

ANALES DE SALUD MENTAL

ÓRGANO OFICIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL

NÚMERO ESPECIAL DEDICADO AL:

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO
SOBRE EL IMPACTO DE LA PANDEMÍA
COVID-19 EN LA SALUD MENTAL
DE LA POBLACIÓN DE LIMA
METROPOLITANA 2020

INFORME GENERAL

VOLUMEN XLI
AÑO 2025
NÚMERO 1 y 2
ISSN-1023-389X

“Publicación secundaria autorizada. Este artículo fue publicado originalmente en *Diagnóstico* 2022; Vol.61(Nº3):147-1865, DOI: [\[https://doi.org/10.33734/diagnostico.v61i3.374\]](https://doi.org/10.33734/diagnostico.v61i3.374)). Se reproduce con permiso del titular de derechos. © *Diagnóstico* [2022] y autores. La versión republicada mantiene la prioridad de la publicación original.”

Publicación del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”. Se dedica a la difusión y promoción de la salud mental desde una perspectiva multidisciplinaria.

Instituto Nacional de Salud Mental
Av. Eloy Espinoza Saldaña No. 709, Urb. Palao.
San Martín de Porres. Lima 31, Perú
Teléfono: 614-9200; Fax: 614-9200, anexo 1092
E-mail: insmhdhn@minsa.gob.pe – oeaide@insm.gob.pe

Se recomienda citar este documento como:
Instituto Nacional de Salud Mental. *Estudio Epidemiológico sobre el Impacto de la Pandemia COVID-19 en la Salud Mental de la población de Lima Metropolitana 2020*. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XLI, Año 2025. Número 1 y 2.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 96-1524

ISSN -1023-389X

ANALES DE SALUD MENTAL

Lima, Perú-2025-Volumen XLI. Número 1 y 2

**PUBLICACIÓN OFICIAL DEL
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL
“HONORIO DELGADO – HIDEYO NOGUCHI”**

COMITÉ EDITORIAL

EDITOR EN JEFE

Alfredo Federico Saavedra Castillo

EDITOR ASOCIADO

Javier E. Saavedra Castillo

SECRETARIA DE EDICIÓN

Flor Alburquerque Jaramillo

SECRETARIO DE REDACCIÓN

Santiago Stucchi Portocarrero

MIEMBROS

Manuel Arellano Kanashiro
Yuri Cutipé Cárdenas
María Mendoza Vilca
Rolando Pomalima Rodríguez
Yolanda Robles Arana
Emir Valencia Romero

COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL

Delicia Ferrando

Agustín Montoya

María Antonieta Silva

Moisés Lemlij

Wilfredo Mormontoy

COMITÉ ASESOR INTERNACIONAL

Renato Alarcón (Minnesota, EE.UU.)

Juan E. Mezzich (Nueva York, EE.UU.)

Germán Berrios (Cambridge, Inglaterra)

Juan C. Negrete (Montreal, Canadá)

Pierre Pichot (París, Francia)

Raquel Cohen (Miami, EE.UU.)

AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD

LUIS NAPOLEÓN QUIROZ AVILÉS
Ministro de Salud

LEONARDO RONYALD ROJAS MEZARINA
Viceministro de Salud Pública

SHIRLEY MONZÓN VILLEGAS
Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

DIRECTORIO DEL INSM

ALFREDO FEDERICO SAAVEDRA CASTILLO
Director General del INSM

NORMA ISABEL MACHICADO ZUÑIGA
Directora Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de
Administración del INSM

JAVIER EDUARDO ORMEA VILLAVICENCIO
Director Ejecutivo de la Oficina de
Planeamiento Estratégico del INSM

JAVIER E. SAAVEDRA CASTILLO
Director Ejecutivo de la Oficina de Apoyo a la
Investigación y Docencia Especializada

LOURDES LUCÍA DÍAZ ESPINOZA
Jefa de la Oficina de Epidemiología

Tuvieron participación en la elaboración de este informe: Javier E. Saavedra, Vilma Paz Schaeffer, Ybeth Luna Solís, Humberto Castillo Martell, Julio Huamán Pineda, Hever Krüger Malpartida, Silvana Sarabia Arce, Johann Vega Dienstmaier, Sonia Zevallos Bustamante, Abel Ampelio II Sagástegui Soto, Katiuska Aliaga Giraldo, Ysela Nicolás Hoyos.

Se agradece la colaboración mecanográfica, edición y diagramación de Milagros Ramírez, Flor Ortiz, Shella Pérez y Liliana La Rosa.

INVESTIGADORES DEL ESTUDIO RELACIONADOS CON EL PRESENTE INFORME

AUTOR PRINCIPAL

Javier Esteban Saavedra Castillo

COAUTORES

Yolanda Robles Arana
Vilma Paz Schaeffer
Ybeth Luna Solís
Humberto Castillo Martell
Julio Huamán Pineda
Hever Krüger Malpartida
Silvana Sarabia Arce
Johann Vega Dienstmaier
Sonia Zevallos Bustamante
Abel Ampelio II Sagástegui Soto
Katuska Aliaga Giraldo
Ysela Nicolás Hoyos

EQUIPO ADMINISTRATIVO DE LA ENCUESTA

CONSULTOR DEL ESTUDIO - DISEÑO DE LA MUESTRA

Alberto Padilla Trejo

PROCESOS INFORMÁTICOS - CONTROL DE CALIDAD

Luis Ángel Pineda Gómez
Carlos Díaz Gómez
Guillermo Gonzales Lozano
Milagros Ramírez Figueroa
Flor Ortiz Sánchez
Shella Pérez Dávila
Liliana La Rosa Rosado

JEFE DE OPERACIÓN DE CAMPO

Herón Salazar Olivares

COORDINADOR DE CAMPO

Orlando Quispe Lizárraga

SUPERVISORES DE CAMPO

Liz Valentín Robles
Pedro López Pereira
Sandra Antón Solorzano
Jessica Alcántara López
Nella Bonilla Flores

ENCUESTADORES

Keytha Alcántara López	Nancy Flores Morales
Karin Cárdenas Ñahuis	María Hernández Miranda
Joel Sandoval Valdivieso	Karen Polo Contreras
Ayrton Horna Lazo	Lucero Abanto Cabrera
Marco Piscoya Ancajima	Jeannette Mendoza Espinoza
Jackelyn Perea Velásquez	María Nunura Soplopuco
Fiorella Ramírez Rossell	Katherine Bada Bozeta
María Riojas Oviedo	Josselyn De La Cruz Sánchez
Fernando Vergel Porras	Diana Ramírez Velásquez
Raquel Limo Izquierdo	Mayleth Gonzales Pachao
Isabel Ramos Verastain	Walter Hurtado Yumbato
Sheyla Espinoza Beltrán	Ana Romero Rojas
Mayra Prado Ore	Mónica Santa María Querebalu
Ofelia Valencia Gutiérrez	Rossemery Ccahua Avendaño
Maritza Uceda Guzmán	Yadi Herrera Mires
Análí Corzo Flores	Liz Ruiz Casapía

PRESENTACIÓN

Los problemas de salud mental representan un reto para la salud pública y más aún para países en desarrollo como el nuestro y en regiones expuestas a cambios socioambientales y económicos. El Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” (INSM) ha venido desarrollando investigaciones epidemiológicas en todo el país con el objetivo de realizar el diagnóstico de la salud mental en regiones donde no existían referentes estadísticos. Los estudios realizados por el INSM consideran cuatro grupos objetivo en cada vivienda: adolescentes, adultos, adultos mayores y mujeres unidas. Estos estudios han sido realizados prácticamente en todo el país tanto en el área urbana de la costa, la sierra y la selva, así como áreas rurales de estas regiones. Asimismo, a partir del año 2012, se han realizado estudios de replicación, para conocer cambios y tendencias en los aspectos de la salud mental explorados. Esto ha representado en los últimos 16 años más de 100 000 entrevistas entre todas las unidades de análisis. El contraste entre áreas urbanas y áreas rurales, prototipos de diferentes niveles de desarrollo, ha permitido identificar un espectro amplio de aspectos en salud mental y su relación con las diferencias culturales, la exposición a la pobreza y a condiciones climáticas adversas.

La alta brecha de atención de los problemas de salud mental ha obligado en los últimos años a que se implementen estrategias para mejorar la atención de estos problemas en el país, y esto ha incluido la dación de normas que involucran a todo el sistema de salud.

