



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**FRECUENCIA DE MIEDO, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN GESTANTES EN
EL CONTEXTO COVID-19 EN UN HOSPITAL GENERAL DE LIMA-
METROPOLITANA.**

Nombre del Autor: CHRISTIAN ANDRE SOCA GUZMAN

Nombre del Asesor: EDWARD ANTONIO LOZANO VARGAS

LIMA – PERÚ

2020

A. RESUMEN

- *Introducción:* Los trastornos mentales son frecuentes en la población, en especial trastornos como la depresión y ansiedad. Estudios evidencian que estos trastornos tienen una alta prevalencia en la población gestante. Como es conocido, las diversas medidas adoptadas por los gobiernos para enfrentar la crisis sanitaria por la pandemia del COVID-19, así como los temores justificados de contagio hacen posible asumir que la frecuencia de miedo y los trastornos mentales aumentarían en la población de gestantes, generando repercusiones a nivel mental y en la salud materno-perinatal. A pesar de ello, hasta el momento no existen estudios publicados a nivel nacional que evalúen este problema en el contexto actual de la pandemia COVID-19.
- *Objetivo:* Determinar la frecuencia de miedo, depresión y ansiedad en gestantes, así como los factores asociados en el servicio de hospitalización de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia (en adelante, HCH).
- *Metodología:* Con el propósito de alcanzar dicho objetivo, se realizará un estudio epidemiológico transversal y analítico. El participante ingresará al estudio siempre y cuando cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. Luego se le brindará el consentimiento informado. Luego, se aplicarán instrumentos para detectar la presencia de miedo, depresión y ansiedad a todas las pacientes gestantes hospitalizadas del servicio de ginecología y obstetricia del HCH durante la pandemia COVID-19. Además, se revisarán las historias clínicas para el recojo de datos y se incluirá toda la información en una base de datos.
- Los datos recolectados de las pacientes se utilizarán exclusivamente para los *propósitos* del *presente* estudio. En consecuencia, se mantendrá la privacidad de toda información de los participantes.
- **Palabras clave:** Gestación, covid-19, miedo, depresión, ansiedad.

B. INTRODUCCION

Los desórdenes mentales son causa de morbi-mortalidad a nivel mundial. Según Charlson *et al*, se estima que la prevalencia de desórdenes mentales se encuentra cerca del 22.1% en situaciones afectadas por un conflicto (emergencia sanitaria); y en específico respecto a la prevalencia de depresión, en sus diferentes formas, esta fue de aproximadamente 10.8% y para trastornos de ansiedad en la población en general fue aproximadamente de 21.7 % (1).

De igual forma, estos trastornos mentales son de alta prevalencia en la población gestante a nivel mundial. En efecto, De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el 10% de mujeres gestantes y el 13% de mujeres que han tenido un parto experimentan algún trastorno mental, principalmente depresión o ansiedad. En países en vía de desarrollo esto es aún mayor, llegando a 15.6% durante el embarazo y a 19.8 % luego del parto (2).

Según Dubovicky *et al*, se estima que la prevalencia de depresión antenatal y postparto fue de alrededor del 20% (3). Sinesi *et al*, muestra que la frecuencia de afectación del

trastorno de ansiedad en la gestación es alrededor del 15 al 23%; ambos trastornos han demostrado tener implicancias en los resultados maternos como neonatales (4)(5).

A pesar de que existe una alta prevalencia en cuanto a los trastornos mentales, aun se estima que se producen falencias en el reconocimiento y diagnóstico durante el embarazo (6), lo que nos llevaría a pensar que existe un sub-diagnóstico y, por lo tanto, la prevalencia podría ser aún mayor.

Además, otros estudios muestran una mayor prevalencia en países en vía de desarrollo. Verbeek et al, en un estudio realizado en centro América, encontró una prevalencia de depresión y ansiedad de 41% y 57%, respectivamente, en mujeres gestantes en Nicaragua; mientras que en mujeres gestantes en Holanda la prevalencia fue de 15% y 6% respectivamente (7). Existen pocos estudios realizados en nuestro país, en uno de ellos, Luna et al, demostraron que la prevalencia de depresión en gestantes era de 40.1% en el Perú (8). Vega Gonzales et al, mostraron en un estudio realizado en gestantes adolescentes en Perú, que la prevalencia de depresión y ansiedad fue de 82.8% y 68.9 % respectivamente (9).

