*, 73(102239). doi:10.1016/j.janxdis.2020.102239
- Lang, P (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. En J. U. H. Shilen (Ed.), *Research in psychotherapy*. Washington: American Psychological Association.
- Lazarus, R. (1966). *El estrés psicológico y el proceso de afrontamiento*. New York: McGraw-Hill.
- Lee, S. (2020). Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies*, 44(7), 1-9. doi:10.1080/07481187.2020.1748481
- Levinson, D. (2006). The genetics of depression: a review. *Biological psychiatry*, 60(2), 84-92. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16300747/>

- López - Roldán, P. y Fachelli, S. (2015). *Metodología de la investigación social cuantitativa [Archivo PDF]*. Recuperado de https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2016/163567/metinvsocua_a2016_cap2-3.pdf
- Lozano, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-psiquiatria*, (83), 51-56. Recuperado de <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/3687/4087>
- Martínez-Taboas, A. (2020). Pandemias, COVID-19 y Salud Mental: ¿Qué Sabemos Actualmente? *Revista Caribeña de Psicología*, 4(2), 143-152. Recuperado de doi:10.37226/rcp.v4i2.4907
- Mayo, L. y Valencia, L. (2016). *Ansiedad y depresión en pacientes con VIH/SIDA de una IPS de Villavicencio* (Tesis de pregrado). Recuperado de https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/12598/1/2016_ansiedad_depresion_pacientes_.pdf
- Meichenbaum, D. (1977). *Modificación cognitivo-conductual: un enfoque integrador*. New York: Plenum.
- Ministerio de Salud [MINSA] (2021). *Sala situacional Covid-19 Perú*. Recuperado de https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
- Misirlis, N., Zwaan, M. y Weber, D. (2020). International students' loneliness, depression and stress levels in COVID-19 crisis. The role of social media and the host university. *Journal of Contemporary Education, Theory and Research*, 4, 20-25. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/341668467_International_students'_loneliness_depression_and_stress_levels_in_COVID-19_crisis_The_role_of_social_media_and_the_host_university
- OECD. (2020), Digital Transformation in the Age of COVID-19: Building Resilience and Bridging Divides, Digital Economy Outlook 2020 Supplement, OECD, Paris, www.oecd.org/digital/digital-economy-outlook-covid.pdf.

Olabarrera, R. (2020). *Factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados del Hospital Regional del Cusco en febrero del 2020* (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/5375>

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD, 2020). *Perspectivas económicas de América Latina 2020: Transformación digital para una mejor reconstrucción*. <http://www.oecd.org/perspectivaseconomicas/junio-2020/>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020). *Información básica sobre la COVID-19*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020). *Aumentar sustancialmente las inversiones para evitar una crisis de salud mental*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/detail/14-05-2020-substantial-investment-needed-to-avert-mental-health-crisis>.

Ozdin, S., y Ozdin, S. (2020). Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: *The importance of gender*. *International Journal of Social Psychiatry*.

Pérez-Padilla, E., Cervantes-Ramírez, V. Hijuelos-García, N. y Pineda-Cortés, J. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Revista biomédica*, 28(2), 73-98.

Piqueras, J., Martínez, A., Ramos, V., Rivero, R., García, L., y Oblitas, L. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 43-73.

Rodríguez, P. (2008). *Ansiedad y sobreactivación: Guía práctica de entrenamiento en control respiratorio*. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer.

Rojo, J. (2011). *Comprender la ansiedad, las fobias y el estrés*. Madrid: Pirámide.

Romero, N. (2010). *Representaciones mentales del self en un grupo de pacientes con depresión mayor* (Tesis de pregrado). Recuperado de <https://www.pucp.edu.pe/>

