



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

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

**Aislamiento por COVID-19 y su asociación con síntomas de
ansiedad y depresión en universitarios trujillanos, 2022**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Médico Cirujano

AUTOR:

Paredes Alvarez, Antero Emanuel (orcid.org/0000-0002-2948-0920)

ASESOR:

Mg. Merino Soto, César (orcid.org/0000-0002-1407-8306)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Mental

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

TRUJILLO – PERÚ

2022

DEDICATORIA

A mis padres César y Hady, quienes siempre han apoyado mis decisiones y me permitieron llegar a donde estoy, cumpliendo un objetivo más.

Gracias por haberme convertido en la persona que soy con sus enseñanzas y no haber dejado que me rinda aun cuando las cosas parecían muy difíciles de superar.

También a mis hermanos por haberme guiado con sus experiencias y apoyarme.

Finalmente, quiero dedicar esta tesis a mis abuelos, tías y tíos, ya que con cada consejo me motivaron a seguir en este camino y me convirtieron en una mejor persona.

AGRADECIMIENTO

A las autoridades y personal docente de la Universidad César Vallejo, por brindarme su confianza y ayudarme en la realización de este artículo de revisión bibliográfica, en especial al Mg. César Merino Soto y la Dra. María Llaque Sánchez, principales colaboradores, quienes con sus conocimientos me guiaron en este proceso y permitieron el desarrollo de este proyecto.

A los doctores, amigos y amigas que me ayudaron en mi formación profesional durante esta época universitaria, permitieron que me convirtiera en un mejor profesional y me brindaron su apoyo incondicional para permanecer en este camino.

ÍNDICE DE CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	3
III. METODOLOGÍA	6
3.1 Tipo y diseño de investigación	6
3.2 Variables y operacionalización	6
3.3 Población, muestra y muestreo	6
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	7
3.5 Procedimientos	8
3.6 Método de análisis de datos	9
3.7 Aspectos éticos	9
IV. RESULTADOS	10
V. DISCUSIÓN	19
VI. CONCLUSIONES	22
VII. RECOMENDACIONES	23
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
ANEXOS	30

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.....	10
Tabla 2.....	11
Tabla 3.....	12
Tabla 4.....	13
Tabla 5.....	13
Tabla 6.....	13
Tabla 7.....	14
Tabla 8.....	14
Tabla 9.....	15
Tabla 10.....	15
Tabla 11.....	15
Tabla 12.....	16
Tabla 13.....	16
Tabla 14.....	17
Tabla 15.....	17
Tabla 16.....	17
Tabla 17.....	18
Tabla 18.....	18
Tabla 19.....	18

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar la relación entre el nivel de aislamiento y el estado de ansiedad y depresión en universitarios de la provincia de Trujillo; además de estimar la frecuencia de ansiedad y depresión según edad y género. Se tuvo como muestra 172 estudiantes universitarios trujillanos cuyas edades estuvieron comprendidas entre los 17 Y 34 años. Se aplicó el instrumento a una muestra piloto donde se obtuvo un coeficiente V de AIKEN de 0.9, lo que demostró que era percibido como entendible. Los resultados muestran que 47 universitarios presentaron síntomas de ansiedad, de estos, se encontró que el 2.1% no cumplieron con el aislamiento, 59.6% cumplió parcialmente, y el 38.3% cumplieron en su totalidad. Por otro lado, 64 universitarios presentaron síntomas de depresión, de estos, de acuerdo al nivel de aislamiento durante la pandemia por COVID-19, se encontró que el 3.1% no cumplieron con el aislamiento, mientras que el 64.1% cumplió parcialmente, y el 32.8% cumplieron en su totalidad. Se determinó que existe correlación entre el nivel de aislamiento y los puntajes obtenidos en el PHQ-2, de igual manera con el GAD-2. Además, se demostró que las mujeres fueron quienes obtuvieron mayores puntajes en el PHQ-2 y GAD-2; 66% y 53.1% respectivamente.

Palabras claves: aislamiento social, Covid-19, ansiedad, depresión, universitarios

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the relationship between the level of isolation and the state of anxiety and depression in university students from the province of Trujillo; in addition to estimating the frequency of anxiety and depression according to age and gender. The sample was 172 Trujillo university students whose ages were between 17 and 34 years. The instrument was applied to a pilot sample where an AIKEN V coefficient of 0.9 was obtained, which emerged as being perceived as understandable. The results show that 47 university students presented anxiety symptoms, of these, it was found that 2.1% did not comply with isolation, 59.6% partially complied, and 38.3% fully complied. On the other hand, 64 university students showed symptoms of depression, of these, according to the level of isolation during the COVID-19 pandemic, it was found that 3.1% did not comply with isolation, while 64.1% partially complied, and the 32.8% fully complied. It will be concluded that there are connections between the level of isolation and the scores obtained in the PHQ-2, in the same way with the GAD-2. In addition, it was highlighted that women were the ones who obtained higher scores in the PHQ-2 and GAD-2; 66% and 53.1% respectively.

Keywords: social isolation, covid-19, anxiety, depression, university students

I. INTRODUCCIÓN

El COVID-19 es una infección aguda grave que afecta el tracto respiratorio bajo y alto, causada por el SARS-CoV-2.¹ El brote de la enfermedad tomó al mundo por sorpresa debido a su rápida propagación en China en diciembre de 2019. Como resultado del rápido aumento de casos, se impuso un control de movimiento, donde se prohibieron todas las reuniones sociales, actividades religiosas, deportivas, sociales o culturales, así como las educativas.²

El 30 de enero del 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) decretó el brote mundial de la enfermedad una emergencia sanitaria. Las cuarentenas masivas se presentaron en muchos lugares del mundo como estrategias para reducir las aglomeraciones de personas y por ende el contagio del virus, se plantearon sanciones económicas o penales para obligar a la población a quedarse en casa.³

En el Perú, el 16 de marzo de 2020, entra en vigencia el estado de emergencia como consecuencia del COVID-19, estableciéndose el aislamiento social obligatorio por medio del Decreto Supremo N°184-2020-PCM.⁴

La situación de confinamiento impuesto por la que se tuvo que atravesar, tuvo un impacto en toda la población del mundo, siendo afectados aspectos como la salud mental. Las afecciones más comunes registradas fueron y siguen siendo los trastornos psicológicos, que pueden ir desde síntomas totalmente aislados hasta trastornos más complejos con afectación de las funciones.⁵

La Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud del Perú informó a finales del año 2021 que los casos de depresión en ese año sumaron un total de 313 455, esta cifra significa un incremento de más de 12% respecto a los casos diagnosticados en los años previos a la pandemia. Así mismo, se detalló que durante el año 2021 se dio atención a más de 1 millón de personas de todos los rangos etarios con respecto a problemas vinculados con la salud mental, siendo la mayoría de casos registrados, personas que sufrían de depresión o ansiedad.⁶

El Gobierno del Perú en el presente año informó que, de la población general, durante el año 2018 se atendieron 2280 casos de ansiedad, en el año 2019 los casos aumentaron a 2819, en el año 2020, luego de la pandemia, hubo un incremento a 4025, siendo casi el doble de los atendidos durante el año previo, en el 2021 hubo una disminución a 3768 y en el primer trimestre del año 2022 los casos alcanzaron los 1098, esto sin tener en cuenta aquellos que pasan desapercibidos y que no buscan la atención necesaria.⁷

Ante la información presentada sobre los efectos del confinamiento obligatorio por COVID 19 en la salud mental es pertinente plantear como problema de estudio ¿Existe relación entre el nivel de aislamiento y el estado de ansiedad y depresión en universitarios de la provincia de Trujillo, 2022?

Este estudio fue relevante porque identificó la relación del aumento de casos de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios respecto al aislamiento obligatorio al que se tuvo que regir la población debido al problema sanitario de la pandemia por el virus SarsCov2. La realización de este estudio implicó ampliar un poco más sobre lo que se conoce de la salud mental de los universitarios peruanos, analizar su estado actual y con los resultados obtenidos evaluar el tipo de ayuda que requieren, los pacientes mentales necesitan atención para poder sobrellevar su día a día dependiendo de la gravedad de su cuadro, beneficiando esto en su reincorporación a la sociedad.

El objetivo general planteado fue determinar la relación entre el nivel de aislamiento y el estado de ansiedad y depresión en universitarios de la provincia de Trujillo; los objetivos específicos propuestos fueron estimar la frecuencia de ansiedad y depresión según edad y género.

Las hipótesis formuladas se plantearon de la siguiente manera:

H1: El aislamiento obligatorio por el COVID se relacionó al aumento de casos de ansiedad y depresión en universitarios de la provincia de Trujillo.

H0: El aislamiento obligatorio por el COVID no se relacionó al aumento de casos de ansiedad y depresión en universitarios de la provincia de Trujillo.

II. MARCO TEÓRICO

Hamaideh S, et al. (Jordania, 2022) determinaron la prevalencia y los predictores de depresión, ansiedad y estrés entre universitarios durante la cuarentena debido al COVID-19. Tuvo una muestra de 1380 estudiantes quienes respondieron las preguntas del DASS-21. La prevalencia de depresión, ansiedad y estrés en diferentes niveles fue de 78,7%, 67,9% y 58,7%, respectivamente, siendo mayores durante el aislamiento. Las puntuaciones medias de depresión, ansiedad y estrés se encontraban en niveles moderados.⁸

Chen T, et al. (Inglaterra, 2022) realizaron una investigación con el fin de comprender el estado de salud mental de los universitarios en una etapa temprana de la pandemia. Se aplicó una encuesta en línea que incluyó datos demográficos, estilo de vida/situaciones de vida, breve historial de bienestar mental, preguntas relacionadas con COVID-19 y medidas estandarizadas de depresión, ansiedad, mediante el PHQ-9 y el GAD-7, fue completada por 1173 estudiantes. El 53,4% de los estudiantes obtuvo una puntuación en el rango clínico de depresión, siendo las mujeres las más propensas a estar por encima del límite. La mitad de los estudiantes puntuaron por encima del límite de ansiedad y nuevamente el porcentaje fue más alto para las mujeres. También se sugirió una serie de factores que pueden haber contribuido a los altos niveles de problemas comunes de salud mental, como la cancelación de un evento importante, peores relaciones personales y peor situación financiera.⁹

Woon L, et al. (Malasia, 2021) en su investigación tuvieron como objetivo investigar la severidad de los síntomas de depresión y ansiedad entre universitarios. Se evidenció que, de un total de 316 participantes, el 15,5% reportaron síntomas leves de depresión, el 11,7% moderados y el 9,2% restante severos a extremadamente severos. Para la ansiedad, el 7,0% cursó con una ansiedad leve, el 16,5% moderada y el 13,2% severa a extremadamente severa.¹⁰

Lopes A, et al. (Brasil, 2021) analizaron los síntomas de depresión, ansiedad y estrés en universitarios. Aplicaron el DASS-21 a 1224 estudiantes. La mayoría presentó síntomas de depresión (60,5%), ansiedad (52,5%) y estrés (57,5%). Además, cerca de la quinta parte presentó una combinación de los 3 síntomas, donde los predictores comunes de entre estos fueron: sexo femenino; edad 18–24 años; tener una enfermedad crónica.¹¹

Ruvalcaba P, et al (México, 2021) estimaron la prevalencia de depresión y ansiedad en universitarios que estudiaban medicina debido a la pandemia del COVID-19. Se les aplicó el cuestionario de salud Goldberg (GHQ28) a 177 universitarios. Cerca al 100% del total se encontraban en aislamiento. En cuanto a la subescala de ansiedad e insomnio del GHQ28, cerca de la tercera parte de los estudiantes presentó síntomas de ansiedad; mientras que el 8% presentó síntomas de depresión; en ambas no se encontró diferencias significativas en cuanto al género.¹²

Wathlet M. et al. (Francia, 2020), midieron la prevalencia de síntomas de salud mental autoinformados en 69054 universitarios que atravesaron el proceso de cuarentena. Los instrumentos utilizados fueron el inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de 20 ítems y el Inventario de Depresión de Beck de 13 ítems, evidenciando que la prevalencia de depresión severa fue del 16.1% y un nivel alto de ansiedad de 27.5%.¹³

Gutiérrez A, et al. (Colombia, 2020), tuvieron como objetivo analizar la incidencia de manifestaciones de problemas mentales en 498 universitarios durante la segunda fase del periodo de cuarentena por la pandemia del Sars-Cov-2. Los instrumentos usados en su investigación fueron el GAD-7 y el PHQ-9. Se evidenció que la tercera parte del total de población presentó ansiedad leve, la quinta parte ansiedad moderada y alrededor del 10% ansiedad severa. Por otro lado, en cuanto a la depresión la tercera parte la presentó levemente, la quinta parte reportó un nivel moderado, el 8,9% moderadamente severa y el 5,1% severa.¹⁴