La presente investigación ha tenido como objetivo determinar la magnitud y prevalencia de los principales problemas de salud mental y su asociación con los efectos de la pandemia por COVID-19, la cual agravó la crisis en el Perú debido a la alta informalidad laboral, convirtiendo a la pobreza y la inestabilidad económica en los principales determinantes del deterioro de la salud mental. La cual se identifica una afectación en tres niveles: pérdida de bienestar y soporte social, conductas desadaptativas (pánico, ansiedad, estrés) y exacerbación de trastornos psiquiátricos preexistentes. Los principales estresores son la cuarentena prolongada, el miedo al contagio y, sobre todo, la pérdida de ingresos. El confinamiento detonó un aumento alarmante de la violencia doméstica; aumentaron un 96,8% en 2020 respecto al 2019. El estudio fue realizado entre octubre y noviembre del 2020, recabándose información de una muestra de 1823 adultos, residentes en Lima y Callao.

Esperamos que este nuevo aporte al conocimiento de los problemas de salud mental en el país contribuya a la sensibilización del problema en el sistema de salud y eventualmente favorezca a la mejoría de la calidad de vida de los ciudadanos de la población de Lima Metropolitana y Callao.

Alfredo Federico Saavedra Castillo
Director General del Instituto Nacional de Salud Mental
“Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”



AGRADECIMIENTOS

Durante los últimos veinte años el Instituto Nacional de Salud Mental ha desarrollado estudios epidemiológicos en diversas regiones del país. Esta experiencia ha servido para comprender la importancia de la participación de cada una de las unidades orgánicas de la Institución y del trabajo en equipo para lograr los objetivos institucionales. En la medida que vamos transfiriendo la información y que ésta se convierte en instrumento de sensibilización y de intervenciones potenciales en bien de la comunidad, vamos completando el mapa de la salud mental del país. Esta tarea ha podido ser lograda gracias a la colaboración cálida y tesonera de los profesionales de las diversas disciplinas, del personal del equipo de operación en campo (jefe de operación, encuestadores, coordinadores y supervisores), del personal de ingreso de datos, programación y procesamiento, y en especial, de las personas entrevistadas que accedieron a compartir sus experiencias en bien de la comunidad.

Agradecemos también a los miembros del Comité Ejecutivo de Investigación y de las áreas especializadas, por su dedicación en planificar y sobre todo estimular la formulación de protocolos de investigación, que nos han permitido conocer la realidad de la salud mental en nuestro país.

Nuestra gratitud, por el apoyo logístico y técnico, al equipo administrativo institucional conformado por: Mabel Pisco E., Julio Ríos P., Geovanna Ballón T., Anita García A., Jesús Zapana P., Yvan Torres B. y el personal de comunicaciones.

Debemos gratitud al personal de secretaría conformado por Olga Rivas P., y Gloria Dávila; igualmente a Milagros Ramírez, Flor Ortiz, Shella Pérez, Liliana La Rosa y Guillermo Gonzáles por su valiosa participación en la transcripción de la información, diseño y diagramación para la elaboración del presente informe.

Deseamos hacer extensivo nuestro reconocimiento, por sus observaciones y críticas, a los colegas de la Institución, a los que trabajan desde fuera de ella y a nuestros asesores externos porque nos han permitido mejorar la calidad de nuestro trabajo.

LOS AUTORES



ÍNDICE GENERAL

AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD	5
DIRECTORIO DEL INSM	5
INVESTIGADORES DEL ESTUDIO RELACIONADOS CON EL PRESENTE INFORME	7
EQUIPO ADMINISTRATIVO DE LA ENCUESTA.....	8
PRESENTACIÓN	9
AGRADECIMIENTOS	11
ÍNDICE GENERAL	13
LIMA METROPOLITANA	15
RESUMEN DEL INFORME GENERAL.....	17
INFORME GENERAL.....	21
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	23
1. JUSTIFICACIÓN	27
2. OBJETIVOS.....	27
OBJETIVO GENERAL:.....	27
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	27
3. METODOLOGÍA	28
3.1. TIPO DE DISEÑO Y DE ESTUDIO	28
3.1.1. LA POBLACIÓN OBJETIVO	28
3.1.2. UNIDAD DE ANÁLISIS.....	28
3.1.3. TIPO DE MUESTRA	28
3.1.4. MARCO MUESTRAL Y UNIDADES DE MUESTREO	28
3.1.5. ESTRATIFICACIÓN Y NIVELES DE INFERENCIA	29
3.1.6. TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	29
3.1.7. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA	29
3.1.8. SELECCIÓN DE LA MUESTRA	29
3.1.9. CRITERIOS DE SELECCIÓN	30
4. DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	30
4.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ASOCIADAS	30
4.2. EXPERIENCIAS EN RELACIÓN CON LA PANDEMIA.....	31
4.3. ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL	32
4.4. TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO.....	33
4.5. MÓDULO DE ACCESO A SERVICIOS.....	33
4.6. RELACIONES INTRAFAMILIARES.....	34
5. INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE LOS CUALES SE CONSTRUYÓ EL CUESTIONARIO.....	35
5.1. DISEÑO DE LA ENCUESTA Y ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO SOBRE SALUD MENTAL.....	38
5.1.1. TIPO DE ENCUESTA.....	38
5.1.2. COBERTURA DE LA ENCUESTA	38
5.2. MÉTODO DE LA ENTREVISTA	40
5.3. VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO	40
5.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	41
6. PROCEDIMIENTOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO.....	41
7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	43
II. RESULTADOS GENERALES DEL ESTUDIO SOBRE EL IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LIMA METROPOLITANA 2020	45
DATOS GENERALES DE LA MUESTRA	47
DATOS GENERALES DE LA MUESTRA	49
III. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ENCUESTADOS	51
ASPECTOS GENERALES RELACIONADOS CON LA PANDEMIA.....	53
INDICADORES DE SALUD MENTAL POSITIVA	57
INDICADORES DE SALUD MENTAL NEGATIVA.....	58
NIVEL DE ESTRÉS.....	58
CALIDAD DE SUEÑO	59
DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL EN EL CUIDADO PERSONAL, FAMILIAR, SOCIAL, OCUPACIONAL Y ORGANIZACIONAL	60

INDICADORES SUICIDAS	61
TRASTORNOS MENTALES.....	62
CONDICIONES RELACIONADAS A LA PANDEMIA Y TRASTORNOS MENTALES	65
ACCESO A SERVICIOS	70
SALUD MENTAL Y CONTAGIO POR LA COVID-19	72
SALUD MENTAL POSITIVA Y CONTAGIO	73
NIVEL DE ESTRÉS Y CONTAGIO	75
CALIDAD DE SUEÑO Y CONTAGIO	75
LIMITACIÓN EN EL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL EN EL CUIDADO PERSONAL, FAMILIAR, SOCIAL, OCUPACIONAL Y ORGANIZACIONAL Y CONTAGIO	76
INDICADORES SUICIDAS Y CONTAGIO	77
TRASTORNOS MENTALES Y CONTAGIO	78
ACCESO A SERVICIOS Y SITUACIÓN DE CONTAGIO	78
VIOLENCIA DOMÉSTICA.....	79
IV. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO SOBRE EL IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LIMA METROPOLITANA 2020	81
DISCUSIÓN	83
CONCLUSIONES	93
RECOMENDACIONES	93
BIBLIOGRAFÍA.....	95

LIMA METROPOLITANA

Lima Metropolitana es el área urbana más grande y poblada que integra la capital del Perú, Lima y la Provincia Constitucional del Callao, la zona más extensa y poblada del Perú, formando una sola mancha urbana de aproximadamente 50 distritos, organizada informalmente en zonas como Lima Centro, Norte, Sur, Este y Callao. Lima Metropolitana compuesta por 43 distritos, es la sede de los poderes del Estado, y la Provincia Constitucional del Callao compuesta por 7 distritos, alberga la infraestructura logística mas importante del país (Puerto principal y Aeropuerto), con una población de más de 10.4 millones de habitantes, según datos de ENAHO 2025. Es el centro político, administrativo y económico del país, fundada en 1535 por Francisco Pizarro, como la "Ciudad de los Reyes".

