



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
Unidad de Posgrado

**Prevalencia del trastorno de pánico y trastornos de
ansiedad asociados en familiares de las personas
fallecidas por SARS COV 2 en un hospital público de
Lima, Perú**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en
Psiquiatría

AUTOR

Gisela Elizabeth SAAVEDRA ZELADA

ASESOR

Dra. Maria Isabel VÁSQUEZ SUYO

Lima - Perú

2023



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Saavedra G. Prevalencia del trastorno de pánico y trastornos de ansiedad asociados en familiares de las personas fallecidas por SARS COV 2 en un hospital público de Lima, Perú [Proyecto de investigación de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2023.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Gisela Elizabeth Saavedra Zelada
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	44916457
URL de ORCID	orcid.org/0009-0006-5181-1358
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Maria Isabel Vásquez Suyo
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	06663805
URL de ORCID	orcid.org/0000-0001-6919-2213
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Enrique Javier Bojorquez Giraldo
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	10476255
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Francisco Javier Bravo Alva
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	07402184
Datos de investigación	

Línea de investigación	No aplica
Grupo de investigación	No aplica
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Cercado de Lima Centro: Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lugar: Av. Alfonso Ugarte 848 – Cercado de Lima Coordenadas: Latitud: -12.0497651 Longitud: -77.0443704222461
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2020 - 2021
URL de disciplinas OCDE	Psiquiatría https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.24



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América



Facultad de Medicina
Vicedecanato de Investigación y Posgrado

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACION EN MEDICINA HUMANA

INFORME DE CALIFICACIÓN

MÉDICO: SAAVEDRA ZELADA GISELA ELIZABETH

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

“PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE PÁNICO Y TRASTORNOS DE ANSIEDAD ASOCIADOS EN FAMILIARES DE LAS PERSONAS FALLECIDAS POR SARS COV 2 EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LIMA, PERÚ”

AÑO DE INGRESO: 2019

ESPECIALIDAD: *PSIQUIATRÍA*

SEDE: *HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA*

Lima 13 de julio 2023

Doctor

JESÚS MARIO CARRIÓN CHAMBILLA

Coordinador del Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

*El comité de la especialidad de **PSIQUIATRÍA***

ha examinado el Proyecto de Investigación de la referencia, el cual ha sido:

SUSTENTADO Y APROBADO

OBSERVADO

OBSERVACIONES:

NOTA:

14

C.c. UPG

*Comité de Especialidad
Interesado*



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSGRADO
Programa de Segunda Especialización en Medicina

Dr. ENRIQUE BOJORQUEZ GIRALDO
Presidente del Comité de la Especialidad
Psiquiatría

Dr. ENRIQUE JAVIER BOJORQUEZ GIRALDO
COMITÉ DE LA ESPECIALIDAD DE
PSIQUIATRÍA



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Universidad del Perú. Decana de América

FACULTAD DE MEDICINA

Vicedecanato de Investigación y Posgrado



CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo **MARIA ISABEL VASQUEZ SUYO** en mi condición de asesor según consta Dictamen N° 001705-2023- UPG-VDIP-FM/UNMSM de aprobación del proyecto de investigación, cuyo título es *“Prevalencia del Trastorno de Pánico y trastornos de ansiedad asociados en familiares de las personas fallecidas por SARS COV 2 en un hospital público de Lima, Perú”*, presentado por la médico **GISELA ELIZABETH SAAVEDRA ZELADA** para optar el título de segunda especialidad Profesional en **PSIQUIATRIA**.

CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud del Proyecto de investigación. Según la revisión, análisis y evaluación mediante el software de similitud textual, el documento evaluado cuenta con el porcentaje de **4%** de similitud, nivel **PERMITIDO** para continuar con los trámites correspondientes y para su publicación en el repositorio institucional.

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención título de la especialidad correspondiente.

Firma del Asesor

DNI: 06663805

Nombres y apellidos del asesor: **MARIA ISABEL VASQUEZ SUYO**



I. CAPÍTULO I:

DATOS GENERALES

- 1.1.** Título: “Prevalencia del Trastorno de Pánico y trastornos de ansiedad asociados en familiares de las personas fallecidas por SARS COV 2 en un hospital público de Lima, Perú”
- 1.2.** Área de Investigación: Psiquiatría.
- 1.3.** Autor responsable del proyecto: Saavedra Zelada, Gisela Elizabeth.
- 1.4.** Asesor: Dra. Isabel Vásquez Suyo.
- 1.5.** Institución: Hospital Nacional Arzobispo Loayza
- 1.6.** Entidades o Personas con las que se coordinará el proyecto:
 - 1.6.1.** Director del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
 - 1.6.2.** Jefe del departamento de Emergencia.
 - 1.6.3.** Jefe del departamento de Medicina Interna.
 - 1.6.4.** Coordinador académico del Residencia Médico de la UNMSM en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- 1.7.** Duración: Junio 2020- junio 2021
- 1.8.** Clave del Proyecto:
- 1.9.** Trastorno de Pánico, otros trastornos de ansiedad, familiares de fallecidos por SARS COV 2

II. CAPÍTULO II:

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

2.1. Planteamiento del Problema

2.1.1. Descripción del problema

Una nueva serie de dificultades se produjo en 2019 para quienes se dedican a la salud mental, al enfrentarse el mundo a la pandemia originada por el nuevo virus de la enfermedad coronaria (Covid-19). Los trastornos psiquiátricos existentes, como depresiones, trastornos de pánico y ansiedad empeoraron debido a la morbilidad recién adquirida, así como a otros factores (1).

A nivel internacional, durante 2018 según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se registró entre los americanos que los trastornos de ansiedad fueron la segunda condición mental con mayor discapacidad en la mayor parte de los países, donde Brasil ocupó el primer lugar entre todas las naciones sudamericanas (7,5%), al igual que Perú, que ocupa el quinto lugar con un 5,8%. Los trastornos de ansiedad pueden ser desde gravemente incapacitantes hasta levemente molestos. La tasa de discapacidad en América del Norte fue muy inferior a las normas mundiales y regionales, siendo Canadá el país con la tasa más baja con el 3,4% por detrás de México con el 3,6% y Estados Unidos con el 4,1% (2).

Por otro lado, el Foro Económico Mundial en el 2019, manifestó que la ansiedad a nivel mundial fue el primer trastorno mental que se padecía, además se descubrió que las más afectadas eran mujeres, registrándose alrededor de 170 millones de casos, donde los síntomas que pueden provocar este trastorno son las palpitaciones intensas que se presentan en el pecho, latidos cardíacos muy acelerados, la sudoración, el temblor corporal, la presión en el pecho y también taquicardia entre otros (3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó que el predominio mundial a consecuencia de la pandemia aumentó un 25% en el transcurso del primer año de propagación. Sin embargo, este incremento se debió principalmente al elevado estrés causado por el aislamiento social creado por la epidemia. Las restricciones a la libertad de las personas para trabajar, pedir ayuda a sus seres queridos y participar en actividades comunitarias empeoraron posteriormente la situación. Otros factores vinculados a la ansiedad y la depresión fueron la soledad, el sentimiento de temor a la enfermedad, la aflicción y la muerte propia o de seres queridos, el duelo tras una pérdida, las preocupaciones económicas y el agotamiento. Algunas de estas circunstancias han influido en que la persona se plantee el suicidio (4).

Conforme a la Organización Panamericana de la Salud en el 2020, en Brasil más de cuatro de cada diez brasileños padecieron problemas de ansiedad, y seis de cada diez, depresión. En Perú, por su parte, se quintuplicó la prevalencia de síntomas depresivos, y en Canadá se cuadruplicó el porcentaje de habitantes con elevados síntomas de ansiedad (5).