Hasan A, et al. (Bangladesh, 2020) determinaron la repercusión de la pandemia en la salud mental de los estudiantes universitarios, teniendo

como resultados que de un total de 505 participantes la tercera parte tuvo ansiedad y casi la mitad depresión de leve a extremadamente severa, según DASS 21. Además, dentro de los factores que se vieron involucrados fueron, el miedo a infectarse, el factor financiero, la falta de alimentos, la ausencia de actividad física y una poca o nula actividad recreativa.¹⁵

Arenliu A, et al (Kosovo, 2020) exploraron la ansiedad y la depresión entre los universitarios durante el confinamiento como resultado de la pandemia de COVID-19. El estudio se desarrolló durante la fase inicial de la pandemia, evaluaron la ansiedad y la depresión mediante la HADS (Hospital Anxiety Depression Scale). La gran mayoría de los estudiantes obtuvieron puntajes dentro de los niveles normales de ansiedad, la quinta parte reportaron niveles leves, el 10,9% moderados y el 3,7% severos. Mientras que, para la depresión, la mayoría informaron niveles normales de depresión, el 18,5% niveles leves, el 7,9% moderados, y el 1,7% graves y severos.¹⁶

El aislamiento social es aquella medida que obliga a la población a permanecer dentro de sus hogares, con el fin de limitar las aglomeraciones y a su vez evitar la propagación del virus.¹⁷ Sin embargo, esta medida de prevención repercute de manera negativa en la salud mental de las personas ya que modificó la manera de relacionarse con otras personas además afectó en el ámbito económico, por lo que generó en las personas, emociones, sentimientos y pensamientos con carga negativa, los cuales afectaron de manera relevante su existencia.¹⁸

La ansiedad es la anticipación a una amenaza futura que surge de la percepción de estímulos nocivos, los cuales evocan un estado de inquietud, preocupación e hipervigilancia.¹⁹ Los trastornos de ansiedad (TA) se caracterizan por preocupaciones excesivas en la vida, los cuales surgen en situaciones que no realmente no ponen en un peligro real al paciente; cuando estos síntomas están presentes durante más días de los que estuvieron ausente durante un mínimo de 6 meses y se manifiestan en diversas situaciones como pueden ser durante la actividad laboral o escolar se trata del trastorno de ansiedad generalizada.²⁰ Los TA son las

enfermedades psiquiátricas más frecuentes, a nivel global la prevalencia es del 7.3%, guardan una relación de 1.5-2:1, con mayor frecuencia para el género femenino.²¹

La depresión está caracterizada por una tristeza profunda y pérdida de interés generalizada por las cosas durante un tiempo prolongado.²² Es una enfermedad frecuente, afecta a más de 280 millones de personas alrededor del mundo, genera sufrimiento y perturba las actividades cotidianas que se realizan.²³ Existen distintos factores de riesgo, tales como la baja autoestima, una pobre autovaloración con respecto a la apariencia física, la falta de apoyo y/o falta de comunicación por parte de los integrantes de la familia.²⁴

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación: Aplicada²⁵

Diseño de investigación: No experimental, correlacional no causal.²⁵
(Anexo N°1)

3.2 Variables y operacionalización

Variable 1: Nivel de aislamiento: Cualitativo ordinal

Variable 2: Estado de ansiedad: Cualitativo nominal

Variable 3: Estado de depresión: Cualitativo nominal

Operacionalización de variables: (Anexo N°2)

3.3 Población, muestra y muestreo

Población: Estuvo constituida por universitarios de pregrado de las diferentes carreras, en todos los semestres de estudio de la ciudad de Trujillo, 2022.

Criterios de inclusión:

- Universitarios mayores de 16 años.

- Adscritos en universidades públicas o privadas en el presente año.
- Alumnos que acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Universitarios no peruanos
- Alumnos que tengan dificultades de conexión.
- Un número grande de ausencia de respuestas a las preguntas sociodemográficas y de los atributos evaluados.
- Aquellos que son detectados como generadores de respuestas altamente inconsistentes.

Muestra

Tamaño de muestra: Se obtiene mediante la aplicación del “snowball sampling”

Muestreo: No probabilístico

Unidad de análisis: Cada estudiante

Unidad de muestreo: Cada estudiante

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica: Autoinforme retrospectivo del aislamiento y autoinforme concurrente de la ansiedad y depresión.

El autoinforme retrospectivo sobre el efecto del aislamiento experimentado por el participante ha sido elegido como una estrategia metodológica válida para obtener una aproximación de lo ocurrido durante el covid. Como en otras áreas y constructos investigados: Moya J et al 2021²⁶, Martos F et al 2021²⁷, Álvarez L et al 2021²⁸, Valenzuela K et al 2021²⁹ y Soto R et al 2020³⁰; esta metodología también ha sido una opción.

Instrumento:

GAD-2 (Desorden de ansiedad generalizado): Es una escala que ayuda a distinguir un posible trastorno de ansiedad generalizado. Se

conforma por 2 ítems, los cuáles evalúan las conductas vinculadas con las emociones y cognición, constan de 5 opciones de respuesta.³¹ La confiabilidad α -Cronbach fue de 0.853.

PHQ-2 (Cuestionario de la salud del paciente): Es un cuestionario de cribado para un posible trastorno depresivo mayor, así como también la gravedad de sus síntomas. Se conforma por 2 ítems que exploran aspectos cognitivos y emocionales, constan de 5 opciones de respuesta.³² La confiabilidad α -Cronbach fue de 0.779.

Cuestionario del estado de aislamiento: Evalúa el nivel de aislamiento percibido por el participante durante la pandemia.

Validez:

El GAD-2 y PHQ-2 cuentan con muchos estudios de validez alrededor del mundo. En Perú ha sido utilizado en diversos estudios donde la correlación de sus puntajes con otra variable tuvo un fuerte sentido teórico, un ejemplo claro es el estudio realizado por Merino Soto, et al., encontraron una confiabilidad de 0.738 y 0.752 respectivamente.³³

El cuestionario adaptado fue evaluado, para propósitos de este proyecto sobre su validez de contenido. Para esto participaron 3 profesionales: Un investigador en psicometría y adaptación de pruebas, y 2 médicos titulados con experiencia docente. A este grupo se le preguntó de manera independiente si el contenido del cuestionario era claro (claridad de los ítems) y relevante para lo que se quería medir (relevancia de los ítems).

