



UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO DE MEDICINA

**Antecedente de enfermedad por COVID-19 asociado a presencia de
sintomatología depresiva y ansiosa en adultos mayores que se atienden en el
Hospital Sabogal durante el año 2021-2022**

TESIS

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

AUTOR(ES)

Jurupe Paredes, Gianfranco	0000-0003-3424-1964
Segura Miranda, Georgina	0000-0003-0960-5631

ASESOR(ES)

Puyen Guerra, Zully Margoth	0000-0002-5068-0986
-----------------------------	---------------------

Lima, 31 de enero de 2024

DEDICATORIA

Iniciar dedicando este trabajo de investigación a mis padres Victoria Angélica Paredes Jimenez y Juan Arturo Jurupe Barrera, y a mi hermana Nicole Ximena Jurupe Paredes, quienes me apoyaron durante todos estos años de carrera y me motivaron todos los días a perseguir mis sueños. Gracias por enseñarme a no rendirme nunca y afrontar cada decisión que tomo en mi camino, llegar hasta este punto ha sido muy difícil y tomó más tiempo de lo pensado, y les agradezco infinitamente por la paciencia que me tuvieron y acompañarme en este largo camino.

Asimismo, agradezco a mis abuelitos, Elvia Paredes Naneti y Lucio Paredes Miranda, quienes fueron y son una inspiración constante en mi vida y en el día a día, sin su apoyo incondicional y palabras de aliento no hubiera sido posible afrontar todos los buenos y malos momentos que conlleva esta hermosa y sacrificada carrera.

Por último, agradezco a mi co-tesista, Georgina Segura Miranda, por afrontar con valentía y dedicación este proyecto de investigación. Ha sido un largo trayecto realizando nuestro trabajo, en donde se atravesaron muchas adversidades, sin embargo, pudimos afrontar cada una de ellas y lograr el objetivo.

Gianfranco Jurupe Paredes

Quiero comenzar este párrafo dedicándolo a mi padre, Ricardo Segura Alva. Extiendo mi mayor sentir ante tan maravilloso hombre que me tocó como compañero de vida y fuente de inspiración. Gracias por ser mi apoyo incondicional durante estos largos 7 años de carrera. Gracias por inculcarme el significado de la responsabilidad en todo momento y sobre todo, el significado del amor y la paciencia. Gracias por madrugar conmigo todos estos años, por las noches de estudios y aceptar ser mi primer paciente en todo momento. Gracias por nunca rendirte ante los problemas que se hayan podido atravesar. Gracias por ser mi ancla a la vida en todo momento.

Asimismo, extiendo mi dedicatoria a mi madre, Myriam Miranda. Gracias por enseñarme el significado de la lucha y respeto. Gracias por tu apoyo incondicional ante cada decisión que tomaba en mi vida. Gracias por ser firme en tus creencias, las cuales me sirvieron de ejemplo ante los escenarios que se presentaban en el transcurso de mi vida.

A mis abuelos, Nicanor Segura y Maria Alva. Nono, mi segundo paciente, mi ángel presente en todo momento. Gracias por nunca juzgarme y siempre apoyarme en todo momento. Recuerdo cada palabra, cada momento y cada consejo brindados por ti, los cuales fueron una pieza clave ante mi formación diaria. Hoy, al escribir este documento, con lágrimas en los ojos, te siento más cerca que nunca y recordando cada vez más tus palabras de aliento para ser tu doctora, como siempre decías. Abuela, mi segunda madre, gracias infinitas por el amor constante y la paciencia diaria que tienes conmigo, no encuentro palabras para describir el amor que siento por ti.

Mi gratitud se extiende a mis 3 hermanos, Anthony Eduardo, Cristian José y Ricardo Brackson por su generoso apoyo emocional, el cual fue crucial en toda esta travesía académica.

Por último, pero no menos importante, agradezco a mi co-tesista, Gianfranco Jurupe, por tenerme paciencia en todo este tiempo que nos tomó realizar el presente trabajo.

Georgina Segura Miranda

AGRADECIMIENTOS

Queremos iniciar expresando nuestro más sincero agradecimiento a nuestros padres, quienes fueron un pilar importante en nuestra educación y formación como personas, inculcando todos los valores necesarios para desarrollarnos en el día a día. Agradecemos su apoyo incondicional en esta larga y hermosa carrera, la cual, fue un constante reto durante todos los años de carrera; sin ellos nada de esto sería posible.

Por otro lado, queremos agradecer a nuestra casa de estudios, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, la cual nos proporcionó todos los medios necesarios para nuestro desarrollo profesional. Especialmente, a todos nuestros tutores, quienes contribuyeron en nuestra formación como futuros profesionales de la salud.

Además, agradecemos a nuestra asesora Zully Puyen Guerra, por compartir sus conocimientos, que fueron fundamentales para el desarrollo de nuestro trabajo de investigación.

Por último, agradecer a todas las personas que contribuyeron en nuestro crecimiento y desarrollo como futuros profesionales de la salud. Para todos los que formaron parte de estos años de carrera, significan mucho para nosotros y están grabados en nuestros corazones.

TABLA DE CONTENIDO

1. Introducción
2. Objetivos
 - 2.1. General
 - 2.2. Específicos
3. Materiales y métodos
 - 3.1. Diseño y lugar de estudio
 - 3.2. Población y muestra
 - 3.3. Variables
 - 3.3.1. Variable dependiente: Sintomatología depresiva
 - 3.3.2. Variable dependiente: Sintomatología ansiosa
 - 3.3.3. Variable independiente: Antecedente de COVID-19
 - 3.4. Procedimientos de recolección de datos
 - 3.5. Análisis estadísticos
 - 3.6. Consideraciones éticas
4. Resultados
5. Discusión
6. Limitaciones
7. Conclusiones
8. Recomendaciones
9. Bibliografía
10. Anexos

RESUMEN

Antecedentes: A nivel nacional son pocos los estudios realizados para analizar la prevalencia de depresión y ansiedad en población adulta mayor. A raíz de la pandemia ocasionada por la COVID-19 se ha visto un claro aumento de casos de depresión y ansiedad a nivel mundial, por lo que tener el antecedente de haber sido infectado por SARS-COV 2 podría ser un factor de riesgo para desarrollar estas enfermedades. **Métodos:** Estudio transversal analítico, muestreo no probabilístico, con una muestra total de 141 participantes geriátricos. Para determinar la presencia de sintomatología depresiva se utilizó como instrumento la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y para determinar sintomatología ansiosa en estos pacientes se utilizó la Escala de LIMA (ELA-8). **Resultados:** Se encontró una prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad de 13.48% y 34.75% respectivamente. No se encontró una asociación entre antecedente de COVID-19 con la presencia de sintomatología depresiva (RPc 0.98 IC 95% 0.91 - 1.05). Sin embargo, sí hubo una asociación negativa con la presencia de sintomatología ansiosa (RPc 0.79 IC95% 0.70 - 0.89). Adicionalmente, se encontró la existencia de algunos factores de riesgo para desarrollar sintomatología depresiva, como el estar desnutrido, ser divorciado, conviviente y tener estudios superiores. Además, se identificó que aquellos participantes que no contaban con familiares intradomiciliarios con antecedente de COVID-19 era un factor de riesgo para desarrollar sintomatología ansiosa. **Conclusiones:** En la presente investigación, no se ha observado una asociación directa entre la adquisición previa del virus COVID-19 y la manifestación de sintomatología depresiva. No obstante, se identificó una asociación negativa, evidenciando un efecto protector de la sintomatología ansiosa. Precisamente, la presencia de esta infección respiratoria reduce en un 21% la probabilidad de desarrollar síntomas ansiosos en comparación con aquellos individuos que no han experimentado esta patología anteriormente.

Palabras clave: Antecedente de COVID-19; depresión; ansiedad, adultos mayores, COVID-19

“Antecedent of COVID-19 disease associated with the presence of depressive and anxious symptoms in older adults who are treated at the Sabogal Hospital during the year 2021-2022”

ABSTRACT

Background: At the national level, there are few studies carried out to analyze the prevalence of depression and anxiety in the elderly population. As a result of the pandemic caused by COVID-19, there has been a clear increase in cases of depression and anxiety worldwide, so having a history of being infected by SARS-COV 2 could be a risk factor for developing these illnesses. **Methods:** Analytical cross-sectional study, non-probabilistic sampling, with a total sample of 141 geriatric participants. To determine the presence of depression symptoms, the Yesavage Geriatric Depression Scale was used as an instrument and the LIMA Scale (ELA-8) was used to determine anxiety symptoms in these patients. **Results:** A prevalence of depression and anxiety symptoms of 13.48% and 34.75% respectively was found. No association was found between a history of COVID-19 and the presence of depression symptoms (PRc 0.98 95% CI 0.91 - 1.05). However, there was a negative association with the presence of anxiety symptoms (PRc 0.79 95%CI 0.70 - 0.89). Additionally, the existence of some risk factors for developing depression symptoms was found, such as being malnourished, being divorced, cohabiting, and having a higher education. In addition, it was identified that those participants who did not have family members at home with a history of COVID-19 were a risk factor for developing anxiety symptoms. **Conclusions:** In the present research, no direct association has been observed between the prior acquisition of the COVID-19 virus and the manifestation of depressive symptomatology. Nevertheless, a negative association has been identified, revealing a protective effect of anxious symptomatology. Specifically, the presence of this respiratory infection decreases the probability of developing anxious symptoms by 21% compared to individuals who have not previously experienced this pathology.