Por otra parte, un estudio sobre los trastornos de pánico, la depresión y la ansiedad que incluyó a 11 países descubrió que el 48,6% de la población del Reino Unido, Bélgica, los Países Bajos, Bulgaria, la República Checa, Finlandia, India, Letonia, Polonia, Rumanía y Suecia padecía al menos uno de los trastornos en algún momento de la pandemia. Se registraron un 11,4%, 8,4%, 9,3% y 3% de incidencias de trastorno de estrés postraumático (TEPT), de ansiedad, enfermedad depresiva y de trastorno de pánico, respectivamente (6).

Debido al cumplimiento obligatorio de la privación obligatoria de libertad ordenada para hacer frente al COVID-19, 1 de cada 3 personas en Perú padecieron ansiedad y depresión. Estos trastornos mentales fueron los que más afectaron a las personas menores de 35 años, a las féminas y a las personas presentan menor nivel socioeconómico. Asimismo, se indicó que las investigaciones demostraron que quienes superaron el covid-19 reportaron diversos síntomas, como trastornos del sueño (26%), ansiedad y depresión (23%), entre otros (7).

En un estudio realizado en 2021 por el Ministerio de Salud (MINSA) en conjunto con el Centro de Salud Mental reveló que se atendieron más de 1 millón 300 mil casos de trastornos relacionados con la salud mental. El mayor porcentaje de estos casos corresponde a personas de todas las edades que presentaban trastornos de ansiedad o trastornos depresivos, así como enfermedades mentales graves y otros (8).

Debido a que no existe un estudio epidemiológico sobre el tema, es pertinente conocer las estadísticas actuales de prevalencia del Trastorno de Pánico para poder tomar medidas de prevención, manejo y tratamiento. De esta manera, podremos evitar pasar por alto serios y graves problemas relacionados con la salud mental que repercute en el desarrollo integral de nuestra sociedad, en el ámbito familiar y como factor limitante en el ámbito personal.

2.1.2. Antecedentes del Problema

Martínez E. y Rodríguez J. (2022) en su estudio titulado "Prevalencia del trastorno de pánico y factores relacionados durante el año 2021 en el cantón de Nabón" tuvieron como objetivo identificar la prevalencia ocasionada por el trastorno de pánico en los habitantes que habitan el cantón de Nabón, así como su relación con factores específicos, basándose en una metodología cuantitativa, bajo un diseño no experimental, transversal analítico y de tipo descriptivo. Se realizó una encuesta a 725 adultos. Respecto a los resultados, se obtuvo que la prevalencia del trastorno de pánico con respecto a la población era del 8%, mientras que la prevalencia de pánico a lo largo de la vida fue del 2,6%. Se concluyó que los factores relacionados eran la etnia indígena, los antecedentes familiares de enfermedad mental y la disfunción familiar (9).

Salinas M. y Peña A. (2022) en su investigación "Prevalencia de trastornos mentales y su asociación con la función familiar en personas adultas ubicadas en el cantón Nabón" tuvieron como finalidad determinar la prevalencia sobre los trastornos mentales en adultos del cantón Nabón y su asociación con la función familiar. Se basó en una metodología cuantitativa, bajo un diseño no experimental, con un alcance correlacional, cuya muestra la constituyeron 725 adultos, a quienes se les aplicó el Test de Percepción del Funcionamiento

Familiar (FFSIL) y el instrumento de Entrevista Neuropsiquiátrica (MINI). Asimismo, los resultados indicaron que la prevalencia de pánico era del 8%, el 6% tenía un funcionamiento familiar disfuncional; además, el 19,5% presentaba trastorno de pánico en familias disfuncionales. Se llegó a la conclusión de que existe cierto vínculo entre la función familiar y el trastorno de pánico (10).

Thomas T. et al. (2022) en su investigación acerca de los "Niveles psicológicos en los habitantes de Arabia Saudí durante la segunda oleada de COVID 19" cuyo objetivo era averiguar la prevalencia y severidad de la ansiedad entre la ciudadanía civil de seis grandes regiones de Arabia Saudí a fin de hacerse una opinión sobre el impacto que tuvo la segunda oleada de Covid-19, se centraron en una metodología cuantitativa y transversal en el que la muestra estaba compuesta por 385 habitantes. De acuerdo con los resultados, el 33,5% declararon ansiedad leve, el 25,5% ansiedad moderada y el 14,3% ansiedad grave, y el 43,8% mostraron síntomas de depresión, siendo las féminas quienes presentaban estos síntomas con mayor frecuencia que los varones. Se concluyó que existe una prevalencia de ciertos niveles psicológicos en la población saudí tras la segunda oleada de COVID (11).

Gaitán P. (2021) mediante su estudio sobre "Prevalencia mensual del trastorno de ansiedad de tipo generalizado en el periodo de la contingencia Covid-19 en la ciudad de México, tuvo por propósito estimar la prevalencia del trastorno de ansiedad de tipo generalizado (TAG) correspondiente al periodo comprendido entre abril hasta junio de 2020. El estudio fue cuantitativo, el cual no fue experimental y se realizó de manera transversal. Se tomó como muestra a 833 habitantes a quienes se aplicaron las escalas TAG-1 y TAG-7. Según los resultados, la prevalencia mensual se mantiene alta y constante, oscilando entre el 30,7% y el 32,6%; además, las personas con una posición socioeconómica pobre, las mujeres y los desempleados tienen más probabilidades de padecer TAG. Se concluyó que el TAG constituye un problema sanitario público que se intensificó durante la propagación de la pandemia Covid-19 (12).

Zakeri et al. (2021), mediante su investigación "Trastornos de ansiedad de tipo generalizado producidos durante la aparición del brote de Covid-19 en Irán", pretendieron determinar la relación entre la prevalencia del trastorno de ansiedad

de tipo generalizado (TAG) y la disfunción social producida durante el brote de Covid-19 en Irán. El estudio incluyó una muestra de 1.000 pobladores a los que se administraron los cuestionarios GAD-7 y de salud general. De acuerdo con los resultados, el 27,8% de los encuestados presentaba trastorno de ansiedad generalizada. Cada individuo presentaba disfunción social, medida por la puntuación media de funcionamiento social, que era de 9,71 2,66. El intervalo de confianza (IC: 1,16-1,30; p 0,001), el sexo (IC: 1,49-3,04; p<0,001) y la preocupación COVID-19 (IC: 1,38-2,73; p<0,001) se correlacionaron significativamente con la ansiedad en la prueba de regresión logística multivariante. Se concluyó que el brote de COVID-19 tenía efectos psicosociales perjudiciales en la población general de Irán (13).

Islam et al. (2020) en su investigación “Pánico y ansiedad generalizada en el transcurso del brote Covid-19 entre la ciudadanía de Bangladesh: una encuesta piloto en línea al comienzo del brote” que tuvo como objetivo evaluar el pánico y la ansiedad entre los individuos de la población general de Bangladesh al comienzo del brote de COVID-19, basándose en un estudio cuantitativo, bajo un diseño no experimental. Contó con un entorno muestral de 1311 pobladores sobre quienes se llevó a cabo la aplicación del instrumento de trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7). De acuerdo con los resultados, el 79,6% y 37,3% mostraron trastornos de pánico y de ansiedad generalizada respectivamente. Además, los factores asociados fueron ser mayor de 30 años, el estado civil de casado, el tener un nivel de estudio superior, y vivir con la familia. Las conclusiones indicaron que un porcentaje considerable de encuestados experimentó pánico y ansiedad generalizada en el entorno COVID-19 (14).

Díaz B. (2019) en su estudio sobre “Prevalencia del trastorno de pánico entre la ciudadanía del área rural que habitan en el cantón Cuenca” planteó como objetivo identificar la prevalencia del trastorno de pánico que presenta la ciudadanía basada en un estudio cuantitativo, descriptivo/analítico y no experimental. Con un entorno muestral constituido por 984 habitantes a los cuales aplicó un test mediante una Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional y el FF-SIL para adultos. Los resultados mostraron que los trastornos de pánico tenían una prevalencia del 7,30%, asimismo de las

personas que tuvieron trastornos de pánico, el 8,6% fueron mujeres y el 9,1% son solteras. Se concluyó que existe una comorbilidad alta de riesgo de suicidio y trastorno pánico (15).