3.5 Procedimientos

Se requerirá la autorización por parte del Comité de Ética de la Universidad César Vallejo.

Se llevará a cabo encuestas en línea en universitarios de la provincia de Trujillo para la recolección de datos y el posterior análisis e interpretación de los resultados.

Se registran los datos de las variables de estudio e ir llenando los hallazgos en la hoja de recolección de datos.

3.6 Método de análisis de datos

La información recopilada, se registró en una base de datos elaborada en Microsoft Excel. El registro y análisis final se va incluir en una base de datos ingresada en el programa SPSS versión 27.

Para determinar la relación entre ambas variables presentadas se aplicará la estimación del Riesgo Relativo (RR) utilizando un intervalo de confianza (IC) del 95%. Teniendo en consideración que un valor de intervalo de confianza cercano a la unidad evidenciaba asociación, un límite inferior y superior era > 1 se considera de riesgo y un valor < 1 no encuentra relación.

El nivel nominal de la significancia estadística será mantenido en 0.05. Se estratificará el RR tomando en cuenta el sexo del participante, la edad, el grado de apoyo social percibido. La estimación de prevalencia de depresión y ansiedad será descrita por sus intervalos de confianza, y comparaciones en base a edad, sexo, ciclo de estudio y procedencia. Para esto se utilizarán las pruebas estadísticas T-student para muestras independientes, y Anova también para muestras independientes.

3.7 Aspectos éticos

Este proyecto contó con la autorización del comité de ética en investigación de la Universidad César Vallejo.

Se cumplió con las normas éticas de la Declaración de Helsinsky, las normas éticas del Ministerio de Salud y las normas éticas del Colegio Médico del Perú. No se mantuvo contacto directo con los participantes, por lo cual no se solicitó consentimiento informado. Se mantuvo la confidencialidad, privacidad y anonimato de los datos que se recolectaron, se eliminará la información del IPP del dispositivo desde el cual accedió el entrevistado. No se darán incentivos por participación.

IV. RESULTADOS

Tabla 1.

Claridad de los ítems: Coeficientes de validez V

	V	IC 90%	
		LI	LS
1. Durante el aislamiento por Covid-19, ¿qué tanto cumplió con el aislamiento?	1.000	.957	1.000
2. Durante el aislamiento por Covid-19, ¿con quiénes pasó el aislamiento?	1.000	.957	1.000
3. Durante el aislamiento por Covid-19, ¿fue diagnosticado de Covid?	1.000	.957	1.000
4. Si la respuesta a la pregunta anterior fue sí, los síntomas fueron:	.968	.905	.989
5. Durante el aislamiento por Covid-19, ¿falleció algún familiar con quien pasó el aislamiento?	1.000	.957	1.000
6. Durante el aislamiento por Covid-19, ¿falleció alguien de su entorno con quien no pasó el aislamiento?	1.000	.957	1.000
7. Durante el aislamiento por Covid-19, ¿cree haber sentido ansiedad?	.982	.927	.996
8. Durante el aislamiento por Covid-19, ¿cree haber sufrido de depresión?	1.000	.957	1.000

Coeficientes mayores a .70 indican que la claridad es adecuada, tal como es percibido por los participantes.

Tabla 2.

Descripción de la muestra

	N	%
Sexo		
H	92	53.5
M	80	46.5
Universidad		
UCV	55	32.0
UNT	41	23.8
UPAO	62	36.0
UPN	14	8.1
Carrera Universitaria		
Administración y contabilidad	13	7.6
Arquitectura	12	7
Ciencias de la comunicación	5	2.9
Ciencias de la salud	70	40.7
Ingenierías	51	29.7
Psicología	8	4.7
Derecho	5	2.9
Economía	4	2.3
Educación inicial	1	0.6
Ciencias del deporte	3	1.7
Ciclo		
III	7	4
IV	14	8.1
V	16	9.7
VI	20	11.6
VII	14	8.1
VIII	29	16.9
IX	19	11
X	29	16.9
XI	2	1.2
XII	3	1.7
XIV	19	11
Edad		
<22	77	44.8
>=23	95	55.2
TOTAL	100	100

Datos demográficos de los participantes en el estudio.

Tabla 3.

Estado de aislamiento

	N	%
Nivel de aislamiento		
Nada	16	9.3
Parcialmente	109	63.4
Totalmente	47	27.3
Dx de COVID		
SI	109	63.4
NO	63	36.6
Síntomas de COVID		
Leve	84	48.8
Moderado	24	14
Severo	1	0.6
Perdidos	63	36.6
Fallecimiento de familiar		
SI	23	13.4
NO	149	86.6
Fallecimiento entorno		
SI	105	61
NO	67	39
TOTAL	100	100

Factores de los participantes determinados según el cuestionario de aislamiento.

Tabla 4.

Nivel de aislamiento con estatus de ansiedad (GAD ≥ 3)

			GAD		TOTAL
			.00 (< 3)	1.00 (≥ 3)	
Nivel de aislamiento	Nada	Recuento	15	1	16
		% dentro de GAD	12.0%	2.1%	9.3%
	Parcial	Recuento	81	28	109
		% dentro de GAD	64.8%	59.6%	63.4%
	Total	Recuento	29	18	47
		% dentro de GAD	23.2%	38.3%	27.3%
TOTAL		Recuento	125	47	172
		% dentro de GAD	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 5.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.575 ^a	2	.037
Razón de verosimilitud	7.498	2	.024
Asociación lineal por lineal	6.343	1	.012
N de casos válidos	172		
a. 1 casillas (16.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4.37.			

Tabla 6.

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Gamma	.399	.137	2.567	.010
N de casos válidos		172			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Tabla 7.

Aislamiento con estatus de depresión (PHQ \geq 3)

		PHQ		TOTAL	
		.00 (< 3)	1.00 (≥ 3)		
Nivel de aislamiento	Nada	Recuento	14	2	16
		% dentro de PHQ	13.0%	3.1%	9.3%
	Parcial	Recuento	68	41	109
		% dentro de PHQ	63.0%	64.1%	63.4%
	Total	Recuento	26	21	47
		% dentro de PHQ	24.1%	32.8%	27.3%
TOTAL		Recuento	108	64	172
		% dentro de PHQ	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 8.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5.312 ^a	2	.070
Razón de verosimilitud	6.033	2	.049
Asociación lineal por lineal	4.130	1	.042
N de casos válidos	172		

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5.95.