Keywords: History of COVID-19; depression; anxiety, older adults, COVID-19

N° 10317_Jurupe Paredes, Gianfranco_Antecedente de enfermedad por COVID-19 asociado a presencia de

INFORME DE ORIGINALIDAD

6%	7%	1%	1%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorioacademico.upc.edu.pe Fuente de Internet	1%
2	upc.aws.openrepository.com Fuente de Internet	1%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
4	dspace.otalca.cl Fuente de Internet	1%
5	repositorio.uchile.cl Fuente de Internet	1%
6	digibug.ugr.es Fuente de Internet	<1%
7	revistas.urp.edu.pe Fuente de Internet	<1%
8	repositorioinstitucional.uabc.mx Fuente de Internet	<1%
9	www.clubensayos.com Fuente de Internet	

1. INTRODUCCIÓN

La pandemia por COVID-19 en Perú resultó en un estado de emergencia e impuso a la población a permanecer en cuarentena el 16 de marzo del 2020, por un promedio de 20 semanas. La rápida y efectiva transmisión del SARS-COV 2, agente causal de la COVID-19, forzó al estado peruano a tomar precauciones para poder limitar la propagación de la enfermedad. Es por eso que, en ese entonces, el gobierno peruano decide tomar la medida drástica de restringir la libertad de reunión y de tránsito en todo el territorio, cerrando temporalmente las escuelas y universidades y limitando el trabajo en casa, para poder evitar las consecuencias de esta enfermedad (1).

Hasta octubre del 2022, se reportaron 4 152 284 casos confirmados por COVID-19 en Perú, con un total de 216 877 fallecidos, lo que representó una tasa de letalidad de 5.22% (2). Desde inicios de la pandemia se había reportado que existían factores de riesgo que predisponían a desarrollar la enfermedad severa y/o muerte. Uno de los factores a tomar en cuenta fue el grupo etario mayor a 60 años (3). Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el Perú existen más de 4 millones de adultos mayores, lo que representa el 12.7% de la población total (4). Por lo que, este grupo poblacional generó mayor preocupación debido a la alta probabilidad de fallecimiento. Este grupo etario enfrenta la enfermedad desde una perspectiva diferenciada, ya que se reconoce la importancia de abordar no solo el aspecto médico de la enfermedad, sino también su impacto en la esfera psicológica (5).

En adición, a pesar de la eficacia de las medidas de distanciamiento social como estrategia para detener la propagación de la enfermedad, es preciso destacar que conllevan a problemáticas, entre las cuales se encuentra la soledad. Este fenómeno se manifiesta de manera significativa en la población anciana que reside de manera solitaria, carece de la presencia de familiares o amigos cercanos, o requiere de un respaldo asistencial. Este segmento de la población, por su condición vulnerable y predisposición, presenta una probabilidad elevada de experimentar trastornos como la depresión y la ansiedad, factores que subsisten independientemente del desarrollo de la pandemia (6). Además, la información difundida por los medios de comunicación, en algunos casos caracterizada por imprecisiones o fraudes, ha provocado un aumento del temor entre la población hacia la posibilidad de contagio. Este fenómeno ha repercutido en el desencadenamiento y exacerbación de enfermedades mentales entre los individuos, agravando en determinadas situaciones las condiciones preexistentes (7). Del mismo modo, debido al confinamiento, hubo un notable aumento en el uso de la tecnología, lo que llevó a que la población esté más desinformada. Esta falta de claridad se debe a la falta de información con un lenguaje simple y efectivo a través de estos medios, lo que dificulta la comprensión de la verdadera situación y obstaculiza la adopción de medidas preventivas, como el distanciamiento social y la higiene de manos (8).

Adicionalmente, las medidas de salud pública implementadas por el Estado Peruano generaron un significativo impacto económico a nivel nacional. Quienes resultaron más afectados fueron aquellos ubicados en los estratos socioeconómicos medio y bajo, lo cual conllevó a un aumento notable del estrés y la inquietud debido a las dificultades para cubrir los gastos de la canasta básica. Este acontecimiento se evidenció de manera más acentuada en la población adulta mayor, cuya capacidad productiva se encontraba limitada por su edad, resultando en oportunidades laborales considerablemente reducidas (9). Asimismo, es relevante destacar que contraer la enfermedad, en su forma moderada o grave, conlleva gastos considerables en medicamentos e intancias hospitalarias. La alta demanda y la capacidad limitada de los centros de salud ocasionó un notable aumento de precios, generando la acumulación de deudas impagables para algunos individuos (10). Por último, al ser internados en centros de salud, en donde solo se atendieron a pacientes COVID, restringieron la posibilidad de visitas por parte de los familiares, dejando en aislamiento completo a estas personas. Lo que pudo generar

mayor estrés, ansiedad y tristeza profunda y a largo plazo generar el desarrollo completo de la enfermedad.

En el contexto nacional, se encontraron diferentes trabajos de investigación que reportaron que la sintomatología de ansiedad y depresión se ven muy influenciados por haber padecido COVID-19 (11). Sin embargo, son escasos los reportes encontrados a nivel nacional (11;12) que han determinado una relación directa entre ansiedad y depresión y la COVID-19, y los que han reportado concluyeron que los pacientes post COVID-19 incrementaron 5 veces la frecuencia de desarrollar síntomas depresivos y 30 veces la frecuencia de síntomas ansiosos. En dicho estudio se abarcó un rango de edad muy amplio, siendo la edad mínima 20 y máxima 87 años con una edad media de 62.28 años. Por lo que, el presente estudio busca abarcar un rango de edad específico que transcurre entre 60 a 80 años, puesto que, según lo mencionado previamente, podría ser uno de los grupos etarios más afectados.

Por otro lado, en el contexto internacional, un estudio realizado en China planteó un aumento de la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con diagnóstico de COVID-19 (13). Asimismo, un estudio realizado en Pakistán, demostró un aumento de la prevalencia de depresión del 51.7% en pacientes COVID, y 35% de prevalencia de ansiedad en pacientes COVID (14). Por otro lado, una trabajo de investigación realizado en España, realizó una revisión sistemática utilizando 11 estudios previos, en donde los resultados no evidenciaron una relación directa entre tener antecedente de COVID y presentar síntomas depresivos o ansiosos. Sin embargo, sí identificaron factores de riesgo como: sexo femenino, la soledad, mala calidad de sueño; y factores protectores como: ingreso mensual estable y alto y el realizar ejercicio (15).

Finalmente, se han realizado múltiples estudios en los cuales se evaluaron depresión y ansiedad en pacientes que hayan tenido un antecedente de diagnóstico por COVID-19 positivo. Sin embargo, a nivel nacional, a pesar de haber estudios sobre depresión y ansiedad en pacientes post COVID, no se ha analizado de manera directa a este grupo etario vulnerable. Por lo que, el propósito de este estudio fue identificar la asociación de COVID-19 con la presencia de sintomatología depresiva y/o ansiosa en una muestra de pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.

2. OBJETIVOS

2.1 General

Evaluar si existe asociación entre haber tenido diagnóstico positivo a COVID-19 y presentar sintomatología depresiva y ansiosa en adultos mayores entre 60 a 80 años que se atendieron en el Hospital Sabogal durante diciembre del 2021 a marzo del 2022.

2.2 Específicos

- Describir las características sociodemográficas de los pacientes que ingresaron en el estudio.
- Determinar la prevalencia de diagnóstico positivo a COVID-19 en adultos mayores de 60 a 80 años que se atendieron en el Hospital Sabogal durante diciembre del 2021 a marzo del 2022.
- Determinar la prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa en adultos mayores de 60 a 80 años que se atendieron en el Hospital Sabogal durante diciembre del 2021 a marzo del 2022.
- Estimar la magnitud de asociación entre el haber tenido diagnóstico de COVID-19 positivo y presencia de sintomatología depresiva y ansiosa en adultos mayores de 60 a 80 años que se

atendieron en el Hospital Sabogal durante diciembre del 2021 a marzo del 2022, teniendo en consideración variables confusoras.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Diseño y lugar de estudio

Se realizó un estudio transversal analítico, en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, durante diciembre del 2021 a marzo del 2022.

El Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, perteneciente a El Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud), fue fundado en el año 1941, siendo el primer hospital de esta institución, y que en un principio fue designado como policlínico obrero. Posteriormente, en el año 1982, en honor al pionero de la cirugía hepática, Alberto Sabogal, fue inaugurado como Hospital Alberto Sabogal. Finalmente, en 2013, se eleva a Hospital Nacional, por lo que se renombra a Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren. Este establecimiento de salud se encuentra ubicado en la provincia constitucional del Callao, es un hospital de referencia de Lima Norte, Lima Centro, Provincias del Callao, Canta y Norte Chico, por lo que atiende a más de 2 millones de asegurados del país. Tiene una categoría IV, y cuenta con los 4 servicios básicos de salud: medicina, pediatría, ginecología y cirugía; dentro de los cuales hay servicios especializados en cada uno de ellos.

3.2 Población y muestra

La población correspondió a adultos mayores entre 60 y 80 años que se atendieron en el servicio de geriatría del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren durante los meses de diciembre del 2021 a marzo del 2022, a quienes se le realizó la prueba de diagnóstico de COVID-19.

Los participantes incluidos en el estudio fueron adultos mayores a quienes se le haya realizado la prueba de diagnóstico de COVID-19, con resultado positivo y negativo y que se hayan atendido en el Hospital Sabogal durante los meses diciembre 2021 y marzo 2022. Se excluyó a adultos mayores con antecedente de diagnóstico de depresión y/o ansiedad previo a la pandemia y a pacientes con patología clínica que no les permita realizar la encuesta.

Para el cálculo del tamaño muestral se utilizó el programa estadístico Epidat 4.2, considerando un intervalo de confianza al 95%, y una potencia de 80%. Se tomó en cuenta un estudio previo realizado en el Departamento de Psiquiatría Instituto de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento de Baluchistán en el año 2020 (14), cuyo objetivo era determinar la frecuencia de depresión y ansiedad entre pacientes COVID y no COVID, el cuál se toma referencia como población 1, cuyos participantes tuvieron COVID-19 y presentaban sintomatología depresiva, con un valor 51.7% y la población 2, cuyos participantes no tuvieron COVID-19 y presentaban sintomatología depresiva, con 25%, y una razón entre tamaños muestrales de 3.2. Se estimó un tamaño de muestra mínimo de 135 participantes. Y para la elección de la población fue por conveniencia, utilizando un muestreo no probabilístico.

3.3 Variables

3.3.1 Variable dependiente: Sintomatología Depresiva

Para el proyecto de investigación se consideraron dos variables dependientes. En primer lugar, depresión, para la medición de la misma se utilizó el cuestionario “Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage”, utilizado para evaluar depresión en población adulta mayor, es decir, mayores de 60 años. Esta escala consta de un autoinforme de 15 ítems que utiliza un formato de preguntas dicotómicas “Sí/No”. Se otorgó un punto a cada respuesta que indique depresión, donde un puntaje ≥ 10 indica que el paciente presenta sintomatología depresiva. En Perú, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage fue validada por De la Torre, quién realizó un estudio de tipo transversal descriptivo, durante los años 2002-2003. Dicho estudio abarcó 400 pacientes, quienes fueron atendidos en consultorio externo del servicio de Geriátría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Los residentes de Geriátría fueron los encargados de realizar los cuestionarios, teniendo como gold standard el DSM-IV, en busca de pacientes con sintomatología depresiva (16). Al tratarse de población adulta mayor se buscó un cuestionario que no suponga una dificultad para los participantes, teniendo un lenguaje sencillo y de fácil comprensión.

3.3.2 Variable dependiente: Sintomatología ansiosa

En segundo lugar, la variable ansiedad, que para su medición se utilizó el cuestionario “Escala de LIMA”, utilizado para evaluar la esfera psíquica y somática. El presente consta de autoinforme de 8 elementos, la forma abreviada, que utiliza un formato de preguntas dicotómicas “Sí/No”. Se otorgó un punto a cada respuesta que indicó ansiedad, donde un puntaje ≥ 5 indica que el paciente presenta sintomatología ansiosa. En Perú, la Escala de LIMA fue desarrollada por Lozano A. y Vega J. quienes realizaron el estudio utilizando los datos recolectados de 254 pacientes provenientes de consulta externa del Hospital Nacional Cayetano Heredia, quienes habían ingresado a un estudio previo, realizado por ellos mismos, para la validación de la Escala de LIMA de 130 ítems, con la finalidad de abreviar el cuestionario a 8 ítems manteniendo la sensibilidad y especificidad de dicho estudio (17).

Al realizarse el cuestionario por vía telefónica y tratándose de la población a encuestar adultos mayores, se decidió utilizar una escala que contenga los ítems necesarios para poder determinar la presencia de sintomatología ansiosa con preguntas cortas y directas dicotómicas, que no suponga que el participante deba analizar su respuesta en un tiempo prolongado, y así procurar que entiendan la pregunta en su totalidad y evitar el abandono del cuestionario.

3.3.3 Variable independiente: Antecedente de COVID-19

Para evaluar la variable independiente, antecedente de COVID-19, se utilizó un listado en excel con información de cada paciente adulto mayor (>60 años) atendido en el Hospital Sabogal durante el periodo de tiempo diciembre 2021 a marzo 2022, quienes se hayan realizado la prueba de COVID-19. En dicho listado se identificó aquellos que contaban con prueba positiva y negativa y se procedió a separarlos en 2 grupos.

Adicionalmente, se utilizaron otras variables como: edad, sexo, IMC, estado civil, nivel educativo, nivel socioeconómico, vive solo, comorbilidades. Además, se añadió variables confusoras que podrían ser factores de riesgos o exacerbantes de la enfermedad, entre estas encontramos: familiares intradomiciliarias con antecedente de COVID-19, es decir, familiares que vivan con el participante en el mismo hogar y que hayan presentado COVID-19 anteriormente; familiares intradomiciliarios con comorbilidades, es decir, familiares que vivan con el participante en el mismo hogar y que presentan

alguna enfermedad de fondo (diabetes, hipertensión, enfermedades cardíacas, etc); y por último, familiares intradomiciliarios fallecidos por COVID-19, es decir, familiares que vivan con el participante en el mismo hogar y que hayan fallecido por motivo de haber contraído COVID-19.

3.4 Procedimientos de recolección de datos

En primer lugar, se presentó y se aprobó el proyecto de investigación por el Sub Comité de Ética e Investigación de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC), de igual manera, fue presentado y aprobado por el CIE-HNASS (NIT: 684-2022-465); posteriormente, se ejecutó la investigación. Se generó un cuestionario a través de la plataforma Google Forms, al cual se le añadió el consentimiento informado. Se solicitó el listado de pacientes adultos mayores que se hayan realizado la prueba de COVID-19, con resultado positivo o negativo, y hayan sido atendidos en el centro de salud durante diciembre del 2021 a marzo del 2022. El listado se realizó en una hoja de Excel, el cuál contenía datos informativos como: nombre, edad, número telefónico, y resultado de prueba de COVID-19. Estos datos fueron estrictamente utilizados con fines del estudio, y exclusivamente revisados por los autores del proyecto de investigación. Para realizar la investigación nos acercamos al área de geriatría del establecimiento de salud, y, conjuntamente con los datos recolectados, se procedió a comunicarse con los pacientes por vía telefónica, por lo que el llenado del formulario fue hetero aplicado. Cabe recalcar que la aplicación de los cuestionarios fueron en los meses de junio y julio del 2022, por lo que recolección de las respuestas fueron de 6 a 7 meses posterior al evento. Para iniciar con el formulario se le brindó la información respectiva acerca del consentimiento informado, del estudio y sobre la decisión de en cualquier momento concluir con la encuesta de ser necesario. Posterior a la aprobación del consentimiento informado, se procedió a aplicar la encuesta del estudio que incluyó EDGY y ELA-8 para evaluar la presencia de sintomatología depresiva y/o ansiosa, respectivamente. De igual manera, se realizó las preguntas sobre las características generales y variables confusoras adicionales. Al término de la encuesta, y dependiendo del puntaje del mismo, se recomendó a aquellas personas cuyo puntaje refería sintomatología depresiva y/o ansiosa a poder solicitar una cita con psicología o psiquiatría en el establecimiento de salud.

La información recolectada mediante los cuestionarios generados a través de Google Forms fue trasladada a una base de datos en formato Microsoft Excel, a la cual se le realizó un control de calidad. Finalmente, se obtuvo la base final para análisis cuando se completó el número de muestras obtenido.