Suárez D. (2021) en su estudio sobre "La asociación entre la cibercondría y la ansiedad por Covid-19, que se presenta en la localidad de Piura, en el periodo 2021", cuyo propósito fue determinar el vínculo existente entre la cibercondría y la ansiedad producida por COVID-19, en la localidad de Piura, durante el periodo 2021, basándose en una metodología cuantitativa, observacional, estudio analítico. Se contó con 341 pacientes, que representaron la muestra a los cuales aplicó un formulario para la recopilación de datos. Entre los resultados se encontró que el 73,3% tenía entre 18 y 29 años de edad, el 53,4% eran mujeres; asimismo, se encontró un 7,6% de prevalencia de ansiedad por el virus, 47,5% de cibercondría y los valores de correlación fueron ($Rho=0,564$; $p=0,001$), es decir, se encontró una correlación positiva. Se concluyó que existe relación entre la variable cibercondría y ansiedad en la población (16).

Pacheco D. y Guerrero (2021) desarrollaron un estudio sobre "Prevalencia de trastornos mentales en la ciudadanía del estado peruano por causa de COVID19 que fueron atendidos durante el programa, Te cuido Perú" basado en una metodología de alcance descriptivo y transversal cuya muestra fue conformada por 2,376 pobladores. Los resultados mostraron que el 82,1% de las personas padecían algún tipo de trastorno mental. Los trastornos más frecuentes, por orden de prevalencia, eran la ansiedad (34,1%), la depresión (25,2%), el estrés agudo (13,8%), el trastorno de pánico (3,2%), el trastorno de adaptación (2,4%), los trastornos alimentarios (1,6%), el trastorno obsesivo-compulsivo (0,8%) y otras enfermedades mentales (0,8%). Se concluyó que el 82% de los afectados por el Covid-19 padecían algún tipo de trastorno mental (17).

2.1.3. Fundamentos

2.1.3.1. Marco teórico

A. Ansiedad

Definida como una reacción física ante el temor a una lesión o desgracia inminente, la ansiedad se caracteriza por sensaciones desagradables y desfavorables. Sin embargo, esta respuesta puede volverse incoherente debido a la falta de estímulos o a una respuesta excesiva a los mismos, lo que provoca disfunciones y dolor en el paciente. Se considera una respuesta natural en situaciones de la vida cotidiana que producen estrés (18).

Además, es una respuesta típica y saludable al estrés y está relacionada con la respuesta de lucha o huida, que provoca cambios conductuales, mentales y corporales para ayudar a la persona a hacer frente a la amenaza o el peligro. Cuando está en consonancia con las necesidades del entorno, los grados moderados de ansiedad pueden mejorar el rendimiento, y niveles bastante altos de ansiedad pueden percibirse como normales (19).

B. Trastorno de ansiedad

Este tipo de trastornos, como todos los demás trastornos mentales, varían en sus dimensiones desde síntomas transitorios hasta síntomas graves, incapacitantes y que persisten durante años (19). Además, la APA aclara que se trata de un trastorno de ansiedad caracterizado principalmente por una excesiva preocupación, inapropiada para el desarrollo, por la separación respecto a aquellas personas a las cuales se está apegado. Además, puede dar lugar a una evitación persistente, que puede durar desde cuatro semanas en la población infantil y adolescente, hasta seis meses o más en la población adulta (20).

C. Características del trastorno de ansiedad

En este trastorno son características las variaciones de la preocupación excesiva y el deseo de evitar los objetos de esta preocupación. Entre los tipos de trastornos de ansiedad, existen diferentes umbrales para el diagnóstico, siendo el TAG el que tiene el umbral más alto de incapacidad y el TAS el más bajo. A

menudo, las personas que encajan en el perfil de un trastorno de ansiedad ya tienen una disposición nerviosa, evaluada como neuroticismo, y son sensibles al estrés adicional, por lo que se ponen ansiosas y se alteran con extrema rapidez (19).

D. Síntomas del trastorno de ansiedad

Entre los síntomas físicos se destacan la sudoración, boca seca, somnolencia, inseguridad, temblores, rigidez de los músculos, cefalea, parestesias, taquicardia, molestias en la zona precordial, disnea, la aparición de náuseas, y vómitos, dispepsia, así como diarrea, también estreñimiento, aerofagia, meteorismo, necesidad frecuente de orinar y los problemas relacionados con el aparato reproductivo (21).

Los síntomas psicológicos pueden incluir angustia, temor, una cierta sensación de dominio, pavor a la pérdida de control, percepción de una muerte súbita, dificultad de concentración, dificultades de memorización, irritabilidad, inquietud, comportamiento de evasión en entornos específicos, la cohibición psicomotriz, y las obsesiones o compulsiones comunes (21).

Los síntomas conductuales incluyen las tensiones musculares, los bloqueos frecuentes y las respuestas desproporcionadas provocadas por estímulos procedentes del exterior (21).

E. Tratamiento farmacológico para los trastornos de ansiedad

Medicamentos como sertralina, paroxetina, fluoxetina y escitalopram son inhibidores selectivos que ayudan a inhibir la absorción de la serotonina (ISRS) y son especialmente utilizados para tratar la ansiedad y la depresión. Por otro lado, la desvenlafaxina, duloxetina, levomilnaciprán, venlafaxina, antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la monoaminoxidasa y las benzodiazepinas son bastante efectivos para el tratamiento del trastorno de pánico, sin embargo, son utilizadas para pacientes que responden de manera subóptima a los ISRS. (22).

Los antidepresivos tricíclicos tienen más efectos adversos anuales que los ISRS o los IRSN, por lo que se deben probar estos últimos antes de recurrir a los antidepresivos tricíclicos (23).

Un estudio controlado demostró que el agonista del receptor 1A de la 5-hidroxitriptamina (5HT 1A) o buspirona es eficaz en el tratamiento del trastorno de ansiedad. Sin embargo, existen estudios que no han demostrado que sean equivalentes o superiores a los medicamentos tradicionales o a los placebos (23).

Las benzodiazepinas tienen un rápido inicio de acción y no empeoran la ansiedad o el insomnio inicialmente. Sin embargo, puede deprimir el sistema nervioso central afectando su funcionalidad, lo que puede provocar fatiga, somnolencia, lentitud de reflejos, trastornos de la conducción y otros efectos secundarios (23).

F. Clasificación de trastornos de ansiedad

Existen dos manuales: por un lado, está el DSM-5, adoptado oficialmente por la OMS y corresponde a la Asociación Americana de Psiquiatría, como también la CIE-10, que presentan criterios diagnósticos para las diversas tipologías de trastornos de ansiedad. Mediante el Manual de Criterios Diagnósticos del DSM-V se utiliza para clasificar los TA en función de sus características y síntomas (24).

a. Trastorno de ansiedad

Este trastorno presenta síntomas como miedo excesivo, ansiedad, ataques de pánico y aversión a las amenazas. Su rendimiento social, académico y profesional puede verse afectado (24). Además, esta enfermedad está relacionada generalmente con comportamientos como la búsqueda de seguridad y la evitación, lo cual puede alterar la frecuencia con la que las personas solicitan la atención médica (25).

b. Trastorno de ansiedad por separación

Puede ser problemática cuando los signos típicos de la misma, como la angustia o la resistencia, se manifiestan con fuerza y frecuencia. Normalmente, el trastorno provocado por esta forma de ansiedad excesiva comienza en la infancia, persiste durante la adolescencia y tiene efectos importantes en la madurez. Por lo tanto, esta patología debe identificarse y tratarse lo antes posible

(26). Se caracteriza por niveles excesivos de preocupación y ansiedad inadecuados en el desarrollo de la persona, combinados con desapego de las personas con las cuales tiene algún vínculo (24).