Su Población se estima que la conurbación supera los 11.5 millones de habitantes, lo que la convierte en una de las áreas metropolitanas más grandes de América Latina, la ciudad creció rápidamente a partir de la segunda mitad del siglo XX debido a la migración de otras regiones del Perú, que formaron asentamientos humanos en la periferia. Su alta densidad poblacional, especialmente en los distritos de "Lima Norte" (como San Juan de Lurigancho y Comas) y partes del Callao.

Debido a su ubicación geográfica está ubicada en la costa central del Perú, sobre un desierto árido, atravesada por tres valles (ríos Rímac, Chillón y Lurín), frente al Océano Pacífico; al norte con la provincia de Huaral, al este con la provincia de Canta y provincia de Huarochirí, al sur con la provincia de Cañete. Tiene un clima húmedo, la temperatura promedio en todo el año es de 18°C. Por ser sede de la capital del país, tiene un régimen especial.

En cuanto a su estratificación; existe una marcada segregación espacial: Lima Moderna/Top: (San Isidro, Miraflores, Surco) Altos ingresos, servicios completos. Lima Emergente (Conos): (Norte, Sur, Este) Dinámicos económicamente, pero con brechas de infraestructura. Zonas Periurbanas: Asentamientos humanos en las laderas de los cerros, caracterizados por alta vulnerabilidad y falta de servicios básicos (agua y desagüe).

Su dinámica Económica: esta área representa el motor económico del Perú, generando cerca del 45% al 50% del PBI nacional.

A. Sectores Clave: Servicios y Comercio: Es la actividad predominante, desde grandes centros financieros en San Isidro hasta emporios comerciales masivos como Gamarra (textil) y Mesa Redonda. Industria: Concentrada en la Av. Argentina (Callao/Lima Cercado) y en zonas de Lima Este (Ate) y Lima Norte. Construcción: Un sector volátil pero crucial para el empleo urbano.

B. Hub Logístico (El Callao): El Callao es la puerta de entrada y salida del comercio exterior. Puerto del Callao: Mueve la mayor parte de la carga contenerizada del país. Aeropuerto Internacional Jorge Chávez: Actualmente en proceso de expansión (Ciudad Aeropuerto), es el principal hub aéreo.

Nota de Investigación: La economía de Lima se caracteriza por una alta informalidad (superando el 60-70% en ciertos sectores), lo que dificulta la recaudación tributaria y la planificación urbana.

En cuanto a Infraestructura y Transporte: este es el "talón de Aquiles" de la ciudad. El crecimiento desordenado ha superado la capacidad de la infraestructura. Transporte Público: históricamente caótico y atomizado (combis). Se está transitando hacia un Sistema Integrado de Transporte (ATU). Metropolitano: Sistema de autobuses de tránsito rápido (BRT), Metro de Lima: Línea 1 (operativa), Línea 2 (subterránea, en construcción parcial) y futuras líneas proyectadas. Tráfico: Lima es consistentemente rankeada como una de las ciudades con mayor congestión vehicular en Latinoamérica.

El Agua y Saneamiento: Gestionado por SEDAPAL. El reto principal es llevar agua potable a las zonas altas (cerros), donde el costo de distribución es altísimo.

En cuanto a su Vulnerabilidad Sísmica; Lima y Callao se encuentran en una zona de Silencio Sísmico (sin terremotos mayores a 8.5 Mw desde 1746). Un sismo de gran magnitud podría colapsar gran parte de la autoconstrucción informal y generar un tsunami devastador en el Callao y la Costa Verde.

Lima Metropolitana y el Callao conforman una metrópoli de contrastes extremos. Son el centro ineludible de la modernidad, la cultura y la economía peruana, pero enfrentan riesgos existenciales derivados de una planificación urbana deficiente, inseguridad creciente y vulnerabilidad ante desastres naturales. Su futuro depende de la transición hacia una gobernanza metropolitana unificada y la formalización de su economía.

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE EL IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LA SALUD MENTAL
DE LA POBLACIÓN DE LIMA METROPOLITANA 2020
RESUMEN DEL INFORME GENERAL
ANALES DE SALUD MENTAL 2025; VLI NÚMERO 1 Y 2

Javier E. Saavedra, Yolanda Robles, Vilma Paz, Ybeth Luna, Humberto Castillo, Hever Krüger, Silvana Sarabia, Johann Vega, Sonia Zevallos, Abel Sagástegui, Julio Huamán, Katiuska Aliaga, Ysela Nicolás

RESUMEN

En el mes de marzo del 2020 la OMS declaró a la enfermedad producida por el virus SARS-CoV-2 como una pandemia, y los gobiernos han adoptado medidas urgentes para tratar de aminorar el contagio masivo y la alta repercusión sobre la economía de las personas, que a la larga podrían generar un impacto psicológico directo. Actualmente en nuestro medio, no se cuenta con información representativa sobre el efecto de la pandemia COVID-19 en la población general.

OBJETIVO: El objetivo general ha sido identificar, en la población adulta de la Lima Metropolitana, la magnitud de los principales problemas de salud mental relacionados con la pandemia COVID-19.

MATERIAL Y MÉTODO: Se trata de un estudio transversal, correlacional de tipo probabilístico, bietápico, y seleccionada a partir de la base de datos de números telefónicos celulares de los residentes habituales de viviendas particulares en la ciudad de Lima y Callao. El marco muestral utilizado fue el del Organismo Supervisor de Inversión Privada en Telefonía (OSIPTEL). El tamaño de la muestra final fue de 1823 personas de 18 años a más. Los instrumentos utilizados fueron: una ficha sociodemográfica y características de vivienda; un Cuestionario sobre Experiencias COVID-19, que incluye situación de salud personal y familiar, seguimientos y afectación de la medidas de control sanitario con relación al COVID-19; el MINI International Psychiatric Interview Versión CIE-10; la Escala de Riesgo Suicida del MINI; el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh; Escala de Percepción de Estrés; Escala Breve de Funcionamiento Psicosocial (basada en áreas sugeridas del WHO DAS-S); Cuestionario sobre Acceso a Servicios de Salud; Índice de Calidad de Vida de Mezzich; Escala de Satisfacción con la Vida de Diener; Escala de Resiliencia del Yo de Block; y un Cuestionario Abreviado Ad-hoc sobre Violencia Doméstica. Si la variable independiente era nominal y las variables relacionadas también, para considerar el diseño de encuesta, se utilizó la F corregida como una variante del estadístico de chi-cuadrado corregido de Rao-Scott de segundo orden y la significación basada en sus grados de libertad y un nivel de significancia de $< 0,05$.

RESULTADOS: Se encontró en un 57,2% de la población un nivel de estrés de moderado a severo. La mayoría de los indicadores de salud mental mostraron resultados desfavorables con respecto a estudios previos, incluyendo la violencia sistemática contra la mujer. Un 54,6% de la población tenía problemas de sueño que ameritarían atención médica. En el último mes un 8,6% de las personas adultas de Lima Metropolitana pensaban que sería mejor estar muerto o deseaban morir. La prevalencia a 12 meses, 6 meses y actual de algún trastorno mental fue del 19,6%, 17,8% y 12,5% respectivamente. La presencia de trastornos mentales se asoció con el sexo (mayor en el sexo femenino), con la edad (mayor entre los 18 y 24 años), con el estado civil (mayor en personas separadas, divorciadas o viudas), al nivel educativo

(mayor en personas sin nivel o primaria), al estado laboral (mayor en quienes perdieron su empleo en periodo de pandemia) y situación económica (mayor en personas en situación de pobreza). Además, se encontró asociación entre experiencia vinculadas al COVID-19 y la mayoría de los indicadores de salud mental. La prevalencia anual de cualquier tipo de violencia física o psicológica en adultos de Lima Metropolitana fue de 7,8%; y la mujer presentaba 2,5 veces más posibilidades de padecer violencia con relación al varón, con una prevalencia anual de 10,8%. Respecto al abuso sistemático, definido como la presencia de algún tipo de abuso, maltrato o violencia con una frecuencia de una o dos veces al mes, en el último año; una de 12 mujeres lo experimentó y el tipo de maltrato más frecuente fue el psicológico (insultos, agresiones verbales u ofensas), con un 5,5%.

CONCLUSIONES: En comparación a períodos sin pandemia, se ha encontrado un incremento desfavorable de los indicadores de salud mental que obliga a asumir que uno de los principales efectos de la pandemia sería sobre la salud mental de las personas y, por lo tanto, las políticas sociales deberían orientarse con prioridad en este aspecto.

