



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

Para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería

Nivel de depresión en pacientes con Covid-19 hospitalizados en
un nosocomio de Lima Norte

PRESENTADO POR

Natividad Simon, Dany Limber
Mendoza Pomacajas, Yuli Yaneli

ASESOR

Segundo German Millones Gómez

Lima, Perú, 2022

Agradecimiento

A Dios, por darnos la vida y gozar de buena salud permitiendo cumplir nuestros sueños anhelados.

A nuestros padres, por estar presente en cada etapa de nuestra vida universitaria brindándonos su apoyo incondicional.

A nuestra casa de estudios y docentes, quienes nos permitieron adquirir conocimientos y valores.

A nuestro centro laboral, que nos abrió las puertas brindándonos horarios flexibles para culminar nuestra carrera satisfactoriamente.

Dedicatoria

A Dios, por guiarnos por un buen camino y siempre protegernos de las adversidades.

A nuestra familia, por siempre confiar en nosotros brindándonos su apoyo moral. Asimismo, a nosotros mismos, quienes hemos sido nuestra mayor motivación para no rendirnos y ser buenos profesionales.

Índice General

Agradecimiento	1
Dedicatoria	2
Índice General.....	3
Índice de Tablas.....	4
Índice de anexos	5
Resumen	6
Abstract	7
I. INTRODUCCIÓN	8
II. MATERIALES Y MÉTODOS	17
III. RESULTADOS.....	22
IV. DISCUSIÓN.....	25
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30
ANEXOS	39

Índice de Tablas

Tabla 1. Datos sociodemográficos de pacientes con COVID-19 hospitalizados en un nosocomio de Lima Norte (n=100)	22
Tabla 2. Depresión en pacientes con COVID-19 hospitalizados en un nosocomio de Lima Norte (n=100)	24

Índice de Anexos

Anexo A. Operacionalización de la variable o variables	40
Anexo B. Instrumento de recolección de datos	41
Anexo C. Consentimiento informado.....	45
Anexo D. Acta del Comité de Ética	47
Anexo E. Evidencias del Trabajo de Campo	48

Resumen

Objetivo: Determinar el nivel de depresión en pacientes con COVID-19 hospitalizados en un nosocomio de Lima Norte.

Materiales y métodos: La presente investigación se desarrolló bajo los parámetros del enfoque cuantitativo y su diseño metodológico fue el descriptivo y transversal. La población estuvo conformada por una muestra de 100 pacientes con COVID-19 del servicio de hospitalización. La técnica que se utilizó para el trabajo de campo fue la encuesta y el instrumento que se aplicó para la recolección de información fue la escala de depresión de Hamilton que es unidimensional y comprende de 17 ítems.

Resultados: En cuanto a la edad de los participantes, la mínima fue 19 años, el máximo fue 85 años y la media fue 46,35 años. En cuanto al sexo de los participantes, tuvieron mayor frecuencia la población masculina con 66% y la población femenina con 34%. En cuanto a la depresión en pacientes con COVID-19 hospitalizados, predominaron aquellos con un nivel moderado con 46% (n=46), seguido del nivel severo con 34% (n=34), un nivel ligero/menor con 7% (n=7) y no están deprimidos con 1% (n=1).

Conclusiones: En cuanto al nivel de depresión en usuarios positivos al COVID-19 internados en el servicio de hospitalización, prevalecieron aquellos con nivel moderado, seguido del nivel severo, nivel ligero/menor y no deprimidos.

Palabras clave: Depresión; Pacientes; Coronavirus; Hospitalización (Fuente: DeCS).

Abstract

Objective: To determine the level of depression in hospitalized patients with COVID-19 at a hospital in Northern Lima.

Materials and methods: This research was developed within the parameters of the quantitative approach with a cross-sectional descriptive methodological design. The population was composed of a sample of 100 patients with COVID-19 from the hospitalization service. The technique used for the fieldwork was the survey and the applied instrument for data collection was the Hamilton Rating Scale for Depression, which is one-dimensional and includes 17 items.

Results: Regarding the age of the participants, the minimum age was 19 years, the maximum was 85 years and the average was 46.35 years. Concerning the sex of the participants, the male population had a higher frequency with 66%, followed by the female population with 34%. About depression in hospitalized patients with COVID-19, those ones with a moderate level predominated with 46% (n=46), followed by a severe level with 34% (n=34), a light/minor level with 7% (n=7) and without depression with 1% (n=1).

Conclusions: Regarding the level of depression in patients with COVID-19 hospitalized in the hospitalization service, those ones with a moderate level predominated, followed by the severe level, light/minor level and the ones who are not depressed.

Keywords: depression; patients; Coronavirus; hospitalization (Source: DeCS).

I. INTRODUCCIÓN

Desde la declaración de pandemia a la enfermedad COVID-19 en el 2020, esta viene dejando una serie de efectos negativos en la vida de las personas, en especial a las que viven en países de bajos y medianos ingresos. Es en estos lugares donde los sistemas de salud y de soporte social son más precarios, por tanto, el efecto suele ser más devastador. La salud mental es uno de los aspectos de la salud que se ha visto más afectada y para lograr contrarrestar sus efectos se requiere de un sistema de atención que garantice el acceso y la calidad de atención (1).

La crisis mundial de salud pública causada por el COVID-19 ha durado más de lo que muchos de nosotros hubiéramos esperado; con su alta incertidumbre y control limitado, la pandemia COVID-19 sin duda nos ha pedido mucho y ha generado una nueva normalidad. La evidencia científica señala que existe un alto riesgo de secuelas psiquiátricas después de sufrir COVID-19 (2).

Las restricciones sociales, los confinamientos, el cierre de escuelas y negocios, la pérdida de medios de subsistencia, la disminución de la actividad económica y el cambio de prioridades de los gobiernos en su intento de controlar los brotes de COVID-19 tienen el potencial de afectar sustancialmente la salud mental de la población.

En cualquier desastre biológico, los temas de depresión, incertidumbre y miedo son comunes (3)(4). Ante la existencia de una enfermedad desconocida, altamente contagioso y letal como en COVID-19, una variedad de problemas psicológicos han sido reacciones comunes a la pandemia, lo que puede conducir a problemas de salud mental (5). Durante la pandemia los pacientes con COVID-19 parecen experimentar un alto nivel de síntomas de estrés postraumático y síntomas depresivos (6).

La depresión es vista como un estado de desinterés en las actividades diarias. Se supone que las personas que se enfrentan a una pandemia sin vacunación generarían miedo a lo desconocido (en este caso, el coronavirus), lo que las haría sentir ansiosas, estresadas y deprimidas (4).

Un estudio desarrollado en Irán, en una población de 221 pacientes con infección por COVID-19, indicó que las puntuaciones medias de depresión y ansiedad estaban en niveles "extremadamente graves", mientras que los niveles de estrés eran "graves". La prevalencia de síntomas "extremadamente severos" de depresión y ansiedad fue de 54,29% y 97,29%, respectivamente. La prevalencia de estrés severo fue de 46,61% (7).

Un estudio en China, llevado a cabo en una muestra total de 1210 participantes provenientes de 194 ciudades, señalaron que el 53,8% de estos tuvo un impacto psicológico entre moderado o grave; 16,5% reportó síntomas depresivos moderados a severos. El ser mujer, estar estudiando, presencia de síntomas físicos como mialgia-mareos-coriza y percibir una mala salud estuvo asociado a mayores problemas psicológicos y cuadros de depresión ($p < 0,05$) (8).

Otro estudio llevado a cabo en China, en una población de 770 participantes, indicó que la prevalencia de depresión fue del 43,1% (IC95%: 39,6%-46,6%). El análisis de regresión logística binaria encontró que tener un miembro de la familia infectado con COVID-19 (OR=1,51, P= 0,01), que padecía una infección grave por COVID-19 (OR=1,67, P= 0,03), sexo masculino (OR=0,53, P<0,01) y el uso frecuente de las redes sociales para obtener información relacionada con la COVID-19 (OR=0,65, P<0,01) se asociaron de forma independiente con la depresión. Los pacientes con depresión tenían una calidad de vida más baja que los que no la tenían (9).