3.5 Análisis estadísticos

Para el análisis de los datos se utilizó el programa Stata versión 17, para lo cual se partió desde la base de datos limpia que se encuentra en las hojas Excel. Para este, todos los análisis estadísticos fueron realizados con un nivel de confianza del 95%.

Para el análisis descriptivo, se utilizaron solo variables categóricas, descartando así las variables numéricas como talla y peso. Sin embargo, se emplearon ambas variables para evaluar el estado nutricional y hallar el IMC de cada participante. Además, se convirtió la variable numérica “edad” a una variable categórica, catalogando por grupo de edades; las variables categóricas fueron resumidas en valores absolutos y relativos.

Para el análisis bivariado, entre el outcome y las variables categóricas se tomó en cuenta si el 20% de los valores esperados eran mayores o menores a 5. Si eran mayores a 5 se utilizó chi cuadrado, y, si

eran menores a 5, se utilizó Test de Fischer. Además, se consideró un valor de “p” menor de 0.05 como estadísticamente significativo.

Para el análisis multivariado, se reportó razones de prevalencias crudas y ajustadas con sus intervalos de confianza al 95%, estimadas mediante la regresión de Poisson con varianza robusta. En el análisis ajustado se consideraron variables confusoras relacionadas al desarrollo de sintomatología depresiva y ansiosa según la literatura. Adicionalmente, se agregaron variables estadísticamente significativas ($p < 0.05$). Por lo que las variables que se consideraron en el modelo ajustado en relación a la presencia de sintomatología depresiva fueron: sexo, edad, IMC, nivel educativo, nivel socioeconómico autorreportado y antecedente de COVID-19. Por otro lado, en relación con la presencia de sintomatología ansiosa se consideraron: sexo, edad, IMC, antecedente de COVID-19 y familiares intradomiciliarios con antecedente de COVID-19.

3.6 Consideraciones éticas

El presente trabajo fue revisado y aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la UPC. Posteriormente el proyecto fue aprobado por el CIE-HNASS y pudo ser ejecutado. Se envió de forma adjunta el consentimiento informado, el cual fue aceptado por el participante para ser parte del trabajo de investigación, el cual es confidencial. Además, se solicitó el listado de pacientes adultos mayores que se hayan realizado una prueba de COVID en el Hospital Sabogal. El listado contenía la siguiente información confidencial: nombre, edad, número telefónico y resultado de prueba. La información brindada solo fue revisada por el grupo de investigación y utilizada con fines netamente académicos. Finalmente, se informó a los participantes que demostraron riesgo, basado en los cuestionarios elegidos por el presente trabajo, para que puedan asistir al servicio de salud mental para una mayor evaluación correspondiente.

4. RESULTADOS

La población teórica calculada para el estudio fue de 893 pacientes. Sin embargo, de acuerdo a los criterios de exclusión, 701 pacientes no participaron en el estudio porque no cumplieron con el rango de edad entre 60-80 años. Asimismo, se excluyeron a 8 pacientes por haber tenido diagnóstico confirmado de depresión y/o ansiedad antes de participar en el estudio y 43 pacientes con defunción confirmada, razón por la cual, la muestra final del estudio piloto fue de 141 pacientes. Con resultado final, 19 pacientes presentaron sintomatología depresiva y 122 no la presentaban, mientras que 49 participantes cursaron con sintomatología ansiosa y 92 participantes no. La secuencia de participación de los pacientes se puede observar en el **Flujograma N° 1** (ver sección Anexos).

La tabla 1 ofrece una descripción de los resultados del análisis univariado. La edad promedio identificada fue de 70.04 años (desviación estándar: ± 7.18 años), con predominio del sexo femenino con 84 participantes (59.6%). En cuanto a las características sociodemográficas, el IMC con mayor prevalencia fue el normal (46.1%) seguido de pacientes con sobrepeso con un 31.2%, así mismo el 58.2% de los participantes eran casados y el 43.9% habían finalizado la secundaria. De la totalidad de los encuestados, el 44.7% consideraban su nivel socioeconómico como regular. Por último, los participantes que presentaban antecedente de COVID 19 fueron 37 participantes, representando el 26.24% del total de la muestra.

Además, se utilizó variables confusoras, como por ejemplo comorbilidades, cuya enfermedad más prevalente en adultos mayores es la hipertensión arterial, con 45 pacientes (31.91%), en segundo lugar

encontramos a la diabetes mellitus, con 43 pacientes (30.50%), en tercer lugar, y con mayor diferencia que las dos anteriores enfermedades, se encontró 24 casos (17.02%) con enfermedades crónicas (ERA, ERC, trastornos tiroideos, cáncer). En la tabla 1, se puede evidenciar que 9 de 141 pacientes viven solos, representando el 6.4% de los participantes. El 49.7% de los encuestados contaban con familiares intradomiciliarios que tenían antecedente de COVID-19, 36.2% de familiares intradomiciliarios presentaban comorbilidades, y 24.1% de los participantes habían tenido familiares intradomiciliarios fallecidos por COVID-19 durante la pandemia.

Con respecto a las variables principales, la sintomatología depresiva estaba presente en 19 pacientes, lo que representa 13.5%, y la sintomatología ansiosa estaba presente en 49 pacientes, representando el 34.8% de la totalidad de encuestados. Para más información ver **Tabla N° 1** en la sección Anexos.

En el análisis bivariado, se evidenció asociación entre sintomatología depresiva y sintomatología ansiosa estadísticamente significativa ($p < 0.05$). Sin embargo, no se encontraron variables estadísticamente significativas relacionadas a sintomatología depresiva. En adición, se encontró asociación significativa entre antecedente de COVID-19 ($p < 0.05$), IMC en rangos de desnutrición, familiares intradomiciliarios con antecedente de COVID-19, con sintomatología ansiosa. Para más información ver **Tabla N° 2a y 2b** en la sección Anexos.

En el análisis multivariado **Tabla N° 3.a** para identificar la asociación entre sintomatología depresiva y antecedente de COVID-19, en el modelo crudo, se encontró que las personas con antecedente de COVID-19 tuvieron 2.0% menor probabilidad de presentar síntomas de depresión en comparación a las que no presentaron el antecedente de enfermedad, sin que esta fuera significativa (RPc 0.98; IC95% 0.91 - 1.05 $p=0.592$), al ajustar el modelo por las variables: sexo, edad, IMC, estado civil, nivel educativo y antecedente de COVID-19, se encontró que las personas con antecedente de COVID-19 tuvieron 3.0% menor probabilidad de presentar de sintomatología depresiva en comparación con las personas sin este antecedente, sin ser esta asociación significativa (RPa 0.97; IC95% 0.89; 1.04 $p=0.348$).

Adicionalmente se encontró como hallazgo de este estudio factores de riesgo asociados a sintomatología depresiva; al realizar el modelo crudo, se encontró asociación significativa ($p < 0.05$) entre la variable estado civil, específicamente en divorciados (PRc=1.06, IC 95%: 1.03; 1.11) y convivientes (PRc=1.06; IC 95%: 1.03; 1.11), además de nivel educativo superior (PRc=1.07; IC 95%: 1.01; 1.14). Al ajustar el modelo por las variables: sexo, edad, IMC, estado civil, nivel educativo y antecedente de COVID-19, se encontró significancia en desnutridos (PRa=1.20; IC 95%: 1.07; 1.35), divorciados (PRa=1.07; IC 95%: 1.01; 1.13), convivientes (PRa=1.08; IC 95%: 1.03; 1.14) y nivel educativo superior (PRa=1.07; IC 95%: 1.00; 1.15).

En el análisis multivariado **Tabla N° 3.b** para identificar la asociación entre la variable dependiente sintomatología ansiosa y antecedente de COVID-19, en el modelo crudo, se encontró que las personas con antecedentes de COVID-19 tuvieron 21% menor probabilidad de presentar síntomas de ansiedad que las que no presentaron la afección respiratoria (RPc 0.79; IC95% 0.70; 0.89 $p=0.000$), al ajustar el modelo por las variables: sexo, edad, IMC, antecedente de COVID-19 y familiares intradomiciliarios con antecedente de COVID-19, se encontró que las personas con antecedente COVID-19 tuvieron 21% menor probabilidad de presentar síntomas de ansiedad que las que no cursaron con la enfermedad, siendo esta una asociación estadísticamente significativa (RPa 0.79; IC95% 0.69; 0.90 $p=0.000$).

Adicionalmente se halló factores de riesgo asociados a sintomatología ansiosa. Al realizar el modelo crudo, se encontró asociación con antecedente de COVID-19 (PRc=0.79; IC 95%: 0.91; 1.05), además, y aquellos participantes que no contaban con familiares intradomiciliarios con antecedente de COVID-19 (PRc=1.12; IC 95%: 0.98; 1.10). Al ajustar el modelo por las variables: sexo, edad, IMC, antecedente de COVID-19 y familiares intradomiciliarios con antecedente de COVID-19; se encontró diferencia significativa en los participantes con antecedente de COVID-19 (PRa=0.79; IC 95%:).

