

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN
Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EFECTO DE LA COVID-19 EN LA
POBLACIÓN DE LA CIUDAD DE LA PAZ, GESTIÓN 2021**

POSTULANTE: Dr. Juan Willder Castro Silva

TUTOR: Dr. M.Sc. Carlos Tamayo Caballero

**Tesis de Grado presentada para optar al título de
Magister Scientiarum en Salud Pública mención
Gerencia en Salud**

La Paz - Bolivia
2023

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a Dios, quien a diario me otorga sabiduría y por ello le estoy muy agradecido.

A mi querida esposa e hijas, a quienes les prive de mi compañía por alcanzar mejores condiciones de vida para la familia.

A mis Padres, mentores y guía en el proceso de vida, me han dado todo lo que represento como persona, valores y principios que sembraron en mí.

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento en primer lugar a Dios y le quedo también muy agradecido a Dr. Carlos Tamayo Caballero, tutor de esta tesis, por su inagotable paciencia, compromiso con la enseñanza, orientación y motivación continúa durante el proceso de elaboración del presente trabajo de investigación.

*Muchas gracias,
Dios los bendiga*

Listado de Acrónimos y abreviaturas utilizadas

2019nCoV:	Del inglés 2019-novel Corona-Virus
ARDS:	Acute Respiratory Distress Syndrome
ARN:	Ácido Ribo-Nucleico
CDC:	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
CID:	Coagulación Intravascular Diseminada
CIE-10:	Clasificación Internacional de las Enfermedades, décima versión
COVID-19:	Coronavirus de 2019-nCov
DSM-5:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSM-IV-TR:	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición Revisada de la Asociación Americana de Psiquiatría
GABA:	Acido Gamma Amino Butírico
GAD-7:	Generalized Anxiety Disorder-7
IINSAD:	Instituto de Investigación en Salud y Desarrollo
OMS:	Organización Mundial de la Salud
MERS:	Síndrome respiratorio de Oriente Medio
PHQ-8:	Patient Health Questionnaire-8
PQ:	Physician Questionnaire
PTSD:	Post-Traumatic Stress Disorder
qSOFA:	Quick SOFA Score
SARS-CoV-2:	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
SM:	Salud Mental
TA:	Trastorno de Ansiedad

TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizada
TD: Trastorno de Depresión
TEPT: Trastorno por Estrés Pos-Traumático
TDM: Trastorno Depresivo Mayor
VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

ÍNDICE GENERAL

Página

I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN	3
2.1. ANTECEDENTES.....	3
2.2. JUSTIFICACIÓN.....	5
III. MARCO TEÓRICO	6
3.1. GRUPOS ETARIOS AFECTADOS POR LA COVID-19.....	7
3.2. SALUD MENTAL DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19	8
3.3. COVID-19	10
3.3.1. ETIOLOGÍA DEL COVID 19	10
3.3.2. FISIOPATOLOGÍA DEL COVID-19	10
3.3.3. ETAPAS DE LA ENFERMEDAD	11
3.3.4. RESPUESTA INMUNE	12
3.3.5. TIEMPO DE INCUBACIÓN.....	12
3.3.6. VÍA DE CONTAGIO	12
3.3.7. GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD	13
3.4. TRASTORNO DE ANSIEDAD.....	14
3.4.1. CLASIFICACIÓN.....	17
3.4.2. ETIOLOGÍA	18
3.4.3. FACTORES BIOLÓGICOS:	19
3.4.4. FACTORES PSICOSOCIALES:	19
3.4.5. FACTORES TRAUMÁTICOS:	19
3.4.6. FACTORES PSICODINÁMICOS:	19
3.4.7. MANIFESTACIONES CLÍNICAS	20
3.4.8. DIAGNÓSTICO	21
3.5. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	21
3.6. TRASTORNO DEPRESIVO	23
3.6.1. ETIOLOGÍA	24
3.6.1.1. Factores biológicos	24

3.6.1.2. Factores genéticos.....	24
3.6.1.3. Factores psicosociales	24
3.6.2. FACTORES DE RIESGO.....	25
3.6.3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS	25
3.6.4. DIAGNÓSTICO	26
3.6.5. DEPRESIÓN ASOCIADA A ENFERMEDADES MÉDICAS	28
3.6.6. EPIDEMIOLOGÍA.....	29
3.6.7. IMPACTO DE LA DEPRESIÓN EN LA SALUD PÚBLICA	29
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	30
V. HIPÓTESIS.....	32
VI. OBJETIVOS.....	33
6.1. OBJETIVO GENERAL.....	33
6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
6.2.1. Relacionar ansiedad, así como depresión con variables sociodemográficas (edad, sexo, ocupación, estado de salud percibida, grupo etario).	33
6.2.2. Describir la prevalencia de Covid-19 en proporción a la valoración de ansiedad y depresión.	33
6.2.3. Evaluar el efecto de ansiedad y depresión en las personas que han experimentado la pérdida de un familiar a causa de la pandemia de COVID-19.	33
VII. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	34
7.1. POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	34
7.2. MUESTRA	34
7.3. TAMAÑO MUESTRAL PARA UNA POBLACIÓN FINITA	35
7.3. TIPO DE MUESTRA.....	35
7.4. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	36
7.4.1. Validación de instrumento.....	36
7.4.2. Encuesta estructurada	36
7.4.3. Características del instrumento.....	37
7.4.4. Proceso de levantamiento de datos y análisis.....	39

7.4.5. Fiabilidad coeficiente Alfa de Cronbach.....	39
7.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	40
VIII. RESULTADOS	43
IX. DISCUSIÓN	59
X. CONCLUSIONES.....	61
XI. RECOMENDACIONES	63
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
XIII. ANEXOS.....	69

ÍNDICE DE TABLAS

Página

Tabla 1. Diferencia entre ansiedad normal y patológica.	15
Tabla 2. Síntomas de ansiedad: físicos y psicológicos	16
Tabla 3. Clasificación de trastornos de ansiedad según el DSM-IV-TR y la CIE-10: equivalencias	17
Tabla 4. Clasificación de los trastornos de ansiedad y sus características.	20
Tabla 5. Ítems Para Diagnóstico de Ansiedad Generalizada	22
Tabla 6. Criterios DSM-5 para el diagnóstico del TDM.	26
Tabla 7. Cuestionario de Ansiedad GAD-7.....	37
Tabla 8. Cuestionario de Depresión PHQ-8	38
Tabla 9. Valor de las Respuestas de las escalas tipo Likert GAD-7 y PHQ-8 ...	38
Tabla 10: Indicadores Descriptivos de la muestra por Edad en la Ciudad de La Paz 2021	43
Tabla 11: Niveles de Ansiedad y presencia de Enfermedad de base en la población de la Ciudad de La Paz – 2021	49
Tabla 12: Niveles de Depresión ante la presencia de Enfermedad de base en la población de la Ciudad de La Paz – 2021	49
Tabla 13: Niveles de Ansiedad en población con diagnósticos de trastornos psiquiátricos previo a la epidemia por Covid-19 en la población de la Ciudad de La Paz – 2021	50
Tabla 14: Niveles de Depresión de diagnósticos de algunos de los siguientes trastornos psiquiátricos previo a la epidemia por Covid-19 en la población de la Ciudad de La Paz – 2021	51
Tabla 15: Distribución de niveles de Ansiedad en quienes cursaron COVID-19 en la población de la Ciudad de La Paz – 2021	56
Tabla 16: Distribución de niveles de Depresión en quienes cursaron COVID-19 en la población de la Ciudad de La Paz – 2021	56
Tabla 17: Niveles de Ansiedad ante un familiar fallecido debido a la Covid-19 en la población de la Ciudad de La Paz – 2021	57

Tabla 18: Niveles de Depresión ante un familiar fallecido debido a la Covid-19 en la población de la Ciudad de La Paz – 2021	58
--	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Página

Figura 1. Grupos poblacionales más vulnerables al estrés por la COVID-19..... 8

Figura 2. Fisiopatología del COVID 19 11

ÍNDICE DE GRÁFICOS	Página
Gráfico 1: Edad en la población de la Ciudad de La Paz – 2021	44
Gráfico 2: Distribución de la muestra por edad según sexo en la población de la Ciudad de La Paz – 2021	45
Gráfico 3: Distribución de la muestra por las 5 Redes De Salud de la Ciudad de La Paz.	46
Gráfico 4. Niveles de Ansiedad según sexo en la población de la Ciudad de La Paz – 2021	47
Gráfico 5. Niveles de Depresión según sexo en la población de la Ciudad de La Paz – 2021	48
Gráfico 6: Distribución de la muestra por Niveles de ansiedad y grupo etario en la población de la Ciudad de La Paz – 2021	52
Gráfico 7: Distribución de la muestra por Niveles de Depresión y grupo etario en la población de la Ciudad de La Paz – 2021	53
Gráfico 8: Niveles de Ansiedad acorde al área de labor en la población de la Ciudad de La Paz - 2021	54
Gráfico 9: Niveles de Depresión acorde al área de labor en la población de la Ciudad de La Paz - 2021	55

RESUMEN

La pandemia del COVID-19 ha afectado a la salud mundial, tanto en enfermedades leves como graves, y ha tenido un impacto significativo en el ámbito social y económico, impactando también la salud mental de las personas.

OBJETIVO: Establecer el nivel de ansiedad y depresión como efecto de la COVID-19 en la población de la Ciudad de La Paz.

MATERIAL Y MÉTODO: Se llevó a cabo un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal con un diseño observacional para evaluar el nivel de ansiedad y depresión en la población de las 5 redes de salud de la Ciudad de La Paz.

Muestra: Se seleccionó una muestra de 645 participantes de una población total de 642.323 personas entre 20 y 70 años, datos recolectados a través de las 5 redes de la Ciudad de La Paz en 2021. **Tipo de Muestra,** Se trata de una muestra de tipo incidental no probabilística aplicada en un plazo determinado y con un tamaño muestral estimado.

RESULTADOS: Los resultados del estudio mostraron un promedio de edad de 35 años y una desviación estándar de 11.74 años. Se observó que el sexo femenino presentaba un mayor porcentaje de ansiedad grave y depresión grave, y que aquellas personas con enfermedad de base previa a la pandemia por COVID-19 presentaban un mayor porcentaje de ansiedad grave y depresión grave. También se encontraron diferencias en los niveles de ansiedad en relación a la ocupación, aquellos que cursaron COVID-19 y quienes tuvieron la pérdida de un familiar debido a la COVID-19 presentan una mayor presencia de ansiedad y depresión.

CONCLUSIÓN: En general, los resultados sugieren que la pandemia ha tenido un impacto significativo en la salud mental de la población estudiada, y se requieren medidas para abordar estos problemas.

Palabras Clave: Ansiedad, Depresión, COVID-19, Pandemia, Salud Mental.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has affected global health, both in terms of mild and severe illnesses, and has had a significant impact on social and economic aspects, also affecting people's mental health.

OBJECTIVE: To establish the level of anxiety and depression as an effect of COVID-19 in the population of La Paz City.

MATERIAL AND METHOD: A quantitative, descriptive, and cross-sectional study with an observational design was conducted to evaluate the level of anxiety and depression in the population of the 5 health networks in La Paz City. **Sample:** A sample of 645 participants was selected from a total population of 642,323 people between 20 and 70 years old, data collected through the 5 networks in La Paz City in 2021. **Sample Type:** this is an incidental non-probabilistic sample applied in a specified period and with an estimated sample size.

RESULTS: The study results showed an average age of 35 years and a standard deviation of 11.74 years. It was observed that the female sex presented a higher percentage of severe anxiety and depression, and that those people with a pre-existing disease prior to the COVID-19 pandemic presented a higher percentage of severe anxiety and depression. Differences in anxiety levels were also found in relation to occupation, those who developed COVID-19 and those who had the loss of a family member due to COVID-19 present a higher presence of anxiety and depression.

CONCLUSION: In general, the results suggest that the pandemic has had a significant impact on the mental health of the studied population, and measures are needed to address these problems.

Keywords: Anxiety, Depression, COVID-19, Pandemic, Mental Health.

I. INTRODUCCIÓN

Los primeros casos de enfermedad relacionada con el coronavirus de 2019 (COVID-19), causados por la infección con el virus SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2), fueron reportados a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos en diciembre de 2019 (1).

“En marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró al COVID-19 como la primera pandemia originada por un coronavirus, causando graves consecuencias globales, tanto sociales como económicas” (2). Avance de estudios identifica problemas de salud mental (SM) relacionados con la pandemia de COVID-19 en personas que se mantienen aisladas. Estos problemas incluyen estrés, ansiedad, depresión, consumo de alcohol, trastornos alimentarios, hambre e incertidumbre sobre el futuro (1).

Algunos autores encuentran experiencias traumáticas relacionadas con la pérdida de amigos y familiares, factores estresantes laborales, estatus social y padecimiento de síntomas de COVID-19. La pandemia ha afectado a millones de personas, lo que ha aumentado la necesidad de atención de salud mental a corto plazo debido a problemas como ansiedad, depresión, insomnio y otros problemas sociales. Además, se prevé que la pandemia probablemente conduzca a la aparición de trastornos como el trastorno de estrés postraumático (TEPT), insomnio, trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno de depresión y miedo (3).

En Bolivia el primer caso se reportó el 10 de marzo de 2020, a partir de ese momento la enfermedad se propaga por diferentes regiones del país, situación que obligó al gobierno a declarar un estado de emergencia sanitaria, dicha situación generó estrés, miedo e incertidumbre en la población (4).

Bolivia, al igual que muchos países latinoamericanos, se enfrenta a problemas sociales tales como la informalidad laboral, desempleo, pobreza y desigualdad. Además de estos retos, hay dificultades en la coordinación entre los diferentes niveles estatales, lo que empeora aún más la situación en el país.

La pandemia de COVID-19 ha causado miedo, incertidumbre y preocupación en la población, incluyendo adultos mayores, proveedores de atención y personas con enfermedades subyacentes. La pandemia ha alterado las vidas de muchos, causando incertidumbre, aislamiento social y temor a enfermarse, agravado por el desconocimiento del futuro. La exagerada indagación y los rumores infundados acerca de COVID-19 pueden causar estrés, ansiedad, miedo, tristeza y soledad, y agravar los trastornos de salud mental previos (5).

“Estudios, encuentran presencia significativa de depresión y ansiedad en poblaciones de estudio”, además revelan que altos niveles de depresión y ansiedad pueden haber enmascarado las diferencias entre aquellos con o sin COVID-19 (6).

II. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

2.1. ANTECEDENTES

En diciembre de 2019, ocurrió un brote de una nueva neumonía por coronavirus en Wuhan (Hubei, China). A principios de 2020, la enfermedad por el nuevo coronavirus (COVID-19) comenzó a extenderse por toda China (1).

En Bolivia, la pandemia de COVID-19 con sus primeros casos reportados en marzo del año 2020 causó estrés, miedo e incertidumbre en la población, empeorando con el pasar del tiempo. Además, que el país enfrenta problemas sociales estructurales como la informalidad del trabajo, desempleo, pobreza y la desigualdad (4).

El COVID-19 ha causado problemas emocionales y psicológicos en el personal médico y la población, incluyendo estrés, ansiedad y depresión. Europa y España han sido focos importantes de la pandemia. Las investigaciones de China, primer país afectado, muestran que la incertidumbre y el miedo pueden desencadenar trastornos emocionales (7). "La incidencia de depresión y ansiedad es más alta en personas con antecedentes psiquiátricos que contrajeron COVID-19, comparado con aquellos sin historial de trastornos mentales" (8).

“En relación con el grado de afectación, el 90 % de la muestra presenta niveles de ansiedad y depresión entre moderados y muy severos, encontrando asociaciones en género, edad y cantidad de horas que piensa en la COVID-19”.(9) En un estudio en China, 1.210 personas en 194 ciudades respondieron a una encuesta en línea para evaluar su nivel de impacto psicológico, ansiedad,

depresión y estrés durante el brote de COVID-19. El resultado mostró que el 16,5% de los participantes mostró síntomas depresivos moderados a graves, el 28,8% síntomas de ansiedad moderados a graves y el 8,1% niveles de estrés moderados a graves. La salud afectada se asoció significativamente con un mayor impacto de estrés, ansiedad y depresión (5).

En un estudio canadiense de 1.354 adultos en febrero de 2020, un tercio estaban preocupados por COVID-19 y el 7% muy preocupados, a pesar de sólo 4 infectados y un riesgo bajo para el país. A nivel mundial, primo el temor al COVID-19 por la abundante información fundada e infundada de dicha enfermedad (10).