De acuerdo con un metaanálisis realizado en España, donde incluyeron un total de 12 estudios, las tasas de prevalencia de depresión durante la pandemia oscilan entre el 7,45% y el 48,30%. La prevalencia combinada de depresión fue del 25% (IC del 95%: 18% - 33%), con una heterogeneidad significativa entre los estudios ($I^2 = 99,60\%$, $p < 0,001$). Concluyeron que la prevalencia estimada de depresión fue del 3,44% y sugieren abordar la salud mental durante y después de esta crisis de salud mundial (10).

Un estudio efectuado en Corea, en una población total de 2 288 personas, indicó que el 30,7% de los participantes se clasificaron como en riesgo de depresión. El análisis de regresión logística reveló que los cambios en el patrón de sueño

debido a la COVID-19 estaban más fuertemente asociados con la depresión, seguidos de las restricciones en las actividades al aire libre debido al distanciamiento social y al aumento de los conflictos familiares debido a la COVID-19 (11).

Un estudio en Filipinas, desarrollado en una población finita de 1879 participantes, informó que el 16,3% de estos calificó el impacto psicológico como moderado a grave, el 16,9% reportó síntomas depresivos moderados a severos, el 28,8% tenía niveles de ansiedad moderados a severos y el 13,4% tenía niveles de estrés moderados a severos. El género femenino, edad juvenil, solteros, estar estudiando, experimentar encierro, pasar más tiempo en casa, salud mala, preocupaciones por familiares y actos de discriminación se asocian con resultados más altos de estrés, ansiedad y depresión ($p < 0,05$) (12).

Un estudio realizado en Estados Unidos, en una población total de 840 participantes, indicó que el 27,8% tenían síntomas de depresión durante la COVID-19. Se observaron niveles más altos de síntomas de depresión en todos los grupos demográficos durante COVID-19 en comparación con antes, con una prevalencia más de 3 veces mayor de síntomas de depresión en general. La distribución de los síntomas de depresión dentro de las categorías demográficas fue consistente con los patrones observados antes de la COVID-19. Por ejemplo, antes y durante la COVID-19 las mujeres tenían más probabilidades de tener síntomas de depresión que los hombres (antes: 277 mujeres [10,1%] frente a 181 hombres [6,9%]; durante: 233 mujeres [33,3%] frente a 149 hombres [21,9%]) (13).

Otra investigación realizada en 101 142 adultos estadounidenses señaló que los inmigrantes tenían un 11 % (OR 0,89, IC del 95 % [0,85, 0,95]) menos propensos a sufrir depresión en comparación con los nacidos en los EE. UU. Los nacidos en EE. UU. ($p < 0,0001$) tenían una mayor prevalencia de depresión en comparación con los inmigrantes. Encontraron que en los inmigrantes a medida que aumentaba el tiempo de residencia, aumentaba la prevalencia de depresión ($p = 0,002$) (14).

Un estudio en el Reino Unido señala que la prevalencia de síntomas depresivos varió de 11,3% (10,6-11,9) para síntomas leves a 3,3% (3,0-3,7) para síntomas severos. La prevalencia de probable trastorno depresivo fue del 7,5% (IC95%: 7,0-8,0). Se encontró una prevalencia significativamente mayor de trastorno depresivo probable en los de 45 a 59 años en comparación con los de 16 a 29 años. mujeres) (15).

Un metaanálisis efectuado en Irán, donde incluyeron 20 estudios con 18 953 participantes, indicó que la prevalencia global de depresión mayor en ancianos fue del 13,3% (IC 95%: 8,4-20,3%). En el análisis de subgrupos, la prevalencia de depresión mayor en mujeres mayores fue del 11,9% (IC 95%: 7,6-18,6) y en hombres del 9,7% (IC 95%: 5,2-17,3). Entre los continentes, Australia tuvo la mayor prevalencia de depresión mayor en los ancianos con un 20,1% (IC: 14,5-27,2%). Posteriormente en Europa con un 12,9% (IC del 95%: 5,1-28,9%). Concluyeron que la prevalencia de la depresión fue mayor debido a factores clínicos y demográficos asociados con la edad y el género (16).

Un estudio desarrollado en Bangladesh, en 138 pacientes con COVID-19, indicó que un número considerable de pacientes con COVID-19 experimentaron angustia psicológica durante la hospitalización, lo que requirió más atención e intervenciones oportunas de salud mental. La presencia de comorbilidad (ORa: 5,64, IC 95%: 2,21-14,35) y tener ≥ 3 síntomas físicos de COVID-19, presencia de comorbilidad (ORa: 2,73, IC 95%: 1,07-6,99), tener ≥ 3 síntomas físicos de COVID-19 (ORa: 4,46, IC 95%: 1,78-11,20) y paciente con saturación de oxígeno $\leq 93\%$ (ORa: 2,33, IC 95%: 1,01-5,36) se asociaron con síntomas depresivos (17).

Un estudio en el Perú, en un total de 57 446 participantes, señaló que un tercio de los participantes (n=23,526, no ponderado) mostró síntomas depresivos en las 2 semanas previas al estudio. Los participantes que reportaron un diagnóstico previo de salud mental duplicaron la prevalencia muestral de síntomas depresivos (59, 95% CI 56.7, 61,4%) de aquellos sin diagnóstico previo. Las reacciones psicosociales y de funcionamiento fueron en gran medida más frecuentes entre las mujeres y los adultos jóvenes. Se encontró una relación dosis-respuesta entre los ingresos del hogar y los síntomas depresivos en los

estratos de diagnóstico previo de salud mental, siendo tan baja como un 32% menos en el grupo más rico que en el más empobrecido (PR: 0,68, IC del 95%: 0,58, 0,79). Otros factores críticos asociados con una mayor carga de síntomas depresivos fueron el menor nivel educativo, la soltería, el desempleo y la comorbilidad crónica (18).

El COVID-19 es una nueva enfermedad altamente infecciosa causada por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2, cuya manifestación más grave es la neumonía que se manifiesta por fiebre, tos, disnea y opacidades pulmonares bilaterales. Estas manifestaciones graves se presentan en personas por lo general vulnerables (19).

El virus SARS-CoV-2 se transmite de persona a persona a través de gotitas respiratorias que se expulsan al toser o hablar. La prevención a través del uso de mascarillas y el distanciamiento social son fundamentales para evitar contagios (20).

El período de contagio comienza alrededor de dos días antes del inicio de los síntomas, llega a su máximo el día de inicio y disminuye durante los siete días posteriores (21). Los factores de riesgo para el desarrollo del COVID-19 son todas aquellas personas con obesidad, diabetes, hipertensión arterial, enfermedades pulmonares crónicas, asma y una edad avanzada (22)(23).

Pacientes con COVID-19 se definen como aquellos usuarios que son positivos a la enfermedad del nuevo coronavirus, algunos pueden presentar un cuadro severo de síndrome agudo respiratorio lo cual lo puede llevar a falla sistémica y a la muerte. La mayoría de los pacientes infectados con SARS-CoV-2 tenían una historial de estar en contacto con la superficie contenida en el virus o personas infectadas o portadoras del virus, los pacientes infectados tienen síntomas comunes como hipotermia, tos, fatiga, cefalea, dolor muscular y disnea (24).

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que provoca un sentimiento persistente de tristeza y pérdida de interés. La depresión es una afección multifactorial con factores genéticos y ambientales que juegan un papel. Los síntomas característicos de la depresión incluyen pérdida de interés en actividades que históricamente han demostrado ser placenteras, tristeza,

irritabilidad, sentimientos de inutilidad, desesperanza, culpa o ansiedad, preocupación por la muerte o ideación suicida. Los pacientes con depresión presentan síntomas asociados a cambios en el apetito, pérdida o aumento de peso, trastornos del sueño, actividad psicomotora, disminución de la energía, indecisión o atención distraída (25).