- Roy, D., Tripathy, S., Kar, S., Sharma, V., Verma, S., y Kaushal, V. (2020). Study of knowledge, attitude, anxiety and perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian Journal of Psychiatry*, 51. doi:10.1016%2Fj.ajp.2020.102083
- Schlatter, N. (2003). *La ansiedad: un enemigo sin rostro*. España: EUNSA.
- Seligman, M. (1971). *Fobias y preparación*. *Behavior Therapy*, 2, 307-320.
- Seligman, M. (1975). *Indefensión*. Madrid: Editorial Debate.
- Sierra, J., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2007). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Malestar e Subjetividade / Fortaleza*, 3(1), 10-59.
- Skinner, B. (1953). *Science and human behavior*. New York: Mac Millan.
- Sosa, C. y Capafóns, J. (2015). Fobia específica. J. A. (Eds.). *Manual de psicopatología y trastornos psicológico*. (pp. 174-176). Madrid: Pirámide.
- Soto, A. (2016). *Ansiedad y depresión en pacientes con lesiones físicas* (Tesis de pregrado). Recuperado de <https://principal.url.edu.gt/>
- Torous, J., Jän, K., Rauseo-Ricupero, N. y Firth, J. (2020). Salud mental digital y COVID-19: uso de la tecnología hoy para acelerar la curva de acceso y calidad del mañana. *JMIR Ment Health*, 7(3), 1-6.
- Uriarte, L. (2019). *Depresión y ansiedad en pacientes gestantes entre 17 y 40 años del puesto de salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores, 2019* (Tesis de pregrado). Recuperado de <https://telesup.net/>
- Usher, K., Durkin, J., y Bhullar N. (2020). The COVID-19 pandemic and mental health impacts. *International Journal of Mental Health Nursing*. 29, 315–318.
- Valero, N. (2020). Afrontamiento del COVID-19: Estrés, miedo, ansiedad y depresión. *Enfermería investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 5(3), 63-70.

Vallejos, M. (2018). *Ansiedad y depresión en pacientes internados en un hospital de la seguridad social de la provincia de Chiclayo, 2018* (Tesis de pregrado). Recuperado de <https://www.uss.edu.pe/uss/>

Vivanco, A., Saroli, D., Caycho, T., Carbajal, C. y Noè, M. (2020). Ansiedad por Covid-19 y salud mental en estudiantes universitarios. *Revista de Investigación en Psicología (UNMSM)*, 23(2), 197-215.

Wang, C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors During the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic Among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 17-29.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología	
	Objetivo general:	Hipótesis general:	Variable 1:	Tipo y diseño de investigación:	
¿Cuál es la relación que existe entre depresión y ansiedad ante el COVID-19 en pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad??	Estipular la relación entre depresión y ansiedad ante el COVID-19 en pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.	H ₀ : La depresión no se relaciona significativamente con la ansiedad ante el COVID-19 en pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.	Depresión: Se define por el puntaje obtenido a través del Inventario de Depresión de Beck versión II (Beck, Steery y Brown, 1996).	No experimental y correlacional-comparativa.	
	Objetivos específicos:	Hipótesis específicas:		Indicadores:	Población y muestra:
	1) Identificar la prevalencia de la depresión de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.	H ₁ : La depresión se relaciona significativamente con la ansiedad ante el COVID-19 en pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.		H ₀ : No existen discrepancias significativas al comparar la depresión en función al sexo de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.	10. El estado de ánimo depresivo caracterizado por la tristeza, sensación de vacío y desesperanza.
2) Identificar la prevalencia de la ansiedad ante el COVID-19 de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.	H ₁ : Existen discrepancias significativas al comparar la depresión en función al sexo de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.	H ₀ : Existen discrepancias significativas al comparar la depresión en función a la edad cronológica de los pacientes de			

3) Comprobar las diferencias de la depresión en función al sexo de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.	un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad. H ₂ : Existen discrepancias significativas al comparar la depresión en función a la edad cronológica de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.	11. Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva.	Multiservicios Médicos Galenos I.R.L.
4) Comprobar las diferencias de la depresión en función a la edad cronológica de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.	H ₁ : No existen discrepancias significativas al comparar la depresión en función al estado civil de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad. H ₃ : Existen discrepancias significativas al comparar la depresión en función al estado civil de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.	12. Incapacidad para experimentar placer que anteriormente si presentaba.	La muestra quedo fijada en 150 pacientes que asisten al mencionado policlínico, 103 mujeres (68.7%) y 47 hombres (31.3%), conformado por un muestreo no probabilístico de tipo intencional.
5) Comprobar las diferencias de la depresión en función al estado civil de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.	H ₄ : No existen discrepancias significativas al comparar la depresión en función al grado de instrucción de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.	13. Pérdida o aumento de peso.	
6) Comprobar las diferencias de la depresión en función al grado de instrucción de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.	H ₅ : Existen discrepancias significativas al comparar la depresión en función al grado de instrucción de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad. H ₆ : No existen discrepancias significativas al comparar la ansiedad ante el COVID-19 en función al sexo de los pacientes	14. Insomnio o hipersomnia.	
		15. Agitación o por el contrario retraso psicomotor.	
		16. Fatiga o pérdida de energía todos los días.	Instrumentos de medición:
		17. Disminución de la capacidad	• Inventario de Depresión