c. Mutismo selectivo

Se define como la incapacidad persistente para comunicarse en determinados contextos sociales en los que se espera que lo haga, a pesar de hacerlo en otros contextos (24). En una línea similar, el DSM-V describe como un grupo de manifestaciones psicológicas y conductuales que afectan principalmente al elemento expresivo del lenguaje la incapacidad crónica para hablar en algunas situaciones sociales cuando se espera que lo haga, a pesar de hablar en otros contextos (27).

d. Agorafobia

La comorbilidad más frecuente en las personas que sufren trastornos por ataques de pánico está relacionada con la agorafobia (28). Se trata de un miedo o ansiedad graves que impiden a una persona salir de su domicilio sola, hacer uso del medio de transporte urbano, permanecer en entornos tanto cerrados como abiertos o estar en medio de una multitud (24). La agorafobia es una denominación médica que se utiliza para describir el temor a los espacios abiertos y a los lugares concurridos. En un estudio más profundo, es el miedo a estar expuesto a un riesgo en un escenario del que sería complicado escapar o recibir ayuda. Es decir, se entiende por agorafobia al miedo a estar en una zona que se percibe como insegura y que carece de una plataforma que garantice la rápida intervención de un tercero en caso de emergencia (29).

e. Fobia específica

La fobia específica suele comenzar a manifestarse a lo largo de toda la vida, pero por lo general se manifiesta en la infancia antes que otros trastornos de ansiedad. Además, teniendo en cuenta la elevada incidencia que registran las fobias específicas durante la infancia y, en particular, el alto riesgo de desarrollar un trastorno psiquiátrico en la edad adulta si no se tratan, padecer una fobia específica de niño puede ser un signo de susceptibilidad (30). Sus características

son la preocupación extrema o el miedo a una determinada cosa o escenario, tales como el miedo a volar, viajar en altura, a los animales, a que le administren una inyección o a la presencia de sangre (24).

f. Trastorno de ansiedad social

Está caracterizado por una ansiedad o miedo intensos en uno o más contextos sociales donde el sujeto se encuentra en riesgo de ser observado por los demás (24). También se caracteriza por un miedo persistente y exagerado a los entornos sociales incómodos en los que uno puede enfrentarse a desprecios o críticas por sus acciones, lo que podría dar lugar a una experiencia desadaptativa en un área crucial del funcionamiento (31). A menudo, esta persona evita o experimenta una ansiedad significativa en circunstancias sociales que teme, lo que deteriora su capacidad para desempeñarse en el ámbito social, laboral o en otros ámbitos sociales cruciales (32).

G. Trastorno de pánico

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), lo denomina trastorno de pánico (TP) a una enfermedad de ansiedad potencialmente causante de malestar y un deterioro vital de los seres humanos, caracterizado por ataques de pánico repetidos y un miedo constante a volver a padecerlos, y que puede estar asociado o no a la agorafobia (33).

Para que exista un trastorno de pánico deben estar presentes al menos cuatro de los trece síntomas de un ataque de pánico, el cual se describe como el surgimiento repentino de ansiedad y también malestar agudos que alcanzan su punto máximo en cuestión de minutos; sudoración, temblores o contracciones musculares; palpitaciones; taquicardia; dificultad para respirar; miedo a ahogarse; molestias o dolor en el tórax; vómitos; la sensación de inestabilidad; aturdimiento; desmayo; despersonalización; el temor de perder el control; temor a la muerte; las parestesias; la sensación de escalofrío; o asfixia (34).

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), entre los criterios de diagnóstico para el del trastorno de pánico incluyen episodios de miedo inesperados y continuos , la preocupación continua por los ataques o sus

efectos, como perder el control, volverse loco o sufrir un ataque al corazón. Además, los ataques de pánico no deben estar causados por los efectos fisiológicos de fármacos u otro trastorno mental (35).

Además, se trata de un trastorno psiquiátrico común caracterizado por crisis de ansiedad recurrentes e inesperadas, o episodios propios de miedo o incomodidad intensos que comienzan repentinamente y consiguen su mayor intensidad en menos de 10 minutos, y se acompañan de entre cuatro y trece síntomas somáticos cognitivos, como palpitaciones, temblores, sensación de temor a perder el dominio, etc. (21). Además, es entendida como la presencia de ataques de pánico repentinos y frecuentes. Se trata de un episodio agudo provocado por un estado de miedo o de malestar extremos que llega a su punto álgido en el transcurso de unos minutos (24).

H. Características del trastorno de pánico

La mayor susceptibilidad a la resistencia al tratamiento en el trastorno de pánico se ha relacionado con factores como síntomas de pánico más graves, mayor frecuencia de ataques de pánico, antecedentes de trastornos de pánico y ataques de pánico, curso más prolongado de la enfermedad, la persistencia de ansiedad anticipatoria y fobias relacionadas con el pánico, una edad más temprana a la que se producen los primeros ataques de pánico y un menor nivel de funcionamiento personal (36).

Además, la CIE-10 especifica que las palpitaciones, la sudoración, los temblores o la sequedad de boca deben ser al menos uno de los síntomas del ataque. Posteriormente, el DSM-V propone, como novedad, incluir los ataques de pánico como especificador en cualquier diagnóstico. La evidencia sugiere que este añadido, que es un distintivo de gravedad en muchas enfermedades mentales, predice síntomas más graves y una peor respuesta al tratamiento (35).

I. Comorbilidad del trastorno de pánico

Este trastorno, considerado como una enfermedad de ansiedad potencialmente debilitante y de evolución crónica, suele coexistir con otras

patologías depresivas y de ansiedad. Este trastorno alcanza su punto álgido en la adolescencia, y el riesgo de padecerlo es dos veces mayor en las mujeres que en los hombres (37).

Las probabilidades de padecer enfermedades mentales concurrentes, trastornos que afectan al estado de ánimo, problemas propios de la ansiedad, problemas de control de los impulsos, trastornos por consumo de sustancias, alteraciones psicóticas, trastornos de la personalidad y trastornos de la alimentación, son mayores en personas que sufren episodios asociados al trastorno de pánico (35).

J. Ataque de pánico

El ataque de pánico hace referencia a episodios rápidos, bruscos y continuos provocados por una sensación de peligro inminente, miedo abrumador o un ataque al corazón. Otro nombre para los ataques de pánico es ansiedad paroxística episódica. Los ataques de pánico suelen ocurrir muy periódicamente, quizás una vez a la semana o con mayor frecuencia; suelen durar unos minutos, muy raramente duran horas; y ocasionalmente están relacionados con alguna actividad concreta. Los ataques de pánico se conocen como tales si están fuertemente relacionados con una situación desestabilizadora (38).

Además, los tipos de síntomas de pánico pueden servir para distinguir de forma fiable entre los pacientes que experimentan ataques de pánico, sin sufrir un trastorno de pánico y las que sí. Entre los pacientes que reúnen determinados parámetros del DSM-V para padecer un trastorno de pánico, se aprecian más síntomas de desrealización, molestias en el pecho, dolor de estómago y miedo a morir que en el caso de los pacientes que simplemente experimentan ataques de pánico (39).

K. Estrategias terapéuticas el tratamiento del trastorno de pánico

Los resultados relativos de las diversas terapias para los trastornos de ansiedad son significativos por diversas razones. Dado que los medicamentos existentes pueden disminuir la carga de enfermedad de un

trastorno cuando se trata adecuadamente, es menos crucial encontrar tratamientos novedosos que puedan ser superiores a los actuales. (40).

a) Intervención farmacológica

El trastorno de pánico se puede tratar de manera más eficaz y exitosa con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y también se pueden agregar antipsicóticos atípicos. Por otro lado, las benzodiazepinas, como clonazepam, son de utilidad para los cuadros agudos (36). Una de las primeras clases de medicación utilizada para abordar los trastornos de ansiedad fueron los fármacos antidepresivos tricíclicos (ATC), quienes impiden la recaptación de los transportadores de noradrenalina y serotonina (41).

b) Intervención no farmacológica

Con el objetivo de cambiar las tendencias de evitación aprendidas que deterioran el funcionamiento y la calidad de vida, el tratamiento hace hincapié en minimizar tanto la frecuencia como la intensidad propios de los episodios de pánico, esto se consigue con frecuencia por medio de la psicoterapia (42).