Los familiares, amigos y parientes de los afectados por COVID-19 por infección, hospitalización o muerte sufren un mayor nivel de síntomas de ansiedad y depresión (11), enfrentan dos factores de riesgo en el duelo complicado debido a la pandemia COVID-19: Primero, están expuestos a factores situacionales de la muerte, como la pérdida repentina y la imposibilidad de acompañar al ser querido durante su enfermedad y despedirse en el momento de su muerte. Segundo, pueden estar limitados en el apoyo social y tener que enfrentar el duelo en soledad, lo que dificulta la capacidad de procesar la realidad de la muerte, expresar sus sentimientos, recordar a su ser querido, y compartir su dolor con otros. Esto puede ser agravado por la limitación de la presencia física en los rituales funerarios y religiosos durante la pandemia (11, 12).

Ante una emergencia de salud pública internacional como la que estamos viviendo es importante investigar el impacto en la salud mental que está produciendo la pandemia en poblaciones concretas. Por ello, en el presente estudio se medirán los niveles de ansiedad y depresión en una muestra de la Ciudad de La Paz (10).

2.2. JUSTIFICACIÓN

“En Bolivia el primer caso se reportó el 10 de marzo de 2020, a partir de ese momento la enfermedad se propaga por diferentes regiones del país, situación que obligó al gobierno a declarar un estado de emergencia sanitaria, dicha situación generó estrés, miedo e incertidumbre en la población” (4).

Estudios concluyen que la pandemia de COVID-19 puede afectar la salud mental en individuos. (1) Se prevé que haya niveles más altos en el estrés ansiedad y depresión tras la orden de confinamiento. Ya que el confinamiento acarrea problemas como estrés, ansiedad y depresión (10).

También se espera que las personas con enfermedades crónicas presenten niveles más altos de síntomas psicológicos, ya que el COVID-19 es propenso a manifestarse más severamente en personas con múltiples enfermedades subyacentes (10).

Estudios indican que una vez que se diagnostica una enfermedad mental, puede haber un deterioro en la condición del paciente, así como un aumento en el consumo de alcohol y drogas, sentimientos de desesperanza extrema, hasta casos extremos de pensamientos o comportamientos suicidas (7).

III. MARCO TEÓRICO

A finales de 2019, en China apareció una enfermedad causada por un agente zoonótico emergente, en este caso un nuevo coronavirus, al cual se le denominó de las siguientes formas: SARS-CoV-2, 2019nCoV (del inglés 2019-novel coronavirus) o simplemente COVID-19 (acrónimo del inglés coronavirus disease 2019). Este virus es capaz de ocasionar un síndrome respiratorio agudo grave, que en algunas personas ocasiona una evolución fatal (1). El SARS-CoV-2 es genéticamente similar al SARS-CoV-1, pero con características del SARS-CoV-2 (13).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en enero de 2020, declaró el brote de este nuevo padecimiento, al cual denominó: la enfermedad COVID-19. Desde entonces fue identificada como una emergencia internacional de salud pública, debido al elevado riesgo de propagación de esta enfermedad a otros países del mundo, además de China. En marzo de 2020, dicha organización decidió identificar a la COVID-19 como una pandemia (2). “En Bolivia el primer caso se reportó el 10 de marzo de 2020”, (14, 15) a partir de ese momento la enfermedad se propaga por diferentes regiones del país, situación que obligó al gobierno a declarar un estado de emergencia sanitaria, situación que generó estrés, miedo e incertidumbre en la población (4).

A medida que la pandemia del coronavirus se extiende rápidamente por todo el mundo, provoca un grado considerable de miedo y preocupación en la población en general y en ciertos grupos en particular: adultos mayores, proveedores de atención y personas con afecciones de salud subyacentes. La pandemia de la COVID-19 ha cambiado la vida de muchas personas y en particular, sus costumbres diarias. Ha traído: incertidumbre, rutinas diarias alteradas, presiones económicas, aislamiento social y temor a enfermarse. La incertidumbre asociada con esta enfermedad, más el efecto del distanciamiento social, el aislamiento y la cuarentena, pueden afectar la salud mental de la población (5).

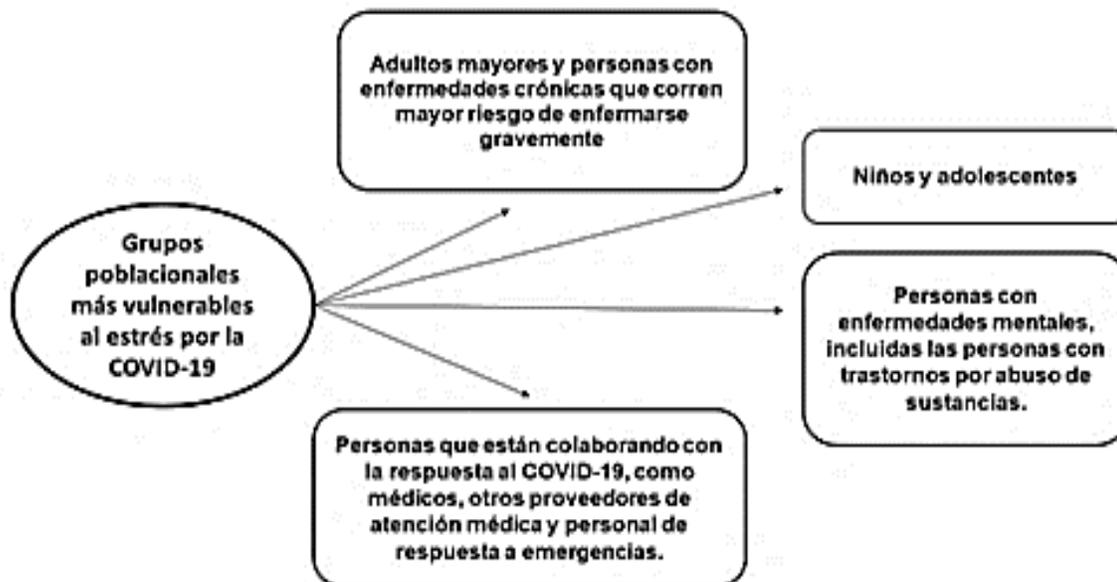
3.1. GRUPOS ETARIOS AFECTADOS POR LA COVID-19

La pandemia de COVID-19 ha generado un gran nivel de estrés en la población, ya que el miedo y la preocupación que causa esta enfermedad pueden ser abrumadores y generar fuertes emociones tanto en adultos como en niños.

Los estudios han encontrado que las personas jóvenes suelen ser más negativas emocionalmente y estar más centradas en sí mismas, mientras que las personas de mediana edad muestran una mayor preocupación por los demás y su familia. Por otro lado, el grupo de mayor edad y mayor riesgo se preocupa principalmente por temas relacionados con la salud, pero presenta menos ansiedad y un uso mayor de términos emocionalmente positivos en comparación con los demás grupos de edad con menor riesgo (16).

La respuesta emocional de la población al brote de enfermedad depende de diversos factores, como el antecedente individual, las diferencias individuales y las condiciones de la comunidad en la que vive. Sin embargo, se ha observado que ciertos grupos poblacionales más vulnerables pueden tener una mayor tendencia a experimentar niveles más altos de estrés en crisis de este tipo (4), los cuales aparecen representados en la Figura 1.

Figura 1. Grupos poblacionales más vulnerables al estrés por la COVID-19.



Fuente: Grupos poblacionales vulnerables. Impactos Sociales y Psicológicos del Covid-19 En Bolivia (4).

3.2. SALUD MENTAL DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

La pandemia de COVID-19 ha causado un impacto significativo en la salud mental, causando ansiedad y depresión debido al distanciamiento social y el autoaislamiento (16). La incertidumbre y el riesgo de infección también han contribuido a los problemas de salud mental existentes.

La cuarentena durante la pandemia de COVID-19 ha generado temores sobre la salud y la posibilidad de infectar a otros, especialmente a miembros de la familia. Los estudios han encontrado que el temor de tener síntomas relacionados con la infección puede afectar negativamente la salud mental varios meses después. Aunque pocas personas están extremadamente preocupadas por infectarse o

transmitir el virus, las mujeres embarazadas, padres con niños pequeños tienden a estar más preocupadas (17).

Mucho se ha estudiado sobre la propagación del virus SARS-CoV-2 en el plano biológico; sin embargo, aún es insuficiente lo que se sabe sobre sus efectos en el plano psicosocial. En esta pandemia, lo que atenta contra la salud mental de las personas mayores, no es tanto la medida sanitaria de distanciamiento físico actual, sino el estigma y lugar social que se le asigna a este colectivo en función de su edad (14, 18, 19).

La epidemia de COVID-19 ha tenido un impacto sociopsicológico significativo en la sociedad y ha desencadenó una amplia variedad de problemas psicológicos, que se concentraron principalmente en la ansiedad, trastorno de pánico, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo, hostilidad, psicoticismo, PTSD, etc. (13).

Las personas mayores, en especial si están aisladas y tienen algún deterioro cognitivo o demencia, pueden volverse: más ansiosas, enojadas, estresadas, agitadas y retraídas durante el brote o mientras están en cuarentena (19).

La COVID-19 podría afectar negativamente a las personas con enfermedades mentales graves, causando ansiedad y depresión. La cuarentena puede exacerbar los síntomas y puede poner en evidencia a personas con enfermedades mentales no diagnosticadas previamente. Es importante que las autoridades sanitarias tomen medidas para evitar la propagación de la enfermedad y preocuparse por los efectos psicológicos en la población (17).

Ante la alteración completa de la rutina habitual, puede generar que algunos individuos desarrollen un mayor deseo de tomar bebidas alcohólicas o consumir sustancias de abuso. Ante esta situación pueden aparecer síntomas depresivos como: desesperanza, irritabilidad, cambios en el apetito y alteraciones del sueño (5).

3.3. COVID-19

3.3.1. ETIOLOGÍA DEL COVID 19

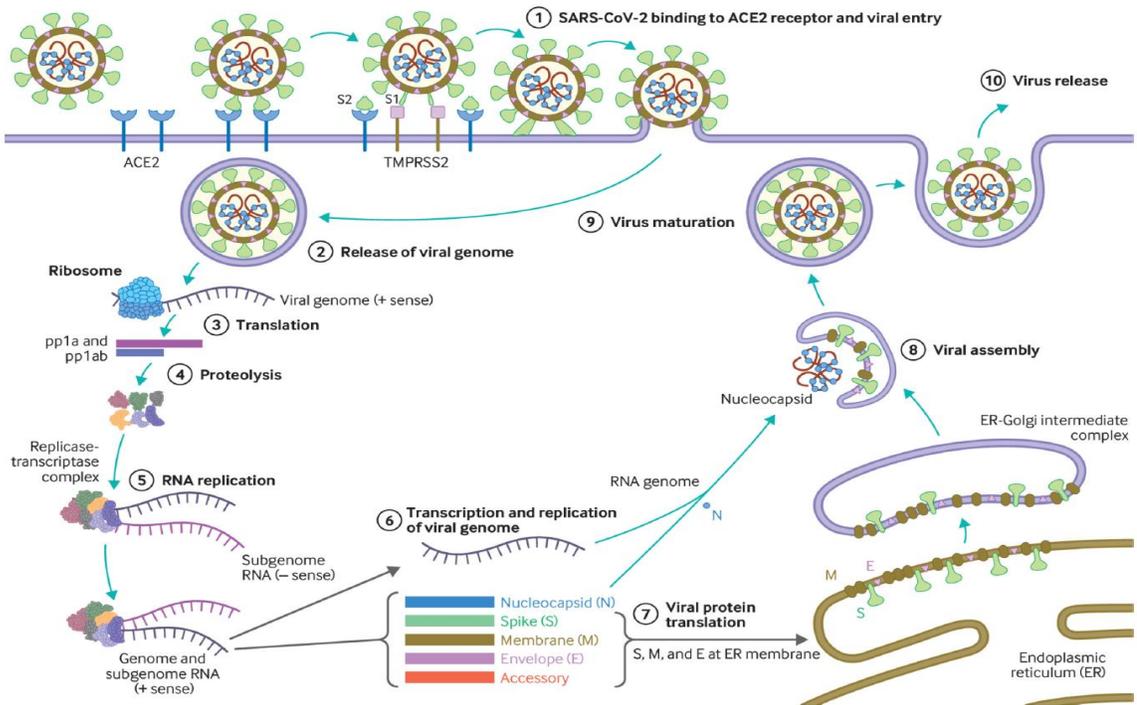
El coronavirus ha sido conocido por causar infecciones en humanos desde la década de 1960, pero solo en las últimas dos décadas se ha descubierto su capacidad para causar epidemias mortales. COVID-19 es el tercer brote de enfermedad respiratoria relacionado con el coronavirus en 20 años y pertenece a la familia Coronaviridae del orden Nidovirales (13).

El virus recibió el nombre de SARS-CoV-2 por su homología genética con el coronavirus del síndrome respiratorio aguda severo (SARS-CoV) responsable por una epidemia de grande escala en Asia en 2003. La enfermedad se llamó tras la sigla inglesa COVID-19 (Corona Virus Disease identificado el año 2019) (20).

3.3.2. FISIOPATOLOGÍA DEL COVID-19

El SARS-CoV-2 es un virus que afecta principalmente las vías respiratorias bajas, pudiendo causar respuestas inflamatorias sistémicas y trombóticas en diferentes órganos. Utiliza la proteína de espiga para entrar a las células huésped y se une con gran afinidad al receptor de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2), que está expresado en las células alveolares tipo II (13).

Figura 2. Fisiopatología del COVID 19



Fuente: Physiopathology COVID 19. Prevalence and Factors for Anxiety during the COVID-19 Pandemic among College Students in China (13).

3.3.3. ETAPAS DE LA ENFERMEDAD

La enfermedad COVID-19 se ha dividido en tres etapas:

Etapa temprana: los síntomas suelen ser leves y pueden incluir fiebre, tos, dificultad para respirar y fatiga. Estos síntomas pueden aparecer entre 2 y 14 días después de la exposición al virus (21).

Etapa intermedia: Los síntomas pueden empeorar y pueden incluir neumonía, dificultad para respirar y fatiga. Esta etapa puede durar varias semanas.

Etapa tardía: Los pacientes que desarrollan COVID-19 grave pueden requerir hospitalización y pueden desarrollar complicaciones como fallo respiratorio, shock y coagulación intravascular diseminada (CID), entre otras (21).

3.3.4. RESPUESTA INMUNE

La producción de anticuerpos ocurre tarde después de la exposición (hasta 20 días) y después de la aparición de síntomas (hasta 15 días para el 100% de los pacientes infectados). Adicionalmente la incidencia de manifestaciones cardiovasculares como el daño miocárdico aparentemente es alto, posiblemente debido a la respuesta inflamatoria sistémica y las alteraciones del sistema inmune durante la evolución de la enfermedad (22).

3.3.5. TIEMPO DE INCUBACIÓN

El tiempo de incubación medio estimado es de 3 a 6 días (rango de 1.3 a 11.3) o de 5,1 días, la duración desde el inicio de los síntomas hasta la aparición de la disnea es de 5 a 6 días, en promedio la enfermedad progresa para luego requerir hospitalización al 7-8 día desde el inicio de los síntomas. El intervalo desde el inicio de los síntomas hasta la aparición del ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome) es de aproximadamente 8 a 12 días (13).

3.3.6. VÍA DE CONTAGIO

Al igual que otros coronavirus, el principal mecanismo de transmisión del SARS-CoV-2 es a través de gotitas respiratorias infectadas, y la infección viral ocurre por contacto directo o indirecto nasal, mucosa conjuntival u oral, cuando se inhalan partículas respiratorias o se deposita en estas membranas mucosas (13, 20).

En las heces se detectó Ácido Ribo-Nucleico (ARN) viral en hasta 21 - 30% de los pacientes desde el día 5 después del inicio y hasta 4 a 5 semanas en casos moderados.

Hay evidencia del virus en las heces, pero no hay evidencia de que el virus sea infeccioso. La importancia del desprendimiento viral fecal para la transmisión aun no es clara (13).

3.3.7. GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD

La gravedad de la enfermedad y el desarrollo de ARDS están relacionados con edades más avanzadas y comorbilidades. Los marcadores inflamatorios y bioquímicos, junto con la edad avanzada, se asocian con un mayor riesgo de enfermedad grave y ARDS. En un estudio de 191 pacientes, la mortalidad estuvo relacionada con la edad avanzada, puntaje qSOFA alto, dímero D alto e incidencia de ARDS, falla renal aguda y sepsis (6).

“Factores asociados con enfermedad crítica son ingreso con saturación de oxígeno menor a 88%, dímero D al ingreso mayor a 2500ng/mL, ferritina al ingreso mayor a 2500ng/mL y PCR al ingreso mayor a 200mg/L” (6).

