

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO DEL CONFINAMIENTO POR COVID-19 EN
PACIENTES CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ATENDIDOS POR
EMERGENCIA DEL HOSPITAL II HUAMANGA DE ESSALUD, AYACUCHO
2019-2021.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

Presentado por:

Bachiller HUARIPAUCAR SEGOVIA, Lidia Milagros

Bachiller RODRIGUEZ TITO, Lisbet Estefanie

Asesores de Tesis:

Dra. Paira Zevallos, Emma Feliciano

Dr. Quispe Puma, Edgar

Mg. Rezza Vega, Lizbeth

AYACUCHO – PERÚ

2023

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

RESOLUCIÓN DECANAL N° 172 - 2023-FCSA-UNSCH-D

BACHILLER: Lidia Milagros HUARIPAUCAR SEGOVIA y Lisbet Estefanie RODRIGUEZ TITO

En la ciudad de Ayacucho, siendo las cinco de la tarde del día trece de febrero del año dos mil veintitrés, se reunieron en el auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud los docentes miembros del jurado evaluador, para el acto de sustentación de trabajo de tesis titulado: **"IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO DEL CONFINAMIENTO POR COVID-19 EN PACIENTES CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ATENDIDOS POR EMERGENCIA DEL HOSPITAL II HUAMANGA DE ESSALUD, AYACUCHO 2019-2021"**, presentado por las Bachilleres Lidia Milagros HUARIPAUCAR SEGOVIA y Lisbet Estefanie RODRIGUEZ TITO para optar el título profesional de Médico Cirujano. El jurado evaluador está conformado por:

Presidente : Prof. Jorge Alberto Rodríguez Rivas (delegado por la decana)

Miembros : Prof. Luis Gabriel Castillejo Melgarejo

Prof. Alex Darwing Pedroza Castillo

Prof. Juan Gualberto Rondinelli Zaga

Asesores : Prof. Emma Feliciano Paire Zevallos

: Prof. Edgar Quispe Puma

: Prof. Lizbeth Rezza Vega

Secretaria docente : Prof. Gabriela Bellico Mujica

Con el quorum de reglamento se dio inicio la sustentación de tesis, el presidente del jurado evaluador pide al secretario docente dar lectura a los documentos presentados por las recurrentes, resolución decanal.

Da inicio la exposición las Bachilleres: **Lidia Milagros HUARIPAUCAR SEGOVIA (E1) y Lisbet Estefanie RODRIGUEZ TITO (E2)**. Una vez concluida, el presidente del jurado evaluador solicita a los miembros del jurado evaluador realizar sus respectivas preguntas, seguidamente da pase a los asesores de tesis Prof. Lizbeth Rezza Vega, para que pueda aclarar algunas preguntas e interrogantes.

El presidente invita a las sustentantes abandonar el auditorio para que puedan proceder con la calificación.

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN FINAL

Bachiller: Lidia Milagros HUARIPAUCAR SEGOVIA y Lisbet Estefanie RODRIGUEZ TITO


JURADOS	TEXTO		EXPOSICIÓN		PREGUNTAS		PROMEDIO	
	E1	E2	E1	E2	E1	E2	E1	E2
Prof. Jorge Alberto Rodríguez Rivas	E1	18	E1	17	E1	18	E1	18
	E2	18	E2	17	E2	18	E2	18
Prof. Luis Gabriel Castillejo Melgarejo	E1	18	E1	18	E1	18	E1	18
	E2	18	E2	18	E2	18	E2	18
Prof. Alex Darwing Pedroza Castillo	E1	16	E1	17	E1	17	E1	17
	E2	16	E2	17	E2	17	E2	17
Prof. Juan Gualberto Rondinelli Zaga	E1	17	E1	17	E1	17	E1	17

	E2	16	E2	16	E2	16	E2	16
PROMEDIO FINAL							E1	18
							E2	17

De la evaluación realizada por los miembros del jurado calificador, llegaron al siguiente resultado: Aprobar a las Bachilleres **Lidia Milagros HUARIPAUCAR SEGOVIA y Lisbet Estefanie RODRIGUEZ TITO**; quienes obtuvieron la nota final de **DIECIOCHO (18) y DIECISIETE (17)** respectivamente para la cual los miembros del jurado evaluador firman al pie del presente, siendo las seis y cincuenta de la tarde, se da por concluido el presente acto académico presencial.



Prof. Jorge A. Rodríguez Rivas
PRESIDENTE



Prof. Luis G. Castillejo Melgarejo
MIEMBRO



Prof. Alex D. Pedroza Castillo
MIEMBRO



Prof. Juan G. Rondinelli Zaga
MIEMBRO



Prof. Lizbeth Rezza Vega
ASESOR

AGRADECIMIENTO

Nuestra gratitud a la gloriosa Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga y a nuestra gran Escuela Profesional de Medicina Humana, por darnos cobijo en sus aulas y la oportunidad de formarnos como profesionales competentes con actitudes éticas y humanísticas.

A nuestros asesores quienes nos apoyaron a forjar la presente investigación, transmitiéndonos su experiencia y vasto conocimiento, sobre el tema en estudio.

A nuestros colaboradores, maestros y amigos quienes estuvieron con nosotros en la gran travesía de este proyecto, nuestra gratitud y admiración a ellos por brindarnos sus enseñanzas y guiarnos en este pasaje de la vida.

El presente estudio se lo dedico a quienes me dieron la vida, mis padres (Adrián y María), quienes siempre me han brindado, fuerza y voluntad. A mis hermanos quienes son mis compañeros de muchas hazañas y alegrías. A la vida que me enseña que es un camino de evolución constante y autoconocimiento.

Dedico esta tesis a todas las personas que participaron en la realización de este gran sueño. A Dios, por concederme salud, felicidad e iluminación en esta larga travesía. A mis padres y hermanos, en especial a mi hermano menor (J.A.H.S) por enseñarme la fortaleza necesaria para lograr mis objetivos, por creer en mí, incluso cuando tenía miedo. Por todo su apoyo incondicional y sacrificio, infinitas gracias.

RESUMEN

OBJETIVO: Comparar la frecuencia y características de los pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos en emergencia del Hospital II Huamanga de Essalud; antes, durante y después del confinamiento por COVID-19 entre los años 2019, 2020 y 2021. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Este estudio es observacional, descriptivo comparativo y transversal-retrospectivo. Se evaluó una población de 284 historias clínicas de pacientes diagnosticados con trastornos psiquiátricos, tomando en cuenta las atenciones realizadas entre marzo y diciembre de 2020 (período de confinamiento por COVID-19), comparándolas con las de 2019 y 2021. La información se recopiló a través de fichas de recolección de datos basados en historias clínicas, con el objetivo de comparar la frecuencia y las características epidemiológicas. Se llevó a cabo un análisis univariado y bivariado entre los grupos. **RESULTADOS:** La frecuencia de atenciones antes del confinamiento fue de 130 pacientes (45.8%), 65 durante el confinamiento (22.9%) y 89 después del confinamiento (31.3%). La edad media de los pacientes fue de 46.7 años (DE: 16.3 años), siendo el sexo femenino el más frecuente con 183 pacientes (64,4%). La mayoría tenía pareja (casada o conviviente) con 210 pacientes (73.9%) durante el período de estudio. El trastorno de ansiedad fue el diagnóstico más frecuente con 199 pacientes (70.1%), seguido del trastorno de depresión 23 (8.1%) y el trastorno orgánico del sueño 22 pacientes (7.7%). Durante todo el período de estudio, se evidenció que las frecuencias de estos diagnósticos fueron similares antes del confinamiento (2019), durante el confinamiento (2020) y posterior al confinamiento 2021, Por tanto, no fueron significativas. Sin embargo, se encontraron diferencias significativas entre los grupos con trastorno disociativo, que representó el 4.2% del total y aumentó durante el 2021 (valor $p=0.038$). Además, el número de pacientes que acudieron tres o más veces aumentó durante el confinamiento en el 2020 (valor $p=0.031$). **CONCLUSIONES:** El impacto del confinamiento por COVID-19 resultó en una disminución en la frecuencia de atenciones de pacientes por emergencia con diagnósticos psiquiátricos durante el 2020. Las características epidemiológicas más frecuentes incluyen el sexo femenino, tener edades entre 30 y 59 años, tener antecedentes médicos o psiquiátricos y contar con un estado civil de tener pareja. Sin embargo, sí se encontró un aumento progresivo en el número de ingresos y en el diagnóstico de trastornos disociativos. Los trastornos de ansiedad y depresión fueron los más prevalentes entre las atenciones por emergencia en el Hospital II Huamanga de Essalud en Ayacucho.

PALABRAS CLAVES: Trastornos psiquiátricos, Pandemia de COVID-19, salud mental (DeCs)

ABSTRACT

OBJECTIVE: To compare the frequency and characteristics of patients with psychiatric disorders treated in an emergency at Hospital II Huamanga de Essalud; before, during and after the confinement by COVID-19 between the years 2019, 2020 and 2021. **MATERIALS AND METHODS:** This study is observational, descriptive comparative and retrospective cross-sectional. A population of 284 medical records of patients diagnosed with psychiatric disorders was evaluated, taking into account the care provided between March and December 2020 (COVID-19 lockdown period), comparing them with those of 2019 and 2021. The information was collected through data collection sheets based on medical records, with the aim of comparing the frequency and epidemiological characteristics. A univariate and bivariate analysis was carried out between the groups. **RESULTS:** The frequency of care before confinement was 130 patients (45.8%), 65 during confinement (22.9%) and 89 after confinement (31.3%). The mean age of the patients was 46.7 years (SD: 16.3 years), being the female sex the most frequent with 183 patients (64.4%). Most had a partner (married or cohabiting) with 210 patients (73.9%) during the study period. Anxiety disorder was the most frequent diagnosis with 199 patients (70.1%), followed by depression disorder 23 (8.1%) and organic sleep disorder 22 patients (7.7%). Throughout the study period, it was evident that the frequencies of these diagnoses were similar before confinement (2019), during confinement (2020) and after confinement 2021. Therefore, they were not significant. However, significant differences were found between the groups with dissociative disorder, which represented 4.2% of the total and increased during 2021 (p value=0.038). In addition, the number of patients who attended three or more times increased during the confinement in 2020 (p value = 0.031). **CONCLUSIONS:** The impact of confinement by COVID-19 resulted in a decrease in the frequency of emergency patient care with psychiatric diagnoses during 2020. The most frequent epidemiological characteristics include being female, being between 30 and 59 years of age, having a history of medical or psychiatric and have a marital status of having a partner. However, a progressive increase in the number of admissions and in the diagnosis of dissociative disorders was found. Anxiety and depression disorders were the most prevalent among emergency care at Hospital II Huamanga de Essalud in Ayacucho.

KEY WORDS: Psychiatric disorders, COVID-19 pandemic, mental health. (MeSH)

INTRODUCCIÓN

Al término del año 2019; China fue epicentro donde emergió la enfermedad COVID-19, causada por un nuevo virus denominado SARS-CoV-2, que pertenece a la familia de los coronavirus, responsable de dos epidemias zoonóticas anteriormente. El COVID-19 fue declarado como pandemia por la Organización Mundial de la Salud debido a su rápida expansión masiva fuera de China. Como resultado, diversos países tomaron medidas de seguridad, como el confinamiento; que combina estrategias estatales para reducir las interacciones sociales a través del distanciamiento social, la cuarentena, la restricción del tiempo de circulación en horas nocturnas y otros horarios, el aislamiento, el uso obligatorio de mascarillas, la suspensión del transporte y el cierre de fronteras.

La pandemia de COVID-19 impactó varios aspectos de la sociedad; y la salud mental fue uno de los más afectados en la población en general. Esto desencadenó a un aumento en la incidencia de trastornos psiquiátricos comunes, como el trastorno de ansiedad, la depresión, los trastornos psicóticos, el insomnio, entre otros; perjudicando a aquellos con compromiso de salud mental previas, empeorando su estado psiquiátrico, provocando recaídas e incluso generando problemas de salud mental en nuevos pacientes tanto con comorbilidades como sin ellas.

El servicio de emergencia es un espacio crítico para evaluar nuestros objetivos debido a que es el único lugar de atención permanente en el contexto de las medidas de seguridad tomadas por el estado en respuesta al brote de COVID-19 en el país. La reducción de la capacidad de atención y las restricciones en los consultorios externos han llevado a un aumento en la demanda de atención en el servicio de emergencia. El 15 de marzo de 2020, se declaró el estado de emergencia nacional en el Perú y se implementaron las medidas más restrictivas.

Durante la pandemia de COVID-19, varios estudios científicos a nivel internacional han examinado el acceso de la población a los servicios de salud mental y las políticas nacionales de salud pública en respuesta a la pandemia, además de identificar cambios en las características sociodemográficas y clínicas. Sin embargo, a pesar de la importancia de la salud mental durante la pandemia de COVID-19, existen pocos estudios en la población en general tanto a nivel nacional como regional.

Por este motivo se consideró conveniente realizar el presente trabajo titulado “Impacto epidemiológico del confinamiento por COVID-19 en pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos por emergencia del Hospital II Huamanga de Essalud, Ayacucho 2019-2021.”

Con la finalidad de implementar medidas preventivas o intervenciones para abordar los cambios ocasionados por el confinamiento por COVID-19 en la frecuencia de atenciones de pacientes con trastornos psiquiátricos y en los cambios epidemiológicos en este grupo. Por tal motivo, es necesario establecer prioridades a largo plazo mediante estrategias de atención de la salud mental para los grupos más vulnerables, con el fin de mitigar las consecuencias negativas en la salud mental.

Este estudio tiene el objetivo de “Comparar la frecuencia y características epidemiológicas de pacientes atendidos con trastornos psiquiátricos por emergencia del Hospital II Huamanga de Essalud antes, durante y después del confinamiento por COVID-19 entre los años 2019, 2020 y 2021.

La estructura de la investigación consta de seis capítulos: **El Capítulo I** se detalla el problema de investigación, se plantea, formula y justifica el objetivo del estudio. **El Capítulo II** se ilustra el marco teórico, incluyendo los antecedentes internacionales y nacionales de investigación, bases teóricas, estadísticas y definición de conceptos operacionales. **El Capítulo III** se trata sobre la hipótesis y las variables, y se describe su operacionalización. **El Capítulo IV** se presenta la metodología de estudio, incluyendo el tipo y diseño de investigación, el método de investigación, la población, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, recolección de datos, la técnica de procesamiento y análisis de datos. **El Capítulo V** se explica los resultados y discusiones que muestran la interpretación de los hallazgos y su comparación con otras referencias. Por último, en **El Capítulo VI** se describen las conclusiones y recomendaciones del estudio.

ÍNDICE GENERAL

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema: general y específicos	5
1.2 Formulación del problema	8
1.2.1 Problema General	8
1.2.2 Problema Específicos	8
1.3 Objetivos	9
1.3.1 Objetivo general	9
1.3.2 Objetivos específicos	9
1.4 Justificación e Importancia de la investigación	9

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación	
2.1.1 Internacional	11
2.1.2 Nacional	17
2.2 Bases teóricas – estadísticas	17
2.2.1 Pandemia del COVID-19	17
2.2.2 Trastornos Psiquiátricos	21
2.2.3 Características epidemiológicas	41
2.3 Definición de conceptos operacionales	44

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis	48
3.2 Variables	48
3.3 Operacionalización de Variables	49

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE ESTUDIO

4.1 Tipo y diseño de investigación	50
4.2 Método de investigación	50
4.3 Población y muestra	51
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	51
4.5 Recolección de datos	52
4.6 Técnica de procesamiento y análisis de datos	53

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 Resultados	55
5.2 Discusión de resultados	67

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones	74
------------------	----

6.2 Recomendaciones	75
BIBLIOGRAFIA	
7.1 Bibliografía	76
ANEXOS	85
Anexo N° 1: Matriz de consistencia	86
Anexo N° 2: Operacionalización de variables	88
Anexo N° 3: Ficha de recolección de datos	94
Anexo N° 4: Constancia de aprobación por el comité de ética	96

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema: general y específicos

La enfermedad de COVID-19, causada por el SARS-CoV-2, surgió en diciembre de 2019 en Wuhan, República de China y se extendió rápidamente a nivel mundial. El 11 de marzo de 2020, la “Organización Mundial de la Salud” (OMS) la declaró pandemia global ⁽¹⁾. En respuesta, el Gobierno Peruano declaró el estado de emergencia sanitaria nacional por un período de 90 días mediante el Decreto Supremo N° 008-2020-SA. Para prevenir su propagación, se implementaron medidas de prevención y control ⁽²⁾.

En Perú, el primer caso confirmado de COVID-19 se dio a conocer el 6 de marzo de 2020, y el 15 de este mismo mes, se emitió el Decreto Supremo N° 044-2020-PCM para el cumplimiento del aislamiento social obligatorio (cuarentena) por 15 días, debido a la gravedad de la situación que afecta la vida de nuestra población a causa del brote de COVID-19⁽³⁾.

En consecuencia, debido a la contagiosa propagación de este virus, el aumento en el número de casos confirmados y muertes ha generado una gran incertidumbre y miedo en las personas. Además, las medidas establecidas por el estado, como las restricciones sociales, el cese repentino de la atención médica, especialmente en el área de salud mental, afectan a la población en general, tanto en aquellos que presentan o no comorbilidades, y la aparición de nuevos casos y la posible exacerbación de síntomas en aquellos que tienen antecedentes de enfermedades psiquiátricas ⁽⁴⁾.

En respuesta, el gobierno peruano decidió mejorar la atención en salud prehospitalaria y hospitalaria mediante la elaboración del Decreto RM N° 038-2021/MINSA, ante la pandemia del COVID-19. Se realizaron más de 6.773.000 llamadas a la línea de salud, 2.038.000 consultas a distancia por la enfermedad

del COVID-19, y se brindaron casi 177.000 consultas de salud mental entre marzo de 2020 y mayo de 2021⁽⁵⁾. Por ello, es necesario evaluar la atención prioritaria en el campo de la salud mental, ya que se estima que la incidencia de trastornos mentales aumentó de un tercio a la mitad en la población expuesta y pueden desarrollar algún tipo de psicopatología, dependiendo de la gravedad y vulnerabilidad del evento ⁽⁶⁾.

Un estudio realizado en Estambul demostró que las atenciones por emergencia psiquiátrica y hospitalización durante la pandemia disminuyeron. Se concluye que esto pudo ser debido al miedo por el riesgo de contagio del COVID-19 y las medidas de aislamiento. Además, se observó un aumento de pacientes con trastornos de ansiedad, depresión y trastornos bipolares durante el periodo de pandemia. Por último, se encontró que el antecedente de enfermedad mental predispuso a un mayor número de atenciones por emergencia ⁽⁷⁾.

En cuanto a otro estudio en Portugal, también se evidenció una disminución del 52.2% en el número de ingresos a emergencias psiquiátricas. Los trastornos del estado de ánimo mostraron la mayor disminución en un 68.3%, mientras que los trastornos psicóticos tuvieron una disminución menor del 9.8% en comparación con el periodo pre pandémico ⁽⁸⁾.

Por otro lado, un estudio realizado en Italia comparó las atenciones recibidas en dos hospitales de la misma ciudad. De manera similar, se observó una disminución en el número de pacientes en ambos servicios de emergencia (68% y 34.8%, respectivamente). Además, se registró un aumento en la tasa de trastornos de personalidad y diagnósticos orgánicos, mientras que se produjo una disminución en la tasa de trastornos depresivos y de ansiedad ⁽⁹⁾.

En otro estudio realizado en Corea, se concluyó que demostró una disminución en la proporción de atenciones de personas con diagnósticos psiquiátricos en general, sin embargo, hubo un aumento en la proporción de pacientes con psicosis y trastornos del estado de ánimo durante la pandemia ⁽¹⁰⁾.

En cuanto a un estudio realizado en EEUU durante la pandemia de COVID-19, se registró que el diagnóstico de ansiedad y depresión fue 40% más alto en términos de proporción, en comparación con los niveles pre pandémicos. Este hallazgo respalda la hipótesis que las personas sufrieron niveles elevados de trastornos de ansiedad y depresión durante la pandemia de COVID-19 ⁽¹¹⁾.

En simultáneo, un estudio realizado en Bélgica después del desconfinamiento reveló que el número de pacientes que asistieron por motivos psiquiátricos fue similar a los períodos previos. Sin embargo, la proporción de atenciones aumentó del 3,5% al 5,3% ($p=0.013$) durante el desconfinamiento ⁽¹²⁾.

En España se realizó un estudio que mostró una disminución en el número de pacientes atendidos en urgencias con una media de 5.91 (± 2.53) en el año 2019 antes de la pandemia, en comparación con 2.41 (± 1.81) en el periodo de la pandemia en 2020 ($p < 0,001$). Sin embargo, se observó un aumento en la proporción de ingresos en el año 2020. El motivo principal de consulta continuó siendo las alteraciones de conducta, pero se registró una disminución en el número de casos de sintomatología ansiosa en un 16.9% en comparación con el año anterior ⁽¹³⁾. En este mismo país se realizó un estudio durante la emergencia de COVID-19 en psiquiatría, que mostró una disminución en la cantidad de pacientes con enfermedades psiquiátricas que acudían a emergencias. No obstante, se registró un aumento en los diagnósticos de trastornos psicóticos en un 34.3% y una disminución en los trastornos de ansiedad-adaptativos en un 25.4% durante la pandemia ⁽¹⁴⁾.

Finalmente, en Irlanda, un estudio demostró el incremento en las presentaciones psiquiátricas durante el primer año de la pandemia de COVID-19 en comparación con los años anteriores ($p=0.02$). Se observó un aumento en las presentaciones psiquiátricas en niños menores de 18 años y en adultos entre 30 y 49 años, mientras que se registró una disminución en la población de 18 a 29 años ($\chi^2=60.55$, $gl = 6$, $p < 0,0001$) ⁽¹⁵⁾.

En cuanto a los estudios realizados en Perú, la información sobre el comportamiento epidemiológico de los trastornos psiquiátricos durante y después del confinamiento por COVID-19 en nuestra región es escasa. Según los datos del Ministerio de Salud (MINSa), en el año 2019 se diagnosticaron 1.259.263 casos con el apoyo de los centros comunitarios de salud mental. Los trastornos de ansiedad (300.000) y la depresión (250.000) fueron los más frecuentes, seguidos por la violencia física, sexual y psicológica contra niños y mujeres (130.000), las adicciones y las enfermedades mentales (50.000) ⁽¹⁸⁾.

En un estudio realizado en Arequipa, se evaluó el impacto del confinamiento por COVID-19 en la tasa de recaídas de episodios psicóticos agudos de esquizofrenia,

concluyendo con la disminución de la tasa de recurrencia de 45.24% a 35.71% ($p < 0.05$) durante la pandemia ⁽¹⁹⁾.

La pandemia de COVID-19 ha tenido un efecto significativo en el tratamiento y el seguimiento de pacientes con enfermedades psiquiátricas que necesitan atención constante para mantener bajo control su condición. Además, la pandemia aumentó el número de casos de enfermedades mentales. Por esta razón, es fundamental evaluar el impacto de las medidas sociales restrictivas implementadas por el gobierno en respuesta a la pandemia en la frecuencia y características epidemiológicas de los trastornos psiquiátricos en nuestra población. Para lograr esto, es necesario contar con datos específicos de nuestra región.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL:

- ¿Cuál es la diferencia en la frecuencia y características epidemiológicas de los pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos por emergencia del Hospital II Huamanga de Essalud antes, durante y después del confinamiento por COVID-19 entre los años 2019, 2020 y 2021?

