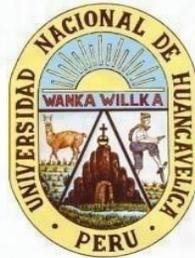


UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA

(CREADA POR LEY N°25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



TESIS

**NIVEL DE ANSIEDAD EN ADULTOS ATENDIDOS EN
TIEMPOS COVID 19 EN EL HOSPITAL ZACARIAS
CORREA VALDIVIA HUANCABELICA 2021**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD MENTAL Y CULTURA DE PAZ

PRESENTADO POR:

OBSTA. YANETH HUAMAN CASTILLO

LIC. SAIDA BALVIN PAUCAR

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**

HUANCABELICA, PERÚ

2021



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
 (Creada por Ley N°25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huancavelica a las 17:20 horas del día veintiséis de noviembre del año 2021, nos reunimos los miembros del jurado evaluador de la sustentación de tesis de las egresadas:

HUAMAN CASTILLO, Yaneth
BALVIN PAUCAR, Saida

Siendo los jurados evaluadores:

- Presidente : Dra. Lina Yubana CARDENAS PINEDA
- Secretario : Dra. Rossibel Juana, MUÑOZ DE LA TORRE
- Vocal : Dra. Jenny MENDOZA VILCAHUAMAN

Para calificar la sustentación de la tesis titulada:

NIVEL DE ANSIEDAD EN ADULTOS ATENDIDOS EN TIEMPOS DE COVID 19 EN EL HOSPITAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA HUANCAMELICA 2021.

Concluida la sustentación de forma sincrónica, se procede con las preguntas y/u observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo **Resolución N°638-2021-D-FCS-R-UNH**; concluyendo a las 17:50 horas. Acto seguido, el presidente del Jurado Evaluador informa a los(as) sustentantes que se suspende la conectividad durante unos minutos para deliberar sobre los resultados de la sustentación de la tesis; llegando al calificativo de: **APROBADO por UNANIMIDAD.**

Observaciones:

.....

.....

Ciudad de Huancavelica, 26 de noviembre del 2021.

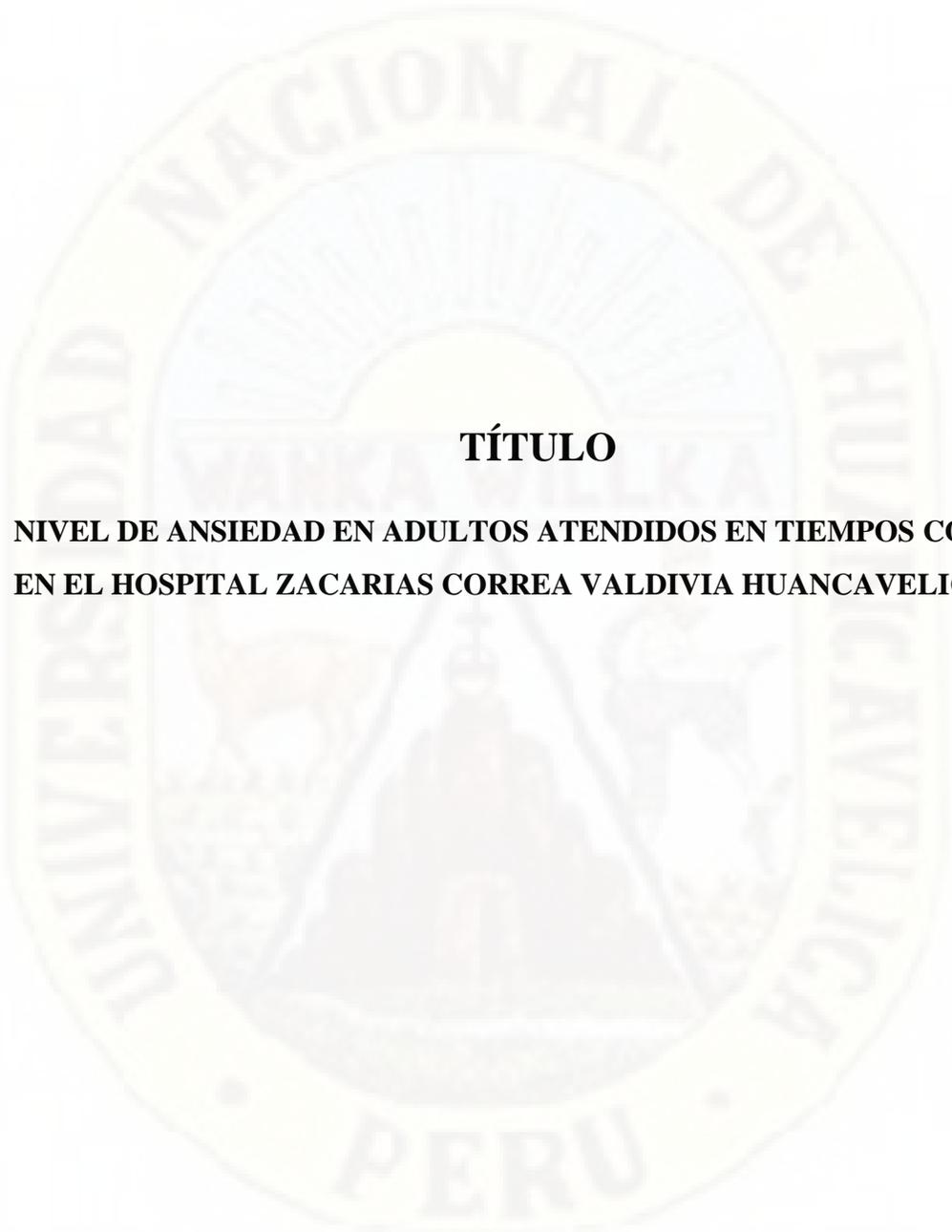
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 Lina Yubana Cardenas Pineda
 DOCENTE ASOCIADO
 PRESIDENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 Dra. Rossibel Juana Muñoz de la Torre
 DOCENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman
 VOCAL

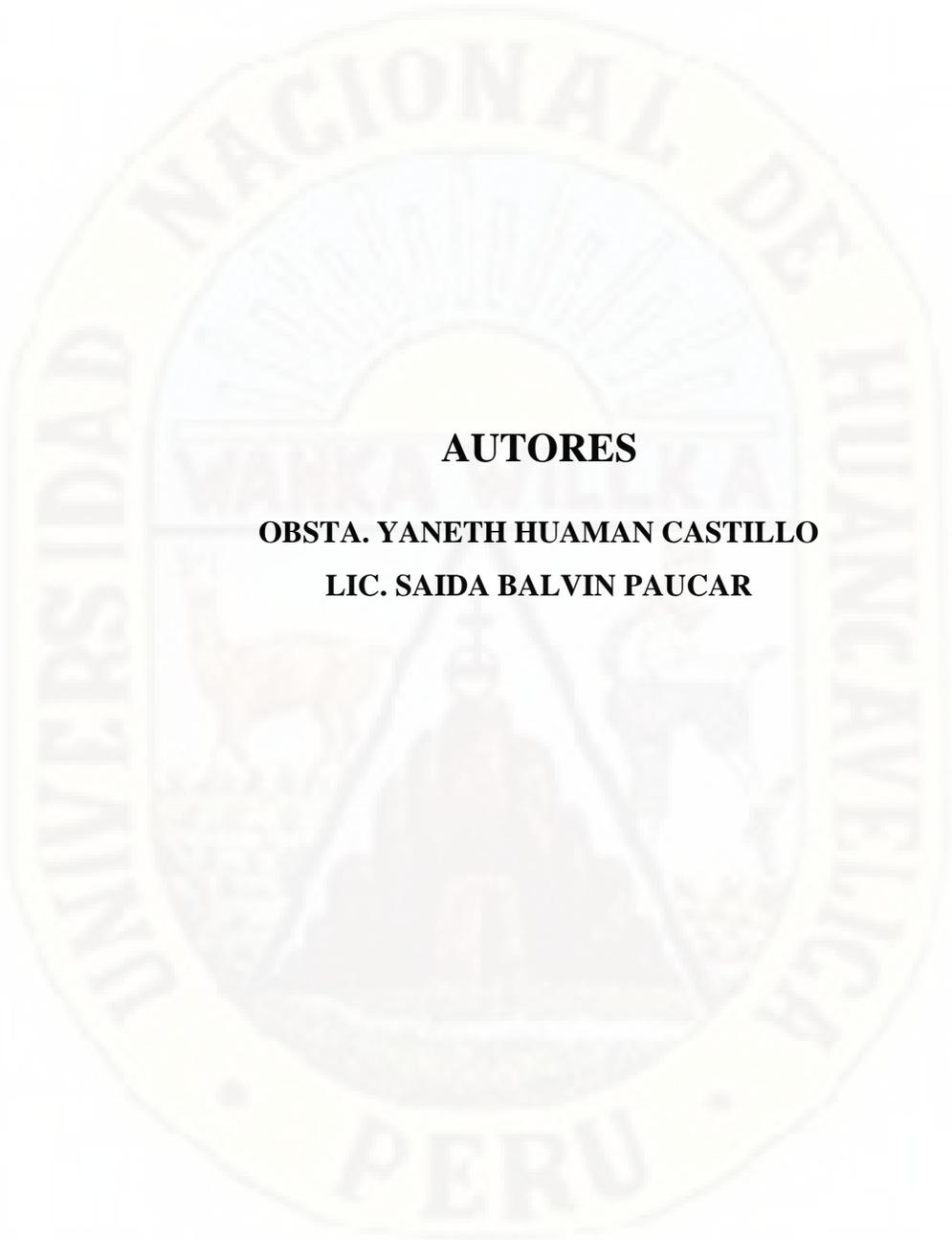
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 DECANATO
 Lina Yubana Cardenas Pineda
 V°B° DECANO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 SECRETARIA
 DOCENTE
 V°B° SECRETARIA DOCENTE



TÍTULO

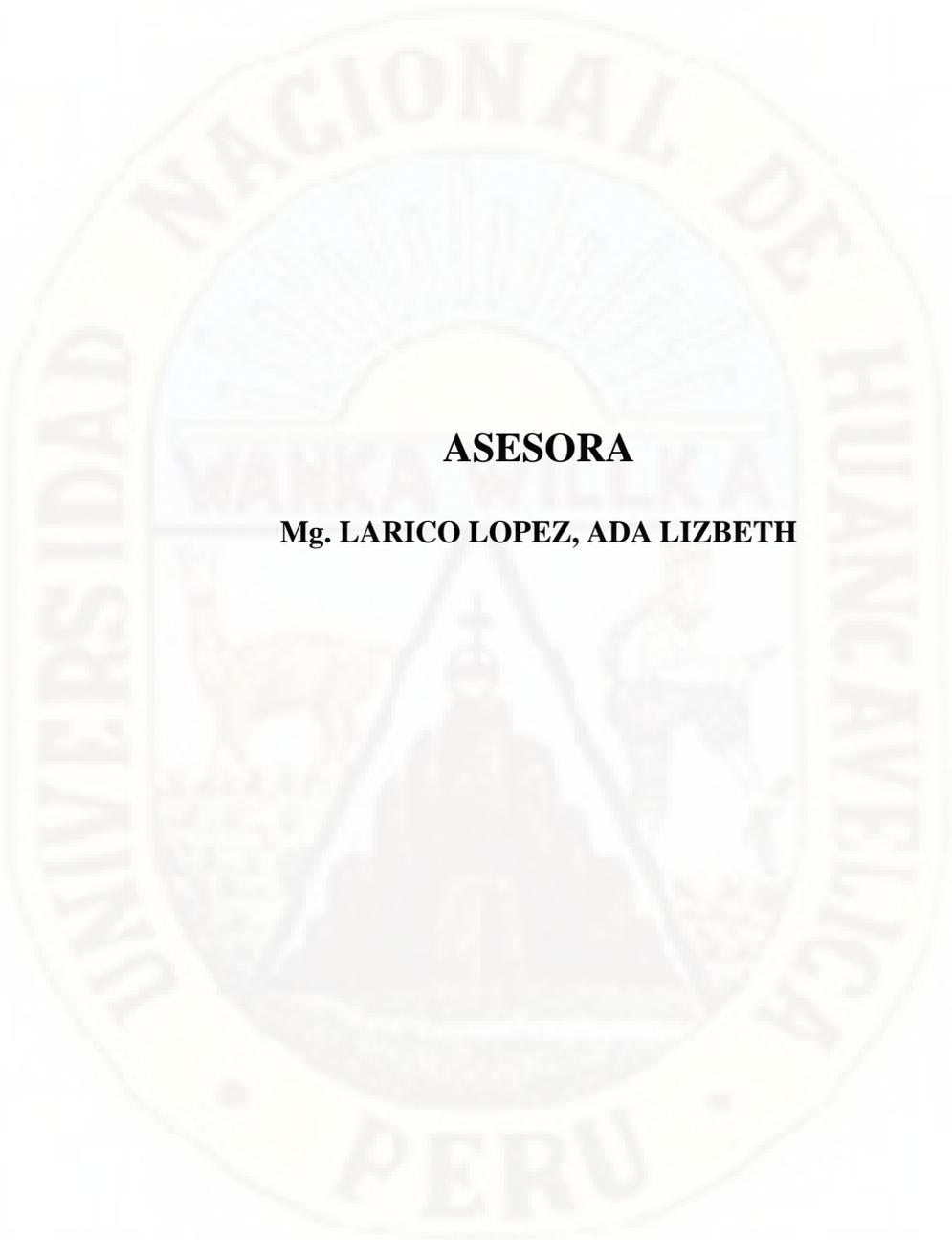
**NIVEL DE ANSIEDAD EN ADULTOS ATENDIDOS EN TIEMPOS COVID 19
EN EL HOSPITAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA HUANCAVELICA 2021**



AUTORES

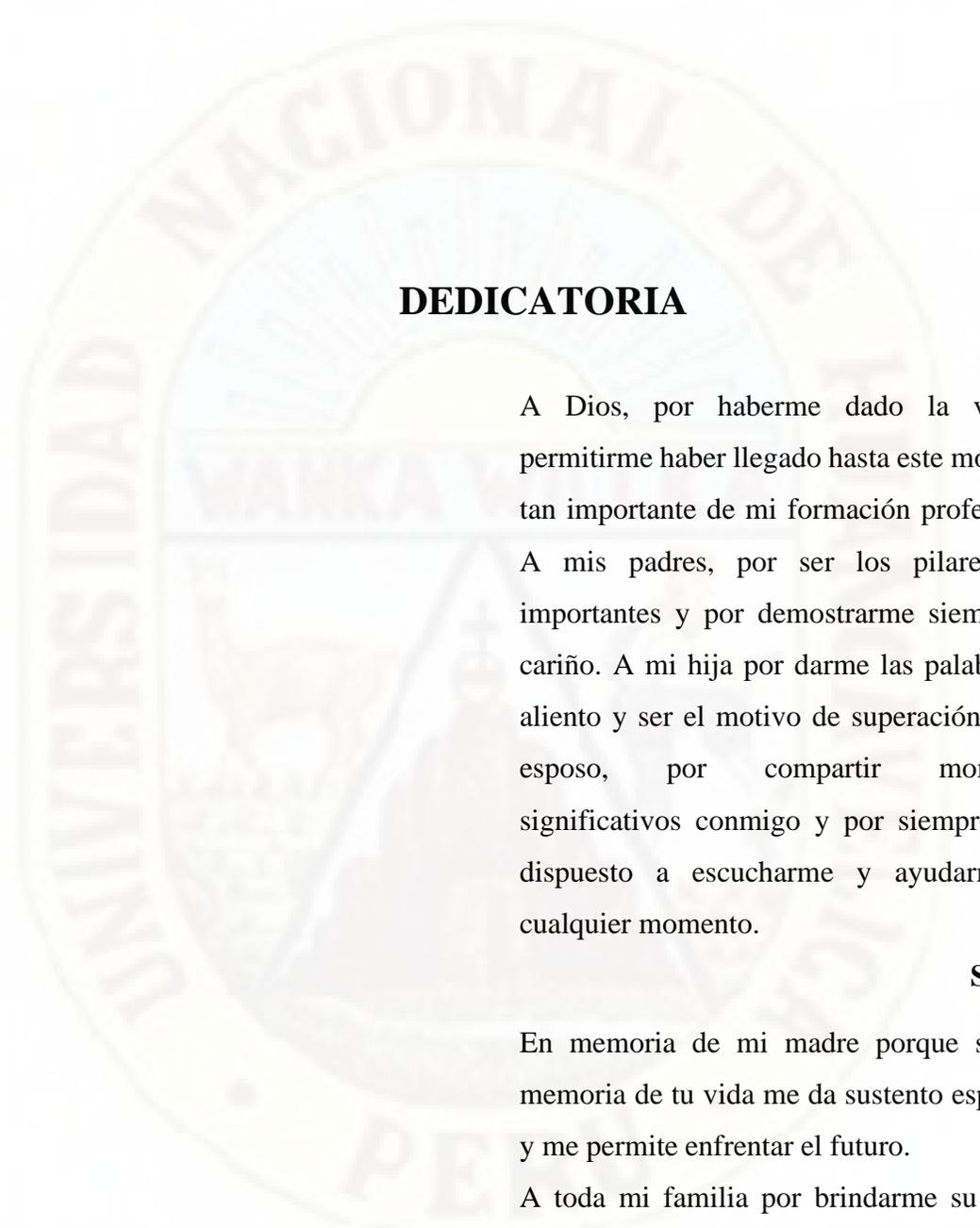
OBSTA. YANETH HUAMAN CASTILLO

LIC. SAIDA BALVIN PAUCAR



ASESORA

Mg. LARICO LOPEZ, ADA LIZBETH



DEDICATORIA

A Dios, por haberme dado la vida y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres, por ser los pilares más importantes y por demostrarme siempre su cariño. A mi hija por darme las palabras de aliento y ser el motivo de superación. A mi esposo, por compartir momentos significativos conmigo y por siempre estar dispuesto a escucharme y ayudarme en cualquier momento.

SAIDA

En memoria de mi madre porque sólo la memoria de tu vida me da sustento espiritual y me permite enfrentar el futuro.