5. DISCUSIÓN

Al realizar el análisis respectivo de los resultados se pudo evidenciar que no hay asociación directa entre depresión y presentar antecedente de COVID-19. Sin embargo, se pudo observar que existe asociación negativa entre sintomatología ansiosa y presentar antecedente de COVID-19, actuando como factor protector. Dicho hallazgo contradice a estudios realizados a nivel nacional, como el de Luque (11) o a nivel internacional, como el de Khan Z, et al (14), quienes demostraron que había un aumento de la prevalencia de sintomatología ansiosa en pacientes post COVID-19. Cabe recalcar que la respuesta de los cuestionarios fueron recolectados durante los meses junio y julio, con pacientes que habían sido atendidos en el Hospital Sabogal en los meses de diciembre del 2021 a marzo 2022, en donde el Perú ya había atravesado la tercera ola de COVID-19, y si bien esta fue el oleaje con más casos de COVID positivo del país, las cifras de mortalidad fueron inferiores a los eventos previos. Además, más del 80% de la población peruana ya contaba con 2 dosis de vacuna contra el COVID-19, siendo uno de los países con mayor porcentaje de vacunación de Latinoamérica, por lo que ya no representaba el temor que se tenía durante los 2 años anteriores.

Asimismo, al analizar la población con sintomatología depresiva mediante la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y la población con sintomatología ansiosa, según la Escala de LIMA, se encontró asociación significativa ($p < 0.05$) lo que se concluyen un aumento de prevalencia de coexistencia entre ambas enfermedades.

Sintomatología depresiva

El presente estudio encontró mayor prevalencia de sintomatología depresiva en población femenina (13.1%), concordando así en el estudio realizado por ENDES en Perú en el año 2017, en donde la mayor prevalencia de depresión en adultos mayores eran en participantes femeninas (17.9%) (18). De igual manera, dicho estudio evidenció que la población adulta mayor con mayor prevalencia eran los encuestados menores de 75 años (59.5%) (18), contrastándolo con este proyecto de investigación el grupo etario con mayor prevalencia de sintomatología depresiva son los menores de 75 años (57.9%). Sin embargo, en el presente estudio, se categorizó precisamente los grupos etarios, en donde aquellos pacientes entre 76-80 años eran quienes presentaban en mayor frecuencia sintomatología depresiva (17.8%). En el contexto internacional, en Chile se realizó un estudio de investigación sobre depresión en el adulto mayor utilizando la misma escala que la del presente estudio (Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage) (19), en dicho estudio se concluyó que los adultos mayores, cuyo estado civil, casados, tienen mayor prevalencia de desarrollar sintomatología depresiva al igual que en nuestro estudio, en donde la mayor cantidad de pacientes con sintomatología depresiva eran los casados, en total 10 de ellos, representando el 52.6%. Asimismo, en esta investigación se demuestra asociación entre estar divorciado o conviviente y presentar sintomatología depresiva, al igual que el estudio realizado en Perú, en base al ENDES 2015, aquellos participantes que no contaban con pareja actuaban como factor de riesgo para desarrollar la enfermedad, con un OR de 1.32 (20). En el estudio de Chile (19) también se consideró como una posible causa de presentar sintomatología depresiva a aquellos

pacientes que vivían solos. Esta afirmación no concuerda con nuestro estudio, ya que se encontró mayor prevalencia en aquellos que vivían con familiares, amigos o en comunidades (94.7%). Otro factor de riesgo hallado en el presente estudio es el índice de masa corporal, se evidenció que un paciente desnutrido tiene 1.20 veces más de probabilidad de desarrollar sintomatología de depresión. Al igual que en la investigación realizada en México (21), en donde se reportó una relación directa bidireccional entre depresión y desnutrición en adultos mayores, generando un círculo vicioso que exacerba los síntomas de ambas enfermedades prevalentes en dicho grupo etario. Por último, según el estudio realizado en adultos mayores peruanos por el ENDES en 2014-15, aquellos pacientes que habían estudiado primaria completa (43.3%) tenían mayor predisposición de desarrollar estos síntomas (20). Sin embargo, en el presente estudio hay mayor prevalencia en aquellos adultos mayores que han culminado los estudios secundarios (57.9%).

Sintomatología Ansiosa

Respecto a la variable de ansiedad, se encontró que el sexo femenino predomina (37%) teniendo concordancia con el estudio realizado por CSP en el año 2020, en donde se observó que la prevalencia de sufrir ansiedad en pacientes mayores fue en el sexo femenino (12%) (22). La revista Internacional de Psiquiatría social en el año 2020 realizó un estudio que evidencia que los pacientes adultos mayores viudos tienen mayor prevalencia de sufrir ansiedad (36.4%), contrastando con la presente investigación, la población con estado civil viudo tienen una mayor prevalencia de sufrir ansiedad también (40%) (23). De igual manera, dicho estudio evidenció que la población adulta mayor con mayor prevalencia eran los encuestados con antecedente de enfermedad crónica (17.9%) (23), contrastándolo con este proyecto de investigación, el grupo etario con mayor prevalencia de sintomatología ansiosa son los que presentan antecedente de enfermedad crónica (50%). Por otro lado, en el estudio realizado por la Facultad de Ciencia de la Salud de la Universidad César Vallejo evidenció que existe mayor prevalencia de padecer ansiedad en pacientes encuestados con familiares intradomiciliarios con antecedente de COVID-19 (88.5%) (11). Esta información concuerda con nuestro estudio, el cual evidenció que pacientes adultos mayores encuestados han tenido algún familiar intradomiciliario con antecedente de COVID-19 (44%). Asimismo, el estudio demuestra que no existe asociación entre los pacientes con antecedente de familiares intradomiciliarios fallecidos por COVID-19 y el padecer ansiedad (57.4%) (11). Esta información presenta concordancia con la presente investigación, puesto que se evidenció que los pacientes adultos mayores encuestados con antecedente de familiares intradomiciliarios fallecidos por COVID-19 y el padecer ansiedad no presentan asociación significativa (35%).

6. LIMITACIONES

La primera limitación que se halló en el proyecto de investigación es el tipo de estudio que se empleó, utiliza un diseño transversal, por lo que no se puede identificar la causalidad de la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa. Como segunda limitación, el tiempo de aplicación del cuestionario, puesto que se realizó hasta 7 meses posterior al evento, así llegando a mitigar la sintomatología depresiva y/o ansiosa que se presentó en el momento exacto que se efectuó la prueba de COVID-19, por lo que no se tuvo en cuenta la severidad del cuadro en el tiempo determinado. Adicionalmente, el llenado del formulario fue hetero aplicado. Viendo que la población objetivo fueron adultos mayores, quienes son ajenos a la tecnología, resultaba complicado realizar el llenado del mismo a través de medios virtuales. Debido a esto, se decidió responder el interrogatorio a través de llamadas telefónicas personalizadas, donde el evaluador podría interpretar y aplicar la escala utilizada de una manera distinta, ocasionando así resultados incongruentes y generando un proceso más tedioso al comparar los datos. Todo esto conlleva a una limitación: la interpretación inconsistente. Además, la comunicación entre el

encuestador y el encuestado puede ser limitada, por lo que se podría ver afectada la calidad y precisión de la investigación. Otra de las limitaciones del presente estudio es que los resultados no se pueden extrapolar a todos los adultos mayores del Perú, puesto que para la elección de la población objetivo se utilizó muestreo no probabilístico. Sin embargo, se realizó un cálculo muestral mínimo lo cual fue conseguido, por lo que los resultados pueden extrapolarse a poblaciones similares a la estudiada. Adicionalmente, el sesgo de memoria también se presenta como una limitación, puesto que el tiempo de la ejecución del proyecto de investigación fue considerablemente posterior al punto máximo de la pandemia por COVID-19, por lo que algunos participantes no recordaban ciertos sentimientos o problemas que presentaban en ese momento. Por otro lado, el sesgo de deseabilidad, el estudio fue desarrollado a través de llamadas telefónicas con los participantes, por lo que las respuestas podrían haber influido. Sin embargo, este sesgo fue mitigado con las preguntas directas al formular el cuestionario. Por último, una limitación es la variable confusora nivel socioeconómico, dado que en este estudio fue evaluado con los siguientes parámetros (muy bueno, bueno, regular, malo), esta está sujeta a percepción propia de cada encuestado, lo que aumenta el potencial confusor de la misma, originando así un sesgo de subjetividad. Por lo que se debería estratificar por ganancia mensual para dar mayor objetividad a la misma.