Muge y colaboradores indican que requieren más datos para entender las respuestas saludables y disfuncionales y los marcadores inmunológicos para la protección y gravedad de la enfermedad. También se necesita una mayor comprensión de las consecuencias a largo plazo después de una enfermedad aguda y enfermedad inflamatoria multisistémica, especialmente en niños (13).

3.4. TRASTORNO DE ANSIEDAD.

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión (23). La ansiedad, definida como una sensación subjetiva de inquietud, temor o aprensión, puede indicar un proceso psiquiátrico primario o formar parte de una enfermedad médica primaria, o ser una reacción a ésta (24).

La ansiedad es una emoción que se activa ante situaciones ambiguas o amenazas, preparando al individuo para actuar. Se acompaña de cambios fisiológicos como aumento de frecuencia cardíaca, presión arterial y tensión muscular. Aunque es una respuesta normal ante situaciones de estrés, en algunas ocasiones puede ser excesiva y generar falsas alarmas o percepciones de amenazas exageradas (25).

La ansiedad se convierte en patológica cuando es desproporcionada para la situación y demasiado prolongada. Las diferencias entre la ansiedad normal y la patológica se describen en la tabla 1.

Tabla 1. Diferencia entre ansiedad normal y patológica.

Ansiedad Fisiológica	Ansiedad Patológica
Mecanismo de defensa frente a amenazas de la vida diaria	Puede bloquear una respuesta adecuada a la vida diaria
Reactiva a una circunstancia ambiental	Desproporcionada al desencadenante
Función adaptativa	Función desadaptativa
Mejora rendimiento	Empeora el rendimiento
Es más leve	Es más grave
Menor componente somático	Mayor componente somático
No genera demanda de atención psiquiátrica	Genera demanda de atención psiquiátrica

Fuente: Diferencia entre ansiedad normal y patológica, 2002 (26).

El trastorno de ansiedad de separación se caracteriza por miedo o ansiedad excesiva e inapropiada relacionada con la separación de figuras de apego, manifestada por síntomas como malestar recurrente, preocupación excesiva, resistencia a estar solo, pesadillas, etc. Es persistente y dura al menos 4 semanas en niños y adolescentes y 6 meses en adultos (27).

La ansiedad es normal en situaciones cotidianas estresantes, pero cuando su intensidad excede la capacidad adaptativa de una persona, se convierte en patológica causando malestar físico, psicológico y conductual. (tabla 2) (23).

Tabla 2. Síntomas de ansiedad: físicos y psicológicos

Síntomas físicos	Síntomas psicológicos y conductuales
Vegetativos: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad.	Preocupación, aprensión
Neuromusculares: temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias.	Sensación de agobio
Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial	Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente
Respiratorios: disnea	Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria
Digestivos: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo	Irritabilidad, inquietud, desasosiego
Genitourinarios: micción frecuente, problemas de la esfera sexual	Conductas de evitación de determinadas situaciones
	Inhibición o bloqueo psicomotor Obsesiones o compulsiones

Fuente: Antonio Bulbena Vilarrasa. Anxiety. 2008 (23).

Las causas de los trastornos de ansiedad no son totalmente conocidas, pero están implicados tanto factores biológicos como ambientales y psico-sociales (23).

3.4.1. CLASIFICACIÓN

Los trastornos primarios de ansiedad se clasifican de acuerdo con su duración y evolución, y según la existencia y naturaleza de todos los factores desencadenantes (24).

El DSM-IV-TR y la CIE-10 son las 2 principales clasificaciones de trastornos mentales. El DSM-IV-TR tiene 12 TA, mientras que la CIE-10 agrupa los trastornos neuróticos (ansiedad) bajo trastornos relacionados con el estrés y somatomorfos. El DSM-IV-TR-AP fue desarrollado para diagnosticar trastornos mentales en el primer nivel de atención médica (28).

Tabla 3. Clasificación de trastornos de ansiedad según el DSM-IV-TR y la CIE-10: equivalencias

DSM-IV-TR	CIE-10
	Trastorno de ansiedad fóbica
Fobia social	Fobias sociales
Fobia simple	Fobias específicas
Agorafobia sin crisis de angustia	Agorafobia
	Otros trastornos de ansiedad
Trastorno de angustia con agorafobia	Trastorno de angustia
Trastorno de angustia sin agorafobia	
Trastorno de ansiedad generalizada	Trastorno de ansiedad generalizada
	Trastorno mixto ansioso-depresivo
	Otro trastorno mixto de ansiedad
	Otros trastornos de ansiedad

DSM-IV-TR	CIE-10
Trastorno obsesivo-compulsivo	Trastorno obsesivo-compulsivo
	Reacciones de estrés y trastornos de Adaptación
Trastorno por estrés postraumático	Trastorno por estrés postraumático
Trastorno por estrés agudo	Reacción de estrés agudo
	Trastorno de adaptación
	Trastornos disociativos
Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica	
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	
	Trastornos somatomorfos
Trastorno de ansiedad no especificado	Otros trastornos neuróticos

Fuente: Antonio Bulbena Vilarrasa. Anxiety. 2008 (23).

3.4.2. ETIOLOGÍA

La etiología de los trastornos de ansiedad (TA) es compleja e involucra múltiples factores: biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje. Dentro de esta etiología multifactorial se menciona la presencia de factores de riesgo y factores protectores que median en la expresión de este trastorno. El sistema Acido Gamma Amino Butírico (GABA) es el neurotransmisor de acción inhibitoria más importante, ciertas hormonas tienen un rol destacado en todo lo relativo al estrés y en la ansiedad (29).

3.4.3. FACTORES BIOLÓGICOS:

Los factores genéticos juegan un papel crucial en la predisposición a desarrollar trastornos de ansiedad. La investigación ha demostrado una vulnerabilidad genética en la mayoría de los trastornos de ansiedad, especialmente en el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo y la fobia social (30).

3.4.4. FACTORES PSICOSOCIALES:

Los estresores psicosociales (interpersonal, laboral, socioeconómico, etc.) juegan un papel muy importante en muchos de los TA, como factores precipitantes, agravantes o causales de los TA y trastornos de adaptación. Se ha sugerido que el tipo de educación en la infancia predispone al TA en la edad adulta, sin embargo, no se han identificado causas específicas de ello (31).

3.4.5. FACTORES TRAUMÁTICOS:

Los eventos traumáticos extremos, como accidentes graves, desastres, violaciones, torturas y secuestros, pueden causar daños cerebrales significativos y síntomas de ansiedad graves. Además de los factores presentes después del trauma, también se han identificado factores previos al trauma que contribuyen a su desarrollo (32).

3.4.6. FACTORES PSICODINÁMICOS:

La ansiedad es una respuesta adaptativa del organismo ante una situación percibida como peligrosa. La ansiedad actúa como una señal de alarma, desencadenando mecanismos de defensa para enfrentar el peligro. Si estas defensas son efectivas, la ansiedad desaparece, pero si no lo son, pueden manifestarse síntomas como conversiones, disociación, fobia y obsesión-compulsión (30).

3.4.7. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las características clínicas de los TA son las mismas de la ansiedad no patológica, diferenciándose de ella en cuanto a duración y gravedad (33).

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por una experiencia subjetiva de angustia con alteraciones en el sueño, concentración, funcionamiento social y/o laboral. Los pacientes a menudo se quejan de problemas de salud física como su principal preocupación, lo que puede distraer temporalmente de los síntomas de ansiedad subyacentes (34). Se observa en la tabla 4 una descripción de la clasificación de las manifestaciones clínicas.

Tabla 4. Clasificación de los trastornos de ansiedad y sus características.

CIE-10	DSM-IV-TR	Características
<i>Trastorno de ansiedad generalizada</i>	<i>Trastorno de ansiedad generalizada</i>	Ansiedad crónica y preocupaciones de carácter excesivo. Requiere duración de mínimo 6 meses para realizar el diagnóstico
	<i>Fobia simple</i>	Nerviosismo o temor marcado, persistente y excesivo o irracional de forma inapropiada en presencia de un objeto o situación concreta, con ansiedad anticipatoria. Tipo animal, ambiental, sangre-inyecciones-daño, situacional, otros
	<i>Fobia social</i>	Ansiedad exagerada en las situaciones en las que una persona es observada y puede ser criticada por otros. Hay ansiedad anticipatoria. Síntomas frecuentes son el enrojecimiento y temblor. En menores de 18 años requiere la persistencia de los síntomas por 6 meses
<i>Trastorno de angustia</i>	<i>Trastorno de angustia con agorafobia</i>	Ascenso rápido de una ansiedad extrema y miedo a un resultado catastrófico. Las crisis son recidivantes e inesperados que causan un estado permanente de preocupación, con ansiedad anticipatoria y comportamientos de evitación (agorafobia)
	<i>Trastorno de angustia sin agorafobia</i>	Crisis de angustia recidivantes e inesperadas que provocan un estado permanente de preocupación
<i>Trastorno anancástico (obsesivo-compulsivo)</i>	<i>Trastorno obsesivo-compulsivo</i>	Obsesiones (provocan ansiedad o malestar significativo, son intrusas, persistentes e inapropiadas), y/o compulsiones (con el propósito de prevenir o aliviar la ansiedad, pero no proporcionar placer o gratificación)
<i>Trastorno mixto ansioso-depresivo</i>		Paciente presenta gran variedad de síntomas de ansiedad y depresión

Fuente: Ana Luisa Alves Cunha. BREVE HISTORIA Y FISIOPATOLOGÍA DEL COVID-19. Revista "Cuadernos". 2020.

CIE-10	DSM-IV-TR	Características
<i>Reacción de estrés agudo</i>	<i>Trastorno por estrés agudo</i>	Síntomas parecidos al trastorno por estrés post-traumático que se dan inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático. Para el diagnóstico los síntomas deben durar al menos 2 días pero menos de 1 mes
<i>Trastorno por estrés post-traumático</i>	<i>Trastorno por estrés post-traumático</i>	Re-experimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma. Inicia desde unas pocas semanas hasta 6 meses de haber experimentado el trauma
<i>Trastorno de adaptación</i>		Alteraciones emocionales que interfieren con su actividad social y aparece tras un cambio biográfico significativo o un acontecimiento vital estresante.
<i>Trastornos disociativos</i>		
	<i>TA debido a una enfermedad médica</i>	Síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente
	<i>TA inducido por sustancias</i>	Síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico
<i>Trastornos somatomorfos</i>		
<i>Otros trastornos neuróticos</i>	<i>TA no especificado</i>	Aquellos trastornos que presentan ansiedad o evitación fóbica prominentes y no reúnen los criterios diagnósticos específicos o no se dispone de una información adecuada

Fuente: Ana Luisa Alves Cunha. Breve Historia y Fisiopatología del COVID-19. Revista "Cuadernos". 2020 (14).

3.4.8. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de los trastornos de ansiedad TA se basa en la historia clínica, donde se descartan primero posibles etiologías médicas o neurológicas. Luego, es necesario establecer una categoría nosológica según el DSM-IV-TR y la CIE-10, lo cual es crucial para estos pacientes que han sufrido durante años de ansiedad, con un impacto significativo en sus estilos de vida y adaptación (35).

3.5. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada presentan una preocupación persistente, excesiva o irracional asociada con síntomas como tensión muscular, dificultad para concentrarse, hiperreactividad del sistema

nervioso autónomo, sensación de estar "al límite" o inquietud e insomnio. El trastorno suele comenzar antes de los 20 años y puede haber antecedentes de miedos infantiles e inhibición social (24).

Existe Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar). Al individuo le es difícil controlar la preocupación (27).

Tabla 5. Ítems Para Diagnóstico de Ansiedad Generalizada

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Fácilmente fatigado.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses): Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem.

Fuente: Mental Disorders—diagnosis. In: Association AP, editor. Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM 5. 5 edición 2014 (27).

La prevalencia de GAD es de 5-6%, con mayor riesgo en familiares de primer grado. GAD y trastorno de angustia se segregan de manera independiente. Mayoría de pacientes con GAD y trastorno de angustia sufren depresión, distimia o fobia social. Consumo común de sustancias, especialmente alcohol y sedantes hipnóticos. Pacientes con preocupaciones excesivas y problemas cotidianos graves (24).

3.6. TRASTORNO DEPRESIVO

La etiología de los estados depresivos continúa evolucionando con la modernización y el avance de la medicina. En general, existe una conceptualización biopsicosocial comúnmente aceptada de la depresión que postula que la depresión es un estado de enfermedad multifactorial provocado por factores biológicos, sociales y psicológicos (36).

La depresión es un trastorno mental afectivo común y tratable, caracterizado por cambios en el ánimo con síntomas cognitivos y físicos, causado por interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Según el DSM-5, se distingue el trastorno depresivo mayor, distímico y bipolares. El patrón de síntomas depresivos varía según el suceso vital específico, como pérdida de un ser querido o estrés y fracasos. (17) La depresión es un problema de salud pública, tanto por su alta prevalencia, y porque implica una discapacidad considerable y a menudo se manifiesta en comorbilidad con enfermedades médicas crónicas (37).

La heredabilidad del trastorno depresivo mayor (TDM) se ha calculado en un aproximado del 37%, lo cual implica que aproximadamente dos terceras partes del origen de la patología depresiva debe explicarse por otros factores distintos a la genética, las cuales probablemente se atribuyan a factores ambientales y sociales que modifican el comportamiento del individuo (33).

3.6.1. ETIOLOGÍA

Los primeros hallazgos de la etiología del TDM surgieron de manera incidental al estudiar efectos secundarios de fármacos que disminuyen la concentración de monoaminas a nivel cerebral, como sucede con algunos antihipertensivos como la reserpina. Hoy en día se conoce que la patogénesis del TDM es multifactorial y al menos se pueden hablar de tres vías que convergen para desarrollar esta patología, los factores biológicos, genéticos y psicosociales (14, 37).

3.6.1.1. Factores biológicos

La depresión está asociada con disminución de la serotonina. La noradrenalina y la dopamina también juegan un papel en la depresión y trastornos del estado de ánimo. Además, hay una relación entre el TDM y el estrés crónico, trastornos inflamatorios y anomalías neuroanatómicas. La corteza prefrontal, zona cingulada anterior, hipocampo y amígdala pueden estar involucrados. Los estudios muestran hiperintensidades anormales y reducción hipocampal en pacientes con TDM. (4)

3.6.1.2. Factores genéticos

Hay genes relacionados con la depresión, pero es difícil determinar los que tienen una relación directa debido a otros factores como sociales y ambientales. Algunos de los más fuertemente asociados incluyen el gen COMT, FKBP5, BDNF y 5-HTTLPR. “Aproximadamente un tercio del riesgo de desarrollar depresión es heredado, y dos tercios es ambiental”(38).

3.6.1.3. Factores psicosociales

La depresión está asociada a múltiples factores de riesgo sociales como la separación matrimonial, la situación socioeconómica, la inestabilidad laboral y la vida aislada. La literatura sugiere que la clase social, la cultura y la raza no están claramente relacionadas con la depresión. El papel del Estado es fundamental para contribuir al bienestar social y psicológico de la población. La curación de

los pacientes debe ser integral y global y no exclusiva de un tratamiento médico. El consumo de alcohol es un factor de riesgo importante para la depresión y el suicidio, y se estimula en lugar de prevenirse y tratarse (39).

3.6.2. FACTORES DE RIESGO

La salud mental y física están intrínsecamente ligadas y su interacción puede tener un impacto significativo en la salud general. Los trastornos mentales pueden aumentar el riesgo de enfermedades físicas y psicológicas. Además, factores como la desestructuración familiar, la pobreza extrema, la incidencia de embarazo adolescente y otros factores pueden contribuir a la aparición de trastornos mentales. Un estudio reciente ha demostrado la fuerte influencia de la desestructuración familiar en la aparición de enfermedades psiquiátricas (40).

3.6.3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La depresión es un trastorno que afecta el estado de ánimo, y se caracteriza por síntomas como tristeza, apatía, irritabilidad, alteraciones del sueño, apetito y peso, fatiga, dificultad de concentración, sentimientos de culpa y pensamientos de muerte. Casi un cuarto de la población general sufre un episodio de depresión a lo largo de su vida. La depresión se diagnostica y trata incorrectamente en muchos casos. El médico debe valorar el riesgo de suicidio y referir al paciente a un especialista si es necesario. La presencia de ansiedad o agitación aumenta el riesgo de suicidio (41).