La depresión en pacientes COVID-19 comprende un sentimiento de tristeza profunda y desinterés personal producto de la enfermedad del coronavirus, nueva enfermedad que genera un clima de incertidumbre y medidas de restricciones sociales para contenerla. Algunos pacientes sienten desesperanza, miedo o temor a la muerte. Definitivamente este trastorno psicológico afecta la salud mental y emocional del usuario orillando a experimentar sentimientos y un estado de ánimo negativo (26).

El servicio de hospitalización es un área donde se brindan cuidados especializados, integrales y de calidad. La hospitalización se refiere al tiempo de permanencia de un paciente en un establecimiento hospitalario, debido a su condición de salud que requiere de atención y cuidado por los profesionales sanitarios (27).

En la actual investigación se tendrá en cuenta la teoría de Hildegard Peplau, quien indica que la relación enfermero-paciente es un proceso interpersonal terapéutico donde se identifican cuatro fases: la orientación continúa, la identificación, la explotación y la resolución. Peplau refiere que la relación enfermera-paciente favorece el desarrollo interpersonal terapéutico, permitiendo a la enfermera identificar los problemas en los pacientes y en base a ello ejecutar cuidados en beneficio de la salud mental del usuario (28).

Guardado R (29), en México, en el 2021, desarrollaron un trabajo sobre "Valoración de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados con por COVID-19". El estudio fue prospectivo y observacional, participaron 57 pacientes y el instrumento fue una escala de depresión. Los hallazgos indicaron que en cuanto a la depresión tuvo un porcentaje del 91.2% al ingreso al servicio de hospitalización y el día 14 de su estancia hospitalaria la depresión alcanzó un porcentaje del 100%. Concluyeron que la depresión fue significativa en los

pacientes debido al deterioro de su salud y los procedimientos invasivos a los que se sometieron para mejorar su saturación.

Ocampo y colaboradores (30), en Colombia, en el 2022, elaboraron un estudio sobre “Sintomatología depresiva en adultos durante la pandemia de COVID-19”. El trabajo fue descriptivo, analítico y transversal, participaron 1248 sujetos y uno de los instrumentos fue la escala de Hamilton. Los resultados indican que solo el 1% tenía un nivel severo, mientras que el 13,3% tenían un nivel moderado, el 13,9% ligeramente moderado y el 20,2% bajo. Lo que nos resultó interesante fue que del 50% de los sujetos solo el (48,3%) presentaban algún nivel de depresión. Concluyeron que las mujeres eran más propensas a mostrar síntomas de depresión. Además, las personas sin hijos o económicamente dependientes demostraron ser más propensas a desarrollar síntomas de depresión durante la pandemia.

Chadli y colaboradores (31), en Marruecos, en el 2021, desarrollaron un trabajo sobre “COVID-19: Atención al paciente tras el alta de la Unidad de Cuidados Intensivos”. El estudio fue descriptivo, participaron 41 pacientes y uno de los instrumentos fue la escala de Hamilton. Los resultados indicaron que la edad promedio de 55 años y en cuanto al nivel depresión predominó el nivel moderado con 12,2% y seguido del nivel severo con 2,4%. Concluyeron que la depresión fue predominante en los pacientes debido que presentaron complicaciones de la infección por coronavirus y ello les generó vulnerabilidad y trastornos psicológicas.

Li y colaboradores (32), en China, en el 2020, desarrollaron un trabajo sobre “Análisis clínico de pacientes con sospecha de COVID-19 con ansiedad y depresión”. El trabajo fue transversal, participaron 76 pacientes y el instrumento fue la escala de Hamilton. Los hallazgos indicaron que en cuanto a la depresión prevaleció (OR= 9,111, IC del 95%: 2,143-38,729, $P<0,01$) que los pacientes masculinos; las áreas epidémicas conocidas y su historial de contacto tenían más probabilidades de estar asociadas con la depresión (OR= 3,267, IC del 95%: 1,082-9,597, $P<0,05$). Concluyeron que la depresión tuvo una incidencia alta y ello definitivamente afecta su calidad de vida.

Loayza y colaborador (33), en Andahuaylas-Perú, en el 2022, llevaron a cabo un trabajo titulado “Ansiedad y su relación con la depresión en pacientes diagnosticados con COVID19 en el Centro de Salud de Andahuaylas 2021”. El trabajo fue correlacional, participaron 366 pacientes y el instrumento fue una escala de depresión. Los hallazgos muestran que en cuanto a la depresión prevaleció un 89,4%. En las mujeres predominó un 47,3% y en los varones fue un 42%. En los participantes solteros la depresión fue un 33.5% y en aquellos entre 15 a 30 años fue 41%. Concluyeron que la depresión fue significativa en los pacientes debido al impacto de la enfermedad.

Pinto y colaborador (34), en Lima – Perú, en el 2022, desarrollaron un trabajo sobre “Percepción de enfermedad y ansiedad depresión en pacientes COVID-19 hospitalizados en clínica privada”. El estudio fue transversal, participaron 226 pacientes y uno de los instrumentos fue la escala de Hamilton. Los resultados indicaron que la depresión prevaleció un 92,03% y de acuerdo con el análisis multivariado se encontró un (RP=1.015 IC95% 1.008 1.022) e indicaron que se la depresión se asoció significativamente con las variables edad, laboral, aislamiento, dificultades económicas y grado de instrucción. Concluyeron que hubo una relación entre percepción de enfermedad y trastorno de salud mental en pacientes con COVID-19.

Los brotes epidémicos que tienen un alcance importante tendrán efectos negativos en la población. Dentro de los efectos negativos encontramos problemas emocionales como la depresión. La evidencia científica revisada nos muestra que una pandemia como la COVID-19 está asociada con consecuencias psicopatológicas de tipo agudas y crónicas en las personas que fueron infectadas y son ahora sobrevivientes. El aislamiento severo que implica tratar a una persona con COVID-19, el estigma que se genera en cuanto al entorno al contagio y el temor e incertidumbre a salir bien librado de esta situación pueden generar cuadros depresivos y otros signos emocionales en las personas. De ahí resaltar la importancia de esta investigación que busca generar conocimiento sobre el estado de salud mental de los pacientes participantes, con ello se tendrán elementos que permitan plantear acciones de salud que favorezcan el cuidado de la salud emocional de estos.

Una revisión bibliográfica hecha en las diferentes bases de datos científicas tanto nacionales como internacionales, así como en los diferentes repositorios institucionales en la etapa inicial del estudio, nos mostró que existen limitados estudios que abordan el tema de depresión en pacientes que cursan la enfermedad del COVID-19. Al buscar estudios antecedentes sobre este tema que hayan sido realizados en el establecimiento hospitalario donde se realizó el trabajo de campo, se constató que aún no se ha realizado estudio alguno. La conclusión de esta revisión nos lleva a que se justifique la realización de esta investigación que hará contribuciones importantes sobre el tema.

Los resultados y conclusiones de esta investigación aportarán conocimientos que a su vez permitan establecer mejoras en la dinámica de atención a las personas hospitalizadas que son participantes en el estudio.

En relación con el valor social de la investigación, podemos señalar que los beneficios que se obtengan a partir de los resultados del estudio beneficiarán directamente a los pacientes hospitalizados que fueron participantes.

En relación con el valor metodológico de la investigación, señalar que esta fue realizada teniendo como marco metodológico al método científico, que a través de sus procesos nos permitió llegar a conclusiones sólidas y relevantes.