7. CONCLUSIONES

El presente estudio fue realizado para poder detectar la asociación entre el COVID-19 en adultos mayores de 60 a 80 años que se atienden en el Hospital Sabogal durante diciembre 2021 a marzo 2022 mediante el análisis de los factores asociados a la sintomatología depresiva y ansiosa. Al realizar el análisis respectivo de los resultados obtenidos se evidencia que no existe asociación directa entre haber padecido COVID-19 y presentar sintomatología depresiva. Sin embargo, se identificó algunos factores de riesgo predisponentes, como el estar divorciado, el ser conviviente y el nivel educativo superior. Por otro lado, se pudo identificar que sí existe asociación negativa significativa entre haber padecido dicha enfermedad respiratoria y presentar sintomatología ansiosa, actuando como factor protector, es decir, el padecer con COVID-19 reduce la probabilidad de desarrollar síntomas ansiosos. Además, no contar con familiares intradomiciliarios con antecedente de COVID-19 mantiene un rol de factor de riesgo asociados a sintomatología ansiosa. Es relevante destacar que en el presente estudio se logró identificar, en concordancia con estudios previos, que la población femenina constituye un factor de riesgo que predispone a desarrollar sintomatología tanto depresiva, como ansiosa. Por ende, es importante poner énfasis en este grupo en específico con el propósito de identificar y prevenir de forma precoz síntomas de alerta.

8. RECOMENDACIONES

Realizar investigaciones de tipo longitudinal con el objetivo de identificar con mayor precisión la asociación entre antecedente de COVID-19 y la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa. Además, es de carácter urgente realizar investigaciones sobre salud mental en adultos mayores, puesto que este grupo etario es el más vulnerable y requiere de cuidados especiales. Tener en cuenta la salud mental y su repercusión por atravesar esta enfermedad, nos dará un mejor panorama para no solo tratar la enfermedad per se, sino también, brindar un apoyo psicológico a los pacientes para aprender a sobrellevar y afrontar la situación. Si bien la pandemia por COVID-19 ha sido dada de alta, este estudio brinda las herramientas necesarias para que, ante un futuro evento de similar magnitud, se afronte la problemática de distinta manera, enfocándose en este grupo etario vulnerable. Los adultos mayores fueron de los más afectados durante estos últimos años y al tener un mejor entendimiento de cómo se relacionan estos aspectos de la salud mental nos ayuda a formular mejores políticas de salud pública y

aplicar estrategias de protección. De esta manera, estaríamos preparados para afrontar una nueva pandemia y considerar prioritariamente a los adultos mayores para la formulación de un plan de acción ante la misma.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud. Plan Nacional de reforzamiento de los servicios y contención del COVID-19. Lima: MINSA; 2020. 29 p. Informe N°95
2. Ministerio de Salud [base de datos en internet]. Lima: MINSA. 2021 [citado el 03 de febrero de 2024]. Disponible en: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
3. Liu Xing Z. The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China [Internet]. 2020 [citado el 27 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32064853/>
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población adulta mayor. Lima: INEI; 2023. 50 p. Informe N° 01
5. Martínez J. et al. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Social S. Revista Médica del Instituto Mexicano del [Internet]. Redalyc.org. [citado el 27 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745525004.pdf>
6. Armitage R, Nellums L. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly . THE LANCET Public Health. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2468-2667%2820%2930061-X>
7. Lojano L. et al. Temor del adulto mayor frente a la COVID-19 y su relación con los medios de comunicación informales en la comunidad de Sinincay de la ciudad de Cuenca-Ecuador. Polo del Conocimiento; 2021. [citado el 27 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/2243>
8. Banerjee D. The impact of COVID-19 pandemic on elderly mental health. Department of Psychiatry, National Institute of Mental Health and Neurosciences (NIMHANS); 2020. [citado el 27 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/gps.5320>
9. Tenorio J, et al. Precios de medicamentos esenciales para el manejo y tratamiento de la COVID-19 en establecimientos farmacéuticos peruanos públicos y privados. Acta Médica Peruana [Internet]. 2020 [citado el 03 de febrero de 2024]; 37(3): 267-277. Disponible en: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.373.1560>
10. Fernández, J. Impacto económico y social de la COVID-19 en el Perú. Revista de Ciencia e Investigación en Defensa-CAEN, 2021, vol. 2, no 1, p. 31-42. [citado el 18 de noviembre del 2022]
11. Luque N. Ansiedad y depresión en pacientes post COVID-19. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad César Vallejo; 2020. [citado el 27 de octubre de 2022]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/59347/Luque_CNMSD.pdf?sequence=1
12. Almonacid B. Depresión en pacientes adultos mayores hospitalizados en servicios COVID-19 en un hospital público, Lima-2020. Facultad de Ciencias de la Salud Programa de Segunda Especialidad en Cuidado Enfermero en Geriatria y Gerontología; 2020. [citado el 27 de octubre de 2022]. Disponible en: http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/4310/T061_06811994_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y
13. Deng J, Zhou F, Hou W, Silver Z, Yi Wong C, Chang O, Huang E, Kang Zuo Q. The

- prevalence of depression, anxiety, and sleep disturbances in COVID-19 patients: a meta-analysis [Internet]. Wiley Public Health Emergency Collection; 2020. [citado el 27 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7675607/>
14. Khan Z, Marri MU, Mufti AA, Tareen Z, Rasool G. Compare the frequency of depression and anxiety in patients with COVID-19 and non-COVID patients [Internet]. Pjmhsonline.com. [citado el 27 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://pjmhsonline.com/2021/april/840.pdf>
 15. Ciuffreda G, et al. Factors Associated with Depression and Anxiety in Adults ≥ 60 Years Old during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review [Internet]. Environmental Research and Public Health. [citado el 27 de octubre de 2022]. Disponible en: https://repositori.uic.es/bitstream/handle/20.500.12328/3069/Cabanilla%20Barea%2c%20Sara%20%5bet%20al.%5d_Factors%20Associated%20Depression_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 16. De la Torre J, et al. Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia [Internet]. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2006. [citado el 27 de octubre de 2022]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n3/a03v23n3.pdf>
 17. De la Torre J, et al. Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia [Internet]. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2006. [citado el 27 de octubre de 2022]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n3/a03v23n3.pdf>
 18. Baldeón P. et al. Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de ENDE S 2017 [Internet]. Facultad de Medicina Humana URP; 2017. [citado el 27 de octubre de 2022]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v19n4/a08v19n4.pdf>
 19. Hoyl T, Valenzuela E, Marín P. Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. Revista Médica de Chile; 2000. [citado el 27 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872000001100003&script=sci_arttext
 20. Martina M, Ara MA, Gutiérrez C, Nolberto V, Piscocoya J. Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015 [Internet]. An Fac med; 2017. [citado el 27 de octubre de 2022]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v78n4/a04v78n4.pdf>
 21. Perez E; Lizárraga D; Martínez M. Asociación entre desnutrición y depresión en el adulto mayor. Nutr Hosp. 2014;29(4):901-906. [citado el 24 de enero de 2024]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v29n4/25originalancianos02.pdf>
 22. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, Idoiaga-Mondragon N. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. Cadernos de saude publica [Internet]. 2020 [citado el 03 de febrero de 2024]; 36(4). Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00054020>
 23. Özdin, S, Bayrak-Özdin, Ş. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. The International Journal of Social Psychiatry [Internet]. 2020 [citado el 03 de febrero de 2024]; 66(5): 504–511. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0020764020927051>