1.2.2 PROBLEMA ESPECÍFICOS

- ¿Cuál es la diferencia entre las características sociodemográficas de los pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos por emergencia del Hospital II Huamanga de Essalud antes, durante y después del confinamiento por COVID-19 entre los años 2019, 2020 y 2021?
- ¿Cuál es la diferencia entre las características clínicas de los pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos por emergencia del Hospital II Huamanga de Essalud antes, durante y después del confinamiento por COVID-19 entre los años 2019, 2020 y 2021?
- ¿Cuál es la diferencia en la frecuencia de pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos por emergencia del Hospital II Huamanga de Essalud antes, durante y después del confinamiento por COVID-19 entre los años 2019, 2020 y 2021?

1.3 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL:

- Comparar la frecuencia y características epidemiológicas de los pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos por emergencia del Hospital II Huamanga de Essalud antes, durante y después del confinamiento por COVID-19 entre los años 2019, 2020 y 2021.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Comparar las características sociodemográficas de los pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos por emergencia del Hospital II Huamanga de Essalud antes, durante y después del confinamiento por COVID-19 entre los años 2019, 2020 y 2021.
- Comparar las características clínicas de los pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos por emergencia del Hospital II Huamanga de Essalud antes, durante y después del confinamiento por COVID-19 entre los años 2019, 2020 y 2021.
- Comparar la frecuencia de pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos por emergencia del Hospital II Huamanga de Essalud antes, durante y después del confinamiento por COVID-19 entre los años 2019, 2020 y 2021.

1.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La pandemia del coronavirus (COVID-19) ha causado un gran impacto en la salud mental a nivel mundial debido a las restricciones, cambios sociales, económicos, laborales y familiares. Como resultado, afectando la salud mental de personas con y sin enfermedades previas, provocando recaídas psiquiátricas y nuevos casos de enfermedades mentales.

Según los registros del Ministerio de Salud (MINSA), se han registrado mayormente diagnósticos de ansiedad y depresión, entre otros, a nivel nacional y regional. Sin embargo, todavía no se ha realizado ningún estudio que evalúe la frecuencia, las características sociodemográficas y clínicas después de la exposición al confinamiento COVID-19.

La importancia de nuestro estudio radica en conocer los trastornos psiquiátricos más relevantes y las características epidemiológicas de nuestra población, después de la exposición de un factor estresor como el confinamiento debido a COVID-19.

Además, nuestra investigación es necesaria para establecer el primer nivel de investigación y generar nuevas hipótesis para futuros estudios.

En el ámbito clínico, nos permitirá establecer prioridades y estrategias a corto y largo plazo para la atención en grupos de salud mental, con el objetivo de minimizar las consecuencias adversas para los grupos más vulnerables y la población en general.

Por lo tanto, la relevancia de presentar este trabajo de investigación es el “Impacto epidemiológico del confinamiento por COVID-19 en pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos por emergencia del Hospital II Huamanga de Essalud, Ayacucho 2019-2021.”

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Yalçın M, et al. (Estambul, 2021), desarrolló la investigación *"Tendencias y características de las visitas de emergencia psiquiátrica en un epicentro de salud mental en Estambul durante el bloqueo de COVID-19"*. El estudio tuvo como objetivo determinar los cambios en el uso de los servicios de emergencia psiquiátrica, sus características sociodemográficas y clínicas, antes y durante la pandemia de COVID-19. Estudio de tipo descriptivo y retrospectivo, tuvo 16.136 pacientes ingresados por emergencia psiquiátrica durante el período de 10 meses de la pandemia de marzo a diciembre de 2020 y se comparó con el mismo período de 2019. Durante el período de cuarentena hubo 2.638 pacientes ingresados por emergencia psiquiátrica de marzo a mayo de 2020 y se comparó con el año 2019. Se evidenció la disminución en el número de pacientes atendidos por los servicios de emergencia en un 12%. Durante el periodo de cuarentena descendió el ingreso de pacientes en un 16.6%. Las tasas de pacientes que presentaron trastornos de ansiedad, depresión y trastornos bipolares aumentaron durante el periodo de pandemia ($p < 0,001$; $p < 0,001$; $p < 0,01$). Aquellos con antecedentes de enfermedad mental y el comportamiento agresivo predijeron mayor recurrencia al servicio de emergencia psiquiátrica, En tanto el género masculino y a menor edad predijeron mayores hospitalizaciones ⁽⁷⁾.

Gonçalves-Pinho M, et al. (Portugal, 2020), realizó el estudio *"El impacto de la pandemia de COVID-19 en las visitas al departamento de emergencias"*

psiquiátricas: un estudio descriptivo". El objetivo de este trabajo fue determinar el impacto de la pandemia de COVID-19 y el estado de alarma en los ingresos de pacientes al servicio de urgencias psiquiátricas y comparar sus características sociodemográficas y clínicas entre 2020 y 2019. Este estudio observacional y retrospectivo analizó las variables: diagnóstico principal, edad, sexo, fecha de ingreso y destino del alta. Se obtuvo un descenso del 52,2% pasando de 1633 (2019) a 780 (2020) ingresos por urgencias psiquiátricas durante el periodo del estado de alarma, con un mayor descenso en el sexo femenino y en los grupos de edad más jóvenes. Se diagnosticaron menos episodios de trastornos del estado de ánimo, una reducción significativa del 68,3%. La esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos fueron el grupo diagnóstico con menor descenso (9,8%). El estudio concluye con la disminución global del número de visitas al servicio de urgencias psiquiátricas, que puede deberse al miedo, evitar el riesgo de infección por COVID-19 y las medidas de aislamiento ⁽⁸⁾.

Cafaro R, et al. (Italia, 2022) desarrollaron el estudio *"The impact of COVID-19 on the psychiatric emergency departments of two Italian hospitals in Milan"*. Su objetivo fue comparar el impacto del COVID-19 en la demanda de emergencia psiquiátrica de dos hospitales, durante el periodo de marzo a mayo de 2019 y 2020. El estudio fue de tipo observacional y transversal. Se obtuvo una disminución significativa en el número de pacientes que acudieron al servicio de emergencia en el Hospital "Luigi Sacco" (68%) y en el Hospital "Fatebenefratelli" (34,8%). Sin embargo, se evidenció un incremento significativo en la media de acceso al servicio de emergencia en ambos hospitales, con un mayor aumento en el Hospital FBF ($p < 0,0001$). Además, se encontró un incremento en la tasa de diagnóstico de alta, en la tasa de trastornos de la personalidad y diagnósticos orgánicos, y una disminución en la tasa de trastornos depresivos y de ansiedad en el Hospital Sacco ($p < 0,001$). Se concluye que la pandemia del COVID-19 redujo el número de pacientes atendidos en los servicios de emergencia psiquiátrica ⁽⁹⁾.

Lee SY, et al. (Corea, 2022), desarrollaron el estudio *"Impact of the COVID-19 Pandemic on the Incidence and Characteristics of Patients with Psychiatric Illnesses Visiting Emergency Departments in Korea"*. Su objetivo fue analizar el impacto del COVID-19 en las tendencias y características de los ingresos por emergencia con enfermedades psiquiátricas. Realizaron un estudio transversal y

retrospectivo, obteniendo los datos a través de historias clínicas. Los resultados indicaron que la proporción de pacientes con enfermedades psiquiátricas disminuyó durante el período de COVID-19, en un 46,7% en comparación con el período previo al COVID-19 que fue del 48,8% (p-valor < 0.01). La tasa de incidencia de trastornos psiquiátricos fue de 11,2 en el período previo al COVID-19 y de 9,3 durante el período de COVID-19. En cuanto a las autolesiones con diagnóstico de enfermedad psiquiátrica, fue de 0,54 en el período previo al COVID-19 y de 0,56 en el período durante el COVID-19 (p-valor = 0,04). Por lo tanto, concluyeron que, durante el primer mes posterior a la declaración de la pandemia, disminuyó la necesidad de atención psiquiátrica de emergencia y de hospitalización, lo que podría deberse al temor de contraer el COVID-19 más que a su reducción ⁽¹⁰⁾.

Sacco DL, et al. (EE.UU. 2022), realizó la investigación "*Evaluation of emergency department visits for mental health complaints during the COVID-19 pandemic*". Su objetivo era medir el número de pacientes que buscaron servicios de emergencia por condiciones psiquiátricas durante el primer pico de infecciones por COVID-19 del 15 de marzo al 31 de julio de 2020 y compararlo con el promedio del mismo período de tiempo de los 3 años anteriores. Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo en una población de pacientes mayores de 18 años que acudieron a los servicios de urgencias con diagnóstico primario de enfermedad psiquiátrica. Los resultados mostraron una disminución del 31,5% en el número de pacientes de emergencia psiquiátrica en 2020 en comparación con el promedio del mismo período previo a la pandemia. También se observó un aumento de los ingresos por depresión durante el período pandémico (un aumento del 15,2 %, IC del 95 %: 4,6 %–25,7 %). El riesgo de ansiedad durante el período de estudio en 2020 en comparación con el período previo a la pandemia fue de 1,40 (IC 95%: 1,21-1,63) y de depresión fue de 1,47 (IC 95%: 1,28-1,69). El estudio concluyó que existe un mayor riesgo de ansiedad y depresión durante la pandemia de COVID-19 debido a la disminución absoluta en el total de visitas a la sala de emergencias ⁽¹¹⁾.

Flament J, et al. (Bélgica, 2020), elaboraron el estudio "*Influence of post-COVID-19 Deconfinement on Psychiatric Visits to the Emergency Department*". El objetivo del estudio fue evaluar los cambios en el número, proporción y características de los pacientes durante el período de desconfinamiento tras la pandemia del COVID-

19. Es un estudio observacional retrospectivo que compara las características de los pacientes seleccionados en el período de desconfiamiento con años anteriores. Los resultados fueron que el número de visitas a urgencias fue bajo durante el período de desconfiamiento en comparación con el promedio de visitas de años anteriores, con una media de 30,2 y 45,6, respectivamente. Sin embargo, la proporción de visitas psiquiátricas entre todas las visitas al servicio de urgencias aumentó durante el desconfiamiento, con una proporción media del 3,5% al 5,3% ($p=0,013$). El diagnóstico más frecuente fue trastorno del estado de ánimo (40%) durante el desconfiamiento y 33% históricamente ($p=0,359$), los síntomas depresivos 32% durante el desconfiamiento y 29% históricamente ($p=0,663$). Se concluye que el período de desconfiamiento posterior a la primera ola de COVID-19 generó cambios en el número y perfil epidemiológico de pacientes con trastornos psiquiátricos ⁽¹²⁾.

Solari-Heresmann LM, et al. (España, 2021) realizó un estudio denominado *“Análisis de la demanda de atención en urgencias y unidad de hospitalización psiquiátrica en el contexto de la pandemia del COVID-19”*. El objetivo fue analizar el impacto del COVID-19 en el número de servicios de urgencias y hospitalización psiquiátrica durante el inicio de la pandemia. Fue un estudio observacional, transversal y retrospectivo. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas. Los resultados mostraron una disminución de pacientes atendidos en urgencias de un total de 189 pacientes en 2019 y 77 pacientes en 2020, con una media de 5,91 ($\pm 2,53$) en 2019 frente a 2,41 ($\pm 1,81$) en 2020 ($p < 0,001$). El principal diagnóstico fue trastorno de conducta en ambos grupos, pero disminuyó el número de pacientes con síntomas de ansiedad (26,5% en 2019 frente a 16,9% en 2020). Adicionalmente, la proporción de admisiones de pacientes con trastornos psiquiátricos que acuden a urgencias tuvo un aumento significativo en el 2020. Concluyen con una disminución en las atenciones de pacientes con trastornos psiquiátricos durante la pandemia, lo que podría deberse al temor al contagio y a la reestructuración de establecimientos de salud, mientras que la proporción ha mostrado un aumento ⁽¹³⁾.

Rodriguez-Jimenez R, et al. España (2021), desarrollaron el estudio "Impacto de la pandemia del brote de COVID-19 en las urgencias de psiquiatría en España". El objetivo era comparar la atención del servicio de urgencia durante el periodo de emergencia y el confinamiento de COVID-19. Es un estudio de tipo transversal

retrospectivo. Se obtuvieron datos a partir de historias clínicas. Los resultados fueron una disminución en la atención en urgencias psiquiátricas, de 367 pacientes pre-pandemia a 213 pacientes durante la pandemia, con una media de urgencias diarias significativamente menor durante el brote de COVID-19 ($M = 4,35$, $DT = 2,04$) en comparación con ($M = 7,50$, $DT = 3,18$) del año 2019. Los trastornos esquizo-psicóticos aumentaron en el año 2020 a un 34,3% en comparación con el año anterior con un 24,3%. Por otro lado, los pacientes con trastornos de ansiedad y adaptación disminuyeron durante el brote (25,4% en 2020 frente a 35,4% en 2019). Se concluye con la disminución de las atenciones diarias de pacientes con trastornos psiquiátricos en Urgencias. Además, los pacientes con mayor gravedad tienen una mayor probabilidad de ser hospitalizados ⁽¹⁴⁾.

Hartnett Y, et al. Irlanda (2022), realizaron la investigación "*One year of psychiatric presentations to a hospital emergency department during COVID-19*". Su objetivo fue evaluar el impacto durante un año completo de la pandemia de COVID-19 en las presentaciones psiquiátricas en emergencias. Se trató de un estudio observacional, transversal y retrospectivo. Los datos se recopilaron a partir de las historias clínicas desde el inicio de la pandemia de COVID-19 y se compararon con los períodos de un año del 2019 y 2018. Se encontró un aumento en las presentaciones psiquiátricas en el servicio de urgencias durante el primer año de la pandemia, con un total de 1292 y una tasa semanal de 24.9 (± 6), en comparación con los 1209 y 1174 de los dos períodos anteriores y una tasa semanal previa al COVID-19 de 22.9 (± 4.8). Además, se observó un incremento en las presentaciones psiquiátricas de niños menores de 18 años y en los grupos de edad de 30 a 39 y 40 a 49 años, mientras que disminuyó en el grupo de 18 a 29 años. El diagnóstico con un aumento significativo fue el trastorno de ansiedad. Se concluye que las consultas psiquiátricas al servicio de urgencias aumentaron significativamente durante el primer año de la pandemia tanto en la cantidad de pacientes con trastornos psiquiátricos y cambios en sus características epidemiológicas ⁽¹⁵⁾.

Cancilliere, MK and Donise, K. (Islandia, 2022), realizaron el estudio "A Comparison of Acute Mental Health Presentations to Emergency Services Before and During the COVID-19 Pandemic". Su objetivo fue evaluar cómo la pandemia COVID-19 afectó las presentaciones psiquiátricas de jóvenes que acuden a

emergencia y requieren ingreso hospitalario. Este estudio es observacional y transversal. La muestra consistió en jóvenes de 3 a 18 años evaluados en el servicio de emergencia de salud en un periodo de cuatro meses correspondiente al confinamiento COVID-19 de los años 2019, 2020 y 2021. Los datos se tomaron de historias clínicas electrónicas. Los resultados muestran una reducción del 36% en el número de pacientes de 732 en el año 2019 a 470 en el 2020 durante el confinamiento COVID-19. Sin embargo, en el año 2021, se evidenció un aumento sustancial de más del 50% en comparación con el 2020. Los jóvenes evaluados mostraron un aumento en la agudeza clínica, con un 11% más en niños y un 12% más en adolescentes. Los niños presentaron con más frecuencia trastornos de adaptación, mientras que los adolescentes presentaron trastornos depresivos. En conclusión, se observó una disminución marcada durante el periodo de confinamiento y un posterior incremento durante el año 2021⁽¹⁶⁾.

Hoyer C, et al. Alemania (2021), realizaron el estudio "*Decreased Utilization of Mental Health Emergency Service During the COVID-19 Pandemic*". Su objetivo fue cuantificar la demanda del servicio de emergencia de salud mental durante la pandemia COVID-19. Fue un estudio observacional retrospectivo con datos obtenidos en un período de 4 meses en 2019 y 2020, basados en el estado de emergencia. Los datos se obtuvieron a partir de historias clínicas. Los resultados mostraron que la tasa de pacientes con trastornos psiquiátricos que acudieron al servicio de emergencia disminuyó en un 26,6% [RR = 0,734, p=0,009, (IC) del 95%: 0,58–0,93] entre las épocas temprana (semanas 1 a 11) y tardía (semanas 12 a 15) en 2019 y 2020. Se concluye que las medidas adoptadas para la contención del COVID-19, como el distanciamiento social, han disminuido el uso de emergencia de salud mental ⁽¹⁷⁾.

Beghi M, et al. Italia (2020), realizaron el estudio "Effects of lockdown on emergency room admissions for psychiatric evaluation: an observational study from the AUSL Romagna, Italy". El objetivo del estudio fue comparar las características sociodemográficas y clínicas de pacientes que solicitaron evaluación psiquiátrica en la sala de emergencias. El estudio empleó un diseño observacional, longitudinal y retrospectivo, comparando el período de marzo a mayo de 2020 (confinamiento) con el mismo período del año anterior. Los datos sociodemográficos y clínicos se recolectaron de historias clínicas electrónicas de diferentes centros de salud, los resultados mostraron un aumento en la frecuencia

de pacientes del sexo femenino del 45,8% al 54,9%, así como un aumento en la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión del 11,2% al 16,5%, con resultados estadísticamente significativos. Los autores concluyen que el confinamiento por la COVID-19 provocó cambios en la salud mental de la población ⁽⁸²⁾.

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Belisario Q. Arequipa (2022), en su estudio "Impacto del confinamiento por COVID-19 en la tasa de recaídas de episodios psicóticos agudos de esquizofrenia evaluados en el Centro de Salud Mental Comunitario de Hunter", objetivo: determinar el impacto del confinamiento por COVID-19 en las tasas de recaída de episodios agudos de esquizofrenia evaluados en un Centro de Salud. Material y métodos: se analizaron historias clínicas de dos períodos: 2019 (antes de la pandemia) y 2021 (durante el período de la pandemia), en el cual se registraron las hospitalizaciones y consultas por reagudización. Se hizo uso de estadísticas descriptivas y se compararon entre grupos independientes mediante el estadístico de la prueba de chi cuadrado. Resultado: del total de 42 pacientes, el 54.76% fueron mujeres y 45.24% hombres. La edad promedio del hombre fue 31.21 ± 11.96 años; la mujer fue 43.83 ± 18.62 años. La tasa de recurrencia era 45.24% y durante la pandemia, esta tasa disminuyó al 35.71% ($p < 0.05$). En cuanto al número de episodios agudos, un episodio pre pandémico fue 40.48%, durante la pandemia se redujo al 33.33%; en ambos períodos hubo dos episodios con 2.38% de casos y tres episodios solo en 2019 (2.38%; $p < 0.05$). Conclusión: las restricciones sociales por motivo de la pandemia originaron la reducción de la frecuencia y el número de recaídas en pacientes con esquizofrenia, aunque en pequeña medida y sin efecto desencadenante ⁽¹⁹⁾.

2.2 BASES TEÓRICAS – ESTADÍSTICAS

2.2.1 PANDEMIA DEL COVID-19

2.2.1.1 DEFINICIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informó que, a finales de 2019, en China, surgió una enfermedad causada por un virus denominado SARS-CoV-2, también conocido como 2019 nCoV o COVID-19. Este virus es capaz de causar

un síndrome respiratorio agudo grave que en algunos casos resulta fatal ⁽²⁰⁾. El 11 de marzo de 2020, la OMS declaró este nuevo contexto como una pandemia debido a su rápida diseminación a varios países ⁽²⁰⁾.

2.2.1.2 EPIDEMIOLOGÍA

En Perú, el 5 de marzo de 2020 se confirmó el primer caso importado de COVID-19 ⁽²¹⁾. Posteriormente, el 16 de marzo del mismo año, entró en vigencia el "Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las circunstancias que afectan la vida y salud de las personas como consecuencia de la COVID-19 y establece nuevas medidas para el restablecimiento de la convivencia social". Se dispuso el aislamiento social obligatorio (cuarentena) y otras medidas de contención ⁽²²⁾. Sin embargo, la cantidad de casos totales siguió aumentando de manera exponencial.

Más tarde se implementó la «Cuarentena focalizada», que entró en vigencia el 1 de julio. Se mantuvieron restricciones de cuarentena en los sectores de mayor riesgo. Finalmente, el gobierno peruano anunció el fin de la cuarentena nacional a partir del 30 de octubre, debido a la disminución en el número de casos positivos y hospitalizaciones en todo el país ⁽²⁴⁾.

Durante la pandemia, la curva de casos totales en nuestro país tuvo dos fases. La primera se produjo en los meses de abril, mayo y junio de 2020, mientras que la segunda se produjo en los meses de julio, agosto, septiembre y octubre de 2020 ⁽²³⁾.

La primera fase tuvo un menor número total de casos de contagio, con la región de Lima registrando el 64% del total. Le siguieron Callao, Lambayeque, Piura y Loreto. En este contexto, Perú tiene el segundo mayor número de casos de COVID-19 en América Latina. Además, se registró una tasa de mortalidad más alta que en la segunda fase y una tasa de mortalidad relativamente baja por COVID-19 ⁽²³⁾.

La segunda fase de la curva de casos de COVID-19 en Perú comenzó en la segunda semana de julio de 2020 y se caracterizó por un aumento significativo en el número de casos. A diferencia de la primera fase, se observó una tasa de mortalidad más baja. Desde la última semana de agosto hasta diciembre de 2020,

el número de pacientes con COVID-19 dados de alta de los hospitales superó significativamente el número de nuevas infecciones ⁽²³⁾.

2.2.1.3 CONCEPTOS DE LA PANDEMIA DEL COVID-19

CONFINAMIENTO

Esta intervención consiste en varias estrategias para reducir la interacción social, tales como cuarentenas, restricciones en actividades nocturnas y diurnas, distanciamiento social, uso obligatorio de mascarillas, suspensión de transporte y cierre de fronteras. Estas medidas se están implementando en todo el mundo con el objetivo de controlar la propagación del virus COVID-19 ⁽²⁵⁾.

CUARENTENA

La cuarentena significa la restricción voluntaria u obligatoria del movimiento de personas potencialmente expuestas o infectadas con una enfermedad. Durante la cuarentena, las personas deben permanecer en un lugar específico hasta que haya pasado el período de incubación de la enfermedad ⁽²⁵⁾.

AISLAMIENTO SOCIAL

El aislamiento se refiere a la separación física de las personas infectadas de las personas sanas. Esta medida tiene como efecto la detección temprana de la enfermedad y el aislamiento de la persona infectada en un espacio específico, evitando el contacto con otras personas ⁽²⁵⁾.

DISTANCIAMIENTO SOCIAL

El distanciamiento social implica alejarse de los lugares concurridos y limitar las interacciones sociales manteniendo la distancia física o evitando el contacto directo entre ellas. Esta medida se utiliza cuando hay personas infectadas en la comunidad que aún pueden ser portadoras y no han sido identificadas o aisladas ⁽²⁵⁾.

2.2.1.4 LA PANDEMIA DEL COVID-19 EN LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN GENERAL.

Investigaciones muestran que las personas más vulnerables durante la pandemia de COVID-19 son mujeres, ancianos y aquellos con enfermedades mentales preexistentes o discapacidades físicas relacionadas con otras enfermedades ⁽²⁶⁾.

Un estudio realizado en China al inicio de la pandemia mostró niveles más elevados de depresión en hombres, analfabetos los que padecían de dolencias físicas (temblores, dolores musculares, mareos, secreción nasal y dolor de garganta) ⁽²⁷⁾. Otro estudio en China encontró que el 35% de los participantes experimentaron estrés psicológico, con una prevalencia más alta en mujeres. Las personas entre 18 y 30 años y mayores de 60 años también presentaron niveles más altos de estrés psicológico. La utilización de las redes sociales como principal fuente de información puede contribuir al estrés en el grupo de edad de 18 a 30 años. Por otro lado, los adultos mayores tienen tasas más altas de mortalidad por COVID-19, lo que los hace más propensos al estrés ⁽²⁷⁾.