PALABRAS CLAVE: Salud mental, Covid-19, violencia doméstica.

EPIDEMIOLOGICAL STUDY ON THE IMPACT OF THE COVID-19 PANDEMIC ON THE MENTAL HEALTH OF THE POPULATION OF METROPOLITAN LIMA 2020

GENERAL SUMMARY OF REPORT

ANNALS OF MENTAL HEALTH, 2025; VLI NUMBER 1 AND 2

Javier E. Saavedra, Yolanda Robles, Vilma Paz, Ybeth Luna, Humberto Castillo, Hever Krüger, Silvana Sarabia, Johann Vega, Sonia Zevallos, Abel Sagástegui, Julio Huamán, Katiuska Aliaga, Ysela Nicolás

SUMMARY

In March 2020, WHO declared the disease caused by the SARS-CoV-2 virus a pandemic, and governments have taken urgent measures to try to reduce the massive contagion and high impact on people's economies, which could eventually have a direct psychological impact. Studies on the psychological impact of the pandemic elsewhere in the world report important results in relation to depressive symptoms, anxiety, and stress levels. Currently, there is no representative data on the effect of the COVID-19 pandemic on the general population in Lima.

OBJECTIVE: to identify, in the adult population of Metropolitan Lima, the magnitude of the main mental health problems related to the COVID-19 pandemic.

MATERIAL AND METHOD: It is a cross-sectional, correlational study, with a probabilistic two-stage sample, selected from the database of cellular telephone numbers of the habitual residents of private homes in the city of Lima and Callao. The sample frame used was that of the Supervisory Agency for Private Investment in Telephony (OSIPTEL). The final sample size was 1823 subjects aged 18 years and over. The instruments used were: a sociodemographic file and housing characteristics; a Questionnaire on COVID-19 Experiences, which includes personal and family health situation and impact of health control measures in relation to COVID-19; the MINI International Psychiatric Interview CIE-10 Version; the MINI Suicide Risk Scale; the Pittsburgh Sleep Quality Index; the Perceived Stress Scale; Psychosocial Functioning Brief Scale (based on suggested areas of the WHO DAS-S); Questionnaire on Access to Health Services; Mezzich Quality of Life Index; Diener's Life Satisfaction Scale; Block's Ego-Resilience Scale; and an Abbreviated Ad-hoc Questionnaire on Domestic Violence. If the independent variable was nominal and the related variables were also, to consider the survey design, the corrected F was used as a variant of the second-order corrected Rao-Scott chi-square statistic and significance based on its degrees of freedom and a significance level of < 0.05 .

RESULTS: A moderate to severe stress level was found in 57,2% of the population. Most mental health indicators showed unfavorable results compared to previous studies, including systematic violence against women. 54,6% of the population had sleep problems that would warrant medical attention. In the last month, 8,6% of adults in Metropolitan Lima thought it would be better to be dead or wished to die. The 12 months, 6 months and current prevalence of a mental disorder was 19,6%, 17,8% and 12,5% respectively. The presence of mental disorders was associated with sex (higher in females), with age (older between 18 and 24 years), with marital status (higher in separated, divorced or widowed people),

educational level (higher in people without level or primary), employment status (higher in those who lost their jobs during the pandemic) and economic situation (higher in people in poverty). In addition, an association was found between covid-19-related experience and most mental health indicators. The annual prevalence of any type of physical or psychological violence in adults in Metropolitan Lima was 7,8%; and women were 2.5 times more likely to experience violence than men, with an annual prevalence of 10,8%. Regarding systematic abuse, defined as the presence of some type of abuse, mistreatment or violence with a frequency of once or twice a month, in the last year; one in 12 women experienced it and the most frequent type of abuse was psychological (insults, verbal assaults or offenses), with 5,5%.

CONCLUSIONS: In comparison with periods without a pandemic, an unfavorable increase in mental health indicators has been found, which forces us to assume that one of the main effects of the pandemic would be on people's mental health and, therefore, social policies should be oriented with priority in this regard.

KEYWORDS: Mental health, Covid-19, domestic violence.

**ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE EL IMPACTO
DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LA SALUD MENTAL
DE LA POBLACIÓN DE LIMA METROPOLITANA
2020**

INFORME GENERAL



I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró, en marzo del 2020, a la enfermedad del COVID-19 como una pandemia, y se ha extendido en la actualidad a más de 200 países y ha generado, a nivel global, una experiencia extraordinaria sin precedentes en los últimos 100 años. Diversos mensajes sobre la singularidad de esta pandemia, han generado en las personas incertidumbre y temores relacionados con su sobrevivencia. Pero, al lado del temor al contagio, están las consecuencias socioeconómicas de las medidas para tratar de aminorar el contagio masivo, que a la larga generarán indirectamente un impacto psicológico más intenso que los efectos directos de la pandemia en las personas afectadas y en sus sobrevivientes. Los principales desequilibrios económicos de los países surgen por las demandas masivas de atención a los sistemas de salud, posibles cierres de empresas, comercios, y centros educativos, lo que ha generado una reducción significativa en la productividad de un país o región. A nivel mundial los costos finales a causa de la pandemia se estiman en US\$ 280 mil millones. En América Latina, los países más expuestos a los efectos del coronavirus han sido Chile y Perú. La razón es que las exportaciones chilenas a China representan el 33% de su total y la cifra es del 25% para el caso peruano (1). Otro aspecto a considerar es que el 72% de la población peruana está empleada en el sector informal, por lo tanto, es de esperarse que, en un contexto de crisis económica, a causa de un prolongado aislamiento social, los indicadores de informalidad laboral se incrementen (2).

El SARS-COV-2, es un nuevo beta-coronavirus que surgió en la ciudad de Wuhan de la República Popular China, en diciembre de 2019. Este virus presenta una transmisión de persona a persona, incluyendo de personas asintomáticas; con un número de reproducción R de aproximadamente 2.5 y con un período de incubación de 5 días en promedio (3). Se ha extendido en todo el mundo y actualmente está afectando importantemente a Latinoamérica, en particular Brasil, Perú y Chile (1). En la mayoría de las personas la infección es asintomática o con síntomas leves, afectando con mayor frecuencia a personas por encima de los 55 años. Se inicia con síntomas respiratorios simples acompañados de fiebre, tos seca, fatiga, diarrea y dificultad respiratoria, que en los casos más graves progresa a un síndrome de distrés respiratorio agudo y la muerte (4).

Entre las medidas urgentes adoptadas por el Gobierno en nuestro país, en el intento de mitigar la curva de contagios y disminuir las necesidades de tratamientos intensivos o instrumentos de ventilación asistida, se han encontrado: la Declaración de Emergencia Sanitaria, con la consiguiente “restricción del ejercicio de los derechos constitucionales relativos a la libertad y la seguridad personales, la inviolabilidad del domicilio, y la libertad de reunión y de tránsito en el territorio, estableciendo una serie de medidas para el ejercicio del derecho a la libertad de tránsito, durante la vigencia del Estado de Emergencia Nacional”; la suspensión de las actividades educativas tanto escolares como de educación superior; el aislamiento social obligatorio; la inamovilidad social obligatoria; medidas de distanciamiento y uso obligatorio de mascarilla en lugares públicos (2). A pesar de la importancia de estas medidas para enfrentar la pandemia (5), y, su aplicación en la gran mayoría de países del mundo, la epidemia de la COVID-19 sigue ocasionando estragos muy severos con más de 53 138 muertos y más de un millón y medio de casos confirmados en el Perú al 7 de abril 2021, y más de dos millones 800 mil muertos en todo el mundo, según la OMS (3). Los efectos de la pandemia y sus medidas para enfrentarla son múltiples, no solo sobre la salud en sí, sino sobre la

¹ <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

² Decreto Supremo N°064-2020-PCM que prorroga el Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la nación a consecuencia del COVID-19 y dicta otras medidas.

³ WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. <https://covid19.who.int/>.

economía en general; ocasionando pérdidas masivas de empleos, afectación del comercio, el transporte, la educación, problemas de vivienda, desplazamientos masivos de personas hacia el interior del país, incremento insospechado de la pobreza y crisis en los establecimientos penitenciarios, entre otros (6,7). Esta pandemia y sus medidas restrictivas se encuentran impactando en la salud y el funcionamiento individual y social; sin embargo, es necesario tener presente, que algunos grupos presentan factores de riesgo que los hacen más vulnerables y que los esfuerzos, en acciones preventivas y la detección de problemas en la salud mental, deben centrarse en estos grupos de riesgo (8).

Esta situación genera sentimientos contradictorios; por un lado, ansiedad y temor al contagio, y de dolor por las pérdidas numerosas en el momento agudo de la pandemia y, por otro lado, la cólera o frustración por las medidas sanitarias y la situación posterior de desajuste económico (9). La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) pronosticó, que la economía latinoamericana durante el año 2020 se iba a ver muy afectada, calculando que la pobreza se incrementaría en 4,4% y la pobreza extrema en 2,5%, asociada a un incremento del trabajo informal y crisis en las familias más pobres y vulnerables (6). La OMS ha remarcado que la pobreza es uno de los principales determinantes de la salud y de la salud mental (10, 11) y las poblaciones con altos problemas psicosociales y económicos son propicias para que los problemas de salud mental se vean incrementados (12). Esta relación ha sido confirmada por estudios latinoamericanos y estudios nacionales (13,14). Un estudio en Lima Metropolitana reportó que las personas de familias en pobreza extrema o crónica presentaban una prevalencia anual de trastornos mentales de 18,6%, frente a 7,5% de las personas provenientes de hogares socialmente integrados o no pobres (15). Por lo tanto, se esperaría que solo por este factor, exista un incremento de los trastornos mentales en la mayoría de las regiones del país.

Las estrategias de control sanitario implementadas para mitigar el efecto de la pandemia están reconocidas científicamente (16), empero no están exentas de impactos en la salud mental debido al estrés que generan (17). Si tomamos en cuenta a la salud mental definida como “un estado dinámico de equilibrio interno que permite a los individuos usar sus habilidades, en armonía con los valores universales de la sociedad”, en el sentido de respeto a sí mismo y hacia los demás, reconocimiento de la interacción entre las personas, respeto al medio ambiente y al derecho a la libertad personal y colectiva (18), comprenderemos las repercusiones de esta pandemia sobre las personas. Desde esta perspectiva, el efecto sobre la salud mental puede observarse en tres niveles: a) La pérdida de bienestar, de la calidad de vida, del sentido de libertad y, la alteración del sistema de soporte familiar y social, traducida en una merma del nivel de funcionamiento individual y colectivo; b) La emergencia de conductas no adaptativas de tipo psicosocial, no necesariamente ubicables como categorías diagnósticas o clínicas (19) y que, sin embargo, generan malestar de mayor o menor intensidad, como las relacionadas al estrés, ansiedad o depresión, las conductas violentas o el uso de sustancias; y c) La emergencia o exacerbación de condiciones clínicas psiquiátricas.

Algunos estudios en China han demostrado un efecto negativo de la pandemia sobre el bienestar físico, especialmente en personas de mayor edad y de menores recursos económicos; pero también, en los jóvenes una mayor afectación del cuidado personal y de las actividades cotidianas relacionadas con los estudios, trabajo, la familia y actividades de recreación (20). Algunos autores sostienen, que el proceso epidemiológico de la pandemia va de manera paralela a una replicación de la transmisión psicológica negativa, basada en la desinformación y la incertidumbre, que impacta bajo la forma de pánico individual o colectivo, colocando al límite las capacidades de adaptación del individuo y de la comunidad (21). Esta situación aunada al estrés, a través del contagio emocional y

conductual (22,23), desencadenaría conductas de ansiedad y otras conductas absurdas, como la compra desproporcionada de papel higiénico (24). El estrés ha sido definido como un proceso en el cual, las demandas o situaciones ambientales exceden las capacidades adaptativas de un organismo, resultando en cambios psicológicos y biológicos que predisponen a la persona a la enfermedad (25).

Se ha señalado que el estrés psicológico durante la cuarentena provendría del distanciamiento social y la estigmatización, lo que podría predisponer a la falta de adherencia a las medidas, por una reacción emocional de aburrimiento (26). La falta de adherencia también se ha relacionado, con falta de conocimiento acerca de la pandemia, con el nivel de estudios (27), el sexo de la persona, la confianza en el sistema de salud y la percepción de severidad de la enfermedad (28). Sin embargo, el factor más importante para la falta de cumplimiento de las medidas es el económico, relacionado a la pérdida del empleo o la reducción de los ingresos (29,30). Respecto al aislamiento como medida de control sanitario, las respuestas psicológicas más comunes reportadas por las personas fueron: temor, estrés, nerviosismo, irritabilidad, tristeza y culpa, así como la cólera, duelo, confusión e insomnio inducido por la ansiedad y las conductas de evitación; pero también, temores relacionados a la infección, la frustración, el aburrimiento, el suministro inadecuado de alimentos, los problemas financieros como las pérdidas de trabajo y el quiebre de negocios (31).

Existen condiciones por las cuales los efectos de la pandemia se hacen más intensos, principalmente debido a la obligatoriedad de la cuarentena. Los estudios han encontrado un menor impacto, si la cuarentena es voluntaria. Brook y colaboradores reportaron que el factor con más poder predictivo para el trastorno de estrés agudo fue la cuarentena, la que también generó conductas de evitación en torno a la enfermedad (31). Asimismo, estos autores identificaron como predictores de ansiedad y cólera, la presencia de factores previos, durante y posteriormente a la cuarentena. En los primeros, el efecto psicológico negativo se asoció con menor edad, menor nivel educativo, pertenecer al sexo femenino y tener un hijo, en comparación con no tenerlo. Los estresores durante la cuarentena, que influirían más serían: la duración de la cuarentena, especialmente para el trastorno de estrés postraumático; el temor a la infección, la frustración y el aburrimiento por dejar las actividades habituales; el abastecimiento inadecuado, tanto de alimentos como de equipos protectores; y la información inadecuada o falta de información percibida por las personas; finalmente los estresores post cuarentena se asociaron con los problemas financieros, tanto antes como después de la cuarentena (31). Jeong y colaboradores reportaron en una epidemia previa que de 1692 sujetos en aislamiento por haber estado en contacto con pacientes infectados por MERS (Middle East Respiratory Syndrome), el 7,6% presentó ansiedad y 16,6% presentó sentimientos de cólera. En el seguimiento, después de 4 a 6 meses, la ansiedad bajó a 3,0% y la cólera a 6,4%; es decir, disminuyó en un 65%. En este caso los factores asociados a la persistencia del problema emocional en el seguimiento fueron: la presencia de síntomas de la enfermedad; suministros inadecuados de alimentos, vestidos o vivienda; actividades de redes sociales; historia de enfermedades psiquiátricas; y la pérdida económica (32). Por su parte, Wu y colaboradores reportaron eventos a largo plazo en las personas vinculadas directamente con las personas infectadas, demostrando en la pandemia del SARS en el 2008 que, después de tres años se evidenció un aumento en los problemas de consumo y dependencia de alcohol y TEPT en personas expuestas directamente a la epidemia; el haber estado en cuarentena y haber trabajado en ambientes con pacientes SARS aumentó el riesgo a presentar problemas (33). Los factores asociados a los problemas de ansiedad o depresión en esta pandemia han sido principalmente el sexo femenino, tener historia de situaciones estresantes o tener un familiar infectado con COVID-19, con alta intervención de rasgos de personalidad como factor interviniente (34).

Otro aspecto que ha llamado la atención durante la pandemia son los problemas de violencia intrafamiliar. La Organización de la Naciones Unidas (ONU) ha emitido un comunicado donde remarca el elevado riesgo de violencia al interior de la familia en tiempos de crisis y ha instado, a través de su secretario general, a que a los gobiernos incluyan medidas de prevención y atención de los casos de violencia contra las mujeres dentro de los planes nacionales de respuestas contra el COVID-19 (35). Son escasos los estudios al respecto, y la mayoría de las alertas provienen de los medios de comunicación; sin embargo, se anticipa un incremento substancial de problemas de violencia doméstica durante la pandemia, debido a la tensión, miedo e incertidumbre que pueden crear el confinamiento obligatorio, el distanciamiento social y el debilitamiento de los sistemas de soporte de las personas (36,37). El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), señaló que hasta diciembre del 2020 se realizaron un total 114 495 atenciones en los Centros de Emergencia Mujer (CEM), 37,1% menos que el año pasado; sin embargo, la Línea 100, reveló un incremento en la variación porcentual de las consultas atendidas en el período de enero a diciembre del 2020 del 96,8% (235 791 llamadas en total) respecto al mismo período en el año 2019 (38).