10. ANEXOS

Flujograma N° 1

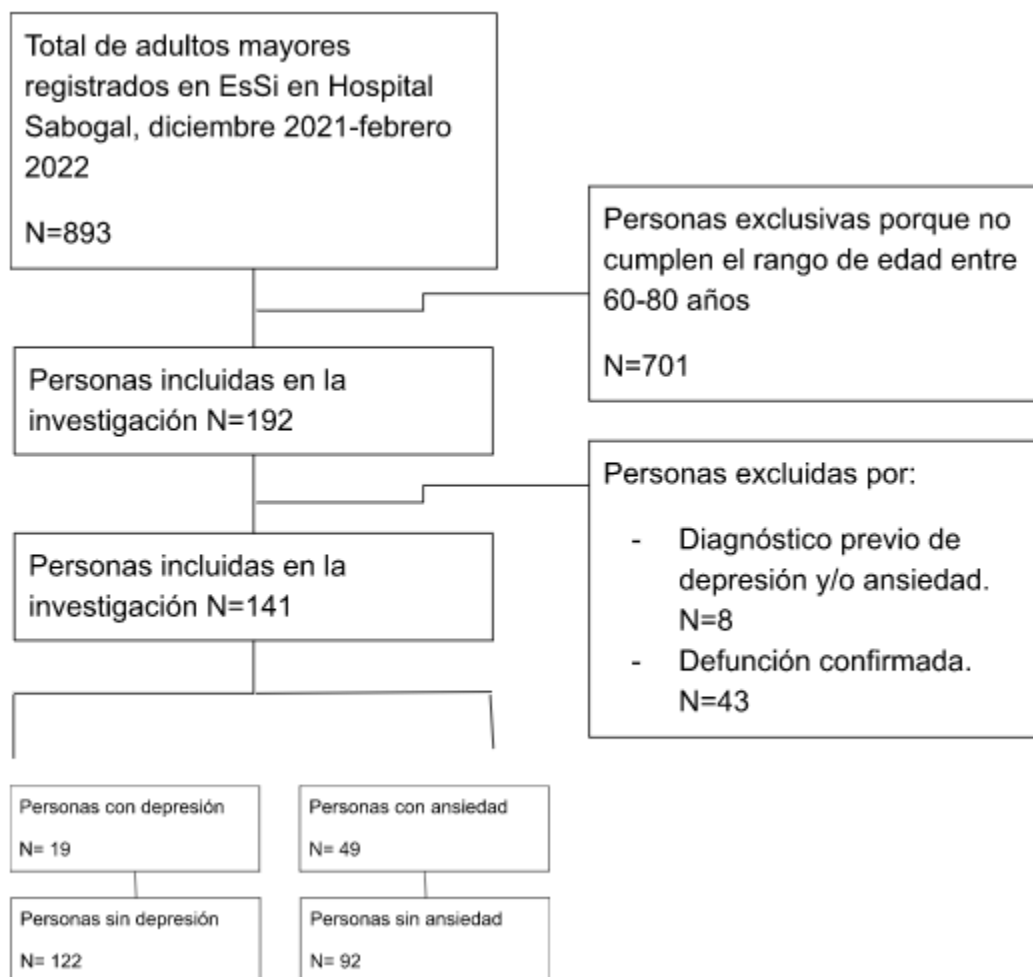


Tabla 1: Características sociodemográficas y clínicas de la población adulto mayor que se atienden en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2021-22 (N=141)

Variables	n	%
Edad		
60-65 años	46	32.62
		20.
66-70 años	29	57
71-75 años	21	14.89
76-80 años	45	31.91
Sexo		
Femenino	84	59.57
Masculino	57	40.43
Talla (cm)*	161.62 (±10.25)	
Peso (kg)*	70.21(±15.7)	
IMC		

Normal	65	46.1
Desnutrido	2	1.42
Sobrepeso	44	31.21
Obesidad	30	21.28
Estado Civil		
Soltero (a)	17	12.06
Casado (a)	88	58.16
Viudo (a)	25	17.73
Divorciado (a)	11	7.8
Conviviente	6	4.26
Nivel Educativo		
Primaria	38	26.95
Secundaria	62	43.97
Superior	41	29.08
Nivel Socioeconómico autorreportado		
Muy buena	8	5.67
Buena	38	26.95
Regular	63	44.68
Mala	32	22.7
Antecedente de COVID-19		
Sí	37	26.24
No	104	73.76
Presenta Diabetes Mellitus		
Sí	43	30.50
No	98	69.50
Presenta Hipertensión Arterial		
Sí	45	31.91
No	96	68.09
Presenta Enfermedades Pulmonares Crónicas		
Sí	13	9.22
No	128	90.78
Presenta Enfermedades Cardiovasculares		
Sí	16	11.35
No	125	88.65
Presenta otras enfermedades crónicas **		
Sí	24	17.02
No	117	82.98
Vive Solo		
Sí	9	6.38
No	132	93.62
Familiares intradomiciliarios con antecedente de COVID-19		
Sí	70	49.65
No	71	50.35

Familiares intradomiciliarios que presentan alguna comorbilidad		
Sí	51	36.17
No	90	63.83
Familiares intradomiciliarios fallecidos por COVID-19		
Sí	34	24.11
No	107	75.89
Depresión		
Probable	19	13.48
No probable	122	86.52
Ansiedad		
Probable	49	34.75
No probable	92	65.25

*Mediana (DE)

**Otras enfermedades (Enfermedad Renal Aguda, Enfermedad Renal Crónica, Hipotiroidismo, Hipertiroidismo)

Tabla 2a: Factores asociados a sintomatología de depresión en adultos mayores en el Hospital Nacional Sabogal Sologuren

Variables	Sintomatología de depresión				P
	Sí		No		
	n	%	n	%	
Edad en categorías					
60-65 años	6	13.04	40	86.96	0.788
66-70 años	3	10.34	26	89.66	
71-75 años	2	9.52	19	90.48	
76-80 años	8	17.78	37	82.22	
Sexo					
Masculino	8	14.03	49	85.97	0.873
Femenino	11	13.10	73	86.90	
IMC					
Normal	12	18.46	53	81.54	0.523
Desnutrido	0	0	2	100	

Sobrepeso	4	9.09	40	90.91	
Obesidad	3	10	27	90	
Estado civil					
Soltero (a)	3	17.65	14	82.35	
Casado (a)	10	12.20	72	87.80	
Viudo (a)	6	24	19	76	0.307
Divorciado (a)	0	0	11	100	
Conviviente (a)	0	0	6	100	
Nivel Educativo					
Primaria	6	15.79	32	84.21	
Secundaria	11	17.74	51	82.26	0.154
Superior	2	4.88	39	95.12	
Nivel Socioeconómico autorreportado					
Muy buena	2	25	6	75	
Buena	3	7.89	35	92.11	0.084
Regular	6	9.52	57	90.48	
Malo	8	25	24	75	
Antecedente de Covid-19					
Sí	6	16.22	31	83.78	0.570
No	13	12.5	91	87.5	
Presenta Diabetes Mellitus					
Sí	6	13.95	37	86.05	0.912
No	13	13.27	85	86.73	
Presenta Hipertensión Arterial					

Sí	7	15.56	38	84.44	0.620
No	12	12.5	84	87.5	
Presenta Enfermedades Pulmonares Crónicas					
Sí	3	23.08	10	76.92	0.384
No	16	12.5	112	87.5	
Presenta Enfermedades Cardiovasculares					
Sí	3	18.75	13	81.25	0.454
No	16	12.8	109	87.2	
Presenta Otras Enfermedades Crónicas					
Sí	3	12.5	21	87.5	0.990
No	16	13.68	101	86.32	
Vive solo					
Sí	1	11.11	8	88.89	0.990
No	18	13.64	114	86.36	
Familiares intradomiciliarios con antecedente de COVID-19					
Sí	12	17.14	58	82.86	0.205
No	7	9.86	64	90.14	
Familiares intradomiciliarios que presentan alguna comorbilidad					
Sí	5	9.80	46	90.20	0.337
No	14	15.56	76	84.44	
Familiares intradomiciliarios fallecidos por COVID-19					
Sí	2	5.88	32	94.12	0.162
No	17	15.89	90	84.11	

Sintomatología Ansiosa

Sí	17	89.47	2	10.53	<0.05
No	32	26.23	90	73.77	

Tabla realizada con 141 participantes

* Media y DE

Tabla 2b: Factores asociados a sintomatología de ansiedad en adultos mayores en el Hospital Nacional Sabogal Sologuren

Variables	Sintomatología de ansiedad				P
	Sí		No		
	n	%	n	%	
Edad en categorías					
60-65 años	13	28	33	72	0.388
66-70 años	13	45	16	55	
71-75 años	9	43	12	57	
76-80 años	14	31	31	69	
Sexo					
Masculino	18	32	39	68	0.515
Femenino	31	37	53	63	
IMC					
Normal	26	40	39	60	0.541
Desnutrido	1	50	1	50	
Sobrepeso	13	30	31	70	
Obesidad	9	30	21	70	
Estado civil					
Soltero (a)	6	35	11	65	0.973
Casado (a)	28	34	54	66	
Viudo (a)	10	40	15	60	
Divorciado (a)	3	27	8	73	
Conviviente	2	33	4	67	
Nivel educativo					
Primaria	14	37	24	63	0.681

Secundaria	23	37	39	63	
Superior	12	29	29	71	
Nivel socioeconómico autorreportado					
Muy buena	3	38	5	62	
Buena	11	29	27	71	
Regular	20	32	43	68	0.405
Mala	15	47	17	53	
Antecedente de COVID-19					
Sí	23	62	14	38	
No	26	25	78	75	0.000
Presenta Diabetes Mellitus					
Sí	19	44	24	56	
No	30	31	68	69	0.119
Presenta Hipertensión Arterial					
Sí	19	42	26	58	
No	30	31	66	69	1.627
Presenta Enfermedades Pulmonares Crónicas					
Sí	3	23	10	77	
No	46	36	82	64	0.543
Presenta Enfermedades Cardiovasculares					
Sí	5	31	11	69	
No	44	35	81	65	0.755
Presenta otras enfermedades crónicas					
Sí	12	50	12	50	
No	37	32	80	68	0.085
Vive solo					
Sí	2	22	7	78	
No	47	36	85	64	0.496
Familiares intradomiciliarios con antecedentes de COVID-19					
Sí	31	44	39	56	
No	18	25	53	75	0.018
Familiares intradomiciliarios que presentan alguna comorbilidad					
Sí	19	37	32	63	
No	30	33	60	67	0.638