A toda mi familia por brindarme su apoyo incondicional y porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas.

YANETH

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradecemos infinitamente a Dios, por habernos dado fuerza y valor para culminar esta etapa de nuestra vida.

Al director del Hospital Regional Zacarias Correa Valdivia de Huancavelica. Dr. Juan Dionisio Flores, por abrirnos las puertas de su institución, así mismo a los jefes de los diferentes departamentos quienes hicieron posible nuestro acceso a las diferentes instalaciones del hospital.

Debemos agradecer de manera especial y sincera a la Mg. Obsta. Ada Lizbeth Larico López, por brindarnos su sabiduría, su apoyo y confianza en nuestro trabajo y su capacidad para guiar nuestras ideas.

A todos ellos ¡Muchas Gracias!

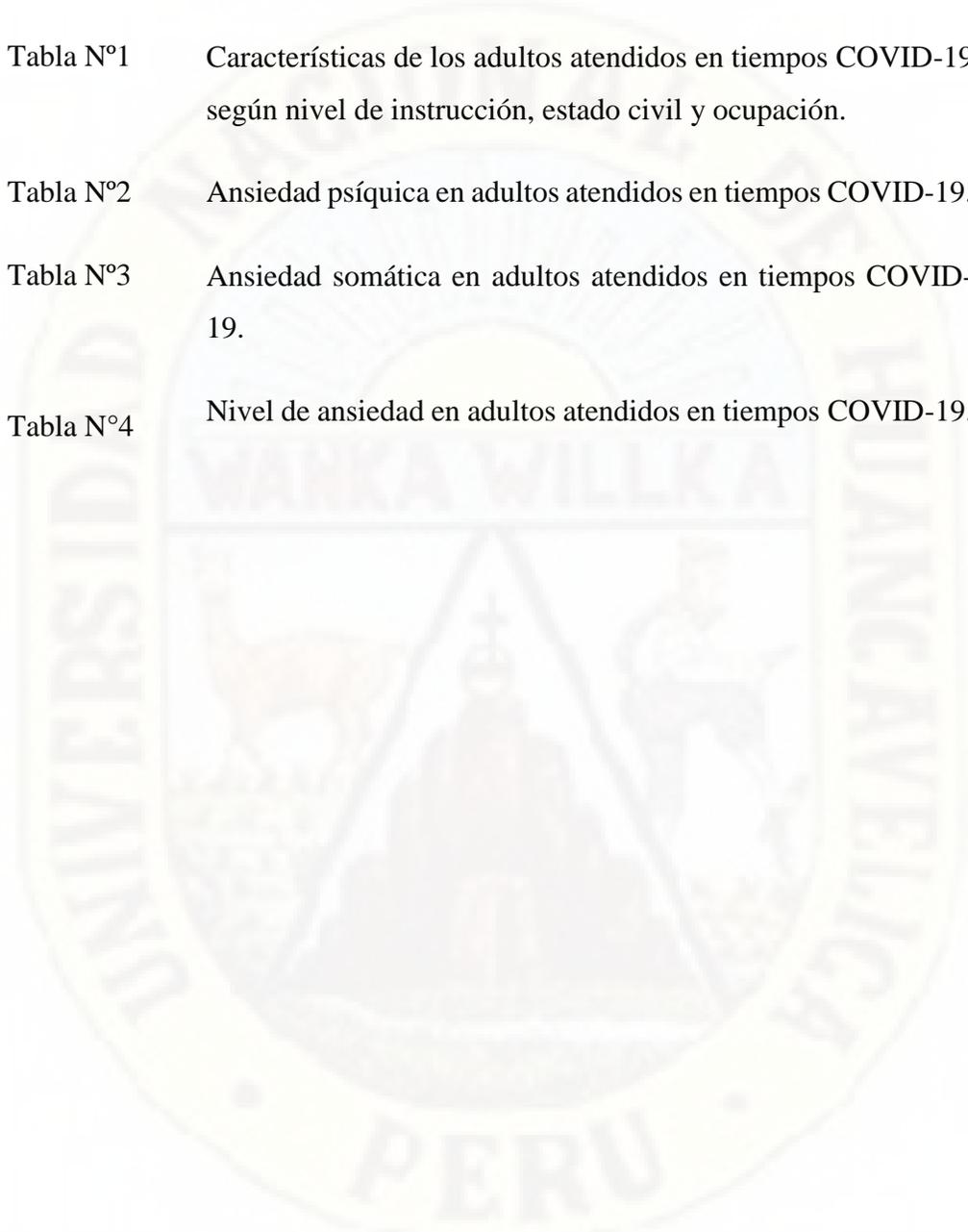
ÍNDICE

PORTADA.....	i
ACTA DE SUSTENTACIÓN	ii
TÍTULO	iii
AUTORES	iv
ASESORA.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE	viii
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
RESUMEN.....	xi
INTRODUCCION	xv
CAPÍTULO I	
EL PROBLEMA	16
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	19
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	19
1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	20
1.4. JUSTIFICACIÓN	20
1.5. LIMITACIONES	21
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	22
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	22
2.2. BASES TEORICAS	25
2.2.1. ANSIEDAD.....	25
2.2.2. ESCALAS DE EVALUACION DE ANSIEDAD.....	32
2.2.3. COVID 19	33
2.2.4. ADULTO	44
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	45
2.4. HIPÓTESIS	45

2.5. VARIABLE	45
2.6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLE.....	46
CAPITULO III.....	48
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	48
3.1. ÁMBITO TEMPORAL Y ESPACIAL	48
3.2. TIPO DE LA INVESTIGACIÓN.....	49
3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	49
3.4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	50
3.5. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	50
3.5.1. POBLACIÓN	50
3.5.2. MUESTRA.....	50
3.6. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	51
3.7. TÉCNICA Y PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS	52
CAPITULO IV	53
PRESENTACION DE LOS RESULTADOS	53
4.1. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	53
4.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	58
CONCLUSIONES.....	60
RECOMENDACIONES.....	61
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	62
APENDICE.....	70

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1	Características de los adultos atendidos en tiempos COVID-19 según nivel de instrucción, estado civil y ocupación.	54
Tabla N°2	Ansiedad psíquica en adultos atendidos en tiempos COVID-19.	55
Tabla N°3	Ansiedad somática en adultos atendidos en tiempos COVID-19.	56
Tabla N°4	Nivel de ansiedad en adultos atendidos en tiempos COVID-19.	57



RESUMEN

Objetivo. Determinar el nivel de ansiedad en adultos atendidos en tiempos COVID 19 en el Hospital Zacarías Correa Valdivia Huancavelica, 2021. **Método.** Investigación fue de tipo observacional, prospectivo, corte transversal, y nivel descriptivo. Muestra probabilístico aleatorio simple, con 325 adultos atendidos entre Junio a Agosto. **Resultados.** Las características de los adultos fueron según el nivel de instrucción 99(30.6%) técnico, 95(29.3%) universitario, 93(28.7%) secundaria, 33(10.2%) primaria y 4(1.2%) analfabeta, 131(40.3%) casada, 93(28.6%) conviviente, 74(22.8%) soltera, 24(7.4%) viuda y 3(0.9%) divorciada, 114(35.1%) trabajadora independiente, 110(33.8%) trabajadora dependiente, 73(22.5%) ama de casa y 28(8.6%) estudiante. Para el tipo de ansiedad psíquica según el ítem 1: leve 188(57.8%), moderado 115(35.4%), ítem 2: leve 209(64.3%), moderado 81(24.9%), ausente 33(10.2%), ítem 3: ausente 140(43.1%), leve 92(28.3%), moderado 57(17.5%) y grave 36(11.1%), ítem 4: leve 133(40.9%), moderado 124(38.2%), ausente 51(15.7%), grave 15(4.6%), ítem 5: leve 168(51.7%), ausente 103(31.7%), moderado 53(16.3%), ítem 6: leve 162(49.8%), moderado 123(37.8%), ítem 14: leve 176(54.2%), moderado 112(34.5%). Para el tipo de ansiedad somática ítem 7: moderado 141(43.4%), leve 132(40.6%), grave 28(8.6%) y ausente 24(7.4%), ítem 8: leve 130(40%), moderado 115(35.4%), ausente 69(21.2%) y grave 11(3.4%), ítem 9: moderado 139(42.8%), leve 113(34.8%), ausente 66(20.3%), ítem 10: leve 152(46.8%), moderado 122(37.5%), ítem 11: leve 155(47.7%), ausente 118(36.3%), moderado 47(14.5%), ítem 12: ausente 189(58.2%), leve 111(34.2%), ítem 13: leve 153(47.1%), moderado 104(32%), ausente 54(16.6%) y para el nivel de ansiedad se encontró leve 181(55.7%), moderado 117(36%), severo 22(6.8%) y muy severo 5(1.5%). **Conclusiones.** Las características de los adultos atendidos en tiempos COVID-19 fueron: casados, de nivel superior técnico y trabajadores independientes. El tipo de ansiedad psíquica en adultos fue leve y moderado en el estado de ánimo ansioso, tensión, insomnio, intelectual cognitivo, estado de ánimo deprimido y comportamiento en la entrevista. El tipo de ansiedad somática en adultos fue moderado en los síntomas somáticos generales

musculares y cardiovasculares; mientras que los síntomas somáticos generales (sensoriales), respiratorios y gastrointestinales fueron leves. El nivel de ansiedad en los adultos atendidos en tiempos COVID-19 fue de nivel leve seguido del moderado.

Palabras clave: Nivel de ansiedad, adulto, covid-19, ansiedad psíquica y ansiedad somática.



ABSTRACT

Objective. Determine the level of anxiety in adults treated during COVID 19 times at the Zacarías Correa Valdivia Huancavelica Hospital, 2021. **Method.** Research was observational, prospective, cross-sectional, and descriptive level. Simple random probability sample, with 325 adults attended from June to August. **Results.** The characteristics of the adults were according to the level of instruction 99 (30.6%) technical, 95 (29.3%) university, 93 (28.7%) secondary, 33 (10.2%) primary and 4 (1.2%) illiterate, 131 (40.3%)) married, 93 (28.6%) cohabiting, 74 (22.8%) single, 24 (7.4%) widowed and 3 (0.9%) divorced, 114 (35.1%) independent worker, 110 (33.8%) dependent worker, 73 (22.5 %) housewife and 28 (8.6%) student. For the type of psychic anxiety according to item 1: mild 188 (57.8%), moderate 115 (35.4%), severe 17 (5.2%) and absent 5 (1.5%), item 2: mild 209 (64.3%), moderate 81 (24.9%), absent 33 (10.2%) and severe 2 (0.6%), item 3: absent 140 (43.1%), mild 92 (28.3%), moderate 57 (17.5%) and severe 36 (11.1%), Item 4: mild 133 (40.9%), moderate 124 (38.2%), absent 51 (15.7%), severe 15 (4.6%) and very severe 2 (0.6%), item 5: mild 168 (51.7%), absent 103 (31.7%), moderate 53 (16.3%) and severe 1 (0.3%), item 6: mild 162 (49.8%), moderate 123 (37.8%), absent 25 (7.7%) and severe 15 (4.6%) , item 14: mild 176 (54.2%), moderate 112 (34.5%), absent 25 (7.7%) and severe 12 (3.7%). For the type of somatic anxiety item7: moderate 141 (43.4%), mild 132 (40.6%), severe 28 (8.6%) and absent 24 (7.4%), item 8: mild 130 (40%), moderate 115 (35.4 %), absent 69 (21.2%) and severe 11 (3.4%), item 9: moderate 139 (42.8%), mild 113 (34.8%), absent 66 (20.3%) and severe 7 (2.1%), item 10 : mild 152 (46.8%), moderate 122 (37.5%), absent 32 (9.8%) and severe 19 (5.8%), item 11: mild 155 (47.7%), absent 118 (36.3%), moderate 47 (14.5 %) and severe 5 (1.5%), item 12: absent 189 (58.2%), mild 111 (34.2%) and moderate 25 (7.7%), item 13: mild 153 (47.1%), moderate 104 (32%) , absent 54 (16.6%) and severe 14 (4.3%) and for the level of anxiety it was found mild 181 (55.7%), moderate 117 (36%), severe 22 (6.8%) and very severe 5 (1.5%) . **Conclusions.** The characteristics of the adults seen in COVID-19 times were: married, of a higher technical level and independent

workers. The type of psychic anxiety in adults was mild and moderate in anxiety mood, tension, insomnia, cognitive intellectual, depressed mood and behavior in the interview. The type of somatic anxiety in adults was moderate in general muscular and cardiovascular somatic symptoms; while the general somatic (sensory), respiratory and gastrointestinal symptoms were mild. The level of anxiety in adults seen in COVID-19 times was mild, followed by moderate.

Key words: Anxiety level, adult, covid-19, psychic anxiety and somatic anxiety.



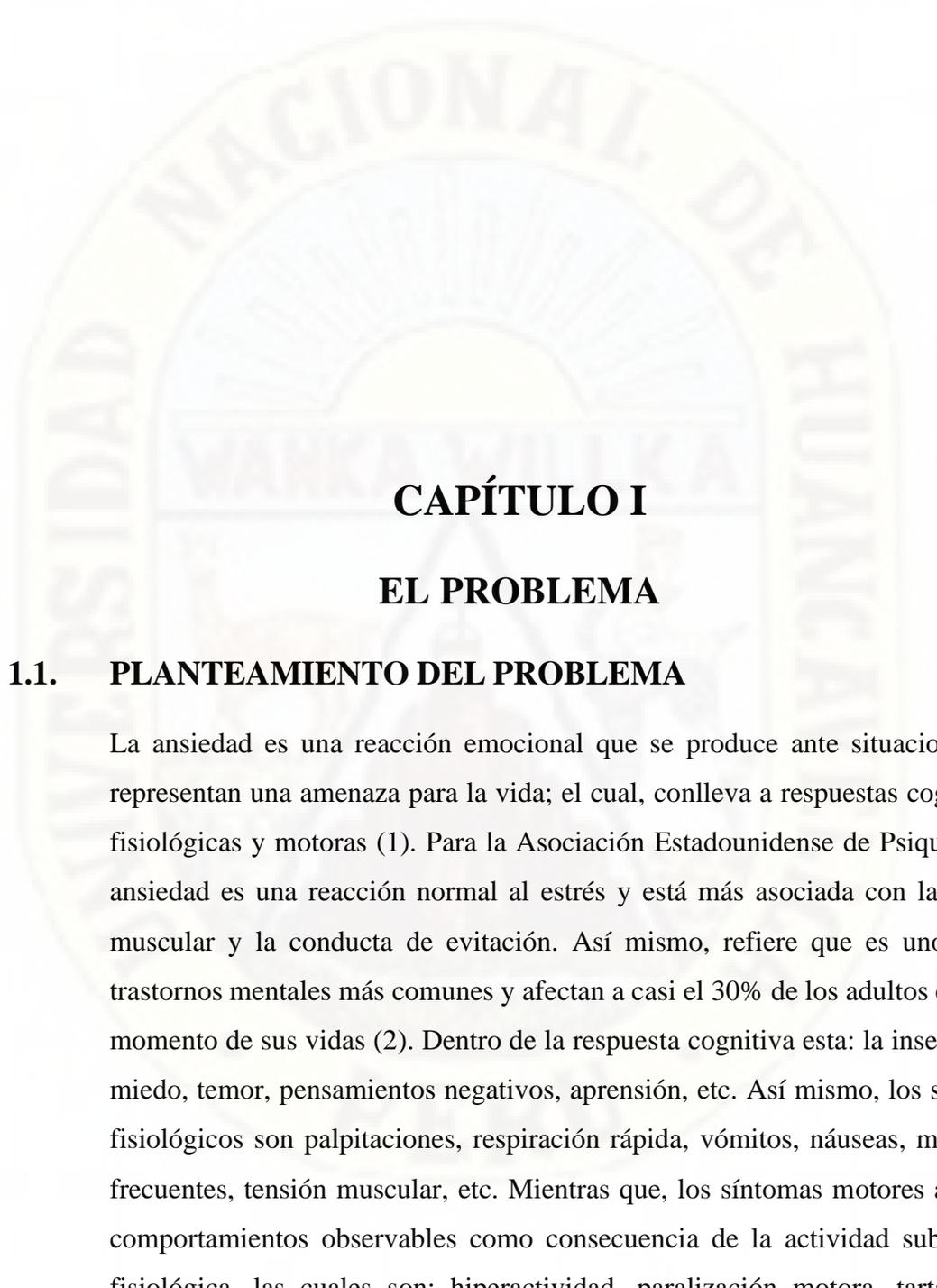
INTRODUCCION

Los trastornos mentales constituyen una causa importante de salud pública en la población general, de los cuales, la ansiedad es uno de los trastornos más comunes que durante esta pandemia ha ido en aumento debido a los nuevos estilos de vida adoptados.

La ansiedad es una reacción emocional, esta se produce en situaciones que figuran una amenaza para la vida. La ansiedad es un fenómeno complejo ya que participan múltiples factores, que conllevan a respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras. La respuesta cognitiva se manifiesta a través de la inseguridad, miedo, temor, pensamientos negativos, aprensión; mientras que los síntomas fisiológicos se manifiestan con palpitaciones, respiración rápida, vómitos, náuseas, micciones frecuentes, tensión muscular; finalmente, los síntomas motores aluden a comportamientos observables como consecuencia de la actividad subjetiva y fisiológica, las cuales son: hiperactividad, paralización motora, tartamudeo, conductas de evitación, movimientos repetidos, torpes y desorganizados. En este sentido, el abordaje debe ser tanto farmacológico como psicológico.

El nuevo brote del COVID-19 se ha extendido rápidamente por todo el mundo, sumado al siglo XXI que es también la era de la pandemia emergente de enfermedades mentales, ha generado muchos trastornos que deben ser intervenidos de manera inmediata por el equipo de salud. Por lo tanto, los gobiernos y las partes interesadas deben apreciar las morbilidades psicosociales que trae consigo esta pandemia.

La presente investigación se describe en cuatro capítulos; el Capítulo I describe el planteamiento del problema, el Capítulo II detalla el marco teórico, el Capítulo III describe la metodología de la investigación; y el IV Capítulo describe los resultados logrados.



CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ansiedad es una reacción emocional que se produce ante situaciones que representan una amenaza para la vida; el cual, conlleva a respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras (1). Para la Asociación Estadounidense de Psiquiatría la ansiedad es una reacción normal al estrés y está más asociada con la tensión muscular y la conducta de evitación. Así mismo, refiere que es uno de los trastornos mentales más comunes y afectan a casi el 30% de los adultos en algún momento de sus vidas (2). Dentro de la respuesta cognitiva esta: la inseguridad, miedo, temor, pensamientos negativos, aprensión, etc. Así mismo, los síntomas fisiológicos son palpitaciones, respiración rápida, vómitos, náuseas, micciones frecuentes, tensión muscular, etc. Mientras que, los síntomas motores aluden a comportamientos observables como consecuencia de la actividad subjetiva y fisiológica, las cuales son: hiperactividad, paralización motora, tartamudeo, conductas de evitación, movimientos repetidos, torpes y desorganizados. Debido a esto, el abordaje es tanto farmacológico como psicológico (3).

Por otro lado, en esta pandemia del COVID-19, además de la salud física, la salud mental de la sociedad se ha visto afectada significativamente; desde el momento en que un individuo enferma se empieza a manifestar ansiedad ante lo desconocido de la evolución propia de la enfermedad o secuelas que puedan dejar a corto y largo plazo en la persona que lo padezca, los problemas sociales-económicos y estar en cuarentena, aumentarían los trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y trastornos psiquiátricos como el trastorno de estrés postraumático (4–6).

La prevalencia de los trastornos de ansiedad (TA) sin pandemia estuvo en constante aumento, la Organización mundial de la salud (OMS) en el año 2015 estimó una prevalencia de los TA a nivel mundial del 3.6%.; de los cuales, en el Perú la prevalencia era de 9,6% siendo más frecuente en mujeres adultas (7). Hoy existe una amplia base bibliográfica, donde se ha demostrado que quienes padecen angustia psicológica relacionada con la pandemia tienden a manifestar niveles elevados de estrés postraumático, estrés general, ansiedad, ansiedad por la salud y tendencias suicidas que puede durar mucho más allá del curso de la pandemia (8–10).

Sensoy et al (11), refieren que después del brote de la pandemia del COVID-19, la ansiedad ha sido un trastorno psicológico común que incremento en la población, sin embargo, también se pudo evidenciar que existe un mayor nivel de ansiedad en los pacientes hospitalizados en comparación con pacientes ambulatorios. Así mismo, un estudio realizado en Estados Unidos, demostró que estar bajo la orden de restricciones dadas por los estados como quedarse en casa se asocia con una mayor ansiedad en la población adulta (12).

En otro estudio realizado en Italia, los encuestados proporcionaron datos sobre depresión 32,8%, ansiedad 18,7% y estrés 27,2% de nivel alto o extremadamente alto (13). Estas cifras se pueden comparar con los resultados de un estudio en

China, donde el 53,8% de los encuestados calificó el impacto psicológico del brote como moderado o severo; de los cuales el 28,8% informó síntomas de ansiedad de moderados a graves (14,15).

La COVID-19, fue anunciado por primera vez por la (OMS) el 31 de diciembre de 2019 como una nueva neumonía viral, y posteriormente declarada como pandemia el 11 de marzo del 2021 (16). El brote del COVID-19 se ha extendido rápidamente por todo el mundo, la OMS informo que en el continente americano aporta el mayor número de casos. Así mismo, desde que se reportó el primer caso en Perú, hasta la fecha del 30 de agosto del 2021 hay un total de 216.867.420 casos confirmados acumulados y 4.507.837 muertes acumuladas (17).

En el departamento de Huancavelica, el primer caso se informó el 31 de marzo del 2020, se trataba de un adulto de 58 años de edad, procedente del distrito de Choclococha, provincia de Acobamba. Hasta la fecha (30 de agosto del 2021), se notificaron 15889 casos confirmados y 1134 defunciones por COVID-19 (7–11,18).

Hasta este punto, los resultados publicados sobre los impactos psicológicos del COVID-19, demuestran que después del inicio de la pandemia hasta este momento del 2021 ha aumentó la ansiedad, estrés y depresión. El virus COVID-19 representa una amenaza altamente transmisible para la salud y una tasa de morbi-mortalidad preocupante. Debido a la facilidad de propagación, las autoridades, como el estado peruano a través del DS N° 044-2020-PCM ha implementado pautas de distanciamiento social, lavado de manos, uso de mascarillas, órdenes de quedarse en casa, cuarentena y cierres de escuelas, actividades de ocio y negocios. Estos tipos de restricciones crean una carga social y económica; no obstante, también han generado impactos adicionales en la salud mental y el bienestar, ya que las personas se aíslan de los demás, trabajan desde

casa, pierden empleos, pierden salarios, incurrir en deudas, reducen la actividad física y el ejercicio; todo esto genera ansiedad.

Algunas personas con alta ansiedad por la salud durante la pandemia pueden causar hacinamiento en el sistema de salud al acudir a médicos y hospitales con frecuencia. Otras personas con mucha ansiedad pueden ser reacias a buscar asistencia médica debido a la preocupación de que los hospitales sean fuentes de transmisión. Por el contrario, las personas con poca ansiedad por la salud pueden mostrarse reacias a cumplir con las advertencias relacionadas con el control de la pandemia y pueden comportarse de manera muy relajada (19).

En este sentido, esta investigación contribuye en las autoridades del sector salud en conocer el nivel de ansiedad que padecen los adultos en tiempos del COVID-19 para en base a ello proponer actividades y estrategias de intervención inmediata y a largo plazo para mejorar la salud mental de las personas que termina siendo un aporte social y psicológico en la sociedad. El identificar estas estrategias permitirá direccionar la intervención individual, familiar y comunitaria para el logro de mejores objetivos en la prestación de atención de la salud mental.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de ansiedad en adultos atendidos en tiempos COVID 19 en el Hospital Zacarías Correa Valdivia Huancavelica, 2021?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar el nivel de ansiedad en adultos atendidos en tiempos COVID 19 en el Hospital Zacarías Correa Valdivia Huancavelica, 2021.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar a adultos atendidos en tiempos COVID-19 según edad, estado civil, ocupación y grado de instrucción.
- Identificar la ansiedad psíquica en adultos atendidos en tiempos COVID 19 según la escala de ansiedad de Hamilton.
- Identificar la ansiedad somática en adultos atendidos en tiempos COVID 19 según la escala de ansiedad de Hamilton.

1.4. JUSTIFICACIÓN

La salud mental aporta de manera significativa a la calidad de vida y a una plena participación social; en este sentido, en este sentido, los trastornos mentales instituyen una importante carga económica y social, tanto por su frecuencia, coexistencia y comorbilidad, como por la discapacidad que producen.

La ansiedad por la salud es un fenómeno multifacético, que consiste en emociones angustiantes, excitación fisiológica y sensaciones corporales asociadas, pensamientos e imágenes de peligro y evitación y otras conductas defensivas; por lo tanto, es esencial implementar intervenciones apropiadas de salud clínica y mental. Así mismo, en una emergencia de salud pública internacional como la que estamos viviendo, es importante investigar el impacto psicológico de la pandemia en las poblaciones reales con el fin de desarrollar estrategias para reducir los síntomas durante la crisis.

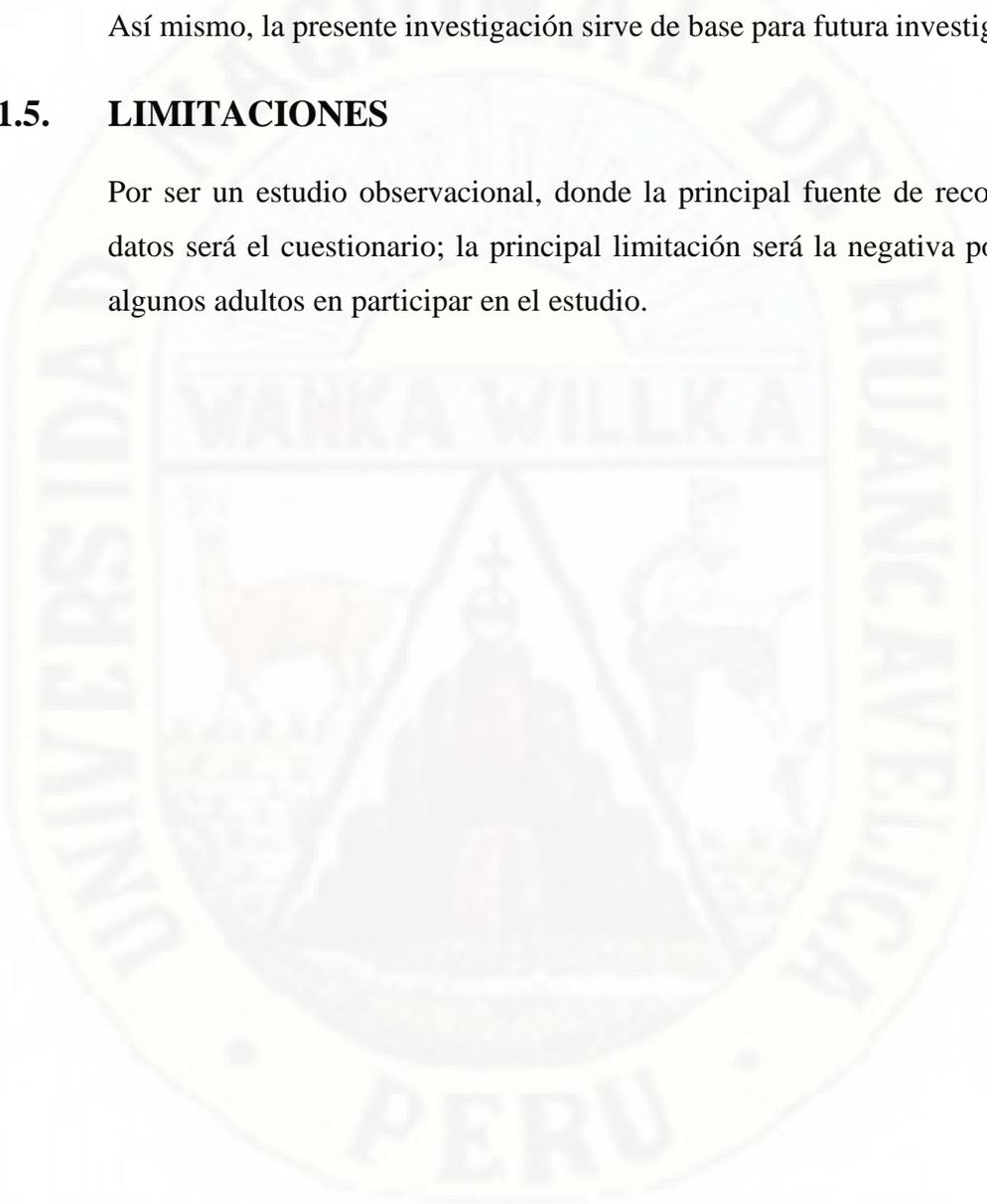
Con la presente investigación se conocerá el nivel de ansiedad de los adultos, ya que cada grupo etario puede percibir el riesgo de manera diferente; así mismo, los resultados de este estudio orientarán la determinación del efecto de la pandemia en el nivel de ansiedad. Por otro lado, los datos del estudio contribuirán a analizar las necesidades psicológicas de los que afrontan la pandemia, con el fin de implementar servicios preventivos de salud mental. Cabe resaltar que la

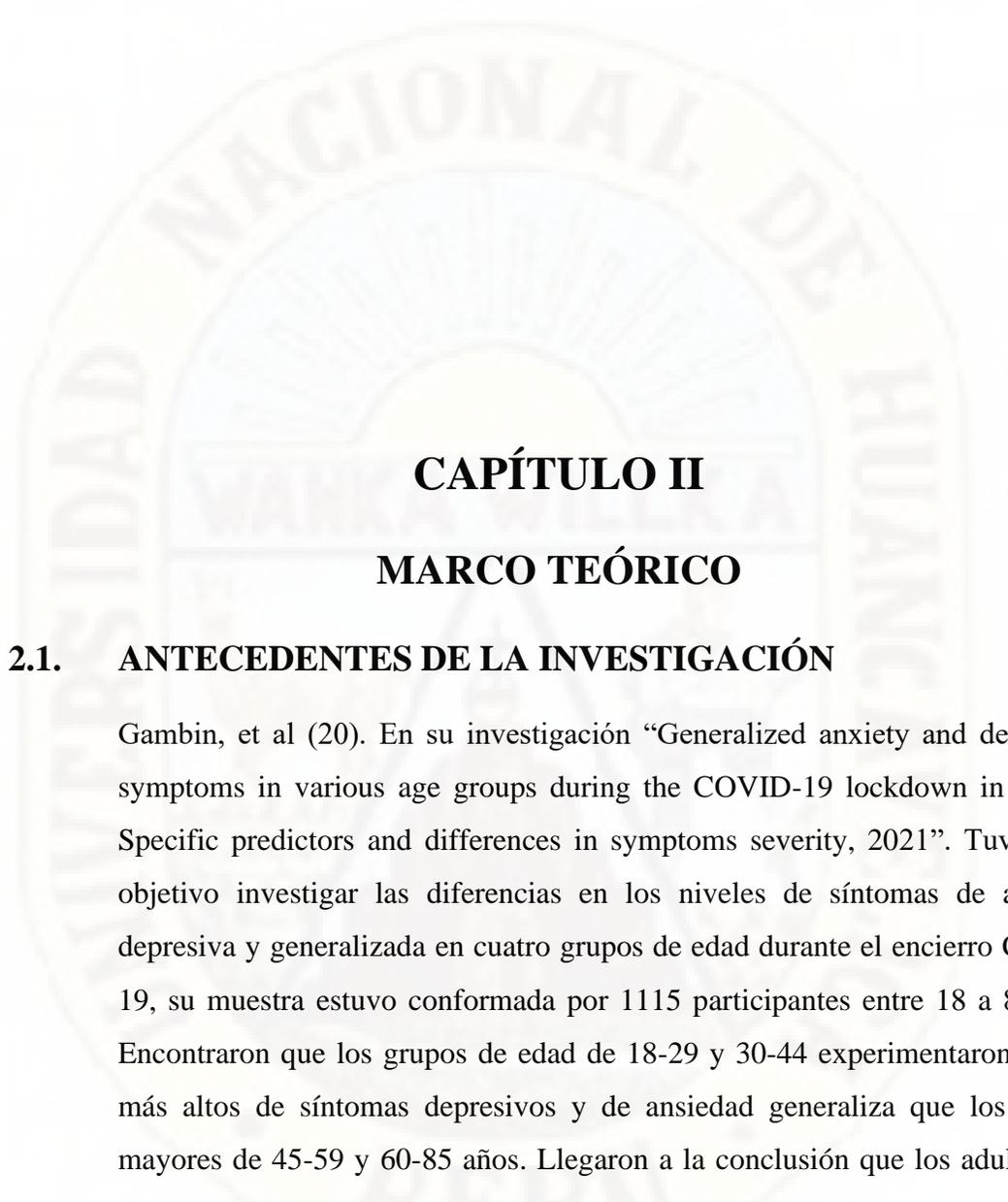
ansiedad por la salud es importante para influir en el éxito o el fracaso de cada una de estas estrategias, por ende, es importante conocer su prevalencia.

Así mismo, la presente investigación sirve de base para futura investigaciones.

1.5. LIMITACIONES

Por ser un estudio observacional, donde la principal fuente de recolección de datos será el cuestionario; la principal limitación será la negativa por parte de algunos adultos en participar en el estudio.





CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Gambin, et al (20). En su investigación “Generalized anxiety and depressive symptoms in various age groups during the COVID-19 lockdown in Poland. Specific predictors and differences in symptoms severity, 2021”. Tuvo como objetivo investigar las diferencias en los niveles de síntomas de ansiedad depresiva y generalizada en cuatro grupos de edad durante el encierro COVID-19, su muestra estuvo conformada por 1115 participantes entre 18 a 85 años. Encontraron que los grupos de edad de 18-29 y 30-44 experimentaron niveles más altos de síntomas depresivos y de ansiedad generaliza que los adultos mayores de 45-59 y 60-85 años. Llegaron a la conclusión que los adultos más jóvenes son más vulnerables a los síntomas depresivos y de ansiedad generalizada durante el encierro del COVID-19.

Cao, et al (21). En su investigación “The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China, 2020”. Tuvo como objetivo evaluar la salud mental de estos estudiantes durante el brote de COVID-19, su muestra estuvo conformada por 7173 estudiantes. Dentro de las características

demográficas, encontraron que el 43,83% vivía en zonas rurales, el 95,4% vivía con sus padres y el 52,86% de los padres de los estudiantes no tenían ingresos fijos; así mismo, la mayoría de los participantes (99,45%) no tenían familiares o conocidos que estuvieran infectados con COVID-19. En cuanto a la ansiedad, encontraron que el 0.9% de los encuestados experimentaban ansiedad severa, 2.7% ansiedad moderada y 21.3% ansiedad leve.

Cai, et al (22). En su investigación “Psychological Distress and Its Correlates Among COVID-19 Survivors During Early Convalescence Across Age Groups, China, 2020”. Tuvo como objetivo examinar la angustia psicológica y los factores predictores asociados de la enfermedad del coronavirus de 2019 (COVID-19) en los sobrevivientes de la convalecencia temprana; su muestra estuvo conformada por 126 sobrevivientes. Encontraron que el 52,4% fueron mujeres y el 47,6% fueron varones, así mismo, encontraron que el 89,4% tenían edad más joven (menor a 60 años) y el 20,6% tenían edad avanzada (mayor a 60 años). En cuanto a los malestares psiquiátricos, encontraron que la tasa general de aparición de malestar psiquiátrico entre esta cohorte clínica fue del 54,8%, donde; el 22,2% presento síntomas de ansiedad clínicamente significativos: de los cuales el 11,5% eran supervivientes mayor a 60 años; también encontraron que los sujetos mayores informaron síntomas de ansiedad menos graves que los más jóvenes.