En líneas generales, la mayoría de los estudios reportan un incremento de estrés, ansiedad y depresión, pero en gran parte de ellos los sujetos son captados a partir de plataformas sociales vía internet o en línea, adoleciendo de posibles sesgos de selección y, por lo tanto, de representatividad. Asimismo, la mayoría de los estudios utilizan escalas dimensionales que hacen difícil establecer la presencia de problemas a nivel clínico o a nivel de trastornos mentales y, por lo tanto, podrían generar dificultades al intentar estimar las necesidades de atención. De la misma manera, escasos son los estudios que han evaluado aspectos de salud mental positiva, como calidad de vida, resiliencia, funcionamiento o satisfacción con la vida. En los resultados presentados se ha procurado compararlos con los de estudios previos sobre salud mental realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental en la ciudad de Lima, para así estimar el impacto de la pandemia de la COVID-19 y de las medidas del gobierno para controlarla, y su nivel de acceso a la atención por problemas de salud mental.

Con la intención de poner en perspectiva el desarrollo de la presente encuesta, en función a la pandemia, mencionaremos lo siguiente. A principios de mayo de 2020, después de un confinamiento de mes y medio, incluyendo aislamiento obligatorio y distanciamiento social, uso de mascarilla obligatoria y protector facial, toque de queda y fuertes restricciones en los comercios; el gobierno inició la primera fase de la llamada Reactivación Económica, en la cual se reanudaron limitadamente las actividades económicas. La fase 2 se inició en junio 2020 con la reapertura de los centros comerciales y permiso para realizar actividades físicas en lugares abiertos y con uso de mascarillas y distanciamiento social. Mientras que la fase 3 se anunció en julio 2020 con una cuarentena focalizada y con la reapertura de un mayor número de actividades comerciales. A mediados de agosto se alcanzó el número máximo de casos nuevos por día, por lo que se restableció la inmovilización social los domingos, la cual fue levantada nuevamente a mediados de setiembre, no permitiéndose la circulación de autos particulares y continuando con la restricción de reuniones. En octubre del 2020, ante la disminución diaria de casos COVID-19, se inicia en forma progresiva la fase 4 de reactivación económica, en la que se permite, con limitaciones y aforos reducidos, el transporte terrestre y aéreo, acceso a restaurantes, tiendas en general y algunos servicios de esparcimiento, y se permitía la salida de adultos mayores y personas en riesgo con restricciones y el uso de las playas, pero no los fines de semana. La encuesta para esta investigación se efectuó entre octubre y noviembre del año 2020.

1. JUSTIFICACIÓN

El Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (INSM) tiene como propósito, brindar información científica para que los programas de salud mental a nivel nacional puedan basar sus intervenciones en un diagnóstico previo amparado en la evidencia. Los niveles de intervención en la atención primaria requieren los índices de salud mental positiva, así como información sobre los problemas psicosociales y de salud mental más prevalentes, para orientar los programas asistenciales, preventivos y promocionales de la salud integral. Asimismo, se pretende establecer indicadores de la oferta social en el campo de la salud mental.

La justificación metodológica del estudio implicó obtener información representativa, tanto del componente psiquiátrico como de la salud mental en general, en la población adulta de Lima metropolitana; ya que la mayoría de los estudios previos se basaban en encuestas a través de redes sociales que podrían implicar sesgo de selección. La justificación, desde las políticas sociales, reside en el conocimiento de las características y el alcance del acceso y de las brechas de atención de problemas de salud mental, durante la pandemia. La importancia de los resultados del presente estudio está en que: 1º Propicien la investigación en salud mental en relación a la pandemia de la COVID-19, que brinde información representativa de la población peruana para la toma de decisiones; 2º Puedan propiciar el desarrollo de políticas intersectoriales vinculadas a la salud mental y la pandemia de la COVID-19; 3º Consigan focalizar y organizar mejor las acciones preventivas en los grupos con mayor riesgo y problemas más específicos y, por lo tanto, mejor organizadas y relacionadas a la pandemia de la COVID-19; 4º Brinden información que permita una mejor programación de recursos, que propicie un mayor acceso a la atención de problemas de salud mental relacionados a la COVID-19; 5º Permitan estimar las necesidades futuras en relación a la salud mental y la pandemia; y 6º Propicien desarrollar programas específicos de intervención con enfoque en salud mental positiva.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Identificar la magnitud de los principales problemas de salud mental y los relacionados al bienestar y conductas en la población adulta de Lima Metropolitana, en relación con la pandemia COVID-19.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Estimar la prevalencia de experiencias y conductas relacionadas con la pandemia y los factores sociodemográficos asociados.
- Estimar la prevalencia de los problemas de salud mental y sus factores asociados, en relación con la pandemia COVID-19, incluidos el estrés, indicadores suicidas, trastornos de ansiedad, depresión, problemas de sueño y problemas por el uso o consumo de sustancias en Lima Metropolitana.
- Conocer la magnitud y los factores asociados a la violencia intrafamiliar durante la pandemia de la COVID-19, en Lima Metropolitana

- Estimar la prevalencia de los aspectos de salud mental positiva y sus factores asociados en relación con la pandemia COVID-19, tales como funcionamiento, resiliencia, satisfacción con la vida, calidad de vida y cohesión y soporte familiar, en Lima Metropolitana.
- Determinar la magnitud, demanda, lugares de atención y los factores asociados, que influyen o interfieren con el acceso a la atención de problemas de salud mental, en Lima Metropolitana, durante la pandemia de la COVID-19.

3. METODOLOGÍA

El Estudio epidemiológico sobre el impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental de la población de Lima Metropolitana, es de tipo transversal y correlacional.

3.1. TIPO DE DISEÑO Y DE ESTUDIO

3.1.1. LA POBLACIÓN OBJETIVO

Personas de 18 años a más, residentes en viviendas particulares de la ciudad de Lima (provincia de Lima) y la Provincia Constitucional del Callao.

3.1.2. UNIDAD DE ANÁLISIS

La investigación consideró una población objetivo

- Adultos: todas las personas de 18 años o más, residentes en viviendas particulares de la ciudad de Lima y Callao.

3.1.3. TIPO DE MUESTRA

La muestra fue obtenida en dos etapas, de forma probabilística y auto ponderada, y configura una muestra compleja, porque combina etapas, conglomerados, estratos y probabilidades diferentes de selección. La muestra fue obtenida del listado de líneas telefónicas a través de entrevistas por este medio. Todos los teléfonos tuvieron la misma probabilidad de ser seleccionados. La muestra fue representativa del 95% de hogares de Lima Metropolitana, que son los que tienen, por lo menos, un miembro del hogar propietario de un teléfono celular, según la Encuesta Nacional de Hogares 2019 del INEI.

3.1.4. MARCO MUESTRAL Y UNIDADES DE MUESTREO

La muestra fue obtenida en dos etapas. La primera unidad de muestreo fue el hogar, que se identificó a través del número de teléfono celular de alguno de sus miembros, siendo el marco de muestreo, la lista de líneas de cada empresa proveedora de ese servicio del Organismo Supervisor de Inversión Privada en Telecomunicaciones (OSIPTEL). La segunda unidad de muestreo fue la persona, siendo el marco de muestreo la relación de miembros del hogar de la unidad de análisis, la cual fue construida al momento del contacto con el poseedor de la línea telefónica seleccionada.

3.1.5. ESTRATIFICACIÓN Y NIVELES DE INFERENCIA

Cada empresa proveedora de telefonía celular, constituyó un estrato para el proceso de la selección de la muestra. El nivel de inferencia es todo el conjunto de las provincias de Lima y Callao.

3.1.6. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para la determinación del tamaño de la muestra se consideraron los siguientes criterios:

- p , Parámetro de referencia (p): prevalencia aproximada promedio de problemas de salud mental moderados a severos, 20%, obtenido en los estudios internacionales sobre el impacto de la pandemia.
- m , Margen de error (m): se ha considerado 2 puntos porcentuales en torno del valor esperado del parámetro de referencia.
- Nivel de confianza (z): 1.96 para un nivel de confianza del 95%.
- Tasa de no-respuesta esperada (tnr) 75 %, debido a que la encuesta es vía teléfonos celulares.