Familiares intradomiciliarios fallecidos por COVID-19

Sí	12	35	22	65	0.939
No	37	35	70	65	

Tabla realizada con 141 participantes

* Media y DE

Tabla 3a. Modelos crudos y ajustados para Sintomatología Depresiva entre las características sociodemográficas y clínicas en adultos mayores entre 60 y 80 años del Hospital Nacional Sabogal Sologuren 2021-2022 (N=141)

Variables	Modelo Crudo			Modelo Ajustado		
	PRc*	IC95%	P	PRa**	IC95%	P
Sexo						
Femenino	Ref.	-	-	-	-	-
Masculino	0.99	(0.93; 1.06)	0.87	0.99	(0.94; 1.06)	0.92
Edad en categorías						
60-65 años	Ref.	-	-	-	-	-
66-70 años	1.01	(0.94; 1.09)	0.72	1.03	(0.95; 1.12)	0.47
71-75 años	1.02	(0.94; 1.19)	0.67	1.01	(0.94; 1.11)	0.66
76-80 años	0.97	(0.89; 1.06)	0.53	0.99	(0.90; 1.08)	0.75
IMC						
Normal	Ref.	-	-	-	-	-
Desnutrido	1.10	(1.05; 1.16)	0.05	1.20	(1.07; 1.35)	<0.05
Sobrepeso	1.05	(0.98; 1.13)	0.15	1.06	(0.99; 1.13)	0.11
Obesidad	1.05	(0.97; 1.13)	0.25	1.04	(0.96; 1.12)	0.36
Estado civil						
Casado (a)	Ref.	-	-	-	-	-
Soltero (a)	0.97	(0.87; 1.08)	0.59	0.96	(0.86; 1.08)	0.49
Viudo (a)	0.94	(0.85; 1.04)	0.22	0.93	(0.85; 1.03)	0.18

Divorciado (a)	1.06	(1.03; 1.11)	<0.05	1.07	(1.01; 1.13)	<0.05
Conviviente	1.06	(1.03; 1.11)	<0.05	1.08	(1.03; 1.14)	<0.05
Nivel educativo						
Secundaria	Ref.	-	-	-	-	-
Primaria	1.01	(0.93; 1.09)	0.79	0.99	(0.91; 1.07)	0.78
Superior	1.07	(1.01; 1.14)	<0.05	1.07	(1.00; 1.15)	<0.05
Nivel socioeconómico autorreportado						
Mala	Ref.	-	-	-	-	-
Muy buena	1	(0.82; 1.21)	1.00	-	-	-
Buena	1.09	(0.99; 1.21)	0.06	-	-	-
Regular	1.09	(0.99; 1.19)	0.08	-	-	-
Antecedente de COVID-19						
No	Ref.	-	-	-	-	-
Sí	0.98	(0.91; 1.05)	0.59	0.97	(0.89; 1.04)	0.35
Presenta Diabetes Mellitus						
No	Ref.	-	-	-	-	-
Sí	0.99	(0.93; 1.06)	0.91	-	-	-
Presenta Hipertensión Arterial						
Sí	Ref.	-	-	-	-	-
No	1.02	(0.95; 1.09)	0.63	-	-	-
Presenta Enfermedades Pulmonares Crónicas						
No	Ref.	-	-	-	-	-
Sí	0.94	(0.83; 1.08)	0.39	-	-	-
Presenta Enfermedades Cardiovasculares						
No	Ref.	-	-	-	-	-
Sí	0.97	(0.87; 1.08)	0.57	-	-	-

Presenta Enfermedades Crónicas

No	Ref.	-	-	-	-	-
Sí	1.01	(0.93; 1.09)	0.88	-	-	-

Vive Solo

No	Ref.	-	-	-	-	-
Sí	1.01	(0.90; 1.14)	0.82	-	-	-

Familiares intradomiciliarios con antecedentes de COVID-19

Sí	Ref.	-	-	-	-	-
No	1.04	(0.98; 1.10)	0.21	-	-	-

Familiares intradomiciliarios que presentan alguna comorbilidad

No	Ref.	-	-	-	-	-
Sí	1.03	(0.97; 1.09)	0.31	-	-	-

Familiares intradomiciliarios fallecidos por COVID-19

No	Ref.	-	-	-	-	-
Sí	1.05	(0.99; 1.11)	0.06	-	-	-

*Razón de prevalencia crudo

**Razón de prevalencia ajustado

Tabla 3b. Modelos crudos y ajustados para Sintomatología ansiosa entre las características sociodemográficas y clínicas en adultos mayores entre 60 y 80 años del Hospital Nacional Sabogal Sologuren 2021-2022 (N=141)

Variables	Modelo crudo			Modelo ajustado**		
	PRc*	IC95%	P	PRa**	IC95%	P
Sexo						
Femenino	Ref.	-	-	-	-	-
Masculino	1.03	(0.94; 1.14)	0.51	1.01	(0.93; 1.11)	0.75
Edad en categorías						
60-65 años	Ref	-	-	-	-	-
66-70 años	0.90	(0.79; 1.04)	0.15	0.85	(0.75; 0.97)	0.54

71-75 años	0.92	(0.78; 1.07)	0.26	0.91	(0.78; 1.06)	0.13
76-80 años	0.98	(0.88; 1.09)	0.77	0.94	(0.85; 1.03)	0.18
IMC						
Normal	Ref.	-	-	-	-	-
Desnutrido	0.94	(0.59; 1.50)	0.79	0.86	(0.54; 1.38)	0.54
Sobrepeso	1.07	(0.96; 1.19)	0.26	1.08	(0.98; 1.19)	0.13
Obesidad	1.04	(0.94; 1.20)	0.33	1.08	(0.96; 1.21)	1.18
Estado civil						
Casado (a)	Ref.	-	-	-	-	-
Soltero (a)	0.99	(0.85; 1.16)	0.93	-	-	-
Viudo (a)	0.96	(0.84; 1.10)	0.60	-	-	-
Divorciado (a)	1.04	(0.88; 1.23)	0.63	-	-	-
Conviviente (a)	1.00	(0.79; 1.27)	0.97	-	-	-
Nivel Educativo						
Secundaria	Ref.	-	-	-	-	-
Primaria	1.00	(0.89; 1.13)	0.98	-	-	-
Superior	1.05	(0.94; 1.17)	0.40	-	-	-
Nivel Socioeconómico autorreportado						
Malo	Ref.	-	-	-	-	-
Muy buena	1.06	(0.84; 1.34)	0.62	-	-	-
Buena	1.12	(0.97; 1.29)	0.13	-	-	-
Regular	1.10	(0.96; 1.25)	0.16	-	-	-
Antecedente de Covid-19						
No	Ref.	-	-	-	-	-
Sí	0.79	(0.70; 0.89)	<0.05	0.79	(0.69; 0.90)	<0.05
Presenta Diabetes Mellitus						
No	Ref.	-	-	-	-	-

Sí	0.92	(0.82; 1.03)	0.14	-	-	-
Presenta Hipertensión Arterial						
Sí	Ref.	-	-	-	-	-
No	1.07	(0.96; 1.19)	0.22	-	-	-
Presenta Enfermedades Pulmonares Crónicas						
No	Ref.	-	-	-	-	-
Sí	1.08	(0.94; 1.24)	0.29	-	-	-
Presenta Enfermedades Cardiovasculares						
No	Ref.	-	-	-	-	-
Sí	1.02	(0.89; 1.18)	0.75	-	-	-
Presenta Otras Enfermedades Crónicas						
No	Ref.	-	-	-	-	-
Sí	0.89	(0.77; 1.03)	0.11	-	-	-
Vive solo						
No	Ref.	-	-	-	-	-
Sí	1.08	(0.92; 1.27)	0.34	-	-	-
Familiares intradomiciliarios con antecedente de COVID-19						
Sí	Ref.	-	-	-	-	-
No	1.12	(1.02; 1.23)	<0.05	1.08	(0.98; 1.19)	0.13
Familiares intradomiciliarios que presentan alguna comorbilidad						
No	Ref.	-	-	-	-	-
Sí	0.98	(0.88; 1.08)	0.64	-	-	-
Familiares intradomiciliarios fallecidos por COVID-19						
No	Ref.	-	-	-	-	-
Sí	0.99	(0.89; 1.11)	0.94	-	-	-

*Razón de Prevalencia crudo

** Razón de Prevalencia ajustado