



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Medicina

“FRECUENCIA DE ALTERACIONES MENTALES DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID 19 EN ADULTOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD #2 JOSÉ MARÍA ASTUDILLO, CUENCA – ECUADOR 2020”

Proyecto de investigación
previo a la obtención del título
de Médico.

Autor:

Carlos Augusto Juca Vivar

CI: 0104644067

Correo electrónico: cjucaivivar@gmail.com

Director:

Dr. Manuel Ismael Morocho Malla

CI: 0103260675

Cuenca, Ecuador

09-abril-2021



Resumen

Antecedentes: Debido a las modificaciones en el estilo de vida que se adoptaron tras la emergencia sanitaria por covid-19, la salud mental puede sufrir cambios manifestados con la aparición de alteraciones mentales, estas representan un serio problema de salud pública y contribuyen a la improductividad, discapacidad y muerte a nivel mundial.

Objetivo: Determinar la frecuencia de alteraciones mentales en la emergencia sanitaria por COVID 19 en adultos que acuden al centro de salud #2 José María Astudillo.

Métodos y materiales: Se realizó un estudio descriptivo, observacional, en el período comprendido entre noviembre 2020 a diciembre 2020, a los pacientes que acudieron al centro #2, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. La muestra la constituyeron 372 personas, fue obtenida mediante cálculo de muestreo no probabilístico. Se identificaron los casos de ansiedad, depresión, psicosis, insomnio y trastorno de estrés postraumático mediante la aplicación del Test SRQ y PCL-5, los resultados se representaron en tablas estadísticas realizadas con el programa SPSS v25.

Resultados: La alteración mental más frecuente fue el insomnio con 42.74%. Según el sexo, el insomnio, ansiedad, y TEPT predominaron en mujeres con porcentajes de 30.38%, 23.66%, 22.85%, respectivamente; En el sexo masculino el insomnio, TEPT y depresión ocupan los primeros lugares con 12.37%, 8.33% y 6.72% de los casos. Según la edad los adultos mayores presentaron la menor frecuencia con solo 30 casos (8,6%). Según la procedencia el insomnio y el TEPT fueron preeminentes en ecuatorianos y extranjeros.

Palabras claves: Alteraciones mentales, Emergencia sanitaria, Estudio descriptivo.



Abstract:

Background: Due to the modifications in the lifestyle that had to be adopted for the COVID 19 health emergency, mental health can undergo changes manifested with the appearance of mental disorders, these represent a serious public health problem and contribute to unproductivity, disability and death worldwide.

Objective: determine the frequency of mental alterations during the COVID 19 health emergency in adults who attend the José María Astudillo health center # 2.

Methods and materials: A descriptive, observational study was conducted in the period between November 2020 to December 2020, in patients who met the inclusion and exclusion criteria of the research. The sample was made up of 372 people, which was obtained by a non-probabilistic sampling calculation. Cases of anxiety, depression, psychosis, insomnia and post-traumatic stress disorder were identified by applying the SRQ and PCL-5 Test, and their results were analyzed and represented in statistical tables made with the SPSS program.

Results: The mental disorder that most occurred during the health emergency was insomnia with a 42.74%. According to gender, insomnia, anxiety, and PTSD are the most frequent alterations in women with percentages of 30.38%, 23.66%, 22.85%, respectively; In males, insomnia, PTSD and depression occupy the first three places with 12.37%, 8.33% and 6.72% of the cases. According to age, older adults were the group with the lowest number of cases with only 30 cases (8.6%). According to origin, insomnia and PTSD are the most frequent alterations in both Ecuadorians and foreigners.

Keywords: Mental disorders, Sanitary emergency, Descriptive study.



ÍNDICE

CAPÍTULO I	11
1.1 INTRODUCCIÓN	11
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	16
CAPÍTULO II	18
2 FUNDAMENTO TEÓRICO	18
2.1 Generalidades	18
2.2 Depresión	18
2.3 Ansiedad.....	18
2.4 Psicosis	19
2.5 Trastornos del sueño: Insomnio.....	19
2.6 Trastorno de estrés postraumático.....	20
2.7 SRQ (Self Reporting Questionnaire) test.....	20
2.8 PCL-5 test.....	22
2.9 Estudios sobre trastornos mentales y de estrés postraumático en aislamiento social	22
CAPITULOIII	24
3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	24
3.1 Objetivo general.....	24
3.2 Objetivos específicos.....	24
CAPITULO IV	25
4.1 TIPO DE ESTUDIO.....	25
4.2 ÁREA DE ESTUDIO	25
4.3 UNIVERSO Y MUESTRA.....	25
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	25
4.5 VARIABLES	26
4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS	26
4.6.1 Método.....	26
4.6.2 Técnica.....	26
4.6.3 Instrumentos	27



4.7 TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.....	27
4.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	28
CAPITULO V	29
5 RESULTADOS	29
5.1 CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO	29
5.2 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	29
5.3 COMPARACIÓN ENTRE VARIABLES	32
CAPITULO VI	38
6. DISCUSIÓN.....	38
CAPITULO VII	41
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	41
7.1 CONCLUSIONES	41
7.2 RECOMENDACIONES	43
CAPÍTULO VIII	44
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
CAPÍTULO IX	48
9. ANEXOS	48
9.1 Operacionalización de variables.....	48
9.2 Fórmula para obtención de tamaño de muestra	50
9.3 SRQ Test	51
9.4 PCL-5 Test.....	52
9.5 Consentimiento informado	53
9.6 Oficio de autorización	55



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de los 372 participantes que acudieron al centro de salud N°2, según sus características sociodemográficas y su edad. Cuenca 2020.	29
Tabla 2: Distribución de los 372 participantes que acudieron al centro de salud N°2 según variables de frecuencia de alteraciones mentales y edad. Cuenca 2020.....	31
Tabla 3: Distribución de los 372 participantes que acudieron al centro de salud N°2 según variables de frecuencia de alteraciones mentales y sexo. Cuenca 2020.	33
Tabla 4: Distribución de los 372 participantes que acudieron al centro de salud N°2 según variables de frecuencia de alteraciones mentales y edad. Cuenca 2020.....	34
Tabla 5: Distribución de los 372 participantes que acudieron al centro de salud N°2 según variables de frecuencia de alteraciones mentales y procedencia. Cuenca 2020.....	35
Tabla 6: Distribución de los 372 participantes que acudieron al centro de salud N°2 según variables de frecuencia de alteraciones mentales y estado civil. Cuenca 2020.....	36



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Carlos Augusto Juca Vivar, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación "FRECUENCIA DE ALTERACIONES MENTALES DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID 19 EN ADULTOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD #2 JOSÉ MARÍA ASTUDILLO, CUENCA – ECUADOR 2020", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 9 de abril de 2021

Carlos Augusto Juca Vivar

C.I: 010464406-7



Cláusula de Propiedad Intelectual

Carlos Augusto Juca Vivar, autor del proyecto de investigación "FRECUENCIA DE ALTERACIONES MENTALES DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID 19 EN ADULTOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD #2 JOSÉ MARÍA ASTUDILLO, CUENCA – ECUADOR 2020", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 9 de abril de 2021

Carlos Augusto Juca Vivar

C.I: 010464406-7



AGRADECIMIENTO

A mis padres, mi familia y mis maestros, responsables de mi formación humana y académica, en especial al Doctor Ismael Morocho Malla por la atención, interés y apoyo brindado durante la realización de este proyecto de investigación.

A todo el personal del centro de salud #2 José María Astudillo por la colaboración y el recibimiento positivo para que se puedan realizar proyectos de este tipo, expreso mi sincero afecto y agradecimiento.

Carlos Augusto Juca Vivar.



DEDICATORIA

A mis padres por el apoyo brindado en las metas que me he propuesto a lo largo de mi vida, en especial a mi madre, por la paciencia, cuidado y motivación en mi desarrollo académico y ser la persona responsable en forjar las virtudes, valores y deseos de superación en mi persona.

A mis hermanos con quienes he compartido momentos difíciles y logros y quienes han sido un pilar para mi desarrollo personal y profesional en todo momento.

Carlos Augusto Juca Vivar.



CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La OMS define como buena salud al bienestar físico, mental, psicológico y social, la afectación de uno de estos componentes, compromete esta interrelación y equilibrio causando la aparición de trastornos que repercuten de manera negativa en la vida diaria de las personas y las actividades que realizan (1).

Aclarado esto, la salud mental es indispensable, no solo para garantizar el bienestar general de una persona, sino también el de su comunidad, población y país (1).

La organización mundial de la salud en enero de 2020 declaró como una emergencia de salud pública, de importancia internacional el brote de la enfermedad por el nuevo coronavirus 2019 (COVID-19) (2).

COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por Coronavirus. Coronavirus (CoV) pertenece a una larga familia de tipos de virus que causan enfermedad con un amplio rango de sintomatología que puede ir desde síntomas leves similares al resfriado común hasta afectación severa del aparato respiratorio como (MERS-CoV) y (SARS-CoV). El (SARS-CoV-2) es una nueva cepa que no ha sido identificada previamente en humanos" y es responsable del brote que ocasionó la pandemia (3).

Ante este suceso, las autoridades de salud pública del mundo toman medidas de emergencia para la contención del brote. Entre ellas el aislamiento social estricto mediante la ejecución de un toque de queda el cual obligó a la población en general a permanecer en sus domicilios indefinidamente y forzar un cambio abrupto en el estilo de vida de todos los ciudadanos del país.

Si bien estas medidas fueron adoptadas para salvaguardar la salud física de las personas también pueden llegar a generar niveles elevados de estrés debido a que el ser humano es una especie sociable por naturaleza, generando un impacto negativo, no solo en el ámbito físico en caso de padecer la enfermedad sino también la preocupación desde un ámbito psicológico por el miedo a contraerla, económico y social, ya que la pandemia ha generado una repercusión negativa considerable en el sector productivo y de empleo en el país, generan un entorno más susceptible y favorable para la aparición de trastornos que afectan la salud mental (3).

Entre los que destacan la ansiedad, depresión y psicosis. Los cuales de no ser detectados y tratados a tiempo pueden llevar a causas de morbilidad y en el peor de los casos a



ideación suicida, intento autolítico y la muerte.

Este proceso de cambio y ajustes a la nueva realidad, como trabajo desde casa, en varios casos desempleo temporal o permanente, formación académica virtual, falta de interacción física y presencial con personas cercanas y el entorno al que se acostumbrara puede generar incertidumbre y alterar la salud mental tanto a la población de riesgo, como es el caso de adultos mayores y personas con enfermedades crónicas, y a la población joven, considerada menos susceptible, por el temor o angustia que genera pensar que sus familiares o personas cercanas puedan contraer la enfermedad, sin menospreciar que tampoco es una población exenta del problema (3).

Entre los principales factores que pueden influenciar negativamente en el mantenimiento de este equilibrio en la salud mental y condicionar a una persona a padecer un trastorno psicopatológico según la OMS figuran: bajo nivel socio económico, baja escolaridad, antecedentes familiares de abuso o maltrato físico y adicción a sustancias, escasa comunicación familiar, etc. Cabe recalcar que todos los factores mencionados se agravan por las situaciones antes descritas por los efectos de la pandemia en los ámbitos físico, mental y social (1).

A nivel social, la presencia de estos trastornos es perjudicial, ya que genera un alto valor económico al estado en presupuesto para salud, además de producir problemas secundarios como aumento de alcoholismo, drogadicción, improductividad, mendicidad y aumento de actos ilícitos. Además la OMS afirma que una de cada cuatro familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental. Los miembros de la familia son frecuentemente los cuidadores primarios de las personas con trastornos mentales. La magnitud de la carga en la familia es difícil de justipreciar, y por eso es frecuentemente ignorada, mucho peor en este tiempo de crisis sanitaria. No obstante, es dable afirmar que el impacto es importante en la calidad de la vida familiar (1).