Tabla 9.

Medidas simétricas					
		Valor	Error estándar asintótico^a	T aproximada^b	Significación aproximada
Ordinal por ordinal	Gamma	.294	.138	2.020	.043
N de casos válidos		172			
a. No se presupone la hipótesis nula.					
b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.					

Tabla 10.

Relación ansiedad/depresión percibida, con GAD y PHQ

	GAD_total	PHQ_total
Ansiedad	0.749**	0.336**
Depresión	0.418**	0.700**

Nota. correlación de Spearman. **p < .01

Tabla 11.

Relación nivel de aislamiento, con GAD y PHQ

	Nivel aislamiento
Medidas de ansiedad	
GAD_total	0.313**
Ansiedad percibida	0.382**
Medidas de depresión	
PHQ_total	0.261**
Depresión percibida	0.262**

Nota. correlación de Spearman. **p < .01

Punto de corte:

GAD-2: ≥ 3

PHQ-2: ≥ 3

Tabla 12.

Ansiedad según sexo

			GAD		Total
			.00	1.00	
Sexo	Femenino	Recuento	61	31	92
		% dentro de GAD	48.8%	66.0%	53.5%
	Masculino	Recuento	64	16	80
		% dentro de GAD	51.2%	34.0%	46.5%
TOTAL		Recuento	125	47	172
		% dentro de GAD	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 13.

Estimación de riesgo			
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Sexo (Femenino / Masculino)	.492	.245	.989
Para cohorte GAD = .00	.829	.691	.995
Para cohorte GAD = 1.00	1.685	.998	2.844
N de casos válidos	172		

Tabla 14.

Depresión según sexo

			PHQ		Total
			.00	1.00	
Sexo	Femenino	Recuento	58	34	92
		% dentro de PHQ	53.7%	53.1%	53.5%
	Masculino	Recuento	50	30	80
		% dentro de PHQ	46.3%	46.9%	46.5%
TOTAL		Recuento	108	64	172
		% dentro de PHQ	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 15.

Estimación de riesgo			
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Sexo (Femenino / Masculino)	1.024	.551	1.902
Para cohorte PHQ = .00	1.009	.801	1.271
Para cohorte PHQ = 1.00	.986	.668	1.454
N de casos válidos	172		

Tabla 16.

Ansiedad según edad (>= 23, < 23)

			GAD		Total
			.00	1.00	
Redad	.00 (< 23)	Recuento	56	21	77
		% dentro de GAD	44.8%	44.7%	44.8%
	1.00 (>= 23)	Recuento	69	26	95
		% dentro de GAD	55.2%	55.3%	55.2%
TOTAL		Recuento	125	47	172
		% dentro de GAD	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 17.

Estimación de riesgo			
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para redad (.00 / 1.00)	1.005	.512	1.973
Para cohorte GAD = .00	1.001	.833	1.204
Para cohorte GAD = 1.00	.997	.610	1.627
N de casos válidos	172		

Tabla 18.

Depresión según edad (>= 23, < 23)

			PHQ		Total
			.00	1.00	
Redad	.00	Recuento	52	25	77
		% dentro de PHQ	48.1%	39.1%	44.8%
	1.00	Recuento	56	39	95
		% dentro de PHQ	51.9%	60.9%	55.2%
TOTAL		Recuento	108	64	172
		% dentro de PHQ	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 19.

Estimación de riesgo			
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para redad (.00 / 1.00)	1.449	.773	2.715
Para cohorte PHQ = .00	1.146	.912	1.440
Para cohorte PHQ = 1.00	.791	.529	1.183
N de casos válidos	172		

V. DISCUSIÓN

Se aplicó un formulario de opinión a una muestra conformada por 15 universitarios trujillanos de distintas carreras, con el fin de valorar si las preguntas planteadas en el cuestionario de aislamiento eran percibidas como entendibles. Los resultados fueron analizados según la V de AIKEN, donde su obtuvieron valores mayores a 0.7, sobrepasando el punto de corte, lo cual determina que el instrumento es entendible para la población a la cual se aplica.³⁴ (Tabla 1)

En las tablas 4 y 7 se reporta que de los 172 universitarios que participaron en el estudio, 47 presentaron síntomas de ansiedad, de estos, de acuerdo al nivel de aislamiento durante la pandemia por COVID-19, se encontró que el 2.1% no cumplieron con el aislamiento, 59.6% cumplió parcialmente, y el 38.3% cumplieron en su totalidad; mientras que, 64 universitarios presentaron síntomas de depresión, de estos, se reportó que el 3.1% no cumplieron con el aislamiento, mientras que el 64.1% cumplió parcialmente, y el 32.8% cumplieron en su totalidad. Esto concuerda con un estudio realizado en Jordania, donde los niveles de depresión (78.7%) fueron mayores en los universitarios, relacionados al aislamiento.⁸ Lo mismo ocurrió con un estudio realizado en Brasil donde fue la depresión quien encabezó con un 60%, seguido de la ansiedad con un 50%.¹¹

Para demostrar si existía correlación entre la ansiedad y depresión percibida por los participantes con la determinada por los cuestionarios del GAD-2 Y PHQ-2 respectivamente, se utilizó el coeficiente de Spearman, donde las puntuaciones oscilan de -1 a +1, los valores < 0 determinan una correlación negativa, el valor de 0 representa una correlación nula y > 0 indican una correlación positiva. En la tabla 10 se encontró rho Spearman entre la ansiedad percibida por los participantes y el puntaje total obtenido en el GAD-2 fue de 0.749 lo cual demuestra que poseen correlación positiva alta; por otro lado, el valor rho entre la depresión percibida y la puntuación total del PHQ-2 fue de 0.700, lo que a su vez demuestra que ambas se correlación de manera positiva.³⁵

La tabla 11 muestra que existe correlación positiva entre los puntajes obtenidos en el GAD-2 y el nivel de aislamiento, de igual forma que la puntuación total de PHQ-2 ya que presenta un valor rho de 0.313 y 0.261 respectivamente, lo que se interpreta que, a mayor nivel de aislamiento, se obtendrá mayores puntuaciones en el GAD-2 y PHQ-2. De igual manera pasa con los resultados obtenidos con las preguntas de ansiedad y depresión percibidas del cuestionario de aislamiento, con puntajes de 0.382 y 0.262 respectivamente.