Tras un estudio realizado por el Ministerio de Salud en colaboración con UNICEF, llamado "La Salud Mental de Niñas, Niños y Adolescentes en el Contexto de la COVID-19" los adolescentes corrieron un mayor riesgo de problemas de salud mental durante la pandemia ⁽²⁸⁾.

Durante la pandemia de COVID-19, muchos adolescentes fueron alejados de las escuelas, presenciaron la muerte de sus seres queridos a causa de la enfermedad del coronavirus y privados de sus actividades en espacios públicos. Las medidas tomadas por el gobierno, como la cuarentena y el cierre prolongado de escuelas, han agravado la situación para este grupo etario, dificultando su acceso a servicios de salud y educación y socavando su capacidad de mantenerse en contacto con familiares y amigos ⁽²⁹⁾.

El aislamiento social tiene un impacto negativo en la salud de las personas y los adultos mayores son uno de los grupos más vulnerables, debido a su alto número de comorbilidades. Las medidas de confinamiento implementadas para prevenir la propagación del COVID-19 han obligado a los adultos mayores a llevar un estilo de vida sedentario, lo que tiene un efecto negativo en su salud física ⁽³⁰⁾.

Por otro lado, la pandemia generó una disminución en el volumen de atención y apoyo brindado por los establecimientos médicos. Además, hubo un manejo inadecuado en el tratamiento de enfermedades crónicas tanto físicas como mentales a falta de diagnóstico oportuno ⁽³⁰⁾.

2.2.2 TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) resalta el impacto negativo de la pandemia de COVID-19 sobre la salud mental y el bienestar de las personas en las Américas ⁽³¹⁾.

“Los datos analizados muestran que más de cuatro de cada diez brasileños tenían problemas de ansiedad, los síntomas de depresión se quintuplicaron en Perú y la proporción de canadienses que informaron altos niveles de ansiedad se cuadruplicó como resultado de la pandemia” ⁽³¹⁾.

Al mismo tiempo, debido a las medidas básicas de protección como el aislamiento estricto de personas potencialmente expuestas y no expuestas están asociadas con síntomas de estrés, estrés postraumático y ansiedad en la población en general y entre los profesionales de la salud ⁽³²⁾.

2.2.2.1 TRASTORNO DE DEPRESIÓN

1. DEFINICIÓN

El trastorno depresivo es una enfermedad definida según el ‘Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales’ (DSM V), frecuente y grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida ⁽³³⁾.

Los pacientes con episodios depresivos pueden experimentar una disminución del estado de ánimo, interés y placer en las cosas, lo que resulta en el descenso de los niveles de actividad y la fatiga excesiva incluso con un mínimo esfuerzo. La gravedad de los síntomas puede variar desde leve hasta moderada o grave.

También son indicativos de episodios depresivos ⁽³³⁾.

- a) Atención y concentración reducidas.
- b) Pérdida de confianza, culpa.

- c) Pensamiento pecaminoso y sin valor.
- d) Una visión sombría del futuro.
- e) Tener pensamientos y acciones suicidas o autodestructivos.
- f) Anorexia

2. EPIDEMIOLOGÍA

En el Perú, se reportó un aumento del 12% en la prevalencia de la depresión durante el año 2021. Según la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud (MINSa), un total de 313,455 personas fueron atendidas por diversos servicios de salud mental a nivel nacional. Este incremento en la cantidad de casos de depresión en comparación con la etapa previa a la pandemia demuestra la importancia de brindar una atención adecuada a la salud mental de la población ⁽³⁴⁾.

Según estudios epidemiológicos de salud mental, cada año, en promedio, el 20.7% de la población mayor de 12 años presenta algún trastorno mental. Estos estudios revelan que la prevalencia anual por encima del promedio se registra en las poblaciones urbanas de Puno, Puerto Maldonado, Pucallpa, Iquitos, Tumbes y Ayacucho. En la población mayor de 12 años, los episodios depresivos son el trastorno más común, con tasas anuales que varían del 4% en la zona rural de Lima hasta el 8,8% en Iquitos. El promedio nacional es 7.6%. Estos datos provienen de las Directrices de Política del Sector de Salud Mental 2018 ⁽³⁵⁾.

3. ETIOLOGÍA

La naturaleza etiológica de la depresión es compleja. Puede ser causada por factores genéticos, biológicos u hormonales, o puede ser resultado de factores ambientales, sociales o psicológicos.

FACTOR GENÉTICO

Estudios recientes han demostrado que los familiares cercanos, como padres, hijos y hermanos, de personas con trastorno depresivo mayor tienen tres veces más probabilidades de desarrollar depresión que la población en general ⁽³⁶⁾.

Los resultados de varios estudios con gemelos idénticos y heterocigotos indican la presencia de heredabilidad en el trastorno depresivo. Por ejemplo, la tasa de

trastorno depresivo mayor es del 0,59 en gemelos idénticos y del 0,30 en gemelos fraternos. Además, un metaanálisis de estudios genéticos sobre la depresión reveló una tasa de heredabilidad a lo largo de la vida mayor del 37%. Hasta el momento, los hallazgos relacionados con el trastorno depresivo mayor no están suficientemente establecidos para ser considerados definitivos ⁽³⁷⁾.

FACTOR BIOLÓGICO

Durante cinco décadas se ha demostrado la hipótesis del déficit funcional de monoaminas biógenas, tales como la noradrenalina (NA) y la serotonina (5-HT), en la región límbica del cerebro ⁽³⁸⁾.

LA HIPÓTESIS DE LAS AMINAS BIOGÉNICAS

La hipótesis del déficit funcional de monoaminas biógenas en la región límbica del cerebro se fundamentó en el tratamiento con reserpina, utilizado en la década de 1950 para tratar la hipertensión y que causaba síntomas depresivos en el 15% de los pacientes tratados.

En relación al trastorno depresivo, esta hipótesis se apoya en la reducción de la disponibilidad de los neurotransmisores noradrenalina y serotonina. Los fármacos antidepresivos aumentan la disponibilidad extracelular de estos neurotransmisores ⁽³⁸⁾.

FACTOR ENDOCRINO

La serotonina es una amina biogénica sintetizada a partir del aminoácido esencial L-triptófano, obtenido a través de la dieta. Primero, el triptófano se convierte en 5-hidroxitriptófano gracias a la enzima triptófano hidroxilasa (TOH), y luego, la 5-HTP descarboxilasa la convierte en serotonina. La serotonina se almacena en vesículas presinápticas o se metaboliza en 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) por la monoaminoxidasa mitocondrial de las neuronas ubicadas en el núcleo del rafe del tallo encefálico.

La serotonina se produce tanto en el sistema nervioso central como periférico, incluyendo la médula suprarrenal, los intestinos, las plaquetas y, recientemente, los linfocitos. Esta amina biogénica tiene múltiples funciones en el sistema nervioso central y periférico. La serotonina se sintetiza a partir del aminoácido

esencial L-triptófano, que se obtiene principalmente de la dieta a través de alimentos como el jamón, la carne, las anchoas, el queso curado, los huevos y las almendras ⁽³⁹⁾.

4. CLASIFICACIÓN (CIE-10)

Episodios depresivos

El diagnóstico de la depresión se hace de manera clínica y requiere una evaluación detallada de la historia y un examen físico y mental. La base para el diagnóstico se encuentra en un conjunto de criterios válidos y confiables, derivados de dos importantes sistemas de clasificación: la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico (de Trastornos Mentales), IV (DSM-IV-TR) ⁽⁵³⁾.

Episodio depresivo leve

Los pacientes con depresión suelen presentar una disminución del ánimo, falta de interés y placer, y aumento de la fatiga, siendo ésta última el síntoma más típico. Para un diagnóstico definitivo, al menos dos de estas tres características deben estar presentes, junto con al menos dos otros síntomas. Los episodios depresivos deben persistir durante un período mínimo de dos semanas ^{(33) (53)}.

Episodio depresivo moderado

El paciente presenta dos de los tres síntomas más típicos de un episodio depresivo leve y al menos tres o cuatro síntomas adicionales. Se estima que este episodio dure dos semanas, lo que probablemente afectará su vida diaria ^{(33) (53)}.

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Los pacientes presentan tres síntomas típicos de episodios depresivos leves a moderados, así como otros cuatro síntomas que podrían ser graves. Se estima que el episodio dure dos semanas, pero si los síntomas son especialmente graves y se presentan de manera rápida, la duración del diagnóstico podría ser menor a dos semanas ^{(33) (54)}.

Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Se define como el episodio depresivo que incluye síntomas como delirios, alucinaciones o coma depresivo. Los delirios a menudo tienen temas relacionados con la culpa, la destrucción o un desastre inminente; por el cual, el paciente se siente responsable ⁽³³⁾ ⁽⁵⁴⁾.

Otros episodios depresión

Son episodios que no cumplen con las características de un episodio depresivo anteriormente mencionado, pero cuya impresión diagnóstica general es depresiva ⁽³³⁾.

Incluye:

- Depresión atípica
- No se indican episodios individuales de depresión "oculta"

Episodio depresivo no especificado

Incluye:

- Depresión no especificada.
- Trastorno depresivo no especificado.

2.2.2.2 TRASTORNO DE ANSIEDAD

1. DEFINICIÓN

El trastorno de ansiedad (TA) es una enfermedad mental muy común que puede causar sufrimiento, dolor y discapacidad, contribuyendo a una carga social y económica. Tanto el "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)" como la "11ª Edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)" agrupan los trastornos de ansiedad según síntomas similares clave ⁽⁵⁵⁾.

Según la Organización Mundial de la Salud, es más frecuente en mujeres (7.7%) que en hombres (3.6%) (OMS) ⁽⁴⁰⁾.

La ansiedad se manifiesta como una sensación desagradable de anticipación ante un peligro o amenaza futura o imaginada. Mientras que el miedo es un sentimiento provocado por una amenaza o peligro inminente. Los miedos y ansiedades pueden requerir atención clínica cuando son exagerados en relación a la amenaza

potencial, son severos y duraderos, o afectan el funcionamiento normal del individuo ⁽⁵⁶⁾.

2. EPIDEMIOLOGÍA

Durante el primer año de la pandemia de COVID-19, la prevalencia de ansiedad y depresión aumentó en un 25% a nivel mundial, según un informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta información destaca la mayor afección en la salud mental de las personas.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) también afirma, junto con la OMS, que los trastornos de ansiedad son el segundo trastorno mental más incapacitante en la mayoría de los países de América del Norte y del Sur. Los trastornos mentales representan el 23% de los años de discapacidad en los países de ingresos bajos y medianos, y están asociados con una menor esperanza de vida y una mayor mortalidad ⁽⁴¹⁾.

3. ETIOLOGÍA

La etiología de los trastornos de ansiedad es compleja, con componentes genéticos y factores estresantes resultantes de eventos de la vida. Según investigaciones, los familiares de primer grado de personas con trastorno de pánico tienen de tres a cinco veces más probabilidades de desarrollar un trastorno de ansiedad que la población general ⁽⁴²⁾.

A menudo, los trastornos de ansiedad se subdiagnostica en la atención primaria porque coexisten con otros trastornos psiquiátricos, como el trastorno depresivo mayor. El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) está estrechamente relacionado con la agorafobia y los ataques de pánico, mientras que el trastorno de ansiedad social (SAD) es igualmente importante ⁽⁴³⁾.

4. CLASIFICACIÓN

Trastornos de ansiedad fóbica

Los trastornos de ansiedad se producen en determinadas situaciones bien definidas o frente a objetos que no son peligrosos en sí mismos ⁽⁵⁹⁾.

Agorafobia

La agorafobia se refiere a la ansiedad experimentada por una persona en lugares públicos o con mucha gente, donde es difícil encontrar una salida o recibir ayuda rápidamente. La persona teme sufrir un ataque de pánico en estos escenarios y, como resultado, se esfuerza por evitar estos lugares o situaciones ⁽⁶²⁾.

Trastorno de ansiedad social

El trastorno de ansiedad social se presenta en un individuo cuando hay un miedo intenso a estar en situaciones sociales donde pueden evaluarlo otras personas. La persona teme ser juzgada de forma negativa, considerada aburrida, estúpida, débil o ansiosa. Este trastorno comúnmente tiene su inicio promedio a los 13 años y suele tener un curso crónico ⁽⁵⁷⁾ ⁽⁶⁰⁾.

Fobia específica (Aisladas)

Los pacientes con trastornos fóbicos experimentan niveles elevados de ansiedad y miedo exagerado ante la exposición a un estímulo temido, lo que les lleva a tratar de evitarlo. Las fobias específicas se pueden clasificar en cuatro categorías ⁽⁵⁹⁾.

- Animales.
- Entornos naturales como alturas, agua, tormentas.
- Lesión por inyección como agujas o procedimientos invasivos médicos.
- Situacionales como espacios cerrados, aviones, ascensores.
- Tipos de fobia que no se engloban en los 4 anteriores.

Otros trastornos de ansiedad fóbica

Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación

Consiste:

- Fóbica no especificada.
- Estado fóbico no especificada.

Otros trastornos de ansiedad

El principal síntoma de los trastornos de ansiedad es la presencia de ansiedad excesiva y persistente, que no se limita a ninguna situación externa específica. Además, también pueden aparecer síntomas de depresión, fobias y en algunos casos, elementos de ansiedad fóbica secundarios o menos graves ⁽⁵⁸⁾.

Trastorno de pánico

Las personas con trastornos de pánico experimentan ataques de pánicos repetidos e inesperados. El ataque de pánico se caracteriza por el miedo e incomodidad intensos que alcanzan su punto máximo en cuestión de minutos ⁽⁶¹⁾. La intensidad de los ataques puede fluctuar, yendo desde varios episodios diarios hasta solo unos pocos durante el año. Se ha observado que los hombres son menos propensos a desarrollar este trastorno que las mujeres ⁽⁶¹⁾.

Trastorno de ansiedad generalizada

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por la presencia de preocupaciones y ansiedad excesivas que afectan el rendimiento y la salud de una persona. Si no se trata, puede cronificarse y desencadenar en un trastorno depresivo mayor. El inicio temprano de este trastorno puede ocurrir durante la infancia, pero suele ser más común durante la adolescencia ⁽⁶³⁾.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias (drogas) ⁽⁵⁸⁾

- a) Se caracteriza por los siguientes criterios:
El cuadro clínico está dominado por la ansiedad y los ataques de pánico.
- b) Hay evidencia de que los síntomas ocurrieron después de la exposición a la sustancia o después de la interrupción de la sustancia, o que una droga estuvo involucrada en la aparición de los síntomas.
- c) No puede explicarse mejor por otro trastorno de ansiedad.
- d) No solo aparece en el síndrome confusional.

Trastorno mixto ansioso-depresivo

Están presentes síntomas de ansiedad y depresión, pero ninguno de ellos fue suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. La ansiedad grave, acompañada de depresión de intensidad más leve hace que deba utilizarse cualquiera de las categorías de trastorno de ansiedad o de ansiedad fóbica ⁽⁵⁸⁾.

Incluye:

Depresión ansiosa leve

Otros trastornos mixtos de ansiedad

Los trastornos siguen las recomendaciones del trastorno de ansiedad general (F41.1) y también comparten características distintas (a menudo transitorias) de los otros trastornos en F40-F48, aunque las recomendaciones son exhaustivas ⁽⁵⁸⁾.

Otro trastorno de ansiedad especificado

Se definen los casos en los que prevalecen las manifestaciones típicas del trastorno de ansiedad que genera daño en el área del funcionamiento de la persona, pero no llegan a cumplir los criterios de otros trastornos de ansiedad ⁽⁵⁸⁾.

Otro trastorno de ansiedad no especificado

Clasificada para situaciones en las que predominan las manifestaciones típicas del trastorno de ansiedad que ocasione perjuicio en las áreas del funcionamiento del individuo, pero no llegan a cumplir los criterios de otros trastornos de ansiedad. Se usa en los casos en los que el médico decide no describir los motivos por los que no se cumplen criterios de otras categorías o se necesita información necesaria para dar un diagnóstico más específico ⁽⁵⁸⁾.

2.2.2.3 TRASTORNO PSICÓTICO

1. DEFINICIÓN

Es una enfermedad compleja, caracterizada por la distorsión fundamental del pensamiento, percepción y afectos embotados o inapropiados. Sin embargo, se conserva la claridad de la conciencia, así como la capacidad intelectual, pero con el tiempo puede haber déficit cognitivos ⁽³³⁾.

El requisito habitual para el diagnóstico de esquizofrenia es la presencia de síntomas durante al menos un mes:

“Síntomas positivos: alucinaciones (percepciones sin objeto o estímulo externo); Ideas delirantes (falsa creencia con ruptura de la realidad y donde el individuo tiene plena convicción de que lo que está viviendo es cierto.); trastornos del curso formal del pensamiento y conducta bizarra”⁽³³⁾.

“Síntomas negativos: Aplanamiento afectivo, alogia y apatía. Trastorno de las relaciones sociales e interpersonales”⁽³³⁾.

La esquizofrenia está relacionada predominantemente con niveles altos de ansiedad y empeora significativamente los aspectos personales, familiares, sociales, ocupacionales, educativos y otros ámbitos de la vida⁽⁴⁴⁾.

2. EPIDEMIOLOGÍA

La esquizofrenia es una afección psiquiátrica de gran importancia que tiene un impacto significativo en la población. Se estima que afecta a aproximadamente 24 millones de personas en el mundo, lo que equivale a una tasa de prevalencia de alrededor del 0.32% de la población, es decir, aproximadamente 1 de cada 300 personas. No es tan común como otros trastornos mentales. Se presenta principalmente al final de la adolescencia o entre los 20 y 30 años de edad, y los síntomas suelen manifestarse antes en hombres. La tasa de prevalencia de esquizofrenia en adultos es aproximadamente del 0.45%, lo que equivale a aproximadamente 1 de cada 222 personas.⁽⁴⁵⁾

Las personas con esquizofrenia tienen un riesgo 2 a 3 veces mayor de fallecer prematuramente que la población general debido a enfermedades físicas, como enfermedades cardiovasculares, infecciosas o metabólicas⁽⁴⁶⁾.

3. ETIOLOGÍA

La esquizofrenia es el resultado de la interacción entre factores genéticos, ambientales y psicosociales. Estudios neurobiológicos y neuropsiquiátricos han demostrado una mayor incidencia de deterioro cognitivo, atención y una deficiente captación de estímulos sensoriales en personas con esquizofrenia en comparación con la población general. Además, estos hallazgos pueden presentarse también en familiares de primer grado de personas con esquizofrenia u otros trastornos, lo que sugiere un componente hereditario⁽⁴⁷⁾.

Factores estresantes como los ambientales pueden desencadenar la aparición o recaída de los síntomas psicóticos en personas vulnerables, como el uso de sustancias (como la marihuana), situaciones sociales adversas (como el desempleo o la pobreza) y factores farmacológicos⁽⁴⁷⁾.

4. CLASIFICACIÓN (CIE10)

Esquizofrenia paranoide

Este tipo de esquizofrenia es el más común en la población. El cuadro clínico se caracteriza principalmente por ideas delirantes relativamente estables, que pueden ir acompañadas de alucinaciones auditivas y trastornos de percepción. También pueden estar presentes otros síntomas menos evidentes, como trastornos afectivos, del lenguaje y síntomas catatónicos⁽³³⁾.

Esquizofrenia hebefrénica

En la esquizofrenia hebefrénica, prevalecen los trastornos afectivos e ideas delirantes, mientras que las alucinaciones son fragmentarias y transitorias. La afectividad es superficial e inadecuada, a menudo seguida de risas insulsas y sonrisas absortas como si estuvieran satisfechos consigo mismos, con una actitud despectiva, muecas, manierismos, burlas, quejas hipocondriacas y frases repetitivas^{(33) (51)}.

Esquizofrenia catatónica

La esquizofrenia catatónica suele estar compuesta por trastornos psicomotores que van desde la hipercinesia hasta el estupor, y desde la obediencia automática hasta el negativismo. Con el tiempo, pueden aparecer posturas y actitudes rígidas. Una característica importante es la presencia de episodios de excitación intensa. Además, pueden ir acompañados de estados oníricos con alucinaciones escénicas muy vívidas⁽⁵⁰⁾.

Esquizofrenia indiferenciada

Se clasifica como esquizofrenia indiferenciada aquel tipo que presenta síntomas generales que no se relacionan con ninguno de los tipos descritos en la categoría

F20.0-F20.2, o que presenta síntomas de más de un tipo sin que exista una clara diferenciación entre ellos ^{(33) (51)}.

Depresión post esquizofrénica

Consiste en la presencia de episodios de tipo depresivo después de un trastorno esquizofrénico. Estos pueden acompañarse de síntomas esquizofrénicos, pero no son tan prevalentes en el cuadro clínico. Los síntomas esquizofrénicos persistentes pueden ser "positivos" o "negativos", siendo más frecuentes los síntomas negativos ^{(33) (51)}.

Esquizofrenia residual

Se trata de un estado crónico de la enfermedad esquizofrénica, que consiste en la progresión de la misma desde el estadio inicial (presencia de uno o más episodios con síntomas psicóticos acordes a la esquizofrenia) hasta estadios finales con presencia de síntomas "negativos" y un deterioro persistente ^{(33) (51)}.

Esquizofrenia simple

Es un tipo de esquizofrenia no muy común. El cual tiene un desarrollo insidioso y progresivo, que consiste en la incapacidad de complacer las exigencias de la vida social y disminución en la participación de esta. A comparación de las esquizofrenias de tipos hebefrénico, paranoide y catatónico no presentan evidentemente alucinaciones ni ideas delirantes, mientras que los rasgos negativos que se dan al final del estadio de la esquizofrenia residual aparecen sin haber sido por síntomas psicóticos claramente definidos ^{(33) (51)}.

Otras esquizofrenias ^{(33) (51)}

Incluye:

- Esquizofrenia cenestopática
- Trastorno esquizofreniforme sin especificación

2.2.2.4 TRASTORNO DISOCIATIVO

1. DEFINICIÓN

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y los criterios de la Organización Mundial de la Salud, se denomina como trastornos disociativos o de conversión. Este se diferencia del DSM-5 en que no incluye el trastorno de despersonalización-desrealización, pero sí presenta el trastorno de conversión ⁽⁴⁸⁾.

El trastorno disociativo o de conversión se define como la desorganización parcial o completa de la integración normal de la percepción, identidad, memoria y conciencia, así como la adquisición de dos o más estados de personalidad ⁽³³⁾.

El síntoma de la disociación es un mecanismo muy frecuente que puede experimentarse de forma ocasional y transitoria ⁽⁴⁸⁾.

2. EPIDEMIOLOGÍA

El registro de casos de trastorno de disociación ha experimentado grandes fluctuaciones a lo largo del tiempo y su aumento ha estado relacionado con eventos sociales estresantes, ya sean reales o percibidos subjetivamente. Un claro ejemplo de ello es la Segunda Guerra Mundial, durante la cual se observó una elevada prevalencia de este trastorno. ⁽⁴⁷⁾.

3. ETIOLOGÍA

Su etiología se basa en el modelo del trauma, que relaciona los trastornos disociativos con hechos traumáticos. La disociación se define comúnmente como un mecanismo psicológico que ocurre de manera inconsciente para proteger a la persona del dolor emocional ante una situación conflictiva o estresante. Como resultado, este mecanismo protege la mente de los hechos y recuerdos, pero impide que la persona los procese e integre ⁽⁴⁸⁾.