Solomou y Constantinidou (23); en su investigación “Prevalence and Predictors of Anxiety and Depression Symptoms during the COVID-19 Pandemic and Compliance with Precautionary Measures: Age and Sex Matter, 2020”. Tuvo como objetivo comprender y caracterizar los efectos psicosociales de la pandemia COVID-19 en la población general e identificar riesgos y factores protectores que predicen cambios en el estado de salud mental; su muestra estuvo conformada por 1642 participantes. Encontraron que, el 71,6% eran mujeres, 28.4% eran hombres; dentro del impacto de la ansiedad, el 589 (35,9%) tenían

un puntaje GAD bajo y dentro de los rangos saludables (puntaje: 0-4); el 673 (41%) informó una puntuación de GAD leve (puntuación: 5-9), mientras que 230 (14%) de los encuestados informaron una puntuación de GAD moderada (puntuación: 10-14) y 150 (9,1%) los encuestados informaron una puntuación de TAG grave (puntuación: 15-21).

Tee, et al (24). En su investigación “Psychological impact of COVID-19 pandemic in the Philippines, 2020”. Tuvo como objetivo establecer la prevalencia de los síntomas psiquiátricos; donde, su muestra estuvo conformada por 2700 participantes. En cuanto a las características demográficas encontraron que: la mayoría eran mujeres (69%), bien educadas (68,5%, al menos una licenciatura), residentes de Filipinas (96,6%), solteras (63,7%), empleadas (61,4%), profesionales no sanitarios (67,6%), sin hijos (65,8%) y miembros de un hogar de 3-5 personas (54,4%); así mismo, encontraron que la edad media de los encuestados fue de 34,5 años (DE, 13,4 años). Por otro lado, dentro del estado de salud mental de los encuestados encontró que: para la sub-escala de ansiedad, 1157 (61,6%) informaron puntuaciones normales (puntuación: 0-6); 181 (9,6%) informaron síntomas leves de ansiedad (puntuación: 7-9); 333 (17,7%) informaron síntomas de ansiedad moderados (puntuación: 10-14); y 208 (11,1%) informaron síntomas de ansiedad de severos a extremadamente severos (puntajes 15-42). Llegaron a la conclusión que, durante la fase inicial de la pandemia en Filipinas, una cuarta parte de los encuestados reportó ansiedad de moderada a severa.

Shah, et al (6). En su investigación “Prevalence, Psychological Responses and Associated Correlates of Depression, Anxiety and Stress in a Global Population, During the Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic, 2020”. Tuvo como objetivo evaluar la prevalencia, las respuestas psicológicas y los correlatos asociados de depresión, ansiedad y estrés en una población mundial durante la pandemia de la enfermedad por coronavirus (COVID-19), un estudio transversal

donde su muestra estuvo conformada por 678 encuestados. Encontraron que las mujeres encuestadas constituían el 57,2% (n = 388) de la muestra, mientras que el 42,8% eran hombres (n = 290). En cuanto a las puntuaciones generales de ansiedad encontraron que: el 49,1% no tenían características de ansiedad, mientras el 50,9% de los participantes mostraron rasgos de ansiedad, de los cuales el 24,5% tenía ansiedad moderada, el 10,2% sufría de ansiedad extremadamente severa, el 9,3% tenía ansiedad leve y el 6,9% tenía ansiedad severa.

Oblitas y Sempertegui (25), en su investigación “Ansiedad en tiempos de aislamiento social por COVID-19 Chota, Perú, 2020”. Tuvo como objetivo identificar el nivel de ansiedad según las características sociodemográficas de los adultos en aislamiento social obligatorio por COVID-19, su muestra estuvo conformada por 67 participantes. Encontraron que el 43,3% de los participantes presentaron ansiedad, de los cuales el 20,9 % presentan ansiedad leve, el 13,4 % moderada y el 9 % severa; así mismo, encontraron que el nivel de ansiedad según variables sociodemográficas fue más frecuente en el sexo femenino, en personas de 40 o más años, estar casados/convivientes y divorciados/ separados, cuando hay afectación económica o cuando no se realizan actividades distractoras.

2.2. BASES TEORICAS

2.2.1. ANSIEDAD

DEFINICIÓN

La ansiedad es una emoción que surge ante situaciones ambiguas, en las que anticipa una amenaza futura, que surge de la percepción de estímulos generales potencialmente dañinos, evocando un estado de inquietud, agitación, preocupación e hipervigilancia; así mismo, se le considera una conducta adaptativa, ya que promueve

la supervivencia induciendo al individuo a mantenerse alejado de situaciones y lugares con un peligro potencial (26,27).

La ansiedad implica tres sistemas de repuestas, las cuales son:

- Subjetivo-cognitivo: Experiencia interna, percepción y evaluación subjetiva de los estímulos. Dentro de la respuesta cognitiva esta: la inseguridad, miedo, temor, pensamientos negativos, aprensión, etc (26).
- Fisiológico-somático: Activación del sistema nervioso autónomo. los síntomas fisiológicos son palpitaciones, respiración rápida, vómitos, náuseas, micciones frecuentes, tensión muscular, etc (26).
- Motor-conductual: escape y evitación. Aluden a comportamientos observables como consecuencia de la actividad subjetiva y fisiológica, las cuales son: hiperactividad, paralización motora, tartamudeo, conductas de evitación, movimientos repetidos, torpes y desorganizados (26).

No obstante, la ansiedad puede convertirse en un trastorno mental o patológico, cuando esta conducta surge recurrentemente o es prolongada como una respuesta anticipatoria involuntaria e intensa ante una amenaza potencial, ya sea real o supuesta (26,27).

ANSIEDAD NORMAL Y PATOLÓGICA

La diferencia entre la ansiedad normal y patológica se describen a continuación:

- Ansiedad normal: es una respuesta emocional compleja que se activa ante procesos de evaluación y reevaluación cognitiva, mecanismo de defensa frente a amenazas de la

vida diaria, reactiva a una circunstancia ambiental, función adaptativa, mejora el rendimiento, es más leve, menor componente somático y no genera demanda de atención psiquiátrica (26,28).

Ansiedad patológica: Es una respuesta emocional exagerada y desproporcionada en relación con el valor objetivo de amenaza que posee la situación estímular. Deriva de una cognición disfuncional que atribuye una valoración errónea de peligro. Interfiere directamente con el manejo efectivo y adaptativo de circunstancias aversivas o difíciles. Puede bloquear una respuesta adecuada a la vida diaria, desproporcionada al desencadenante, función desadaptativa, empeora el rendimiento, es más grave, mayor componente somático y genera demanda de atención psiquiátrica (26,28).

ETIOLOGÍA DE LA ANSIEDAD

La etiología constituye un modelo complejo, donde interactúan múltiples factores: biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje. Desde el punto de vista biológico la ansiedad tiene su base en ciertas zonas del tallo cerebral que están involucradas en el desarrollo y transmisión de la angustia (núcleos del Rafe, locus ceruleus, hipocampo y amígdala) (29).

- Factores biológicos: los factores genéticos son importantes en la predisposición de los TA(26,30,31).
- Factores psicosociales: dentro de esto se encuentran los estresores psicosociales (interpersonal, laboral, socioeconómico, etc), son factores precipitantes, agravantes o causales (26,30,31).

- Factores traumáticos: los acontecimientos traumáticos fuera del rango de la experiencia humana normal, como: accidentes graves, desastres, violaciones, etc, provoca daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad (26,30,31).
- Factores psicodinámicos: la ansiedad como señal de alarma provoca que el sujeto adopte medidas defensivas; si las defensas tienen éxito la ansiedad desaparece y si no sale libremente o se contienen, según el tipo de defensa empleada, puede presentar síntomas conversivos, disociativos, fóbicos y obsesivos (26,30,31).
- Factores cognitivos y conductuales: la ansiedad se presenta por una sobrevaloración amenazante de los estímulos y una infravaloración de sus potencias personales. Así mismo, por estímulos externos y por mecanismos de condicionamiento y generalización se pueden aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas de los demás (26,30,31).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las características clínicas de los TA son los mismo que el de la ansiedad no patológica, diferenciándose de ella en cuanto a la duración.

Los síntomas de la ansiedad van desde los sentimientos de desasosiego hasta episodios de terror paralizantes. Los síntomas somáticos o cognoscitivos son: palpitaciones, sacudidas del corazón, elevación de la frecuencia cardiaca, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, nauseas o

molestias abdominales, mareo, desmayo, miedo, parestesias y escalofríos o sofocaciones (26,28).

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Los TA comprenden un grupo amplio de trastornos mentales y pueden alcanzar un estado incapacitante dependiendo de la sintomatología del individuo. Dentro de las características generales de estos tipos de trastorno se presenta el miedo excesivo, evitación de amenazas percibidas, angustia y ataque de pánico; así mismo, la generación y modulación de este trastorno se debe a anormalidades en el funcionamiento de núcleos cerebrales como la amígdala, el hipocampo, el hipotálamo, la corteza prefrontal y tronco encefálico (27).

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS

Los TA por lo general producen angustia intensa y miedo, que se acompaña de opresión en el pecho, preocupación y tensión.

- TA generalizado: es el desorden de ansiedad más común en adultos y el promedio de inicio de este desorden es alrededor de los 30 años, se asocia con una inquietud constante, fatiga, dificultad para concentrarse, tensión muscular, interrupción o sueño insatisfecho (27).
- TA por separación: Se caracteriza por la presencia de miedo excesivo, donde la característica recurrente es la angustia al anticipar o experimentar la separación, preocupación persistente, reticencia a cambiar de entorno y el miedo a estar solo(27).
- Mutismo selectivo: se relaciona con ansiedad social y excesiva timidez y no se relaciona con deficiencia lingüística o intelectual (27).

- Fobia específica: es el miedo excesivo a objetos o situaciones, desproporcionados al peligro real.
- TA social: Se caracteriza por presentar temor en situaciones sociales basadas principalmente en la evaluación por otros del desempeño del individuo (27).
- Trastorno de pánico: son episodios repentinos de pánico con miedo e incomodidad intensa, donde los síntomas somáticos son la sudoración, temblor, falta de aliento, sensación de ahogo y palpitaciones.
- TA inducido por sustancias y/o medicamentos: es la ansiedad o ataques de pánico durante o después de consumo de sustancias o el retiro de estas.
- TA especificados: Son los periodos de ansiedad o angustia que no son persistentes en la persona; se presentan síntomas significativos, pero no se cumple con los criterios diagnósticos.
- TA no especificados: presenta síntomas característicos de los TA pero no se cumple con todos los criterios diagnósticos (26,27).

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo para los TA son múltiples, dentro de ellos: antecedentes heredofamiliares de ansiedad, experiencias adversas en la infancia, factores estresantes de la vida y el uso de sustancias. No obstante, existen otros trastornos psiquiátricos que pueden enmascarar la ansiedad, como la depresivos.

Finalmente, otro factor de riesgo es el sexo, ya que hay mayor prevalencia en el sexo femenino, sobre todo en el periodo de la posmenopausia (26,27).

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

Estas intervenciones farmacológicas y no farmacológicas tienen como objetivo reducir los síntomas del miedo y angustia.

Terapia farmacológica: El enfoque farmacológico actual trata de inducir un efecto ansiolítico rápido que requiere un tratamiento crónico para atenuar los síntomas de la ansiedad patológica, las cuales son: inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina (Fluoxetina, Paroxetina y Sertralina); inhibidores de la recaptura de serotonina y norepinefrina (Dduloxetina); agonistas gabaérgicos benzodiazepinas (Alprazolam, Clonazepam, Diazepam); inhibidores de la recaptura de serotonina y norepinefrina antidepresivos tricíclicos (Doxepina, Imipramina); y agonista parcial del receptor 5-HT1A y receptores a dopamina D2 y D3 (Buspirona) (26,27).

- Terapia no farmacológica: se basa en intervenciones psicoterapéuticas, aplicando estrategias cognitivo-conductuales y técnicas de exposición para ayudar a los pacientes a superar las creencias desadaptativas y las conductas de evitación que refuerzan la patología. Así mismo, la herbolaria, acupuntura y técnicas de estimulación eléctrica transcraneal ayudan a mejorar los síntomas de TA generalizado (26,27).

PREVENCIÓN

Prevención primaria: consiste en la identificación de los individuos de alto riesgo e introducir estrategias para reducir el riesgo.

Prevención secundaria: consiste en la detección precoz y el tratamiento adecuado de los nuevos casos.

Prevención terciaria: consiste en disminuir el riesgo de recaídas y minimizar la discapacidad y minusvalía en los casos en que los síntomas son prolongados y severos (26).

2.2.2. ESCALAS DE EVALUACION DE ANSIEDAD

Sirven para cuantificar o precisar un problema, son instrumentos de detección; útiles para el seguimiento de la evolución clínica.

Se exponen las siguientes escalas para la evaluación de la ansiedad:

- Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg: es utilizada para evaluar la severidad y evolución del trastorno, es un instrumento sencillo, breve y de fácil manejo (32,33).
- Escala de Hamilton para la Ansiedad: Valora los signos y síntomas ansiosos, dando como resultado la frecuencia e intensidad del proceso ansioso somático o psíquico. Esta escala, está compuesto por 14 ítems, siendo 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente. En cada ítem se indica una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no existen puntos de anclaje específicos. La puntuación va de 0 a 4 puntos en cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo, siendo la puntuación total la suma de cada uno de los ítems, siendo el rango de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13) (32–34).

- Escala HAD-Hospital, Ansiedad y Depresión: se utiliza para evaluar la ansiedad y depresión en los servicios hospitalarios de consulta externa no psiquiátricos (32,35).
- Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo: es un cuestionario auto administrativo; donde: la ansiedad de estado es la condición emocional transitoria y la ansiedad de rasgo es la personalidad (32).
- Inventario de ansiedad de Beck: evalúa los síntomas de ansiedad, evaluando las conductas anormales o patológicas (32).
- Escala de valoración del estado de Ánimo (EVAE): Utiliza adjetivos como estímulos, se ajusta a las necesidades de evaluación de los estados de ánimo y las necesidades del paciente (32).

2.2.3. COVID 19

ORIGEN

La COVID-19 se originó en la ciudad de Wuhan-China en diciembre del 2019, y fue declarado como pandemia el 11 de marzo del 2021. La OMS nombro este virus como la nueva COVID-19 y el Comité Internacional de Taxonomía de Virus lo nombro SARS-Cov-2 (16).

ESTRUCTURA Y FUNCIÓN

El SARS-CoV-2 es un virus de ARN monocatenario de sentido positivo cuyo genoma está compuesto por 29.903 nucleótidos. El genoma codifica el proteoma viral, compuesto por cuatro glicoproteínas estructurales principales de superficie, a saber, pico (S), matriz (M) y envoltura (E) y la nucleoproteína (N), así como 16 proteínas no estructurales (NSP). Las últimas proteínas se generan a partir de la escisión de dos grandes polipéptidos: así

mismo, el genoma viral también contiene varios ORF adicionales, que codifican las proteínas accesorias involucradas en las interacciones virus-huésped (36,37).

La glicoproteína S forma un homotrímero que sobresale de la membrana celular y le da al virus la apariencia de una corona; esta es responsable de la unión del virus a los receptores de la célula huésped, a saber, la enzima convertidora de angiotensina-2 (ACE2). Por otro lado, la glicoproteína es la proteína estructural más abundante, que a través de interacciones con otras proteínas estructurales le da al virus su estructura física; también interactúa con la proteína S para retener el virus en el retículo endoplásmico (ER) -complejo de Golgi, donde los nuevos viriones se ensamblan y posteriormente se excretan a través de vesículas secretoras. El exceso de carga de las proteínas virales durante la infección con el SARS-CoV-2 podría abrumar al RE y provocar estrés en el RE y la consiguiente activación de la respuesta de la proteína desplegada (UPR). La nucleoproteína o proteína N interactúa directamente con el ARN viral y con las proteínas de la membrana, como la proteína M, y forma la nucleocápside, que proporciona estabilidad al genoma viral dentro de la envoltura. También permite la replicación viral (38–40).

El genoma viral también codifica 16 NSP, que están involucrados no solo en la replicación viral sino también en la supresión de las defensas del hospedador mediante varios mecanismos, incluida la degradación de los ARNm del hospedador y la inactivación de la traducción de proteínas. Estos NSP junto con las proteínas codificadas por los ORF y las proteínas estructurales interactúan con más de 300 proteínas humanas para influir en varios efectos biológicos. A través de interacciones cooperativas meticulosas,

las proteínas virales confieren al virus la capacidad de replicarse eficazmente copiando el ARN viral, evadiendo la detección por parte del sistema inmunológico del huésped y destruyendo las defensas del huésped (41,42).

PATOGENIA

La glicoproteína S, que le da al virus su corona, es fundamental para iniciar la entrada del virus en la célula huésped. La proteína S es una proteína homotrimérica compuesta por dominios funcionales S1 y S2. El dominio de unión al receptor (RBD) de la proteína S se encuentra dentro del dominio S1. Reconoce la proteína ACE2 humana, que escinde la angiotensina 1 en angiotensina 1-9 y la angiotensina II en angiotensina 1-7, esta última con posibles efectos beneficiosos sobre el sistema cardiovascular. La afinidad de la proteína S del SARS-CoV-2 por el receptor ACE2 humano es varias veces mayor que la del SARS-CoV (38,43).