Se relacionó la variable de ansiedad con el género de los participantes, el número de mujeres en el estudio fue de 92 y el de hombres fue de 80. En la tabla 12 se muestra que el 66% de participantes que obtuvieron un puntaje ≥ 3 en el cuestionario del GAD-2 fueron mujeres, mientras que el 34% restante fueron hombres, siendo casi una relación de 2:1. Tal como se observa en la tabla 13, se demostró que las mujeres fueron quienes presentaron mayores síntomas de ansiedad, por lo que se estimó el riesgo mediante el OR, donde se obtuvo un valor de 1.685, interpretándose que existe mayor riesgo de obtener puntajes más altos en el GAD-2 en este grupo.

En respuesta a la relación establecida entre la variable de depresión según el género, en la Tabla 14 se aprecia que el 53.1% de los 64 participantes que presentaron un puntaje ≥ 3 en el cuestionario del PHQ-2 fueron del sexo femenino, siendo el porcentaje restante la contraparte. De acuerdo a la estimación de riesgo establecida por el OR, se estableció un valor de 0.986, lo que significa que también es en este grupo de participantes donde se obtendrían mayores puntajes al aplicar el PHQ-2. (ver tabla 15)

El estudio realizado por Chen T et al (2022), coincide con los resultados encontrados en el presente estudio, donde demostraron que, de los participantes, fueron las mujeres quienes presentaron mayores puntajes en el rango clínico de ansiedad y depresión.⁹ De la misma manera, en el estudio de Lopes A et al (2021), encontraron que fue más prevalente en mujeres.¹¹ Sin embargo, existe una investigación realizada en México,

donde no encontraron diferencias significativas en relación al género con la prevalencia de ansiedad y depresión.¹²

Finalmente, cuando se realizó el análisis de las variables de ansiedad y depresión con el factor de edad, se encontró que fue en aquellos participantes ≥ 23 años donde fue más frecuente encontrar la aparición de puntuaciones ≥ 3 según los cuestionarios del GAD-2 y PHQ -2, siendo los porcentajes de 55.3% y 60.9% respectivamente (ver Tabla 16 y 18). Al llevarse a cabo el análisis del OR para la estimación del riesgo, en la Tabla 17 se presenta que los valores fueron de 0.997 en la relación ansiedad/edad, demostrando de tal forma que mientras más edad presentasen los participantes, más propensos eran a sufrirla, de igual forma se determinó esto en la relación depresión/edad, con un OR de 0.791, tal como se observa en la Tabla 19. Estos resultados difieren a los encontrados en un estudio realizado en Brasil, donde la prevalencia fue mayor en los universitarios cuyas edades oscilaron entre los 18 y 24 años.¹¹

VI. CONCLUSIONES

- En cuanto a la relación entre el nivel de aislamiento con los síntomas de ansiedad y depresión, el estudio mostró que fue en aquellos universitarios que padecieron un aislamiento moderado donde aparecieron mayores casos de ansiedad y depresión, seguido de aquellos que estuvieron completamente aislados durante la pandemia y por último los que no cumplieron con el aislamiento.
- La aparición de síntomas de ansiedad y depresión al relacionarlo con el género, fue mayor en mujeres que en varones, tal y como se mostró en otros estudios similares.
- Los universitarios mayores de 22 años fueron los más afectados de acuerdo al estudio, sin embargo, la diferencia no fue muy significativa con los menores de 23 años de edad, por ende, podrían existir diferencias en estudios con una muestra mucho mayor.
- Por último, se estableció de acuerdo al cuestionario de aislamiento y sus preguntas sobre percepción de ansiedad y depresión, que estas preguntas tenían igual valor significativo que las planteadas en los cuestionarios del GAD-2 y PHQ-2.

VII. RECOMENDACIONES

- Realizar un mayor seguimiento sobre la salud mental de los universitarios, acompañados de una asesoría que permita identificar y sobrellevar este tipo de afecciones como lo son la ansiedad y depresión.
- Establecer grupos de apoyo dentro de las universidades, donde los universitarios se sientan en completa libertad de hablar sobre su salud mental.
- Llevar a cabo los cuestionarios GAD-2 y PHQ-2 en los estudiantes al menos 1 vez al año.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BJM. Enfermedad de coronavirus 2019 (COVID-19). 2021 (Consultado 29 Junio 2022). Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5368.pdf>
2. Woon LS-C, Leong Bin Abdullah MFI, Sidi H, Mansor NS, Nik Jaafar NR. Depression, anxiety, and the COVID-19 pandemic: Severity of symptoms and associated factors among university students after the end of the movement lockdown. PLoS ONE [Internet]. 2021 (Consultado 29 Junio 2022); 16(5). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8158968/>
3. Wathélet M, Duhem S, Vaiva G, Baubet T, Habran E, Veerapa, et al. Factors Associated with Mental Health Disorders Among University Students in France Confined During the COVID-19 Pandemic. JAMA Network Open [Internet]. 2020 (Consultado 29 Junio 2022); 3(10). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7584927/>
4. Gobierno del Perú. Declaratoria de Emergencia Nacional [Internet]. 2020 (citado 12 julio 2022). Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/mtc/informes-publicaciones/850246-declaratoria-de-emergencia-nacional>
5. Ballena C, Cabrejos L, Davila Y, Gonzales C, Mejía G, Ramos V, et al. Impacto del confinamiento por COVID-19 en la calidad de vida y salud mental. Revista Del Cuerpo Médico Hospital Nacional Alanzor Aguinaga Asenjo [Internet]. 2021 (citado 29 Junio 2022); 14(1): 87-89. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rcmhnaaa/v14n1/2227-4731-rcmhnaaa-14-01-87.pdf>
6. Ministerio de salud [Internet]. Minsa: Más de 300 mil casos de depresión fueron atendidos durante el 2021. 2022 Marzo 13 (citado 3 julio). Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/575899-minsa-mas-de-300-mil-casos-de-depresion-fueron-atendidos-durante-el-2021>