En el contexto anteriormente descrito es que surge el virus SARS-COV2, inicialmente diagnosticada en la ciudad de Wuhan China en diciembre del 2019. Este virus se ha propagado a nivel global de manera exponencial, lo cual tuvo efecto en el importante y constante incremento de pacientes infectados y muertes asociadas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaro el brote de SARS-COV2 como una pandemia global el 11 de marzo del 2020. (10).

Se trata de una enfermedad multisistémica, con un periodo de incubación en la mayoría de la población de 1 a 14 días, con una media de 5 a 6 días. Al momento se piensa que la principal vía de transmisión es la vía aérea, por medio de gotas respiratorias y contacto cercano; los síntomas principales son la tos y fiebre, sin embargo, pacientes asintomáticos representan una potencial fuente de contagio (11) (12). En un metaanálisis, Yang et al, encontraron que las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión (21.1%, 95% CI: 13.0–27.2%) y diabetes (9.7%, 95% CI: 7.2–12.2%), así como enfermedad cardiovascular y enfermedades respiratorias y, por lo tanto, pueden ser un riesgo que incrementa la severidad de la enfermedad (12).

Lo anterior ha sido informado por distintas organizaciones en salud a nivel mundial. Así, por lo menos, la población tiene un meridiano conocimiento de los riesgos del virus, especialmente en las áreas dedicadas a su atención en hospitales públicos. Ello viene generando diversas afectaciones en la salud mental de la población. Este efecto también se ve reflejado en las pacientes gestantes, lo cual puede tener consecuencias en la salud materno-perinatal.

Existen diferentes estudios que analizan la asociación entre trastornos mentales -como depresión y ansiedad- con los resultados maternos y neonatales. En lo que corresponde a los resultados maternos se encuentra que existe mayor asociación con el desarrollo de preeclampsia, mayor uso de antidepresivos, inducción de parto, mayor dolor durante el trabajo de parto y cesárea. Así también resultados neonatales como parto prematuro, bajo peso al nacer, resultados en el score de apgar.

La actual pandemia por SARS-COV2 genera estrés, lo que resulta en secreción de catecolaminas, estas hormonas están asociadas al aumento de presión arterial y elevación de la frecuencia cardíaca materna; estos cambios influyen en el embarazo y pueden causar parto prematuro y preeclampsia. además, se observó que exposición ante periodos prolongados de estrés podrían causar depresión, ansiedad y fatiga (13).

Koutra et al, en un estudio de cohorte encontró asociación significativa con respecto a depresión e hipertensión gestacional y preeclampsia, así también para lactancia materna, sobre todo en periodos cortos de duración de esta. (14) (15).

En un estudio de cohorte prospectivo, realizado en un país no desarrollado, Mochache et al, encontró que el riesgo de tener parto prematuro fue de 3 veces mayor en pacientes con depresión (RR = 3.80, 95% CI 1.73–8.37). Sánchez et al., en un estudio en pacientes gestantes en Perú, encontró que el riesgo de parto prematuro aumento con el incremento de la severidad de depresión, ansiedad y síntomas de estrés. Se encontró una fuerte y significativa asociación entre depresión y ansiedad con un OR de hasta 3.82 y 2.76, respectivamente, con respecto a parto prematuro (16) (17).

Se sabe también que la ansiedad materna juega un rol en el proceso del parto, por ejemplo, Koelewijn et al, determinaron que altos niveles de ansiedad estaban asociados a intervenciones durante la labor de parto, tales como mayor uso de analgesia, inducción de labor de parto y cesárea (18) (19).

Por todo lo descrito anteriormente, la población gestante tiene una alta prevalencia de depresión y ansiedad, sobre todo en países de en vías de desarrollo como el nuestro; generando efectos en los resultados maternos como neonatales. De este modo, la actual pandemia de SARS-COV2 hace a la población gestante vulnerable a sufrir impacto en su salud mental. Ferit Durankus et al, encontró que dentro de la población que obtuvo un puntaje alto en escalas de depresión, estuvieron influenciadas por los efectos del SARS-COV2 en la psicología y el aislamiento que sufrían (20). Así también lo demuestra Wu Y. et al, en un estudio en China donde uno de los aspectos que encontró fue que existía mayor porcentaje de casos de depresión en gestantes posterior a la pandemia que previo a esta, además de encontrarse que esta población era más propensa a autolesionarse (21).