En el estado abierto, que es el estado predominante de la proteína S, el RBD de la proteína S se une a la ACE2, iniciando la entrada viral en la célula huésped. Sin embargo, la entrada viral exitosa después de la unión del RBD de la proteína S a la ACE2 requiere la escisión proteolítica de la proteína S por las proteasas de tipo furina, tripsina y catepsina, y la serina proteasa TMPRSS2 (44,45). Las modificaciones proteolíticas del complejo proteico S1 / ACE2 se consideran una etapa crítica en la entrada viral, ya que la inhibición de TMPRSS2 con mesilato de camostat, inhibidor de serina proteasa, bloquea la entrada de SARS-CoV-2 en las células epiteliales (46). TMPRSS2 también escinde el receptor ACE2, lo que también podría facilitar la entrada de

SARS-CoV-2 en las células huésped (47). Además, FURIN también es un candidato para modificar proteolíticamente la proteína S y mejorar la entrada viral en la célula huésped (44,45). Después de la escisión proteolítica de S1 por TMPRSS2, el dominio S2 se fusiona con la membrana de la célula huésped, permite la entrada celular del virus por endocitosis y la posterior liberación del ARN viral en el citoplasma de la célula huésped. La vía endocítica canónica es la formación de vesículas de membrana dependiente de clatrina. Sin embargo, los virus podrían ingresar a la célula a través de vías no canónicas, como caveolas y endocitosis dependiente de flotilina. Dado el mecanismo de entrada anterior, la coexpresión de ACE2 y TMPRSS2 y posiblemente otras proteasas del huésped en el mismo tipo de célula se considera esencial para la infección con SARS-CoV-2. Los datos del Atlas de proteínas humanas muestran que ACE2 se expresa abundantemente en las células alveolares de tipo II de las células epiteliales pulmonares, nasales y bronquiales, así como en las células epiteliales del aparato digestivo. tracto (duodeno e intestino delgado), riñón y células testiculares. Los conjuntos de datos de secuenciación de ARN de una sola célula muestran la expresión predominante de ACE2 en la mucosa nasal, los pulmones y el intestino delgado (48,49).

TMPIRSS2 se expresa en las células alveolares de tipo II, tracto gastrointestinal, riñón, epidídimo, próstata, páncreas y glándulas paratiroides (49). La coexpresión de ACE y TMPPIRSS2 en el pulmón proporciona una explicación plausible de la participación predominante del sistema respiratorio en COVID-19 (50).

Una vez liberado en el citoplasma de la célula huésped, el ARN viral recluta los ribosomas de traducción del huésped para

sintetizar varias proteínas virales necesarias para su replicación. Se expresan dos grandes cadenas polipeptídicas a partir del ARN viral, que luego se escinden en NSP, incluida la ARN polimerasa dependiente de ARN. Se forma una combinación de proteínas virales y del huésped, denominado complejo replicasa-transcriptasa, que media la síntesis del nuevo ARN viral y la expresión de las proteínas estructurales, incluida la nucleocápside. El ARN viral recién sintetizado y las proteínas estructurales se ensamblan en el retículo endoplásmico (RE) -Aparato de Golgi para formar nuevos viriones. El sistema ER-Golgi también procesa la formación de las vesículas virales secretoras y la exportación subsiguiente de los virus recién formados desde la célula huésped a través de la exocitosis (39,46).

RESPUESTA INMUNE

Los virus del SARS utilizan una serie de mecanismos para evadir la detección por parte de la respuesta inmune del huésped, incluida la supresión de la respuesta del interferón del huésped, la imitación de la tapa 5' del huésped en los ARNm y la inhibición de las vías de señalización que median la expresión génica de la célula del huésped. A pesar de estos mecanismos evasivos, las células presentadoras de antígenos del hospedador, como los macrófagos y las células dendríticas, utilizan sus receptores de reconocimiento de patrones, incluidos los receptores tipo Toll para reconocer el patrón molecular asociado a patógenos en las proteínas virales e instigar las respuestas inmunitarias del hospedador. El reconocimiento, a través de una serie de cascadas de señalización, activa factores transcripcionales y efectores de expresión génica, incluidos NFkB, IRF3 y MAPK, y conduce a la

expresión de citocinas y quimiocinas proinflamatorias, como IL6 y factor de necrosis tumoral α (TNF α) y MCP1 (42) (51).

Las células inmunes del huésped expresan y liberan más de una docena de citocinas y quimiocinas que inducen un estado hiperinflamatorio, a menudo denominado tormenta de citocinas. Los eventos ocurren predominantemente en los pulmones, pero en gran parte debido a los efectos sistémicos de las citocinas y quimiocinas, también están involucrados otros órganos, incluido el corazón. De acuerdo con el importante papel de las citocinas proinflamatorias, los niveles de expresión de varias citocinas y quimiocinas se han asociado con la gravedad de la enfermedad y los resultados clínicos en pacientes con COVID-19 (52).

A nivel celular, la respuesta inmune del huésped, incluida la expresión de citocinas, conduce a la activación y expansión rápida de las células T CD8 + citotóxicas, que atacan y matan a las células del huésped infectadas con el virus. Asimismo, se activan las células T CD4 +, que a su vez señalan a un subconjunto de las células B productoras de anticuerpos (células plasmáticas), lo que provoca la generación de anticuerpos. Estos anticuerpos son específicos de las proteínas virales y se componen de IgM e IgG. Mientras que el primero aumenta en unos pocos días y disminuye en varias semanas, el segundo aumenta en 2-3 semanas, pero permanece mucho más tiempo. Es este último anticuerpo, junto con las células T de memoria, el que confiere inmunidad al huésped a la reinfección con SARS-CoV-2 (42).

VARIANTES

Hasta la fecha se han reportado y cuatro variantes de preocupación y dos variantes de interés.

- Variantes de preocupación (VOI)

Variante alfa (B.1.1.7.): detectada por primera vez en el reino unido; es altamente transmisible y produce los síntomas ya conocidos del coronavirus (53).

Variante Beta (B.1.351.): fue reportado inicialmente en Sudáfrica; Se transmite con mucha facilidad y produce síntomas comunes de la infección (53).

Variante Gamma (P.1.): Fue reportado inicialmente en Brasil, es una variante que se contagia rápidamente, debido a que puede escapar parcialmente a la inmunidad tanto natural como provocada por la vacuna (53,54).

Variante Delta (B.1.617.2.): fue reportado por primera vez en India; su mayor característica es que se transmite con mayor rapidez que las otras, puede escapar parcialmente a la inmunidad tanto natural como provocada por la vacuna. Los síntomas reportados de personas contagiadas con esta variante son dolor de cabeza, dolor de garganta y secreción nasal (53,54).

- Variantes de interés (VOI)

Variante Lambda (C.37): Reportada en un inicio en Sudamérica; es una cepa que produce una mayor cantidad de contagios y los síntomas comunes asociados a ella (53,54).

Variante Kappa (B.1.617.1.): Fue reportada en India; produce un mayor contagio del virus, con síntomas comunes de la infección (53).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La diseminación viral puede ocurrir aproximadamente 3 días antes de la aparición de los síntomas y continúa durante una semana después de la aparición de los síntomas. En aquellos que presentan síntomas, el período de incubación varía de 2 a 14 días (promedio de 5 días) (55).

Los síntomas más comunes son fiebre o escalofríos, tos, disnea, fatiga, mialgia, dolor de cabeza, nueva pérdida del gusto (disgusia) u olfato (anosmia), dolor de garganta, rinorrea, náuseas, vómitos y diarrea (56).

La enfermedad es autolimitada en la mayoría de los pacientes, pero alrededor del 15% de los pacientes requieren hospitalización principalmente debido a hipoxia, en particular en aquellos con enfermedades comórbidas (57).

DIAGNOSTICO

El diagnostico se basa en:

- Presentación clínica: Los síntomas son: diarrea, vómitos, mareos, fatiga, cefalea, dificultad respiratoria (58).
- Pruebas de detección inespecíficas para COVID-19 en pacientes expuestos: Un hemograma completo suele mostrar un recuento normal o bajo de glóbulos blancos y linfopenia; esta aumentado la proteína C reactiva (PCR) y la velocidad de sedimentación globular (58).
- Hallazgos radiológicos: la imagenología computarizada (TC) es esencial para monitorear la progresión de la enfermedad y evaluar la efectividad terapéutica. El sello distintivo de COVID-19 son las opacidades múltiples,

bilaterales, posteriores y periféricas en vidrio esmerilado con o sin consolidación pulmonar y, en casos graves, sombras infiltrantes (58).

- Diagnóstico inmunológico: Las técnicas inmunológicas que incluyen el ensayo de inmunofluorescencia, la prueba de anticuerpos de fluorescencia directa, el ensayo de detección de proteína de la nucleocápside, el chip de proteína, los puntos cuánticos de semiconductores y el ensayo de micro neutralización definen una unión entre un antígeno viral y un anticuerpo específico (58).

TRATAMIENTO

En nuestro país el tratamiento específico consta de:

- Fosfato de cloroquina 500 mg cada 12 horas durante 7-10 días, vía oral.
- Hidroxicloroquina 200 mg cada 8 horas durante 7-10 días, vía oral.
- Hidroxicloroquina 200 mg cada 8 horas durante 7-10 días, vía oral + Azitromicina 500 mg el primer día, luego 250 mg cada 24 horas durante 5 días, vía oral (59).

VACUNA

Las vacunas están diseñadas para enseñar al sistema inmunitario del organismo a reconocer y bloquear de manera segura el virus causante de la COVID-19:

- BNT162B2 - BioNTech / Pfizer (BNT/Pfizer) (COMIRNATY): consiste en una molécula de ARN mensajero que codifica la proteína S (Spike) del virus,

estabilizada, envuelta en una nanopartícula lipídica. Su eficacia es de un 95% (60).

- ARNm-1273 – MODERNA: se trata de una molécula de ARN mensajero que codifica al antígeno S-2P que incluye la glicoproteína, su lugar de anclaje a la membrana viral y el sitio de unión S1-S2. Su eficacia es del 94,1% (60).
- ChAdOx1 – UNIVERSIDAD DE OXFORD/ASTRA ZENECA
- ASTRA-ZENECA COVID-19 VACCINE): Se trata de una vacuna recombinante que utiliza un virus como vector, que expresa los antígenos del virus (60).
- Ad26.COV2S – JANSSEN VACCINES: Se trata de una vacuna recombinante cuyo vector es un adenovirus serotipo 26 (Ad26) que codifica la proteína S, completa y estabilizada. Su eficacia es del 66.9 % (60).
- CUREVAX (CVnCoV): Se trata de una vacuna mRNA (similar a la BNT/Pfizer Comirnaty, y a la Astra/Zeneca ChAdOx1), que codifica la proteína S (Spike) del virus (60).
- NOVAVAX (NVX-CoV2373): Se trata de una vacuna de subunidades, que contiene exclusivamente la proteína S en forma de nanopartículas termoestables, unida a un adyuvante Matrix-M, se ha comprobado que se une al receptor hACE2 (60).
- Gam-COVID-Vac - SPUTNIK V: Se trata de una vacuna basada en adenovirus recombinante; su eficacia es del 96.1% (60).

PREVENCIÓN

La transmisión entre humanos a humanos y a través de varias superficies como metal, cartón, plástico es muy alta en la enfermedad COVID-19. Por lo tanto, para prevenir la propagación del coronavirus (SARS-CoV-2), la OMS y otros ministerios de salud en varios países han recomendado varias acciones preventivas. Tales acciones preventivas incluyen distanciamiento social, uso de equipo de protección personal, mascarillas y desinfectantes para manos (61).

- Distanciamiento social: Según la recomendación de la OMS, las personas deben mantenerse al menos a una distancia de 3 m entre sí para reducir las posibilidades de transmisión de COVID-19 de persona a persona. Además de esto, también se deben evitar o prohibir las concentraciones masivas para llegar a la enfermedad en la etapa de transmisión comunitaria. Las personas que entraron en contacto directo con una persona infectada deben ser aisladas y puestas en cuarentena durante al menos 14 días para detener la transmisión (62).
- Equipo de protección personal: Los profesionales de la salud están utilizando EPP para protegerse de la infección por SAR-CoV-2 y evitar la transmisión secundaria en los hospitales. El EPP debe cubrir todo el cuerpo para prevenir las posibilidades de infección a través del paciente. Los profesionales de la salud también deben usar mascarillas respiratorias como N95 para evitar infecciones. (63).
- Mascarillas: Muchos organismos asesores de salud han obligado al uso de mascarillas en todo el mundo como medida preventiva para evitar la propagación del COVID-

19. La mascarilla controla la propagación del virus a través de las gotitas de una persona infectada actuando como un escudo / barrera para evitar la exposición de las partes críticas del cuerpo responsables de la propagación del COVID-19. Sin embargo, en ausencia de una mascarilla, es recomendable cubrirse la cara con el codo doblando sobre la cara o cubrir con un pañuelo / papel de seda mientras estornuda o tose (64).

- Desinfectantes de mano: Como medida preventiva, debe practicarse el lavado de manos con agua y jabón; así mismo, se debe desinfectar la mano con alcohol (el contenido de alcohol debe ser superior al 70%) (64)

2.2.4. ADULTO

Según Nassar y Abarca, el adulto es un ser humano, quien desde un punto de vista biológico se encuentra orgánicamente desarrollado, desde un enfoque económico, goza de independencia de sus padres y solvencia económica; y desde una perspectiva psicológica, es capaz de responsabilizarse por sus actos y de producir o realizar un aporte al medio social en el que se desarrolla, al tiempo que presenta cualidades psicológicas con independencia de criterio. Así mismo, clasifican al adulto en dos categorías: los adultos y la tercera edad, las cuales se subdividen a su vez en tres etapas conocidas como adulto joven (de los 18 a los 25 años), adulto medio (de los 26 a los 45 años), y adulto tardío (de los 45 a los 64 años) (65).

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

➤ **COVID-19**

La covid-19 pertenece a la familia Coronaviridae; la transmisión de esta enfermedad se basa principalmente en la exposición de un individuo sano a objetos contaminados o a individuos infectados; donde los principales síntomas frecuentes son: fiebre, tos seca, astenia, mialgias, artralgias, escalofríos, cefalea, odinofagia y disnea (66).

➤ **ADULTO**

Persona que ha dejado la infancia y adolescencia para alcanzar su desarrollo orgánico.

➤ **ANSIEDAD**

La ansiedad es una respuesta adaptativa a múltiples situaciones de la vida que se puede considerar normal. Es patológica cuando se produce ante estímulos inadecuados o inexistentes; o cuando la intensidad y duración de la respuesta ansiosa supera los límites adaptativos (31).

➤ **TRASTORNO DE ANSIEDAD**

Son aquellos síndromes en donde los síntomas de ansiedad (físicos y mentales) son importantes y persistentes, y no son secundarios a ningún otro trastorno (31).

2.4. HIPÓTESIS

Por ser un estudio descriptivo no requiere del planteamiento de hipótesis.

2.5. VARIABLE

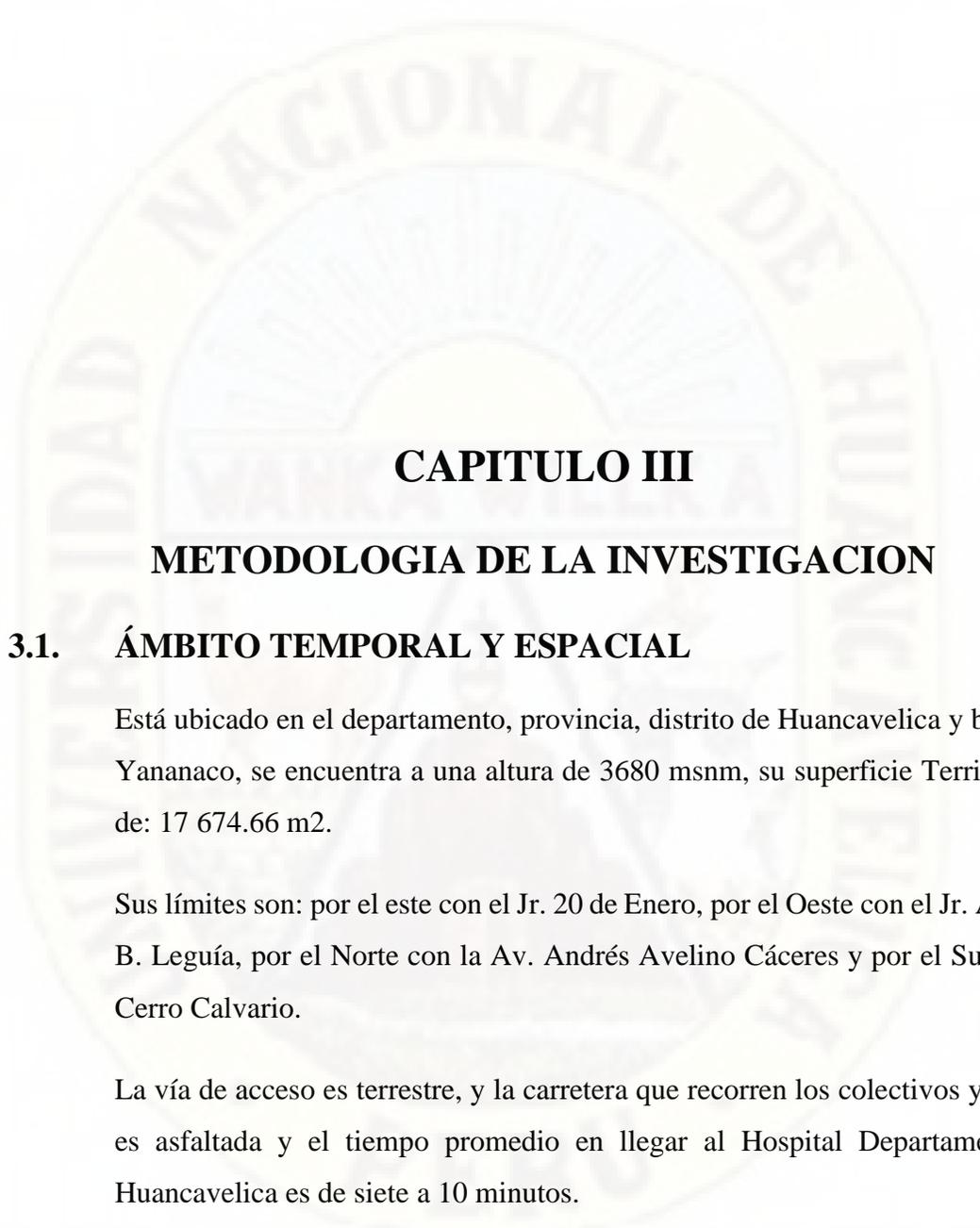
Univariable

- Nivel de ansiedad en adultos atendidos en tiempos COVID-19

2.6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLE

Univariable	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	ITEM	Valor
Nivel de ansiedad en adultos atendidos en tiempos COVID 19	La ansiedad es una reacción emocional adaptativa de emergencia que surge partir de diferentes situaciones que una persona percibe como amenazante y se manifiesta a nivel cognitivo, fisiológico y motor-conductual.	Aplicación de la escala de Ansiedad de Hamilton a adultos que acuden al Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia en tiempos de COVID-19	Características de los adultos	Sexo	¿Qué sexo tiene usted?	Masculino Femenino
				Estado civil	¿Qué estado civil tiene?	Soltero Casado Conviviente Viudo Divorciado
				Ocupación	¿Qué ocupación tiene?	Ama de casa Estudiante Trabajadora independiente Trabajadora dependiente
				Nivel de instrucción	¿Qué nivel de instrucción tiene?	Sin estudios Primaria Secundaria Superior no universitario Superior universitario
			Tipos de ansiedad	Ansiedad somática	Item7, item8, item9, item10, item11, item12 e item13.	Escala de ansiedad de Hamilton
Ansiedad psíquica	Item1, item2, item3, item4,					

					item5, item6 e item14.	
			Nivel de ansiedad	Ítems: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10, 11,12,13,14	Leve (<17puntos) Moderada (18 a 24puntos) Severa (25 a 30puntos) Muy severa (31 a 56puntos)	Escala de ansiedad de Hamilton



CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. ÁMBITO TEMPORAL Y ESPACIAL

Está ubicado en el departamento, provincia, distrito de Huancavelica y barrio de Yananaco, se encuentra a una altura de 3680 msnm, su superficie Territorial es de: 17 674.66 m².