El objetivo del estudio fue determinar el nivel de depresión en pacientes con COVID-19 hospitalizados en un nosocomio de Lima Norte.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Todo el estudio se desarrolló desde los parámetros del enfoque cuantitativo de la investigación y el diseño metodológico asumido fue el descriptivo y transversal. Es cuantitativo, porque el instrumento de recolección de datos cuantificó el problema y los datos agenciados fueron analizados mediante procedimientos de la estadística (35). Es descriptiva porque la variable fue mostrada tal como es en su medio natural y es transversal ya que la medición de la variable central fue realizada una sola vez en el tiempo que duró esta investigación ya concluida (36).

2.2 POBLACIÓN

En el presente estudio se tuvo una población conformada por pacientes con COVID-19 hospitalizados en un nosocomio de Lima Norte a quienes se les evaluó el nivel de depresión. Según los reportes de meses anteriores, en un mes se contabilizó un promedio de 135 pacientes, a estos se le aplicó la fórmula de muestra que se comparte en la parte inferior. Se calculó una muestra de 100 pacientes, esto de acuerdo con la asistencia de usuarios en los tres últimos meses. Para la selección de las características de los participantes se tuvo en cuenta los criterios de selección, siendo estos los siguientes:

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de COVID-19.
- Pacientes mayores de edad (18 años a más).
- Pacientes que mostraron disposición para ser participantes del estudio.
- Pacientes que aceptaron brindar su consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no estén hospitalizados.
- Pacientes que no dieron positivo al COVID-19.
- Pacientes que se negaron a ser participantes y a brindar su consentimiento informado.

Teniendo en cuenta que la población promedio fue de 135 participantes, se aplicó la fórmula que se muestra seguidamente.

$$n = \frac{N * Z_a^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_a^2 * p * q}$$

n	Tamaño de la muestra	100,09
N	Tamaño de la población	135
Z	Nivel de confianza (al 95%)	1.96
e	Error de estimación máximo (5%)	5%
p	Probabilidad de éxito	50%
q	(1 - p) Probabilidad de fracaso	50%

La muestra final obtenida fue de 100 personas participantes.

2.3 VARIABLE DE ESTUDIO

El estudio tiene como variable principal “Depresión”. Según su naturaleza es una variable cualitativa y su escala de medición es la ordinal.

Definición conceptual: La depresión es un sentimiento general de tristeza, abulia, desesperanza y se caracteriza por estado de ánimo triste o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente la capacidad de funcionamiento del individuo (37).

Definición operacional: La depresión es un sentimiento general de tristeza, abulia, desesperanza y se caracteriza por estado de ánimo triste o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente la capacidad de funcionamiento de los pacientes con COVID-19 hospitalizados en un nosocomio de Lima Norte, ello se evaluará mediante la escala de Hamilton.

2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Técnica de recolección de datos:

Para abordar a la población participante del estudio se empleó la técnica de la encuesta, siendo esta es una herramienta muy utilizada en estudios de tipo

cuantitativos y descriptivos. La encuesta al tener la característica de ser estandarizada permite recoger gran cantidad de información de forma organizada y ágil en un tiempo relativamente breve, además de adaptarse con facilidad a la población o muestra a estudiarse debido a su flexibilidad (38).

Instrumentos de recolección de datos:

En la presente investigación para medir la variable principal depresión se empleó la escala de Depresión de Hamilton o Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). Este es un instrumento que fue desarrollado por el investigador Hamilton, el cual es una herramienta que se aplica a pacientes con diagnóstico de depresión y tiene el objetivo de valorar cuantificablemente la gravedad de los síntomas y evaluar los cambios del paciente deprimido. Este instrumento se destaca por sus excelentes propiedades psicométricas (validez y confiabilidad), además resalta por sus traducciones y adaptaciones a diferentes culturas del mundo. La escala de Hamilton es un instrumento unidimensional que consta de 17 ítems y cada pregunta está conformada por cuatro alternativas, las cuales se califican entre 0-4 puntos. Los valores finales se van a clasificar en no deprimido (0-7 pts), depresión ligera/menor (8-13 pts), depresión moderada (14-18 pts), depresión severa (19-22 pts) y depresión muy severa (>23 pts) (39)(40).

Validez y confiabilidad de instrumentos de recolección de datos:

Morales y colaborador (41), en el 2021, ejecutaron en su estudio la validez de contenido de la escala de Hamilton, donde participaron 3 jueces expertos quienes dieron un puntaje interpretándose como bueno. La confiabilidad la realizaron por medio del alpha de Cronbach cuyo resultado fue 0,903, interpretándose como fiable.

2.5 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

2.5.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos

Para el desarrollo del trabajo de campo se realizó una planificación rigurosa, que implicó obtener el acceso a las instalaciones del nosocomio de Lima Norte y a los participantes. Para ello se solicitó un documento denominado “carta de visita”

a la Universidad Ciencias y Humanidades con la cual se gestionó el acceso formal ante las autoridades del establecimiento hospitalario.

2.5.2 Aplicación de instrumento de recolección de datos

La información se recopiló en el mes de mayo del año 2022, este proceso tuvo una duración de dos semanas. Primeramente, se informó a los pacientes sobre los objetivos y alcances del estudio, luego se les solicitó el consentimiento informado y una vez aceptado el mismo, se les facilitó el cuestionario, el cual les tomó llenarlo aproximadamente de 10 a 15 minutos. Los pacientes que llegaron a presentar dificultades para el llenado de la ficha de datos fueron asistidos de forma inmediata por el encuestador. De acuerdo con el contexto de emergencia sanitaria en que nos encontramos se aplicaron estrictamente los protocolos sanitarios correspondientes.

2.6 MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La investigación fue de tipo cuantitativa y descriptiva, ante ello, para el análisis de la información se empleó la estadística de tipo descriptiva. La información recolectada fue ingresada a una matriz de datos elaborada en el SPSS en su versión 26 en español, ahí se hizo el análisis de los datos. Se emplearon herramientas estadísticas como las tablas de frecuencias absolutas y relativas, las medidas de tendencia central y la función cálculo de variable. Los resultados más relevantes del estudio se presentaron en tablas, las cuales fueron descritas para así culminar con la redacción de las secciones de resultados, discusión y conclusiones de esta investigación ya concluida.

2.7 ASPECTOS ÉTICOS

Los procesos bioéticos son relevantes en el desarrollo de toda investigación, ya que es necesario humanizar el actuar cuando se tienen como participantes a seres humanos. Las investigaciones del campo de la salud deben tener en esencia el dominio ético, el cual permitirá su conducción transparente e idónea respetando las decisiones y derechos de los participantes que son seres humanos. En este estudio los participantes fueron pacientes con depresión de un nosocomio de Lima Norte. Los documentos que dan el marco bioético a esta

investigación son la Declaración de Helsinki (42) que indica claramente el respeto de la autonomía del individuo y aplicación del consentimiento informado; y en segundo lugar, el Reporte Belmont (43) que hace hincapié en los principios éticos, que son autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia. Seguidamente se hace referencia de cómo fueron aplicados en el estudio:

Principio de autonomía

Hace referencia al respeto de las decisiones libres del participante. Este principio involucra el uso del consentimiento informado (44).

Se informó a los pacientes participantes sobre el objetivo del estudio y posterior a ello, se les solicitó el consentimiento informado.

Principio de beneficencia

Busca el máximo beneficio posible para el participante o paciente. El bienestar de este está por encima de todo. Los profesionales de la salud fundamentan su actuar en la clínica con este principio (44).

Se dio a conocer las bondades del estudio, los cuales traerán beneficios para la salud de los participantes.

Principio de no maleficencia

Indica que se debe evitar los riesgos o negligencias que puedan afectar a la persona doliente. Los peligros se deben minimizar o erradicar para evitar que afecten el bienestar del participante (45).

Se informó a los pacientes participantes que el actual estudio no tiene riesgos que atenten o vulneren su salud.

Principio de justicia

Insta a distribuir de forma equitativa los beneficios que puedan obtenerse con el estudio. Se debe además brindar un trato equitativo y cordial a todos los participantes, independientemente de sus particularidades (46).