La fórmula empleada es la siguiente:

$$n = \left(\frac{z^2 p(1-p)}{m^2} \right) \left[\frac{1}{1-tnr} \right]$$

La muestra teórica original fue de 1537 personas, la que ajustada por el factor de no respuesta y un balanceo para fines prácticos, dio una muestra programada de 6000 personas.

La muestra final lograda en el campo fue de 1823 adultos.

Se debe señalar que la muestra es de carácter multipropósito, pues hay muchos temas y variables en estudio, por lo que los márgenes de error finales dependerán de la magnitud o prevalencia que tome cada una de las variables y de la cantidad de casos reales que se logre entrevistar.

3.1.7. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra se distribuyó de manera proporcional a la cobertura de mercado de las 4 empresas operadoras de telefonía, en el área de las provincias de Lima y Callao.

3.1.8. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra de hogares a través de líneas de telefonía celular (unidades primarias de muestreo) fue seleccionada con igual probabilidad y de manera independiente en cada una de las empresas proveedoras de servicios de telefonía. Estas líneas fueron seleccionadas de manera secuencial en el orden que tenían en la base de datos de OSIPTEL. La muestra fue aleatoria porque no hubo ningún criterio de selectividad en la elección de personas poseedoras de las líneas. Los datos de OSIPTEL no podían ser discriminados por departamentos y provincias específicas, por lo que se solicitó una muestra nacional de 46 100 números de teléfonos celulares de personas naturales, entre los cuales se esperaba encontrar la cantidad de casos deseados de Lima y Callao. El diseño de la muestra comprendió hasta 3 posibles reemplazos de números telefónicos fallidos, considerando los números correlativos siguientes al seleccionado. Los números descartados correspondieron a no respuesta a

la llamada, números no activos, usuarios residentes en otras localidades, rechazos a la entrevista, etc. En total se llegó a 47,797 intentos en el periodo definido para las entrevistas.

La segunda unidad de muestreo fue la persona, la cual fue seleccionada con igual probabilidad, empleando la tabla modificada de Kish, conforme a la relación de miembros del hogar que se construyó con quien contestaba la llamada. En esta etapa no hubo reemplazo de personas.

Los altos riesgos de contacto por la pandemia COVID-19 impidieron realizar una encuesta en hogares, que demandaba desplazamientos en la ciudad y entrevistas cara a cara, y con alto rechazo de la población a interactuar con personas extrañas. Frente a esta limitación, la opción más viable fue realizar la encuesta con entrevistas telefónicas; pero, este método también presenta el problema de alto rechazo por temor de los potenciales informantes a ser víctimas de timos por delincuentes, que es una situación extendida en los actuales momentos. Esta conjunción de factores adversos ha ocasionado que la tasa de respuesta alcanzada sea 53.9% que es baja en comparación con encuestas basadas en visitas a hogares. Los resultados que se obtengan son las mejores aproximaciones a los problemas de salud mental que podían ser logradas.

3.1.9. CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.1.9.1. Criterios de inclusión de las personas que responderán la encuesta

Personas adultas de ambos sexos residentes habituales permanentes en Lima Metropolitana, que aceptaron responder la encuesta.

3.1.9.2. Criterios de exclusión

Personas con problemas para la comunicación y para usar medios telefónicos de moderada a severa intensidad, como retardo mental o síntomas activos de esquizofrenia, demencia, o sordomudez.

4. DEFINICIÓN DE VARIABLES

Para el presente estudio se cuenta con las siguientes definiciones operacionales, utilizándose en varios de los términos, el criterio del equipo multidisciplinario de investigadores del INSM, conformado por profesionales de las diversas áreas de investigación de la institución (psiquiatras, psicólogos, enfermeras y asistentes sociales).

4.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ASOCIADAS

Edad.- Registrada como variable cuantitativa continua. Se determinó a través de auto-reporte y verificación con la fecha de nacimiento.

Estado civil.- Soltero, casado, conviviente, separado, viudo o divorciado. Escala nominal.

Nivel de instrucción.- Se registraron las categorías: sin instrucción, inicial/preescolar, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, bachillerato, superior no universitario, superior universitario, postgrado. Se presentan como alternativas múltiples y se miden como escala ordinal. Para efectos del número de años de instrucción se ha considerado el inicial/preescolar como un año.

Nivel socioeconómico según ingresos personales.- El método utilizado fue la clasificación en estratos según el monto de ingresos, el cual fue establecido en base al promedio mensual de los últimos 3 meses (incluyendo horas extra, bonificaciones, pagos por concepto de refrigerios, movilidad o pensiones). Escala ordinal.

Nivel de pobreza según autopercepción de capacidad de satisfacción de necesidades básicas con ingresos familiares.- Es una evaluación subjetiva de la pobreza, sobre la base de la percepción por parte de la jefa del hogar o la esposa del jefe del hogar, de la capacidad de cobertura de las necesidades básicas con relación a los ingresos familiares. Las familias que no pueden cubrir las necesidades de alimentación serán consideradas pobres extremas; las que cubran sólo las necesidades de alimentación, pero no otras necesidades básicas como salud, educación, vivienda, etc., se calificarán como pobres básicos; las familias que puedan cubrir sus necesidades básicas, pero no otras necesidades (como diversión, distracciones, educación diferenciada) serán consideradas no pobres básicos; y aquellas que puedan cubrir sus necesidades básicas y otras, serán consideradas no pobres. Es medida como escala nominal.

Nivel de pobreza según Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).- Es una forma de medición objetiva de la pobreza propuesta por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) para identificar hogares y personas que no alcanzan a satisfacer un conjunto de necesidades consideradas indispensables, según niveles de bienestar aceptados como universales 39. Se basa especialmente en las características de la vivienda y deserción escolar por problemas económicos, entre otros. Para considerar a un hogar pobre por NBI, el criterio metodológico utilizado es no poder cubrir al menos una de las necesidades definidas como básicas; en caso de que el hogar tenga dos o más NBI, se le califica como pobre extremo; si el hogar no tiene ninguna NBI, se la califica como no pobre. Dentro de las múltiples necesidades básicas insatisfechas que pueden ser utilizadas como indicadores, las más usadas han sido: a) hacinamiento; b) vivienda inadecuada; c) abastecimiento inadecuado de agua; d) carencia o inconveniencia de servicios sanitarios para el desecho de excretas; e) inasistencia a escuelas primarias de los menores en edad escolar debido a problemas económicos. Estos indicadores serán utilizados en el presente estudio. Es medida como escala nominal.

Sexo.- Masculino y femenino. Escala nominal.

Apoyo social durante la pandemia de la COVID-19.- Se refiere a la ayuda recibida, durante la pandemia de parte del Estado, familiares o terceras personas. Medido en escala nominal.

4.2. EXPERIENCIAS EN RELACIÓN CON LA PANDEMIA

Confianza en autoridades y otras personas durante la pandemia.- Apreciación subjetiva sobre el grado de confianza que generan diversos actores sociales durante la pandemia: medios de comunicación, Ministerio de Salud, científicos, médicos, el Estado y autoridades locales. Medida en escala ordinal.

Conocimientos sobre la pandemia.- Información sobre diversos aspectos de la pandemia. Medida en escala ordinal.

Grupo de riesgo para la COVID-19.- Pertenencia a grupos de personas con riesgo a afectarse más severamente, en caso de contraer la infección, que presentan las siguientes patologías auto reportadas: hipertensión, obesidad, diabetes, asma, cardiopatías, patología pulmonar crónica, cáncer, otra enfermedad crónica. Medido en escala nominal.

Percepción de apoyo durante la pandemia.- Valoración subjetiva del grado de apoyo en general recibido de las personas del entorno. Escala ordinal.

Sentimientos provocados por la pandemia y medidas de control sanitarias.- Percepción del grado de afectación emocional relacionado a las medidas de control sanitarias y los cambios de conductas por la pandemia como inmovilización, distanciamiento social y físico. Escala nominal.

Seguimiento de medidas de control sanitario.- Se refiere a los motivos y la frecuencia para salir a la calle durante la cuarentena. Medido en escala ordinal.