Sus límites son: por el este con el Jr. 20 de Enero, por el Oeste con el Jr. Augusto B. Leguía, por el Norte con la Av. Andrés Avelino Cáceres y por el Sur con el Cerro Calvario.

La vía de acceso es terrestre, y la carretera que recorren los colectivos y combis es asfaltada y el tiempo promedio en llegar al Hospital Departamental de Huancavelica es de siete a 10 minutos.

El Hospital Regional Zacarias Correa Valdivia, es un establecimiento de salud encargado de prestar atención integral de salud a las personas, cuenta con más de cuatro especialidades de atención médica, realizando además acciones

preventivas, a través de los programas de salud; y recuperativa a través de especialidades.

El Hospital Regional Zacarias Correa Valdivia de Huancavelica es un órgano Desconcentrado, con dependencia, jerárquica y funcional de la Dirección Regional de Salud Huancavelica, en el aspecto técnico normativo del Ministerio de Salud con personería jurídica de derecho público, cuenta con la categoría II-2 asignada mediante resolución Directoral N° 1498-2008-DIRESA/HVCA. Como tal es la responsable de satisfacer la necesidad de salud de la población en general, brindando atención integral ambulatoria y hospitalaria especializada, con énfasis en la recuperación y rehabilitación del problema de salud.

3.2. TIPO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación fue de tipo observacional, prospectivo, corte transversal, y descriptivo. Es observacional porque los datos reflejan la evolución natural de los eventos es decir no existe intervención del investigador. Prospectivo porque los datos necesarios para el estudio son recogidos durante el tiempo del estudio. Transversal porque la información se obtuvo en un tiempo determinado o en un solo momento (67,68).

3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La investigación fue de nivel descriptivo porque consistió fundamentalmente en describir una situación o fenómeno. Son investigaciones que recogen información sobre el estado actual del fenómeno. Su propósito será describir (medir) el comportamiento de la variable o variables en forma independiente (67,68).

3.4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación fue descriptiva simple. Cuyo diagrama es el siguiente (68):

M O

Donde:

M: Adultos atendidos en tiempos de COVID-19 en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia

O: Nivel de ansiedad en adultos atendidos

3.5. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

3.5.1. POBLACIÓN

La población estuvo constituida por todos los adultos atendidos en el Hospital Zacarias Correa Valdivia Huancavelica durante el periodo de Junio a Agosto del 2021, siendo según el reporte de la oficina de estadística 2100 en el trimestre.

3.5.2. MUESTRA

La muestra fue probabilístico aleatorio simple, siendo en total 325 adultos atendidos en el periodo de Junio a Agosto del 2021, para lo cual se aplicó la siguiente fórmula para identificar el tamaño muestral.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Cuando: $Z = 1.96$

$N = 2100$

$P = 0.5$

$Q = 0.5$

$E = 0.05$

$Z \cdot N \cdot P \cdot Q$

$$n_0 = \frac{Z^2 P \cdot Q \cdot N}{Z^2 P \cdot Q + (N - 1) E^2} = \boxed{324.88}$$

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Adultos atendidos en el periodo de Junio a Agosto del 2021 que pertenezcan a la jurisdicción del Hospital Departamental de Huancavelica.
- Adultos que desearon previo consentimiento verbal, responder al cuestionario.
- Adultos atendidos en hospitalización y servicio de emergencias.

Criterios de exclusión

- Cuestionarios incompletos.
- Adultos atendidos en consultorios externos.
- Adultos atendidos a través de la tele consulta.

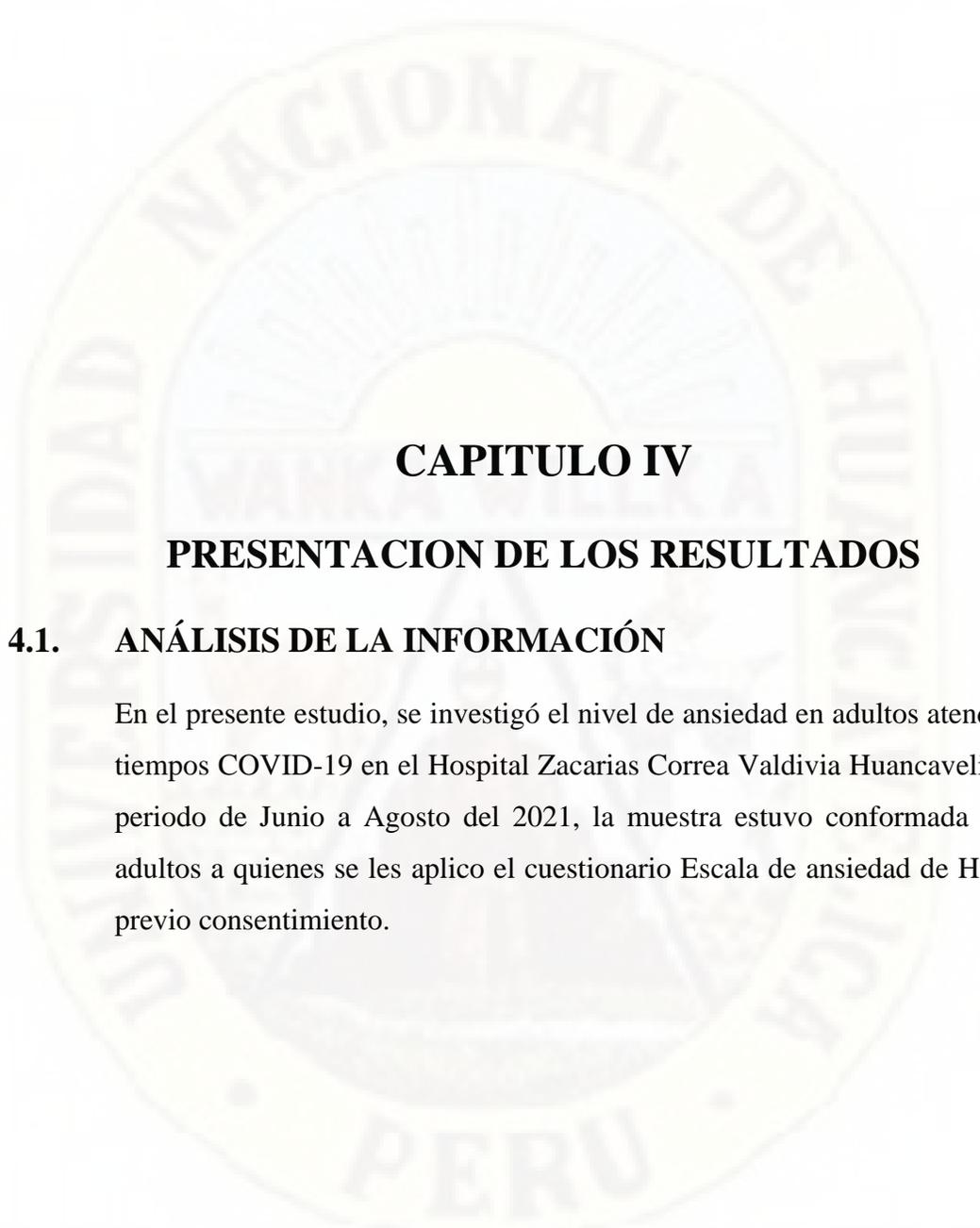
3.6. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Técnica: La técnica que se aplicó para la recolección de datos fue la encuesta a los adultos atendidos en tiempos del COVID-19.
- Instrumento: El instrumento de medición que se utilizó fue el cuestionario Escala de Ansiedad de Hamilton el cual estuvo compuesto por 14 ítems, siendo 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). No existen puntos de corte para distinguir población con y

sin ansiedad y el resultado debe interpretarse como una cuantificación de la intensidad.

3.7. **TÉCNICA Y PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS**

- Primero. Se envió una solicitud dirigida al director del Hospital con la finalidad de contar con el permiso para la ejecución del trabajo.
- Segundo. Se empleo un instrumento validado Escala de Ansiedad de Hamilton.
- Tercero. Se realizo las gestiones con el área de capacitación del Hospital para contar con el permiso correspondiente para aplicar el instrumento a los adultos atendidos.
- Cuarto. Se solicito el consentimiento verbal de cada adulto antes de aplicar el cuestionario.
- Quinto: Se aplico la encuesta respetando los criterios de inclusión y exclusión.
- Sexto: Para el procesamiento y análisis de los datos se elaboró la base de datos a través del instrumento empleando el programa Excel 2013, luego se exporto la base de datos al paquete estadístico SPSS 23V para la tabulación de los resultados.
- Séptimo: Los datos, se presentaron en tablas de frecuencias absolutas.



CAPITULO IV

PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

En el presente estudio, se investigó el nivel de ansiedad en adultos atendidos en tiempos COVID-19 en el Hospital Zacarias Correa Valdivia Huancavelica en el periodo de Junio a Agosto del 2021, la muestra estuvo conformada por 325 adultos a quienes se les aplicó el cuestionario Escala de ansiedad de Hamilton, previo consentimiento.

Tabla 1. Características de los adultos atendidos en tiempos COVID-19 según nivel de instrucción, estado civil y ocupación.

Características	Frecuencia	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
¿Cuál es su nivel de instrucción?			
Analfabeta	4	1,2	1,2
Primaria	33	10,2	11,4
Secundaria	93	28,7	40,1
Superior técnico	99	30,6	70,7
Superior universitario	95	29,3	100,0
¿Cuál es su estado civil?			
Soltera	74	22,8	22,8
Casada	131	40,3	63,1
Conviviente	93	28,6	91,7
Viuda	24	7,4	99,1
Divorciada	3	,9	100,0
¿Qué es su ocupación?			
Ama de casa	73	22,5	22,5
Estudiante	28	8,6	31,1
Trabajadora independiente	114	35,1	66,2
Trabajadora dependiente	110	33,8	100,0
Total	325	100,0	

Fuente: Cuestionario Escala de Ansiedad de Hamilton; en adultos atendido en tiempos COVID-19 en el Hospital Zacarias Correa Valdivia Huancavelica, 2021.

En la tabla N°1: Las características de los adultos atendidos en tiempos COVID-19 fueron: para nivel de instrucción 99(30.6%) superior técnico, 95(29.3%) superior universitario, 93(28.7%) secundaria, 33(10.2%) primaria y 4(1.2%) analfabeta. Según el estado civil 131(40.3%) casada, 93(28.6%) conviviente, 74(22.8%) soltera, 24(7.4%) viuda y 3(0.9%) divorciada. Según la ocupación 114(35.1%) trabajadora independiente, 110(33.8%) trabajadora dependiente, 73(22.5%) ama de casa y 28(8.6%) estudiante.

Tabla 2. Ansiedad psíquica en adultos atendidos en tiempos COVID-19.

Ansiedad psíquica	1		2		3		4		5		Total	
	Ausente		Leve		Moderado		Grave		Muy grave		f	%
	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%		
1.Estado de ánimo ansioso	5	1.5	188	57.8	115	35.4	17	5.2	0	0	325	100
2.Tension	33	10.2	209	64.3	81	24.9	2	0.6	0	0	325	100
3.Temores	140	43.1	92	28.3	57	17.5	36	11.1	0	0	325	100
4.Insomnia	51	15.7	133	40.9	124	38.2	15	4.6	2	0.6	325	100
5.Intelectual cognitivo	103	31.7	168	51.7	53	16.3	1	0.3	0	0	325	100
6.Estado de ánimo deprimido	25	7.7	162	49.8	123	37.8	15	4.6	0	0	325	100
14.Comportamiento en la entrevista	25	7.7	176	54.2	112	34.5	12	3.7	0	0	325	100

Fuente: Cuestionario Escala de Ansiedad de Hamilton; en adultos atendido en tiempos COVID-19 en el Hospital Zacarias Correa Valdivia Huancavelica, 2021.

En la tabla N°2: El tipo de ansiedad psíquica en adultos fue, para el ítem 1: leve 188(57.8%), moderado 115(35.4%), grave 17(5.2%) y ausente 5(1.5%).

Para el ítem 2: leve 209(64.3%), moderado 81(24.9%), ausente 33(10.2%) y grave 2(0.6%).

Para el ítem 3: ausente 140(43.1%), leve 92(28.3%), moderado 57(17.5%) y grave 36(11.1%).

Para el ítem 4: leve 133(40.9%), moderado 124(38.2%), ausente 51(15.7%), grave 15(4.6%) y muy grave 2(0.6%).

Para el ítem 5: leve 168(51.7%), ausente 103(31.7%), moderado 53(16.3%) y grave 1(0.3%).

Para el ítem 6: leve 162(49.8%), moderado 123(37.8%), ausente 25(7.7%) y grave 15(4.6%).

Para el ítem 14: leve 176(54.2%), moderado 112(34.5%), ausente 25(7.7%) y grave 12(3.7%).

Tabla 3. Ansiedad somática en adultos atendidos en tiempos COVID-19.

Ansiedad somática	1		2		3		4		5		Total	
	Ausente		Leve		Moderado		Grave		Muy grave		f	%
	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%		
7.Sintomas somáticos generales (musculares)	24	7.4	132	40.6	141	43.4	28	8.6	0	0	325	100
8.Sintomas somáticos generales (sensoriales)	69	21.2	130	40	115	35.4	11	3.4	0	0	325	100
9.Sintomas cardiovasculares	66	20.3	113	34.8	139	42.8	7	2.1	0	0	325	100
10.Sintomas respiratorios	32	9.8	152	46.8	122	37.5	19	5.8	0	0	325	100
11.Sintomas gastrointestinales	118	36.3	155	47.7	47	14.5	5	1.5	0	0	325	100
12.Sintomas genitourinarios	189	58.2	111	34.2	25	7.7	0	0	0	0	325	100
13.Sintomas autónomos	54	16.6	153	47.1	104	32	14	4.3	0	0	325	100

Fuente: Cuestionario Escala de Ansiedad de Hamilton; en adultos atendido en tiempos COVID-19 en el Hospital Zacarias Correa Valdivia Huancavelica, 2021.

En la tabla N°3: El tipo de ansiedad somática en adultos fue, para el ítem 7: moderado 141(43.4%), leve 132(40.6%), grave 28(8.6%) y ausente 24(7.4%).

Para el ítem 8: leve 130(40%), moderado 115(35.4%), ausente 69(21.2%) y grave 11(3.4%).

Para el ítem 9: moderado 139(42.8%), leve 113(34.8%), ausente 66(20.3%) y grave 7(2.1%).

Para el ítem 10: leve 152(46.8%), moderado 122(37.5%), ausente 32(9.8%) y grave 19(5.8%).

Para el ítem 11: leve 155(47.7%), ausente 118(36.3%), moderado 47(14.5%) y grave 5(1.5%).

Para el ítem 12: ausente 189(58.2%), leve 111(34.2%) y moderado 25(7.7%).

Para el ítem 13: leve 153(47.1%), moderado 104(32%), ausente 54(16.6%) y grave 14(4.3%).

Tabla 4. Nivel de ansiedad en adultos atendidos en tiempos COVID-19.

Nivel de ansiedad	Frecuencia	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Leve (<17)	181	55,7	55,7
Moderado (18 a 24)	117	36,0	91,7
Severo (25 a 30)	22	6,8	98,5
Muy severo (31 a 56)	5	1,5	100,0
Total	325	100,0	

Fuente: Cuestionario Escala de Ansiedad de Hamilton; en adultos atendido en tiempos COVID-19 en el Hospital Zacarias Correa Valdivia Huancavelica, 2021.

En la tabla N°4: El nivel de ansiedad en los adultos fue: leve 181(55.7%), moderado 117(36%), severo 22(6.8%) y muy severo 5(1.5%).

4.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Para las características de los adultos atendidos en tiempos COVID-19 se encontró: nivel de instrucción 30.6% superior técnico, 29.3% superior universitario, 28.7% secundaria, 10.2% primaria y 1.2% analfabeta. Según el estado civil 40.3% casada, 28.6% conviviente, 22.8% soltera, 7.4% viuda y 0.9% divorciada. Según la ocupación 35.1% trabajadora independiente, 33.8% trabajadora dependiente, 22.5% ama de casa y 8.6% estudiante; estos resultados fueron similares a lo hallado por **Oblitas y Sempertegui (28)** y **Tee et al (27)** quienes encontraron proporciones similares en estos ítems, en el grupo de adultos atendidos en tiempos COVID-19; por lo cual podemos decir que los adultos atendidos comúnmente se caracterizan por ser personas con estudios de nivel superior técnico-universitario y de estado civil casados-convivientes con pareja estable.