En la ejecución del estudio se brindó a los pacientes participantes un trato igualitario sin favoritismos o marginación de ningún tipo.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Datos sociodemográficos de pacientes con COVID-19 hospitalizados en un nosocomio de Lima Norte (n=100)

Información de los participantes	Total	
	N	%
Total	100	100
Edad	Min: 19 Max: 85 Media: 46,35	
Sexo del participante		
Femenino	34	34,0%
Masculino	66	66,0%
Estado civil		
Conviviente	8	8,0%
Soltero(a)	37	37,0%
Casado(a)	36	36,0%
Divorciado(a)	17	17,0%
Viudo(a)	2	2,0%
Lugar de procedencia		
Lima Metropolitana	31	31,0%
Callao	38	38,0%
Otras provincias Lima	26	26,0%
Otras regiones	5	5,0%
Religión		
Católica	50	50,0%
Evangélica	32	32,0%
Otras religiones	8	8,0%
Ninguna	10	10,0%

Elaboración propia

En cuanto a los datos sociodemográficos de los participantes, la edad mínima fue 19 años, la máxima 85 y la edad promedio 46,35. En cuanto al sexo, 66 participantes que representan el 66% son varones y 34 participantes que representan el 34% son mujeres. En cuanto al estado civil, 37 participantes que representan el 37% son solteros, 36 participantes que representan el 36% son casados, 17 participantes que representan el 17% son divorciados, 8 participantes que representan el 8% son convivientes y 2 participantes que representan el 2% son viudos. En cuanto al lugar de procedencia, 38 participantes que representan el 38% son del Callao, 31 participantes que representan el 31% son de Lima Metropolitana, 26 participantes que representan

el 26% son de otras provincias de Lima y 5 participantes que representan el 5% son de otras regiones, en cuanto a la religión, 50 participantes que representan el 50% son católicos, 32 participantes que representan el 32% son evangélicos, 10 participantes que representan el 10% son de ninguna religión y 8 participantes que representan el 8% son de otras religiones.

Tabla 2. Depresión en pacientes con COVID-19 hospitalizados en un nosocomio de Lima Norte (n=100)

Valores	n	%
No deprimido	1	1,0
Depresión ligera/menor	7	7,0
Depresión moderada	46	46,0
Depresión severa	34	34,0
Depresión muy severa	12	12,0
Total	100	100.0

En la tabla 2, se observa que, en cuanto a la depresión, 46 participantes que representan el 46% tienen un nivel moderado, seguido de 34 participantes que representan el 34% tienen un nivel severo, 12 participantes que representan el 12% tienen un nivel muy severo, 7 participantes que representan el 7,0% tienen un nivel ligero/menor y 1 participante que representa el 1,0% no está deprimido.

IV. DISCUSIÓN

4.1 DISCUSIÓN PROPIAMENTE DICHA

Inicialmente esta nueva enfermedad fue considerada una enfermedad del sistema respiratorio, pero la COVID-19 demostró que tiene un gran potencial invasivo a otros componentes del cuerpo humano y puede derivar en complicaciones graves. Muchos efectos sistémicos han sido descritos en la literatura, entre los que podemos citar alteraciones cardíacas, digestivas, vasculares y sus efectos sobre el sistema nervioso central (47).

El COVID-19 es una enfermedad infecciosa altamente contagiosa causada por el virus SARS-CoV-2 (48). Este virus se transmite principalmente de personas infectadas a otras que estaban en contacto cercano a través de gotitas respiratorias por contacto directo con personas infectadas o por contacto con objetos y superficies contaminados (49). Debido a que la COVID-19 es una enfermedad que puede amenazar la vida de quienes la padecen, la exploración de aspectos de la salud mental asociados con esta enfermedad es de gran interés. La depresión es una de las principales causas que genera discapacidad. Por tanto, los síntomas depresivos y la depresión clínicamente significativa en los pacientes infectados con COVID-19 puede tener efectos nocivos en la calidad de vida y bienestar de estos. Por ello, es importante valorar el estado emocional o depresivo de estos pacientes, ya que ello nos dará elementos que permitan establecer acciones de cuidado. En el presente estudio se plantea el tema de la depresión desde un enfoque preventivo promocional, el cual busca contribuir con conocimiento actualizado para mejorar la salud psicológica de los pacientes con COVID-19 hospitalizados.

En cuanto a la depresión, 46 participantes (46%) tienen un nivel moderado, seguido de 34 participantes (34%) tienen un nivel severo, 12 participantes (12%) tienen un nivel muy severo, 7 participantes (7,0%) tienen un nivel ligero/menor y 1 participante (1,0%) no está deprimido. Los resultados nos muestran que en su mayoría los participantes muestran algún grado de depresión. La depresión es un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de una profunda tristeza, desolación, desánimo y auto exclusión social del individuo (50). Según el estudio

de Guardado R (29), en sus resultados señala que predominó un 91,2% de los participantes quienes refirieron presentar depresión al ingreso al servicio de hospitalización y a la estadía del día 14 los pacientes indicaron en un 100% estar deprimidos. Indicó que estos resultados podrían deberse a la evolución de la enfermedad y severidad de los síntomas; no contar con apoyo familiar, presentar comorbilidades, tener una edad avanzada y requerir de ventilación mecánica invasiva son factores que incrementan la depresión en los pacientes positivos. Chadli y colaboradores (31), en sus hallazgos mostraron que el 51,2% de los participantes presentaron casos graves y críticos de depresión. Señalaron que esto podría deberse a una estancia larga de hospitalización, presentar complicaciones de la enfermedad, estar entubado, tener familiares fallecidos a causa del COVID-19 y tener una condición de salud bastante deteriorada, los cuales son factores que condicionan a la depresión intrahospitalaria. Li y colaboradores (32), señaló que la prevalencia de depresión fue de $(16,8 \pm 4,1)$ puntos, superior a la del grupo sin ansiedad $[(6,9 \pm 1,4)]$ puntos, $P < 0,01$. Manifestaron que dichos hallazgos podrían obedecer al sexo, la edad, nivel educativo, estado civil, tener hijos, historial de contacto de personas en el área epidémica con diagnóstico previo a la enfermedad, antecedentes de enfermedad de COVID-19, ventilación mecánica invasiva y presencia de complicaciones asociadas a la patología. Loayza y colaborador (33), mostraron que el 89,4% de los pacientes presentaron depresión, bajo estos hallazgos refirieron que esto podría deberse a la presencia de complicaciones respiratorias, incremento de síntomas severos, presencia de discapacidades, tener comorbilidades, ser mayor de 40 años, tener familia, tener historial de parientes COVID-19 y miedo a la muerte. Pinto y colaborador (34), señalaron que en sus resultados la depresión prevaleció un 92,03%, indicaron que esto se debería a la edad, la situación laboral, estar en aislamiento, tener dificultades económicas, un grado de instrucción bajo y tener una condición de salud muy deteriorada, no tener apoyo familiar y requerir oxígeno y entubación. Ocampo y colaboradores (30), en sus resultados indicó que el 1% tenía un nivel severo, mientras que el 13,3% tenían un nivel moderado, el 13,9% ligeramente moderado y el 20,2% bajo. Señalaron que estos hallazgos se deberían al género, la edad, estar soltero, tener ingresos familiares bajos, tener un grado de instrucción básico, situación de ocupación, requerir cuidados especializados, estar hospitalizado un periodo

largo, estos son componentes que contribuyen e incrementan la depresión en los pacientes.

La presencia de comorbilidades como la diabetes, las enfermedades cardíacas, la enfermedad renal crónica y la obesidad estaban fuertemente relacionadas con la hospitalización y la gravedad de la COVID-19. Por otro lado, la edad avanzada y los síntomas severos del coronavirus son pronósticos de gravedad en pacientes con COVID-19 (51)(52).