El trastorno depresivo persistente consiste en síntomas depresivos constantes y crónicos (al menos 2 años). A veces se confunde con la depresión mayor y puede haber "depresión doble". La frecuencia es mayor en mujeres y aumenta con la edad. La causa es genética y psicosocial, los acontecimientos estresantes intensos pueden desencadenarlos. La duración de un episodio puede variar de meses a años. La recurrencia es común y el número de episodios previos es un

factor de riesgo. La sintomatología psicótica puede avanzar en una minoría. El trastorno afectivo estacional es más frecuente en mujeres y puede mejorar con la luz (24).

3.6.4. DIAGNÓSTICO

La detección de la depresión puede ser difícil debido a la combinación de síntomas. Se han creado herramientas de tamizaje, como el PHQ-9 y la escala de depresión. Una vez que se tiene un resultado positivo en un tamizaje, se utiliza el DSM-5 para el diagnóstico de distintos trastornos depresivos. Otras alternativas incluyen la CIE-10. La correcta aplicación de los criterios ayuda a evitar errores diagnósticos (42).

Tabla 6. Criterios DSM-5 para el diagnóstico del TDM.

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o

disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica
Nota: Los Criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor. Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se

debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.
Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maniaco o hipomaniaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría. 2016. DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. España: Editorial Médica Panamericana (33).

3.6.5. DEPRESIÓN ASOCIADA A ENFERMEDADES MÉDICAS

La depresión puede estar relacionada con enfermedades orgánicas como enfermedades cardíacas, cáncer, diabetes mellitus, hipotiroidismo, infección por VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) y hepatitis C, y trastornos crónicos. La prevalencia de la depresión en estos pacientes varía y está influenciada por factores psicológicos, sociales y médicos. Algunos medicamentos pueden causar depresión. El tratamiento de la depresión puede ser complicado por los efectos secundarios de los medicamentos en la enfermedad subyacente (24).

3.6.6. EPIDEMIOLOGÍA

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), clasifica a al TMD como la undécima causa de discapacidad y mortalidad en el mundo, entre 291 enfermedades y lesiones.

El trastorno depresivo es uno de los más trastornos mentales prevalentes en todo el mundo, así como uno de los más incapacitantes (43).

3.6.7. IMPACTO DE LA DEPRESIÓN EN LA SALUD PÚBLICA

La OMS reporta un aumento en la incidencia de trastornos mentales como la depresión y la ansiedad en todo el mundo. La depresión es una de las principales causas de discapacidad, y su impacto en la vida cotidiana, incluyendo el trabajo y las actividades sociales, es significativo. La depresión está asociada con enfermedades crónico-degenerativas y aumenta la ausencia laboral. La incidencia de depresión es más alta en mujeres y más baja en adultos no hispanos y asiáticos, y los factores que desencadenan la depresión pueden variar entre hombres y mujeres (44).

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Bolivia reportó su primer caso de COVID-19 en marzo de 2020 y declaró un estado de emergencia sanitaria ante la propagación del virus (15). Esto generó miedo, estrés e incertidumbre en la población, lo que requiere intervenciones psicológicas para reducir su impacto.

Bolivia, como la mayoría de los países latinoamericanos, enfrenta problemas sociales estructurales como la alta informalidad del trabajo, altos niveles de pobreza y desigualdad, y sistemas fragmentados y deficitarios de protección social. A los problemas económicos y sociales se suman la debilidad institucional y la situación política compleja que dificulta la coordinación entre los distintos niveles gubernamentales, partidos políticos, poderes del Estado (ejecutivo, legislativo y judicial) y entre el sector público y los actores económicos nacionales (4).

La pandemia de COVID-19 afectó tanto a nivel mundial como local en Bolivia, impactando negativamente en la salud y vida social y económica de la población. Esto se reflejó en la salud mental, con altos niveles de depresión, ansiedad y estrés entre quienes contrajeron el virus (45). Además, aumentó el consumo de alcohol, trastornos alimentarios y la incertidumbre sobre el futuro. Algunos experimentaron pérdida de seres queridos y factores estresantes laborales, lo que contribuyó a trastornos emocionales. La necesidad de atención de salud mental a corto plazo podría aumentar debido a ansiedad, depresión, insomnio u otros problemas sociales (3).

El exceso de información y los rumores infundados relacionados con la COVID-19 pueden generar una sensación de incertidumbre y control en las personas, lo

que aumenta el riesgo de problemas de salud mental como el estrés, la ansiedad, el miedo, la tristeza y la soledad. Además, estos factores pueden agravar los trastornos de salud mental previos (46). Por esta razón, es importante profundizar en el conocimiento sobre cómo la pandemia afecta la salud mental, no solo en la población general, sino también en grupos más vulnerables a la sintomatología psicológica relacionada con el estrés producido por la COVID-19.

La OMS afirma que hay un gran número de personas expuestas a factores estresantes y que esta exposición es un factor de riesgo para problemas de salud mental. Circunstancias personales, como la edad y un trabajo precario, aumentan el riesgo psicosocial durante la pandemia. Durante la pandemia de COVID-19, existen grupos vulnerables que están en mayor riesgo de sufrir problemas de salud mental. Estos incluyen personas dependientes de sustancias adictivas, sin hogar, solitarias, sin acceso a tecnología, viviendo en entornos de riesgo, niños y adultos dependientes, trabajadores con incertidumbre laboral y sin recursos económicos (5).

V. HIPÓTESIS

Ho: No existe una relación significativa entre haber sido afectado por la COVID-19 y tener mayores niveles de ansiedad y depresión en la población de la Ciudad de La Paz en la gestión 2021 en comparación con aquellos que no han sido afectados por la COVID-19.

Ha: Existe una relación significativa entre haber sido afectado por la COVID-19 y tener mayores niveles de ansiedad y depresión en la población de la Ciudad de La Paz en la gestión 2021 en comparación con aquellos que no han sido afectados por la COVID-19.

VI. OBJETIVOS

6.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer el nivel de ansiedad y depresión como efecto de la COVID - 19 en la población de la Ciudad de La Paz, Gestión 2021.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

6.2.1. Relacionar ansiedad, así como depresión con variables sociodemográficas (edad, sexo, ocupación, estado de salud percibida, grupo etario).

6.2.2. Describir la prevalencia de Covid-19 en proporción a la valoración de ansiedad y depresión.

6.2.3. Evaluar el efecto de ansiedad y depresión en las personas que han experimentado la pérdida de un familiar a causa de la pandemia de COVID-19.

VII. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio cuantitativo, ya que centra su atención en los datos, cuyos resultados se pueden expresar de manera numérica: en frecuencias y porcentajes, pues a partir del análisis de estos datos, se continuo con el estudio descriptivo puntualizando las características de la población de estudio; estudiando las variables recopiladas en un periodo de tiempo sobre la muestra, por ello este estudio fue de corte transversal para un diseño observacional de Ansiedad, así como Depresión en la población de las 5 Redes de Salud de la Ciudad de La Paz, para así obtener una información estadística valiosa.

7.1. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Población del área de las 5 Redes urbanas de Salud de la Ciudad de La Paz, con una población total de 642.323 habitantes y con una muestra de 645 participantes los mismos aplicaron una encuesta administrada y controlada físicamente durante seis meses.

7.2. MUESTRA

Considerando una población total de 642.323 comprendidas en edades de 20 a 70 años habitantes de las 5 Redes de salud de la Ciudad de La Paz, datos de Redes y Municipios SEDES La Paz - 2021; independiente de la categoría o función laboral asumimos como universo para el cálculo del tamaño de la muestra para una población finita.

7.3. TAMAÑO MUESTRAL PARA UNA POBLACIÓN FINITA

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

Formula de tamaño muestral para una proporción en una población finita o conocida.

Tamaño de la población	N	642.323
Error Alfa	A	0,05
Nivel de Confianza	1-α	0,95
Z de (1-α)	Z (1-α)	1,96
Prevalencia de la Enfermedad	P	0,40
Complemento de p	Q	0,60
Precisión	D	0,04
Tamaño de la muestra	N	577,14
POTENCIA	10%	67,86
TOTAL, DE LA MUESTRA	645	

7.3. TIPO DE MUESTRA

Se trata de una muestra de tipo incidental no probabilístico, con una población que tenga la misma probabilidad de ser seleccionada, aplicada en un plazo determinado y hasta llegar al tamaño muestral estimado.

Las muestras son obtenidas de las 5 Redes de salud de la Ciudad de La Paz.

7.4. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

7.4.1. Validación de instrumento

Como en cualquier proceso de elaboración y validación de instrumentos de recolección de información, El instrumento aplicado fue propuesto, elaborado y validado por el Instituto de Investigación en Salud y Desarrollo (IINSAD), por ello el primer paso que se hizo para usar el cuestionario fue solicitar una autorización para el uso del cuestionario al IINSAD.

7.4.2. Encuesta estructurada

Trabajo de campo para: Entrevistas en profundidad con la composición de ítems que cumplen la consigna de tener la forma más breve posible para evitar un exceso de tiempo o confusión al encuestado. Asimismo, la formulación de todas las preguntas reúne las siguientes características de cada ítem:

- 1) Es claro, preciso y comprensible.
- 2) Se refiere a un solo aspecto.
- 3) Utiliza un lenguaje simple y directo.
- 4) Evita la formulación en negativo y se tiene en cuenta reformular aquellas cuestiones que pudiesen ser incómodas, amenazantes o que enjuiciaran al encuestado.

Además, el instrumento compone de un *“Cuestionario de escala de ansiedad GAD-7”* y *“Cuestionario de escala de la depresión (PHQ-8) del SMRC”, de uso libre, modificado por el Dr. Carlos Tamayo Caballero.* La encuesta será administrada a habitantes residentes del área de la Ciudad de La Paz.

7.4.3. Características del instrumento

En este apartado se muestra la descripción del instrumento, destacando el tipo de preguntas elaboradas y sus características en función de la siguiente clasificación: numéricas, cerradas dicotómicas o cerradas de múltiple alternativa.

Se tiene en cuenta el orden de los ítems de manera que en el primer bloque de preguntas se sitúan los de identificación para buscar la concentración del encuestado para responder al cuestionario y posteriormente cuestionario Likert ansiedad y depresión, tal y como puede observarse en la tabla 7 y tabla 8.

Tabla 7. Cuestionario de Ansiedad GAD-7

Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado
No ha podido dejar de preocuparse
Se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas
Ha tenido dificultad para relajarse
Se ha sentido tan intranquilo que no podía estar quieto
Se ha irritado o enfadado con facilidad
Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible

Fuente: Escala de trastorno de ansiedad generalizada de 7 ítems (GAD-7) (6, 47, 48).

Tabla 8. Cuestionario de Depresión PHQ-8

Tener poco interés o placer en hacer las cosas
Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza
Con problemas en dormirse o en mantenerse dormido/a, o en dormir demasiado
Sentirse cansado/a o tener poca energía
Tener poco apetito o comer en exceso
Sentir falta de amor propio o que sea un fracaso o que decepcionara a sí mismo/a o a su familia
Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar la televisión
Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta-o de lo contrario, está tan agitado/a o inquieto/a que se mueve mucho más de lo acostumbrado

Fuente: Cuestionario de Salud del Paciente de 8 Ítems (PHQ-8), modificado por el Dr. Carlos Tamayo Caballero (6).

Tabla 9. Valor de las Respuestas de las escalas tipo Likert GAD-7 y PHQ-8

0 días	0
menos de 7 días	1
más de 7 días	2
15 días	3

Fuente: PHQ-8 Cuestionario de Salud del Paciente-8 y GAD-7 Ansiedad General Trastorno-7

7.4.4. Proceso de levantamiento de datos y análisis

Una vez que se han especificado los requisitos para la recolección de datos en el instrumento de medición. Como en todo proceso de investigación se tiene que organizar en forma lógica y sistemática el proceso de levantamiento de datos y análisis. Para el presente estudio se hizo uso del software SPSS versión 26. Donde los datos obtenidos por el instrumento, fueron codificados, es decir; del proceso de convertir datos en códigos, generalmente números y letras, en la idea de poder utilizar y facilitar alguna fórmula estadística. Concluida la aplicación del instrumento se consolidaron resultados, calculados y presentados en gráficos y tablas.

7.4.5. Fiabilidad coeficiente Alfa de Cronbach

Valorado el instrumento en sus 15 reactivos prueba de escala con Alfa de Cronbach, cuyo valor de fiabilidad es de 0.935.

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left(\frac{\sum_{i=1}^K \sigma_{Y_i}^2}{\sigma_X^2} \right)$$

Donde:

0 = nula confiabilidad

1 = máxima confiabilidad

>0,75 = es aceptable

>0,90= es elevada

7.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADORES	VALOR FINAL	TIPO DE VARIABLE
Edad	Edad	En años	Cuantitativa discreta
Sexo	Sexo	Femenino Masculino	Cualitativa Nominal
Grupo etario	5 criterios	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mayores de 60 de años 2. 51 a 60 años 3. 41 a 50 años 4. 31 a 40 años 5. 18 a 30 años 	Cualitativa Nominal
Ocupación	12 criterios	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jurídica 2. Financiera 3. Oficina 4. Mantenimiento 5. Ingeniería 6. Labores de casa 7. Comercio 8. Social 9. Docencia 10. Desocupado 11. Salud 12. Estudiante 	Cualitativa Nominal

VARIABLES	INDICADORES	VALOR FINAL	TIPO DE VARIABLE
Ansiedad	7 criterios	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado 2. No ha podido dejar de preocuparse 3. Se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas 4. Ha tenido dificultad para relajarse 5. Se ha sentido tan intranquilo que no podía estar quieto 6. Se ha irritado o enfadado con facilidad 7. Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible 	Cualitativa ordinal
Depresión	8 criterios	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tener poco interés o placer en hacer las cosas. 2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a. 3. Con problemas en dormirse o en mantenerse dormido/a, o en dormir demasiado 4. Sentirse cansado/a. 5. Tener poco apetito o comer en exceso 6. Sentir falta de amor propio o que sea un fracaso. 7. Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico. 	Cualitativa ordinal

VARIABLES	INDICADORES	VALOR FINAL	TIPO DE VARIABLE
		1. Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta-o de lo contrario, está tan agitado/a o inquieto/a que se mueve mucho más de lo acostumbrado	
Niveles de Ansiedad	3 criterios	1. Ansiedad leve 2. Ansiedad moderada 3. Ansiedad grave	Cualitativa nominal
Niveles de Depresión	4 criterios	1. Síntoma Leve 2. Depresión leve 3. Depresión moderada 4. Depresión grave	
Presencia de COVID 19	2 criterios	1. Si curso COVID 19 2. No curso COVID 19	Cualitativa nominal
Familiar fallecido por COVID 19	2 criterios	1. Si curso COVID 19 2. No curso COVID 19	Cualitativa nominal
Trastorno de Ansiedad previo	2 criterios	1. Si curso COVID 19 2. No curso COVID 19	Cualitativa nominal
Diagnostico psiquiátrico previo	2 criterios	1. Si curso COVID 19 2. No curso COVID 19	Cualitativa nominal
Presencia de enfermedad de base	2 criterios	1. Si curso COVID 19 2. No curso COVID 19	Cualitativa nominal

VIII. RESULTADOS

Se administra 645 “Cuestionarios de escala de Ansiedad (GAD-7) y escala de depresión (PHQ-8) del SMRC” datos que son manejados en el software SPSS versión 26 para el análisis y elaboración de resultados.

Valorado el instrumento en sus 15 reactivos prueba de escala con Alfa de Cronbach, cuyo valor de fiabilidad es de 0.935.