Es por esto y debido a la alta prevalencia mundial de trastornos mentales que la OMS considera a la salud mental algo crucial y ha creado herramientas dirigidas a ayudar a los gobiernos a dar respuesta a las necesidades de salud de la población mediante recomendaciones que abordan las principales problemáticas de la salud mental en la emergencia sanitaria por covid19 (2).

Por medio de este estudio se determinará la prevalencia de trastornos que afectan la salud mental de los adultos pertenecientes a la parroquia bellavista, tras el impacto por aislamiento social debido a la emergencia sanitaria por covid-19 en Cuenca - Ecuador



mediante la aplicación del test SRQ, y el test PCL-5 específicamente: Ansiedad, depresión, psicosis, insomnio y trastorno de estrés postraumático.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Cuidar de la salud mental es tan importante como cuidar de la salud física, si hay afectación de cualquiera de estos componentes el bienestar y calidad de vida serán perjudicados.

Según la OMS entre los trastornos mentales, la depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo. De acuerdo a las últimas estimaciones de esta organización, más de 300 millones de personas viven con depresión, un incremento de más del 18% entre 2005 y 2015 (4).

El impacto que ha tenido la pandemia causada por el brote de SARS-CoV-2 en el campo de la salud mental ha dejado en evidencia que el enfoque con el que se aborda no es el correcto y que los trastornos mentales y la inversión económica para tratarlos y/o prevenirlos debe ser acorde a la carga que generan las enfermedades mentales y deben empezar a ser tomadas a nivel mundial como la urgencia que son tanto en países de ingresos altos y bajos.

Se conoce que en países de ingresos altos, casi el 50% de las personas con depresión no reciben tratamiento, considerando que estos países destinan 5% de su presupuesto en salud, podemos deducir que en países de ingresos bajos el número de personas afectadas es mucho mayor ya que en promedio la inversión en América latina para salud mental es del 2% y donde casi 7 de cada 10 personas con depresión no reciben el tratamiento que necesitan (4).

Según un estudio dirigido por la OMS en 36 países con ingresos altos y bajos, se calculó que los costos de tratamiento por bajos niveles de reconocimiento y acceso a la atención por trastornos mentales comunes como la depresión ansiedad, psicosis, etc. resultan en una pérdida económica global de un billón de dólares cada año (4).

La enfermedad causada por SARS-CoV-2 ha generado un gran daño en el ámbito de la salud mental a causa de que no distingue sexo, raza, edad o condición social, aunque la población más susceptible a la infección son adultos de la tercera edad y personas con antecedentes de enfermedades crónicas o comorbilidades toda la población corre el riesgo desde el punto de vista psicológico y mental.

Si bien al momento no existen estudios relacionados con este tema en nuestro país, y a



nivel del continente son escasos, a continuación se citan estudios publicados con respecto a la temática.

Un estudio iraní titulado “Salud mental iraní durante la pandemia por COVID-19” de los autores Zandifar y Badrfam, recomienda implementar programas de screening para detección de trastornos mentales incluidas depresión y ansiedad, en toda persona en cuarentena y que se de manejo conjunto por parte de un psicólogo y psiquiatra para crear confianza en la población (5).

En cuanto a las personas con diagnóstico positivo de COVID-19. El estudio en China “Prevalencia y factores asociados con ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados con COVID-19” de los autores Kong, Zheng, llevado a cabo con 144 individuos demostró resultados similares, con respecto a la depresión, se encontró prevalencia de 34.72%, no obstante, lo que genera mayor preocupación, es que este grupo de pacientes manifestó síntomas de ansiedad en mayor medida que la población no infectada, con un 28.47%. Cabe suponer que este incremento se debe a que el individuo una vez contagiado, es aislado y no tiene contacto con sus familiares o personas cercanas lo que genera un alto nivel de estrés, produciendo depresión y ansiedad. Por otra parte es necesario destacar la repercusión que tiene el apoyo social en estos casos, debe ser visto como un pilar fundamental, dado que se asoció el aumento de la sintomatología depresiva ($r=-0.360$, $p<0.05$) y episodios de ansiedad ($r=-0.196$, $p<0.05$) a la falta del mismo (6).

A nivel mundial, en el 2015 las enfermedades no transmisibles representaron 60% del total de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), de los cuales 12% correspondieron a trastornos mentales, neurológicos y debido a al consumo de sustancias. Entretanto, en la región de las Américas, las enfermedades no transmisibles representaron una proporción mucho mayor (78%) del total de AVAD, y los TMNS supusieron una fracción de los AVAD mucho más alta, de 19%, casi una quinta parte del total de AVAD (7).

En el Ecuador, el “Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) - con enfoque familiar, comunitario e intercultural” aprobado en el año 2014 prioriza la salud mental entre sus estrategias para mejorar el sistema de salud del país y fortalecer mediante este enfoque la atención primaria de salud (APS) (8).

A pesar de ello, este Modelo de Atención presenta una serie de falencias en el abordaje para mejorar la salud mental, entre las más inquietantes la asignación presupuestaria centralizada, ya que se designa únicamente el 2% aproximadamente del presupuesto total



designado a la salud para acciones en este campo, y de este monto el 28% es utilizado en unidades especializadas; los servicios de salud mental en el Ecuador no están organizados por áreas de captación geográfica (territorialización) y su distribución no es equitativa ni organizada según las exigencias poblacionales en especial para áreas rurales; además se evidencia accesibilidad limitada a los servicios de salud mental debido al estigma social por gran parte de la población y a la insuficiencia de profesionales en los tres niveles de atención, según la política del MAIS los subcentros de salud deben contar con un médico y una enfermera con formación en salud mental, además de un psicólogo y de un psiquiatra itinerante para supervisión (en subcentros tipo C) pero en la práctica, se ha evidenciado que un gran porcentaje de las unidades de salud no cuentan con personal médico y de enfermería capacitados en salud mental (8).

Esta expectativa y requerimientos son difíciles de cumplir, sabiendo que en el país un 25% de los médicos de atención primaria en salud manifiesta realizar al menos una referencia al mes a un profesional de salud mental y 37% manifiesta interactuar por lo menos una vez al mes con un profesional de salud mental, estos porcentajes contrarrestan y dejan en evidencia la falta de preparación y formación insuficiente en este ámbito en específico, por ejemplo se conoce que sólo un 4,6% del pensum de la carrera de medicina y un 2% de enfermería se dedican a la salud mental, lo que denota que este problema no solo está ligado a la salud sino también al sistema de educación superior (8).

Además cabe recalcar que no existe formación especializada en salud mental para trabajadores sociales y otros profesionales en salud y la formación de los psicólogos clínicos no está orientada hacia el modelo comunitario (8).

Un estudio de revisión científica de los autores Brasileños Tavares, de Medeiros, y Araújo titulado “El impacto emocional de Coronavirus 2019-nCoV tuvo conclusiones concordantes en este aspecto alegando que la mayoría de personal laborando en lugares de aislamiento no ha recibido o tiene la preparación para brindar apoyo en salud mental (9).

Ante lo expuesto podemos afirmar que estos problemas generan gran impacto en el bienestar social, y son motivo para intensificar la búsqueda de conocimiento sobre este tema en nuestra población, considerando que el efecto que ha producido la pandemia es un detonante perfecto para aumentar la carga de los trastornos mentales, hay que tener en cuenta que existen variables individuales que modifican el riesgo y la susceptibilidad de padecer trastornos en la salud mental, según la región y a la evolución en el tiempo, y más aún tras este suceso de escala mundial sería pertinente establecer prevalencias por



cantones o ciudades y realizar estudios o estimaciones en cada una de las mismas para tener una idea más definida de la realidad actual en el país.

En este contexto se plantea la siguiente pregunta para esta investigación ¿Cuál es la frecuencia de alteraciones mentales durante la emergencia sanitaria por COVID 19 en adultos que acuden al centro de salud #2?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Tras la diseminación mundial del virus SARS-CoV-2, y su llegada al Ecuador las autoridades del país tomaron medidas urgentes para evitar colapsar la capacidad del sistema de salud y evitar el contagio masivo de personas.

Sin embargo, debido a todos los cambios que genera esta decisión en el contexto físico, psicológico y social, se ha observado que la salud mental puede verse sumamente perjudicada, por lo que es necesario desarrollar una base de conocimiento de cómo está afectando esta situación a la población, ya que al ser una patología de nueva aparición los estudios sobre esta temática son escasos a nivel mundial y no existen en el país, pudiendo subestimar el impacto en la salud mental y a largo plazo la calidad de vida de la población.

Al momento de la realización de este proyecto el Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INSPI) ha reportado 151.659 casos positivos confirmados mediante pruebas PCR y se han notificado 8072 casos de personas fallecidas a nivel nacional. En la provincia del Azuay los casos confirmados llegan a 9899 que representan el 6.5% del total de casos del país y 169 fallecidos confirmados.

Lo que se busca con este proyecto es generar información que será de muchísima utilidad para tener una idea de la realidad local y mediante los resultados, tener una referencia para enfocar las herramientas necesarias, tomar y ejecutar acciones que permitan un diagnóstico temprano de cualquier tipo de trastorno mental.

En cuanto al universo seleccionado, se puede argumentar que será favorable para este propósito ya que la población designada al centro salud #2 José María Astudillo perteneciente a la parroquia Bellavista esta entre las más numerosas y simbólicas de la ciudad con 36108 habitantes según información del ministerio de salud pública. Lo que facilitará que la información obtenida sea confiable y representativa.

Los beneficiarios directos del estudio serán todos los individuos quienes participen en este



proyecto de investigación en quienes se detecten trastornos mentales, la población perteneciente a la parroquia Bellavista, ya que se conocerá la prevalencia en este territorio y esto ayudará para que las autoridades del centro de salud #2 José María Astudillo y el personal médico de esta casa de salud tomen acciones favorables en base a los resultados arrojados. Y así lograr optimizar el manejo y control de esta problemática actual que aqueja a la ciudad y país.

Este tema de proyecto de investigación está enfocado en el apartado de salud mental del Modelo de Atención Integral de Salud del ministerio de salud pública del Ecuador con énfasis en la especialidad de psiquiatría, dentro de las prioridades de investigación en salud planteadas por el MSP se ubica dentro del área 11: salud mental y trastornos del comportamiento, aborda la línea de depresión, profundizando en el perfil epidemiológico, grupos vulnerables, impacto psicosocial y calidad de vida como sub-líneas. Además de analizar varios trastornos mentales como producto de la emergencia sanitaria que actualmente son de gran interés. Su finalidad es optimizar la atención primaria de salud haciendo hincapié en el contexto mental, por lo que se sitúa también dentro de las temáticas de interés para investigación planteadas por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.



CAPÍTULO II

2 FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 Generalidades

La Constitución Política del Ecuador manifiesta que el estado tiene la responsabilidad de garantizar el derecho a la salud de todos los ciudadanos (artículo 3,32 y 66) (10).

El MAIS define a la salud mental como el estado de desarrollo integral del sujeto, en que pueden armonizarse los distintos elementos que le constituyen (físicos, cognitivos, emocionales, ideológicos, religiosos,) permitiendo que se adapte en el medio ambiente y se relacione con el medio externo (10).

Sin embargo, a pesar de lograr cambios en los últimos años, aún persisten falencias sobre todo en asignación presupuestaria, logrando poco avance desde el último informe de salud mental de la OMS en el año 2008 (1).