Para el tipo de ansiedad psíquica en adultos se encontró, en el ítem 1: Estado de ánimo ansioso (leve 57.8%, moderado 35.4%, grave 5.2% y ausente 1.5%), en el ítem 2: Tensión (leve 64.3%, moderado 24.9%, ausente 10.2% y grave 0.6%), en el ítem 3: Temores (ausente 43.1%, leve 28.3%, moderado 17.5% y grave 11.1%), en el ítem 4: Insomnio (leve 40.9%, moderado 38.2%, ausente 15.7%, grave 4.6% y muy grave 0.6%), en el ítem 5: Intelectual cognitivo (leve 51.7%, ausente 31.7%, moderado 16.3% y grave 0.3%), en el ítem 6: Estado de ánimo deprimido (leve 49.8%, moderado 37.8%, ausente 7.7% y grave 4.6%) y en el ítem 14: Comportamiento en la entrevista (leve 54.2%, moderado 34.5%, ausente 7.7% y grave 3.7%), estos resultados no coinciden con lo hallado por **Gambin, et al (24)** quienes encontraron que los adultos son más vulnerables a síntomas depresivos y de ansiedad durante el encierro del COVID-19, esto se deba probablemente por razones que en los estudios se aplicaron escalas de evaluaciones diferentes.

Para el tipo de ansiedad somática en adultos se encontró en el ítem 7: Síntomas somáticos generales (musculares) (moderado 43.4%, leve 40.6%, grave 8.6% y ausente 7.4%), en el ítem 8: Síntomas somáticos generales (sensoriales) (leve 40%, moderado 35.4%, ausente 21.2% y grave 3.4%), en el ítem 9: Síntomas cardiovasculares (moderado 42.8%, leve 34.8%, ausente 20.3% y grave 2.1%), en el ítem 10: Síntomas respiratorios (leve 46.8%, moderado 37.5%, ausente 9.8% y grave 5.8%), en el ítem 11: Síntomas gastrointestinales (leve 47.7%, ausente 36.3%, moderado 14.5% y grave 1.5%), en el ítem 12: Síntomas genitourinarios (ausente 58.2%, leve 34.2% y moderado 7.7%) y en el ítem 13: Síntomas autónomos (leve 47.1%, moderado 32%, ausente 16.6% y grave 4.3%); no se encontró estudios que describan cada ítem del tipo de ansiedad somática, sin embargo **Navas y Vargas (55)** describieron que los síntomas somáticos entre ellos los respiratorios, gastrointestinales, cardiovasculares y musculares están presentes en las personas que manifiestan ansiedad; por lo cual podemos decir que los adultos manifestaron en nivel moderado en mayor proporción los síntomas musculares y cardiovasculares.

Para el nivel de ansiedad en los adultos se encontró nivel leve 55.7%, moderado 36%, severo 6.8% y muy severo 1.5%, esto coincide con lo hallado por **Oblitas y Sempertegui (28)** quien encontró que los adultos presentaron niveles leves y moderado de ansiedad sin embargo no coincide con lo hallado por **Tee et al (27)** y **Shah, et al (14)** quienes encontraron durante la pandemia ansiedad de moderada a severa. Estas discrepancias probablemente se deban a los lugares de ejecución, ámbitos demográficos y tamaños muestrales. Por lo que podemos decir que faltan estudios que nos ayuden a profundizar en el tema de niveles de ansiedad según los grupos poblacionales.

CONCLUSIONES

- 1.- Las características de los adultos atendidos en tiempos COVID-19 fueron: casados, de nivel superior técnico y trabajadores independientes.
- 2.- El tipo de ansiedad psíquica en adultos fue leve y moderado en los ítems como estado de ánimo ansioso, tensión, insomnio, intelectual cognitivo, estado de ánimo deprimido y comportamiento en la entrevista.
- 3.- El tipo de ansiedad somática en adultos fue moderado en los síntomas somáticos generales musculares y cardiovasculares; mientras que los síntomas somáticos generales (sensoriales), respiratorios y gastrointestinales fueron leves.
- 4.- El nivel de ansiedad en los adultos atendidos en tiempos COVID-19 fue de nivel leve seguido del moderado.

RECOMENDACIONES

Al gobierno regional de Huancavelica.

- Desarrollar políticas públicas relacionadas a las determinantes de la salud mental, con enfoque intercultural y equidad de género; que permitan un mejor acceso a los servicios de salud.

Al sector salud.

- Conociendo los síntomas de ansiedad que fueron de nivel moderado como los musculares y cardiovasculares; se deben proponer estrategias de intervención a través de la promoción del bienestar en la salud mental de las personas para contribuir a disminuir el incremento de enfermedades que generen malestar muscular y cardiovascular en las personas.
- Trabajar la orientación y consejería en la prevención de trastornos mentales de ansiedad para contribuir en controlar o mantener niveles leves de ansiedad en las personas.
- Trabajar sesiones de resiliencia y afrontamiento a nuevos escenarios en la vida de las personas.
- Trabajar nuevas investigaciones que indaguen los ítems que miden las escalas de ansiedad para conocer el comportamiento individual de cada uno de ellos en diferentes grupos poblacionales.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Vindel, Antonio Cano. «Ansiedad, estrés, emociones negativas y salud.» Atrapados por el estrés (2010).
2. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. ¿Qué son los trastornos de ansiedad? [Internet]. 2020 [citado 31 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders>
3. Abascal, Enrique G. Fernandez, and Francesc Palmero. Emociones y salud. Ariel, 1999.
4. Fiorillo A, Gorwood P. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr [Internet]. 4 de enero de 2020 [citado 31 de agosto de 2021];63(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32234102/>
5. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet Lond Engl. 2020;395(10227):912-20.
6. Shah K, Kamrai D, Mekala H, Mann B, Desai K, Patel RS. Focus on Mental Health During the Coronavirus (COVID-19) Pandemic: Applying Learnings from the Past Outbreaks. Cureus. 12(3):e7405.
7. Bandelow, Borwin, and Sophie Michaelis. «Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century.» Dialogues in clinical neuroscience 17.3 (2015): 327.
8. Chong M-Y, Wang W-C, Hsieh W-C, Lee C-Y, Chiu N-M, Yeh W-C, et al. Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. Br J Psychiatry J Ment Sci. agosto de 2004;185:127-33.
9. Wu P, Fang Y, Guan Z, Fan B, Kong J, Yao Z, et al. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr. mayo de 2009;54(5):302-11.

10. Yip PSF, Cheung YT, Chau PH, Law YW. The impact of epidemic outbreak: the case of severe acute respiratory syndrome (SARS) and suicide among older adults in Hong Kong. *Crisis*. 2010;31(2):86-92.
11. Sensoy B, Gunes A, Ari S. Anxiety and depression levels in Covid-19 disease and their relation to hypertension. *Clin Exp Hypertens N Y N* 1993. 3 de abril de 2021;43(3):237-41.
12. Tull MT, Edmonds KA, Scamaldo KM, Richmond JR, Rose JP, Gratz KL. Psychological Outcomes Associated with Stay-at-Home Orders and the Perceived Impact of COVID-19 on Daily Life. *Psychiatry Res*. julio de 2020;289:113098.
13. Mazza C, Ricci E, Biondi S, Colasanti M, Ferracuti S, Napoli C, et al. A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors. *Int J Environ Res Public Health*. mayo de 2020;17(9):3165.
14. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health*. marzo de 2020;17(5):1729.
15. Guardado Beltrán, Ricardo. Valoración de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados con neumonía severa por covid-19. Diss. Universidad Autónoma De Nuevo León Hospital Universitario, 2021.
16. Organización Panamericana de la Salud. La Organización Mundial de la Salud caracteriza a COVID-19 como una pandemia - OPS/OMS [Internet]. [citado 24 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>
17. Organización Panamericana de la Salud. COVID-19 cases and deaths reported by countries and territories in the Americas [Internet]. [citado 31 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://who.maps.arcgis.com/apps/webappviewer/index.html?id=2203b04c3a5f486685a15482a0d97a87&extent=-17277700.8881%2C-1043174.5225%2C-1770156.5897%2C6979655.9663%2C102100>

18. Gobierno Regional de Huancavelica S. SE CONFIRMA PRIMER CASO DE COVID-19 EN HUANCAVELICA [Internet]. Gobierno Regional de Huancavelica. [citado 31 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.regionhuancavelica.gob.pe/index.php/servicios/noticias/noticias-marzo-2020/2348-covid19>
19. Tapia, Agustina Cosio. «Ansiedad durante la pandemia en ancianos de una población desfavorecida de San Juan de Lurigancho.» *Revista Científica Ágora* 8.1 (2021): 10-16.
20. Gambin M, Sękowski M, Woźniak-Prus M, Wnuk A, Oleksy T, Cudo A, et al. Generalized anxiety and depressive symptoms in various age groups during the COVID-19 lockdown in Poland. Specific predictors and differences in symptoms severity. *Compr Psychiatry*. febrero de 2021;105:152222.
21. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J, et al. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Res*. mayo de 2020;287:112934.
22. Cai X, Hu X, Ekumi IO, Wang J, An Y, Li Z, et al. Psychological Distress and Its Correlates Among COVID-19 Survivors During Early Convalescence Across Age Groups. *Am J Geriatr Psychiatry*. octubre de 2020;28(10):1030-9.
23. Solomou I, Constantinidou F. Prevalence and Predictors of Anxiety and Depression Symptoms during the COVID-19 Pandemic and Compliance with Precautionary Measures: Age and Sex Matter. *Int J Environ Res Public Health*. julio de 2020;17(14):4924.
24. Tee ML, Tee CA, Anlacan JP, Aligam KJG, Reyes PWC, Kuruchittham V, et al. Psychological impact of COVID-19 pandemic in the Philippines. *J Affect Disord*. 1 de diciembre de 2020;277:379-91.
25. Oblitas Gonzales A, Sempertegui Sánchez N. Ansiedad en tiempos de aislamiento social por covid-19. Chota, Perú, 2020. *Av En Enferm*. diciembre de 2020;38:10-20.
26. Navas Orozco W, Vargas Baldares MJ. Trastornos de ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria. *Rev Médica Costa Rica Centroamérica*. 2012;69(604):497-507.
27. Macías Carballo M, Perez Estudillo C, López Meraz L, Beltran Parrazal L, Morgado Valle C. Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual [Internet]. [citado 14 de

septiembre de 2021]. Disponible en:
<https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2019/24/Mac%C3%ADas/HTML.html>

28. Días Kuaik I, De La Iglesia G. Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual. *Summa Psicológica UST*. 2019;16(1):42-50.

29. Guallpa, Medina, and Yajayra Lizbeth. Evaluación de la actividad ansiolítica del extracto hidroalcohólico de las hojas de toronjil (*Melissa officinalis*) en ratones (*Mus musculus*). BS thesis. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, 2019.

30. Galletero, J., et al. «Etiología de la ansiedad.» *Monografías de Psiquiatría* 1.4 (1989): 1-11.

31. Toro Aguilera C. TRASTORNOS DE ANSIEDAD: REVISIÓN DIRIGIDA PARA ATENCIÓN PRIMARIA - [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2021]. Disponible en:
<https://docplayer.es/9796531-Trastornos-de-ansiedad-revision-dirigida-para-atencion-primaria.html>

32. Barrio Forné N, García Moyano LM, Arrazola Alberdi O, Grau Salamero L, Gasch Gallén A, Tomás Aznar CA. Actualización de los instrumentos de medida de la ansiedad gestacional. Un metarresumen. *Matronas hoy*. 2019; 7(3):13-9. [Internet]. *Enfermería21*. [citado 14 de septiembre de 2021]. Disponible en:
<https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/172/actualizacion-de-los-instrumentos-de-medida-de-la-ansiedad-gestacional-un-metarresumen/>

33. Rojas Marquez R, Pozo Romero H, Montemuiño Chulian AM. EFICACIA DE LAS ESCALAS PARA VALORAR EL TRASTORNO DE ANSIEDAD [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/eficacia-de-las-escalas-para-valorar-el-trastorno-de-ansiedad>

34. Banco de Instrumentos y metodologías en Salud Mental. Ficha técnica del instrumento [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=21>

35. Trastorns de l'estat d'ànim - Avaluació Psicològica Clínica d'Adults - [Internet]. *StuDocu*. [citado 22 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.studocu.com/ca->

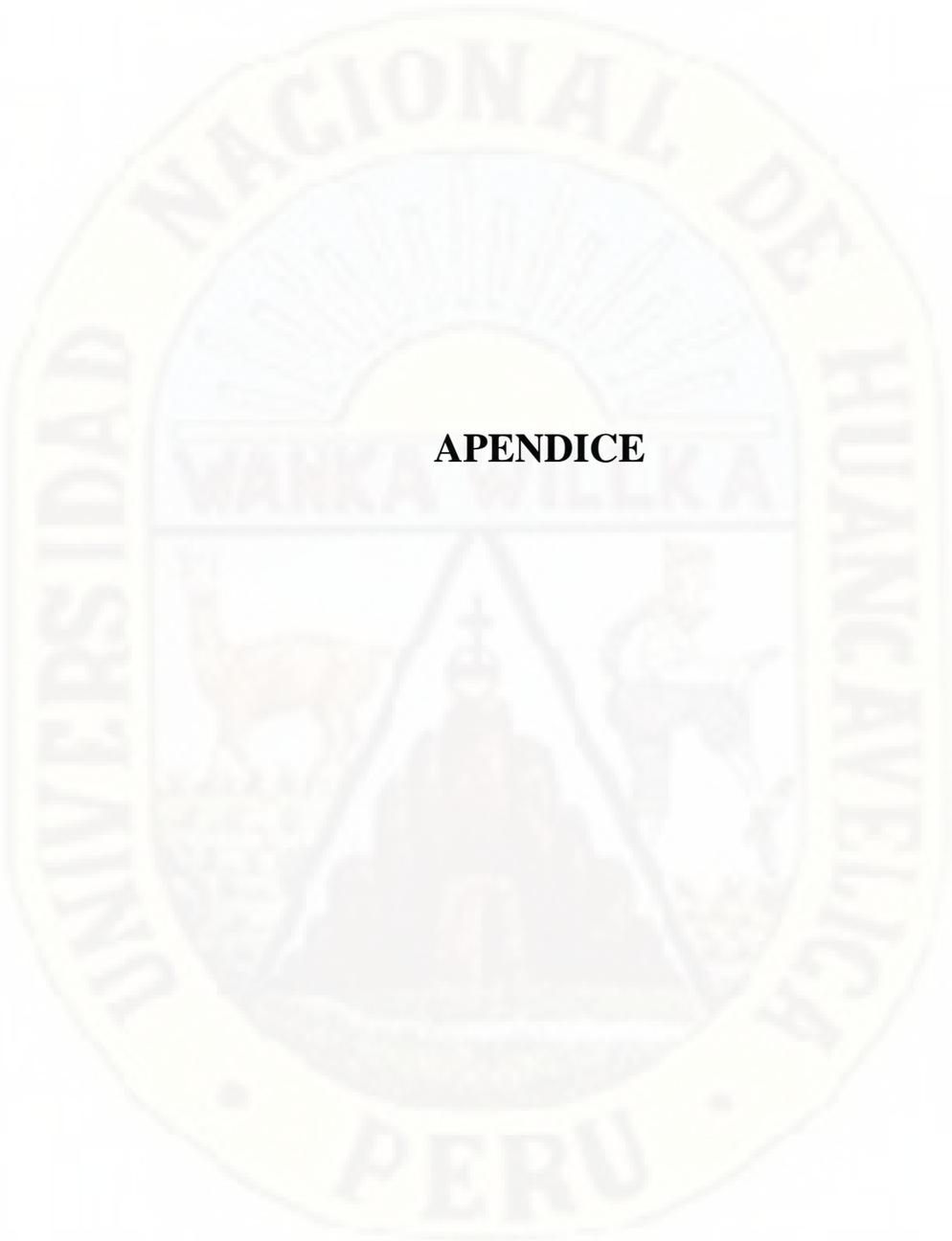
es/document/universitat-autonoma-de-barcelona/avaluacio-psicologica-clinica-dadults/trastorns-de-lestat-danim/2448296

36. Wu F, Zhao S, Yu B, Chen Y-M, Wang W, Song Z-G, et al. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. *Nature*. marzo de 2020;579(7798):265-9.
37. Bartlam M, Yang H, Rao Z. Structural insights into SARS coronavirus proteins. *Curr Opin Struct Biol*. diciembre de 2005;15(6):664-72.
38. Walls AC, Park Y-J, Tortorici MA, Wall A, McGuire AT, Veesler D. Structure, Function, and Antigenicity of the SARS-CoV-2 Spike Glycoprotein. *Cell*. 16 de abril de 2020;181(2):281-292.e6.
39. Shang J, Ye G, Shi K, Wan Y, Luo C, Aihara H, et al. Structural basis of receptor recognition by SARS-CoV-2. *Nature*. mayo de 2020;581(7807):221-4.
40. DeDiego ML, Alvarez E, Almazán F, Rejas MT, Lamirande E, Roberts A, et al. A severe acute respiratory syndrome coronavirus that lacks the E gene is attenuated in vitro and in vivo. *J Virol*. febrero de 2007;81(4):1701-13.
41. Gordon DE, Jang GM, Bouhaddou M, Xu J, Obernier K, White KM, et al. A SARS-CoV-2 protein interaction map reveals targets for drug repurposing. *Nature*. julio de 2020;583(7816):459-68.
42. Totura AL, Baric RS. SARS coronavirus pathogenesis: host innate immune responses and viral antagonism of interferon. *Curr Opin Virol*. junio de 2012;2(3):264-75.
43. Marian AJ. The discovery of the ACE2 gene. *Circ Res*. 10 de mayo de 2013;112(10):1307-9.
44. Jaimes JA, Millet JK, Whittaker GR. Proteolytic Cleavage of the SARS-CoV-2 Spike Protein and the Role of the Novel S1/S2 Site. *iScience*. 26 de junio de 2020;23(6):101212.
45. Bestle D, Heindl MR, Limburg H, Van Lam van T, Pilgram O, Moulton H, et al. TMPRSS2 and furin are both essential for proteolytic activation of SARS-CoV-2 in human airway cells. *Life Sci Alliance*. septiembre de 2020;3(9):e202000786.