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left(\frac{\sum_{i=1}^K \sigma_{Y_i}^2}{\sigma_X^2} \right)$$

Tabla 10: Indicadores Descriptivos de la muestra por Edad en la Ciudad de La Paz 2021

Frecuencia	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Mediana
645	50	20	70	37,05	35

Moda	Desv. Tip.	Varianza	Asimetría	Curtosis
33	11.74	137.83	0.78	0.1

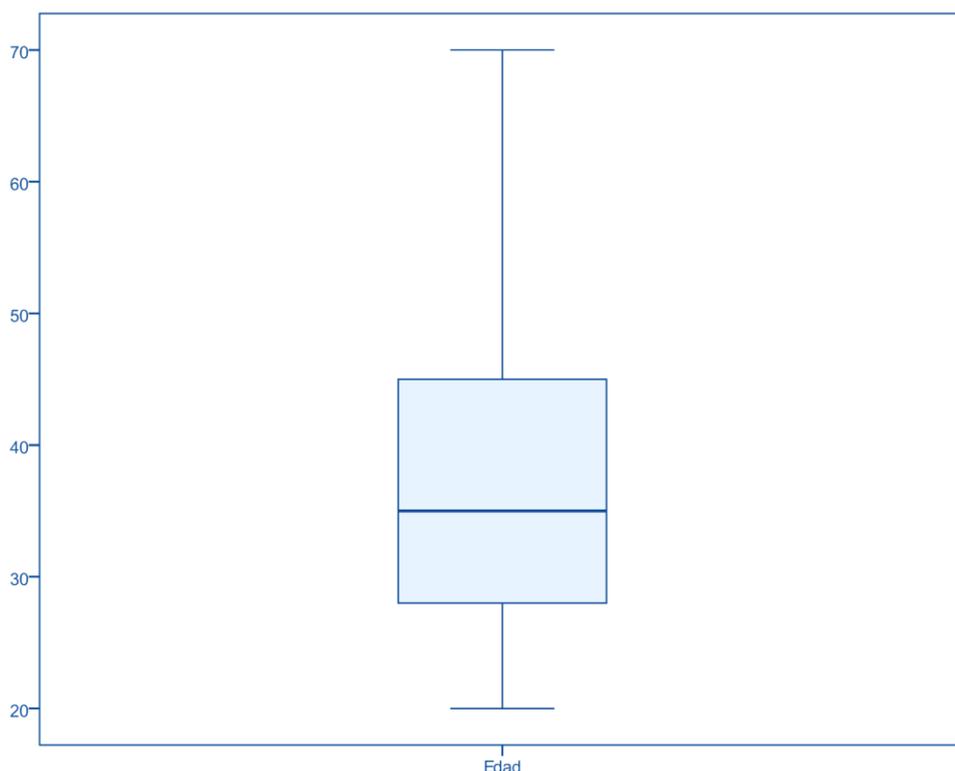
IC para la media al 95% Límite Inferior	IC para la media al 95% Limite Superior	Media recortada al 5%	Amplitud Intercuartil	Error Tip.
645	50	20	17	0,462

Fuente: Cuestionario para identificar la autopercepción personal del estado de salud como respuesta a la pandemia de la COVID-19. Universidad Mayor de San Andrés. Facultad de Medicina, Nutrición, Enfermería y Tecnología Médica. Instituto de Investigaciones en Salud y Desarrollo - IINSAD. Unidad de Postgrado - Maestría en Salud Pública Mención Gerencia en Salud.

En el estudio se registró una diferencia máxima de 50 años de edad entre los valores mínimo y máximo. La edad promedio de la población de estudio fue de

35 años, con el 50% de la población teniendo una edad igual o menor a 35 años y el otro 50% con una edad mayor. La edad más frecuente registrada fue 33 años. La dispersión promedio de los datos con respecto a la media muestral fue de 11,74 años, con una varianza de 137,83 y una asimetría leptocúrtica de 0,78.

Gráfico 1: Edad en la población de la Ciudad de La Paz – 2021

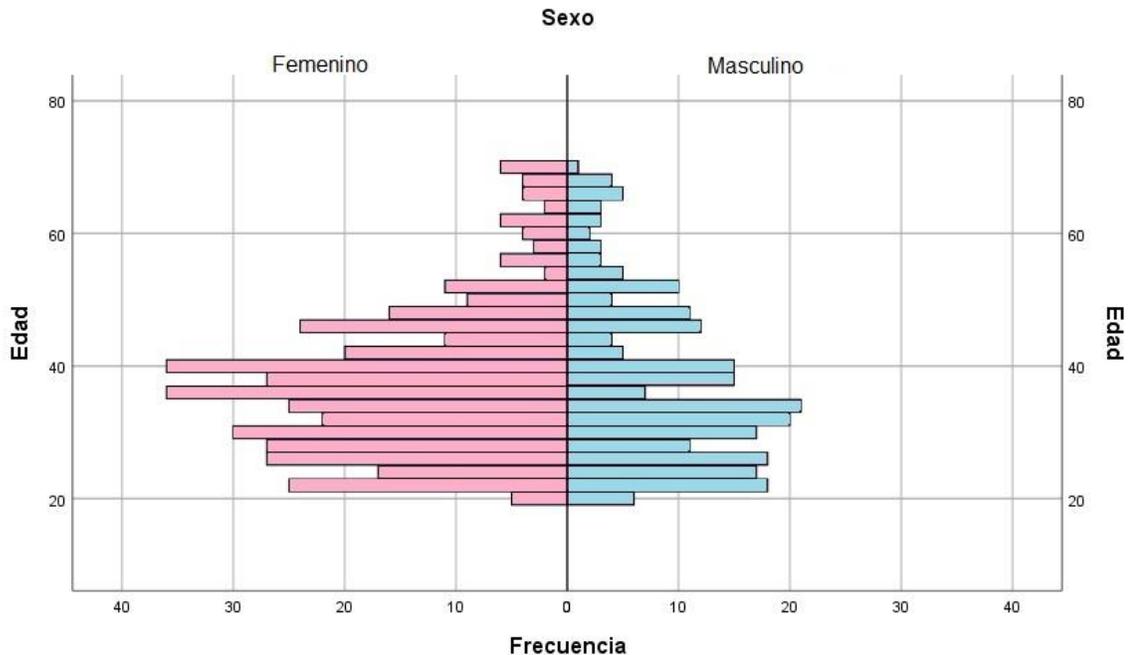


Fuente: Cuestionario para identificar la autopercepción personal del estado de salud como respuesta a la pandemia de la COVID-19. Universidad Mayor de San Andrés. Facultad de Medicina, Nutrición, Enfermería y Tecnología Médica. Instituto de Investigaciones en Salud y Desarrollo - IINSAD. Unidad de Postgrado - Maestría en Salud Pública Mención Gerencia en Salud.

Como objeto de estudio se tiene la edad que va desde los 20 hasta los 70 años. El mayor porcentaje de participación en el estudio se encuentra en la edad de 28 a 45 años. La edad promedio de la población estudiada es 35 años, la mitad de la población tiene 35 años o menos y la otra mitad tiene más de 35 años. La edad

más común es 33 años. El conjunto de datos presenta una asimetría leptocúrtica de 0,78.

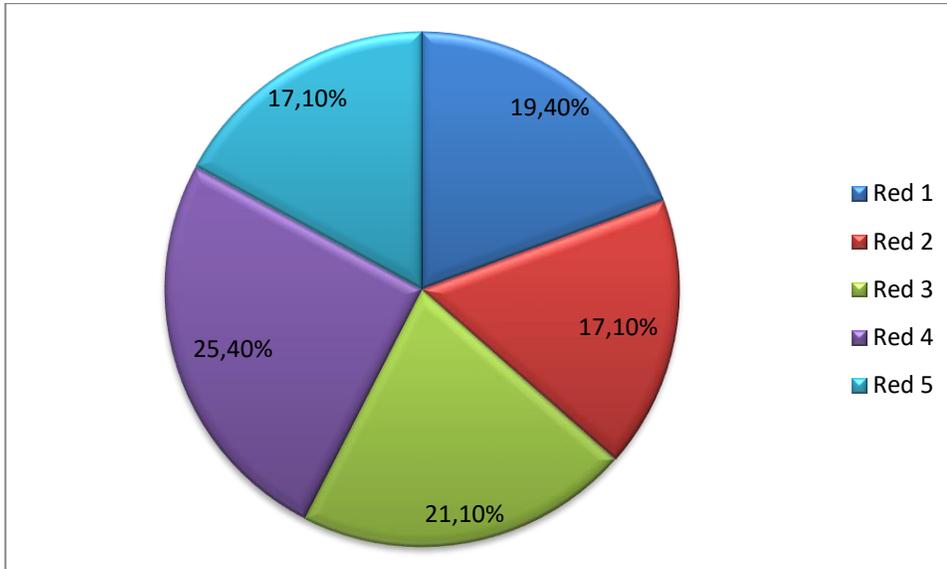
Gráfico 2: Distribución de la muestra por edad según sexo en la población de la Ciudad de La Paz – 2021



Fuente: Cuestionario para identificar la autopercepción personal del estado de salud como respuesta a la pandemia de la COVID-19. Universidad Mayor de San Andrés. Facultad de Medicina, Nutrición, Enfermería y Tecnología Médica. Instituto de Investigaciones en Salud y Desarrollo - IINSAD. Unidad de Postgrado - Maestría en Salud Pública Mención Gerencia en Salud.

El estudio de la distribución de género en las cinco redes de la Ciudad de La Paz muestra una prevalencia del sexo femenino. Entre los menores de 30 años, 36,3% son hombres y 32,3% son mujeres. De 31 a 40 años, 36% son mujeres y 32,5% son hombres. De 41 a 50 años, 19,8% son mujeres y 15% son hombres. De 51 a 60 años, 9,6% son hombres y 6,4% son mujeres. Y en las personas mayores de 60 años, 6,7% son hombres y 5,4% son mujeres.

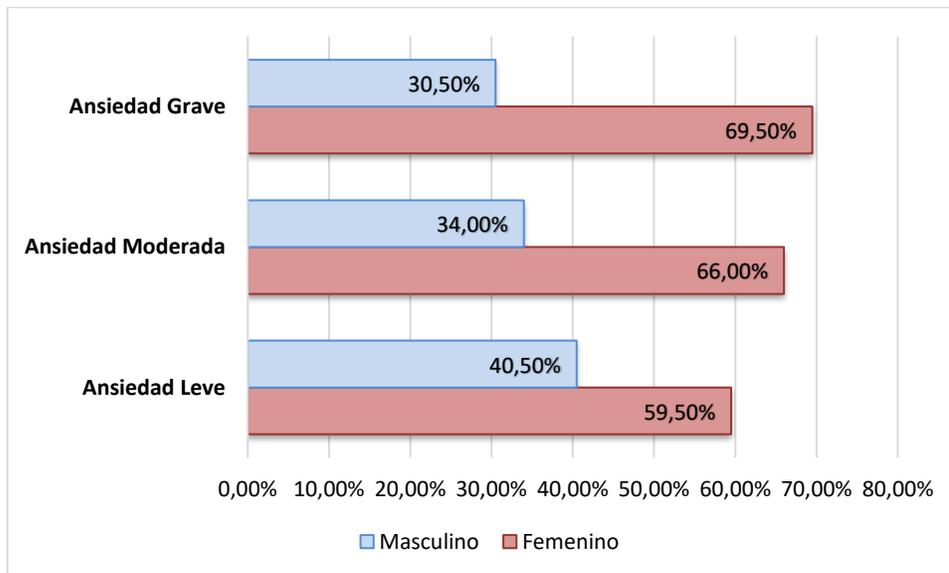
Gráfico 3: Distribución de la muestra por las 5 Redes De Salud de la Ciudad de La Paz.



Fuente: Cuestionario para identificar la autopercepción personal del estado de salud como respuesta a la pandemia de la COVID-19. Universidad Mayor de San Andrés. Facultad de Medicina, Nutrición, Enfermería y Tecnología Médica. Instituto de Investigaciones en Salud y Desarrollo - IINSAD. Unidad de Postgrado - Maestría en Salud Pública Mención Gerencia en Salud.

El estudio muestra que la Red 4 Este - San Antonio es la más numerosa con un 25,4% de la población estudiada, seguida de cerca por la Red 3 Norte Central - Periférica Centro con un 21,1%. Las otras redes Red 1 Sur Oeste - Cotahuma, Red 2 Nor Oeste - Max Paredes y Red 5 Sur tienen un porcentaje similar de 19,4%, 17,1% respectivamente. En el gráfico se puede ver la participación equilibrada en términos de número y porcentaje de las cinco redes de salud en La Paz.

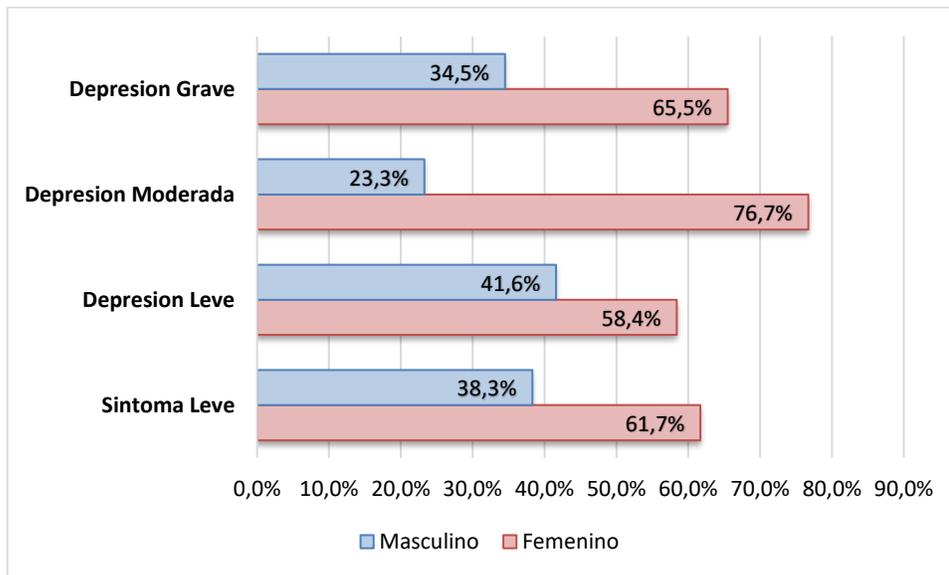
Gráfico 4. Niveles de Ansiedad según sexo en la población de la Ciudad de La Paz – 2021



Fuente: Cuestionario de escala Ansiedad (GAD-7) y depresión (PHQ-8) del SMRC

En el estudio realizado, se encontró que el 69,5% de la población femenina presentó ansiedad grave, mientras que solo el 30,5% de la población masculina presentó una ansiedad similar. Además, un 66% de las mujeres presentaron ansiedad moderada, en comparación con un 34% de los hombres. Por otro lado, se identificó que el 59,5% de las mujeres presentaron ansiedad leve, mientras que solo el 40,5% de los hombres presentaron una ansiedad similar.

Gráfico 5. Niveles de Depresión según sexo en la población de la Ciudad de La Paz – 2021



Fuente: Cuestionario de escala Ansiedad (GAD-7) y depresión (PHQ-8) del SMRC

En el estudio, se identifica un mayor porcentaje de depresión grave en el sexo femenino con un 65,5%, seguido de una presencia significativa de depresión moderada en el 76,7% del sexo femenino. Mientras que en el sexo masculino se registra un porcentaje menor de depresión grave con un 34,5% y moderada con un 23,3%.

En cuanto a la depresión leve, se observa una frecuencia mayor en el sexo femenino con un 58,4% en comparación con el sexo masculino con un 41,6%. Además, se identifica un síntoma leve de depresión en un 61,7% del sexo femenino y en un 38,3% del sexo masculino.

Tabla 11: Niveles de Ansiedad y presencia de Enfermedad de base en la población de la Ciudad de La Paz – 2021

Niveles de Ansiedad		Ansiedad Leve		Ansiedad moderada		Ansiedad Grave		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
Presencia de enfermedad de Base	si	94	23.5%	30	31.9%	53	35.1%	177	27.4%
	no	306	76.5%	64	68.1%	98	64.9%	468	72.6%
	Total	400	100%	94	100%	151	100%	645	100%

Fuente: Cuestionario de escala Ansiedad (GAD-7) y depresión (PHQ-8) del SMRC

El estudio indica en quienes tuvieron enfermedad de base previo a la pandemia por COVID-19 ansiedad leve 23,5%, ansiedad moderada 31,9% ansiedad grave 35,1% a diferencia de quienes no tuvieron enfermedad de base ansiedad leve 76,5%, ansiedad moderada 68,1% ansiedad grave 64,9%. Se tiene mayor porcentaje de ansiedad grave en quienes tuvieron enfermedad de base previo a la pandemia por COVID-19 35,1% a diferencia de ansiedad leve 23,5% y presencia de ansiedad moderada 31,9%.

Tabla 12: Niveles de Depresión ante la presencia de Enfermedad de base en la población de la Ciudad de La Paz – 2021

Niveles de Depresión		Síntoma Leve		Depresión Leve		Depresión Moderada		Depresión Grave		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Presencia de enfermedad de Base	si	110	23.6%	36	40.4%	19	31.7%	12	41.4%	177	27.4%
	no	357	76.4%	53	59.6%	41	68.3%	17	58.6%	468	72.6%
	Total	467	100%	89	100%	60	100%	29	100%	645	100%

Fuente: Cuestionario de escala Ansiedad (GAD-7) y depresión (PHQ-8) del SMRC

El estudio indica que las personas con enfermedades previas a la pandemia por COVID-19 experimentan una tasa más alta de depresión grave, con un 41,4%, en comparación con un síntoma leve de depresión 23,6%. Por otro lado, aquellos sin enfermedades previas presentan una tasa mayor de síntomas leves de depresión 76,4% y una tasa menor de depresión grave 58,6%. Además, se observa una presencia significativa de depresión moderada en ambos grupos.