Si la disociación se vive de manera prolongada durante la infancia o la adolescencia, podría generar un estrés rígido y crónico el cual puede mantenerse incluso cuando ya hayan sucedido los hechos afectando la capacidad de adaptación en los distintos campos de vida del individuo. El trauma psicológico se considera un factor fundamental en el origen de la disociación, y su presencia se debe a la interacción entre la predisposición individual (genética, neurobiológica y cognitiva) y los eventos estresantes experimentados. Es decir, la vulnerabilidad

individual y los factores ambientales interactúan para dar lugar al trastorno de disociación ⁽⁴⁸⁾.

MODELO COGNOSCITIVO

Las identidades disociativas poseen como fundamento el error en la integración de hechos vividos (memoria), asimismo en la percepción de propiedad de dichos acontecimientos. Existe diferencia entre el recuerdo y el sentido de uno mismo. Cada identidad disociativas se siente propietaria de diferentes recuerdos y aspectos del mismo recuerdo ⁽⁴⁸⁾.

4. CLASIFICACIÓN

Amnesia Disociativa

La amnesia disociativa se caracteriza por la incapacidad de recordar eventos importantes de la vida debido a su relación con sucesos traumáticos o estresantes, lo cual es diferente a los olvidos comunes. Los subtipos más prevalentes son la amnesia localizada y la selectiva, a menudo se observa una combinación de ambos ⁽³³⁾.

Fuga Disociativa

Se puede evidenciar confusión respecto a la identidad personal o hasta la admisión de una identidad diferente ⁽⁴⁹⁾.

Trastorno de identidad Disociativa

La persona con trastorno de identidad disociativa experimenta diferentes estados de personalidad percibidos por los demás en relación a la edad, habilidades y orientación sexual. Cada estado de la disociación se caracteriza por un patrón distintivo y permanente de percepción, interacción y comprensión del entorno y de la propia identidad. Se estima que existe un promedio de entre cinco y diez identidades que pueden presentarse de manera concurrente ⁽⁴⁹⁾.

Trastorno de despersonalización

El individuo suele sentirse como un autómata, viviendo un sueño o una película. El individuo mantiene invariable su contacto con la realidad. La despersonalización

puede llegar a ser un síntoma de trastorno mayor en caso de que no justifique el diagnóstico de trastorno de despersonalización ⁽³³⁾.

Trastorno Disociativo no Especificado

Se define cuando no reúne o agrupa los criterios diagnósticos clínicos antes mencionados ⁽³³⁾.

2.2.2.5 TRASTORNO BIPOLAR

1. DEFINICIÓN

Es un trastorno crónico y recurrente que se caracteriza por cambios patológicos del estado de ánimo. Las fases de la enfermedad incluyen episodios hipomaníacos, maníacos y depresivos ⁽⁶⁴⁾.

Se agrupa de acuerdo a la DSM-V como trastorno bipolar tipo I y trastorno bipolar tipo II, “Los cuales deben cumplir con criterios para un episodio maníaco. Antes o después del episodio maníaco pueden haber existido episodios hipomaníacos o episodios de depresión mayor” ⁽³³⁾.

De acuerdo a la CIE-10 se determina como la alteración del humor y actividad en dos o más episodios. Cuya alteración se basa en un humor y actividad incrementada (hipomanía o manía) o por otro lado en el humor y actividad reducida (depresión) ⁽³³⁾.

2. EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia del trastorno bipolar en la población mundial es del 1 al 2% según la Organización Mundial de la Salud. La prevalencia del trastorno bipolar tipo I en la población general se encuentra entre 0.4% y 1.6%, mientras que la prevalencia del trastorno bipolar tipo II es de alrededor del 0.5%. La edad media de inicio tanto del trastorno depresivo mayor como del trastorno bipolar se encuentra entre los 20 y 50 años, con un pico de inicio comprendido entre los 15 y 20 años de edad. La edad media de inicio es de 18 años en los hombres y 20 años en las mujeres. Es común que pasen entre 5 y 10 años entre el comienzo y un diagnóstico adecuado y el primer tratamiento. Los episodios maníacos son más frecuentes en los hombres, mientras que los episodios depresivos son más comunes en las

mujeres. Se observa una mayor frecuencia de trastornos afectivos en personas separadas o divorciadas, mientras que la depresión mayor es más frecuente en hombres solteros y mujeres casadas. También existe una mayor incidencia de trastorno bipolar en clases socioeconómicas altas y de trastorno depresivo en niveles socioeconómicos bajos ⁽⁶⁴⁾.

3. ETIOLOGÍA

Las teorías más recientes sugieren que la bipolaridad tiene una base genética, pero que esta predisposición puede ser influenciada por una combinación de factores biológicos, psicológicos y ambientales. Estos factores incluyen lesiones cerebrales, alteraciones hormonales, situaciones de pérdida y estresores, así como factores meteorológicos como las estaciones y la presión atmosférica. En resumen, se considera que la enfermedad bipolar es resultado de la interacción entre los factores genéticos y ambientales ⁽⁶⁴⁾.

4. CLASIFICACIÓN (CIE 10)

Trastorno bipolar, episodio actual hipomaníaco

El paciente presenta hipomanía y ha experimentado, al menos, un episodio afectivo previo, por ejemplo, manía, hipomanía, depresión o trastorno del humor mixto ⁽³³⁾.

Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos

Se define al paciente como aquel que padece manía sin síntomas psicóticos y que ha experimentado al menos un episodio afectivo previo, como hipomanía, manía, depresión o trastorno del humor afectivo mixto ⁽³³⁾.

Trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos

Aquel paciente que es maníaco con presencia de síntomas psicóticos, y ha padecido al menos otro episodio afectivo en el pasado (Con episodios hipomaníacos, maníacos, depresivos o mixtos) ⁽³³⁾.

Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado

Se define como aquel paciente que presenta episodio depresivo de una gravedad de leve a moderado y ha sufrido al menos de un episodio afectivo de manía, hipomanía o mixto anteriormente ⁽³³⁾.

Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos

Paciente con episodio depresivo catalogado como grave sin presencia de síntomas psicóticos y ha experimentado un episodio afectivo como hipomanía, manía o trastorno de humor mixto anteriormente ⁽³³⁾.

Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos

Paciente con episodio depresivo calificado como grave con síntomas psicóticos y ha presentado un episodio afectivo como hipomanía, manía o trastorno de humor mixto con anterioridad ⁽³³⁾.

Trastorno bipolar, episodio actual mixto

El paciente presenta al menos un episodio de hipomanía, maníaco, depresivo o de trastorno de humor mixto anteriormente; y posteriormente presenta una sucesión rápida de síntomas maníacos y depresivos combinados ⁽³³⁾.

Trastorno bipolar, actualmente en remisión

El paciente ha experimentado con anterioridad al menos un episodio de hipomanía, manía o trastorno de humor mixto y por lo menos otro episodio afectivo, aunque en la actualidad no padece ninguna alteración de humor por varios meses ⁽³³⁾.

Otros trastornos bipolares

Los episodios repetidos solo de hipomanía o manía se catalogan como otro trastorno bipolar; incluye trastorno bipolar II y episodios maníacos recurrentes ⁽³³⁾.

Trastorno bipolar sin especificación ⁽³³⁾

2.2.2.6 TRASTORNOS NO ORGÁNICOS DEL SUEÑO

1. DEFINICIÓN

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), los trastornos del sueño pueden ser causados por factores independientes o ser un síntoma de otros trastornos. Por lo tanto, consideraremos la definición de trastorno del sueño como aquella que tiene un origen principalmente emocional y no se debe a trastornos somáticos ⁽³³⁾.

2. EPIDEMIOLOGÍA

El trastorno del sueño en Perú tiene un impacto negativo en la salud y calidad de vida de la población, afectando al 43% de las personas mayores de 65 años. Además, en la población de Lima, aproximadamente el 35% de los adultos de 19 a 64 años y el 23% de los niños de 6 a 10 años también padecen este problema ⁽⁶⁵⁾.

3. FISIOPATOLOGÍA

El mecanismo del sueño en los seres humanos presenta dos ciclos: el REM y el No REM, que a su vez están compuestos por cuatro fases. Estos ciclos del sueño se repiten de tres a seis veces durante la noche. Por lo tanto, cualquier alteración en este proceso afecta la calidad y cantidad del sueño, generando problemas en la atención, variaciones en el estado de ánimo, irritabilidad, cansancio, etc. ⁽⁶⁵⁾

4. CLASIFICACIÓN (CIE-10)

Insomnio no orgánico

Se define como la dificultad para mantener y conciliar el sueño el cual puede persistir por un tiempo considerable ⁽³³⁾.

Hipersomnio no orgánico

Se caracteriza por una exagerada somnolencia persistente y ataque de sueño; sin un factor orgánico que la genere, estado que se relaciona con trastornos mentales ⁽³³⁾.

Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia

Ausencia de sincronía entre el ciclo del sueño y la vigilia, producto de ello el paciente acontece insomnio e hipersomnias ⁽³³⁾.

Sonambulismo

Se caracteriza por la alteración de la conciencia, que combina el ciclo del sueño y la vigilia. Un episodio incluye levantarse de la cama, generalmente en el primer tercio del sueño nocturno, y caminar con un bajo nivel de conciencia. Después de eso, no recuerda los hechos ⁽³³⁾.

Terrores nocturnos

Se presenta como un episodio nocturno de terror y pánico que está asociado a gritos, movimientos intensos y fuertes síntomas vegetativos. El paciente se levanta mayormente en el primer tercio del sueño nocturno, con un facie de miedo intenso.

Pesadillas

La persona sufre de sueños cargados de ansiedad o miedo, cuya experiencia es muy vívida e incluye temas que amenazan su seguridad y amor propio. La pesadilla, por lo general, puede repetirse sobre el mismo tema o un tema similar ⁽³³⁾.

Otros trastornos no orgánicos del sueño ⁽³³⁾

Trastorno no orgánico del sueño de origen sin especificación

Trastorno emocional del sueño sin especificación ⁽³³⁾.

2.2.2.7 TRASTORNOS DE ESTRÉS Y ADAPTACIÓN

1. DEFINICIÓN

El trastorno de estrés se identifica por su curso y sintomatología, asimismo por factores estresantes como son los antecedentes autobiográficos, que poseen la capacidad de generar la reacción de estrés agudo o un cambio vital importante en la vida. Incluso las situaciones de estrés psicosocial leves pueden desencadenar el inicio o contribuir la aparición de una amplia gama de trastornos, siendo su

etiología no tan clara y dependerá de factores individuales como la idiosincrasia y vulnerabilidad específica ⁽⁶⁶⁾.

2. EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia del trastorno de estrés varía en un amplio rango, desde el 1% hasta el 12,3%. Este porcentaje puede depender de diferentes factores, como la gravedad, intensidad y duración de la exposición al agente estresor, así como de otros factores relacionados con el trauma y comorbilidades asociadas.

Los hombres tienen una mayor probabilidad de estar expuestos a un trauma con un 61%, en comparación con las mujeres con un 51%. Las personas expuestas a un trauma tienen el riesgo del 30% al 40% de desarrollar un trastorno. Aunque las mujeres están expuestas en menor porcentaje, poseen mayor vulnerabilidad para desarrollar el trastorno de estrés.

Los factores estresores varían de acuerdo al género. Por lo tanto, las mujeres suelen sufrir este trastorno como resultado de ser víctimas de abuso físico y sexual, mientras que los hombres son más propensos a ser expuestos a conflictos y atentados criminales que vulneran su integridad física ⁽⁶⁶⁾.

3. ETIOLOGÍA

Existen teorías de la posible etiología que consiste en la alteración del neurodesarrollo por exposición de los factores predisponentes (rasgos de personalidad heredables en un 30%-60%) y posibles factores estresores para experimentar el trastorno de estrés ⁽⁶⁶⁾.

4. CLASIFICACIÓN (DSM-5)

Trastorno de estrés postraumático

Es un trastorno que se presenta como una respuesta tardía o posterior a un suceso estresante, ya sea corto o de larga duración, que ha generado una gran amenaza y malestar generalizado.

Las características del trastorno de estrés postraumático incluyen episodios repetidos de revivir el trauma en forma de sueños o recuerdos, falta de interés en

otras personas, disminución de la capacidad de respuesta al entorno, anhedonia y evitación de actividades ⁽³³⁾.

Trastorno de estrés agudo

El trastorno del estrés agudo es una respuesta temporal intensa ante un estresor excepcional, ya sea físico o psicológico, sin otra causa aparente de trastorno mental. Los síntomas aparecen rápidamente y suelen desaparecer en horas o días ⁽³³⁾.

Trastornos de adaptación

Son reacciones de malestar intensas asociados a la alteración emocional que aparecen durante el proceso de adaptación, en cambios significativos de la vida del individuo. Esta reacción difiere de la respuesta normal al estrés debido a su mayor intensidad y efecto incapacitante.

Entre sus síntomas clínicos se incluyen: pensamientos pesimistas, ansiedad, preocupación, sensación de incapacidad para enfrentar problemas y afrontar la situación actual, lo que lleva a un deterioro en el funcionamiento diario ⁽⁶⁷⁾.

Otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificados.

Trastorno relacionado con traumas y factores de estrés no especificado.

2.2.3 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS

2.2.3.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

La pandemia del COVID-19 tuvo un impacto importante en la calidad de vida de las personas, por ello se clasifica según características sociodemográficas como edad, sexo y estado civil ⁽⁷⁰⁾.

1. Edad: Estudios evidencian que existe afectación en la salud mental en los adultos (18-29 años) y adultos mayores (por encima de 65 años), tales como ansiedad, depresión, estrés postraumático y suicidios; causados principalmente por el aislamiento social ⁽⁶⁸⁾ ⁽⁶⁹⁾. Muchos adolescentes y adultos se han sentido frustrados y limitados ante el distanciamiento, siendo los adultos mayores uno de los grupos más vulnerables.

2. Sexo: Se ha demostrado que las mujeres son más propensas a desarrollar trastornos psiquiátricos, con un porcentaje del 30.8% en comparación con un 23.4% en hombres. Esto se refleja en otros estudios, que muestran que el 68.4% de las mujeres (con una edad promedio de 30.13 años) presentan trastornos psiquiátricos, en comparación con un 31.6% de los hombres. Sin embargo, hay estudios que indican que los hombres también son más susceptibles a los trastornos psiquiátricos ⁽⁷¹⁾.

3. Estado civil: Estar casado es un factor protector en relación a la salud mental durante la pandemia, lo que significa que las personas casadas tienen menos probabilidades de verse afectadas emocionalmente en comparación con las personas solteras ⁽⁶⁹⁾.

4. Destino de atención:

Determinada por el profesional médico, si la condición es o no una emergencia ya sea médica o quirúrgica de acuerdo a la clínica y gravedad ⁽⁷³⁾.

- Hospitalización: Aquel paciente que ingresa al hospital para mayor observación, registrándose el motivo de ingreso desde la emergencia ⁽⁷³⁾.
- Alta: Aquel paciente que está en condiciones para ser tratado ambulatoriamente siendo registrado en la historia clínica, la fecha, la hora de alta e indicaciones médicas ⁽⁷³⁾.

5. Número de ingresos: Se define como la suma de pacientes nuevos atendidos y reingresantes en el mismo período por el servicio de emergencia durante el 16 de marzo hasta el 31 de diciembre del 2020 comparativamente con los años 2019 y 2021 ^{(78) (79)}.

2.2.3.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

La clínica se define como un proceso de investigación para diagnosticar al paciente, basado en la anamnesis, la exploración física y el apoyo de exámenes auxiliares. Por lo tanto, las características clínicas incluyen antecedentes de comorbilidades médicas, antecedentes de diagnóstico psiquiátrico previo, el examen de COVID-19, el destino de atención y el número de ingresos ⁽⁷⁴⁾.

1. Antecedentes Médicos: La pandemia por COVID-19 afecta la vida cotidiana de las personas, incluyendo a aquellas con comorbilidades médicas existentes.

Esto ha generado un gran estrés, emociones negativas y sensación de incertidumbre. Además, se ha observado una disminución en la demanda de atención de los servicios de salud por parte de personas con comorbilidades no relacionadas con COVID-19, como enfermedades infecciosas intestinales, infecciones del tracto respiratorio superior, asma y otras afecciones médicas crónicas ⁽⁷²⁾.

2. Antecedentes Psiquiátricos: La pandemia de COVID-19 ha generado estrés, depresión, ansiedad, entre otros, exacerbando la salud mental de las personas con diagnóstico psiquiátrico previo ⁽⁵²⁾. El antecedente de enfermedad mental puede aumentar el riesgo de infecciones de COVID-19 debido a la poca conciencia del riesgo y esfuerzo de protección personal ⁽⁵²⁾.

3. Examen del COVID-19:

- Prueba rápida: Esta prueba permite obtener resultados con rapidez en un plazo de 10 a 15 minutos, detectando la presencia de anticuerpos IgM y/o IgG en personas afectadas por COVID-19. Un resultado positivo indica contacto previo con el virus, pero no descarta ni confirma una infección activa ^{(75) (77)}.
- Prueba molecular: Esta prueba permite detectar el material genético (ARN) viral del SARS-CoV-2 mediante técnicas del PCR a partir de muestras de tracto respiratorio superior (hisopado/nasofaríngeo). El resultado positivo es indicativo de un periodo de ventana, un estadio temprano, una fase activa o una fase final de la infección ⁽⁷⁵⁾.

4. Resultado del examen de COVID-19

- Prueba de COVID-19 positiva: Cualquier prueba de detección del COVID-19 con resultado positivo significa que se ha detectado el virus y se tiene una infección ⁽⁷⁶⁾.
- Prueba de COVID-19 negativa: La prueba de detección del COVID-19 con resultado negativo significa que la prueba no detectó el virus, pero esto no descarta la posibilidad de tener una infección, dependiendo del tipo de prueba utilizado. ⁽⁷⁶⁾.

2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

VARIABLE PRINCIPAL

PACIENTES CON ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS

DIMENSIÓN 1

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICOS

INDICADORES

1. Sexo: Son características de la estructura reproductiva que diferencian al organismo en masculino del femenino, Será valorado mediante una respuesta dicotómica como femenino o masculino presentada en la ficha de recolección de datos.

2. Edad: Se define la edad como el tiempo vivido por una persona desde su nacimiento. Se divide en rangos: adolescentes (14-18 años), jóvenes (18 a 29 años), adultos jóvenes (30 a 39 años), adultos intermedios (40 a 49 años), adultos tardíos (50 a 59 años), y adultos mayores (60 a 69 años y ≥ 70 años). La edad se valorará por los años cumplidos hasta la fecha de recolección de datos, realizándose una pregunta concreta de respuesta politómica.

3. Estado civil: Condición que define el estado conyugal de la paciente. Para su estudio será dividido con pareja (casado, conviviente) y sin pareja (solteros/viudos/divorciados). Esta variable será evaluada mediante la ficha de recolección de datos.

4. Destino de atención: Se definirá en emergencia de acuerdo a la evaluación del médico tratante si el paciente se va de alta o se hospitalizará. Será valorado mediante una respuesta dicotómica, se da de alta o sé hospitaliza. Esta variable será evaluada mediante la ficha de recolección de datos de datos.

5. Número de ingresos: Se define como el número de veces que acude por emergencia la persona en un periodo de un año de su atención. Será valorado mediante una respuesta categórica ordinal como 1 ingreso, 2 ingresos y de 3 a más ingresos presentada en la ficha de recolección de datos.

DIMENSIÓN 2:

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

INDICADORES

1. Antecedentes médicos

Condición causada por una o más enfermedades latentes del paciente que acude por emergencia. Esta variable será evaluada mediante la ficha de recolección de datos de datos con un Sí o con un No.

2. Antecedentes psiquiátricos

Enfermedades mentales que dificultan o impiden el desarrollo normal de la vida cotidiana diagnosticado previamente. Esta variable será evaluada con la ficha de recolección de datos con un Sí o con un No.

3. Examen COVID-19

Pruebas rápidas tienen resultados entre 10 y 15 minutos y detectan anticuerpos en personas afectadas, evaluando un resultado positivo (presencia de IgM y/o IgG). La prueba molecular, por su parte, detecta la presencia de material genético viral (ARN) del SARS-CoV-2 mediante técnicas de PCR en muestras respiratorias. Será valorado mediante una respuesta dicotómica de “Si se realizó” o “No se realizó”, presentada en la ficha de recolección de datos.

4. Resultado del examen de COVID-19: Se define si la prueba de detección del COVID-19 resultó positivo o negativo en relación a la detección del virus SARS-CoV-2 y si tiene una infección. Será valorado mediante una respuesta dicotómica si es positivo o negativo, y si no se realizó. Esta variable será medida a través de la ficha de recolección de datos.

DIMENSIÓN 3:

DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO PRINCIPAL

Se define como aquel paciente que acude por emergencia y cuyo diagnóstico principal es un trastorno psiquiátrico, clasificado según la Clasificación Internacional de Enfermedades 10 (CIE-10). Estos trastornos incluyen los trastornos psicóticos (F 20), los trastornos depresivos (F32 y F33), los trastornos bipolares (F 31), el trastorno no orgánico del sueño (F 51), el trastorno disociativo (F44), el trastorno de estrés (F43) y los trastornos de ansiedad (F40 y F41). La variable se medirá mediante la ficha de recolección de datos.

1. Trastornos psicóticos

- F20.0 Esquizofrenia paranoide.
- F20.1 Esquizofrenia hebefrénica.
- F20.2 Esquizofrenia catatónica.

- F20.3 Esquizofrenia indiferenciada.
- F20.4 Depresión post-esquizofrénica.
- F20.5 Esquizofrenia residual.
- F20.6 Esquizofrenia simple.
- F20.8 Otras esquizofrenias.
- F20.9 Esquizofrenia sin especificación.

2. Trastorno de bipolaridad

- F31.0 Trastorno bipolar, episodio actual hipomaníaco.
- F31.1 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos
- F31.2 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos.
- F31.3 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado.
- F31.4 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- F31.5 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos.
- F31.6 Trastorno bipolar, episodio actual mixto.
- F31.7 Trastorno bipolar, actualmente en remisión.
- F31.8 Otros trastornos bipolares.
- F31.9 Trastorno bipolar sin especificación

3. Trastornos depresivos

- F32.0 Episodio depresivo leve.
- F32.1 Episodio depresivo moderado.
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- F32.8 Otros episodios depresivos.
- F32.9 Episodio depresivo, no especificado.
- F33.0 Trastorno depresivo recurrente

4. Trastornos de ansiedad

- F40 Trastorno de ansiedad por separación
- F40.00 Agorafobia
- F40.10 Trastorno de ansiedad social

- F40.2 Fobia específica
- F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica
- F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación Incluye:
Fóbica sin especificación.

5. Trastornos no orgánicos del sueño.

- F51.0 Insomnio no orgánico.
- F51.1 Hipersomnio no orgánico.
- F51.2 Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia.
- F51.3 Sonambulismo.
- F51.4 Terrores nocturnos.
- F51.5 Pesadillas.
- F51.8 Otros trastornos no orgánicos del sueño.
- F51.9 Trastorno no orgánico del sueño de origen sin especificación.

6. Trastornos de estrés y adaptación.

- F43.0 Reacción a estrés agudo.
- F43.1 Trastorno de estrés post-traumático.
- F43.2 Trastorno de adaptación
- F43.8 Otras reacciones a estrés grave.
- F43.9 Reacción a estrés grave sin especificación.

7. Trastorno disociativo

- F44.0 Amnesia disociativa
- F44.1 Fuga disociativa
- F44.2 Estupor disociativa
- F44.3 Trastorno de transe y posesión
- F44.4 Trastorno disociativo de la motilidad
- F44.5 convulsiones disociativas
- F44.6 Anestias y pérdidas sensoriales disociativas
- F44.7 Trastornos disociativos (de conversión) mixtos
- F44.8 Otros trastornos disociativos (de conversión)
- F44.9 Trastorno disociativo (de conversión) sin especificación

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis General

H0: La frecuencia y características epidemiológicas de pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos por emergencia del hospital II Huamanga de Essalud es igual antes, durante y después del confinamiento por covid-19 entre el 2019 al 2021.