Las terapias cognitivo-conductual (TCC) han sido empleadas con éxito para abordar el trastorno de pánico durante muchos años. Tanto la TCC sola como combinada con medicación son terapias eficaces como tratamiento del trastorno de pánico, de acuerdo un número creciente de investigaciones (23). Además, es el método más utilizado para abordar el trastorno de pánico en presencia de agorafobia (TP/A) (43).

Numerosos estudios han demostrado que los métodos de estimulación magnética repetitiva transcraneal (EMTr) y de estímulo nervioso vago (ENV) pueden ser terapéuticamente eficientes para el manejo de la ansiedad y los trastornos de pánico (36).

Se han propuesto varias teorías sobre la posible utilidad terapéutica del ejercicio, el yoga, la fitoterapia, la fototerapia, los suplementos de ácidos grasos omega-3, la S-adenosilmetionina y los suplementos de triptófano en el tratamiento de este trastorno (36).

L. Trastorno de pánico y ansiedad asociados

Ambos trastornos se encuentran en un mismo nivel de gravedad, en lugar de ser fundamentalmente distintos. Una forma extremadamente aguda de ansiedad conocida como pánico puede comenzar de forma repentina o muy rápida. Otros, sin embargo, creen que la ansiedad es un estado de anticipación de una amenaza futura que es menos grave e inmediata que el pánico y que el pánico se produce cuando existe un riesgo actual y va unido a una tendencia a huir (28).

2.1.4. Formulación del Problema

¿Cuál es la prevalencia del Trastorno de Pánico y trastornos de ansiedad asociados en familiares de las personas fallecidas por SARS COV 2 en un hospital público de Lima, Perú?

2.2. Hipótesis

Debido a que la investigación es descriptiva la hipótesis de implícita.

2.3. Objetivos de la Investigación

2.3.1. Objetivo General

Determinar la prevalencia del Trastorno de Pánico y trastornos de ansiedad asociados en familiares de las personas fallecidas por SARS COV 2 en un hospital público de Lima, Perú.

2.3.2. Objetivos Específicos

Determinar los factores sociodemográficos de los familiares de las personas fallecidas por SARS COV 2.

Determinar la asociación entre las características sociodemográficas y las manifestaciones psicopatológicas del trastorno de pánico de los familiares de las personas fallecidas por SARS COV 2.

Determinar las características clínicas del trastorno de pánico de los familiares de las personas fallecidas por SARS COV 2.

2.4. Evaluación del Problema

Las cuestiones planteadas en la presente investigación serán evaluadas por el hospital, por medio de la oficina de docencia correspondiente. Adicionalmente, la Universidad Nacional Mayor de San Marcos será responsable de evaluar la investigación mediante el comité de segunda especialidad.

2.5. Justificación e Importancia del Problema

2.5.1. Justificación legal

Se procederá a realizar la justificación legal en base a ciertos artículos de tres leyes relevantes. En primer lugar, la Ley Universitaria N° 30220 cuyo fin es fomentar la mejora continua en las universidades, respecto a la calidad educativa, las cuales son consideradas fundamentales para el desarrollo nacional de la investigación. En segundo lugar, está la Ley General de Salud N° 26842 la cual fija la posibilidad de llevar a cabo dentro de las instalaciones de salud y centros de servicios médicos actividades relacionadas con la investigación y la docencia. Por último, el Reglamento del Residentado Médico Ley N° 30453, decreto supremo N°007-2017-SA, establece que los médicos residentes de la segunda especialidad deben presentar un proyecto de investigación específico. Este proyecto deberá tener la aprobación de las instancias correspondientes a la universidad, luego de realizar su evaluación.

2.5.2. Justificación Teórica

El estudio a realizar se basará en una justificación teórica sólida, debido a que la familia de aquellas personas fallecidas a raíz del COVID-19 puede estar en un mayor riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad, debido al estrés y la incertidumbre vinculados a la enfermedad y como este posee un impacto dentro de la sociedad. La pandemia ha tenido un impacto social significativo, debido al gran porcentaje de personas fallecidas y el impacto emocional y psicológico en sus familiares. Además, se justifica por la escasez de estudios realizados sobre los trastornos de pánico y ansiedad relacionados post pandemia.

2.5.3. Justificación Práctica

Este estudio tendrá una justificación práctica, ya que, se evaluará las estadísticas, los factores de riesgo durante la pandemia ha permitido evidenciar un aumento de la casuística propia de los trastornos de pánico y demás trastornos de ansiedad lo cual ha futuro nos proporciona información relevante para implementar políticas de prevención, protocolos y guías para un adecuado diagnóstico oportuno y manejo.

III. CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio

Este estudio utilizará una metodología de investigación cuantitativa, enfocada en medir las variables relevantes y evaluar la frecuencia de los fenómenos de interés (48).

3.2. Diseño de Investigación

La indagación será de carácter observacional descriptivo porque se concentrará en describir la verdad de acontecimientos concretos en los que intervienen elementos o personas cuyas características o rasgos se estudiarán (49).

El diseño de este estudio será no experimental porque no se alterará la variable investigada, sino que se observarán y medirán fenómenos y variables en su entorno natural antes de ser evaluados. Además, será un estudio transversal debido a que, la recolección de los datos será tomados en un único momento en el tiempo (49).

3.3. Universo de pacientes que acuden a la Institución

Como universo este estudio estará conformado por familiares de pacientes fallecidos a causa del SARS COV2.

3.4. Población a estudiar

La población a estudiar estará conformada por 2500 familiares de pacientes fallecidos a causa del SARS COV2 en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

3.5. Muestra de Estudio o tamaño muestral

El estudio estará compuesto por una muestra de 334 familiares de pacientes fallecidos a causa del SARS COV2 en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza; considerando un muestreo probabilístico simple, la cual se calculó empleando la formula puesta a continuación:

Muestreo simple

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{NE^2 + Z^2 * p * q}$$

Dónde:

n = Tamaño de la muestra

N = Población

Z = Nivel de confianza

p = Probabilidad a favor

q = Probabilidad en contra

e = error muestral

$$n = \frac{2500 * (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}{2500(0.05)^2 + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 334$$

3.6. Criterios de Inclusión y Exclusión

3.6.1. Criterios de inclusión

- Parientes de 18 años a más de pacientes fallecidos por SARS COV2.

- Familiares de pacientes fallecidos por SARS COV2 atendidos en el centro hospitalario Nacional Arzobispo Loayza.
- Parientes de pacientes fallecidos que firmen su consentimiento informado.
- Familiar del paciente fallecido con una historia clínica completa en el Hospital Arzobispo Loayza.

3.6.2. Criterios de exclusión

- Familiares no mayores de 18 años de pacientes fallecidos por SARS COV2.
- Familiares de pacientes fallecidos que no firmen su consentimiento informado.
- Familiares que tengan problemas de comunicación.