Por estos motivos, es importante y de especial relevancia conocer el impacto de la pandemia SARS-COV2 en la salud mental de las gestantes que acuden en búsqueda de atención a un hospital público y conocer sus características asociadas. Por lo tanto, se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuál es el efecto de la pandemia SARS-COV2 en la frecuencia de miedo, depresión y ansiedad entre mujeres gestantes hospitalizadas en el Hospital Cayetano Heredia?

C. OBJETIVOS

i. Objetivo Principal

- Determinar la frecuencia de miedo, ansiedad y depresión en gestantes en el contexto de COVID-19

ii. Objetivo Secundario

- Determinar los factores asociados al miedo, ansiedad y depresión en gestantes en el contexto de COVID-19.
- Determinar factores obstétricos y neonatales asociados a depresión y ansiedad.
- Comparar la frecuencia de miedo, depresión y ansiedad entre pacientes gestantes con diagnóstico y sin diagnóstico de COVID-19.

D. HIPÓTESIS

La actual pandemia generada por la propagación del virus SARS-COV2 tendría impacto en la salud mental de la paciente gestante, poniéndola en riesgo de desarrollar problemas como miedo, depresión y ansiedad que son altamente prevalentes ya en esta población. En el contexto actual estos factores se verían incrementados, además de estar asociados a otras variables y probables efectos en la salud materno-perinatal.

E. METODOLOGÍA

i. Diseño del estudio

Se realizará un estudio epidemiológico tipo analítico – transversal en población gestante hospitalizada en el HCH durante la pandemia del virus SARS-COV2.

ii. Población

Pacientes gestantes que ingresaron al servicio de hospitalización de ginecología y obstetricia del HCH, durante la pandemia del virus SARS-COV2.

Se evaluará y comparará la frecuencia de miedo, ansiedad y depresión en dos grupos. Un grupo que estará conformado por pacientes gestantes hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia destinado a la atención del virus SARS-COV2 y otro grupo de gestantes en un área de no atención a SARS-COV2. Además, se podrá analizar variables asociadas a miedo, depresión y ansiedad.

iii. Criterios de inclusión:

Pacientes gestantes que se encuentren en el III trimestre de gestación admitidas en el servicio de hospitalización del servicio de ginecología y obstetricia en el área SARS-COV2 y NO SARS-COV2 del HNCH.

iv. Criterios de exclusión

Con la finalidad de evitar dificultad en la respuesta de la encuesta y acceso a los datos se excluyen los siguientes grupos:

- Pacientes gestantes en trabajo de parto.

- Pacientes gestantes con síntomas de dificultad respiratoria o imposibilitadas de responder el cuestionario.
- Pacientes hospitalizadas en otras áreas distintas al servicio de ginecología y obstetricia.
- Paciente gestante que no desee participar en el estudio.

v. Muestra

Se tomarán datos de todas las pacientes que se encuentren en ambas áreas (SARS-COV2 y NO SARS-COV2) del servicio de hospitalización de obstetricia y ginecología del HCH durante la pandemia del virus SARS-COV2.

Se calcula una muestra de 246 participantes teniendo como antecedente una prevalencia de depresión de un 20%, un intervalo de confianza del 95%, un error del 5 % y asumiendo una distribución normal.

vi. Descripción operacional de variables

Tabla 1.- Variables del interés del estudio

Variable	Tipo y naturaleza	Escala de medición	Indicador
Edad	Cuantitativa Discreta	Razón	- 18 – 25 - 26 – 35 - > 35
Nivel de instrucción	Cualitativa Politómica	Ordinal	- Sin estudios - Primaria completa - Secundaria completa - Estudio superior
Estado civil	Cualitativa Politómica	Nominal	- Soltero - Conviviente
Empleo	Cualitativa Dicotómica	Nominal	- Si - No
Deudas	Cualitativa Dicotómica	Nominal	- Si - No
Apoyo familiar	Cualitativa Dicotómica	Nominal	- Si - No
Relación de pareja	Cualitativa Dicotómica	Nominal	- Buena - Mala