En la actualidad se puede establecer que la garantización del derecho de la salud mental no se cumple en su totalidad y que aun atraviesa un periodo de transición donde el principal limitante continua siendo el paupérrimo financiamiento a nivel primario de atención y que no se logra cambiar aún el modelo de enfoque biológico, relegando el componente familiar y comunitario por ende, se incrementa el número de casos en los centros de salud y problemas psicosociales en la comunidad (11).

2.2 Depresión

La depresión es un trastorno mental frecuente que causa síntomas de angustia, tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio, falta de concentración que influyen de manera negativa en las actividades diarias, como dormir, comer o trabajar (12)(13).

Para establecer el diagnóstico, los síntomas deben estar presentes la mayor parte del día, casi todos los días, durante por lo menos dos semanas. Dependiendo del tiempo y características de los síntomas se clasifica en depresión mayor (más de dos semanas) o distimia (más de dos años) según criterios de DSM V (12) (13).

2.3 Ansiedad

La ansiedad es un mecanismo adaptativo natural que nos permite ponernos alerta ante sucesos que requieren precaución o pueden tener un efecto negativo en nuestra integridad física o emocional. En ocasiones, sin embargo, el sistema de respuesta a la



ansiedad se altera y la ansiedad es desproporcionada con la situación e incluso, se presenta en ausencia de cualquier peligro ostensible, considerándola en estos casos como un trastorno (14).

Los cuadros clínicos que presentan ansiedad patológica más frecuentemente son: las crisis de angustia, la ansiedad generalizada y los trastornos fóbicos. El diagnóstico según el (DSM-5) se basa en la presencia de ansiedad excesiva y preocupación acerca de varias actividades o acontecimientos, dificultad para controlar las preocupaciones; a lo largo de un periodo de 6 meses durante los cuales estos síntomas están presentes la mayoría de días. Además de existir 3 de los siguientes síntomas: Agitación o nerviosismo, facilidad para fatigarse, Dificultades para concentrarse, Irritabilidad, Tensión muscular y Trastornos del sueño (14).

2.4 Psicosis

Alrededor de 1.5 a 3.5% de personas presentara criterios diagnósticos para trastornos psicóticos a lo largo de su vida. Esto puede resultar en altos niveles de estrés para el paciente y sus familiares por lo que el tratamiento temprano es indispensable para mejor pronóstico. La mayor incidencia se presenta en hombres jóvenes desde los 25 años aproximadamente y en mujeres en los últimos años de la década de sus 20's. Los trastornos psicóticos están ligados con un aumento de los neurotransmisores dopamina y glutamato en diferentes zonas del sistema nervioso central (15)

El DSM-V define a los trastornos psicóticos como anormalidades en cualquiera de los siguientes dominios: delirio, alucinaciones, comportamiento desorganizado, pensamiento desorganizado y síntomas negativos (15).

Según la OMS los trastornos psicóticos se caracterizan por anomalías del pensamiento, emociones, lenguaje, la percepción del yo y la conducta. Suelen ir acompañadas de alucinaciones y delirios (ideas persistentes que no se ajustan a la realidad de las que el paciente está firmemente convencido, incluso cuando hay pruebas de lo contrario) (16).

2.5 Trastornos del sueño: Insomnio

El CIE-10 define al insomnio como una condición en donde se presentan problemas para conciliar o mantener el sueño, por lo menos 3 días por semana, durante mínimo un mes. Y que se vean afectadas las actividades cotidianas como resultado de la calidad deficiente de sueño (17).

El DSM-5 por otra parte define que si esta sintomatología tiene una duración entre 1 a 3 meses, es considerada como un episodio pero si persiste por más tiempo, se cataloga



como insomnio persistente (17) (18).

La literatura actual sugiere que el insomnio sea tratado como comorbilidad de distintas enfermedades psiquiátricas, mas no como síntoma. Ya que puede cronificarse y producir repercusiones negativas en la salud y economía del paciente (17).

El insomnio, es el trastorno más conocido tratado en medicina del sueño, si se toma en cuenta la repercusión diurna negativa se encuentran prevalencias entre el 4 y 6% y si solo se toma en cuenta la sintomatología nocturna la prevalencia aumenta entre 10% y el 48%, además está ligado a la aparición de depresión, bajas laborales e ideación suicida. Es también un motivo frecuente de consulta en la atención primaria, en la cual, generalmente se realiza un mal abordaje y tratamiento ya que 44% de los pacientes refiere no mejorar o incluso presentar agravación de los síntomas frente a un menor 22% que refiere mejoría significativa (17)(18).

El insomnio es considerado como un trastorno cuando ya se han descartado causas médicas y farmacológicas. Según su tiempo de evolución se clasifica en trastorno de insomnio agudo cuando la duración es menor a 3 meses y trastorno de insomnio crónico si es mayo a este tiempo (17).

2.6 Trastorno de estrés postraumático

Según la Asociación Americana de psiquiatría es un trastorno que puede suceder en una persona que ha sido víctima o testigo de un evento traumático en el cual sienta que puede estar en peligro su vida. Puede afectar a cualquier etnia, nacionalidad, cultura y edad. En Estados Unidos el 11% de la población será diagnosticada con este trastorno a lo largo de su vida. Se caracteriza porque la persona afectada presenta pensamientos y experiencias perturbadoras persistentes del hecho traumático, aun cuando este ha concluido y el sujeto no corre ningún peligro o riesgo real. También se puede presentar de manera indirecta a través de familiares o personas cercanas expuestas al evento. Los síntomas pueden aparecer en un lapso general de hasta 3 meses de ocurrido el incidente aunque se puede prolongar y cronificarse; deben durar más de un mes y ser lo suficientemente severos como para interferir en las relaciones interpersonales del afectado. Los síntomas característicos que componen este desorden se clasifican en síntomas de reviviscencia, de evasión, reactividad y cognitivos y del estado de ánimo (19) (20).

2.7 SRQ (Self Reporting Questionnaire) test

El test SRQ fue creado a inicio de la década de los 70, por la organización mundial de la salud para establecer los problemas en salud mental que se experimentaban en la



atención primaria de salud. Está formado por 30 preguntas binarias (Si/No) que evalúan síntomas psico-emocionales, desordenes psicóticos, epilepsia y abuso de alcohol, el blanco principal fueron los usuarios del sistema de salud. En 1980 se creó una versión con 20 preguntas las cuales solo se enfocaban en la sintomatología psicosocial, posteriormente se usó como herramienta de screening para detectar desórdenes mentales comunes (21)(22).

El SRQ test ha sido utilizado ampliamente a lo largo de los años, y se ha demostrado su validez y confiabilidad en distintos tipos de poblaciones alrededor del mundo en diferentes estudios. En Europa, el estudio “Validación del cuestionario de auto reporte (SRQ) en la población pakistani británica y blanca europea en el Reino Unido” del autor Husain N, y colaboradores; en el cual se aplicó el test a 1856 participantes de las etnias mencionadas, de los cuales 651 completaron también el Cuestionario para la evaluación Clínica en Neuropsiquiatría.(SCAN por sus siglas en inglés) el cual fue usado como Gold estándar para el diagnóstico y para evaluar a la vez el desempeño del SRQ test como prueba concluyó que el SRQ test posee alta sensibilidad y especificidad en las dos etnias participes de la investigación y que puede ser usado como método de screening para detección de cuadros depresivos (23).

En África, en el estudio “Validación del cuestionario de auto reporte (SRQ-20) de la OMS en la atención primaria de salud en Eritrea” del autor Netsereab y colaboradores, se analizó la fiabilidad del SRQ mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach con un resultado de 0.78 lo que se considera buena fiabilidad, además la validación fue analizada mediante el coeficiente de correlación de Pearson analizando relación entre el SRQ test y Escala breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS) utilizada como Gold estándar en esta población obteniendo valores de relación moderada (0.537) pero de alta significancia estadística ($p < 0.001$) concluyendo que el SRQ es efectivo a la hora de detectar trastornos mentales (21).

En cuanto a Latinoamérica, no existen estudios de validación actuales, en Brasil en el año 2011 se realizó un estudio, titulado “La consistencia interna del cuestionario de auto-reporte SRQ-20 en grupos ocupacionales” de los autores Bernardes, Martins y Araujo, donde el coeficiente Cronbach Alfa demostró fiabilidad alta ($> 0,80$) concluyendo que el SRQ-20 es útil y sirve para detección de trastornos que afectan a la salud mental, sin embargo, cabe destacar que en este estudio hace falta la comparación con métodos alternativos como se observó en los estudios antes citados (22).



2.8 PCL-5 test

El PCL-5 es un test que contiene 20 preguntas basadas en los criterios del DSM-V para la detección de trastorno de estrés postraumático. El propósito de este test es realizar un screening a la población en general para establecer un diagnóstico provisional de TEPT. La interpretación del test determina un posible caso de TEPT cuando la suma de los 20 ítems es igual o mayor a 33 puntos de 80 posibles (24).

En una investigación desarrollada en China titulada “Validación psicométrica del PCL-5 entre la población migrante filipina” del autor J. Hall se evaluaron las propiedades psicométricas de la Lista de chequeo-5 para TEPT según el DSM-5 en un grupo de 131 trabajadoras filipinas en China. Los resultados indicaron una excelente consistencia interna (alfa de Cronbach 0.95) y moderada fiabilidad de 10 días de prueba-reevaluación ($p = 0.58$, $p < 0.001$). Llegando a la conclusión que este test es confiable y sugiere que puede ser usado en otras investigaciones donde exista trauma (25).

En el estudio “Adaptación de la Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-5 en Población Mexicana” de los autores Durón, Cardenas y Castro se realizó la aplicación del test PCL-5 a 204 estudiantes de la UNAM, en donde se observó que las propiedades psicométricas de la escala muestra una adecuada consistencia interna con un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.94 y confiabilidad test-retest ($r = .82$), así como una adecuada validez convergente ($r_s = .74$ a $.85$) y divergente ($r_s = .31$ a $.60$). Los autores proponen un punto de corte >33 para tener un diagnóstico provisional de TEPT. Como conclusión se demostró que esta escala sirve y tiene validez en la población mexicana (26).

2.9 Estudios sobre trastornos mentales y de estrés postraumático en aislamiento social

En Italia se llevó a cabo el estudio “Impacto en la salud mental por pandemia COVID-19 y medidas de aislamiento en la población general en Italia” a cargo del autor Rodolfo Rossi, en el cual se realizaron 18147 encuestas a través de internet, en el periodo pico de contagios en Italia, entre el 27 de marzo y 6 de abril del 2020, en el que la población atravesaba aislamiento social por un periodo de 3 a 4 semanas aproximadamente (27).

Mediante un cuestionario modificado se buscó establecer síntomas sugestivos de síndrome de estrés postraumático (PTSS), mediante la escala Global Psychotrauma Screen GPS-PTSS; Depresión mediante la escala de 9 ítems Patient Health Questionnaire (PHQ-9); Ansiedad mediante la escala de 7 ítems Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) e insomnio mediante la escala de 7 ítems Insomnia Severity Index (ISI). Como hallazgos se presentan los siguientes resultados: Síndrome de estrés postraumático en un 37.14% de los participantes, depresión severa en un 17.3%, ansiedad severa en un 20.8%, e insomnio



severo en un 7.3% de los encuestados. Además se encontró mayor prevalencia en personas jóvenes para el trastorno de estrés postraumático, depresión y ansiedad con odds ratio (OR) de 1.49, 1.55 y 1.72 respectivamente (27).