7) Comprobar las diferencias de la ansiedad ante el COVID-19 en función al sexo de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.	de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad. H ₀ : Existen discrepancias significativas al comparar la ansiedad ante el COVID-19 en función al sexo de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.	para concentrarse, tomar decisiones. 18. Pensamiento recurrente de muertes, intentos suicidas.	de Beck versión II (Beck, Steer y Brown, 1996).
8) Comprobar las diferencias de la ansiedad ante el COVID-19 en función a la edad cronológica de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.	H ₀ : No existen discrepancias significativas al comparar la ansiedad ante el COVID-19 en función a la edad cronológica de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad. H ₁ : Existen discrepancias significativas al comparar la ansiedad ante el COVID-19 en función a la edad cronológica de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.	Variable 2: Ansiedad ante el COVID-19: Se define por el puntaje obtenido a través de la Escala de Ansiedad por Coronavirus de Lee (2020).	• Escala de Ansiedad por Coronavirus de Lee (2020).
9) Comprobar las diferencias de la ansiedad ante el COVID-19 en función al estado civil de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.	H ₀ : No existen discrepancias significativas al comparar la ansiedad ante el COVID-19 en función al estado civil de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad. H ₁ : Existen discrepancias significativas al comparar la ansiedad ante el COVID-19 en función al estado civil de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.	Indicadores: 6. Mareos. 7. Alteraciones del sueño.	
10) Comprobar las diferencias de la ansiedad ante el COVID-19 en función al grado de instrucción de los pacientes de un	de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad. H ₀ : Existen discrepancias significativas al comparar la ansiedad ante el COVID-19 en función al estado civil de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.		

policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.

H₀: No existen discrepancias significativas al comparar la ansiedad ante el COVID-19 en función al grado de instrucción de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.

H₁: Existen discrepancias significativas al comparar la ansiedad ante el COVID-19 en función al grado de instrucción de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.

H₂: Existen discrepancias significativas al comparar la ansiedad ante el COVID-19 en función al grado de instrucción de los pacientes de un policlínico del centro poblado menor de Pacanguilla en La Libertad.

8. Inmovilidad tónica.

9. Pérdida de apetito.

10. Náuseas o problemas estomacales

Anexo 2: Protocolo de los Instrumentos.

BDI – II

Instrucciones:

Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija **uno** de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los hábitos de sueño) y el ítem 18 (Cambio en el apetito).

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Estoy triste todo el tiempo
- 3 Estoy tan triste y tan infeliz que no puedo soportarlo

2. Pesimismo

- 0 No me siento desanimado respecto a mi futuro.
- 1 Me siento más desanimado respecto a mi futuro que antes.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mí en el futuro y que las cosas van a empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de placer

- 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como antes.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como antes.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas.

5. Sentimientos de culpa

- 0 No me siento culpable.
- 1 Me siento culpable respecto a varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de castigo

- 0 No siento que esté siendo castigado.
- 1 Creo que tal vez estoy siendo castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo

- 0 Siento acerca de mí, lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado de mí mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo que antes.
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o deseos suicidas

- 0 No pienso en matarme.
- 1 He pensado en matarme, pero no lo haría.
- 2 Desearía matarme.

- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo usual.
1 Lloro más que antes.
2 Lloro por cualquier pequeñez.
3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que antes.
1 Me siento más inquieto o tenso que antes.
2 Estoy tan inquieto que me es difícil quedarme tranquilo.
3 Estoy tan inquieto que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo decisiones tan bien como siempre.
1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
2 Encuentro más dificultad que antes para tomar decisiones.
3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 Siento que soy valioso.
1 No me considero tan valioso y útil como antes.
2 Me siento menos valioso cuando me comparo con los demás.
3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que antes.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer algunas cosas.
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los hábitos de sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual.
- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritable que antes.
- 1 Estoy más irritable que antes.
- 2 Estoy mucho más irritable que antes.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es un poco menor que antes.
- 1b Mi apetito es un poco mayor que antes.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que antes.
- 3a No tengo apetito en absoluto.
- 3b Quiero comer todo el tiempo.

19. Dificultad de concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como antes.
- 2 Me es difícil mantener la atención en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que antes.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que antes solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.

21. Pérdida de interés en el sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo que antes.
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Coronavirus Anxiety Scale (CAS; Lee, 2020)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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