Antecedente de depresión	Cualitativa Dicotómica	Nominal	- Sí - No
Antecedente de ansiedad	Cualitativa Dicotómica	Nominal	- Sí - No
Familiares infectados con SARS-COV2	Cualitativa Dicotómica	Nominal	- Sí - No
Amistades infectadas con SARS-COV2	Cualitativa Dicotómica	Nominal	- Sí - No
Familiares fallecidos por SARS-COV2	Cualitativa Dicotómica	Nominal	- Sí - No
Amistades fallecidas por SARS-COV2	Cualitativa Dicotómica	Nominal	- Sí - No
Número de abortos	Cuantitativa Discreta	Razón	- Número de abortos
Control prenatal	Cualitativa Dicotómica	Nominal	- Sí - No
Complicaciones obstétricas	Cualitativa Politómica	Nominal	- Preeclampsia - Diabetes - RCF - Anemia
Complicaciones neonatales	Cualitativa Politómica	Nominal	- Prematuridad - Baja puntuación de Apgar - Líquido meconial
Paridad	Cuantitativa Discreta	Razón	- Primípara - Multípara
Trimestre de embarazo	Cualitativa Politómica	Nominal	- I - II - III
Vía de parto	Cualitativa Dicotómica	Nominal	- Vaginal - Abdominal - No parto
Alteración en cardiotocografía	Cualitativa Dicotómica	Nominal	- Sí - No

vii. Instrumentos:

a. Escala Psicopatológica Depresiva (EPD-6).

La escala consta de 6 ítems relacionados con síntomas referentes a lo corporal (fatiga y pesadez de extremidades), con lo afectivo y el sueño (tristeza, anhedonia, reactividad del ánimo y alteración del sueño). Esta escala tiene una sensibilidad de 80,19% y una

especificidad de 73,68%. La puntuación de esta escala breve de 6 ítems se realiza asignando un score de 0-1-2-3 para cada una de las respuestas del a-b-c-d. Según la sensibilidad y especificidad, el punto de corte para predecir la presencia de síntomas depresivos es de 8 puntos o más. A esta escala breve se le añadió un séptimo ítem en relación a la presencia de intencionalidad suicida con el fin de detectar el riesgo suicida o gravedad depresiva en los pacientes. (22)

b. Escala de ansiedad de Lima de 8 ítems (ELA-8)

Es una escala auto-aplicable que consta de 8 ítems que ha sido construida a partir de la EAL-130. Evalúa la presencia de síntomas de ansiedad psíquica (sentirse aturdido, miedo sin motivo, angustia, agitación, nerviosismo) y somática (disnea, sensación de poderse caer, debilidad en las piernas). Esta escala breve, utilizando un punto de corte de ≥ 5 tuvo una sensibilidad de 73% y una especificidad de 72% para la detección de síntomas ansiosos que tengan relevancia clínica (CGI-S para ansiedad de moderado o más). La puntuación es numérica, siendo “Sí” = 1; “No” = 0. En el cálculo del puntaje total si para mujeres la sumatoria es Z para varones debe ser Z+1. (23)

c. Escala del miedo al COVID-19

Es una escala auto-administrada de 7 ítems, valorados en una escala Likert de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Mientras mayor sea el puntaje, mayor es el miedo a la COVID-19. Esta escala ha sido validada a la población peruana, demostrando tener adecuadas propiedades psicométricas. Para esta investigación seleccionamos 5 ítems de esta escala. Se dejaron de lado los ítems 3 y 5 de la versión original ya que no evidenciaron una adecuada carga factorial. (24,25)

viii. Procedimientos y Técnicas

Cada caso será encontrado en las pacientes que se encuentren hospitalizadas en el servicio ginecología y obstetricia del HCH, cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión. Una vez seleccionado el paciente se realizará un consentimiento informado (ver anexo 4), las pacientes que accedan a realizar el estudio se les realizará tres encuestas correspondientes a miedo, ansiedad y depresión (ver anexo 1,2 y 3); del mismo modo se recolectaran variables a investigar para el estudio de la historia clínica. Posteriormente se analizarán los datos de las encuestas realizadas y las variables recogidas. Finalmente de encontrarse algún caso positivo se le orientara y entregara un boletín de información y lugares de ayuda.

ix. Aspectos éticos

Para la elaboración del presente estudio se solicitará el consentimiento informados de los pacientes comprendidos en la muestra. Asimismo, se brindará de un boletín donde en caso detectarse casos de depresión y/o ansiedad se podrá encontrar información para poner en contacto con los centros de atención respectivos. Se mantendrá la privacidad de toda información recolectada, y la misma sólo será usada para los fines de esta investigación ya mencionados. Además, el proyecto pasará por el comité de ética de la Universidad y del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

x. Plan de análisis

Se realizará un análisis descriptivo de las variables cuantitativas mediante el cálculo de la media, desviación estándar, frecuencias y porcentajes; y de las variables cualitativas mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes.