Tabla 13: Niveles de Ansiedad en población con diagnósticos de trastornos psiquiátricos previo a la epidemia por Covid-19 en la población de la Ciudad de La Paz – 2021

Niveles de ansiedad		Ansiedad Leve		Ansiedad moderada		Ansiedad Grave		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
Previo Diagnóstico Psiquiátrico	si	50	12.5%	32	34%	56	37.1%	138	21.4%
	no	350	87.5%	62	66%	95	62.9%	507	78.6%
	Total	400	100%	94	100%	151	100%	645	100%

Fuente: Cuestionario de escala Ansiedad (GAD-7) y depresión (PHQ-8) del SMRC

El estudio muestra que los individuos que informaron haber tenido diagnósticos previos de trastornos psiquiátricos antes de la pandemia de COVID-19 presentan un 12,5% de ansiedad leve, un 34% de ansiedad moderada y un 37,1% de ansiedad grave. Por otro lado, aquellos sin estos diagnósticos previos reportan un 87,5% de ansiedad leve, un 66% de ansiedad moderada y un 62,9% de ansiedad grave. Se observa una mayor proporción de ansiedad grave en los primeros, con un 37,1% en comparación al 12,5% de ansiedad leve y el 34% de ansiedad moderada.

Tabla 14: Niveles de Depresión de diagnósticos de algunos de los siguientes trastornos psiquiátricos previo a la epidemia por Covid-19 en la población de la Ciudad de La Paz – 2021

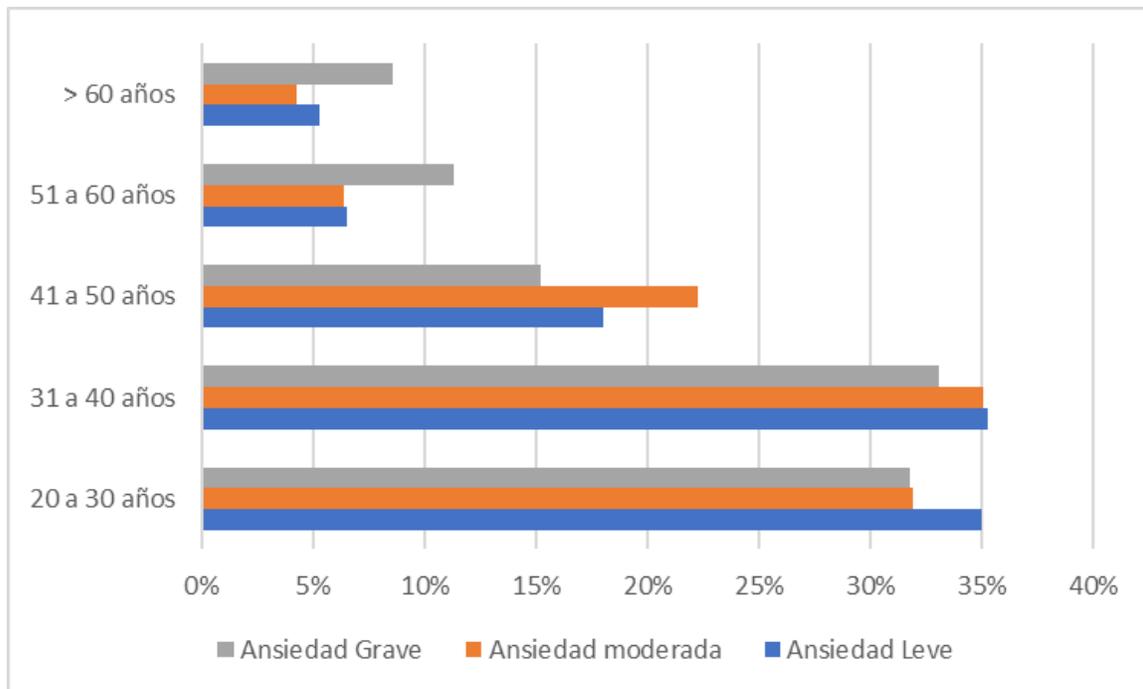
Niveles de Depresión		Síntoma Leve		Depresión Leve		Depresión Moderada		Depresión Grave		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Diagnóstico	si	78	16,7%	29	32,6%	24	40%	7	24,1%	138	21,4%
Psiquiátrico	no	389	83,3%	60	67,4%	36	60%	22	75,9%	507	78,6%
previo	Total	467	100%	89	100%	60	100%	29	100%	645	100%

Fuente: Cuestionario de escala Ansiedad (GAD-7) y depresión (PHQ-8) del SMRC

El estudio muestra que aquellos que informan haber tenido diagnósticos previos de trastornos psiquiátricos antes de la pandemia de COVID-19 experimentaron niveles de síntoma leve de depresión en un 16,7%, depresión leve en un 32,6%, depresión moderada en un 40% y depresión grave en un 24,1%. En contraste, aquellos sin diagnósticos previos de trastornos psiquiátricos presentaron un 83,3% de síntomas leves de depresión, un 67,4% de depresión leve, un 60% de depresión moderada y un 75,9% de depresión grave.

El estudio indica que hay un mayor porcentaje de depresión moderada en quienes tenían diagnósticos previos de trastornos psiquiátricos antes de la pandemia de COVID-19, con un 40%, en comparación con los niveles de síntoma leve de depresión del 16,7% y los niveles de depresión leve del 32,6%, así como con los niveles de depresión grave del 24,1%.

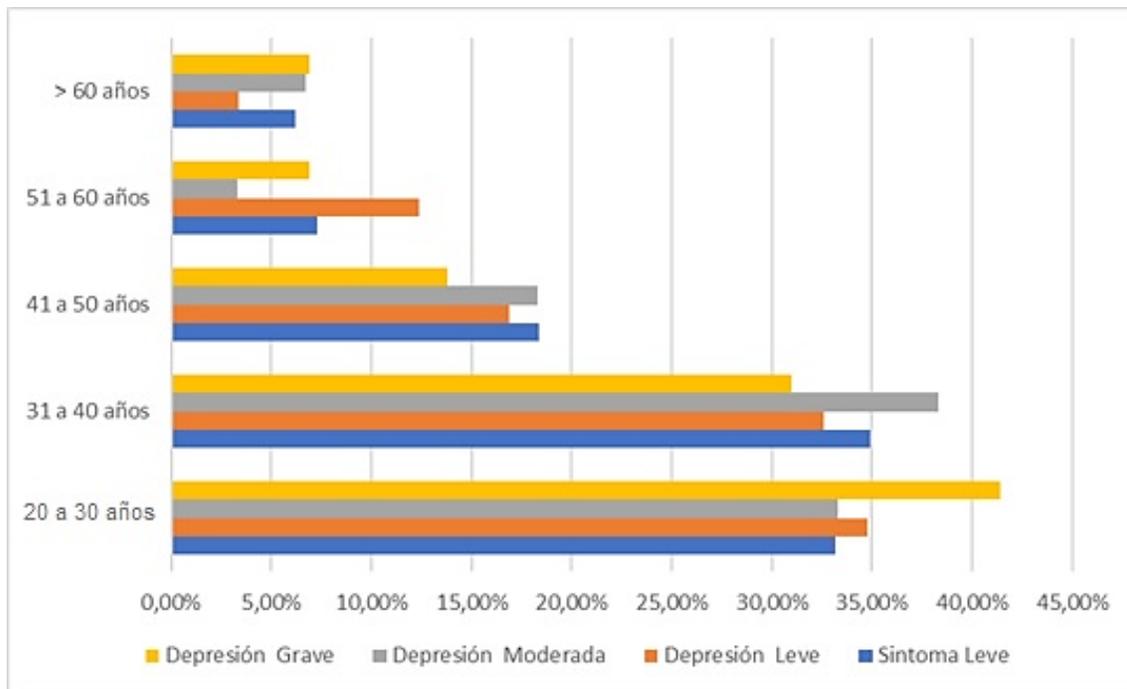
Gráfico 6: Distribución de la muestra por Niveles de ansiedad y grupo etario en la población de la Ciudad de La Paz – 2021



Fuente: Cuestionario de escala Ansiedad (GAD-7) y depresión (PHQ-8) del SMRC

El estudio muestra que las personas entre las edades de 20 a 40 años presentan mayores porcentajes de ansiedad grave, con un promedio del 21,6% para la edad de 20 a 30 años y 22,1% para la edad de 31 a 40 años. En cambio, la ansiedad moderada se mantiene en un promedio del 14,3% para ambos grupos de edad. Por otro lado, la ansiedad leve se encuentra en un promedio del 63,8% para la edad de 20 a 30 años y 62,8% para la edad de 31 a 40 años. A medida que aumenta la edad, los porcentajes de ansiedad grave también aumentan, mientras que los porcentajes de ansiedad moderada y leve disminuyen.

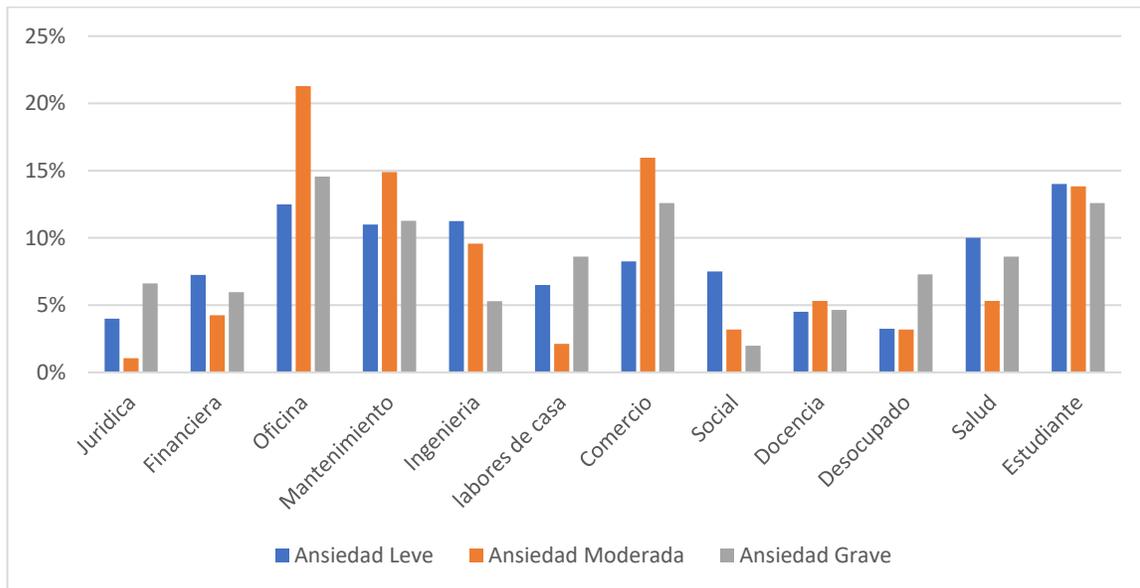
Gráfico 7: Distribución de la muestra por Niveles de Depresión y grupo etario en la población de la Ciudad de La Paz – 2021



Fuente: Cuestionario de escala Ansiedad (GAD-7) y depresión (PHQ-8) del SMRC

Los grupos etarios muestran una distribución de niveles de depresión: síntomas leves de depresión más altos en la edad de 20 a 30 años 71,1% y disminuyendo a medida que aumenta la edad hasta los mayores de 60 años 55,3%. Los síntomas de depresión leve son más comunes en la edad de 20 a 30 años 14,2% y disminuyen gradualmente a medida que aumenta la edad. La depresión moderada es más frecuente en la edad de 20 a 30 años 9,2% y disminuye en los mayores de 60 años 10,5%. Los niveles de depresión grave son más altos en la edad de 20 a 40 años 5,5%, seguidos de una cifra importante en la depresión moderada en el mismo rango de edad.

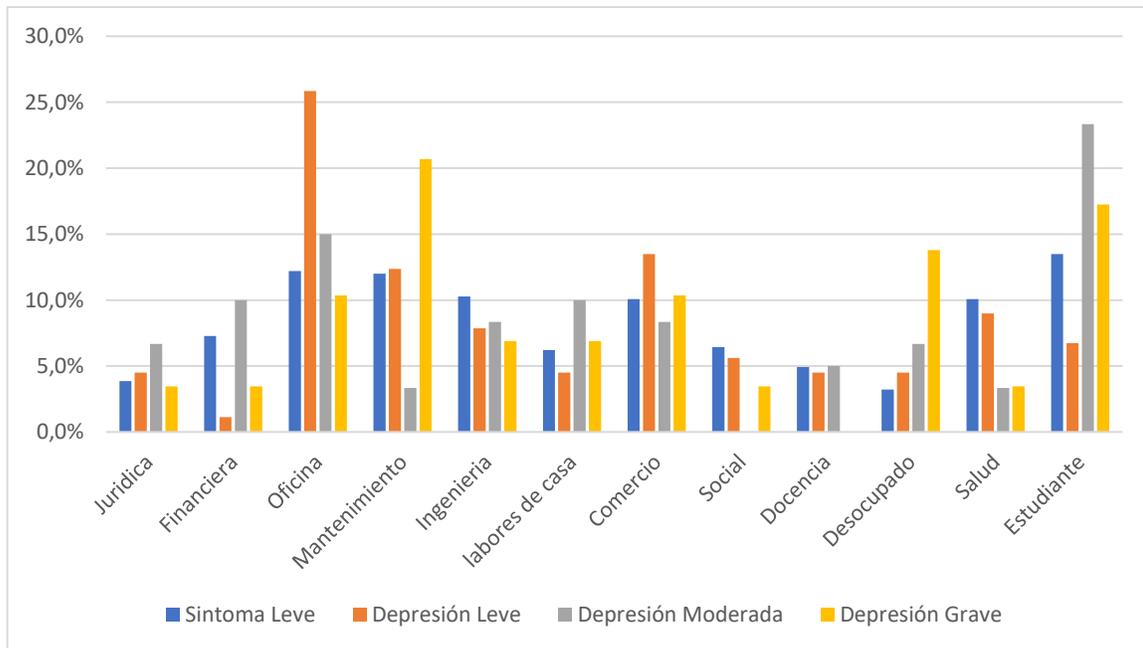
Gráfico 8: Niveles de Ansiedad acorde al área de labor en la población de la Ciudad de La Paz - 2021



Fuente: Cuestionario de escala Ansiedad (GAD-7) y depresión (PHQ-8) del SMRC

El estudio indica que el área de oficina presenta los mayores porcentajes de ansiedad moderada (21,3%) y grave (14,6%). El comercio también presenta un porcentaje alto de ansiedad moderada (16%) y grave (12,6%). El área de estudiantes presenta los terceros mayores porcentajes de ansiedad moderada (8,6%) y grave (12,6%). Mantenimiento también se encuentra entre las áreas con un mayor porcentaje de ansiedad moderada (14,9%) y grave (11,3%).

Gráfico 9: Niveles de Depresión acorde al área de labor en la población de la Ciudad de La Paz - 2021



Fuente: Cuestionario de escala Ansiedad (GAD-7) y depresión (PHQ-8) del SMRC

El resultado del estudio indica que la clasificación de síntoma leve en las áreas de labor varía desde un mínimo del 3,9% en el ámbito jurídico hasta un máximo del 13,5% en estudiantes. La depresión leve presenta un porcentaje más elevado en el ámbito de oficina (25,8%) y un porcentaje más bajo en la financiera (1,1%). La depresión moderada se encuentra con un porcentaje más elevado en la oficina (15%) y la depresión grave tiene su mayor incidencia en los estudiantes (17,2%).

Tabla 15: Distribución de niveles de Ansiedad en quienes cursaron COVID-19 en la población de la Ciudad de La Paz – 2021

Niveles de Ansiedad		Ansiedad Leve		Ansiedad moderada		Ansiedad Grave		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
Presencia de COVID-19	si	256	64%	61	64,9%	92	60,9%	409	63,4%
	no	144	36%	33	35,1%	59	39,1%	236	36,6%
	Total	400	100%	94	100%	151	100%	645	100%

Fuente: Cuestionario de escala Ansiedad (GAD-7) y depresión (PHQ-8) del SMRC

El estudio muestra que aquellos que han tenido COVID-19 experimentan un porcentaje más alto de ansiedad tanto en niveles leves como graves, con un 64% de ansiedad leve y un 60,9% de ansiedad grave. Por otro lado, las personas que no han tenido COVID-19 tienen un porcentaje más bajo de ansiedad con un 36% de ansiedad leve y un 39,1% de ansiedad grave.