En una revisión bibliográfica de los autores Torales, O'Higgins titulada "El brote de COVID-19 y su impacto en la salud mental global" también se puede observar conclusiones similares, se destaca que la prevalencia de síndrome de estrés postraumático aumentó de un 4% a un 41%, la depresión mayor se incrementó en un 7%, entre los factores que incrementan el riesgo de padecer estos trastornos, se encuentran: un bajo estatus económico y deficiente apoyo social. Se debe remarcar de igual manera que los estados de estrés pueden ser generados por la gran cantidad de información sobre esta crisis y sus repercusiones, a la que la gente es expuesta en todos los medios de comunicación y redes sociales, generando miedo, incertidumbre y comportamiento social negativo (28).



CAPITULOIII

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Objetivo general

Determinar la frecuencia de alteraciones mentales en la emergencia sanitaria por covid-19 en adultos que acuden al centro de salud #2 José María Astudillo.

3.2 Objetivos específicos

1. Estimar las características de la población de estudio: edad, sexo, procedencia.
2. Determinar la frecuencia de alteraciones mentales en la población de estudio: ansiedad, depresión, psicosis, insomnio y síndrome de estrés postraumático.
3. Comparar la frecuencia de las alteraciones mentales de acuerdo a edad, sexo, procedencia y estado civil.



CAPITULO IV

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo, observacional.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el centro de salud #2 José María Astudillo. Es un centro de salud Tipo B correspondiente al primer nivel de atención que pertenece al ministerio de salud pública. Atiende en un horario de 8 horas pertenece al distrito de salud 01D01 está ubicado en la ciudad de Cuenca en la avenida Héroes de Verdeloma y Nicanor Merchán diagonal al ex centro de rehabilitación social.

4.3 UNIVERSO Y MUESTRA

Para esta investigación se consideró el número de habitantes que acuden al centro de salud #2, se tomó como universo a las personas que fueron atendidas en el centro de salud #2, que hayan cumplido la mayoría de edad (18 años en adelante) en un periodo de un año según la página de registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias (RDACAA) del Ministerio de salud pública del Ecuador, se obtuvo así una totalidad de 10920 individuos, se utilizó un muestreo no probabilístico, teniendo en cuenta la población en la cual se enfocó la investigación, un nivel de confianza de 95%, y un margen de error del 5% se definió un tamaño de muestra de 372 individuos. (Ver Anexo 2)

La información se obtuvo a partir del 23 de noviembre de 2020 secuencialmente hasta completar el número de muestra.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de Inclusión

- Individuos que cumplan con mayoría de edad (18 años en adelante) que acudan al centro de salud #2.
- Personas dispuestas a ser parte de la investigación que firmen el consentimiento informado.
- Hombres o mujeres de nacionalidad ecuatoriana o extranjera.

Criterios de exclusión

- Personas con discapacidad cognitiva la cual impida comprender o colaborar con la investigación.



4.5 VARIABLES

- Depresión
- Ansiedad
- Psicosis
- Trastorno de estrés postraumático
- Insomnio
- Edad
- Sexo
- Procedencia
- Estado civil

4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

4.6.1 Método

Observacional

4.6.2 Técnica

Aplicación de encuestas a través de los test validados SRQ y PCL-5.

La información se recopiló dentro del horario de atención del centro de salud (8am a 5pm), los participantes tuvieron el tiempo necesario para la realización de test (20-30 minutos), las encuestas se realizaron a las personas que se encontraban en la sala de espera ya sea en calidad de paciente o como acompañantes. Cabe destacar que previo a la ejecución de esta actividad se obtuvieron los permisos por parte de las autoridades del distrito al que pertenece esta casa de salud en el memorando Nro. MSP-CZ6-DD01D04-OT01-2020-4039-M. (Ver anexo 6)

Debido a la situación sanitaria que se atraviesa por la pandemia, la recolección de datos para la investigación se llevó a cabo con todas las normas de bioseguridad y vestimenta adecuada para evitar posibles contagios. Además los pacientes no tuvieron contacto físico con ningún material necesario para la realización de los test, ya que la información obtenida fue exclusivamente verbal y fue registrada por el entrevistador.

La encuesta constó con 44 preguntas divididas en dos categorías, donde los participantes tuvieron un periodo de tiempo prudente de hasta 30 minutos para finalizar los test,



siendo previamente informados y una vez comprendido el proceso y la finalidad del mismo por parte de los entrevistados.

4.6.3 Instrumentos

Para esta investigación se utilizaron 2 test para cumplir los objetivos planteados, el SRQ test y el PCL-5 test que se describen a continuación:

El Test SRQ (anexo 3), consta de datos demográficos del entrevistado y preguntas cerradas dicotómicas (si/no) sobre ansiedad, depresión, y síntomas psicóticos, las cuales se orientaron en este caso a encontrar trastornos mentales causados durante el transcurso de la pandemia. En cuanto a la puntuación e interpretación se considera cada respuesta afirmativa como un punto, de este modo, si el encuestado presenta 7 respuestas positivas (7 puntos), de los literales 2, 3, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 y 18 del test se considera como un posible caso de depresión. La ansiedad se valora con las preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 19 y 20; un puntaje de 5 respuestas positivas denota un posible caso de ansiedad. El grupo de preguntas desde la número 21 a 24 evalúan síntomas psicóticos, y basta una respuesta afirmativa para reflejar un posible caso de psicosis.

El Test PCL-5 (anexo 4) es un cuestionario que consta de 20 preguntas con las cuales se intenta evidenciar la presencia de síndrome de estrés postraumático, adecuado como una escala para valorar en este caso el estrés producido por la pandemia y las consecuencias que ha generado, donde a criterio del entrevistado este calificara la presencia/ausencia e intensidad de un síntoma en cada pregunta. Las posibles respuestas tienen una puntuación dependiendo de la presencia o ausencia de síntomas, la cual será mayor o menor según la intensidad en la percepción de los mismos según los participantes evaluados, obteniendo un puntaje que puede ir de 0 a 5 puntos por pregunta en donde: nunca representa 0 puntos, Un poco 1 punto, moderadamente 2 puntos, Bastante 3 puntos, extremadamente 4 puntos. Interpretación: Existen dos maneras de conseguir un diagnóstico de trastorno por estrés postraumático por medio de la escala: 1) calificando los criterios diagnósticos de acuerdo al DSM-5 por arriba de 2 (moderado), donde es requerido al menos un síntoma del criterio B (preguntas 1 a 5), un síntoma del criterio C (preguntas 6 y 7), dos síntomas del criterio D (preguntas 8 a 14) y dos síntomas del criterio E (preguntas 15 a 20), o bien; 2) sumando el puntaje global por arriba de 33 puntos.

4.7 TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

La información obtenida de las encuestas realizadas se codificó y tabuló mediante el software Microsoft Office Excel y posteriormente se ingresó en una base de datos



utilizando el software estadístico SPSS Statistics Versión 25.

Para la descripción de las variables se realizaron tablas y gráficos con valores de frecuencia absoluta y relativa para las variables categóricas, y medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar) para las variables cuantitativas.

Para la redacción del informe final se utilizó el software Microsoft Office Word.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Los procesos de ejecución parte de la investigación “Frecuencia de alteraciones mentales en la emergencia sanitaria por covid-19 en adultos que acuden al centro de salud #2 José María Astudillo, Cuenca – Ecuador 2020”, previo a su desarrollo pasó por revisión y aprobación por parte de los comités de investigación y ética de la Universidad de Cuenca.

Para lograr el principio de autonomía, se solicitó un consentimiento informado (anexo 5) a los ciudadanos que cumplieron con los criterios ya mencionados (exclusión e inclusión) y quienes desearon formar parte del estudio en el momento que acudieron al centro de salud, se les entregó el documento y se explicó en forma verbal clara y concisa en qué consistía el estudio, sus beneficios y riesgos. En el consentimiento informado se detalló de forma breve toda la información necesaria sobre el proceso, para que el individuo logre entender y pueda decidir así, si deseaba formar o no parte de la investigación.

Toda la información que se obtuvo en la aplicación de las encuestas es de carácter estrictamente confidencial, para proteger la identidad y datos personales del participante se asignó un código único a cada formulario con el fin de anonimizar información considerada sensible de los participantes. Además, la información obtenida fue únicamente relacionada a los objetivos de este proyecto explicados en el consentimiento informado y fue de uso exclusivo para esta investigación por lo que el acceso a la misma es exclusivo del investigador principal, una vez finalizó el estudio los instrumentos utilizados en la recopilación de la información están salvaguardados bajo el principio de responsabilidad por el investigador principal por un periodo de tres años, los cuales podrán ser únicamente transferidos al comité de bioética de la Universidad de Cuenca de considerarlo pertinente por esta entidad.

Caber recalcar que el autor declara que no existió ningún conflicto de interés durante el desarrollo de este estudio.



CAPITULO V

5 RESULTADOS

5.1 CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO

La investigación se realizó con 372 participantes quienes acudieron al centro de salud #2 José María Astudillo en el horario establecido de atención de esta casa de salud y quienes cumplieron con los criterios de inclusión de este estudio.

5.2 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Tabla 1: Distribución de los 372 participantes que acudieron al centro de salud N°2, según sus características sociodemográficas y su edad. Cuenca 2020.

		RANGO DE EDAD			
			Adulto Joven	Adulto Mayor	
Sexo del participante		Participantes			Total
Femenino	Participantes	91	149	9	249
	%	24,5%	40,1%	2,4%	66,9%
Masculino	Participantes	59	50	14	123
	%	15,9%	13,4%	3,8%	33,1%
Total	Participantes	150	199	23	372
	%	40,3%	53,5%	6,2%	100,0%

		RANGO DE EDAD			
			Adulto Joven	Adulto Mayor	
Procedencia		Participantes			Total
Ecuatoriano	Participantes	133	164	23	320
	%	35,8%	44,1%	6,2%	86,0%
Extranjero	Participantes	17	35	0	52
	%	4,6%	9,4%	0,0%	14,0%
Total	Participantes	150	199	23	372
	%	40,3%	53,5%	6,2%	100,0%



		RANGO DE EDAD				
		Adulto	Adulto Joven	Adulto Mayor	Total	
Estado Civil	Casado	Participantes	77	31	13	121
		%	20,7%	8,3%	3,5%	32,5%
	Divorciado	Participantes	23	7	5	35
		%	6,2%	1,9%	1,3%	9,4%
	Soltero	Participantes	26	127	1	154
		%	7,0%	34,1%	0,3%	41,4%
	Unión libre	Participantes	19	33	0	52
		%	5,1%	8,9%	0,0%	14,0%
	Viudo	Participantes	5	1	4	10
		%	1,3%	0,3%	1,1%	2,7%
Total		Participantes	150	199	23	372
		%	40,3%	53,5%	6,2%	100,0%

Fuente: Formularios de recolección de datos.

Elaborado por: Carlos Juca Vivar.

INTERPRETACIÓN

Los test PCL Y SRQ fueron realizados por un total de 372 personas, de las cuales 249 fueron de sexo femenino (66.9%) y 123 de sexo masculino, lo que representa un 33.1% del total del universo, resultado esperado y acorde a los datos del centro de salud ya que la atención en el último periodo de 6 meses en esta entidad fue de 67% a mujeres y 33% a varones. En la procedencia podemos observar que la gran mayoría del universo es de nacionalidad ecuatoriana con un 86% frente a un 14% de procedencia extranjera. El estado civil predominante en los encuestados fue el soltero con un 41.4% seguido de los casados, unión libre y viudos con un 32.5%, 14%, 9.4% respectivamente. El grupo de edad más común fue el de adultos jóvenes (personas entre los 18 a 34 años) con un 53.5% sucedido por los grupos de adulto (personas entre los 35 a 65 años) y adulto mayor (personas mayores de 65 años) con porcentajes de 40.3% y 6.2% respectivamente. La media de edad para este grupo fue de 37.83 con un desvío estándar de 15.86.