46. Hoffmann M, Kleine-Weber H, Schroeder S, Krüger N, Herrler T, Erichsen S, et al. SARS-CoV-2 Cell Entry Depends on ACE2 and TMPRSS2 and Is Blocked by a Clinically Proven Protease Inhibitor. *Cell*. 16 de abril de 2020;181(2):271-280.e8.
47. Heurich A, Hofmann-Winkler H, Gierer S, Liepold T, Jahn O, Pöhlmann S. TMPRSS2 and ADAM17 cleave ACE2 differentially and only proteolysis by TMPRSS2 augments entry driven by the severe acute respiratory syndrome coronavirus spike protein. *J Virol*. enero de 2014;88(2):1293-307.
48. Ziegler CGK, Allon SJ, Nyquist SK, Mbanjo IM, Miao VN, Tzouanas CN, et al. SARS-CoV-2 Receptor ACE2 Is an Interferon-Stimulated Gene in Human Airway Epithelial Cells and Is Detected in Specific Cell Subsets across Tissues. *Cell*. 28 de mayo de 2020;181(5):1016-1035.e19.
49. Lukassen S, Chua RL, Trefzer T, Kahn NC, Schneider MA, Muley T, et al. SARS-CoV-2 receptor ACE2 and TMPRSS2 are primarily expressed in bronchial transient secretory cells. *EMBO J*. 18 de mayo de 2020;39(10):e105114.
50. Vaarala MH, Porvari KS, Kellokumpu S, Kyllönen AP, Vihko PT. Expression of transmembrane serine protease TMPRSS2 in mouse and human tissues. *J Pathol*. enero de 2001;193(1):134-40.
51. Guzik TJ, Mohiddin SA, Dimarco A, Patel V, Savvatis K, Marelli-Berg FM, et al. COVID-19 and the cardiovascular system: implications for risk assessment, diagnosis, and treatment options. *Cardiovasc Res*. 1 de agosto de 2020;116(10):1666-87.
52. Del Valle DM, Kim-Schulze S, Huang H-H, Beckmann ND, Nirenberg S, Wang B, et al. An inflammatory cytokine signature predicts COVID-19 severity and survival. *Nat Med*. octubre de 2020;26(10):1636-43.
53. Organización Mundial de la Salud. Seguimiento de las variantes del SARS-CoV-2 [Internet]. [citado 14 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/health-promotion/tracking-SARS-CoV-2-variants>

54. Gobierno del Perú. Coronavirus: variantes de la COVID-19 detectadas en el Perú [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/12548-coronavirus-variantes-de-lacovid-19-detectadas-en-el-peru>
55. Buitrago-Garcia D, Egli-Gany D, Counotte MJ, Hossmann S, Imeri H, Ipekci AM, et al. Occurrence and transmission potential of asymptomatic and presymptomatic SARS-CoV-2 infections: A living systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* septiembre de 2020;17(9):e1003346.
56. Iser BPM, Sliva I, Raymundo VT, Poletto MB, Schuelter-Trevisol F, Bobinski F. Suspected COVID-19 case definition: a narrative review of the most frequent signs and symptoms among confirmed cases. *Epidemiol E Serv Saude Rev Sist Unico Saude Bras.* 2020;29(3):e2020233.
57. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet Lond Engl.* 15 de 2020;395(10223):497-506.
58. Mohamadian M, Chiti H, Shoghli A, Biglari S, Parsamanesh N, Esmailzadeh A. COVID-19: Virology, biology and novel laboratory diagnosis. *J Gene Med.* febrero de 2021;23(2):e3303.
59. Ministerio De Salud. Norma Técnica de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de personas afectadas por COVID-19 en Perú. 2020.
60. PICAZO, Juan J. Vacuna frente al COVID-19. 2021.
61. Bedford J, Enria D, Giesecke J, Heymann DL, Ihekweazu C, Kobinger G, et al. COVID-19: towards controlling of a pandemic. *Lancet Lond Engl.* 28 de marzo de 2020;395(10229):1015-8.
62. Anderson RM, Heesterbeek H, Klinkenberg D, Hollingsworth TD. How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? *Lancet Lond Engl.* 21 de marzo de 2020;395(10228):931-4.
63. Kraemer MUG, Yang C-H, Gutierrez B, Wu C-H, Klein B, Pigott DM, et al. The effect of human mobility and control measures on the COVID-19 epidemic in China. *Science.* 1 de mayo de 2020;368(6490):493-7.

64. Adhikari SP, Meng S, Wu Y-J, Mao Y-P, Ye R-X, Wang Q-Z, et al. Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) during the early outbreak period: a scoping review. *Infect Dis Poverty*. 17 de marzo de 2020;9(1):29.
65. Abarca, Sonia & Nassar, Hannia (1983). *Psicología del Adulto*. San José: EUNED.
66. Mojica-Crespo R, Morales-Crespo MM. Pandemia COVID-19, la nueva emergencia sanitaria de preocupación internacional: una revisión. *Semergen*. agosto de 2020;46:65-77.
67. Hernández R, Fernández C, y Bautista L. *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill interamericana; 2014.
68. Hernández R (Dankhe, 1986). *Metodología de la investigación*. 5ta edit. México. Editorial sponsor;2010.



APENDICE



APENDICE N° 1

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

CUESTIONARIO: ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

INVESTIGACIÓN: NIVEL DE ANSIEDAD EN ADULTOS ATENDIDOS EN TIEMPOS COVID 19 EN EL HOSPITAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA HUANCAMELICA 2021

INSTRUCCIONES: Estimada Sr(a)., reciba un saludo cordial. El presente cuestionario es parte de una investigación realizada por la suscrita que tiene como propósito conocer el NIVEL DE ANSIEDAD EN ADULTOS ATENDIDOS EN TIEMPOS COVID-19. La información que proporcione será totalmente confidencial por favor le pedimos que responda y marque con toda sinceridad las preguntas del cuestionario.

N° de cuestionario: _____ Fecha del llenado: ____/____/2021 Hora del llenado: ____:____ horas

I. DATOS GENERALES:

1.2 ¿Qué estado civil tiene? _____

1.3 ¿Qué ocupación tiene? _____

1.4 ¿Qué nivel de instrucción tiene? _____

II. ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma, donde:

0=ausente, 1=leve, 2=moderado, 3=grave y 4=muy grave

Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4

8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborismos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

GRACIAS POR SU APORTE

NOTA:

- Esta parte será llenada por el investigador

PUNTUACION TOTAL:

N°	Nivel de ansiedad	Marque
1	Leve (<17 puntos)	
2	Moderado (18 a 24 puntos)	
3	Severo (25 a 30 puntos)	
4	Muy severo (31 a 56 puntos)	



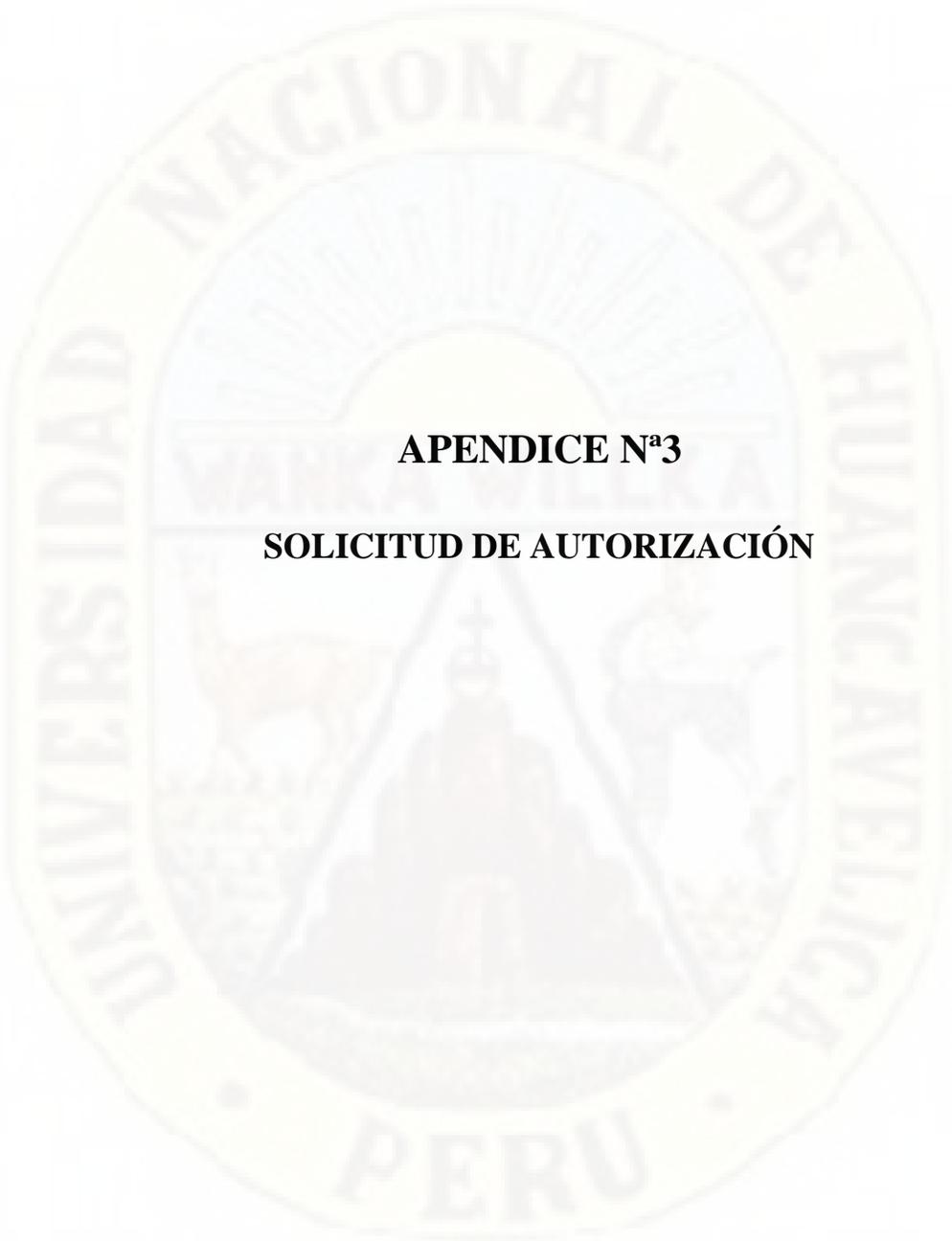
APENDICE N°2

MATRIZ DE CONSISTENCIA

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: NIVEL DE ANSIEDAD EN ADULTOS ATENDIDOS EN TIEMPOS COVID 19 EN EL HOSPITAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA HUANCVELICA 2021

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	METODOLOGÍA	POBLACION Y MUESTRA
¿Cuál es el nivel de ansiedad en adultos atendidos en tiempos COVID 19 en el hospital Zacarías Correa Valdivia Huancavelica, 2021?	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar el nivel de ansiedad en adultos atendidos en tiempos COVID 19 en el hospital Zacarías Correa Valdivia Huancavelica, 2021</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar a adultos atendidos en tiempos COVID-19 según edad, estado civil, ocupación y grado de instrucción. Identificar la ansiedad psíquica en adultos atendidos en tiempos COVID 19 según la escala de ansiedad de Hamilton. Identificar la ansiedad somática en adultos atendidos en tiempos COVID 19 según la escala de ansiedad de Hamilton. 	<p>Univariable</p> <p>Nivel de ansiedad en adultos atendidos en tiempos COVID 19</p>	<p>Tipo de Investigación</p> <p>El presente proyecto de investigación es una investigación observacional, prospectivo, de corte transversal, de tipo descriptivo.</p> <p>Nivel de investigación</p> <p>Es de nivel descriptivo.</p> <p>Diseño de la investigación</p> <p>El diseño de la investigación descriptiva simple, puede ser diagramado de la siguiente forma (40):</p> <p style="text-align: center;">M O</p> <p>M: adultos atendidos en tiempos COVID 19 en el Hospital Zacarías Correa Valdivia</p> <p>O: nivel de ansiedad en los adultos atendidos</p>	<p>Población</p> <p>La población estuvo constituida por todos los adultos atendidos en el Hospital Zacarias Correa Valdivia Huancavelica durante el periodo de Junio a Agosto del 2021, siendo según el reporte de la oficina de estadística 2100 en el trimestre.</p> <p>Muestra.</p> <p>La muestra fue probabilístico aleatorio simple, siendo en total 325 adultos atendidos en el periodo de Junio a Agosto del 2021.</p> <p>Técnicas e instrumentos de recolección de datos.</p> <ul style="list-style-type: none"> Técnica: La técnica que se aplicó para la recolección de datos fue la encuesta a los adultos atendidos en tiempos del COVID-19. Instrumento: El instrumento de medición que se utilizo fue el cuestionario Escala de Ansiedad de Hamilton



APENDICE N°3

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

MINISTERIO DE SALUD
23 JUN. 2021
RECIBIÓ:
HORA: 4:15
FOLIO: 22

SOLICITO: APLICAR CUESTIONARIO DE ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON A POBLACION ADULTA ATENDIDOS EN TIEMPOS DE COVID 19.

Sr:

DIRECTOR DEL HOSPITAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA DE HUANCVELICA.

Yo, SAIDA BALVIN PAUCAR, identificado con DNI: 44138178 y CEP N°71406 con domicilio en Malecón Fray Martin S/N del barrio de Yananaco, Distrito, Provincia y Departamento Huancavelica, con el debido respeto me presento y expongo:

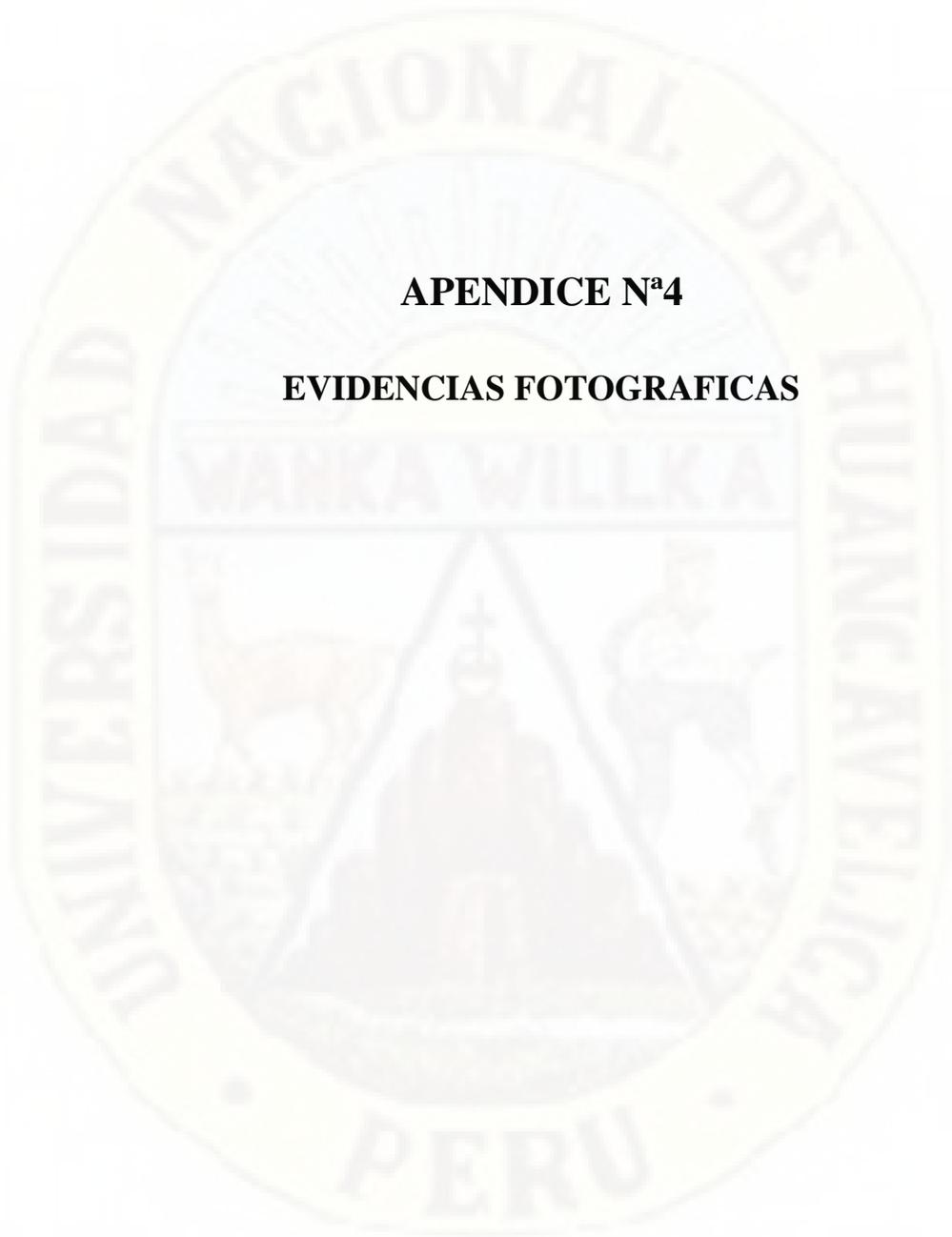
Que mediante esta solicitud se me permita aplicar el Cuestionario de Escala de Ansiedad de Hamilton a la población adulta atendido en tiempos de COVID 19 en el Hospital Zacarias Correa Valdivia Huancavelica, para la obtención del título de segunda especialidad, denominada Salud Familiar y Comunitario en la Universidad Nacional de Huancavelica, en condición de egresada, teniendo como el tema de investigación: NIVEL DE ANSIEDAD EN ADULTOS ATENDIDOS EN TIEMPOS DE COVID – 19.

Adjunto: CUESTIONARIO DE ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON.

Huancavelica 23 de junio 2021.

Atentamente.





APENDICE N^a4

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

Foto N°01: Hospital Zacarias Correa Valdivia



Foto N°02: Aplicando el instrumento de recolección