Tabla 16: Distribución de niveles de Depresión en quienes cursaron COVID-19 en la población de la Ciudad de La Paz – 2021

Niveles de Depresión		Síntoma Leve		Depresión Leve		Depresión Moderada		Depresión Grave		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Presencia de COVID-19	si	294	63%	62	69,7%	34	56,7%	19	65,5%	409	63,4%
	no	173	37%	27	30,3%	26	43,3%	10	34,5%	236	36,6%
	Total	467	100%	89	100%	60	100%	29	100%	645	100%

Fuente: Cuestionario de escala Ansiedad (GAD-7) y depresión (PHQ-8) del SMRC

En el estudio se demuestra una mayor presencia de depresión en personas que han cursado COVID-19, con un porcentaje del 63% en síntomas leves, 69,7% en depresión leve, 56,7% en depresión moderada y 65,5% en depresión grave. En comparación, aquellos que no han cursado COVID-19 presentan un porcentaje menor de depresión, con un 37% en síntomas leves, 30,3% en depresión leve, 43,3% en depresión moderada y 34,5% en depresión grave. Los resultados indican una fuerte asociación entre COVID-19 y un aumento en la incidencia de depresión, especialmente en su forma grave.

Tabla 17: Niveles de Ansiedad ante un familiar fallecido debido a la Covid-19 en la población de la Ciudad de La Paz – 2021

Nivel de Ansiedad		Ansiedad Leve		Ansiedad moderada		Ansiedad Grave		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
Familiar fallecido por COVID-19	si	74	18.5%	26	27.7%	58	38.4%	158	24.5%
	no	326	81.5%	68	72.3%	93	61.6%	487	75.5%
	Total	400	100%	94	100%	151	100%	645	100%

Fuente: Cuestionario de escala Ansiedad (GAD-7) y depresión (PHQ-8) del SMRC

El estudio revela que los participantes con un familiar fallecido por COVID-19 presentan más altos niveles de ansiedad grave, con un 38,4% en comparación con el 18,5% de ansiedad leve. Por otro lado, aquellos sin un familiar fallecido tienen mayores porcentajes de ansiedad leve (81,5%) y menores porcentajes de ansiedad grave (61,6%).

Tabla 18: Niveles de Depresión ante un familiar fallecido debido a la Covid-19 en la población de la Ciudad de La Paz – 2021

Niveles de Depresión		Síntoma Leve		Depresión Leve		Depresión Moderada		Depresión Grave		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Familiar Fallecido por COVID-19	si	106	22.7%	19	21.3%	22	36.7%	11	37.9%	158	24.5%
	no	361	77.3%	70	78.7%	38	63.3%	18	62.1%	487	75.5%
	Total	467	100%	89	100%	60	100%	29	100%	645	100%

Fuente: Cuestionario de escala Ansiedad (GAD-7) y depresión (PHQ-8) del SMRC

El estudio muestra que los participantes con un familiar fallecido por COVID-19 experimentan una incidencia más elevada de depresión grave 37,9% en comparación con síntomas leves de depresión 22,7%. Por otro lado, los participantes sin un familiar fallecido tienen mayores porcentajes de síntomas leves de depresión 77,3% y menores porcentajes de depresión grave 62,1%.

IX. DISCUSIÓN

El estudio realizado en la ciudad de La Paz abarcó una población de edad comprendida entre 20 y 70 años y se basó en 645 encuestas, aplicadas a través de cuestionarios de escala de ansiedad (GAD-7) y depresión (PHQ-8) del SMRC.

El sexo femenino participó en mayor número en el estudio con un 63% en comparación con el 37% del sexo masculino. Se encontró una mayor presencia de mujeres en las edades menores de 31 años 32,3% y entre 31 y 40 años 36%, mientras que ambos sexos presentaron un porcentaje menor de participación en las edades mayores de 51 años. El estudio encontró una mayor incidencia de ansiedad y depresión en la población femenina, con un 69,5% de ansiedad grave y un 65,5% de depresión grave. La incidencia de ansiedad grave es mayor en aquellos con enfermedad de base previo a la pandemia de COVID-19, con un 35,1%. También se encontró una mayor incidencia de depresión moderada en aquellos con diagnósticos previos de trastornos psiquiátricos antes de la pandemia, con un 40%. Además, se observa una mayor proporción de ansiedad grave y depresión moderada en aquellos con enfermedades de base y diagnósticos previos de trastornos psiquiátricos antes de la pandemia, así como menciona Hazumi (8) “El curso de la depresión y la ansiedad fue más severo en los sobrevivientes de COVID-19 con antecedentes psiquiátricos que en aquellos sin antecedentes psiquiátricos”. Los mayores porcentajes de ansiedad grave se encuentran en las edades de 20 a 40 años 21,6% para 20 a 30 años, 22,1% para 31 a 40 años, mientras que los síntomas de depresión más leves se encuentran en la edad de 20 a 30 años 71,1%. Chacón (9) “En relación con el grado de afectación, el 90 % de la muestra presenta niveles de ansiedad y depresión entre moderados y muy severos, encontrando asociaciones en género y edad”. El estudio muestra que las áreas laborales tienen diferentes porcentajes de ansiedad y depresión, con el área de oficina presentando los mayores porcentajes de ansiedad moderada 21,3% y grave 14,6% y de depresión leve 25,8% y moderada 15%. El comercio también tiene un alto porcentaje de

ansiedad moderada 16% y grave 12,6%. Los estudiantes tienen un alto porcentaje de ansiedad moderada 8,6% y grave 12,6% y un alto porcentaje de depresión grave 17,2%. Mantenimiento también presenta un alto porcentaje de ansiedad moderada 14,9% y grave 11,3%. La clasificación de síntoma leve varía en las áreas laborales, con un mínimo del 3,9% en el ámbito jurídico y un máximo del 13,5% en estudiantes. La depresión leve es más baja en finanzas 1,1%.

El estudio Cuevas (46) indica “En el estudio encontraron un grado de síntomas de depresión, ansiedad y estrés severo y extremadamente severo en una proporción pequeña, reportándose la mayoría como normal”. El presente estudio indica que la ansiedad es del 64% en niveles leves y del 60,9% en niveles graves en personas que han tenido COVID-19, mientras que en aquellas que no han tenido la enfermedad, es del 36% en niveles leves y del 39,1% en niveles graves. La depresión también es más común en personas que han cursado COVID-19, con un porcentaje del 63% en síntomas leves, 69,7% en depresión leve, 56,7% en depresión moderada y 65,5% en depresión grave. En comparación, las personas que no han cursado COVID-19 tienen un porcentaje menor de depresión, con un 37% en síntomas leves, 30,3% en depresión leve, 43,3% en depresión moderada y 34,5% en depresión grave.

El estudio de Khubchandani (11) relata lo siguiente, “los familiares, amigos y parientes de los afectados por COVID-19 por infección, hospitalización o muerte sufren un mayor nivel de síntomas de ansiedad y depresión”, el estudio encontró datos similares donde los participantes con un familiar fallecido por COVID-19 tienen un 38,4% de ansiedad grave y un 22,7% de síntomas leves de depresión, en comparación con los participantes sin un familiar fallecido que tienen un 81,5% de ansiedad leve y un 77,3% de síntomas leves de depresión. Los resultados indican una mayor incidencia de ansiedad grave y depresión grave entre aquellos con un familiar fallecido por COVID-19.

X. CONCLUSIONES

El estudio realizado en La Paz proporciona evidencia importante sobre la prevalencia de ansiedad y depresión en la población de 20 a 70 años de edad durante la pandemia de COVID-19. Los resultados revelaron una mayor prevalencia de ansiedad y depresión en el género femenino y una edad promedio de 35 años con una mayor prevalencia en los niveles graves y moderados de ansiedad y depresión. Se observó que la Red 4 Este-San Antonio fue la más numerosa en el estudio, denotando una participación equilibrada en términos de número y porcentaje de las cinco redes de salud en La Paz. Además, se encontró que las personas con diagnósticos previos de trastornos psiquiátricos, aquellas con enfermedades de base previo a la pandemia de COVID-19 tienen mayores niveles de ansiedad y depresión. También se encontró que la ansiedad y depresión varía según el área de labor, se halló presencia de ansiedad moderada y grave más común en el área de oficina y comercio, mientras que la depresión leve tenía un porcentaje más alto en el área de oficina y la depresión moderada y grave tenían mayores incidencias en los estudiantes.

Los resultados del estudio indican que existe una relación significativa entre haber cursado o no la COVID-19 y presentar niveles elevados de ansiedad y depresión. Esto se debe, en parte, a que tanto las personas que han padecido la enfermedad como las que no, experimentan niveles similares de ansiedad y depresión debido a factores como el miedo a contagiarse o contagiar a familiares, la cuarentena prolongada, la exposición a información precisa e imprecisa sobre la COVID-19, entre otros. Por lo tanto, se puede concluir que la presencia de ansiedad y depresión es frecuente tanto en aquellos que han padecido la enfermedad como en aquellos que no.

Los resultados del estudio indican que tener un familiar fallecido por COVID-19 está asociado con mayores niveles de ansiedad grave y depresión grave en comparación con los participantes que no han sufrido una pérdida similar. Por otro lado, es interesante destacar que los participantes sin un familiar fallecido

también informaron síntomas de ansiedad y depresión, aunque en niveles menos graves. Esto sugiere que la pandemia de COVID-19 en sí misma puede estar teniendo un impacto generalizado en la salud mental de la población. Es posible que factores como el aislamiento social, la incertidumbre laboral y las preocupaciones sobre la salud puedan estar contribuyendo a la aparición de estos síntomas en un grado menor en la población general.

En conclusión, el estudio llevado a cabo en La Paz reveló que la pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto significativo en la salud mental de la población, con una mayor prevalencia de ansiedad y depresión. Por tanto, el estudio destaca la necesidad de continuar investigando.

XI. RECOMENDACIONES

Se debe continuar con estudios sobre la salud mental como efecto de la COVID-19. Todos los pacientes de COVID-19 deben beneficiarse de la salud mental y apoyo psicosocial de profesionales capacitados en salud mental proveedores, ya sea electrónicamente o en persona, en el médico debido a la alta prevalencia de depresión y ansiedad, como efecto de la COVID-19 (45).

En este sentido creemos importante detectar la ansiedad y depresión en todos los grupos de edad y conocer los determinantes sociales y de rol asociados a cada uno de ellos. Debemos poner atención en las personas de menor edad, ya que al continuar avanzando la pandemia pueden tener una sintomatología severa y afectar su vida diaria (46) Y en el futuro los estudios deberían hacer un seguimiento de la salud mental de los adultos jóvenes a lo largo de las olas posteriores del COVID-19 pandemia para comprender mejor si esta observación refleja una regresión a la media o una necesidad de mejorar el acceso a los servicios de salud mental para los jóvenes que están luchando recientemente con síntomas de depresión y ansiedad (49).

Nuestro estudio reveló porcentajes elevados de depresión y la ansiedad como efecto de la COVID-19 en antecedentes de trastorno psiquiátrico, nuestra tesis sugiere estudios longitudinales de monitorización a estos cuadros de depresión y ansiedad donde se observe permanencia o remisión de dichos diagnósticos mencionados.

Familiares, amigos y parientes de los afectados por COVID-19 por infección, hospitalización o muerte sufren un mayor nivel de síntomas de ansiedad y depresión. Se sugiere desarrollar programas de educación, intervenciones e implementar medidas políticas que aborden la creciente salud mental necesidades y brindar el apoyo necesario a este subgrupo de la población no infectado, pero indirectamente afectados por las infecciones por COVID-19 (11).

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salari N. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*. 2020;16.
2. Banava S GS. Coronavirus Disease Update on Epidemiology, Virology, and Prevention. *Compend Contin Educ Dent*. 2021 42.
3. Clemente-Suárez V H-HM, Martínez-Gonzalez M, Benitez-Agudelo J, Perez-Palencia N, Laborde-Cárdenas C and Tornero-Aguilera J. Impact of COVID-19 Pandemic in Public Mental Health: An Extensive Narrative Review. *Sustainability* 2021;13.
4. Wanderley ML TC, Arias A Los Impactos Sociales y Psicológicos Del Covid-19 En Bolivia. *Serie Reflexiones sobre la Pandemia en Bolivia*. 2020.
5. Hernandez Rodriguez J. Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. . *Medicentro Electrónica* 2020;4:3.
6. Hurissi E. Assessment of new-onset depression and anxiety associated with COVID-19. . *Middle East Current Psychiatry* 2021.
7. Lee SA. Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *DEATH STUDIES Department of Psychology*. 2020;44.
8. Hazumi MU, K.; Okazaki, E.; Kataoka, M.; Nishi, D. . Differences in the Course of Depression and Anxiety after COVID-19 Infection between Recovered Patients with and without a Psychiatric History: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health* 2021;19.
9. Chacón-Andrade ERL-R, Marlon Elías;, Cervigni MG, Miguel; Martino, Pablo; CaychoRodríguez, Tomás; Barés, Ignacio; Calandra, Manuel; FloresMonterrosa, Angélica Nohemy. Prevalence of anxiety, depression and fear of COVID-19 in the general Salvadorean population. *Entorno*. 2020;70.
10. Ozamiz-Etxebarria N D-SM, Picaza-Gorrochategui N, Idoiaga-Mondragon N. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *ARTIGO* 2020.

11. Khubchandani JS, S.; Webb, F.J.; Wiblishauser, M.J.; Sharma, M. COVID-19 Infection among Family and Friends: The Psychological Impact on NonInfected Persons. *Brain Sci.* 2021;12.
12. Larrotta-Castillo R M-FA, Mora-Jaimes C, Córdoba-Castañeda M, Duque-Moreno J. Pérdida, duelo y salud mental en tiempos de pandemia. *Revista de la Universidad Industrial de Santander.* 2020;52:2.
13. Cevik M KK, Kindrachuk J, Peiris M. Virology, transmission, and pathogenesis of SARS-CoV-2. *the bmj | BMJ.* 2020.
14. Alves Cunha A QCA, Ávila Hilari A, Valdivia Cayoja A, Chino Mendoza J, Vera Carrasco O Breve historia y fisiopatología del covid-19. *Cuad - Hosp Clín* 2020; 61(1): 130-43.
15. Jiménez Soto G GE. El Papel De Las Geociencias En Una Sociedad Post-Covid 19 En Bolivia. *Revista del Inst de Investig Geológicas y del Medio Ambiente.* 2020;11:81- 7.
16. Moore RC LA, Hancock JT, Halley MC, Linos E. Age-Related Differences in Experiences With Social Distancing at the Onset of the COVID-19 Pandemic: A Computational and Content Analytic Investigation of Natural Language From a Social Media Survey. *JMIR.* 2021;8(2).
17. Brooks S WR, Smith L, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin G. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet - Elsevier* 2020.
18. Santabárbar J. Prevalence of anxiety in the COVID-19 pandemic: An updated meta-analysis of community-based studies. *ELSEVIER.* 2021;109.
19. Sonbol H. COVID-19 Pandemic Causing Depression in Different Sociodemographic Groups in Saudi Arabia. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18.
20. Khan M. COVID-19: A Global Challenge with Old History, Epidemiology and Progress So Far. *Molecules.* 2021;26.

21. Ben Hu HG, Peng Zhou, Zheng-Li Shi. Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. *Nature Reviews | MICRObiology Chinese Academy of Sciences* 2021;19.
22. Paces J SZ, Smrz D, Cerny J. COVID-19 and the Immune System. *Physiological Research*. 2020;69:379-88.
23. Antonio Bulbena Vilarrasa AIC, editor. *Anxiety* 2008.
24. Dennis Kasper AF, Stephen Hauser, Dan Longo, Larry Jameson, Lope Lozcalzo. Trastorno de ansiedad. *Harrison Principios de Medicina Interna*. 20 ed 2019.
25. Sierra J OV, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*. 2003.
26. Emilien G DT. Normal and pathological anxiety *Anxiety Disorders*. 2002.
27. *Mental Disorders—diagnosis*. In: Association AP, editor. *Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM 5*. 5 ed 2014.
28. Ana Luisa Alves Cunha MPDfAAQC, MD, Ph.D.f. Adrián Ávila Hilari, MD. Adolfo Valdivia Cayoja, MD. Juan Manuel Chino Mendoza, MD. Oscar Vera Carrasco. MD. BREVE HISTORIA Y FISIOPATOLOGÍA DEL COVID-19. *Revista "Cuadernos"* 2020;61:1.
29. H S. *Somatic Symptom and Related Disorders: Somatic Symptom Disorder, Illness Anxiety Disorder, and Conversion Disorder*. *Psychiatry, Fourth Edition*, First published. 2015.
30. Narmandakh A RA, de Jonge P, Oldehinkel A. Psychosocial and biological risk factors of anxiety disorders in adolescents: a TRAILS report. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2021;30:1969–82.
31. Martínez García L VLA, Guarnizo Ante F. Factores psicosociales que influyen en el desarrollo de la ansiedad en adultos mayores institucionalizados en el geriátrico Ismael Perdomo del Espinal-Tolima. *Revista Investigación, Desarrollo Educación, Servicio, Trabajo*. 2021;1:2745-1194.