7. Gobierno del Perú. Trastornos de depresión y ansiedad se dispararon durante la pandemia [Internet]. 2022 (citado 12 julio 2022). Disponible en:
<https://www.gob.pe/institucion/regionhuancavelica/noticias/604739-trastornos-de-depresion-y-ansiedad-se-dispararon-durante-la-pandemia>
8. Hamaideh S, Al Modallal H, Tanash M. Depression, anxiety and stress among undergraduate students during COVID-19 outbreak and "home-quarantine". *Nursing Open* [Internet]. 2022 (Consultado 4 de Julio 2022); 9:1423-1431. Disponible en:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/nop2.918>
9. Chen T, Lucock M. The mental health of university students during the COVID-19 pandemic: An online survey in the UK. *PLoS ONE* [Internet]. 2022 (Consultado 4 de Julio 2022); 17(1). Disponible en:
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0262562#sec020>
10. Woon L, Leong M, Sidi H, Mansor N, Nik N. Depression, anxiety, and the COVID-19 pandemic: Severity of symptoms and associated factors among university students after the end of the movement lockdown. *PLoS ONE* [Internet]. 2021 (citado 4 de Julio 2022); 16(5). Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8158968/>
11. Lopes A, Nihei O. Depression, anxiety and stress symptoms in Brazilian university students during the COVID-19 pandemic: Predictors and association with life satisfaction, psychological well-being and coping strategies. *PLoS ONE* [Internet]. 2021 (citado 4 de Julio 2022); 16(10). Disponible en:
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0258493>
12. Ruvalcaba P, González R, Jiménez A. Depression and anxiety in Med students during isolation for COVID-19 pandemic. *Inv Ed Med* [Internet]. 2021 (citado 4 de Julio 2022); 10(39). Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=100895>

13. Wathelet M, Duhem S, Vaiva G, Baubet T, Habran E, Veerapa E, et al. Factors Associated With Mental Health Disorders Among University Students in France Confined During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2020 (citado 4 de Julio 2022); 3(10). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7584927/>
14. Gutiérrez A, A, Gutiérrez A, Marínez S, Ojeda M, Rodríguez O, Suarez K. Salud mental en jóvenes entre 18 y 25 años durante la pandemia por sars-cov2 en una universidad privada de la ciudad de Barranquilla - Colombia [Tesis Pregrado]. 2021 (citado 3 julio). Disponible en: http://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/8040/Salud_Mental_J%C3%B3venes_Entre_18y25_a%C3%B1os_Resumen.pdf?sequence=2&isAllowed=y
15. Hasan A, Sultana S, Hossain S, Hasan T, Uddin H, Sikder T. The impact of COVID-19 pandemic on mental health & wellbeing among home-quarantined Bangladeshi students: A cross-sectional pilot study. *J Affect Disord* [Internet]. 2020 (citado 4 de Julio 2022); 277: 121-128. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32818775/>
16. Arënlju A, Bërxulli D, Perolli B, Kransniqi, Gola A, Hyseni F. Anxiety and depression among Kosovar university students during the initial phase of outbreak and lockdown of COVID-19 pandemic. *Health Psychology and Behavioral Medicine* [Internet]. 2021 (citado 4 de Julio 2022); 9 (1):239-250. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/epub/10.1080/21642850.2021.1903327?needAccess=true>
17. Figueroa A. Niveles de ansiedad de pobladores de la provincia de Cusco, en el marco del estado de emergencia sanitaria por COVID-19, 2020 [Tesis de pregrado]. Perú. Universidad Andina del Cusco. 2020 (citado 4 de Julio 2022). Disponible en: https://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12557/4394/Andrea_Tesis_bachiller_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
18. Brito C, Pinto E, Muñoz D. Aislamiento social por covid-19 en la afectación de la salud mental: Caso universidad de la Guajira. *Redipe* [Internet]. 2021 (citado 1 de Julio 2022); 10(7): 272-289. Disponible en: <https://revista.redipe.org/index.php/1/article/view/1364/1280>

19. Macías M, Pérez C, López L, Beltrán L, Morgado C. Trastornos de ansiedad: Revisión bibliográfica de la perspectiva actual. *eNeurobiología* [Internet]. 2019 (citado 1 de Julio 2022); 10(24). Disponible en: <https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2019/24/Mac%C3%ADas/HTML.html>
20. Chacón E, Xatruch D, Fernández M, Murillo R. Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula* [Internet]. 2021 (citado 1 de Julio 2022); 35(1): 23-36. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
21. Reyes R, De Portugal E. Trastornos de ansiedad. *Medicine* [Internet]. 2019 (citado 1 de Julio 2022); 12(84): 4911-4917. Disponible en: <https://cipesalud.com.ar/wp-content/uploads/2020/05/trastornos-de-ansiedad.pdf>
22. Corea M. La depresión y su impacto en la salud pública. *Rev Med Hondur* [Internet]. 2021 (citado 1 de Julio 2022); 80(1):46-52. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2021/pdf/Vol89-S1-2021-14.pdf>
23. Cuesta E, Picón J, Pineida P. Tendencias actuales sobre la depresión, factores de riesgo y abuso de sustancias. *Journal of American Health* [Internet]. 2022 (citado 10 de Julio 2022); 5(1). Disponible en: <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/114/226>
24. Luna T, Vílchez E. Depresión: situación actual. *Rev Fac Med Hum* [Internet]. 2017 (citado 10 de Julio 2022); 17(2): 78-85. Disponible en: <https://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/1197/6102>
25. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. *Metodología de la Investigación*. Sexta ed. México D.F: Mc Graw Hill Education; 2014.
26. Moya J, Cañari B, Sánchez A, Eche M, Salazar R, Contreras H. Factores de riesgo en población rural andina con COVID-19: un estudio de cohorte retrospectivo. *Infect* [Internet]. 2021 (citado 10 de Julio 2022); 25(4). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-93922021000400256