4.2 CONCLUSIONES

En cuanto a la depresión predominó el nivel moderado, seguido del nivel severo, muy severo, ligero/menor y no deprimido.

4.3 RECOMENDACIONES

El profesional de la salud debe tener en cuenta que esta enfermedad genera la posibilidad de depresión, ansiedad, fatiga, trastorno de estrés postraumático y síndromes neuropsiquiátricos a largo plazo. Por ello, el cuidado de la salud mental de estos pacientes con COVID-19 hospitalizados debe ser una acción por realizarse como parte de los cuidados integrales que se le brinda.

El aislamiento social y restricciones a la estancia del familiar junto al paciente durante su periodo de hospitalización puede agudizar su cuadro emocional o depresivo. Por ello, es fundamental establecer algunos canales de comunicación y afianzar la empatía que permitan que el paciente se sienta acompañado y seguro.

Los servicios de salud deben velar por la salud emocional de los pacientes infectados por el coronavirus, se debe actuar en base a la práctica basada en la evidencia, es decir, en base a la mejor evidencia encontrada en las revisiones.

Se recomienda que, en estudios posteriores a realizarse sobre este tema, el problema sea abordado desde la perspectiva de otros enfoques de la investigación como el cualitativo o mixto, ello permitirá tener una más amplia comprensión sobre el problema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kola L, Kohrt B, Hanlon C, Naslund J, Sikander S, Balaji M, et al. COVID-19 mental health impact and responses in low-income and middle-income countries: reimagining global mental health. *Lancet Psychiatry*. [Internet] 2021 [citado 28 de junio de 2022];8(6):1-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33639109/>
2. Manchia M, Gathier A, Yapici H, Schmidt M, Quervain D, Amelsvoort T, et al. The impact of the prolonged COVID-19 pandemic on stress resilience and mental health: A critical review across waves. *Eur Neuropsychopharmacol*. [Internet]. 2022 [citado 9 de agosto de 2022];55:22–83. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8554139/>
3. Sim K, Chan Y, Chong P, Chua H, Soon S. Psychosocial and coping responses within the community health care setting towards a national outbreak of an infectious disease. *J Psychosom Res*. [Internet]. 2010 [citado 28 de junio de 2022];68(2):1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20105703/>
4. Xiang Y, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*. [Internet]. 2020 [citado 28 de junio de 2022];7(3):1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32032543/>
5. Salman M, Asif N, Mustafa Z, Khan T, Shehzadi N, Tahir H, et al. Psychological Impairment and Coping Strategies During the COVID-19 Pandemic Among Students in Pakistan: A Cross-Sectional Analysis. *Disaster Med Public Health Prep*. [Internet]. 2020 [citado 28 de junio de 2022];22(1):1-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33087206/>
6. Rossi R, Socci V, Talevi D, Mensi S, Niolu C, Pacitti F, et al. COVID-19 Pandemic and Lockdown Measures Impact on Mental Health Among the General Population in Italy. *Front Psychiatry*. [Internet]. 2020 [citado 28 de junio de 2022];11(1):1-3. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32848952/>

7. Moayed M, Vahedian A, Mirmomeni G, Rahimi F, Goharimoghadam K, Amin M, et al. Depression, Anxiety, and Stress Among Patients with COVID-19: A Cross-Sectional Study. *Adv Exp Med Biol*. [Internet]. 2021 [citado 27 de junio de 2022];1321(1):1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33656727/>
8. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho C, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health*. [Internet]. 2020 [citado 27 de junio de 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32155789/>
9. Ma Y, Li H, Deng H, Wang L, Wang Y, Wang P, et al. Prevalence of depression and its association with quality of life in clinically stable patients with COVID-19. *J Affect Disord*. [Internet]. 2020 [citado 28 de junio de 2022]; 275(1):1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32658818/>
10. Bueno j, Gracia p, Olaya b, Lasheras i, López R, Santabárbara J. Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis of community-based studies. *Int J Clin Health Psychol*. [Internet]. 2021 [citado 28 de junio de 2022];21(1):1-18. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7458054/>
11. Kim D, Bang Y, Kim J, Park J. The Prevalence of Depression, Anxiety and Associated Factors among the General Public during COVID-19 Pandemic: a Cross-sectional Study in Korea. *J Korean Med Sci*. [Internet]. 2021 [citado 28 de junio de 2022];36(29):1-3. Disponible en: https://www.unboundmedicine.com/medline/citation/34313037/The_Prevalence_of_Depression_Anxiety_and_Associated_Factors_among_the_General_Public_during_COVID_19_Pandemic:_a_Cross_sectional_Study_in_Korea_
12. Tee M, Tee C, Anlacan J, Aligam K, Reyes P, Kuruchittham V, et al. Psychological impact of COVID-19 pandemic in the Philippines. *J Affect*

- Disord. [Internet]. 2020 [citado 28 de junio de 2022]; 277(1):1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32861839/#:~:text=In total%2C16.3%25 of respondents,status%3B students%3B specific symptoms%3B>
13. Ettman C, Abdalla S, Cohen G. Prevalence of Depression Symptoms in US Adults Before and During the COVID-19 Pandemic. *Public Health* [Internet]. 2020 [citado 28 de junio de 2022];3(9):1-15. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2770146>
 14. Ikonte C, Prigmore H, Dawson A, Egede L. Trends in prevalence of depression and serious psychological distress in United States immigrant and non-immigrant populations, 2010-2016. *J Affect Disord.* [Internet]. 2020 [citado 29 de febrero de 2022];274(1):1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32664007/>
 15. Torre J, Vilagut G, Ronaldson A, Dregan A, Ricci I, Hatch S, et al. Prevalence and age patterns of depression in the United Kingdom. A population-based study. *J Affect Disord.* [Internet]. 2021 [citado 2 de julio de 2022];279(1):1-3. Disponible en: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33059219/#:~:text=Results%3A The prevalence of depressive,CI%3A 7.0-8.0\).](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33059219/#:~:text=Results%3A The prevalence of depressive,CI%3A 7.0-8.0).)
 16. Abdoli N, Salari N, Darvishi N, Jafarpour S, Solaymani M, Mohammadi M, et al. The global prevalence of major depressive disorder (MDD) among the elderly: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* [Internet]. 2022 [citado 2 de julio de 2022];132(1):1-5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34742925/>
 17. Rahman M, Banik G, Ahmed A, Arifeen S, Hossain A, Hasan M, et al. Anxiety and depressive symptoms among COVID-19 patients admitted to three isolation facilities in Bangladesh. *Health Psychol Open.* [Internet]. 2021 [citado 2 de julio de 2022];8(2):201-205. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34646569/>
 18. Antiporta D, Cutipé Y, Mendoza M, Celentano D, Stuart E, Bruni A. Depressive symptoms among Peruvian adult residents amidst a National

- Lockdown during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry*. [Internet]. 2021 [citado 2 de julio de 2022];21(1):1-25. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7890781/>
19. Wu Z, McGoogan J. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. [Internet]. 2020 [citado 2 julio 2022];323(13):1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32091533/>
 20. Meyerowitz E, Richterman A, Gandhi R, Sax P. Transmission of SARS-CoV-2: A Review of Viral, Host, and Environmental Factors. *Ann Intern Med*. [Internet]. 2021 [citado 2 de julio de 2022];174(1):1-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32941052/>
 21. Zou L, Ruan F, Huang M, Liang L, Huang H, Hong Z, et al. SARS-CoV-2 Viral Load in Upper Respiratory Specimens of Infected Patients. *N Engl J Med* [Internet]. 2020 [citado 2 de julio de 2022];382(12):1-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32074444/>
 22. Richardson S, Hirsch J, Narasimhan M, Crawford J, McGinn T, Davidson K, et al. Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area Safiya. *JAMA*. [Internet]. 2020 [citado 2 de julio de 2022];323(20):1-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32320003/>
 23. Stokes E, Zambrano L, Anderson K, Marder E, Raz K, Burai S, et al. Coronavirus Disease 2019 Case Surveillance-United States, January 22-May 30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2020 [citado 2 de julio de 2022];69(24):1-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32555134/>