H1: La frecuencia y características epidemiológicas de pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos por emergencia del hospital II Huamanga de Essalud es diferente antes, durante y después del confinamiento por covid-19 entre el 2019 al 2021.

3.2 Variables:

V. PRINCIPAL

PACIENTES CON ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS

DIMENSIÓN 1

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICOS

Indicadores

- Sexo
- Edad
- Estado civil
- Destino de atención
- Número de ingresos

DIMENSIÓN 2

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Indicadores

- Antecedentes médicos
- Antecedentes psiquiátricos

- Examen COVID-19
- Resultado de COVID-19

DIMENSIÓN 3

DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICOS PRINCIPALES

Indicadores

- Trastorno psicótico
- Trastorno de bipolaridad
- Trastorno depresivo
- Trastorno de ansiedad
- Trastorno no orgánico del sueño
- Trastorno de estrés y adaptación
- Trastorno disociativo

3.3 Operacionalización de Variables (ANEXO 2)

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE ESTUDIO

4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio **observacional, retrospectivo, de diseño transversal descriptivo comparativo**. Este estudio es observacional ya que no hubo ninguna intervención por parte de los investigadores y solo se midieron las variables mencionadas. Es un estudio retrospectivo debido a que el planteamiento del problema se dio cuando inicio del estudio, debido a que se realiza revisión de las historias clínicas. Comparamos nuestros datos desde el 16 de marzo hasta el 31 de diciembre del 2019 con observaciones del año 2020 y 2021; transversal, porque la ficha de recolección de datos se hará en un tiempo determinado de la unidad de análisis. Descriptivo, porque el estudio busca describir frecuencia y características de los pacientes con enfermedades psiquiátricas de manera comparativa de los años 2019, 2020 y 2021^{(80) (81)}.

4.2 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Para el presente estudio utilizamos el método inductivo porque se busca el impacto epidemiológico de la pandemia del covid-19 en la frecuencia y características epidemiológicas de los pacientes atendidos con enfermedades psiquiátricas comparados desde el 16 de marzo hasta el 31 de diciembre del 2019, 2020 y 2021.

Enfoque del estudio: Cuantitativo porque los datos se centraron fundamentalmente en los aspectos observables y susceptibles de cuantificar.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

Historias clínicas de pacientes con diagnóstico de trastornos psiquiátricos (trastornos de ansiedad, psicóticos, estrés y adaptación, bipolaridad, depresión, disociativos y trastornos no orgánicos del sueño), codificados de acuerdo al CIE 10, atendidos por emergencia del Hospital II Huamanga de Essalud, entre el 16 de marzo al 31 de diciembre de 2019, 2020 y 2021.

Tamaño de muestra

Muestra censal: Historia clínicas de todos los pacientes codificados con diagnóstico de trastornos psiquiátrico atendidos por emergencia en el tópico de Medicina del Hospital II Huamanga de Essalud, entre el 16 de marzo al 31 de diciembre de 2019, 2020 y 2021.

Unidad de análisis: Historia clínica de paciente con diagnóstico de trastorno psiquiátrico atendido por emergencia del Hospital II Huamanga de Essalud, entre el 16 de marzo al 31 de diciembre de 2019, 2020 y 2021.

Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Historias clínicas de pacientes codificados con diagnóstico principal de trastornos psiquiátricos entre el 16 de marzo al 31 de diciembre de 2019, 2020 y 2021 y que coincidan con el diagnóstico del CIE 10 (F20, F31, F32, F40, F43, F44 y F51).
- Historias clínicas de pacientes que cuentan con el seguro de salud en el Hospital II Huamanga de Essalud.

- Historias clínicas con por lo menos una atención por el servicio de emergencia del tópicico de medina del Hospital II Huamanga de Essalud, Ayacucho; entre el 16 de marzo al 31 de diciembre de 2019, 2020 y 2021

Criterios de exclusión:

- Serán excluidos todas historias clínicas de aquellos pacientes menores de 14 años.
- Serán excluidos historias clínicas de pacientes que no pertenezcan al servicio de Medicina.
- Será excluidos aquellas historias clínicas que no se encuentren completa, y sea ilegible.
- Sera excluidos aquellas historias clínicas duplicadas.

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.4.1 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN:

La técnica utilizada en la investigación será la recopilación documental, mediante el recojo de información de las historias clínicas de los pacientes. La recopilación documental es llamada fuente secundaria por haber sido registrada originalmente por otros.

4.4.2 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN:

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS: es una guía estructurada donde se incluyen las características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, destino de atención y número de ingresos), así como características clínicas (antecedentes psiquiátricos, antecedentes médicos, examen de COVID-19 y resultado de COVID-19) y los diagnósticos psiquiátricos principales.

4.5 RECOLECCIÓN DE DATOS:

Con la finalidad de obtener datos de las características sociodemográficas, características clínicas y diagnósticos psiquiátricos principales se empleó la ficha de recolección de datos, el cual fue ejecutado por ambos investigadores.

Estudio fue aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación del “Hospital II Huamanga de Essalud”.

La población se conformó por Historias clínicas de pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos por emergencia del Hospital II Huamanga de Essalud, Ayacucho 2019-2021 determinada como muestra censal.

Se solicitó al Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud la revisión del proyecto de investigación Impacto epidemiológico del confinamiento por COVID-19 en pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos por emergencia del hospital II Huamanga de Essalud, Ayacucho 2019-2021.”, mediante Memorando Múltiple N° 240-2022-UNSC-FCSA/D y siendo aprobado en primera instancia por los miembros de dicha comisión en el Dictamen N° 021-2022-UNSC-FACS-EMPH-CRBT.

Posteriormente se obtuvo la aprobación y permiso de ejecución del proyecto de tesis mediante la Resolución Decanal N.º 683-2022-UNSC-FCSA-D.

Se solicitó al Director del Hospital II Huamanga de Essalud y el Jefe de la Unidad de Estadística y Epidemiología de este nosocomio, quienes aprobaron el desarrollo de este trabajo de investigación y brindaron acceso a las historias clínicas para la recolección de datos necesarios para el estudio.

Para obtener los datos de los pacientes en estudio se ingresó mediante el acceso digital de historias clínicas del Hospital II Huamanga de Essalud y posteriormente descargadas en una hoja de Excel tomándose en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Posteriormente esta base sirvió para comparar la frecuencia y características demográficas entre los años 2019, 2020 y 2021.

4.6 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS:

La técnica realizada será mediante la recolección de datos de historias clínicas y el instrumento será la ficha de recolección de datos.

Se realizarán los siguientes análisis estadísticos.

Los datos de los pacientes fueron ordenados en la ficha de recolección de una hoja de Excel versión 2016. En las columnas se ordenó las variables de interés y en las filas los pacientes previamente codificados.

En primer lugar, se identificó la naturaleza de las variables:

- ✓ **Variables categóricas** (sexo, edad categorizada, estado civil, destino de atención, n° de ingresos, antecedentes médicos, antecedentes psiquiátricos, examen de COVID-19, resultado del examen COVID-19, diagnósticos psiquiátricos, año ingreso a emergencia).
- ✓ **Variables numéricas** (edad en años).

Para el **análisis univariado** se describió lo siguiente, dependiendo el tipo de variable:

- **Frecuencia absoluta y relativa (%)**, si eran variables categóricas.
- **Media con desviación estándar**, para la única variable numérica (edad) porque esta cumplía con el supuesto de normalidad corroborada mediante el criterio gráfico, skewness y kurtosis, y Shapiro Wilks.

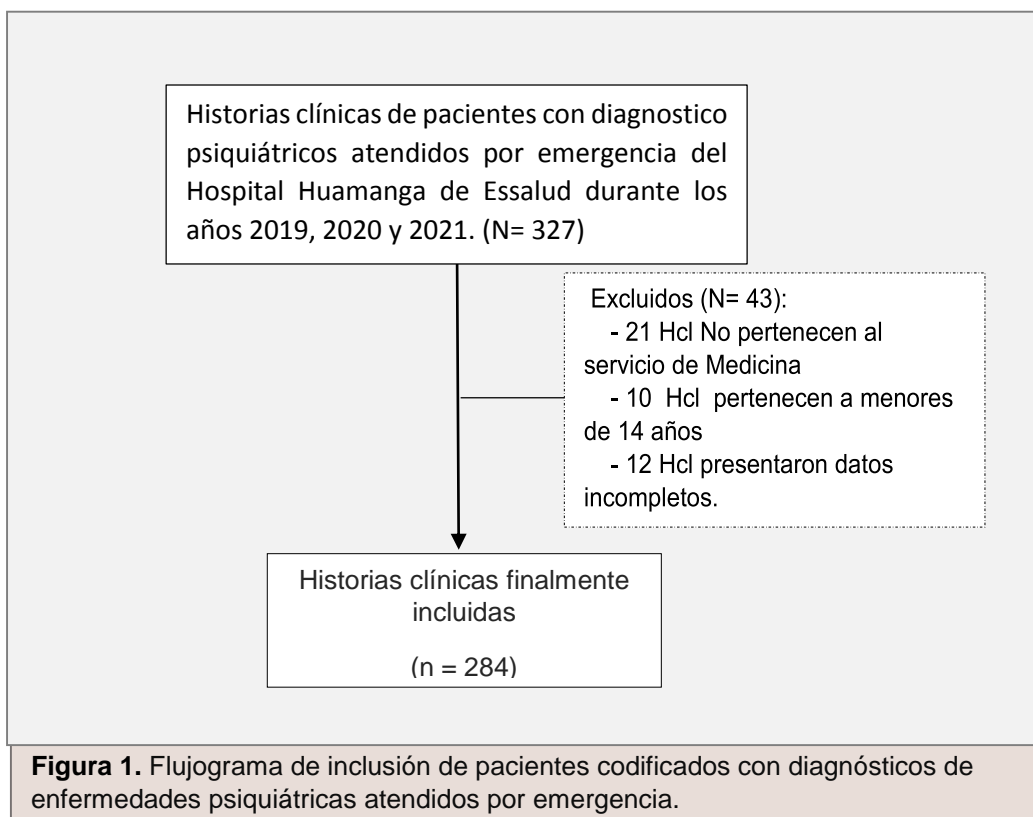
En el **análisis bivariado**, se tuvo como variable desenlace a: “año de atención por emergencia (categórica: 2019, 2020 y 2021)”, se hizo una contingencia con las variables categóricas independientes mencionadas y observar de ese modo si las diferencias en las frecuencias en estos años estudiados fueron estadísticamente significativas. Se tenían dos posibilidades para probar esta hipótesis: la prueba de Chi cuadrado o la prueba de Test exacto de Fisher. Se usó la prueba exacta de Test exacto de Fisher si las frecuencias esperadas menor de 5 estuvieron presentes en menos del 20% de las celdas; y en caso de no cumplir con este criterio se usó la prueba exacta de Fisher.

Para el procesamiento de la parte estadística se usó el programa STATA versión 16. Se consideró que la diferencia era estadísticamente significativa si había un **p-valor menor a 0.05**.

CAPÍTULO V

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 Resultados



La **Figura 1** permite apreciar que la población de historias clínicas de pacientes con diagnósticos psiquiátricos atendidos por emergencia del Hospital II Huamanga de Essalud, entre los meses de marzo hasta diciembre durante los años 2019, 2020 y 2021, fue de 327. De los cuales 43 historias clínicas de pacientes fueron excluidas por no cumplir con los criterios de inclusión: 21 Historias clínicas no pertenecían al servicio de Medicina, 10 pertenecían a menores de 14 años y 12 tenían datos incompletos en sus historias clínicas. Finalmente, se realizó el análisis de la presente investigación en base a 284 historias clínicas de pacientes con trastornos psiquiátricos distribuidos según la **Figura 2**.

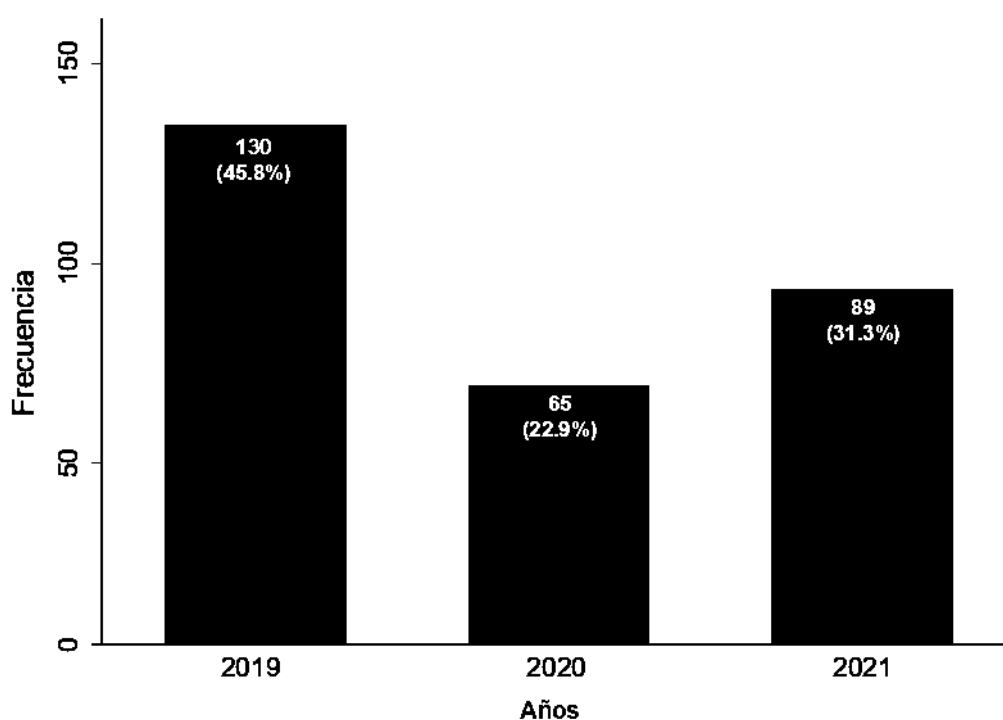


Figura 2. Frecuencia de atenciones de pacientes con trastorno psiquiátrico por emergencia del Hospital II Huamanga de Essalud, Ayacucho 2019 - 2021.

En la **Figura 2** se evidencia la frecuencia de atenciones de pacientes que ingresaron por emergencia. Se registraron 130 pacientes (45.8%) en el año 2019, se observa una reducción a 65 pacientes (22.9%) durante el año 2020 y su incremento posterior en el año 2021 a 89 (31.3%) pacientes atendidos por emergencia.

TABLA 1. Características epidemiológicas de los pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos por emergencia del Hospital II Huamanga de Essalud, Ayacucho 2019 - 2021.

Variables	N	%
Sexo		
Femenino	183	64.4
Masculino	101	35.6
Edad (años)*	46.7 ± 16.3	
Edad categorizada		
14 a 17 años	21	7.4
18 a 29 años	12	4.2
30 a 39 años	64	22.5
40 a 49 años	63	22.2
50 a 59 años	65	22.9
60 a 69 años	31	10.9
≥ 70 años	28	9.9
Estado civil		
Con pareja	210	73.9
Sin pareja	74	26.1
Destino de atención		
Alta	278	97.9
Hospitalización	6	2.1
N° ingresos		
1 ingreso	221	77.8
2 ingresos	54	19.0
≥ 3 ingresos	9	3.2
Antecedentes médicos		
Sí	112	39.4
No	172	60.6
Antecedentes psiquiátricos		
Sí	71	25.0
No	213	75.0
Examen de COVID-19		
Sí	56	19.7
No	228	80.3
Resultado de examen de COVID-19		
Positivo	20	7.0
Negativo	36	12.7
No se realizo	228	80.3
Diagnósticos psiquiátricos		
Trastorno psicótico	13	4.6
Trastorno de bipolaridad	7	2.5
Trastorno depresivo	23	8.1
Trastorno de ansiedad	199	70.1
Trastorno no orgánico del sueño	22	7.7
Trastorno de estrés y adaptación	8	2.8
Trastorno disociativo	12	4.2

* Media ± Desviación estándar

En la **Tabla 1** se aprecia las características evaluadas en los pacientes con trastornos psiquiátricos, que la mayoría (64.4%) fueron del sexo femenino mientras que el 35.6% pertenecieron al sexo masculino. La edad media fue 46.7 años, con una desviación estándar (DE) de ± 16.3 años. En relación a la edad de los participantes, el 67.6% pertenecieron a una población adulta (30-59 años), mientras que un 20.8% son pacientes adultos mayores (≥ 60 años), y solo un 4.2% fueron de la población joven (18-29 años). En cuanto al estado civil, se observó que el 73.9% (210) tenían pareja. El 97.9%(278) fueron dados de alta del establecimiento de salud, en tanto que el 2.1% (6) necesitaron ser hospitalizados. En relación al número de ingresos por año, la mayoría (96.8%) presentó entre 1 a 2 ingresos, mientras que solo el 3.2% tuvo 3 ingresos o más. El 39.4% (112) de los pacientes tenían antecedentes médicos. Respecto al antecedente psiquiátrico, el 25% de la población presentó este antecedente. Referente al examen de COVID-19, el 80.3% (228) de los pacientes no se realizó ningún examen, mientras que el 19.7% sí se realizó. De los resultados del examen de COVID-19, el 7% (20) resultaron positivos. En cuanto a los diagnósticos psiquiátricos, la mayoría (70.1%) presentaron trastorno de ansiedad; seguido por el 8.1% que presentaron trastorno depresivo y el 7.7% (22) tuvieron un trastorno no orgánico del sueño. En menor frecuencia, se observa que el 2.8% (8) presentaron trastorno de estrés y adaptación, y el 2.5% (7) presentaron trastorno de bipolaridad.

TABLA 2. Características sociodemográficas en los pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos por emergencia del Hospital II Huamanga de Essalud, Ayacucho 2019 - 2021.

Variables	Atención por emergencia				p valor
	total N%	2019 n (%)	2020 n (%)	2021 n (%)	
Sexo					
Femenino	183(64.4)	88 (67.7)	38 (58.5)	57 (64.0)	0.445 ^a
Masculino	101(35.6)	42 (32.3)	27 (41.5)	32 (36.0)	
Edad					
14 a 17 años	21 (7.4)	11 (8.5)	5 (7.7)	5 (5.6)	0.888 ^a
18 a 29 años	12 (4.2)	7 (5.4)	1 (1.5)	4 (4.5)	
30 a 39 años	64 (22.5)	31 (23.9)	15 (23.1)	18 (20.2)	
40 a 49 años	63 (22.2)	25 (19.2)	15 (23.1)	23 (25.8)	
50 a 59 años	65 (22.9)	25 (19.2)	18 (27.7)	22 (24.7)	
60 a 69 años	31 (10.9)	17 (13.1)	6 (9.2)	8 (9.0)	
≥70 años	28 (9.9)	14 (10.8)	5 (7.7)	9 (10.1)	
Estado civil					
Con pareja	210(73.9)	93 (71.5)	48 (73.8)	69 (77.5)	0.611 ^a
Sin pareja	74(26.1)	37 (28.5)	17 (26.2)	20 (22.5)	
Destino de atención					
Alta	278(97.9)	126 (96.9)	65 (100.0)	87 (97,8)	0.489 ^b
Hospitalización	6(2.1)	4 (3.1)	0 (0.0)	2 (2.2)	
N° ingresos					
1 ingreso	221(77.8)	103 (79.2)	51 (78.5)	67 (75.3)	0.031 ^b
2 ingresos	54(19.0)	25 (19.2)	8 (12.3)	21 (23.6)	
≥ 3 ingresos	9(3.2)	2 (1.6)	6 (9.2)	1 (1.1)	

^a Prueba de chi cuadrado

^b Test exacto de Fisher

La **Tabla 2** muestra las características sociodemográficas de los pacientes que fueron atendidos por emergencia. Se observa que el sexo femenino es el más predominante, con un 67.7% de los pacientes atendidos en 2019, en comparación con un 58.5% durante el confinamiento (2020) y un 64% después del confinamiento (2021). Por otro lado, el género masculino representa el 32.2% de pacientes atendidos en el año 2019, en comparación con un 41.5% durante el confinamiento (2020) y el 36% después del confinamiento (2021). Se realizó la prueba estadística de Chi cuadrado, y el p valor obtenido es (p valor=0.445^a), siendo mayor el nivel de significancia de 0.05, lo que indica que la frecuencia de atención entre los pacientes masculinos y femeninos, no demostró diferencia significativa entre los años de estudio.

En relación de la variable edad, se muestra que el grupo etario más frecuente de pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos por emergencia esta entre 30 y 59 años, con un 62.3% antes del confinamiento, el 73.9% durante el confinamiento y un 70.7% después del confinamiento. Mientras, los grupos etarios de menor frecuencia de atención son los pacientes de 14 a 17 años y 18 a 29 años. De los pacientes entre 14 a 17 años, el 8.5% fue atendido en 2019, el 7.7% en 2020 y el 5.6% en 2021; y de los pacientes de 18 a 29 años, el 5.4% fue atendido antes del confinamiento, con disminución de su frecuencia a un 1.5% durante el confinamiento y posterior incremento a un 4.5%. El estadístico de Chi cuadrado arroja un p valor de 0.888^a, siendo mayor el nivel de significancia estadística de 0.05, por lo que no hay diferencia significativa en la frecuencia de atención de los pacientes según el rango de edad en los diferentes años de atención.

Respecto a la variable estado civil, se muestra que el 71.5% de los pacientes manifestaron tener pareja durante su atención en el año 2019, el 73.8% durante el 2020 y el 77.5% en 2021. Por otra parte, el 28.5% de los pacientes atendidos manifestaron no tener pareja el año 2019, el 26.2% durante el año 2020 y el 22.5% en 2021. El estadístico Chi cuadrado arroja un p valor de 0.611^a, el cual es mayor que el nivel de significancia estadística de 0.05, por tal motivo no hay diferencia significativa en la frecuencia de atención entre pacientes con y sin pareja entre los años 2019, 2020 y el 2021.

En cuanto al destino de atención de los pacientes atendidos por emergencia. En 2019, el 96.9% de los pacientes atendidos en emergencia fueron dados de alta, mientras que el 3.1% restante fue hospitalizado. Durante el periodo de confinamiento, todos los pacientes fueron dados de alta y ninguno fue hospitalizado. En 2021, el 97.8% de los pacientes atendidos fueron dados de alta y el 2.2% restante fue hospitalizado. La prueba estadística de Test exacto de Fisher muestra que no hubo una diferencia significativa en la atención de pacientes con destino de alta y hospitalización entre los años de estudio, con un valor p de 0.489.

En relación al número de ingresos de pacientes atendidos en emergencia, el 79,2% de los pacientes solo tuvieron un ingreso el año anterior al confinamiento (2019), el 78,5% durante el confinamiento (2020) y el 75,3% después del mismo. El 19,2% de los pacientes atendidos en el 2019 tuvieron dos ingresos, en

comparación con una disminución al 12,3% durante el confinamiento y un aumento al 23,6% en el año 2021. En cuanto a los pacientes que tuvieron más de dos ingresos, el 1,5% de los pacientes atendidos antes del confinamiento (2019) tuvieron tres o más ingresos, en comparación con un aumento al 9,2% durante el confinamiento y una disminución al 1,1% en el año 2021. La prueba de Fisher exacto (p -valor = 0,031) indica que la frecuencia de atención entre los pacientes que tuvieron un ingreso, dos ingresos y tres o más ingresos difiere significativamente entre los años 2019, 2020 y 2021.

TABLA 3. Características clínicas en los pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos por emergencia del Hospital II Huamanga de Essalud, Ayacucho 2019 - 2021.