3.7. Variable de Estudio

3.7.1. Independiente: Familiares de pacientes fallecidos por COVID-19.

3.7.2. Dependiente: Trastorno de pánico y otros trastornos de ansiedad.

3.7.3. Interviniente: Datos demográficos.

3.8. Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE DE INFORMACIÓN	INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN
Familiar de pacientes fallecidos por COVID-19 (Independiente)	Personas unidas mediante vínculos por matrimonio o parentesco, de fallecidos por COVID 19.	Personas unidas mediante vínculos por matrimonio o parentesco, de fallecidos por COVID 19, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.	Parentesco por afinidad.	Esposo, esposa.	1. Si 2. No	Nominal	Esposo(a)	Cuestionario	Fichas de recolección de datos
			Parentesco por consanguinidad	Padres, tíos, hermanos, sobrinos, nietos	1. Si 2. No	Nominal	Padre, madre Hermano(a) Tío(a) Sobrino(a) Otro	Cuestionario	
Trastornos de pánico y otros trastornos de ansiedad. (Dependiente)	Pacientes diagnosticados por Trastorno de Pánico y otros Trastornos de Ansiedad relacionados de acuerdo al CIE 10.	Pacientes diagnosticados por Trastorno de Pánico y otros Trastornos de Ansiedad relacionados de acuerdo al CIE 10, en la historia clínica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.	Trastorno de Pánico Otros Trastornos de Ansiedad	1. Presente 2. Ausente	1. Presenta 2. No presenta	Nominal	Si No	Cuestionario	Fichas de recolección de datos

Datos demográficos (Interviniente)	Se refiere a características demográficas en familiar del paciente fallecido por COVID19	La será variable medida a través de la dimensión factores sociodemográficos	Factores Sociodemográficos	El sexo	1.F 2.M	Nominal	Femenino Masculino	Cuestionario	Ficha de recolección de datos
				La edad	+18	Intervalo	Años		
				El estado civil	1.S 2.C 3.C 4.D 5.V	Nominal	Soltero Casado Conviviente Divorciado Viudo		
				El grado de instrucción	1.P i/c 2.S i/c 3.T i/c 4.S i/c	Ordinal	Primaria incompleta/completa Secundaria incompleta/completa Técnico incompleto/completo Superior incompleto/completo		
				El lugar de procedencia	1.	Nomina	Distrito		
				Meses de duelo	1-12	Intervalo	Meses		
								Cuestionario	Ficha de recolección de datos

3.9. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica: Luego de que el comité de investigación de la Universidad apruebe el proyecto se procederá con la solicitud de las historias clínicas correspondientes a familiares de pacientes atendidos durante la pandemia en el periodo 2020-2021. Además, se les pedirá la firma del consentimiento informado, los que acepten participar se les solicitará su colaboración para la investigación donde se le aplicará una encuesta, que consiste en recabar los datos esenciales acerca de las opiniones, conductas y percepciones de los individuos, utilizando un cuestionario específicamente diseñado para su aplicación personal (50).

Instrumento: Se utilizará una ficha para la recopilación de datos sociodemográficos además de un cuestionario del trastorno de pánico – síntomas elaborado por el Instituto Nacional de Salud Mental HD-HN(51), mediante la cual los encuestados responderán una serie de preguntas sin respuestas correctas o incorrectas.

Validez y confiabilidad

El cuestionario tiene validez que se realizó mediante juicios de expertos y la confiabilidad fue a través de la prueba estadística Alpha de Cronbach teniendo como valor 0,835 por lo que es fiable para su aplicación.

3.10. Procesamiento y Análisis de Datos

Toda información recopilada a través de los formularios de recolección de datos será guardada en una base de datos realizada con Microsoft Excel versión 2016. A continuación, la base de datos se enviará al programa IBM SPSS versión 26 donde se realizará el análisis estadístico a través de tablas de frecuencias, en el que se utilizarán las técnicas estadísticas pertinentes.

Además, se realizará todo un análisis descriptivo donde se mostrarán tablas de frecuencias y gráficos para describir las variables investigadas. Asimismo, se realizará un análisis inferencial en el que se utilizarán técnicas estadísticas como la prueba T-Student para conocer la asociación de las variables siempre y cuando los datos sigan una distribución normal donde se evaluará mediante la prueba de kolmogorov - Smirnov, por otro lado, se utilizará la prueba Chi-

Cuadrado para contrastar las hipótesis planteadas. Por tanto, nos permitirá abordar los objetivos, comparar las hipótesis planteadas y concluir con las conclusiones.

CAPÍTULO IV

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Plan de Acciones

Objetivos	Actividades	Contenidos	Recursos
Determinar la prevalencia de trastornos de pánico y ansiedad	Identificación de las principales características que conlleva a los trastornos de pánico y ansiedad.	Aplicación de un cuestionario basado en las normas del Instituto Nacional de Salud Mental.	Programa estadístico para el análisis de datos.
Determinar los factores sociodemográficos de los familiares de las personas fallecidas por SARS COV 2.	Identificación de las características de los familiares de las personas fallecidas por SARS COV 2.		
Determinar la asociación entre las características sociodemográficas y las manifestaciones psicopatológicas del trastorno de pánico de los familiares de las personas fallecidas por SARS COV 2.	Identificación de las características que se encuentran asociadas a los trastornos de pánico y ansiedad.		
Determinar las características clínicas del trastorno de pánico de los familiares de las personas fallecidas por SARS COV 2.	Identificación de las características de las características clínicas del familiar de las personas fallecidas por SARS COV 2.		

4.2. Asignación de Recursos

4.2.1. Recursos Humanos

Estará constituida por mi persona y por el personal profesional especializado en el área de psiquiatría.

4.2.2. Recursos Materiales

Especificación	Cantidad	Unidad
Papel Bond A4 80gr.	7	Millar
Lapiceros	20	Unidad
Memoria USB 8GB	1	Unidad
Folder manilo	20	Docena
Engrapador	1	Unidad
Clips	1	Caja
Fotocopiado	1000	Copia
Impresión	200	Hoja
Telecomunicaciones (uso de celular entre entrevistador y pacientes)	1	1
Procesamiento de datos por estadístico	1	1
Otros	1	1

4.3. Presupuesto o Costo del Proyecto

COSTO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN				
Especificación	Cantidad	Unidad	Precio Unitario	Sub total
MATERIALES				
Papel Bond A4 80gr.	7	Millar	S/. 30.00	S/. 210.00
Lapiceros	20	Unidad	S/. 0.50	S/. 10.00
Memoria USB 8GB	1	Unidad	S/. 30.00	S/. 30.00
Folder manilo	20	Docena	S/. 6.00	S/. 120.00
Grapadora	1	Unidad	S/. 5.00	S/. 5.00
Clips metálicos	1	Caja	S/. 3.00	S/. 3.00
Fotocopiado	1000	Copia	S/. 0.10	S/. 100.00
Impresión	200	Hoja	S/. 0.10	S/. 20.00
LOGÍSTICA				
Telecomunicaciones (uso de celular entre entrevistador y pacientes)	1	1	S/300	S/300
Procesamiento de datos por estadístico	1	1	S/.500	S/.500
Otros	1	1	S/.100	S/.100
Total				S/. 1398.0

4.4. Cronograma de Actividades

ACTIVIDADES	AÑO												
	2020							2021					
	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun
Elección del tema	X												
Revisión bibliográfica	X	X	X										
Aprobación del Tema	X												
Marco Teórico	X	X	X										
Justificación	X	X											
Elaboración del presupuesto	X												
Elaboración de la ficha de recolección				X									
Revisión y análisis de datos					X	X	X	X					
Procesamiento de datos								X	X	X			
Análisis de resultados											X	X	
Informe final													X

IV. CAPÍTULO V

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bhatia M, Goyal S, Singh A, Daral A. Covid-19 pandemic-induced panic disorder. The Primary Care Companion for CNS Disorders [Internet]. 2020; 22(3): p. 26177. Disponible en: <https://www.psychiatrist.com/pcc/anxiety/panic-disorder/covid-pandemicinduced-panic-disorder/>
2. Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington D.C: OPS; 2018. Disponible en: <http://www.codajic.org/node/3471>
3. Worl Economic Forum. Este es el mayor problema de salud mental del mundo, y es posible que no haya oído hablar de él. [Internet]; 2019 [Consultado 2022 12 19]. Disponible en: <https://es.weforum.org/agenda/2019/01/este-es-el-mayor-problema-de-salud-mental-del-mundo-y-es-posible-que-no-haya-oido-hablar-de-el/>
4. World Health Organization. La pandemia de COVID-19 desencadena un aumento del 25 % en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo. [Internet]; 2022 [Consultado 2022 12 19]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
5. Naciones Unidas. El efecto devastador del COVID-19 en la salud mental. [Internet]; 2021 [Consultado 2022 12 19]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2021/11/1500512>
6. Georgieva I, Lepping P, Bozev V, Lickiewicz J, Pekara J, Wikman S, et al. Prevalence, new incidence, course, and risk factors of ptsd, depression, anxiety, and panic disorder during the covid-19 pandemic in 11 countries. Healthcare [Internet]. 2021; 9(6): p. 664. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/healthcare9060664>