32. Hageñaars M. Anxiety symptoms influence the effect of post-trauma interventions after analogue trauma. *Journal of Experimental Psychopathology*. 2012;3(2):209–22.
33. Gustavo Piñar Sancho GSB, Natalia De La Cruz Villalobos. Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. . *Revista Médica Sinergia* 2020;5:12.
34. Almokhtar A. Adwas JMJ, Azab Elsayed Azab. Anxiety: Insights into Signs, Symptoms, Etiology, Pathophysiology, and treatment. *East African Scholars J Med Sci* 2019;2(10).
35. Baldares. WNOMJV. Trastornos de Ansiedad: Revisión Dirigida Para Atención Primaria. R. *Evista Medica de Costa Rica y Centroamerica* LXIX 2012:497 - 507.
36. Rose RKPGM. Persistent Depressive Disorder. *StatPearls*. 2021.
37. Perrotta G. Depressive disorders: Definitions, contexts, differential diagnosis, neural correlates and clinical strategies. *Arch Depress Anxiety*. 2019;5(2).
38. Radu V. Saveanu CBN. Etiology of Depression: Genetic and Environmental Factors. *Psychiatr Clin N Am*. 2012;35.
39. Josué Díaz Lídice TL-CV, Urrutia Zerquera Eugenio, Moreno Puebla Reynol, Font Darías Ileana, Cardona Monteagudo María. Factores psicosociales de la depresión. [Internet]. *Rev Cub Med Mil*. 2006;35(3).
40. Elizabeth Hoyos Zuluaga MLH, Yolanda Torres De Galvis. Factores de Riesgo y de Protección de la Depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Medellín. *Journal of Psychological Research*. 2012;5(1):109-21.
41. Remes O MJ, Templeton P. . Biological, Psychological, and Social Determinants of Depression: A Review of Recent Literature. . *Brain Sci*. 2021;11(12).
42. Hegmann KT. Depressive Disorders. *American College of Occupational and Environmental Medicine*. 2020.
43. Rojas LG. Prevalence and correlates of major depressive disorder: a systematic review. *Brazilian Journal of Psychiatric*. 2020;42.

44. Cid MTCD. La depresión y su impacto en la salud pública. Rev Méd Hondur. 2021;89.
45. Karo Servatyari SM, Khaled Rahmani, Hero Yazdanpanah, Mohammad Abdi, Fayegh Yousefi. . The Prevalence of Depression, Anxiety, Stress, and Related Factors among COVID-19 Patients in Kurdistan Province, Iran 2020. WHO South-East Asia J Public Health. 2021;10.
46. Cuevas B. Depresión, ansiedad y estrés por COVID-19 en una unidad de medicina familiar. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2021;59.
47. Campayo JG. Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. Health and Quality of Life Outcomes 2010;8.
48. Robert L. Spitzer MKK, MD; Janet B. W. Williams, DSW; Bernd Löwe, MD, PhD. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder - The GAD-7. ARCH INTERN MED. 2006;166.
49. Martin W. Depression and anxiety symptoms in young adults before and during the COVID-19 pandemic: evidence from a Canadian population-based cohort. Annals of General Psychiatry. 2021;20.

XIII. ANEXOS

ANEXO No. 1. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	GESTIÓN 2021					GESTIÓN 2022						
	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
Realización de propuesta												
Construcción de revisión bibliográfica												
Planificación y realización primera parte de estructura de tesis												
Diseño del instrumento de medición												
Validación y autorización del instrumento de medición												
Recolección de muestra												
Tabulación de datos												
Análisis de confiabilidad y validez de los instrumentos												
Análisis estadístico de los datos												
Elaboración de los resultados												
Planificación entrega de tesis y realización última parte de estructura de tesis.												

Fuente: Cronograma de actividades para la realización de la investigación: Ansiedad y Depresión Efecto de La Covid-19 en la población de La Ciudad de La Paz, Gestión 2021

ANEXO No. 2. PRESUPUESTO

DESCRIPCIÓN DEL GASTO	COSTO ESTIMADO	OBSERVACIONES
Materiales y suministros	50 bs.	gastos en hojas bond tamaño carta, fotocopias, tinta, materiales de escritorio.
Honorarios profesionales	0 bs.	Pago a tutores.
Gastos de transporte	50 bs.	combustible, pasajes, entre otros.
Gastos de alojamiento	0 bs.	No fue necesario
Gastos de alimentación	50 bs.	comidas y refrigerios durante la realización de la investigación.
Gastos de software y licencias	0 bs.	software de análisis de datos SPSS v26. Sin costo.
Costos de equipamiento	3000 bs.	Compra de PC última generación, para manejo de últimas versiones de software como: SPSS y office.
Gastos de impresión y encuadernación	48 bs.	gastos en impresión de documentos, anillado.
Total	3198 bs.	

Fuente: Presupuesto para la realización de la investigación: Ansiedad y Depresión Efecto de La Covid-19 en la población de La Ciudad de La Paz, Gestión 2021

ANEXO No. 3. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN



Universidad Mayor de San Andrés
Facultad de Medicina, Nutrición, Enfermería y Tecnología Médica
Instituto de Investigaciones en Salud y Desarrollo – IINSAD
Unidad de Postgrado – Maestría en Salud Pública Mención Gerencia en Salud



Cuestionario para IDENTIFICAR LA AUTOPERCEPCIÓN PERSONAL del estado de SALUD como respuesta a la pandemia de la COVID-19

Compromiso de **CONFIDENCIALIDAD**

Estimado señor/a: con el presente cuestionario buscamos visibilizar el impacto de la pandemia por la Covid-19 en la población, por lo cual, sus respuestas permitirán identificar cuál es el estado de salud mental de esta población. Las respuestas son **ABSOLUTAMENTE CONFIDENCIALES** y se expresan de forma **ANÓNIMA** sin ninguna señal que identifique a los y las participantes.

Las preguntas están en base al "Cuestionario de escala de la depresión (PHQ-8) del SMRC", uso libre.

A. MARQUE CON UNA "X" SIGUIENTES PREGUNTAS:

- 1) **Sexo:** Masculino () Femenino () 2) **Edad:** _____ años cumplidos.
- 3) **Tiene Personas Dependientes:** SI () NO ()
- 3.1) Si su respuesta fue SI, dependen de usted: Menores de edad _____ Adultos Mayores _____
- 4) **Estado Civil:** _____ 5) **Zona de Residencia:** _____

B. COMPLETE LOS ESPACIOS EN BLANCO CON SUS DATOS PERSONALES Y LABORALES:

Profesión: _____ **Ocupación/Cargo Actual** _____

De las 24 horas del día, duerme: 3 horas () 6 horas () 8 Horas () Mas de 8 horas ()

C. MARQUE CON UNA "X" LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

¿Usted ha tenido COVID-19, demostrado por PCR, tomografía o cualquier otra prueba? SI () NO ()

(En caso de Si, pase a la subsiguiente pregunta)	
En caso de haber tenido Covid-19 ¿Usted ha sido aislado?	SI () NO ()
¿Ha estado Ud. hospitalizado/a por la COVID-19?	SI () NO ()
¿Algún familiar se ha hospitalizó por la Covid-19? (pareja, hijo, padres, hermanos)	SI () NO ()
¿Ha fallecido algún familiar debido a la Covid-19? (pareja, hijo, padres, hermanos)	SI () NO ()
¿Usted recibió la Vacuna ANTI- SARS-CoV2?	1ra dosis () 2da dosis () Dosis única () Ninguna () (En caso de Si, pase a la subsiguiente pregunta)
¿Posterior a la vacuna ha tenido COVID-19, demostrado por PCR, tomografía o cualquier otra prueba?	SI () NO ()
¿Para protegerse del COVID-19 mantiene distanciamiento social/FISICO?	SI () NO ()
¿Se lava las manos y/o usa alcohol para desinfectarse?	SI () NO ()
Usted tiene una o más de estas enfermedades diagnosticadas:	Diabetes () Hipertensión Arterial () Obesidad () Depresión () Hipotiroidismo () Cáncer () Artritis Reumatoide () Ninguno ()
Previo a la EPIDEMIA por Covid-19 ¿Usted ha sido diagnosticado de algunos de los siguientes trastornos mentales?	Trastorno de ansiedad () Trastorno depresivo mayor () Trastorno del ánimo () otro Trastorno de estrés () Abuso de sustancias () Estrés postraumático () Otro Trastorno Mental () Ninguno ()
A causa de la EPIDEMIA Covid-19 ¿se sintió discriminado(a)?	SI () NO () (En caso de que SI dónde): Marque lo que considera 1 o más condiciones En el trabajo () El vecindario o lugar donde vive () En el entorno social/ Amigos () En la familia ()
En el último mes consumió:	Marque lo que considera 1 o más condiciones

Alcohol () Cigarrillos () Marihuana ()
 Tranquilizantes sin prescripción médica () Ninguno ()

D. Marque con una “X” la casilla LA OPCIÓN QUE SE RELACIONE CON USTED.

Señale con qué frecuencia ha sufrido los siguientes problemas en los últimos 15 días:	0 días	menos de 7 días	más de 7 días	15 días
Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado				
No ha podido dejar de preocuparse				
Se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas				
Ha tenido dificultad para relajarse				
Se ha sentido tan intranquilo que no podía estarse quieto				
Se ha irritado o enfadado con facilidad				
Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible				

Durante las últimas 2 semanas ¿Cuánto le han molestado los siguientes problemas?	0 días	menos de 7 días	más de 7 días	15 días
Tener poco interés o placer en hacer las cosas				
Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza				
Con problemas en dormirse o en mantenerse dormido/a, o en dormir demasiado				
Sentirse cansado/a o tener poca energía				
Tener poco apetito o comer en exceso				
Sentir falta de amor propio o que sea un fracaso o que decepcionara a sí mismo/a o a su familia				

Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar la televisión				
Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta-o de lo contrario, está tan agitado/a o inquieto/a que se mueve mucho más de lo acostumbrado				

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE CUESTIONARIO:



Universidad Mayor de San Andrés
Facultad de Medicina, Nutrición, Enfermería y Tecnología Médica
Instituto de Investigaciones en Salud y Desarrollo – IINSAD
Unidad de Postgrado – Maestría en Salud Pública Mención Gerencia en Salud



Cuestionario para IDENTIFICAR LA AUTOPERCEPCIÓN PERSONAL del estado de SALUD como respuesta a la pandemia de la COVID-19

Compromiso de CONFIDENCIALIDAD

Estimado señor/a: con el presente cuestionario buscamos visibilizar el impacto de la pandemia por la Covid-19 en la población, por lo cual, sus respuestas permitirán identificar cuál es el estado de salud mental de esta población.

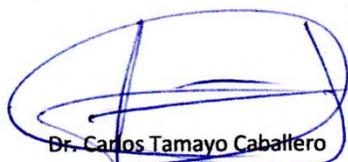
*Las respuestas son **ABSOLUTAMENTE CONFIDENCIALES** y se expresan de forma **ANÓNIMA** sin ninguna señal que identifique a los y las participantes.*

Las preguntas están en base al "Cuestionario de escala de la depresión (PHQ-8) del SMRC", uso libre.

PARA: TESIS DE GRADO PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAGISTER SCIENTIARUM EN SALUD PÚBLICA MENCIÓN GERENCIA EN SALUD

TEMA: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EFECTO DE LA COVID 19 EN LA POBLACIÓN DE LA CIUDAD DE LA PAZ, GESTIÓN 2021

PARA POSTULANTE: DR. JUAN WILLDER CASTRO SILVA


Dr. Carlos Tamayo Caballero
IINSAD

ANEXO No. 5.

La Paz 6 de octubre del 2022

Señor
Frank Chacón Bozo
UNIDAD DE POST GRADO
COORDINADOR ACADEMICO
Presente.



Ref.: Carta de suficiencia de tesis concluida. ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EFECTO DE LA COVID 19 EN LA POBLACIÓN DE LA CIUDAD DE LA PAZ, GESTIÓN 2021, propuesta por, Juan Willder Castro Silva

De mi mayor consideración:

Habiendo realizado el proceso de elaboración de la tesis de referencia, debo informarle que logramos un documento suficiente para seguir con el proceso académico administrativo que corresponda.

En consecuencia; el documento cumple con todos los requisitos académico-científico suficiente, además, de contribuir al proceso actual en condición de epidemia sanitaria.

Con la seguridad de contar con su cooperación, lo saludo

Fraternalmente:

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'C. Tamayo Caballero', enclosed within a faint circular stamp.

Dr. M.Sc. Carlos Tamayo Caballero
TUTOR

ANEXO No. 6

La Paz 12 de octubre de 2022

Señor
Dr. Frank Chacón Bozo
UNIDAD DE POST GRADO
COORDINADOR ACADEMICO
Presente.



**REF.: SOLICITUD DESIGNACIÓN DE TRIBUNAL - PARA TESIS
CONCLUIDA: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EFECTO DE LA COVID 19 EN
LA POBLACIÓN DE LA CIUDAD DE LA PAZ, GESTIÓN 2021**

Saludo a usted muy respetuosamente, deseando éxitos en las funciones que asume.

Habiendo realizado el proceso de elaboración de la tesis de referencia, debo informarle que logre un documento suficiente para seguir con el proceso académico administrativo que corresponda.

En consecuencia; el documento cumple con todos los requisitos académico-científico suficiente, además, de contribuir al proceso actual en condición de epidemia sanitaria. Razón por la que solicito la designación de tribunal.

Esperando una respuesta favorable me despido deseando bendiciones a su vida.

Atentamente:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Juan Willder Castro Silva".

Dr. Juan Willder Castro Silva
CI: 6146142 LP
Cel: 68163006

La Paz 28 de noviembre del 2022

Señor
Frank Chacón Bozo
UNIDAD DE POST GRADO
COORDINADOR ACADEMICO
Presente.

**Ref.: Carta de suficiencia de tesis concluida. ANSIEDAD Y DEPRESIÓN
EFECTO DE LA COVID 19 EN LA POBLACIÓN DE LA CIUDAD DE LA
PAZ, GESTIÓN 2021, propuesta por, Juan Willder Castro Silva**

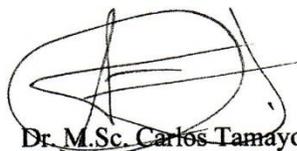
De mi mayor consideración:

Me permito poner en consideración suya la 2da versión de la tesis de referencia; habiendo incorporado el 100% de las observaciones y sugerencias del tribunal respectivo.

En consecuencia; el documento cumple con todos los requisitos académico-científico suficiente, además, de contribuir al proceso actual en condición de epidemia sanitaria. En tal condición, logramos un documento suficiente para seguir con el proceso académico administrativo que corresponda.

Con la seguridad de contar con su cooperación, lo saludo

Fraternalmente:



Dr. M.Sc. Carlos Tamayo Caballero
TUTOR

ANEXO No.8



"Cualificando Profesionales"

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSGRADO

**ACTA DE APROBACIÓN
DEL TEMA DE TRABAJO DE TESIS DE GRADO
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA MENCIÓN
GERENCIA EN SALUD**

NOMBRE DEL POSTULANTE:

DR. JUAN WILLDER CASTRO SILVA

TÍTULO DEL TRABAJO DE TESIS DE GRADO:

“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EFECTO DE LA COVID-19 EN LA POBLACIÓN DE LA CIUDAD DE LA PAZ GESTIÓN 2021”.

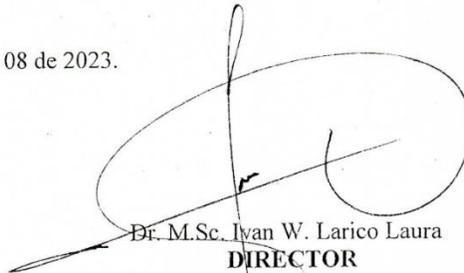
CONCLUSIONES:

De la evaluación al trabajo de referencia, se concluye que el mismo reúne los requisitos mínimos exigidos según reglamento de elaboración y aprobación del tema de Trabajo de Tesis de Grado.

DICTAMINANDO:

La aprobación y habilitación a la fase de Defensa Final.

La Paz, febrero 08 de 2023.


Dr. M.Sc. Ivan W. Larico Laura
DIRECTOR
UNIDAD DE POSGRADO



C.c.: File
/Shadie