Variables	Total N (%)	Atención en emergencia			p valor
		2019 n (%)	2020 n (%)	2021 n (%)	
Antecedentes médicos					
No	172 (60.6)	85 (65.4)	38 (58.5)	49 (55.1)	0.284 ^a
Sí	112 (39.4)	45 (34.6)	27 (41.5)	40 (44.9)	
Diabetes Mellitus Tipo 2					
No	266 (93.7)	121 (93.1)	61 (93.9)	84 (94.4)	0.925 ^a
Sí	18 (6.3)	9 (6.9)	4 (6.1)	5 (5.6)	
Hipertensión Arterial					
No	270 (95.1)	123 (94.6)	65 (100.0)	82 (92.1)	0.049 ^b
Sí	14 (4.9)	7 (5.4)	0 (0.0)	7 (7.9)	
Gastritis Crónica					
No	277 (97.5)	126 (96.9)	62 (95.4)	89 (100.0)	0.105 ^b
Sí	7 (2.5)	4 (3.1)	3 (4.6)	0 (0.0)	
Enfermedad oncológica					
No	282 (99.3)	129 (99.2)	65 (100.0)	88 (98.9)	1.000 ^b
Sí	2 (0.7)	1 (0.8)	0 (0.0)	1 (1.1)	
Antecedentes psiquiátricos					
No	213 (75.0)	103 (79.2)	49 (75.4)	61 (68.5)	0.199 ^a
Si	71 (25.0)	27 (20.8)	16 (24.6)	28 (31.5)	
Trastorno de Ansiedad					
No	257 (90.5)	123 (94.6)	54 (83.1)	80 (89.9)	0.034 ^a
Sí	27 (9.5)	7 (5.4)	11 (16.9)	9 (10.1)	
Trastorno Psicótico					
No	262 (92.6)	117 (90.0)	62 (96.9)	83 (93.3)	0.219 ^a
Sí	21 (7.4)	13 (10.0)	2 (3.1)	6 (6.7)	
Trastorno de Depresión					
No	275 (96.8)	129 (99.2)	65 (100.0)	81 (91.0)	0.001 ^b
Sí	9 (3.2)	1 (0.8)	0 (0.0)	8 (9.0)	
Examen de COVID-19					
No	228 (80.3)	130 (100.0)	45 (69.2)	53 (59.5)	0.000 ^a
Si	56 (19.7)	0 (0.0)	20 (30.8)	36 (40.5)	
Resultado de examen de COVID-19					

Positivo	20 (7.0)	0 (0.0)	9 (13.9)	11 (12.4)	0.000 ^a
Negativo	36 (12.7)	0 (0.0)	11 (16.9)	25 (28.1)	
No se realizo	228 (80.3)	130 (100.0)	45 (69.2)	53 (59.5)	

^a Prueba de chi cuadrado

^b Test exacto de Fisher

La **Tabla 3** presenta las características clínicas de los pacientes atendidos por emergencia. Se muestra que el 34.6% de los pacientes atendidos en emergencia tenían al menos un antecedente médico en 2019, el 41.5% de pacientes tienen antecedentes médicos el año 2020 y el 44.9% en el año 2021. La prueba de Chi cuadrado demostró que la frecuencia de atenciones entre pacientes con y sin antecedentes médicos no tuvo una diferencia estadísticamente significativa entre los años de estudio, con un p valor= 0.284^a, lo que supera nivel de significancia estadística de 0.05.

El 6.9% de los pacientes atendidos por emergencia tenían el antecedente de diabetes mellitus tipo 2 el año 2019 en comparación con el 6.1% de pacientes con este antecedente durante el año 2020 y el 5.6% de los pacientes atendidos el año 2021. La prueba estadística de Chi cuadrado para la frecuencia de atenciones entre los pacientes que presentaron y no presentaron diabetes mellitus tipo 2 como antecedente médico no demostró diferencia significativa entre los años de estudio. (p valor= 0.925^a)

Respecto la variable antecedente de hipertensión arterial, se encontró que el 5.4% de los pacientes atendidos previo al confinamiento presentaban este antecedente, mientras que durante el confinamiento (2020) no hubo pacientes con este antecedente, y el 7.9% en los pacientes atendidos en el año 2021 tenían hipertensión arterial como antecedente. El Test exacto de Fisher muestra un p valor= 0.049^b, el cual indica que la frecuencia de atenciones entre los pacientes que tienen y no tienen hipertensión arterial como antecedente, demostró diferencia significativa entre los años 2019, 2020 y 2021.

En relación a la variable antecedente medico de gastritis crónica, el 3.1% de los pacientes atendidos por emergencia tenían este antecedente durante el año 2019, el 4.6% durante el año 2020 y ningún paciente fue atendido con este antecedente en el año 2021. La prueba estadística de Test exacto de Fisher se utilizó para evaluar la frecuencia de atenciones entre los pacientes que presentan y no

presentan el antecedente de gastritis crónica, no demostró diferencia significativa entre los años 2019, 2020 y 2021. (p valor= 0.105^b)

Respecto a la variable antecedentes de enfermedades oncológicas, del total de pacientes atendidos en 2019, el 0.8% tenían este antecedente y el 1.1% de los pacientes atendidos después del confinamiento también presentaron este antecedente. Durante el periodo de confinamiento, no hubo pacientes con este antecedente. El estadístico de Test exacto de Fisher arrojó un p valor= 1^b, siendo mayor el nivel de significancia estadística de 0.05. Por lo tanto, no hay diferencia significativa entre la frecuencia de atenciones de los pacientes que presentan y no presentan esta comorbilidad como antecedente médico respecto a los años de atención.

Respecto a los antecedentes psiquiátricos, Se observa que el 20.8% de los pacientes atendidos antes del confinamiento tenían historia previa de enfermedad mental, en comparación al 24.6% y 31.5% presentaron este antecedente durante y después del confinamiento respectivamente. Mientras el 79.2% de los pacientes atendidos antes del confinamiento (2019) no presentaron antecedentes psiquiátricos. Tampoco el 75.4% durante el año 2020 y el 68.5% en el año 2021. La prueba estadística Chi cuadrado no demostró una diferencia significativa entre la frecuencia de atenciones de pacientes con y sin antecedentes psiquiátricos en los años 2019, 2020 y 2021, con un valor p de 0.199a.

En cuanto a la variable antecedente de trastorno de ansiedad, se evidenció que el 5.4% de pacientes atendidos antes del periodo de confinamiento tenían este antecedente. Durante el periodo del confinamiento, se observó un aumento en la frecuencia a 16.9% de pacientes con este antecedente, y posterior disminución a 10.1% en el año 2021. Para evaluar si existe diferencia significativa entre la frecuencia de atenciones de los pacientes que presentan y no presentan el trastorno de ansiedad como antecedente, se utilizó la prueba estadística de Chi cuadrado arrojando un p valor de 0.034^a, es menor de 0.05 por lo que se concluye que existe diferencia significativa respecto a los años de atención.

En relación al antecedente trastorno psicótico, se encontró que 10% de pacientes atendidos en el año 2019 presentaron este antecedente, mientras que el 3.1% de los pacientes atendidos durante el periodo de confinamiento tuvo este antecedente y el 6.7% de pacientes atendidos en el año 2021. La prueba

estadística fue Chi cuadrado no demostró diferencia significativa entre la frecuencia de atenciones de pacientes que presentan y no presentan el trastorno psicótico como antecedente con un p valor= 0.219^a durante los años en estudio.

En cuanto al antecedente trastorno depresivo, se encontró que el 0.8% de pacientes atendidos por emergencia presentaron este antecedente en el año 2019. Durante el confinamiento, no se presentó ningún paciente con dicho antecedente y después del confinamiento, se observó un aumento al 9%. El estadístico de Test exacto de Fisher arrojó un p valor de 0.001^b, lo cual es menor que el nivel de significancia estadística de 0.05. Por lo tanto, se concluye que hay una diferencia significativa en la frecuencia de atenciones de los pacientes que presentan y no presentan trastorno de depresión en los años 2019, 2020 y 2021.

En cuanto a la variable de examen de COVID-19, se observa que el 30.8% de los pacientes atendidos por emergencia en 2019 se realizaron el examen. Sin embargo, en 2021, se registró un aumento al 40.5% en la cantidad de pruebas efectuadas. Según el resultado del test de Chi cuadrado, la frecuencia de atenciones entre pacientes que se realizaron y no se realizaron el examen de COVID-19 difiere significativamente entre los años 2019, 2020 y 2021. El p-valor de 0.00 es menor al nivel de significancia estadística de 0.05, lo que sugiere que esta diferencia es estadísticamente significativa.

Respecto al resultado del examen de COVID-19, el 13.9% de los pacientes atendidos por emergencia durante el confinamiento resultaron positivos en la prueba, mientras que el 12.4 % lo hicieron después del confinamiento. En cuanto a los pacientes que dieron negativo al examen de COVID-19, el 16.9% fueron negativos en el año 2020 y el 28.1% durante el año 2021. La prueba estadística Chi cuadrado demostró diferencia significativa entre la frecuencia de atenciones de pacientes que resultaron positivos, negativos y los que no se realizaron la prueba de covid-19 durante los años en estudio con un p valor de 0.00^a.

TABLA 4. Diagnósticos psiquiátricos principales de los pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos por emergencia del Hospital II Huamanga de Essalud, Ayacucho 2019 - 2021.

Variables	Total N(%)	Atendidos por emergencia			p valor
		2019 n (%)	2020 n (%)	2021 n (%)	
Diagnósticos psiquiátricos					
Trastorno psicótico					
Sí	13(4.6)	8 (6.2)	1 (1.5)	4 (4.5)	0.357 ^a
No	271(95.4)	122 (93.8)	64 (98.5)	85 (95.5)	
Trastorno de bipolaridad					
Sí	7(2.5)	4 (3.1)	2 (3.1)	1 (1.1)	0.692 ^b
No	277(97.5)	126 (96.9)	63 (96.9)	88 (98.9)	
Trastorno depresivo					
Sí	23(8.1)	10 (7.7)	4 (6.1)	9 (10.1)	0.656 ^a
No	261 (91.9)	120 (92.3)	61 (93.9)	80 (89.9)	
Trastorno de ansiedad					
Sí	199(70.1)	95 (73.1)	46 (70.8)	58 (65.2)	0.450 ^a
No	85(29.9)	35 (26.9)	19 (29.2)	31 (34.8)	
Trastorno no orgánico del sueño					
Sí	22(7.7)	8 (6.2)	7 (10.8)	7 (7.9)	0.524 ^a
No	262(92.2)	122 (93.8)	58 (89.2)	82 (92.1)	
Trastorno de estrés y adaptación					
Sí	8(2.8)	2 (1.5)	4 (6.2)	2 (2.2)	0.186 ^b
No	276(97.2)	128 (98.5)	61 (93.8)	87 (97.8)	
Trastorno disociativo					
Sí	12(4.2)	3 (2.3)	1 (1.5)	8 (9.0)	0.038 ^b
No	272(95.8)	127 (97.7)	64 (98.5)	81 (91.0)	

^a Prueba de chi cuadrado

^b Test exacto de Fisher

En la **Tabla 4** se observan los diagnósticos psiquiátricos principales de los pacientes atendidos por emergencia. Del total de participantes atendidos durante el año 2019, el 6.2% presentaron trastorno psicótico, mientras que durante y después del confinamiento se presentaron en un 1.5% y 4.5% respectivamente. La prueba de Chi cuadrado se usó para evaluar la frecuencia de pacientes que presentaron y no presentaron trastorno psicótico en relación a las atenciones por año de estudio, el cual no demostró diferencia significativa con p valor de 0.357^a.

En relación al Trastorno Bipolar, se observa que un 3.1% de los pacientes atendidos durante el año 2019 presentaron este diagnóstico, Asimismo se presentó el 3.1% durante el período de confinamiento y el 1.1% después del confinamiento. Se empleó la prueba del Test Exacto de Fisher, la cual obtuvo un valor de p de 0.692^b, mayor al nivel de significancia estadística de 0.05. Por lo

tanto, no se encontró una diferencia significativa en la frecuencia de atención de los pacientes que presentaron y no presentaron Trastorno Bipolar en los años de atención evaluados.

En cuanto a el trastorno depresivo, se observa que el 7.7% de los pacientes atendidos en el 2019 presentaron este diagnóstico, mientras que el 6.1% fueron diagnosticados durante el periodo de confinamiento y el 10.1% después del confinamiento (2021). Se aplicó la prueba estadística de Chi cuadrado para evaluar la frecuencia de atenciones de los pacientes con o sin trastorno depresivo, pero no se encontró diferencia significativa entre los años 2019, 2020 y 2021. (p valor= 0.656^a).

Se muestra que el trastorno de ansiedad fue el más frecuente durante los años de estudio, con un 73.1% de pacientes atendidos previo al confinamiento y un 70.8% durante el confinamiento. Además, 65.32% fueron atendidos durante el año 2021 con este diagnóstico. El estadístico de Chi cuadrado arrojó un p valor de 0.450, lo que supera el nivel de significancia estadística de 0.05, por lo tanto, no existe una diferencia significativa en la frecuencia de atenciones de los pacientes que presentan y no presentan este diagnóstico principal respecto a los años de atención.

En relación al trastorno no orgánico del sueño el 6.2% de los pacientes atendidos antes del confinamiento en el 2019 presentaron este diagnóstico, mientras que durante el periodo del confinamiento el 10.8% de este diagnóstico y el 7.9% de los pacientes atendidos después del confinamiento. La prueba estadística fue Chi cuadrado no demostró diferencia significativa en la frecuencia de atenciones de pacientes que presentan y no presentan el trastorno no orgánico del sueño con un p valor de 0.524^a durante los años en estudio.

El diagnóstico principal de Trastorno de estrés y adaptación se presentó en un 1.5% de pacientes atendidos en el año 2019, en un 6.2% de los pacientes atendidos durante el periodo de confinamiento en 2020 y en un 2.2% de los atendidos en el año 2021. El Test exacto de Fisher muestra que la frecuencia de atenciones entre los pacientes que presentaron y no presentaron el diagnóstico principal difieren significativamente entre los años 2019, 2020 y 2021. (p valor = 0.186^b).

Finalmente, en relación al diagnóstico de trastorno disociativo, se observa que el 2.3% de los pacientes atendidos en el año 2019 presentaron este diagnóstico, el 1.5% de los atendidos durante el confinamiento y el porcentaje se incrementó a 9% después del confinamiento. La prueba estadística de Test exacto de Fisher arrojó un p valor de 0.038, siendo menor al nivel de significancia estadística de 0.05, por lo que hay diferencia significativa en la frecuencia de atención de los pacientes que presentan y no presentan este trastorno respecto a los años de atención.

5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente estudio se comparó la frecuencia, características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico que fueron atendidos por emergencia del hospital II Essalud Huamanga, durante los periodos de marzo hasta diciembre del 2019, 2020 y 2021. El motivo principal de esta comparación fue analizar si el periodo de confinamiento por el COVID-19 pudo generar una alteración en la atención por emergencia de los pacientes con diagnósticos psiquiátricos. Dado que los pacientes de nuestra demografía se han visto duramente perjudicados en la salud mental que ocasionó la pandemia en los países con más alto número de casos registrados de COVID-19.

Entre los hallazgos obtenidos de este estudio destaca la disminución de pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos durante el confinamiento y un aumento de las atenciones después del confinamiento. Se describieron las características de los pacientes atendidos por emergencia entre los años 2019, 2020 y 2021. Se recopiló los diagnósticos psiquiátricos principales más frecuentes presentados por los sujetos de estudio, siendo estos el trastorno de ansiedad, trastorno depresivo y trastorno orgánico del sueño.

Se observó una disminución del 50% en el número de pacientes atendidos por emergencia durante el período de confinamiento en 2020. Sin embargo, desde 2020 hasta 2021, se registró un aumento progresivo. En estudios similares, como los de Solari-Heresmann LM et al ⁽¹³⁾ y Gonçalves-Pinho M et al ⁽⁸⁾, también se registró una disminución, del 58.25% y del 52.2% respectivamente. Durante los años 2019 a 2020, se evidenció una importante reducción a la mitad en el número de pacientes atendidos por urgencia. Este hallazgo podría ser atribuido a las medidas restrictivas, las limitaciones en el desplazamiento, el aislamiento

impuesto por la cuarentena y el miedo al contagio, que podrían ser algunas de las razones más importantes que causaron el descenso en el número de pacientes atendidos durante el período de confinamiento.

Respecto a la edad esta investigación obtuvo un promedio de 46 años de edad, similar a estudios de diversos autores como Solari et al.¹³ 40 años de edad, Gonçalves et al.⁽⁸⁾ 46 años y Sacco et al.⁽¹¹⁾ 43 años en promedio. Ello podría explicarse debido a que los pacientes que acuden por emergencia en su mayoría sean adultos y adultos mayores.

El presente estudio demuestra que el grupo de edad con mayor frecuencia de atenciones por emergencia son los pacientes adultos entre 30 y 59 años (67.7%). Por otro lado, los grupos con menor frecuencia de atenciones son los adolescentes de 14 a 18 años (7.4%) y los jóvenes de 18 a 29 años (4.2%). Durante el periodo de confinamiento, se observó una disminución en la frecuencia de atenciones en todos los grupos de edad, con una mayor disminución en adolescentes, jóvenes y adultos mayores (p valor=0.527^a). En los estudios realizados por Gonçalves-Pinho M. et. al.⁽⁸⁾, se encontró que los pacientes que acudieron con mayor frecuencia a emergencias eran adultos entre 31 a 50 años (40.6%) y entre 50 a 70 años (30.5%). Por otro lado, los pacientes con menor frecuencia de asistencia fueron los de 18 a 30 años (20.5%) y mayores de 70 años (8.4%). Durante el período de confinamiento, se observó una disminución en la frecuencia de atenciones por emergencias en todos los grupos de edad, con una mayor disminución en los jóvenes y adultos mayores (p valor=0.078). Por otro lado, el estudio realizado por Hartnett Y et. al.⁽¹⁵⁾ registró diferencias significativas en la distribución de edades. Se encontró un aumento notable en la atención de pacientes menores de 18 años, así como también un aumento en la atención de pacientes entre 30 a 39 años y 40 a 49 años durante el confinamiento. Por el contrario, se registró una disminución en la atención de pacientes de 18 a 29 años durante el confinamiento (p valor <0.001). Se explica el descenso en la frecuencia de atenciones médicas por trastornos psiquiátricos en todos los grupos de edad durante el confinamiento se explica por las medidas restrictivas impuestas por el estado, así como por el miedo al contagio de COVID-19. Se observó una disminución en la frecuencia de atención de adolescentes y adultos mayores, quienes cumplieron con estas medidas de manera más rigurosa. En contraste, el incremento de atenciones de los grupos de edad más vulnerables como adolescentes y jóvenes puede ser

resultado de una reacción rápida por parte del estado para brindar atención especializada a pacientes con problemas de salud mental. Esto se logró a través de vías de acceso diferentes y de la existencia de hospitales psiquiátricos especializados. De acuerdo con la epidemiología, aunque los trastornos psiquiátricos pueden darse en cualquier edad, su frecuencia aumenta con el tiempo y suelen debutar a partir de los 25 años.

Por otra parte, las mayores frecuencias de pacientes atendidos por emergencia fueron del sexo femenino (67.7%), antes y durante confinamiento sus valores fueron de 58.5% y 64% respectivamente, sin diferencia significativa. Datos similares se obtuvieron por los autores Solari-Heresmann LM et al¹³ con un 54.9% durante el año 2019 y 61.8% durante el 2020, sin diferencia significativa. Gonçalves-Pinho M et al⁸ contó con un 61.6% de población femenina durante el 2019 y de 55.9% durante el 2020, con diferencia significativa respecto a los grupos. Aunque otros autores tuvieron mayor porcentaje de pacientes masculinos como Sacco DL et al¹¹ en 55.2% la muestra prepandemia y 53.8% la muestra de pandemia. Se puede detallar que el sexo femenino es más frágil a la angustia mental relacionada con COVID-19, sin embargo, no hubo diferencia de género (sexo masculino) en la comparación entre los años 2019 y 2020¹⁵.

En cuanto al estado civil, los pacientes que acuden a emergencias con mayor frecuencia son aquellos que tienen pareja, representando un 73% del total. Durante los años 2019, 2020 y 2021, la frecuencia de pacientes que tenían pareja fue de 71.5%, 73.8% y 77.5%, respectivamente. No se observaron diferencias significativas en la frecuencia de atención por emergencia entre aquellos con pareja y sin pareja durante el confinamiento (2020), según el estudio (p valor=0.611a). De acuerdo con el estudio de Flament et al⁽¹³⁾ también se encontró que los pacientes con pareja ingresaron con mayor frecuencia, representando un 70% del total. La frecuencia de pacientes con pareja en los años 2019 y 2020 fue de 62% y 68%, respectivamente. Además, se evidenció una disminución en la frecuencia de atención por emergencia similar entre los pacientes con pareja y sin pareja (p valor 0.713). Este resultado podría explicarse por el hecho de que la demografía del establecimiento de salud se mantuvo sin ser afectada por la pandemia, incluyendo la razón de tener o no pareja. Se considera que tener pareja es un factor protector durante la pandemia, lo que podría ayudar a mantener la salud mental, a diferencia de aquellos que no tienen pareja.

En relación al destino de atención de pacientes atendidos por emergencia con trastornos psiquiátricos, se encontró una gran cantidad de pacientes con destino a alta, en un 96.9%, 97.8% antes y después del confinamiento y un 100% durante el confinamiento. En cambio, la hospitalización solo alcanzó un 3.1% en 2019 y un 2.2% después del confinamiento y durante el confinamiento tuvo como resultado 0%, con p valor de 0.48. Estudios similares, como los de Yalcin M et al⁷ observando una disminución de pacientes con destino a la hospitalización; en los periodos antes del confinamiento con un 12.5% y durante el confinamiento 6.8%; con p valor 0.001. Solari-Heresmann LM et al¹³ es su estudio, respecto a la hospitalización del paciente, también se observó una disminución del porcentaje de atención de 91.8% en 2019 y de un 58.8% en 2020. Por otro lado, el autor Cafaro R et al⁹ el cual afirma tener en sus resultados el 20.1% de pacientes con destino a hospitalizarse antes del confinamiento y 34.5% durante el confinamiento, observándose un aumento significativo; mientras el porcentaje de pacientes dados de alta disminuyó significativamente del año 2020 en comparación con 2019 (50% y 61.3%), con p valor 0.01. Aunque los resultados de los estudios son concordantes con la mayoría de los trabajos publicados, La disminución en la hospitalización podría ser debido a la mayor demanda de pacientes contagiados con COVID-19 y a la limitación de los servicios de atención, así como a la mayor presencia de miedo al contagio por el virus.

El estudio mostró que el 77.8% de los pacientes ingresaron por emergencia solo una vez, mientras que el 3.2% lo hizo tres o más veces respecto a los años de estudio. Se evidenció un incremento marcado de 1.5% a 9.2% en el número de pacientes que acudieron a emergencia 3 o más veces, antes y durante el confinamiento, respectivamente, con posterior disminución en el año 2021 al 1.1% (p valor 0.031^b). En otro estudio similar realizado por Yalçın et al⁽⁸⁾ obtuvo que los pacientes que acuden 1 sola vez fue el 79.6 % a comparación de aquellos de menor porcentaje que van de 3 a más ingresos (2.4% antes del confinamiento y 4.5% durante el confinamiento), en el cual también se registró mayor incremento de ingresos durante el 2020. El incremento del número de ingresos en el 2020 podría explicarse posiblemente por la exacerbación de pacientes que tuvieran diagnóstico previo de enfermedad psiquiátrica durante este periodo. La posterior disminución del número de ingresos durante el año 2021 podría deberse a que se captaron los pacientes con diagnósticos psiquiátricos por emergencia y

canalizaron sus posteriores atenciones mediante la telemedicina y otros accesos para la recepción de sus medicamentos mediante consultorios externos.