7. Universidad San Ignacio de Loyola. Covid-19 en el Perú: aumentan casos de ansiedad y depresión. [Internet]; 2021 [Consultado 2022 12 19]. Disponible en: <https://blogs.usil.edu.pe/novedades/covid-19-en-el-peru-aumentan-casos-de-ansiedad-y-depresion>
8. Ministerio de Salud. Minsa: Más de 300 mil casos de depresión fueron atendidos durante el 2021. [Internet]; 2022 [Consultado 2022 12 19]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/575899-minsa-mas-de-300-mil-casos-de-depresion-fueron-atendidos-durante-el-2021>
9. Martínez E, Rodríguez J. Prevalencia del trastorno de pánico y factores asociados en el cantón Nabón, 2021. [Tesis de pregrado]. Ecuador: Universidad del Azuay; 2022. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/12409>
10. Salinas M, Peña A. Prevalencia de trastornos mentales y su relación con la funcionalidad familiar en adultos del cantón Nabón. [Tesis de pregrado]. Ecuador: Universidad del Azuay; 2022. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/12389>
11. Thomas T, Ali S, AL M. On the psychological levels of general population of Saudi Arabia amidst the second wave of COVID 19: a cross sectional study. Academic Journal of Health Sciences [Internet]. 2022; 37(3): p. 147-151. Disponible en: <https://ibdigital.uib.es/greenstone/library/collection/medicinaBalear/search/TextQuery;jsessionid=DB48C26728812852F1170E8C6020C520?qs=1&rt=rd&s1.level=Doc&startPage=1&s1.query=%22Al-Mohaithef,%20Mohammed%22&s1.index=CN>
12. Gaitán P, Pérez V, Vilar M, Teruel G. Monthly prevalence of generalized anxiety disorder during the Covid-19 pandemic in Mexico. Salud Pública de México [Internet]. 2021; 63(4): p. 478-485. Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDARTICULO=100583>

13. Zakeri M, Hossini S, Kahnooji M, Ghaedi F, Dehghan M. Generalized anxiety disorder during the covid-19 outbreak in iran: the role of social dysfunction. Journal of Nervous & Mental Disease [Internet]. 2021; 209(7): p. 491-496. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000001320>
14. Islam M, Ferdous M, Potenza M. Panic and generalized anxiety during the COVID-19 pandemic among Bangladeshi people: An online pilot survey early in the outbreak. Journal of Affective Disorders [Internet]. 2020; 276: p. 30-37. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.049>
15. Díaz B. Prevalencia del trastorno de pánico en la población rural del cantón Cuenca. [Tesis de pregrado]. Ecuador: Universidad del Azuay; 2019. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/9448>
16. Suárez D. Asociación entre cibercondría y ansiedad debido a Covid-19, en la población piurana, periodo 2021. [Tesis de pregrado. Piura: Universidad Nacional de Piura; 2021. Disponible en: <http://repositorio.unp.edu.pe/handle/20.500.12676/2674>
17. Pacheco D, Guerrero J. Prevalencia de trastornos mentales en población peruana con COVID-19 atendida en el programa “Te Cuido Perú”. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica [Internet]. 2021; 40(9): p. 902-906. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/559/55971716004/html/>
18. Cruz A. Trastorno de ansiedad generalizada. Revisión bibliográfica. Revista Ocronos [Internet]. 2021; 4(3): p. 1-3. Disponible en: <https://revistamedica.com/trastorno-ansiedad-generalizada/>
19. Andrews G, Bell C, Boyce P, Gale C, Lampe L, Marwat O, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice

guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry [Internet]. 2018; 52(12): p. 1109-1172. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0004867418799453>

20. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 [Internet]. Washington, DC: (APA); 2014. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>.
21. Díaz C, Santos L. La ansiedad en la adolescencia. RqR Enfermería Comunitaria [Internet]. 2018; 6(1): p. 21-31. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6317303>
22. Ngan W, MBChB , MD , FANZCA , FHKCA , FHKAM , et al. Trastornos psiquiátricos. Anestesia Obstétrica.Principios y práctica [Internet]. 2020; 50: p. 1207-1214. Disponible en: <https://bibvirtual.upch.edu.pe:2051/#!/content/book/3-s2.0-B9788491137665000504?scrollTo=%23hI0000299>
23. Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. Dialogues in Clinical Neuroscience [Internet]. 2017; 19(2): p. 93-107. Disponible en: <https://doi.org/10.31887/dcns.2017.19.2/bbandelow>
24. Chacón E, Xatruch D, Fernández M, Murillo R. Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. Revista Cúpula [Internet]. 2021; 35(1): p. 23-36. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
25. Horenstein A, Heimberg R. Anxiety disorders and healthcare utilization: A systematic review. Clinical Psychology Review [Internet]. 2020; 81: p. 101894. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101894>

26. Fernández A, Aparicio M, Hernández M, Urrea M. Ansiedad por separación: validez y fiabilidad de instrumentos de evaluación. *International Journal of Developmental and Educational Psychology* [Internet]. 2018; 1(1): p. 183-192. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349855553021>
27. Alaka E. Aportes de la neuropsicología a la comprensión del mutismo selectivo. *Compás Empresarial* [Internet]. 2016; 7(19): p. 27-31. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.ciencia.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2075-89522016000200004&lng=es&nrm=iso
28. Montes I, Casanova I, Cabañas V. Estudio de caso único: Eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual en un trastorno de pánico en un adolescente. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental* [Internet]. 2018; 6(1): p. 27-50. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6642691>
29. Ríos C. Agorafobia en México y Francia: de miedos urbanos y vidas privatizadas. *Espacialidades* [Internet]. 2018; 8(1): p. 39-51. Disponible en: <http://espacialidades.cua.uam.mx/ojs/index.php/espacialidades/article/view/167>
30. Santesteban O, Rentero D, Güerre M, Espín J, Jiménez M. Tratamiento cognitivo-conductual de fobia específica en la infancia: estudio de caso. *Ansiedad y Estrés* [Internet]. 2016; 22(2-3): p. 80-90. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2016.06.001>
31. Muñoz J, Alpízar D. Prevalencia y comorbilidad del trastorno por ansiedad social. *Revista Cúpula* [Internet]. 2016; 30(1): p. 40-47. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v30n1/art04.pdf>

32. Rose G, Tadi P. Social Anxiety Disorder. En StatPearls. Treasure Island.: StatPearls Publishing; 2022. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555890/>.
33. Mota A, Godinho D. A terapia cognitivo-comportamental no tratamento de pacientes com transtorno de pânico: da teoria à prática. Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas [Internet]. 2021; 6(12): p. 144-156. Disponible en: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/26003>
34. Amodeo S. Trastorno de pánico y su tratamiento psicológico.: Revisión y actualización. Katharsis: Revista de Ciencias Sociales [Internet]. 2017;(23): p. 166-176. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5888107>
35. Zuardi A. Características básicas del trastorno de pánico. Medicina (Ribeirão Preto) [Internet]. 2017; 50(supl.1): p. 56-63. Disponible en: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/127539>
36. Chen M, Tsai S. Treatment-resistant panic disorder: clinical significance, concept and management. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry [Internet]. 2016; 70: p. 219-226. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2016.02.001>
37. Somashekar B, Manjunatha N, Chaturvedi S. Stress and struggles: the comprehensive book of stress, mental health and mental illness [Internet].: Indo-UK Stress & Mental Health Group. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Sharad-Philip/publication/348187214_Stress_and_Tobacco_Addiction/links/60051e90299bf14088a2e823/Stress-and-Tobacco-Addiction.pdf#page=299.
38. Kurniawan D, Mu'arifah N, Ma'shum A. Analisis eskalasi panic attack and anxiety disorder terhadap kesehatan mental remaja. Busyro : Jurnal