TABLA N°2

**Tabla 2:** Distribución de los 372 participantes que acudieron al centro de salud N°2 según variables de frecuencia de alteraciones mentales y edad. Cuenca 2020.

		RANGO DE EDAD				
			Adulto	Joven	Adulto	Total
			Adulto	Joven	Mayor	Total
Caso probable de ansiedad	NO	Participantes	99	144	18	261
		%	26,6%	38,7%	4,8%	70,2%
	SI	Participantes	51	55	5	111
		%	13,7%	14,8%	1,3%	29,8%
Total		Participantes	150	199	23	372
		%	40,3%	53,5%	6,2%	100,0%

		RANGO DE EDAD				
			Adulto	Joven	Adulto	Total
			Adulto	Joven	Mayor	Total
Síntomas psicóticos	NO	Participantes	117	134	19	270
		%	31,5%	36,0%	5,1%	72,6%
	SI	Participantes	33	65	4	102
		%	8,9%	17,5%	1,1%	27,4%
Total		Participantes	150	199	23	372
		%	40,3%	53,5%	6,2%	100,0%

		RANGO DE EDAD				
			Adulto	Joven	Adulto	Total
			Adulto	Joven	Mayor	Total
Caso probable de Depresión	NO	Participantes	112	177	17	306
		%	30,1%	47,6%	4,6%	82,3%
	SI	Participantes	38	22	6	66
		%	10,2%	5,9%	1,6%	17,7%
Total		Participantes	150	199	23	372
		%	40,3%	53,5%	6,2%	100,0%

RANGO DE EDAD				Total
---------------	--	--	--	-------



			Adulto	Adulto Joven	Adulto Mayor	
Caso Probable de Insomnio	NO	Participantes	84	116	13	213
		%	22,6%	31,2%	3,5%	57,3%
	SI	Participantes	66	83	10	159
		%	17,7%	22,3%	2,7%	42,7%
Total		Participantes	150	199	23	372
		%	40,3%	53,5%	6,2%	100,0%

			RANGO DE EDAD			
			Adulto	Adulto Joven	Adulto Mayor	Total
Síndrome de Estrés Postraumático	No	Participantes	97	141	18	256
		%	26,1%	37,9%	4,8%	68,8%
	Si	Participantes	53	58	5	116
		%	14,2%	15,6%	1,3%	31,2%
Total		Participantes	150	199	23	372
		%	40,3%	53,5%	6,2%	100,0%

Fuente: Formularios de recolección de datos.

Elaborado por: Carlos Juca Vivar.

INTERPRETACIÓN

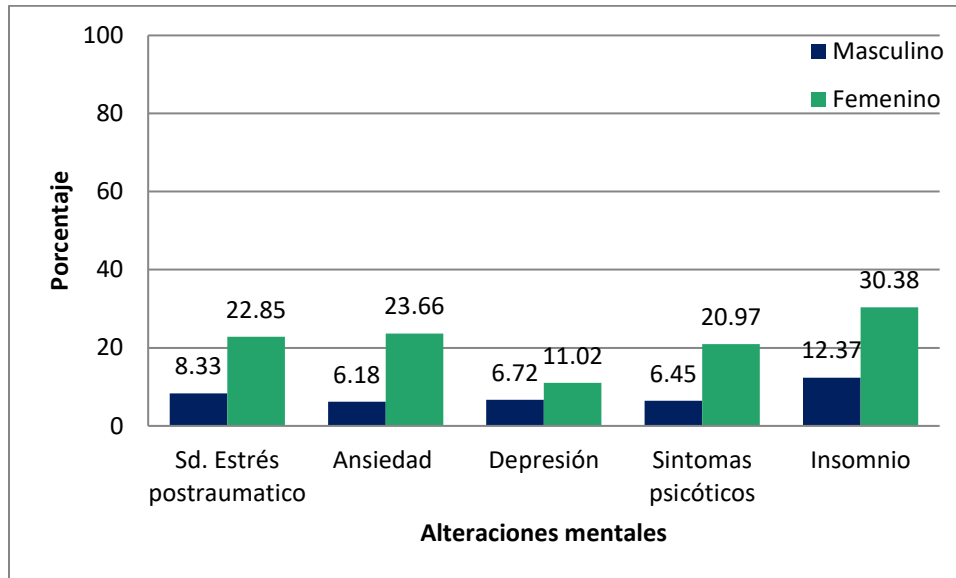
En esta tabla podemos apreciar que la alteración mental que se presentó con mayor frecuencia en la población de 372 personas durante la emergencia sanitaria fue el insomnio con un 42.7%, de los cuales el grupo etario más afectado fue el de adultos jóvenes con un 22.3%; el síndrome de estrés postraumático estuvo presente en 116 de los participantes encuestados, observamos también que la ansiedad es la tercera alteración más común con un 29.8% de afectados, seguida muy de cerca por los síntomas psicóticos con un 27.4%. En cuanto a la alteración con menos frecuencia en el grupo estudiado se determinó a la depresión con tan solo 66 participantes afectados, en contraste con los 306 individuos que no la padecen.

5.3 COMPARACIÓN ENTRE VARIABLES

TABLA N°3



Tabla 3: Distribución de los 372 participantes que acudieron al centro de salud N°2 según variables de frecuencia de alteraciones mentales y sexo. Cuenca 2020.



Fuente: Formularios de recolección de datos.

Elaborado por: Carlos Juca Vivar.

INTERPRETACIÓN

Se puede determinar que las alteraciones mentales que afectaron con mayor frecuencia al sexo femenino parte del estudio fueron el insomnio con un 30.38% (n=113) de casos, ansiedad con un 23.66% (n=88) y trastorno de estrés postraumático 22.85% (n=85).

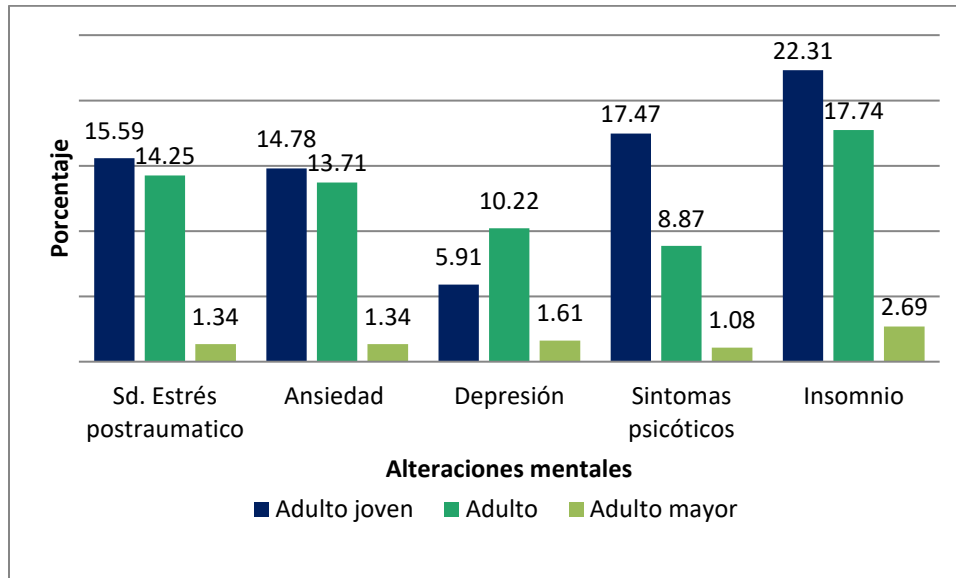
En comparación, en el sexo masculino se observó similitud en la alteración mental más frecuente, siendo el insomnio la causa predominante con un porcentaje de 12.37% (n=46), no obstante la segunda y tercera alteración más frecuente en este grupo cambia por el trastorno de estrés postraumático y depresión con porcentajes de 8.33% (n=31) y 6.72% (n=25) respectivamente.

La alteración mental menos frecuente en el sexo masculino fue la ansiedad con 6.18% (n=23) y en el sexo femenino la depresión con 11.02%(n=41).

TABLA N°4



Tabla 4: Distribución de los 372 participantes que acudieron al centro de salud N°2 según variables de frecuencia de alteraciones mentales y edad. Cuenca 2020.



Fuente: Formularios de recolección de datos.

Elaborado por: Carlos Juca Vivar.

INTERPRETACIÓN

En la tabla 4 se observa que el insomnio fue la alteración más común en los tres grupos etarios con porcentajes de 22.31% (n=83) para el grupo de adultos jóvenes; 17.74% (n=66) para el grupo de adultos, y 2.69% (n=10) para el grupo de adultos mayores; en las demás alteraciones mentales hubieron diferencias según el rango de edad de los participantes; en el rango de adultos jóvenes comprendido entre los 18 hasta 34 años observamos que después del insomnio las alteraciones más frecuentes fueron los síntomas psicóticos y el trastorno de estrés postraumático con porcentajes de 17.47% (n=65) y 15.59% (n=58) respectivamente; en el grupo de adultos comprendido entre la edad de 35 hasta 64 años la segunda alteración de mayor frecuencia fue el trastorno de estrés postraumático con 14.25% (n=53) seguido por la ansiedad con un 13.71% (n=51), en cuanto al grupo de adultos mayores comprendido por participantes mayores a 64 años la segunda alteración con mayor frecuencia fue la depresión con 1.61% (n=6) seguida del trastorno de estrés postraumático y ansiedad en el tercer lugar, ambas con 1.34% (n=5).

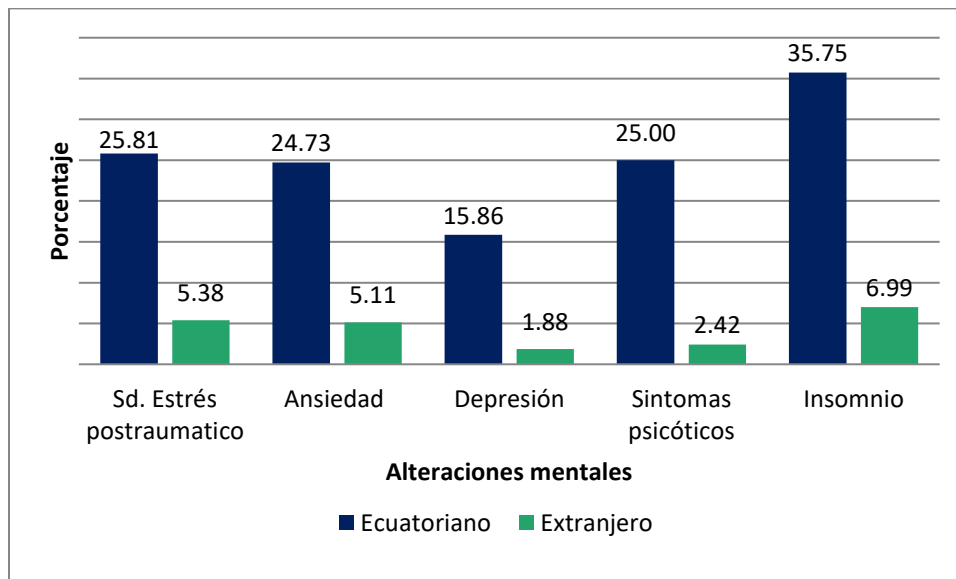
Las alteraciones mentales con menor frecuencia fueron la depresión para el grupo de



adultos jóvenes con un 5.91% (n=22) y los síntomas psicóticos para el grupo de adultos y adultos mayores con 8.87% (n=33) y 1.08% (n=4) respectivamente.