Por otra parte, se realizará un análisis bivariado mediante la prueba de Chi cuadrado para encontrar asociaciones entre las variables. Además, se realizará el cálculo de OR para medir la asociación de miedo, depresión y ansiedad entre pacientes gestantes con diagnóstico y sin diagnóstico de COVID-19.

F. BIBLIOGRAFIA

1. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019; 394:240–8.
2. World Health Organization. Maternal mental health. 2020. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/
3. Dubovicky M, Belovicova K, Csatlosova K, Bogi E. Risks of using SSRI / SNRI antidepressants during pregnancy and lactation. *Interdiscip Toxicol*. 2017;10(1):30–4.
4. Sinesi A, Maxwell M, O'Carroll R, Cheyne H. Anxiety scales used in pregnancy: systematic review. *BJPsych Open*. 2019;5(1):1–13.
5. Li X, Gao R, Dai X, Liu H, Zhang J, Liu X, *et al*. The association between symptoms of depression during pregnancy and low birth weight: a prospective study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):147.
6. Martínez J, Jácome N. Depresión en el embarazo. *Rev Colomb Psiquiat*. 2019;48(1):58–65.
7. Verbeek T, Arjadi R, Vendrik JJ, Burger H, Berger MY. Anxiety and depression during pregnancy in Central America: a cross-sectional study among pregnant women in the developing country Nicaragua. *BMC Psychiatry*. 2015;15:292.
8. Luna M, Salinas J, Luna A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26(4):310–4.
9. Vega E, Guerrero A, Guzmán B, Huamaní E, Herrera G. Ansiedad y depresión en gestantes adolescentes en un hospital de Lima, Perú. *Rev Int Salud Materno Fetal*. 2019;4(3):3–7
10. Durankuş F, Aksu E. Effects of the COVID-19 pandemic on anxiety and depressive symptoms in pregnant women: a preliminary study. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2020;1–7.
11. Hu Y, Sun J, Dai Z, Deng H, Li X, Huang Q, *et al*. Prevalence and severity of corona virus disease 2019 (COVID-19): A systematic review and meta-analysis. *J Clin Virol*. 2020;127:104371.
12. Yang J, Zheng Y, Gou X, Pu K, Chen Z, Guo Q, *et al*. Prevalence of comorbidities and its effects in patients infected with SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis. *Int J Infect Dis*. 2020;94:91–5.
13. Hasanjanzadeh P, Faramarzi M. Relationship between Maternal General and Specific-Pregnancy Stress, Anxiety, and Depression Symptoms and Pregnancy Outcome. *J Clin Diagn Res*. 2017;11(4):4–7.
14. Koutra K, Vassilaki M, Georgiou V, Koutis A, Bitsios P, Kogevinas M, *et al*. Pregnancy, perinatal and postpartum complications as determinants of postpartum depression: the Rhea mother-child cohort in Crete, Greece. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2018;27(3):244–55.
15. Dias CC, Figueiredo B. Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *J Affect Disord*. 2015;171:142–54.
16. Sanchez SE, Puente GC, Atencio G, Qiu C, Yanez D, Gelaye B, *et al*. Risk of spontaneous preterm birth in relation to maternal depressive, anxiety, and stress symptoms. *J Reprod Med*. 2013;58(1-2):25–33.
17. Mochache K, Mathai M, Gachuno O, Vander Stoep A, Kumar M. Depression during pregnancy and preterm delivery: a prospective cohort study among women attending antenatal clinic at Pumwani Maternity Hospital. *Ann Gen Psychiatry*. 2018;17:31.