- Dakwah dan Komunikasi Islam [Internet]. 2022; 3(2): p. 89-98. Disponible en: <https://doi.org/10.55352/kpi.v3i2.619>
39. Sawchuk C, Roy P, Noonan C, Craner J, Goldberg J, Manson S, et al. Panic attacks and panic disorder in the American Indian community. *Journal of Anxiety Disorders* [Internet]. 2017; 48: p. 6-12. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.10.004>
 40. Cuijpers P, Gentili C, Banos R, Garcia J, Botella C, Cristea L. Relative effects of cognitive and behavioral therapies on generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and panic disorder: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders* [Internet]. 2016; 43: p. 79-89. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.09.003>
 41. Garakani A, Murrough J, Freire R, Thom R, Larkin K, Buono F, et al. Pharmacotherapy of anxiety disorders: current and emerging treatment options. *Frontiers in Psychiatry* [Internet]. 2020; 11: p. 595584. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.595584>
 42. Melaragno A. Pharmacotherapy for anxiety disorders: from first-line options to treatment resistance. *FOCUS* [Internet]. 2021; 19(2): p. 145-160. Disponible en: <https://doi.org/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc8475920/>
 43. Strauss A, Kivity Y, Huppert J. Emotion regulation strategies in cognitive behavioral therapy for panic disorder. *Behavior Therapy* [Internet]. 2019; 50(3): p. 659-671. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.10.005>
 44. Marugán B. Género = Gender. *Eunomía. Revista en Cultura de la Legalidad* [Internet]. 2020; 1(18): p. 199-213. Disponible en: <https://doi.org/10.20318/eunomia.2020.5273>
 45. Rodríguez N. Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad. *Horizonte Sanitario* [Internet]. 2018; 17(2): p. 87-88. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592018000200087

46. Vásquez F, Velastegui D, Flores V, Ponce A. La impulsividad como factor determinante en el estado civil de estudiantes universitarios. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar* [Internet]. 2022; 6(2): p. 2924-2937. Disponible en: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i2.2062
47. Instituto de Vasco de Estadística. Nivel de instrucción. [Internet] [Consultado 2022 07 06]. Disponible en: https://www.eustat.eus/documentos/opt_1/tema_271/elem_11188/definicion.html
48. Hernandez R, Mendoza C. Metodología de la investigación: La rutas cuantitativa, cualitativa y mixta [Internet]. 1st ed. México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A.; 2018. Disponible en: <https://virtual.cuautitlan.unam.mx/rudics/?p=2612>.
49. Hernandez-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación: La rutas cuantitativa, cualitativa y mixta [Internet]. 1st ed. México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A.; 2018. Disponible en: <https://virtual.cuautitlan.unam.mx/rudics/?p=2612>.
50. Arias J, Covinos M. Diseño y metodología de la investigación [Internet]. Primera ed. Arequipa: Biblioteca Nacional del Perú; 2021. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12390/2260>.
51. Instituto Nacional de Salud Mental. Confiabilidad y Validez de los cuestionarios de los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental de Lima y de la Selva Peruana [Internet]. XXV ed.: Anales de Salud Mental; 2009. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2009-ASM-CVCEESMLSP/files/res/downloads/book.pdf>.

V. CAPÍTULO VI

ANEXOS

6.1. Definición de Términos

Ansiedad: Se define como una respuesta fisiológica ante la percepción de un peligro o amenaza inminente, y se distingue por la manifestación de sensaciones adversas y desagradables.

Agorafobia: Es la aparición de miedo o ansiedad ante circunstancias o lugares de los que podría resultar difícil huir o en los que podría no disponerse de ayuda en caso de crisis grave. Normalmente, las personas evitan o toleran ciertos lugares o circunstancias con tremenda angustia.

Ataque de pánico: Aparición repentina, generalmente en cuestión de minutos, de una sensación abrumadora de pánico u horror. Esta experiencia suele ir acompañada de una sensación de fatalidad inminente (como el miedo a morir, volverse loco o perder el control) y una necesidad desesperada de abandonar la zona.

SARS COV 2: La enfermedad por coronavirus de 2019 es un virus que causa una enfermedad respiratoria (COVID-19). La gran familia de los coronavirus incluye el virus SARS-CoV-2. Los seres humanos y algunos animales pueden contraer coronavirus.

Trastorno de pánico: El trastorno de pánico tiene efectos imprevisibles en la vida de una persona. Los signos físicos de sudoración y taquicardia que alcanzan su punto máximo en cuestión de minutos, así como los episodios agudos de ansiedad y terror, son signos de trastorno de pánico.

Trastorno de ansiedad generalizada: Es la presencia del estrés y ansiedad excesivos sobre acontecimientos o actividades, como la escuela o el trabajo, que se manifiestan en más días de los que la persona lleva ausente al menos seis meses y causan malestar grave, además de interferir en el funcionamiento diario.

Trastorno de estrés postraumático: Se trata de un trastorno caracterizado por recuerdos recurrentes y angustiosos de un episodio traumático horrible que comenzó en los seis meses siguientes al suceso y duró más de un mes.

Los síntomas incluyen evitar los desencadenantes relacionados con el episodio traumático, tener pesadillas y experimentar episodios disociativos de recuerdo.

6.2. Anexo. Consentimiento informado

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Psiquiatría

Por medio del presente consentimiento informado, se le invita a participar en el estudio de investigación “Prevalencia de trastornos de ansiedad en familiares de personas fallecidas por SARS COV 2 en un hospital público de Lima, Perú”. La investigación será llevada a cabo por la médica residente de la especialidad de psiquiatría de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Gisela Elizabeth Saavedra Zelada, identificada con DNI N° 44916457, con el objetivo de determinar la prevalencia de trastornos de ansiedad en la población en estudio. Para ello, se realizará una encuesta clínica que incluirá preguntas sobre su salud mental y datos sociodemográficos.

Es importante destacar que la participación en este estudio es voluntaria y que la información recopilada será de uso confidencial con el propósito de índole científico y académico, si decide participar, se le solicitará que otorgue su consentimiento informado y complete una encuesta clínica. Asimismo, es necesario mencionar que no se le brindará ningún tipo de tratamiento por participar en este estudio. Además, cabe mencionar que su participación en este estudio no tendrá ninguna influencia en la atención médica que reciba usted o su familia en el hospital público de Lima. Si tiene alguna duda sobre el estudio de investigación no dude en hacérselo saber a la investigadora.

Yo: con
DNI: he sido informado de las condiciones de la investigación y
acepto participar.

Firma del participante
DNI:

Firma de la investigadora
DNI:

B. Cuestionario de trastorno de pánico y ansiedad

El presente cuestionario tiene como finalidad medir los trastornos de pánico y ansiedad que será cuestión de investigación por lo que se requiere su participación, asimismo se respetará la confidencialidad y anonimato de los datos recolectados.

N°	Ítems	Si	No
1.	¿Tiene o ha tenido dificultades para respirar?		
2.	¿Tiene o ha tenido la impresión de ahogarse?		
3.	¿Siente o ha sentido dolor, o una molestia en el pecho?		
4.	¿Tiene o ha tenido náuseas o la sensación de tener un nudo en el estómago?		
5.	¿Se siente o se ha sentido aturdido(a), con vértigos o mareos?		
6.	¿Tiene o ha tenido la impresión de que las cosas que le rodean son extrañas o irreales o se siente como separado(a) de toda o de una parte de su cuerpo?		
7.	¿Tiene o ha tenido miedo de volverse loco(a), perder el control o desvanecerse?		
8.	¿Tiene o ha tenido la impresión de que se iba a morir?		
9.	¿Tiene o ha tenido accesos de calor o escalofríos?		
10.	¿Tiene o ha tenido entumecimiento u hormigueo?		

¡Gracias por su participación!

Escala de Clasificación

Trastorno de pánico y ansiedad	Puntuación
No Presenta	0 – 5
Presenta	6 – 10