TABLA N°5

Tabla 5: Distribución de los 372 participantes que acudieron al centro de salud N°2 según variables de frecuencia de alteraciones mentales y procedencia. Cuenca 2020.



Fuente: Formularios de recolección de datos.

Elaborado por: Carlos Juca Vivar.

INTERPRETACIÓN

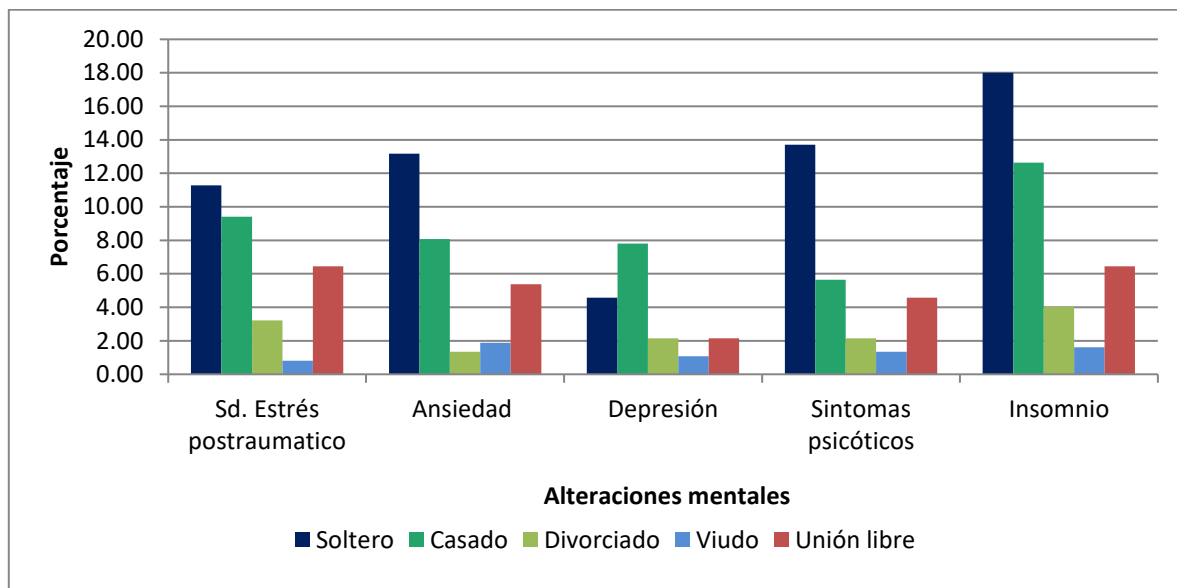
En la tabla 5 se identifica como similitud, que el insomnio fue la alteración más común en los dos grupos según su procedencia, con porcentajes de 35.75% (n=133) para el grupo de procedencia ecuatoriana y 6.99% (n=26) para el grupo de procedencia extranjera; seguida en ambos grupos por el trastorno de estrés posttraumático con 25.81% (n=96) para los nacidos en este país y 5.38% (n= 20) para los nacidos fuera del Ecuador. Se observó que después del insomnio la alteración del estado mental más frecuente fue el trastorno de estrés posttraumático con porcentajes de 25.81% (n=96) y 5.38% (n=20) respectivamente; se contemplaron diferencias en la tercera y cuarta causa entre estos grupos, los síntomas psicóticos ocupan el tercer lugar en el conjunto de procedencia nacional con un 25% (n=93), no así en el grupo extranjero donde la ansiedad ocupa este lugar con un 5.11%



(n=19). Otra similitud fue que la alteración mental encontrada con menor frecuencia en los dos grupos fue la depresión con un 15.86% (n=59) de casos en los ecuatorianos y 1.88% (n=7) en los extranjeros 8.87%.

TABLA N°6

Tabla 6: Distribución de los 372 participantes que acudieron al centro de salud N°2 según variables de frecuencia de alteraciones mentales y estado civil. Cuenca 2020.



Fuente: Formularios de recolección de datos.

Elaborado por: Carlos Juca Vivar.

INTERPRETACIÓN

En la tabla 6 se observa que el insomnio fue la alteración con mayor frecuencia en los grupos según su estado civil con porcentajes de 18.01% (n=67) para los participantes solteros, 12.63% (n=47) para los casados, 4.03% (n=15) para los divorciados y 6.45% (n=24) para el grupo de unión libre, exceptuando este hallazgo en el grupo de participantes viudos donde la ansiedad ocupó el primer lugar con un 1.88% (n=7). Llama la atención la frecuencia similar de alteraciones del estado mental en el grupo de participantes casados donde el trastorno de estrés postraumático, la ansiedad y depresión tienen valores parecidos con porcentajes de 9.41%, 8.06% y 7.80% en el orden descrito anteriormente. Cabe recalcar también el gran número de casos de síntomas psicóticos



(n=51) y de ansiedad (n=47) en el grupo de personas solteras en comparación con el resto de grupos. Las alteraciones mentales con menor frecuencia según el estado civil fueron la depresión para el grupo de solteros y unión libre con un 4.57% (n=17) y 2.15% (n=8) respectivamente, los síntomas psicóticos para el grupo de casados con 5.65% (n=21), el trastorno de estrés postraumático para el grupo de viudos con un 0.81% (n=3) y la ansiedad para el grupo de divorciados con un 1.34% (n=5).



CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN

Se puede establecer con los resultados obtenidos en esta investigación que la salud mental de las personas juega un rol muy importante en la calidad de vida y en la sociedad, más aun, en momentos difíciles donde la emergencia sanitaria por la pandemia actuó como propulsor para que el bienestar mental de la población se vea comprometido y pueda llegar a convertirse en un problema grave de salud pública, mucho peor de lo que ya se evidenciaba antes de este suceso de afectación global.

Por lo ya mencionado es fundamental generar más conocimiento sobre esta problemática no solo a nivel regional sino a nivel del país para enfocar recursos a la prevención de estos trastornos mentales que hoy por hoy aquejan con mayor énfasis a la población.

Si bien no existen estudios hasta la fecha sobre este tema en el país se han analizado y correlacionado los resultados obtenidos con investigaciones de autores extranjeros para tener una idea más clara de la realidad local.

En este estudio se determinó que de los 372 participantes la alteración mental más frecuente fue el insomnio con un 42.74%, las alteraciones subsiguientes fueron el trastorno de estrés postraumático con 31,18%, la ansiedad con 29.84%, síntomas psicóticos con 27.42% y finalmente depresión con un 17.74%.

En el estudio realizado por Panteleimon Voitsidis, et al, titulado “Insomnio durante la pandemia por COVID-19 en la población griega” llevado a cabo con 2363 participantes, determinó que 37.6% de individuos refirieron problemas en el sueño, y que las mujeres fueron más vulnerables a presentar estos problemas, además recalca el aumento notorio en el porcentaje de esta alteración, comparando la prevalencia de insomnio a nivel mundial el cual oscilaba entre 3.9% a 22% antes de la pandemia, estos datos son similares a los de esta investigación donde el porcentaje de posibles casos de insomnio alcanzó un 42.74% de los cuales el 30.38% pertenecieron al sexo femenino (29).

En Francia se llevó a cabo un estudio por el autor Cyrille Kossigan Kokou-Kpolou, et al, sobre “Insomnio durante la pandemia de COVID-19 y el encierro: prevalencia, gravedad y factores de riesgo asociados en la población francesa” en el cuál en 19.1% de los participantes presentaron anomalías en el sueño, resultado bastante variable en



comparación a nuestra investigación; sin embargo el autor también afirma que las preocupaciones, nivel social, la crisis de salud, económica, financiera y la soledad relacionadas con el COVID-19 son los principales factores que contribuyen al insomnio clínico lo que puede explicar el mayor porcentaje de nuestra población comparada con la francesa (30).

En cuanto al trastorno de estrés postraumático en este estudio se obtuvo un porcentaje de frecuencia de 31.18%, valor que difiere con los resultados del autor Liu Nianqui, et al, en su estudio denominado “Prevalencia y predictores de PTSS durante el brote de COVID-19 en las áreas más afectadas de China: las diferencias de género son importantes” quien obtuvo como resultado que el 7% de un total de 285 participantes cumplían con criterios de trastorno de estrés postraumático usando como herramienta la escala de lista de verificación de PTSD para DSM-5 (PCL-5), la misma que fue usada en esta investigación. Entre las similitudes encontradas destaca que el sexo femenino tuvo puntajes significativamente más altos que el sexo masculino, si bien nuestro estudio fue descriptivo se puede apreciar también un mayor número de casos de TEPT en mujeres con un 22.85% frente a un 8.3% en los varones. Liu Nianqui también afirma que el nivel educativo y susceptibilidad de la población al virus tuvieron efectos significativos en los puntajes de PCL-5 y que la mayoría de estos episodios agudos que se asemejan al PTSS pueden desaparecer en el período subsiguiente y solo una minoría desarrolla trastornos crónicos, lo que puede explicar la diferencia en el porcentaje de la frecuencia en nuestro estudio sabiendo que la realidad de nuestro país tanto en recursos económicos, educativos y de salud pública difiere enormemente de China, lugar donde se llevó a cabo esta investigación (31).

En un estudio realizado por Bareeqa, et al, llamado “Prevalencia de depresión, ansiedad y estrés en China durante la pandemia de COVID-19: una revisión sistemática con metanálisis” el cual analizó 19 estudios que cumplían con los criterios elegibles entre 1170 con un total de 62382 participantes, concluyó que después del estrés la alteración mental con mayor frecuencia fue la depresión con un 26.9%, seguida de la ansiedad con un 21.8%, rangos definidos como moderadamente altos por el autor, los cuales se asemejan bastante a los datos obtenidos en esta investigación donde la frecuencia de casos de



ansiedad alcanzó un 29.84% y la depresión un 17.74% (32).

En Europa González-Sanguino, et al, en el estudio "Consecuencias para la salud mental durante la etapa inicial de la pandemia del coronavirus 2020 (COVID-19) en España" obtuvo el resultado más parecido al de nuestra investigación con un 18.7% de frecuencia para la depresión y 21.6% en el caso de la ansiedad, lo interesante de este estudio es que el 67% de personas tenían estudios universitarios o de mayor nivel, lo que determina que el estado mental de los individuos puede estar afectado independientemente de su nivel académico (33).

En América latina donde las características sociodemográficas tienen mayor similitud a nuestra población comparada con la población europea o asiática también se dieron resultados afines; Schmitt AA Jr, et al, en su estudio "Posibles predictores de síntomas depresivos durante la etapa inicial del brote de COVID-19 en adultos brasileños" concluyó que de 775 participantes, el 23.67% presentaba criterios de episodios depresivos (34).

En cuanto a la presencia de síntomas psicóticos en nuestra investigación se obtuvo una frecuencia de 27.42%, correspondiendo 20.97% al sexo femenino y 6.45% al sexo masculino, al momento no existen estudios donde se estime la frecuencia de estos en la población general, sin embargo hay reportes de casos muy interesantes como los del autor Francesco Finatti, et al, titulado "Psicosis en pacientes en cuarentena relacionada con COVID-19" donde personas experimentaron varios síntomas indicativos de posibles trastornos psicóticos, los cuales iban desde agresividad, rabia, agitación psicomotriz, pensamientos de persecución y furia destructiva hasta alucinaciones visuales (35).

Existen también estudios donde se manifiesta que los síntomas psicóticos pueden ser provocados como resultado de diversos mecanismos patológicos, que incluyen el efecto directo del virus en el SNC, sin embargo las muestras son muy pequeñas y no significantes por lo que se deben realizar estudios más amplios para seguir explorando esta cuestión no solo en personas infectadas sino en la población general (36).