18. Koelewijn JM, Sluijs AM, Vrijkotte TGM. Possible relationship between general and pregnancy-related anxiety during the first half of pregnancy and the birth process: a prospective cohort study. *BMJ Open*. 2017;7(5):e013413.
19. Pettersson FD, Hellgren C, Nyberg F, Åkerud H, Sundström-Poromaa I. Depressed mood, anxiety, and the use of labor analgesia. *Arch Womens Ment Health*. 2016;19(1):11–6.
20. Durankuş F, Aksu E. Effects of the COVID-19 pandemic on anxiety and depressive symptoms in pregnant women: a preliminary study. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2020;1-7.
21. Wu Y, Zhang C, Liu H, Duan C, Li C, Fan J, *et al*. Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;1:el.
22. Vega-Dienstmaier JM. Construcción de versiones cortas de la Escala de Psicopatología Depresiva para tamizaje de depresión mayor y sus características psicométricas. *Rev Neuro-Psiquiatr*. julio de 2018;81(3):154-64.
23. Lozano-Vargas A, Vega-Dienstmaier J. Evaluación psicométrica y desarrollo de una versión reducida de la nueva escala de ansiedad en una muestra hospitalaria de Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. abril de 2013;30(2):212-9.
24. Ahorsu DK, Lin C-Y, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *Int J Ment Health Addict*. 27 de marzo de 2020;1-9.
25. Huarcaya-Victoria J, Villarreal-Zegarra D, Podestà A, Luna-Cuadros MA. Psychometric Properties of a Spanish Version of the Fear of COVID-19 Scale in General Population of Lima, Peru. *Int J Ment Health Addict* [Internet]. 22 de junio de 2020 [citado 7 de agosto de 2020].

G. ANEXOS

En los anexos del presente documento se desarrollan las escalas que serán utilizadas en el presente estudio, así como el formato del consentimiento informado y el presupuesto y cronograma para el desarrollo del estudio.

- | | |
|----------------|--|
| ANEXO 1 | ESCALA PSICOPATOLOGICA DEPRESIVA (EPD) |
| ANEXO 2 | ESCALA DE ANSIEDAD DE LIMA (EAL-20) |
| ANEXO 3 | ESCALA DE MIEDO AL CORONAVIRUS (SARS-COV2) –
VERSIÓN PERUANA (Huarcaya – Victoria, Villarreal - Zegarra,
Podestá, Luna- Cuadros, 2020) |
| ANEXO 4 | CONSENTIMIENTO INFORMADO |
| ANEXO 5 | PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA |
| ANEXO 6 | BOLETIN DE INFORMACION PARA AYUDA ANTE CASOS
ENCONTRADO DE MIEDO, ANSIEDAD Y DEPRESION |

ANEXO 1

ESCALA PSICOPATOLOGICA DEPRESIVA (EPD)

Responda a las siguientes preguntas en relación a cómo se ha sentido en las 2 últimas semanas. “*Marque una letra*”.

1. ¿Se ha sentido cansado(a), sin energías durante las últimas 2 semanas?
 - a. Casi nunca.
 - b. A veces.
 - c. Frecuentemente.
 - d. Casi todo el tiempo.

2. ¿Si le pasa algo bueno o recibe una buena noticia, su ánimo mejora?
 - a. Sí, generalmente.
 - b. Algunas veces.
 - c. Rara vez.
 - d. No, en ningún momento.

3. ¿Ha sentido gusto o satisfacción por las cosas que ha hecho durante las últimas 2 semanas?
 - a. Sí, generalmente.
 - b. Algunas veces.
 - c. Rara vez.
 - d. No, en ningún momento.

4. ¿Se ha sentido triste durante las últimas 2 semanas?
 - a. Casi nunca.
 - b. Algunas veces.
 - c. Frecuentemente.
 - d. Casi todo el tiempo

5. ¿Ha tenido problemas para dormir durante las últimas 2 semanas?
 - a. Nunca.
 - b. Algunas veces.
 - c. Frecuentemente.
 - d. Casi todos los días.

6. ¿Siente sus brazos o piernas pesados?
 - a. No, en ningún momento.
 - b. A veces.
 - c. Frecuentemente.
 - d. Casi siempre.

7. ¿Ha pensado en hacerse daño durante las últimas 2 semanas?
 - a. No, en ningún momento.
 - b. Quizás sería mejor morirme.
 - c. Deseo morirme.
 - d. He planeado cómo suicidarme.
 - e. He intentado suicidarme

ANEXO 2

ESCALA DE ANSIEDAD DE LIMA (EAL-20)

Con respecto a cómo se ha sentido en la última semana. Marque Si o No”.