En cuanto a los antecedentes psiquiátricos, este estudio evidenció que el 25% de los pacientes que acudieron a la emergencia presentaban antecedentes previos de enfermedad mental. No hubo diferencias significativas en la frecuencia de atención entre aquellos con y sin antecedentes psiquiátricos durante los años 2019, 2020 y 2021 (20.8%, 24.6% y 28% respectivamente). En el estudio de Flament et al ⁽¹³⁾, no se encontraron cambios en el número de ingresos por emergencia de pacientes con antecedentes psiquiátricos en comparación con aquellos sin antecedentes. La frecuencia de pacientes con antecedentes en este estudio fue del 14% del total, con un valor p de 0.297. Este resultado contrasta con el estudio de Yalçın et al ⁽⁸⁾, en el que el 91% de los pacientes tenían antecedentes psiquiátricos y su frecuencia se mantuvo constante antes y durante el confinamiento, con un valor p de 0.9. La posible explicación de la constancia en la frecuencia de antecedentes psiquiátricos durante el confinamiento es que la demografía se mantuvo constante y la frecuencia de pacientes con antecedentes psiquiátricos no aumentó. También es posible que los pacientes hayan buscado atención médica en otros centros privados o públicos donde se sintieran más seguros. La discordancia en los resultados entre diferentes estudios puede deberse a que algunos estudios se realizaron en un hospital psiquiátrico.

El presente estudio evidenció que el 39.4% de los pacientes que acudieron a emergencias presentaron antecedentes médicos. La frecuencia de pacientes con antecedentes médicos fue observada por año y resultó ser de 34.6%, 41.5% y 44.9% en los años 2019, 2020 y 2021, respectivamente. Además, se pudo concluir que la frecuencia de pacientes con y sin antecedentes médicos fue similar durante los años de estudio (valor p 0.284^a). En el estudio de los autores Beghi et al. ⁽⁸²⁾, se encontró que un 35% de los pacientes tenían antecedentes médicos, con una frecuencia de 31.4% antes del confinamiento y 37.3% durante el confinamiento. Los resultados indicaron que la frecuencia se mantuvo similar entre aquellos con y sin antecedentes médicos (p valor 0.07). Esto se puede atribuir a que las restricciones implementadas por el gobierno se aplicaron de manera equitativa a toda la población, lo que resultó en una igual angustia de contagio de COVID-19

Por otra parte, en este estudio, se realizaron pruebas de COVID-19 en el 19.7% de los participantes, y el 7% resultó positivo, lo cual aumentó progresivamente entre los años 2020 y 2021 (p valor 0.000a). Según el estudio de Yalçın et al ⁽⁸⁾, solo el 0.9% resultó positivo para COVID-19. Este aumento en los resultados positivos se puede explicar por un mayor número de pruebas compradas por diferentes entidades y su uso en diferentes establecimientos de atención médica.

En cuanto a los diagnósticos psiquiátricos principales atendidos por emergencia, el estudio registró que la mayor cantidad de pacientes presentaban trastornos de ansiedad (70.1%), seguidos por trastornos depresivos (8.1%) y trastornos no orgánicos del sueño (7.7%) en relación con el total. Durante el año 2019, se observó un porcentaje similar en cuanto a los diagnósticos principales. Sin embargo, en 2020, el trastorno de ansiedad fue el principal, seguido por trastornos no orgánicos del sueño y trastornos de estrés y adaptación. En 2021, el trastorno de ansiedad siguió siendo el principal, seguido por trastornos disociativos y trastornos no orgánicos del sueño. Se encontró una diferencia significativa solo en cuanto al trastorno disociativo en comparación con los años previos de estudio.

En estudios con resultados similares, se observó en Yalçın M et al ⁽⁸⁾ que el 25.6% y el 19.2% de los pacientes con trastorno de ansiedad fueron atendidos en emergencias en los años 2019 y 2020, respectivamente, mientras que en el trastorno depresivo se encontraron tasas del 17.9% y 14.2%, con un valor de p <0.001. Otros autores, como Hartnett Y et al ⁽¹⁵⁾, informan un aumento significativo en las presentaciones de trastorno de ansiedad durante el período de confinamiento en comparación con el período previo. Sin embargo, otros autores han encontrado datos discordantes. Por ejemplo, Solari-Heresmann LM et al ⁽¹³⁾ reporta que el diagnóstico principal antes y durante el confinamiento fue trastorno bipolar con 37% y 31% respectivamente, seguido de otros trastornos psicóticos con 28% y 26%. Flament J ⁽¹²⁾ informa que el diagnóstico psiquiátrico más común es el trastorno bipolar (33% en 2019 y 40% en 2020), con un p valor de 0.35, y trastorno de estrés y adaptación (17% en 2019 y 10% en 2020) con un p valor de 0.21. Los datos del presente estudio sugieren que el aumento de pacientes con ansiedad y depresión durante el confinamiento refleja una mayor prevalencia de problemas de salud mental en la población estudiada. El trastorno de ansiedad podría estar relacionado con el miedo a contraer el virus, así como con otros factores de estrés como el desempleo y la escasez económica resultante de la

crisis financiera. Además, estos factores también podrían ser un factor de riesgo para el trastorno depresivo. En otros estudios realizados en países con un mayor desarrollo en materia de salud mental, se ha observado un alto porcentaje de pacientes con trastornos de bipolaridad, trastornos relacionados con el consumo de alcohol y sustancias tóxicas⁽¹³⁾.

LIMITACIONES:

Este estudio presentó las siguientes limitaciones:

Siendo una limitación la poca cantidad de pacientes y al haberse analizado únicamente el servicio de medicina, esto ha podido sesgar la significación estadística de los resultados, principalmente sobre la frecuencia de los diferentes trastornos psiquiátricos.

Se realizó en un único establecimiento de salud en Ayacucho, el cual puede tener un grupo poblacional diferente a otros por lo tanto los resultados pueden no extrapolarse a la población en general.

Este estudio al ser retrospectivo, se recopilaban datos de fuentes secundarias (historias clínicas) por tanto la información obtenida puede no ser precisa.

El diagnóstico fue realizado por el médico general quien contó con un periodo corto para realizar el diagnóstico por lo cual también podría generar sesgo.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

Primero: El impacto del confinamiento por COVID-19 resultó en una disminución de 45.8% a 22.9% del 2019 al 2020 respectivamente y un aumento del 31.1% para el 2021, en la frecuencia de atención de pacientes por emergencia en el Hospital II Huamanga de Essalud.

Segundo: La mayoría de los pacientes atendidos eran mujeres (64.4%), con una edad promedio de 46 años y el rango de edad más frecuente (68.3%) fue entre 30 a 59 años. El 73.9% de los pacientes tenía pareja (casado o conviviente) y solo el 2.1% fue hospitalizado.

Tercero: De los pacientes atendidos que presentaron como antecedente hipertensión arterial no acudieron en su totalidad durante el confinamiento del COVID-19 por ser un grupo vulnerable. Por otro lado, los pacientes que tenían el antecedente de trastorno de ansiedad mostraron un incremento en la frecuencia de atenciones por emergencia durante el periodo de confinamiento a su vez los pacientes que tenían diagnóstico previo de trastorno depresivo registraron un incremento después del confinamiento.

Cuarto: Se describe las frecuencias de los diagnósticos principales que llegaron a emergencia durante los años 2019, 2020 y 2021. El diagnóstico más frecuente (70.1%) es el trastorno de ansiedad en todos los años de estudio, seguido del

trastorno depresivo (8.1%) y otros diagnósticos con menor frecuencia fueron, el trastorno de estrés y bipolaridad con un 2.8% y 2.5% respectivamente.

Quinto: Se registró que el mayor porcentaje de pacientes que acuden por emergencia una sola vez fueron el 77.8%, mientras que el 3.2% ingresaron más de 3 veces por emergencia. Además, se evidencia un incremento en la frecuencia de pacientes que acuden de 3 veces a más veces por emergencia durante el periodo del confinamiento por COVID 19.

Sexto: El diagnóstico del trastorno disociativo presentó un marcado incremento en su frecuencia posterior al confinamiento a un 9%.

6.2 RECOMENDACIONES

- Sugerimos realizar estudios prospectivos longitudinales para obtener una mayor calidad de datos, y a su vez, llevar a cabo un seguimiento controlado de los factores de riesgo en pacientes recurrentes al servicio.
- Realizar un estudio que involucre a todos los servicios de atención con un aumento de pacientes, con el objetivo de extrapolar dicha información a la población en general.
- Nuestros resultados demuestran que las pacientes tienen una mayor frecuencia de atenciones por emergencia con diagnósticos de trastornos de ansiedad y depresión. Por lo tanto, sugerimos desarrollar estrategias en políticas de salud mental y un seguimiento y control adecuados de estos pacientes incluso después de su alta para manejar las consecuencias adversas dejada por el confinamiento por COVID-19.
- Los diagnósticos psiquiátricos persistentes, como trastornos de ansiedad y depresión, continúan siendo frecuentes a pesar de la exposición al COVID-19 como factor estresor. Se recomienda una mayor intervención multidisciplinaria en el seguimiento de estos pacientes.
- La salud mental es un tema de gran importancia para nuestra población y es necesario conocer las características específicas en un determinado grupo. Por lo tanto, invitamos a los establecimientos como el hospital de Essalud a permitir investigaciones en este campo, ya que la pandemia del COVID-19 ha generado cambios en el acceso a la atención de salud mental y son pocos los estudios sobre este tema en la región.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. 2020 [citado el 11 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>
2. Diario Oficial del Bicentenario El Peruano. Decreto Supremo N° 008-2020-SA, Decreto Supremo que declara en Emergencia Sanitaria a nivel nacional por el plazo de noventa (90) días calendario y dicta medidas de prevención y control del COVID-19 [Internet]. El peruano [citado el 29 de mayo del 2020]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-declara-en-emergencia-sanitaria-a-nivel-decreto-supremo-n-008-2020-sa-1863981-2/>
3. Diario Oficial del Bicentenario El Peruano. Decreto Supremo N° 044-2020-PCM. Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19 [Internet]. El peruano [citado el 29 de mayo del 2020]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-declara-estado-de-emergencia-nacional-po-decreto-supremo-n-044-2020-pcm-1864948-2/>.
4. World Health Organization. Mental health and COVID-19 [Internet]. World Health Organization. 2020 [citado el 29 de mayo del 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/mental-health-and-covid-19>
5. Ministerio de Salud (MINSA). Tiempos de pandemia 2020-2021 [Internet]. Lima- Perú, 1°. Edición digital, julio 2021. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5485.pdf>
6. Peters CJ. Protección de la salud mental y atención psicosocial en situaciones de epidemias [Internet]. Rev la Organ Panam la Salud. 2016 [citado 14 de febrero 2022];7(2):1–19. Disponible en: [https://www.paho.org/disasters/dmdocuments/SM en epidemias.pdf](https://www.paho.org/disasters/dmdocuments/SM%20en%20epidemias.pdf)
7. Yalçın M, Baş A, Bilici R, Özyay Y, Engin Ö, Beştepe E, et al. Psychiatric emergency visit trends and characteristics in a mental health epicenter in Istanbul during COVID 19 lockdown. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet]. 2021 [cited 2022 May 18];56(12):2299–2310. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02171-0>
8. Gonçalves-Pinho M, Mota P, Ribeiro J, Macedo S, Freitas A. The Impact of COVID-19 Pandemic on Psychiatric Emergency Department Visits – A Descriptive Study. Psychiatr Q [Internet]. 2021 [cited 2022 May 18];92(2):621–31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32839923/>
9. Cafaro R, Piccoli E, Ferrara L, Russo S, Dragogna F, Viganò C, et al. The impact of COVID-19 on the psychiatric emergency departments of two Italian

hospitals in Milan. *Psychiatry Res* [Internet]. 2022 [cited 2022 May 25]; 14(4):293. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-34896844>

10. Lee SY, Ro YS, Jeong J, Shin S Do, Moon S. Impact of the COVID-19 Pandemic on the Incidence and Characteristics of Patients with Psychiatric Illnesses Visiting Emergency Departments in Korea. *J Clin Med* [Internet]. 2022 [cited 2022 May 25]; 11(3): 488. Available from: [ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8836502/pdf/jcm-11-00488.pdf](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8836502/pdf/jcm-11-00488.pdf)

11. Sacco DL, Probst MA, Schultebrucks K, Greene MC, Chang BP. Evaluation of emergency department visits for mental health complaints during the COVID-19 pandemic. *J Am Coll Emerg Physicians Open* [Internet]. 2022 [cited 2022 May 27];3(3). 612-728. Available from: doi: 10.1002/emp2.12728

12. Flament J, Scius N, Zdanowicz N, Regnier M, De Cannière L, Thonon H. Influence of post-COVID-19 deconfinement on psychiatric visits to the emergency department. *Am J Emerg Med* [Internet]. 2021 [cited 2022 May 18]; 48:238–242. Available from: doi: 10.1016/j.ajem.2021.05.014

13. Solari-Heresmann LM, Pérez-Balaguer A, Gil-Benito E, del Sol-Calderón P, Sanz-Aranguéz-Ávila B, Gayubo-Moreo L, et al. Analysis of the demand for care in a psychiatric emergency room and an acute inpatient unit in the context of the COVID-19 pandemic. *Rev Chil Neuropsiquiatr* [Internet]. 2021 [cited 2022 May 25];59(1):27–37. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272021000100027&lng=es&nrm=iso&tlng=n

14. Rodríguez-Jiménez R, Rentero D, Romero-Ferreiro V, García-Fernández L. Impact of outbreak COVID-19 pandemic on psychiatry emergencies in Spain. *Psychiatry Res* [Internet]. 2021 [cited 2022 May 18]; 295(1) :113581. Available from: doi: 10.1016/j.psychres.2020.113581

15. Hartnett Y, Alshurafa K, McAndrew J, Daly D, Alsaffar M, Cotter D, et al. One year of psychiatric presentations to a hospital emergency department during COVID-19. *Ir J Psychol Med* [Internet]. 2022 [cited 2022 May 25]; 14;1-7. Available from: doi: 10.1017/ipm.2022.6

16. Cancilliere MK, Donise K. A Comparison of Acute Mental Health Presentations to Emergency Services Before and During the COVID-19 Pandemic. *R I Med J* (2013) [Internet]. 2022 [cited 2022 May 18];105(4):9–15. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35476729>

17. Hoyer C, Ebert A, Szabo K, Platten M, Meyer-Lindenberg A, Kranaster L. Decreased utilization of mental health emergency service during the COVID-19 pandemic. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2021 [cited 2022 May 18];271(2):377–9. Available from: [/pmc/articles/PMC7282463/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7282463/)

18. Ministerio de Salud. Ministerio de Salud atendió más de un millón 200 mil casos relacionados a salud mental durante 2019 [internet]. MINSA 2020 [citado 14 de febrero de 2020] Disponible:

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/82187-ministerio-de-salud-atendio-mas-de-un-millon-200-mil-casos-relacionados-a-salud-mental-durante-2019>.

19. Belisario Quispe G. Impacto del confinamiento por COVID-19 en la tasa de recaídas de episodios psicóticos agudos de esquizofrenia evaluados en el centro de salud comunitario de Hunter. (Tesis doctoral en internet). Perú: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2022. [citado el 10 marzo del 2022];54p. Disponible en:
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12773/14328/MCbequge.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

20. Rodríguez JH. Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica* [Internet]. 2020 [cited 2022 May 29];24(3):578–94. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300578

21. Respuesta a la emergencia por COVID-19 en Perú - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. organización panamericana de la salud. 15987BC [citado el 29 de mayo]. Disponible en:
<https://www.paho.org/es/respuesta-emergencia-por-covid-19-peru>

22. Presidencia de la República. Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19 [Internet]. 2020. [citado el 30 de mayo del 2022]. Disponible en:
<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-declara-estado-de-emergencia-nacional-po-decreto-supremo-n-044-2020-pcm-1864948-2/>

23. Gutiérrez-Tudela JW. La pandemia de la COVID-19 en el Perú: análisis epidemiológico de la segunda ola. *Rev la Soc Peru Med Interna* [Internet]. 2021 [citado el 30 mayo del 2022];34(4):129. Disponible en:
<http://51.79.48.69/index.php/spmi/article/view/627707>

24. Wikipedia. Pandemia de COVID-19 en Perú - Wikipedia, la enciclopedia libre. 2020 [citado 2 de junio del 2022]; Disponible en:
https://es.wikipedia.org/wiki/Pandemia_de_COVID-19_en_Perú#2021:_Resurgimiento_de_una_segunda_ola

25. Sánchez-Villena AR, de La Fuente-Figuerola V. COVID-19: cuarentena, aislamiento, distanciamiento social y confinamiento, ¿son lo mismo? *An Pediatría* [Internet]. 2020 [citado 19 junio del 2022];93(1):73–4. Disponible en:
<https://www.analesdepediatría.org/es-pdf-S1695403320301776>

26. Ballena CL, Cabrejos L, Davila Y, Gonzales CG, Mejía GE, Ramos V, et al. Impacto del confinamiento por COVID-19 en la calidad de vida y salud mental. *Rev del Cuerpo Med Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo* [Internet]. 2021 [citado 19 junio del 2022];14(1):87–9. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2227-47312021000100015

27. Huarcaya-Victoria J. Mental health considerations about the COVID-19 pandemic. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 2];37(2):327–34. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342020000200327&lng=es&nrm=iso&tlng=es
28. MINSA. La salud mental de niñas, niños y adolescentes en el contexto de la COVID-19 [Internet]. 2021 [citado 2 de junio 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/informes/salud-mental-ninas-ninos-adolescentes-contexto-covid-19-estudio-en-linea-peru-2020>
29. Tizón JL, Ciurana R, Fernández-Alonso M del C, Buitrago F. La salud mental de los jóvenes y la pandemia de la COVID-19: la parcialización y pixelación de la juventud. *FMC - Form Médica Contin en Atención Primaria* [Internet]. 2022 Apr 1 [cited 2022 May 29];29(4):159–63. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1134207222000342>
30. Granda-Oblitas A, Quiroz Gil GX, Runzer Colmenares FM. Efectos del aislamiento en adultos mayores durante la pandemia. Revisión de la literatura. *Acta Medica Perú* [Internet]. 2022; 38(4):305–12. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172021000400305
31. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. La OPS destaca la crisis de salud mental poco reconocida a causa de la COVID-19 en las Américas. OPS [Citado 24 noviembre 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/24-11-2021-ops-destaca-crisis-salud-mental-poco-reconocida-causa-covid-19-americas>
32. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet* [Internet]. 2020; 395(10227):912-20. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30460-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30460-8/fulltext)
33. Association AP. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 [Internet]. 5 a. Vol. 26, Arlington. 2013. 438 p. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
34. Ministerio de Salud. MINSA: Más de 300 mil casos de depresión fueron atendidos durante el 2021 [Internet]. MINSA [citado 13 de enero de 2022] Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/575899-minsa-mas-de-300-mil-casos-de-depresion-fueron-atendidos-durante-el-2021>
35. Estadísticas de depresión en el Perú [Internet]. Psicología [citado el 03 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://equilibrioyarmonia.pe/estadisticas-de-depresion-en-el-peru/>
36. Post RM. Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1992 Psicología [citado el

03 de junio de 2022]; 149(8):999-1010. Disponible de: doi: 10.1176/ajp.149.8.999. PMID: 1353322.

37. Ortiz-Tallo M, Del Mar Campos M, Cano J, Cardenal V. Psicopatología Clínica adaptado al DSM-5 [Internet]. Vol. 2da, Madrid, Ediciones Pirámide. 2019[citado 10 enero de 2022]. 289 p. Disponible en: <https://www.edicionespiramide.es/libro.php?id=5197888>

38. Tellez-Vargas J. La noradrenalina su rol en la depresión. rev. colomb.psiquiater. [Internet]. 2000 [citado 4 febrero 2023] ; 29(1): 50-73. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502000000100006&lng=en.

39. Pérez-Padilla E, Cervantes-Ramírez V, Hijuelos-García N, Pineda-Cortés J, Salgado-Burgos H. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. Rev. biomédica [Internet]. 2017 [citado 4 febrero 2023]; 28(2): 73-98. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-844720170002000073&lng=es. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>.

40. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates [Internet].; 2017 [cited 2020 November 12]. Available from: WHO/MSD/MER/2017.2.

41. Organización Panamericana de la Salud, OMS. The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas, 2018. [internet].; 2018 [cited 2020 November 25]. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275120286_eng.pdf

42. Kandola A, Vancampfort D, Herring M, Rebar A, Hallgren M, Firth J, et al. Moving to Beat Anxiety: Epidemiology and Therapeutic Issues with Physical Activity for Anxiety. Curr Psychiatry Rep [Internet]. 2018 [cited 2023 Feb 4];20(8). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30043270/>

43. Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. Dialogues Clin Neurosci [Internet]. 2017 [cited 2022 Jan 20];19(2):93–106. Available from: [/pmc/articles/PMC5573566/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30043270/)

44. Esquizofrenia [Internet]. Organización Mundial de Salud. 2022 [Citado 4 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

45. Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB. Excess early mortality in schizophrenia [Internet]. Vol. 10, Annual Review of Clinical Psychology. Annu Rev Clin Psychol; 2014 [cited 2023 Feb 4]. p. 425–48. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24313570/>

46. Ripke S, Neale BM, Corvin A, Walters JTR, Farh KH, Holmans PA, et al. Biological insights from 108 schizophrenia-associated genetic loci. Nature [Internet]. 2014 Jul 22 [cited 2023 Feb 4];511(7510):421–7. Available from: <https://www.nature.com/articles/nature13595>

47. Pena-Garijo J, Monfort-Escrig C. Cognición en la esquizofrenia. Estado actual de la cuestión (I): métodos de evaluación y correlatos neurales. Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría [Internet]. 2020 Jun [cited 2023 Feb 4];40(137):109-30. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352020000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
48. Camacho Rubio J, Olmeda García MS. Trastornos disociativos. Med [Internet]. 2019 [cited 2022 Feb 12];12(84):4938–46. Available from: doi: 10.1016/j.med.2019.07.004
49. De L, Borges R, Ramos Muñoz Á, Carlos González J. La fuga disociativa: A propósito de un caso y una breve revisión bibliográfica. Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría [Internet]. 2011 [cited 2022 Jun 26];31(4):725–31. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000400010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
50. Organización Mundial de la Salud. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento [Internet]. Editorial Médica Panamericana. Madrid; 2000 [cited 2022 Jun 5]. 89–108 p. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920_spa.pdf
51. De la Hoz Bradford A, Ávila Mauricio J, Bohórquez Peñaranda A, García Valencia J, Arenas Borrero Álvaro E, Vélez Traslaviña A et al. Guías de práctica clínica en esquizofrenia: evaluación mediante AGREE II. rev. colomb.psiquiater. [Internet]. 2014 [cited 2022 May 30]; 43(1): 3-12. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502014000500002&lng=en. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.05.002>.
52. Murray B. Stein, MD, MPH. COVID-19: enfermedad psiquiátrica [Internet]. 2022 [cited 2022 mayo 02]; Available from: https://bibvirtual.upch.edu.pe:2050/contents/covid-19-psychiatricillness?search=COVID19%20AND%20MENTAL%20HEALTH&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1139697333
53. Clasificación de trastornos mentales CIE 10 Criterios de la OMS [Internet]. 1992 [cited 2022 May 30]; Available from: http://www.edras.cl/wg/data.edras.cl/resources-files-repository/Clasificacion_de_trastornos_mentales_CIE10.pdf
54. García López, A. León Quismondo, L. Gálvez Calero, C. Hernández Jurdado P. Protocolo diagnóstico del paciente depresivo. Med [Internet]. 2015 [cited 2022 Jun 2];11(85):5098–102. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2015.08.005>
55. Macías-Carballo M, Pérez-Estudillo C, López-Meraz L, Beltrán-Parrazal L, Morgado-Valle C. Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. Neurobiología Revista Electronica [Internet]. 2019 [cited 2022 Jul 4];1–11.