Todos los estudios mencionados anteriormente, incluyendo este, tienen en común la preocupación y búsqueda de soluciones por parte de sus autores para poder conocer el impacto psicológico y las repercusiones que la pandemia por COVID-19 ha generado en la salud mental de la población en general.



CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos propuestos al inicio de la investigación y a los resultados obtenidos en su ejecución podemos concluir que:

- De las características sociodemográficas de las 372 personas que fueron parte del estudio se destaca que 249 pertenecieron al sexo femenino, 123 al sexo masculino; en la procedencia el grupo de participantes ecuatorianos predominó sobre el de extranjeros con un porcentaje de 86% frente a un 14%; La edad media para este grupo fue de 37.83 años con un desvío estándar de +/- 15.86; El estado civil preeminente fue el “soltero” con 41.4%, seguido del “casado” con 32.5%, “unión libre” con 14% y “divorciado” con 9,4%, el estado civil con menor presencia fue el “viudo” con tan solo el 2.7%.
- La alteración del estado mental más frecuente fue el insomnio con un 42.7% de frecuencia (159 casos), en segundo lugar se ubica el trastorno de estrés postraumático con 31.2% (116 casos), seguido de ansiedad con 29.8% (111 casos). La alteración con frecuencia menos representativa fue la depresión con 17.7% (66 casos) precedida por los síntomas psicóticos con 27.42% (102 casos).
- En comparación por el sexo, las alteraciones mentales predominantes en el sexo femenino fueron el insomnio con 30.3%, la ansiedad con 23.6%, el trastorno de estrés postraumático con 22.8%; mientras que en el sexo masculino en primer lugar de frecuencia se evidenció al insomnio con 12.3%, seguido del trastorno de estrés postraumático con 8.33% y de depresión con 6.7%. La alteración con menor frecuencia según el sexo fue la depresión para el sexo femenino con un 11% y la ansiedad para el sexo masculino con 6.18%.
- Según la procedencia de los participantes, las alteraciones mentales predominantes en la procedencia ecuatoriana fueron el insomnio con 35.7%, el trastorno de estrés postraumático con 25.8% y síntomas psicóticos con 25%;



mientras que en los participantes de procedencia extranjera el insomnio fue la alteración preponderante con 6.9%, seguido del trastorno de estrés postraumático con 5.3% y de ansiedad con 5.11%. La alteración con menor frecuencia tanto para los participantes ecuatorianos como para los extranjeros fue la depresión con 15.8% y 1.8% de casos respectivamente.

- En comparación por su edad, las alteraciones mentales predominantes en el grupo de adultos jóvenes fueron el insomnio con 22.3%, síntomas psicóticos con 17.4% y el trastorno de estrés postraumático con 15.5%; en el grupo de adultos el insomnio fue más frecuente con 17.7%, seguido del trastorno de estrés postraumático con 14.2% y de ansiedad con 13.7%; mientras que en el grupo de adultos mayores las alteraciones que predominaron fueron el insomnio con 2.6% , la depresión con 1.6% y la ansiedad con 1.3%. La alteración menos frecuente fue la depresión para el grupo de adultos jóvenes con 5.9%, mientras que los síntomas psicóticos obtuvieron el menor porcentaje en el grupo de adultos y adultos mayores con 8.8% y 1.08% respectivamente.
- Según el estado civil, el insomnio fue la alteración predominante en el grupo de solteros, casados y divorciados, en el grupo de viudos la ansiedad ocupó el primer lugar de frecuencia, mientras que en el grupo de unión libre el trastorno de estrés postraumático y el insomnio ocuparon el primer lugar con 24 casos para cada alteración.



7.2 RECOMENDACIONES

- Con los resultados obtenidos en esta investigación, consideramos necesario llevar a cabo estrategias de prevención y promoción en salud mental en las casas de salud de primer contacto con los pacientes, dirigidas a la población en general con énfasis en personas y grupos más vulnerables por la pandemia.
- Recomendamos tomar esta investigación como punto de inicio para que en un futuro se realicen más estudios a mayor profundidad sobre este tema, ya que por ser un problema reciente y de afectación global, hace falta mucho conocimiento en esta área para poder enfrentar de manera óptima y eficaz el desequilibrio generado en la salud mental tanto a corto como a largo plazo. Pudiendo así desarrollar las mejores estrategias y planes basados en evidencia científica de calidad.
- La pandemia de COVID-19 representa un amenaza sin precedentes para la salud mental en especial en personas de bajos recursos, por lo que se recomienda al ministerio de salud pública, gestionar al estado para crear una política gubernamental de manera urgente que integre la mitigación del riesgo viral con disposiciones para aliviar los peligros para la salud mental en las personas más vulnerables en el país, crear planes para la detección precoz y oportuna de los trastornos mentales, además de un seguimiento periódico y trabajo multidimensional por parte de médicos y psicólogos.
- Derivar los casos identificados de trastornos psicopatológicos complejos a médicos especialistas psiquiatras de manera temprana y oportuna para un manejo óptimo.



CAPÍTULO VIII

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Invertir en salud mental [Internet]. Ginebra; 2018. Available from: http://www.who.int/mental_health
2. OMS, OPS. Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19 [Internet]. Vol. 1, 12 marzo. 2020. Available from: <https://www.paho.org/sites/default/files/2020-03/smeps-coronavirus-es-final-17-mar-20.pdf>
3. Hamouche S. COVID-19 and employees' mental health: stressors, moderators and agenda for organizational actions. Vol. 1, Emerald Open Research. Dubai; 2020.
4. Organización mundial de la salud, Organización Panamericana de salud. "Depresión: hablemos", en el Día Mundial de la Salud [Internet]. 2017. Available from: https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1886:depresion-hablemos-en-el-dia-mundial-de-la-salud-2017&Itemid=360
5. Zandifar A, Badrfam R. Iranian mental health during the COVID-19 epidemic. *Asian J Psychiatr.* 2020;51.
6. Kong X, Zheng K, Tang M. Prevalence and Factors Associated with Depression and Anxiety of Hospitalized Patients with COVID-19. Vol. 21. Shanghai China; 2020.
7. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Organización Mundial de la Salud Oficina Regional para las Américas. Washington, DC; 2018. 1–50 p.
8. Organización Mundial de la salud, Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Informe de Evaluación del Sistema de Salud Mental en Ecuador utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS (ISM-OMS). 2015;1:32.
9. Tavares C, Moreira P, Silva I, Oliveira J, Saraiva J. The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). *Psychiatry Res.* 2020;287.
10. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modelo de Atención de Salud Mental , en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) – con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural. 2012.
11. Camas V. Salud mental comunitaria, atención primaria de salud y universidades



- promotoras de salud en Ecuador. Rev Panam Salud Pública. 2018;42:1–6.
12. Polish institute for Evidence Based Medicine. Trastornos depresivos - Trastornos mentales - Enfermedades - Medicina Interna Basada en la Evidencia. Compendio [Internet]. 2019. Available from: <https://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.II.21.3>.
 13. National Institute of Mental Health. Depresión: INFORMACIÓN BÁSICA [Internet]. 2016. Available from: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp/19-mh-8079spdf_159009.pdf
 14. Barnhill J, MSD & Co. Inc. Trastorno de ansiedad generalizada - Trastornos psiquiátricos - Manual MSD versión para profesionales [Internet]. 2018. Available from: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiquiaticos/trastorno-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estrés/trastorno-de-ansiedad-generalizada-tag>
 15. Calabrese J, Al Khalili Y. Psychosis [Internet]. StatPearls. StatPearls Publishing; 2020. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31536188>
 16. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales [Internet]. Nov. 2019. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
 17. Gupta R, Das S, Gujar K, Mishra K, Gaur N, Majid A. Clinical Practice Guidelines for Sleep Disorders [Internet]. Vol. 59, Indian Journal of Psychiatry. Medknow Publications; 2017. p. S116–38. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5310097/>
 18. Ferré-Masó A, Rodríguez-Ulecia I, García-Gurtubay I. Differential diagnosis of insomnia from other comorbid primary sleep disorders. Aten Primaria [Internet]. 2020 May 1;52(5):345–54. Available from: </pmc/articles/PMC7231894/?report=abstract>
 19. The National Institute of Mental Health. Post-Traumatic Stress Disorder [Internet]. 2019. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/index.shtml>
 20. Torres F. American Psychiatric Association - What Is PTSD? [Internet]. Jan 2020. Available from: <https://www.psychiatry.org/patients-families/ptsd/what-is-ptsd>
 21. Netsereab TB, Kifle MM, Tesfagiorgis RB, Habteab SG, Weldeabzgi YK, Tesfamariam OZ. Validation of the WHO self-reporting questionnaire-20 (SRQ-20) item in primary health care settings in Eritrea 11 Medical and Health Sciences 1117 Public Health



- and Health Services. *Int J Ment Health Syst* [Internet]. 2018 Oct 24 [cited 2020 Aug 18];12(1):61. Available from: <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-018-0242-y>
22. Santos KOB, Carvalho FM, de Araújo TM. Internal consistency of the self-reporting questionnaire-20 in occupational groups. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2016; 50:6. Available from: <http://www.rsp.fsp.usp.br/2>
 23. Husain N, Chaudhry N, Rhouma A, Sumra A, Tomenson B, Waheed W. Validation of the self-reporting questionnaire (SRQ 20) in British Pakistani and White European population in the United Kingdom. *J Affect Disord* [Internet]. 2016 Jan 1 ; 189:392–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26499820/>
 24. of Veterans Affairs D, Health Administration V, Health Strategic Healthcare Group M, Center for Posttraumatic Stress Disorder. Using the PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) [Internet]. 2016. Available from: www.ptsd.va.gov
 25. Hall BJ, Yip PSY, Garabiles MR, Lao CK, Chan EWW, Marx BP. Psychometric validation of the PTSD Checklist-5 among female Filipino migrant workers. *Eur J Psychotraumatol* [Internet]. 2019; 10. Available from: <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1571378>
 26. Durón-Figueroa R, Cárdenas-López G, Castro-Calvo J, Rosa-Gómez AD la. Adaptación de la Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-5 en Población Mexicana. *Acta Investig psicológica* [Internet]. 2019; 9(1):26–36. Available from: <https://doi.org/10.22201/psi.20074719e.2019.1.03>
 27. Rossi R, Socci V, Talevi D, Mensi S, Niolu C, Pacitti F, et al. COVID-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy. An N=18147 web-based survey. 2020;
 28. Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health [Internet]. Vol. 66, *International Journal of Social Psychiatry*. SAGE Publications Ltd; 2020. p. 317–20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32233719/>
 29. Voitsidis P, Gliatas I, Bairachtari V, Papadopoulou K, Papageorgiou G, Parlapani E, et al. Insomnia during the COVID-19 pandemic in a Greek population. Vol. 289, *Psychiatry Research*. Greece; 2020.
 30. Kossigan C, Megalakaki O, Laimou D, Kousouri M. Insomnia during COVID-19 pandemic and lockdown: Prevalence, severity, and associated risk factors in French population [Internet]. Vol. 290, *Psychiatry Research*. France; 2020. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7255302/pdf/main.pdf>