N°	Ítem	SI	NO
1	Me he sentido aturdido o confundido.	SI	NO
2	He sentido miedo sin motivo.	SI	NO
3	He sentido que me falta el aire o me ahogo	SI	NO
4	Me siento inseguro, como si me fuera a caer.	SI	NO
5	Me he sentido angustiado, con los nervios de punta.	SI	NO
6	Siento debilidad, especialmente en las piernas.	SI	NO
7	Me he sentido agitado o alterado.	SI	NO
8	Tiendo a sentirme nervioso.	SI	NO

ANEXO 3

ESCALA DE MIEDO AL CORONAVIRUS (SARS-COV2) – VERSIÓN PERUANA (Huarcaya – Victoria, Villarreal - Zegarra, Podestá, Luna- Cuadros, 2020)

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

1. Tengo mucho miedo del coronavirus (COVID-19)	1	2	3	4	5
2. Me pone incómodo(a) pensar en el coronavirus (COVID-19)	1	2	3	4	5
3. Tengo miedo de perder mi vida a causa del coronavirus (COVID-19)	1	2	3	4	5
4. No puedo dormir porque estoy preocupado de contagiarme del coronavirus (COVID-19)	1	2	3	4	5
5. Mi corazón se acelera o palpita cuando pienso en contagiarme del coronavirus (COVID-19)	1	2	3	4	5

ANEXO 5

PRESUPUESTO

	Precio Unitario (S/.)	Numero	Precio total
Material escritorio (diversos)	2.00	10	20
Impresiones	0.30	4	1.20
Fotocopias	0.10	560	56
		TOTAL	77.20

El proyecto será financiado por el autor.

CRONOGRAMA

	05-07/2020	08-09/2020	10-01/2020	02-03/2021	04/2021	05-07/2021	08/2021
Elaboración de protocolo	X						
Ética		X					
Recolección de información			X				
Introducción de información en base de datos				X			
Análisis de datos					X		
Realización del informe final (en formato de artículo científico)						X	
Publicación del artículo en revista científica							X

ANEXO 6

PAGINAS EXTERIORES

**TU SALUD MENTAL
ESTÁ EN TUS MANOS**

CUÍDALA

MIEDO

DEPRESIÓN

ANSIEDAD

Si presentas alguno de estos problemas
puedes llamar a la línea 113 del Ministerio
de Salud y un experto te atenderá

Línea 113

PAGINAS INTERIORES

¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN?

La depresión es un trastorno mental frecuente, caracterizado por la presencia de tristeza, sentimientos de culpa o falta de autoestima, pérdida de interés o placer, falta de concentración, cansancio y trastornos del sueño o del apetito, que afectan el funcionamiento y vida de la persona.

¿QUÉ ES LA ANSIEDAD?

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por presentar un miedo o una preocupación excesiva. Estos trastornos generan un importante malestar y afectan al funcionamiento habitual físico y mental de la persona.

¡NO ESTÁS SOLA!

SI TIENES PROBLEMAS DE
MIEDO, DEPRESIÓN O ANSIEDAD,

PUEDES COMUNICARTE
A LOS TELÉFONOS QUE
AQUÍ TE BRINDAMOS



LÍNEAS TELEFÓNICAS PARA LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN SALUD MENTAL

CENTRO SALUD MENTAL COMUNITARIO "ASIRI" 9878 11641 / 9121 41018	Para la población de Carabaylo
CENTRO SALUD MENTAL COMUNITARIO "CARABAYLLO" 9680 45144 / 9999 34751	Para la población de Carabaylo
CENTRO SALUD MENTAL COMUNITARIO "ILLARIMUN" 9991 69864 / 9501 03028	Para la población de Los Olivos y Rímac
CENTRO SALUD MENTAL COMUNITARIO "JOSEPH GERARD RUIZ" 9807 21528	Para la población de San Martín de Porres
CENTRO SALUD MENTAL COMUNITARIO "REINATO CASTRO" 9979 20769 / 9956 92931	Para la población de Puente Piedra
CENTRO SALUD MENTAL COMUNITARIO "RICHARBY" 9160 26266 / 9498 59852	Para la población de Ancón y Santa Rosa
CENTRO SALUD MENTAL COMUNITARIO "WIÑAY" 541 4418 / 9892 86627	Para la población de Comas e Independencia