Available from:

<https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2019/24/Macías/HTML.html>

56. Penninx BW, Pine DS, Holmes EA, Reif A. Anxiety disorders. *Lancet* [Internet]. 2021 [cited 2022 Jun 4];397(10277):914–27. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33581801/>
57. Feriante, J. Bernstein B. Separation anxiety. *Radiol Technol* [Internet]. 2013 [cited 2022 Feb 4];85(1):120. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32809628/>
58. Sáiz Ruiz J. Montes Rodríguez MJ. Trastornos de ansiedad. In: *American psychiatric Association DSM-5* [Internet]. 2014 [cited 2022 Dec 10]. p. 189–234. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030454120371049X>
59. Samra C., Abdijadid S. Specific Phobia. In: *Definitions* [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 21]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29763098/>.
60. Leichsenring F, Leweke F. Social Anxiety Disorder. *N Engl J Med* [Internet]. 2017 [cited 2022 Feb 26] ;376(23):2255–64. Available from: <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1614701>
61. Cackovic C, Nazir S, Marwaha R. Panic Disorder [Internet]. 2022 [cited 2022 Jun 4]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28613692/>
62. Balaram K, Marwaha R. Agoraphobia [Internet]. 2022 [cited 2022 May 27]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32119274/>
63. Showraki M, Showraki T, Brown K. Generalized Anxiety Disorder: Revisited. *Psychiatr Q* [Internet]. 2020 [cited 2022 Oct 29];91(3):905–14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32383134/>
64. Adela-Emilis Gómez Ayala. Enfermedad bipolar. Clínica y etiopatogenia | *Offarm* [Internet]. 2018 [cited 2022 Oct 19]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-enfermedad-bipolar-clinica-etiotopogenia-13123518>
65. Izquierdo AY, Pascual FH, Monteiro GC. Trastornos del sueño. *Med* [Internet]. 2019 Feb 1 [cited 2022 Oct 10];12(72):4205–14. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541219300290#:~:text=Los trastornos del sueño abarcan,diabetes%2C deterioro cognitivo%2C etc.>
66. Gálvez JF. Trastornos por estrés y sus repercusiones neuropsicoendocrinológicas. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2005 [cited 2022 Oct 19];34(1):77–100. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=es
67. Carmen R, Martín E, Ramos Muñoz R. Trastorno de adaptación: análisis de la Incapacidad Laboral por contingencias comunes en Ibermutuamur, Mutua de

- Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. *Med Segur Trab (Madr)* [Internet]. 2013 [cited 2022 Oct 19];59(232):322–44. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2013000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
68. Solano Ulloa AR. Impacto del Covid-19 en la salud mental del adulto mayor [Tesis en Internet]. Perú. Universidad Privada Antenor Orrego - UPAO; 2020 [cited 2022 Oct 1].13p Available from: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/6829>
69. Esparza–Varas, Cruzado-Joaquín, Dávila-Moreno, Díaz-Cubas, De la Cruz-Vargas, Ascoy-Gavidia, Espinoza- Cueva, Huamán-Saavedra. Modificaciones de la conducta alimentaria, actividad física y salud mental por la cuarentena covid-19 en adultos jóvenes. *Revista Médica Herediana* [internet]. 2022 [citado 29 may 2022];33(1):15-3. available from: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/rmh/article/view/4164>
70. Santa-Cruz-Espinoza H, Chavez-Ventura G, Dominguez-Vergara J, Araujo-Robles ED, Aguilar-Armas HM, Vera-Calmet V. El miedo al contagio de covid-19, como mediador entre la exposición a las noticias y la salud mental, en población peruana. *Enferm Glob* [Internet]. 2022 Jan 1 [cited 2022 Dec 4];21(1):271–82. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412022000100271&lng=es&nrm=iso&tlng=es
71. Ramos-Lira L. ¿Por qué hablar de género y salud mental? *Salud Ment* [Internet]. 2014 [cited 2022 Jul 23];37(4):275. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000400001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
72. Williams R, Jenkins DA, Ashcroft DM, Brown B, Campbell S, Carr MJ, et al. Diagnosis of physical and mental health conditions in primary care during the COVID-19 pandemic: a retrospective cohort study. *Lancet Public Heal* [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2022 Nov 17];5(10): e543–50. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32979305/>
73. MINSA. Norma técnica del servicio de Emergencia del Perú [Internet]. Ministerio de Salud. 20202020 [citado el 22 noviembre 2022]. p. 1–39. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/NT042emerg.pdf>
74. Clínica [Internet]. [citado el 21 junio 2023]. Disponible: <https://es.wikipedia.org/wiki/Clínica>
75. Almonacid Urrego CC, Giratá Pedraza MV, Salcedo Pretelt I, Almonacid Urrego IC. Papel de las pruebas rápidas (POCT) en el diagnóstico del SARS-COV-2, agente causal de COVID-19. *Nova* [Internet]. 2020 [citado el 21 diciembre 2022];18(35):43–52. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-24702020000300043&lng=en&nrm=iso&tlng=es

76. CDC. Pruebas de detección del COVID-19: información importante | CDC [Internet]. 2019 [citado el 22 d junio del 2023]. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/testing.html>

77. Interpretación de resultados de laboratorio para diagnóstico de COVID-19 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2022 [citado el 29 enero 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/interpretacion-resultados-laboratorio-para-diagnostico-covid-19>

78. Curioso Vilchez WH. Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria para hospitales, institutos y DIRESA. Minist Salud Perú [Internet]. 2013 [citado 20 diciembre 2022].;1(2):1–67. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2739.pdf>

79. Vásquez Alva R, Amado Tineo J, Ramírez Calderón F, Velásquez Velásquez R, Huari Pastrana R. Sobredemanda de atención médica en el servicio de emergencia de adultos de un hospital terciario, Lima, Perú. An la Fac Med [Internet]. 2016 [citado el 22 de junio 2022];77(4):379. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832016000400010

80. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio M del P. Metodología de la investigación [Internet]. Quinta edi. McGEAW-Hill /Interamericana editores SADCV, editor. Metodología de la investigación. México; 2010 [citado 20 noviembre 2022]. 76–88 p. Disponible en: <http://www.casadellibro.com/libro-metodologia-de-la-investigacion-5-ed-incluye-cd-rom/9786071502919/1960006>

81. Celentano D, Szklo M. Gordis Epidemiología. 6th ed. Vol. 53, Journal of Chemical Information and Modeling. España; 2020. 1689–1699 p.

82. Beghi M, Brandolini R, Casolaro I, Beghi E, Cornaggia CM, Fraticelli C, et al. Effects of lockdown on emergency room admissions for psychiatric evaluation: an observational study from the AUSL Romagna, Italy. Int J Psychiatry Clin Pract [Internet]. 2021 [cited 2023 Feb 6];25(2):135–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33346685/>

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO DEL CONFINAMIENTO POR COVID-19 EN PACIENTES CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ATENDIDOS POR EMERGENCIA DEL HOSPITAL II HUAMANGA DE ESSALUD, AYACUCHO 2019-2021.

VARIABLE	PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	METODOLOGÍA
<p>PACIENTES CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS.</p> <p>Dimensión 1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS</p> <p>Indicadores *Sexo *Edad *Estado civil *Destino de atención *Número de ingresos</p> <p>Dimensión 2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS</p> <p>Indicadores *Antecedentes médicos</p>	<p>¿Cuál es la diferencia en la frecuencia y características epidemiológicas de los pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos por emergencia del Hospital II Huamanga de Essalud antes, durante y después del confinamiento por COVID-19 entre los años 2019, 2020 y 2021?</p>	<p>Comparar la frecuencia y características epidemiológicas de los pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos por emergencia del Hospital II Huamanga de Essalud antes, durante y después del confinamiento por COVID-19 entre los años 2019, 2020 y 2021.</p>	<p>La frecuencia y características epidemiológicas de pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos por emergencia del hospital II Huamanga de Essalud es igual antes, durante y después del confinamiento por covid-19 entre el 2019 al 2021.</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN: Básica (Fundamental)</p> <p>NIVEL DE INVESTIGACIÓN: Descriptivo Comparativo</p> <p>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: Observacional Transversal Retrospectivo</p> <p>POBLACIÓN: Historia clínica de pacientes que acuden al servicio de emergencia codificado con diagnóstico psiquiátrico principal del hospital II Huamanga de Essalud, Ayacucho.</p>
	<p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>¿Cuál es la diferencia entre las características sociodemográficas de los pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos por emergencia del Hospital II Huamanga de Essalud antes, durante y después del confinamiento por COVID-19</p>	<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>Comparar las características sociodemográficas de los pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos por emergencia del Hospital II Huamanga de Essalud antes, durante y después del confinamiento por COVID-</p>	<p>HIPÓTESIS ESPECÍFICOS</p>	

<p>*Antecedentes psiquiátricos *Examen Covid-19 *Resultado de Covid-19</p>	<p>entre los años 2019, 2020 y 2021?</p>	<p>19 entre los años 2019, 2020 y 2021.</p>		<p>TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN: Recopilación documental de historias clínicas.</p> <p>INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN: Ficha de Recolección de datos</p>
<p>Dimensión 3 DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICOS PRINCIPALES Indicadores</p> <p>*Trastorno de estrés y adaptación * Trastorno psicótico * Trastorno bipolar * Trastorno depresivo * Trastorno de ansiedad * Trastorno no orgánico del sueño * Trastorno disociativo</p>	<p>¿Cuál es la diferencia entre las características clínicas de los pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos por emergencia del Hospital II Huamanga de Essalud antes, durante y después del confinamiento por COVID-19 entre los años 2019, 2020 y 2021?</p>	<p>Comparar las características clínicas de los pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos por emergencia del Hospital II Huamanga de Essalud antes, durante y después del confinamiento por COVID-19 entre los años 2019, 2020 y 2021.</p>		<p>ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Para determinar la diferencia entre variables (características sociodemográficas, características clínicas y diagnósticos psiquiátricos principales relacionados al contexto del Covid-19), se utilizará la prueba de chi cuadrado o la prueba exacta de Fisher. Se usará la prueba exacta de Fisher si las frecuencias esperadas menor de 5 estuvieron presentes en menos del 20% de las celdas; y en caso de no cumplir con este criterio se usó la prueba exacta de Fisher.</p>
	<p>¿Cuál es la diferencia en la frecuencia de pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos por emergencia del Hospital II Huamanga de Essalud antes, durante y después del confinamiento por COVID-19 entre los años 2019, 2020 y 2021?</p>	<p>Comparar la frecuencia de pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos por emergencia del Hospital II Huamanga de Essalud antes, durante y después del confinamiento por COVID-19 entre los años 2019, 2020 y 2021.</p>		

ANEXO 2

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLE PRINCIPAL	DIMENSION	INDICADOR	INDICE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
PACIENTES CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICAS	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	SEXO	Masculino Femenino	Características de la estructura reproductiva que diferencian al organismo masculino del femenino.	Según su género, relatado en su historia clínica.	Categórica	Nominal (Dicotómico)	ficha de recolección de datos
		EDAD	años	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento, será valorado en rango de sus adolescentes (14 - 17 años), joven (18- 29 años), adulto (30 a 39 años, 40 a 49 años y 50 a 59 años), persona mayor (60 a 69 años y mayores de 70 años).	Años de vida, relatado en su historia clínica.	Numérica	Razón	ficha de recolección de datos
		EDAD	14 a 17 años			Categórica	Ordinal (Politómica)	
			18 a 29 años					
			30 a 39 años					
			40 a 49 años					
			50 a 59 años					
60 a 69 años								
≥ 70 años								
	Con pareja (casado, conviviente)	Situación de la persona determinada por una relación	Condición que define el estado conyugal del personal de	Categórica	Nominal (Dicotómica)	ficha de recolección de datos		

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	ESTADO CIVIL	Sin pareja (soltero, viudo, divorciado)	familiar, proveniente de un parentesco.	salud, relatado en su historia clínica.			
	DESTINO DE ATENCIÓN	Hospitalización	Determinada por el profesional médico, si la condición es o no una emergencia ya sea médica o quirúrgica de acuerdo a la clínica y gravedad.	si el paciente se hospitaliza o no de acuerdo a su historia clínica	Categórica	Nominal (Dicotómica)	Ficha de recolección de datos
		Alta					
	NÚMERO DE INGRESOS	1 ingreso	Se define como la suma de pacientes nuevos atendidos y reingresantes en el mismo período.	Se define como la suma de pacientes nuevos atendidos y reingresantes de acuerdo a su historia clínica	Categórica	Ordinal (Politómica)	Ficha de recolección de datos
		2 ingresos					
		≥ 3 ingresos					
	ANTECEDENTES MÉDICOS	Si presente	Condición causada por una enfermedad latente el cual aqueja a la persona que acude por emergencia.	Enfermedades preexistentes	Categórica	Nominal	Ficha de recolección de datos
		No presente					

		ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS	Si presento	Son trastornos psiquiátricos que pueden ser graves pertenecientes a trastornos psicóticos, depresión, trastornos de personalidad, ansiedad adaptativa y otras.	Enfermedades preexistentes	Categórica	Nominal (Dicotómica)	Ficha de recolección de datos
			No presento					
		EXAMEN DE COVID - 19	Se realizo	Son pruebas rápidas que permite detectar anticuerpos en las personas afectadas por el Covid 19, (IgM y/o IgG). En tanto la prueba molecular detecta la presencia de material genético (ARN) viral del SARS-CoV-2	Si el paciente se tomó o no el examen de COVID-19 acuerdo a su historia clínica	Categórica	Nominal (Dicotómica)	Ficha de recolección de datos
			No se realizo					
		RESULTADO DE EXAMEN DE COVID - 19	No se realizo	Prueba de detección del COVID-19 con que detectó el virus y tiene una infección.	Si el examen de COVID-19 resultado positivo o no de acuerdo a su historia clínica	Categórica	Nominal (Politómica)	Ficha de recolección de datos
			Positivo					
			Negativo					

	DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS PRINCIPALES	TRASTORN O PSICÓTICO	Si presentó	Los trastornos esquizofrénicos enfermedad compleja caracterizada en general por distorsiones fundamentales, características del pensamiento y de la percepción.	La CIE-10 clasifica según categoría F20	Categoría	Nominal (Dicotómica)	Ficha de recolección de datos
			No presentó					
		TRASTORN O BIPOLAR	Si presentó	Se caracteriza por dos o más episodios en las cuales el humor y la actividad del paciente están alterados	La CIE-10 clasifica según categoría F31.	Categoría	Nominal (Dicotómica)	Ficha de recolección de datos
			No presentó					
		TRASTORN O DEPRESIVO	Si presentó	Los pacientes desarrollan una disminución del estado anímico, disminución de la vitalidad, lo que resulta en una disminución de los niveles de actividad y fatiga excesiva, que ocurre incluso con un mínimo esfuerzo.	La CIE-10 clasifica según la categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente.	Categoría	Nominal (Dicotómica)	Ficha de recolección de datos
			No presentó					

		TRASTOR NO DE ANSIEDAD	Si presentó	La ansiedad se manifiesta como la sensación desagradable de anticipación ante un peligro o amenaza futuro o imaginados.	La CIE-10 clasifica según la categoría F40 trastornos de ansiedad y la F41 la de otros trastornos psiquiátricos.	Categórica	Nominal (Dicotómica)	Ficha de recolección de datos
			No presentó					
		TRASTOR NO NO ORGANICO DEL SUEÑO	Si presentó	El trastorno del sueño en un paciente dado, es una condición independiente o una de las manifestaciones de otro trastorno.	La CIE-10 clasifica según la categoría F51.	Categórica	Nominal (Dicotómica)	Ficha de recolección de datos
			No presentó					
		TRASTOR NO DISOCIATIVO	Si presentó	Se caracteriza por la desorganización integral de la identidad, percepción, memoria, conciencia. A su vez es definida como la obtención de dos o más estados de la personalidad bien definidos.	La CIE-10 clasifica según la categoría F44.	Categórica	Nominal (Dicotómica)	Ficha de recolección de datos.
			No presentó					

		TRASTOR NO DE ESTRES	Si presentó	Se identifica por su curso y sintomatología, asimismo por factores estresantes, poseen la capacidad de generar la reacción de estrés agudo o un cambio vital importante en la vida.	La CIE-10 clasifica según la categoría F43.	Categoría	Nominal (Dicotómica)	Ficha de recolección de datos.
			No presentó					

ANEXO 3

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS


Instrucciones: El investigador mediante la revisión de la historia clínica marcará con un (x) si la variable que está presente o no en el paciente de estudio. Al final se presenta un cuadro de observaciones.

VARIABLE	PRESENCIA (SI)	AUSENCIA (NO)
PACIENTES CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS		
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		
SEXO		
Masculino		
Femenino		
EDAD		
14 a 18 años		
18 a 29 años		
30 a 39 años		
40 a 49 años		
50 a 59 años		
60 a 69 años		
≥ 70 años		
ESTADO CIVIL		
Con pareja (casado, conviviente)		
Sin pareja (soltero, viudo, divorciado)		
DESTINO DE ATENCIÓN		
Alta		
Hospitalización		
NUMERO DE INGRESOS		
1 ingreso		
2 ingresos		
3 a más ingresos		
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS		
ANTECEDENTES MÉDICOS		
Enfermedades preexistentes		

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS		
Enfermedades preexistentes		
EXAMEN DE COVID-19		
Si se realizó		
No se realizó		
RESULTADO DE EXAMEN DE COVID-19		
Positivo		
Negativo		
No se realizó		
DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS PRINCIPALES		
Trastorno de estrés agudo		
Trastorno psicótico		
Trastorno de bipolaridad		
Trastorno depresivo		
Trastorno de ansiedad		
Trastorno orgánico del sueño		
Trastorno disociativo		

ANEXO 4

CONSTANCIA DE APROBACION POR EL COMITÉ DE ÉTICA



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombre"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

CONSTANCIA 004-22

El presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Red Asistencial Ayacucho (EsSalud) hace constar que el proyecto de investigación señalado a continuación fue **APROBADO** por el Comité Institucional de Ética en Investigación, bajo la categoría de revisión **EXPEDITA**. Sin embargo, es bueno mencionar que este tipo de proyecto, según anexo 3 de la Directiva nro. 003-IETSI-ESSALUD-2019 v.01, podría ser exceptuado de revisión por este comité.

Título del proyecto : "Impacto epidemiológico del confinamiento por COVID-19 en pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos por emergencia del Hospital II Huamanga de ESSALUD, Ayacucho 2019-2021"

Investigador principal : Est. HUARIPAUCAR SEGOVIA, Lucía Milagros (DNI 72168301-5)
Est. RODRIGUEZ TITO, Lisbet Estefanie (DNI 75947021-0)

Asesores : Dra. PAIRA ZEVALLOS, Emma Feliciana
Dr. QUISPE PUMA, Edgar
Mg. REZZA VEGA, Lizbeth

Expediente nro. : NIT 1311/2022/3927 (folios: 59)

La aprobación incluyó los documentos finales descritos a continuación:

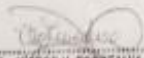
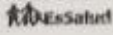
1. Proyecto de investigación

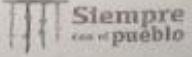
La APROBACION considera el cumplimiento de los estándares de EsSalud, los lineamientos científicos y éticos, el balance riesgo/beneficio, la calidad del equipo investigador y la confidencialidad de los datos, entre otros.

Cualquier enmienda, desviación, eventualidad deberá ser reportada, según los plazos y normas establecidas. El investigador reportará cada 6 meses, el progreso del estudio y alcanzará un informe al término de éste. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento hasta el 30 de noviembre del 2023.

Si aplica, los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Ayacucho, 02 de diciembre del 2022


Dr. VÍCTOR N. TORREVALMA CARRERA
Comité de Ética en la Investigación
PRESIDENTE






UNSCH

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
SALUD



ESCUELA PROFESIONAL
DE MEDICINA HUMANA

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACION

El que suscribe; responsable verificador de originalidad de trabajos de tesis de pregrado en **primera instancia** para la Escuela Profesional de Medicina Humana; en cumplimiento a la Resolución de Consejo Universitario N°039-2021-UNSCH-CU, Reglamento de originalidad de trabajos de investigación de la UNSCH y en RESOLUCION DECANAL N.° 331-2022-UNSCH-FCSA/D, deja constancia que:

- Apellido y nombre de las tesis: HUARIPAUCAR SEGOVIA LIDIA MILAGROS
RODRIGUEZ TITO LISBET ESTEFANIE
- Escuela profesional: Medicina Humana
- Título de la tesis: "Impacto epidemiológico del confinamiento por COVID-19 en pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos por emergencia del Hospital II Huamanga de Essalud, Ayacucho 2019-2021"
- Evaluación de originalidad: 2 % de similitud

Por tanto, según los artículos 12, 13 y 17 del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación, es procedente otorgar la constancia de originalidad para los fines que crea conveniente.

Ayacucho, 03 de febrero del 2023

.....
Ilianov Fernández Chillce
CMP. N° 37373
RNE. N° 028867
.....
MEDICO NEUROLOGO
Dr. Ilianov Fernández Chillce
(Verificador de originalidad de trabajos de tesis de pregrado de la EPMH)



CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACION

El que suscribe; responsable verificador de originalidad de trabajos de tesis de pregrado en **segunda instancia** para la Escuela Profesional de Medicina Humana; en cumplimiento a la Resolución de Consejo Universitario N°039-2021-UNSCH-CU, Reglamento de originalidad de trabajos de investigación de la UNSCH y en RESOLUCION DECANAL N.º 077-2021-UNSCH-FCSA/D, deja constancia que:

- Apellido y nombre de las tesis: HUARIPAUCAR SEGOVIA LIDIA MILAGROS
RODRIGUEZ TITO LISBET ESTEFANIE
- Escuela profesional: Medicina Humana
- Título de la tesis: “Impacto epidemiológico del confinamiento por COVID-19 en pacientes con trastornos psiquiátricos atendidos por emergencia del Hospital II Huamanga de Essalud, Ayacucho 2019-2021”
- Evaluación de originalidad: 0% de similitud

Por tanto, según los artículos 12, 13 y 17 del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación, *es procedente otorgar la constancia de originalidad* para los fines que crea conveniente.

Ayacucho, 07 de febrero del 2023

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL MEDICINA HUMANA

.....
Dr. Jorge Alberto Rodríguez Rivas
Director

Dr. Jorge Alberto Rodríguez Rivas
Director de la Escuela Profesional de Medicina Humana
Facultad de Ciencias de la Salud
(Verificador de originalidad de trabajos de tesis de pregrado de la EPMH)

IMPACTO EPIDEMIOLOGICO DEL CONFINAMIENTO POR COVID-19 EN PACIENTES CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ATENDIDOS POR EMERGENCIA DEL HOSPITAL II HUAMANGA DE ESSALUD, AYACUCHO 2019- 2021.

Fecha de entrega: 07 feb 2023 10:11 a.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2008531125

Nombre del archivo: TESIS_FINAL_MILAGROS_HUARIPAUCAR_SEGOVIA_LISBETH_ESTEFANIE_R.docx (1.13M)

Total de palabras: 26135

Total de caracteres: 149254

IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO DEL CONFINAMIENTO POR COVID-19 EN PACIENTES CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ATENDIDOS POR EMERGENCIA DEL HOSPITAL II HUAMANGA DE ESSALUD, AYACUCHO 2019-2021.

INFORME DE ORIGINALIDAD

0%

INDICE DE SIMILITUD

0%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

0%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 30 words

Excluir bibliografía

Activo