24. Baloch S, Baloch M, Zheng T, Pei X. The Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. *Tohoku J Exp Med.* [Internet]. 2020 [citado 4 de julio de 2022];250(4):1-3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32321874/>
25. Namkung H, Lee B, Sawa A. Causal Inference on Pathophysiological Mediators in Psychiatry. *Cold Spring Harb Symp Quant Biol.* [Internet]. 2018 [citado 2 de julio de 2022];83(1):1-3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30850434/>
26. McCarter T. Depression Overview. *Am Health Drug Benefits.* [Internet]. 2008 [citado 2 de julio de 2022];1(3):1-13. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4115320/>
27. Marrujo K, Berumen L, Mejía Y, Palacios D. The meaning of hospitalization from the perspective of the caregiver: A qualitative study. *Enferm Clin.* [Internet]. 2016 [citado 4 de julio de 2022];26(2):1-3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26872391/>
28. Alligood M, Tomey A. *Nursing models and theories.* 9ª ed.. United States: Elsevier; 2018.
29. Guardado R. Valoración de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados con por COVID-19 [Tesis de grado]. Mexico: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2021 [citado 4 de julio de 2022]. Disponible en: [chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcgclclefindmkaj/http://eprints.uanl.mx/20784/3/Tesis Dr Ricardo Guardado Posgrado FINAL1.pdf](chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcgclclefindmkaj/http://eprints.uanl.mx/20784/3/Tesis%20Dr%20Ricardo%20Guardado%20Posgrado%20FINAL1.pdf)
30. Ocampo A, Castillo J, Pabón L, Tovar J, Hidalgo S, Calle D, et al. Depressive symptomatology in adults during the COVID-19 pandemic. *J Investig Med.* [Internet]. 2022 [citado 19 de julio de 2022];70(2):1-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34810229/>
31. Chadli A, Essabah N, Aziz S, Laidi S, Mounir A, Bensbaa S, et al. COVID-19: Patient care after discharge from the Intensive Care Unit. *Int J Clin Pract.* [Internet]. 2021 [citado 29 de junio de 2022];2021(1):1-2. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8236921/>

32. Li X, Dai T, Wang H, Shi J, Yuan W, Li J, et al. Clinical analysis of anxiety and depression in patients suspected of having coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Zhejiang Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*, [Internet]. 2020 [citado 29 de junio de 2022];49(2):1-10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8800785/>
33. Loayza M, Muñoz C. Ansiedad y su relación con la depresión en pacientes diagnosticados con COVID19 en el Centro de Salud de Andahuaylas 2021 [Tesis doctoral]. Andahuaylas-Perú: Universidad Tecnológica de los Andes; 2022 [citado 4 de julio de 2022]. Disponible en: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://52.67.78.165/bitstream/utea/353/2/Ansiedad y su relación con la depresión en pacientes diagnosticados con COVID-19.pdf](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://52.67.78.165/bitstream/utea/353/2/Ansiedad_y_su_relaci3n_con_la_depresi3n_en_pacientes_diagnosticados_con_COVID-19.pdf)
34. Pinto R, Nina H. Percepción de enfermedad y ansiedad depresión en pacientes COVID-19 hospitalizados en clínica privada [Tesis doctoral]. Lima-Perú: Universidad Científica del Sur; 2022 [citado 4 de julio de 2022]. Disponible en: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://repositorio.cientifica.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12805/2377/TL-Pinto R-Nina N.pdf?sequence=1&isAllowed=y](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://repositorio.cientifica.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12805/2377/TL-Pinto_R-Nina_N.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
35. Ñaupas H, Valdivia M, Panacios J, Romero H. Metodología de la investigación cuantitativa - cualitativa y redacción de la tesis. 5ª ed. Bogotá-Colombia: Ediciones de la U; 2018. 560 p.
36. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: Mc Graw-Hill; 2018. 753 p.
37. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5º edition. Estados Unidos; 2018.
38. Story D, Tait R. Survey research. *Anesthesiology* [Internet]. 2019 [citado 21 de mayo de 2022];130(2):1-10. Disponible en: <https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article/130/2/192/20077/Survey->

Research

39. Ramos J, Villafáfila A. Validation of the Castillian version of the Hamilton Rating Scale for Depression. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. [Internet]. 1986 [citado 4 de julio de 2022];14(4):1-3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3776732/>
40. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol*. [Internet]. 1967 [citado 19 de julio de 2022];6(4):1-3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6080235/>
41. Morales L, Vértiz M. Nivel de ansiedad y depresión en usuarios del Centro de Salud Materno Santa Catalina en contexto del COVID-19 2021 [Tesis de grado]. Trujillo-Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2021 [citado 4 de julio de 2022]. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/90068/Morales_CL-Vértiz_MMM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
42. World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. World Medical Association [Internet] 2021 [citado 13 de abril de 2022];20(59):1-15. Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
43. Brothers K, Rivera S, Cadigan R, Sharp R, Goldenberg A. A Belmont Reboot: Building a Normative Foundation for Human Research in the 21st Century. *J Law Med Ethics* [Internet]. 2019 [citado 13 de mayo de 2022];47(1):1-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6587582/pdf/nihms-1036525.pdf>
44. Levitt D. Ethical decision-making in a caring environment: The four principles and LEADS. *Healthcare Management Forum* [Internet]. 2014 [citado 21 de mayo de 2022];27(2):105-107. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1016/j.hcmf.2014.03.013?journal>

Code=hmfa

45. Masic I, Hodzic A, Mulic S. Ethics in medical research and publication. *Int J Prev Med* [Internet]. 2014 [citado 21 de mayo de 2022];5(9): 1-12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4192767/>
46. Veatch RM, Guidry-Grimes LK. *The basics of bioethics*. 4^a ed. Londres-Reino Unido: Routledge; 2020. 324 p.
47. Rogers J, Chesney E, Oliver D, Pollak T, McGuire P, Fusar P, et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections. *Lancet Psychiatry*. [Internet]. 2020 [citado 9 de agosto de 2022];7(7):611-627. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32437679/>
48. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. [Internet]. 2020 [citado 18 de julio de 2022];382(8):1-3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31749372/>
49. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *N Engl J Med*. [Internet]. 2020 [citado 10 de julio de 2022];382(13):1-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31995857/>
50. Rosenblat J, Kurdyak P, Cosci F, Berk M, Maes M, Brunoni A, et al. Depression in the medically ill. *Aust N Z J Psychiatry*. [Internet]. 2020 [citado 18 de julio de 2022];54(4):1-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31749372/>
51. Luo L, Fu M, Li Y, Hu S, Luo J, Chen Z, et al. The potential association between common comorbidities and severity and mortality of coronavirus disease 2019: A pooled analysis Liman. *Clin Cardiol*. [Internet]. 2020 [citado 18 de julio de 2022];43(12):1-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33026120/>
52. Vaughan L, Veruttipong D, Shaw J, Levy N, Edwards L, Winget M.