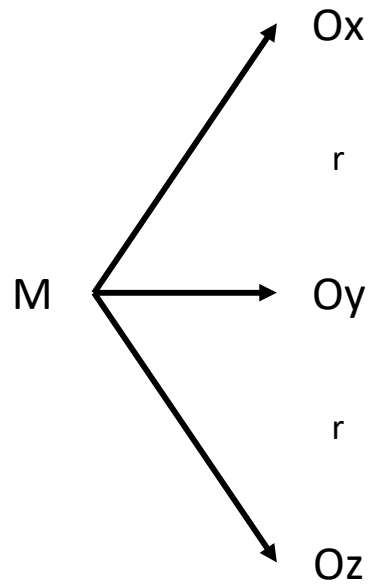
27. Matos F, Luque J, Jiménez N, Mora E, Asencio C, García J, et al. Comorbilidad y factores pronósticos al ingreso en una cohorte COVID-19 de un hospital general. Rev Clin Esp [Internet]. 2021 (citado 10 de Julio 2022); 221(9):529-535. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7318985/>
28. Álvarez L, Carrera F, El-Qutob D, Robustillo M, Girona A, Pin M, et al. Estudio descriptivo de una cohorte de pacientes con COVID-19 hospitalizados en España. Gac Med Mex [Internet]. 2021 (citado 10 de Julio 2022); 157(1). Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132021000100080
29. Valenzuela K, Espinoza A, Quispe J. Mortalidad y factores pronósticos en pacientes hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Cuidados Intermedios de un hospital público de Lima, Perú. Horiz Med [Internet]. 2021 (citado 10 de Julio 2022); 21(5). Disponible en: <https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/1370/911>
30. Soto R, Terrones C, Soto V, Díaz C. Características de pacientes con alta clínica post SARS-Cov-2 hospitalizados en EsSalud. Región Lambayeque. Rev Cuerpo Med HNAAA [Internet]. 2020 (citado 10 de Julio 2022); 13(4). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2227-47312020000400395&script=sci_arttext
31. Merino C, Domínguez S, Fernández M. Validación inicial de una escala breve de satisfacción con los estudios en estudiantes universitarios de Lima. Educ.Med [Internet]. 2017 (citado el 10 de julio del 2022); 18(1):74-77. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-validacion-inicial-una-escala-breve-S1575181316300894>
32. Sánchez A, De la Fuente V. Covid19: Cuarentena, aislamiento, distanciamiento social y confinamiento, ¿son lo mismo?. Anales de pediatría. [Internet]. 2020 (citado el 10 de julio del 2022); 93(1): 73-74. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-covid-19->

[cuarentena-aislamiento-distanciamiento-social-articulo-S1695403320301776](https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-pdf-S1575181316300894)

33. Merino C, Domínguez S, Fernández M. Validación inicial de una Escala Breve de Satisfacción con los Estudios en estudiantes universitarios de Lima. Educ Med [Internet]. 2017 (citado el 10 de julio del 2022); 18(1):74-77. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-pdf-S1575181316300894>
34. Ecurra L. Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. Rev Psicol [Internet]. 1988 (citado el 15 de diciembre del 2022); 6(1): 103–111. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6123333>
35. Martínez A, Campos W. Correlación entre actividades de interacción social registradas con nuevas tecnologías y el grado de aislamiento social en los adultos mayores. Rev. Mex. de Ing. Biomed [Internet]. 2015 (citado el 15 de diciembre del 2022); 36(3). Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/rmib/v36n3/v36n3a4.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1: DIAGRAMA DE INVESTIGACIÓN CORRELACIONAL



M = Muestra: Se consideran a estudiantes universitarios trujillanos

Ox = Variable 1: Nivel de aislamiento por Covid-19

Ox = Variable 2: Estado de ansiedad

Oz = Variable 3: Estado de depresión

ANEXO 2: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable
Nivel de Aislamiento por Covid-19	Medida de intervención comunitaria que involucra permanecer resguardado, bajo normas socialmente restrictivas. ²⁷	Respuestas al cuestionario de aislamiento	Ítem de cuestionario de aislamiento	Cualitativo ordinal
Estado de Ansiedad	Anticipación a una amenaza futura que surge de la percepción de estímulos nocivos, los cuales evocan un estado de inquietud, preocupación e hipervigilancia. ¹⁹	Fue evaluado con la escala de trastorno de ansiedad generalizada de 2 ítems (GAD-2)	≥3: Trastorno de ansiedad <3: Sin trastorno de ansiedad	Cualitativo nominal
Estado de Depresión	trastorno que está caracterizado por una tristeza profunda y pérdida de interés generalizada por las cosas durante un tiempo prolongado. ²⁰	Fue evaluada con el cuestionario de la salud del paciente (PHQ-2).	≥3: Trastorno de depresión <3: Sin trastorno de depresión	Cualitativo nominal

ANEXO 3: GAD-2

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?	Nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Sentirse nervioso, ansioso o borde	0	+1	+2	+3
No ser capaz de detener o controlar la preocupación	0	+1	+2	+3

ANEXO 4: PHQ-2

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?	Nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Poco interés o placer en hacer las cosas	0	+1	+2	+3
Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza	0	+1	+2	+3

ANEXO 5: CUESTIONARIO DEL ESTADO DE AISLAMIENTO

1. Durante el aislamiento por Covid-19, ¿qué tanto cumplió con el aislamiento?
 - a. Nada (No cumplió con el aislamiento)
 - b. Parcialmente (Salió algunas veces)
 - c. Totalmente (No salió ninguna vez)
2. Durante el aislamiento por Covid-19, ¿con quiénes pasó el aislamiento?
(Más de una)
 - a. Solo
 - b. Familia
 - c. Amigos
 - d. Mascotas
3. Durante el aislamiento por Covid-19, ¿fue diagnosticado de Covid?
 - a. Sí
 - b. No
4. Si la respuesta a la pregunta anterior fue sí, los síntomas fueron:
 - a. Leves
 - b. Moderados
 - c. Severos
5. Durante el aislamiento por Covid-19, ¿falleció algún familiar con quien pasó el aislamiento?

- a. Si
 - b. No
6. Durante el aislamiento por Covid-19, ¿falleció alguien de su entorno con quien no pasó el aislamiento?
- a. Si
 - b. No
7. Durante el aislamiento por Covid-19, ¿cree haber sentido ansiedad?
- a. Nada (Ningún día)
 - b. Poco (En algún momento)
 - c. Mucho (Más de la mitad del aislamiento)
8. Durante el aislamiento por Covid-19, ¿cree haber sufrido de depresión?
- a. Nada (Ningún día)
 - b. Poco (En algún momento)
 - c. Mucho (Más de la mitad del aislamiento)

ANEXO 6: Confiabilidad del GAD-2

Alfa de Cronbach	N° de elementos
0.853	2

ANEXO 7: Confiabilidad del PHQ-2

Alfa de Cronbach	N° de elementos
0.779	2



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

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

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, MERINO SOTO CESAR AYAX, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "Aislamiento por COVID-19 y su asociación con síntomas de ansiedad y depresión en universitarios trujillanos, 2022", cuyo autor es PAREDES ALVAREZ ANTERO EMANUEL, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 15.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 16 de Enero del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
MERINO SOTO CESAR AYAX DNI: 09353036 ORCID: 0000-0002-1407-8306	Firmado electrónicamente por: CMERINOS el 17-01- 2023 18:37:59

Código documento Trilce: TRI - 0521518