31. Liu N, Zhang F, Wei C, Jia Y, Shang Z, Sun L. Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. Elsevier [Internet]. 2020;(January):7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7102622/>
32. Bareeqa SB, Ahmed SI, Samar SS, Yasin W, Zehra S, Monese GM, et al. Prevalence of depression, anxiety and stress in china during COVID-19 pandemic: A systematic review with meta-analysis. Int J Psychiatry Med [Internet]. 2020;22–3. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0091217420978005>
33. González C, Ausín B, Castellanos MÁ, Saiz J, López A, Ugidos C, et al. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. Elsevier Brain, Behav Immun [Internet]. 2020;87:172–6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7219372/pdf/main.pdf>
34. Schmitt A, Brenner A, Carvalho LP, Almeida C, Almeida M, Rocha N. Potential predictors of depressive symptoms during the initial stage of the COVID-19 outbreak among Brazilian adults. Elsevier J Affect Disord [Internet]. 2021;282:1090–5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7832486/pdf/main.pdf>
35. Finatti F, Pigato G, Pavan C, Toffanin T, Favaro A. Psychosis in patients in COVID-19-related quarantine: a case series. Prim Care Companion CNS Disord [Internet]. 2020;22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32408399/>
36. Parra A, Juanes A, Losada CP, Alvarez S, Santana V, Marti I, et al. Psychotic symptoms in COVID-19 patients . A retrospective descriptive study. Psychiatry Res [Internet]. 2020;291. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7311337/pdf/main.pdf>

**CAPÍTULO IX****9. ANEXOS****9.1 Operacionalización de variables**

Variable	Definición	Dimensión	Indicadores	Escala
Edad	Tiempo transcurrido entre el nacimiento de un individuo y la fecha de aplicación del test	Tiempo medido en años	Calculo desde la fecha de nacimiento al día de la encuesta señalado por el/la encuestada	Continua
Sexo	Condición orgánica masculina o femenina en una especie del reino animal	Características fenotípicas de los encuestados	Fenotipo	1.Masculino 2.Femenino
Procedencia	Lugar del cual proviene una persona	País o ciudad de donde proviene el encuestado	Lugar de nacimiento	1. Ecuatoriano 2. Extranjero
Estado civil	Situación estable o permanente en de una persona física en relación con sus circunstancias personales y con la legislación, que determina la capacidad de obrar y los efectos jurídicos que posee cada individuo.	Estado civil	Definido por el encuestado	1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Viudo 5. Union libre



Depresión	Trastorno mental con presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, falta de autoestima, trastornos del sueño o apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.	Depresión	SRQ	Si No
Ansiedad	Estado mental caracterizado por gran inquietud, intensa excitación y extrema inseguridad.	Ansiedad	SRQ	Si No
Psicosis	Enfermedad mental caracterizada por una alteración global de la personalidad acompañada de un trastorno grave del sentido de la realidad.	Psicosis	SRQ	Si No
Sd. Estrés postraumático	Trastorno mental desencadenado por una situación aterradora, ya sea por experimentarla o presenciarla. Los síntomas pueden incluir reviviscencias, pesadillas y angustia grave.	Síndrome de estrés postraumático	PCL-5	Si No
Insomnio	Dificultades para conciliar el sueño o permanecer dormido	Insomnio	PCL-5 SRQ	Si No



9.2 Fórmula para obtención de tamaño de muestra

El Tamaño de muestra se obtuvo como resultado de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z^2 \times (p \times q)}{\left[e^2 + \left(\frac{z^2 \times p \times q}{N} \right) \right]}$$

Dónde n= tamaño de muestra; z=valor de cobertura según nivel de confianza de 95%; N= tamaño total del universo; p= proporción de individuos que cumplen los criterios para la investigación; q= proporción de individuos que no cumplen los criterios para la investigación y e= margen de error al 5%.

En este caso n= 372.



9.3 SRQ Test

FRECUENCIA DE ALTERACIONES MENTALES DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID 19 EN ADULTOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD #2 JOSÉ MARÍA ASTUDILLO, CUENCA – ECUADOR 2020.

Este test debe ser llenado en su totalidad. Cada pregunta debe responderse con 1 sola respuesta. Marque con una X la casilla que considere pertinente (si o no) según su criterio. Gracias

Edad:	
Sexo:	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Procedencia:	Ecuatoriana <input type="checkbox"/> Extranjero <input type="checkbox"/>
Estado civil:	Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/>

Encuesta	SI	NO
1. ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		
2. ¿Tiene mal apetito?		
3. ¿Duerme mal?		
4. ¿Se asusta con facilidad?		
5. ¿Sufre de temblor de manos?		
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		
7. ¿No puede pensar con claridad?		
8. ¿Se siente triste?		
9. ¿Sufre de mala digestión?		
10. ¿Llora con mucha frecuencia?		
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?		
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		
13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo - sufre con su trabajo?		
14. ¿Es incapaz de desarrollar un papel útil en su vida?		
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?		
16. ¿Siente que es una persona útil?		
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?		
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		
20. ¿Se cansa con facilidad?		
21. ¿Siente que alguien ha tratado de herirle en alguna forma?		
22. ¿Es una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		
23. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		
24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		

**9.4 PCL-5 Test**

FRECUENCIA DE ALTERACIONES MENTALES DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID 19 EN ADULTOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD #2 JOSÉ MARÍA ASTUDILLO, CUENCA – ECUADOR 2020.

PCL-5 Test: Este test debe ser llenado en su totalidad, por favor, lea cada problema cuidadosamente y luego circule uno de los números a la derecha para indicar cuánto le molestó ese problema durante el pasado mes según su caso. Gracias

Durante el pasado mes, ¿cuánta molestia ha sentido por:	Nada	Poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
1. recuerdos repetidos, perturbadores e indeseados sobre la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
2. sueños repetidos y perturbadores sobre la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
3. sentir o actuar repentinamente como si la experiencia estresante estuviera sucediendo nuevamente?	0	1	2	3	4
4. sentirse muy angustiado cuando algo le hizo recordar la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
5. tener reacciones físicas intensas cuando recuerda la experiencia estresante (por ejemplo, latidos cardíacos muy fuertes, sudoración)?	0	1	2	3	4
6. evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
7. evitar claves o recordatorios externos de la experiencia estresante (por ejemplo, personas, lugares)?	0	1	2	3	4
8. dificultad para recordar partes importantes de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
9. tener creencias negativas fuertes acerca de sí mismo, de otras personas o del mundo	0	1	2	3	4
10. culparse a sí mismo o a otros por la experiencia estresante, o por lo que sucedió después de ésta?	0	1	2	3	4
11. tener sentimientos negativos intensos, como miedo, terror, ira, culpa o vergüenza?	0	1	2	3	4
12. pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba?	0	1	2	3	4
13. sentirse distante o enajenado de otras personas?	0	1	2	3	4
14. dificultad para sentir emociones positivas	0	1	2	3	4
15. irritabilidad, explosiones de rabia o actuar agresivamente?	0	1	2	3	4
16. tomar demasiados riesgos o hacer cosas que pudieron haberle causado daño?	0	1	2	3	4
17. estar "extremadamente alerta", o vigilante, o en guardia?	0	1	2	3	4
18. sentirse muy nervioso o sobresaltarse fácilmente?	0	1	2	3	4
19. tener dificultad para concentrarse?	0	1	2	3	4
20. tener dificultad para dormirse o mantener el sueño?	0	1	2	3	4



9.5 Consentimiento informado

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: "FRECUENCIA DE ALTERACIONES MENTALES DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID 19 EN ADULTOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD #2 JOSÉ MARÍA ASTUDILLO, CUENCA – ECUADOR 2020."

	Nombres completos	# de cédula	Institución
Investigador Principal	Carlos Augusto Juca Vivar	0104644067	Universidad De Cuenca

Usted está invitado(a) a participar en este estudio de investigación sobre el "Frecuencia de alteraciones mentales durante la emergencia sanitaria por covid 19 en adultos que acuden al centro de salud #2 José María Astudillo, Cuenca – Ecuador 2020. en el periodo de recolección de información comprendido entre noviembre 2020 y diciembre 2020. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

Introducción

Invitamos a participar en un estudio de investigación sobre el "Impacto en la salud mental por aislamiento social en emergencia sanitaria por covid 19 en adultos pertenecientes a la parroquia bellavista, cuyo tema nos permite valorar si la salud mental de la población se ha visto afectada por el impacto de la emergencia sanitaria..

Objetivo del estudio

Mediante el presente estudio podremos evaluar la salud mental de adultos que acuden al centro de salud #2 José María Astudillo tras aislamiento social por emergencia sanitaria por covid19.

Descripción de los procedimientos

Se aplicarán 2 encuestas para evaluar la presencia de enfermedades que afecten la salud mental de la población que acude al centro de salud #2.

La recolección de la información brindada por usted se llevará a cabo con todas las normas de bioseguridad.

La encuesta consta con 44 preguntas divididas en dos categorías, donde contará con un periodo de tiempo de 20 a 30 minutos para finalizarlas, puede preguntar o aclarar cualquier duda que tenga sobre este proceso en cualquier momento.

Riesgos y beneficios

Riesgos

No existen riesgos para su salud física o mental en caso que participe pues solo se usará la información proporcionada por usted, lo observado y los datos de este estudio son de tipo confidencial, anónimo y de acceso solo por parte del investigador; no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación.

Beneficios

Si se le detecta una alteración mental al realizar el estudio, será notificado al personal de salud de este centro, para analizar su caso de manera personalizada y ofrecerle el mejor tratamiento y ayuda disponible. Lo que resulta beneficioso para el paciente ya que en estos casos el diagnóstico precoz tiene un buen pronóstico

Los resultados obtenidos beneficiarán indirectamente a toda la gente que acuda a esta casa de salud, ya que generarán recomendaciones correctivas y preventivas que al ejecutarse mejorarán la atención en el ámbito de la salud mental que usted y la comunidad reciben.

Otras opciones si no participa en el estudio

Además, usted tiene la posibilidad de renunciar a este estudio sin ningún problema, si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. De ante mano le agradecemos por su participación.



Derechos de los participantes

Usted tiene derecho a:

- Recibir la información del estudio de forma clara;
- Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- Que se respete su intimidad (privacidad);
- Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;
- Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean *manejados* según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;
- Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0987209516 que pertenece al autor de la investigación o envíe un correo electrónico a (carlos.juca@ucuenca.edu.ec).

Consentimiento informado

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombres completos del/a participante

Firma del/a participante

Fecha

Nombres completos del/a investigador

Firma del/a investigador

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. José Ortiz Segarra, Presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: jose.ortiz@ucuenca.edu.ec



9.6 Oficio de autorización

Cuenca, 11 de noviembre del 2020.

Doctora

Liliana Patricia Rosales Ullauri.

Directora de la Oficina Técnica 01D01, MSP

Con un cordial saludo, yo Carlos Augusto Juca Vivar, estudiante de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca me dirijo a usted, para solicitarle de la manera más comedida, me conceda su autorización para realizar la recolección de datos para mi proyecto de investigación de trabajo de titulación denominado “Frecuencia de alteraciones mentales durante la emergencia sanitaria en adultos que acuden al centro de salud #2 José María Astudillo, Cuenca – Ecuador 2020” bajo la tutela del Dr. Ismael Morocho, docente de la facultad de ciencias médicas (ismael.morocho@ucuenca.edu.ec), la cual consta de encuestas que se realizarían a los pacientes que acudan al centro de salud durante el mes de noviembre y diciembre del presente año.

Al momento me encuentro realizando prácticas asistenciales en el centro de salud #2 aprobadas por su persona previamente en el Memorando Nro. MSP-CZ6-DD01D04-OT01-2020-3908-M por lo que la directora de esta unidad de salud, Dra. María José Vintimilla y el personal médico de esta casa de salud tienen conocimiento de esta petición y han ofrecido su colaboración.

Por la favorable atención que dé a la presente anticipo mis agradecimientos y espero su respuesta.

Atentamente

Carlos Augusto Juca vivar

C.I: 0104644067

Email: carlos.juca@ucuenca.edu.ec

Teléfono: 0987209516