Relationship of socio-demographics, comorbidities, symptoms and healthcare access with early COVID-19 presentation and disease severity. *BMC Infect Dis.* [Internet]. 2021 [citado 18 de julio de 2022];21(1):1-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33421991/>

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de la variable o variables

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE								
Título: Nivel de depresión en pacientes con COVID-19 hospitalizados en un nosocomio de Lima Norte.								
VARIABLE	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	N° De Ítems	Valor Final	Criterios Para Asignar Valores
Depresión	Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa Escala de medición: Ordinal	La depresión es un sentimiento general de tristeza, abulia, desesperanza y ánimo triste o irritable, se caracteriza por estado de ánimo triste o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente la capacidad de funcionamiento del individuo (37).	La depresión es un sentimiento general de tristeza, abulia, desesperanza y ánimo triste o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente la capacidad de funcionamiento de los pacientes con COVID-19 hospitalizados en un Nosocomio de Lima Norte, ello se evaluara mediante la escala de Hamilton.	Depresión	-Humor depresivo -Sensación culpabilidad -Suicidio -Insomnio precoz -Insomnio intermedio -Insomnio tardío Trabajo y actividades -Inhibición -Agitación psicomotora -Ansiedad psíquica -Ansiedad somática -Síntomas somáticas gastrointestinales. -Síntomas somáticos generales -Síntomas genitales -Hipocondría -Pérdida de peso -Introspección	17	no deprimido depresión ligera/menor depresión moderada depresión severa depresión muy severa	0-7 pts 8-13 pts 14-18 pts 19-22 pts >23 pts

Anexo B. Instrumento de recolección de datos

ESCALA DE HAMILTON

I. PRESENTACIÓN

Buenos días, soy estudiante de enfermería de la Universidad María Auxiliadora, y estoy acá para pedir su colaboración en facilitarme ciertos datos que permitirán conocer el nivel de depresión en pacientes con COVID-19 hospitalizados en un nosocomio de Lima Norte. Por favor responda con total sinceridad. Si Ud. tuviera alguna duda, pregúntele a la persona a cargo.

II. INSTRUCCIONES GENERALES

Por favor, lee cada pregunta con atención.

DATOS GENERALES:

Edad en años: _____

Sexo del participante:

Femenino () Masculino ()

Estado civil:

- () Conviviente
- () Soltero(a)
- () Casado(a)
- () Divorciado(a)
- () Viudo(a)

Lugar de procedencia:

- () Lima Metropolitana
- () Callao
- () Otras provincias Lima
- () Otras regiones

Religión:

- () Católica
- () Evangélica
- () Otras religiones
- () Ninguna

III. CUESTIONARIO

<p>Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)</p> <p>- Ausente 0</p> <p>- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente 1</p> <p>- Estas sensaciones las relata espontáneamente 2</p> <p>- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto) 3</p> <p>- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea a 4</p>	
<p>Sentimientos de culpa</p> <p>- Ausente 0</p> <p>- Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente 1</p> <p>- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones 2</p> <p>- Siente que la enfermedad actual es un castigo 3</p> <p>- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza 4</p>	
<p>Suicidio</p> <p>- Ausente 0</p> <p>- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida 1</p> <p>- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir 2</p> <p>- Ideas de suicidio o amenazas 3</p> <p>- Intentos de suicidio (cualquier intento serio) 4</p>	
<p>Insomnio precoz</p> <p>- No tiene dificultad 0</p> <p>- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño 1</p> <p>- Dificultad para dormir cada noche 2</p>	
<p>Insomnio intermedio</p> <p>- No hay dificultad 0</p> <p>- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche 1</p> <p>- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar) 2</p>	
<p>Insomnio tardío</p> <p>- No hay dificultad 0</p> <p>- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir 1</p> <p>- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama 2</p>	
<p>Trabajo y actividades</p> <p>- No hay dificultad 0</p> <p>- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos) 1</p> <p>- Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación) 2</p> <p>- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad 3</p> <p>- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda. 4</p>	

<p style="text-align: center;">Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)</p> <p>Palabra y pensamiento normales Ligero retraso en el habla Evidente retraso en el habla Dificultad para expresarse Incapacidad para expresarse</p>	0 1 2 3 4
<p style="text-align: center;">Agitación psicomotora</p> <p>Ninguna Juega con sus dedos Juega con sus manos, cabello, etc. No puede quedarse quieto ni permanecer sentado Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios</p>	0 1 2 3 4
<p style="text-align: center;">Ansiedad psíquica</p> <p>No hay dificultad Tensión subjetiva e irritabilidad Preocupación por pequeñas cosas Actitud aprensiva en la expresión o en el habla Expresa sus temores sin que le pregunten</p>	0 1 2 3 4
<p>Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)</p> <p>Ausente Ligera Moderada Severa Incapacitante</p>	0 1 2 3 4
<p style="text-align: center;">Síntomas somáticos gastrointestinales</p> <p>Ninguno Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales</p>	0 1 2 3 4
<p style="text-align: center;">Síntomas somáticos generales</p> <p>Ninguno Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2</p>	0 1 2
<p style="text-align: center;">Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)</p> <p>Ausente Débil Grave</p>	0 1 2

Hipocondría		
- Ausente		0
- Preocupado de si mismo (corporalmente)		1
- Preocupado por su salud		2
- Se lamenta constantemente, solicita ayuda		3
Pérdida de peso		
- Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana		0
- Pérdida de más de 500 gr. en una semana		1
- Pérdida de más de 1 Kg. en una semana		2
Introspección (insight)		
- Se da cuenta que está deprimido y enfermo		0
- Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.		1
-		2
- No se da cuenta que está enfermo		3

Gracias por su colaboración

Anexo C. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación en salud. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Título del proyecto: Nivel de depresión en pacientes con COVID-19 Hospitalizados en un Nosocomio de Lima Norte.

Nombre de los investigadores principales:

-Mendoza Pomacajas, Yuli Yaneli

-Natividad Simón, Dany Limber

Propósito del estudio: Determinar Nivel de depresión en pacientes con COVID-19 Hospitalizados en un Nosocomio de Lima Norte.

Beneficios por participar: Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual) que le puede ser de mucha utilidad.

Inconvenientes y riesgos: Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario.

Costo por participar: Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

Confidencialidad: La información que usted proporcione estará protegido, solo los investigadores pueden conocer. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

Renuncia: Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

Consultas posteriores: Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a Natividad Simón Dany Limber, coordinador del equipo, cuyo teléfono es 931871210 y correo electrónico dannatividad@uch.pe.

Contacto con el Comité de Ética: Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse al Dr. Segundo German Millones Gómez, presidente del Comité de Ética de la Universidad de Ciencias y Humanidades, ubicada en la av. Universitaria N°5175, Los Olivos, teléfono 7151533 anexo 1254, correo electrónico: comite_etica@uch.edu.pe.

Participación voluntaria:

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto participar voluntariamente en el estudio.

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital
Nº de DNI:	
Nº de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp	
Correo electrónico	
Nombre y apellidos del encuestador(a)	Firma
Natividad Simón, Dany Limber	
Nº de DNI	
Nº teléfono	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

Lima, 14 de Julio de 2020

***Certifico que he recibido una copia del consentimiento informado.**

.....
Firma del participante

Anexo D. Acta del Comité de Ética



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

"Año de la universalización de la salud"

ACTA CEI N° 081	15 de septiembre de 2020
-----------------	--------------------------

ACTA DE EVALUACIÓN ÉTICA

En el distrito de Los Olivos, el día 15 del mes de septiembre del año dos mil veinte, el Comité de Ética en Investigación en seres humanos y animales ha evaluado el proyecto: **"NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID - 19 HOSPITALIZADOS EN UN NOSOCOMIO DE LIMA NORTE"** con Código ID-081-20, presentado por el(los) autor(es): MENDOZA POMACAJAS YULI YANELI Y NATIVIDAD SIMON DANY LIMBER.

Teniendo en cuenta que el mismo reúne las consideraciones éticas.

POR TANTO:

El Comité de ética en Investigación,

RESUELVE

APROBAR, el proyecto titulado **"NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID - 19 HOSPITALIZADOS EN UN NOSOCOMIO DE LIMA NORTE"**.

Código ID-081-20.

A circular stamp of the Universidad de Ciencias y Humanidades Comité de Ética is overlaid with a handwritten signature. Below the signature, the text reads: 'Mg Ricardo Carrón Millones Gómez', 'Presidente', and 'del Comité de Ética en Investigación'.

SGMG/RAC

www.uch.edu.pe

Av. Universitaria 5175 Los Olivos - Telef.: 500-3100

Anexo E. Evidencias del Trabajo de Campo