Situación de contagio frente a la COVID-19.- Se refiere a si la persona o familiar del hogar ha sido infectada por la COVID-19, y la forma en que este contagio ha sido confirmado. Medida en escala nominal.

4.3. ASPECTOS GENERALES DE SALUD MENTAL

Calidad de vida.- Estado de bienestar físico, emocional, social y espiritual de la persona. Es medida con el Índice de Calidad de Vida de Mezzich, en una escala de intervalo.

Calidad del sueño.- Conjunto de características del acto de dormir que permiten juzgar su valor como “bastante bueno”, “bueno”, “malo” y “bastante malo”. Igualmente valora la latencia, duración y eficiencia del sueño; así como la existencia de perturbaciones del sueño, la necesidad de tomar medicación para dormir y la presencia de disfunción diurna. Se mide en una escala ordinal con el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh.

Discapacidad psicosocial.- Disminución o pérdida de la capacidad para funcionar en las áreas de cuidado personal, familiar, laboral, social y de auto organización, como consecuencia de un trastorno mental. Se mide con una escala ordinal.

Estrés.- Es el conjunto de reacciones físicas, bioquímicas o emocionales que ocurren en una persona como respuesta a una situación determinada que implica demanda, exigencia, privación o abuso. Puede producir enfermedad física o trastorno de salud mental, por ejemplo, ansiedad y depresión, entre otras. Es medido en una escala nominal.

Funcionamiento.- Es el mayor nivel de habilidades o capacidad para funcionar en las áreas de cuidado personal, funcionamiento ocupacional, familiar, laboral, social y auto organización en individuos supuestamente sanos. Se mide con una escala ordinal.

Indicadores suicidas.- Diferentes indicadores del espectro suicida: deseos de morir, pensamientos o ideación suicida, planeamiento del suicidio e intento suicida. Escala nominal.

Inhabilidad.- Condición en la cual el individuo, sin tener un trastorno mental, no ha desarrollado las habilidades suficientes para funcionar como persona en el medio social y laboral. Se mide con una escala ordinal.

Resiliencia.- Capacidad personal para seguir proyectándose hacia el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves. Medida en escala ordinal, con la Escala de Resiliencia del yo de Block.

Satisfacción con la vida.- Mide el grado subjetivo de satisfacción global con la vida, respecto a diversos aspectos personales como alcanzar su propio ideal, lograr condiciones de vida adecuadas, y conseguir cosas importantes deseadas en la vida. Escala ordinal, medida mediante la Escala de Satisfacción con la vida de Diener.

4.4. TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO

Trastornos adictivos.- Problemas de consumo (uso perjudicial o dependencia) de alcohol, tabaco, marihuana y cocaína. Son medidos con un instrumento (MINI) que deriva en diagnósticos psiquiátricos con criterios de investigación de la CIE-10, en una escala nominal.

Trastornos afectivos.- Se refieren al episodio depresivo leve, moderado y severo, distimia y episodio maníaco. Son medidos con el MINI que deriva en diagnósticos psiquiátricos en base a criterios de investigación de la CIE-10, en una escala nominal. En este estudio se considerará solo el episodio depresivo.

Trastornos de ansiedad.- Corresponden a todos los trastornos de ansiedad clínicamente diagnosticables, como el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia social, la agorafobia, el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno de estrés postraumático. Son medidos con el MINI que deriva en diagnósticos psiquiátricos con criterios de investigación de la CIE-10, en una escala nominal.

Trastorno por déficit de atención.- Incapacidad para prestar atención a detalles, incluyendo errores en el desarrollo de una tarea; para mantener la atención en alguna tarea, para organizar tareas y actividades, con fácil distraibilidad ante estímulos externos, que afectan el rendimiento laboral y social y que pueden generar problemas de pareja, violencia y accidentes de tránsito. Generalmente empieza en la niñez y puede prolongarse hasta la adultez. Medido con el MINI.PLUS en una escala nominal.

4.5. MÓDULO DE ACCESO A SERVICIOS

Acceso a servicios de salud mental.- Se refiere a la utilización de servicios de salud, basándose en la percepción de problemas de salud mental por parte del entrevistado y en la exploración de las características de su búsqueda de ayuda. Se considera presente si el entrevistado responde afirmativamente a haber recibido atención en cualquier establecimiento de salud, es decir, posta, centro de salud, policlínico, hospital general, clínica o centro especializado, o a través de medios virtuales. Es medido a través de una escala nominal.

Barreras en el proceso de búsqueda de atención.- Respuesta a preguntas sobre motivos que influyeron en el no-acceso o acceso tardío a la atención. Se mide con escala nominal.

Morbilidad sentida.- Se refiere a la percepción de problemas emocionales o de los nervios, como depresión, o excesiva pena o tristeza, ataques de nervios, excesivo miedo, tensión o ansiedad, dificultad para relacionarse socialmente, problemas con alcohol o drogas, etc., independientemente de si consideran que requieren o no atención. Se mide con una escala nominal.

Morbilidad sentida expresada.- Se refiere a la búsqueda de atención por parte de aquellas personas que han percibido problemas emocionales o de los nervios como depresión, excesiva pena o tristeza, ataques de nervios, excesivo miedo, tensión o ansiedad, dificultad para relacionarse socialmente, problemas con alcohol o drogas, etc. Se mide con una escala nominal.

4.6. RELACIONES INTRAFAMILIARES

Abuso o maltrato sistemático.- Se refiere a la presencia de algún tipo de maltrato o abuso con una frecuencia de 1 o 2 veces al mes en un determinado período de tiempo. Se mide con una escala ordinal.

Maltrato.- Es toda conducta que ocasiona en otra persona perjuicio, daño, sufrimiento o malestar. Se mide con escalas nominal y ordinal. Existen varios tipos de maltrato o abuso.

Maltrato por abandono o negligencia.- Se refiere a situaciones en que a la persona no le han proporcionado medicinas, ropa adecuada, atención médica o la satisfacción de otras necesidades básicas. Es evaluada con escalas nominal y ordinal.

Maltrato físico.- Es la acción de dar golpes, puñetes o empujones. Es evaluado con escalas nominal y ordinal.

Maltrato verbal.- Son insultos, agresiones verbales y ofensas. Se mide con escalas nominal y ordinal.

Maltrato psicológico.- Son chantajes, manipulaciones y humillaciones. Se mide con escalas nominal y ordinal.

Maltrato o abuso sexual.- Se refiere a actos sexuales forzados, inapropiados para la persona y en contra de su voluntad. Se asume como sinónimo de maltrato sexual. Se mide con escalas nominal y ordinal.

Maltrato hacia la mujer.- Son acciones físicas, sexuales, o psicológicas hacia la mujer que le generan daño físico y/o psicológico. Es evaluado en una escala nominal.

5. INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE LOS CUALES SE CONSTRUYÓ EL CUESTIONARIO

Se utilizaron algunos de los instrumentos que fueron empleados en los estudios epidemiológicos anteriores del INSM. El cuestionario estuvo compuesto por un grupo de escalas, las cuales fueron adaptadas a partir de la experiencia de los equipos especializados en las distintas áreas y a través de estudios piloto y grupos focales, especificados más adelante. Las propiedades psicométricas de los instrumentos se encuentran publicadas, en el estudio de Confiabilidad y Validez de los Cuestionarios de los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental de Lima y de la Selva Peruana (40). Los módulos para la presente investigación han sido elaborados a partir de los siguientes instrumentos:

Datos demográficos y socioeconómicos. - Se incluyeron datos demográficos (edad, sexo, lugar de nacimiento, tiempo residiendo en Lima, lengua materna y estado civil) y se agregaron preguntas sobre características de la vivienda, empleo e ingreso y educación, provenientes de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) realizada por el INEI en el año 2000 (41), para obtener indicadores de pobreza según NBI. El método se basa en la definición de necesidades básicas que se consideran mínimas y apropiadas para la integración social. Para considerar a un hogar pobre por NBI, el criterio metodológico utilizado es el de no poder satisfacer al menos una de las necesidades definidas como básicas. En caso el hogar tenga dos o más NBI se lo califica como pobre extremo. Si el hogar no tiene ninguna NBI se lo califica como no pobre. Dentro de las múltiples necesidades básicas insatisfechas, las más frecuentemente utilizadas han sido: a) Hacinamiento; b) Vivienda inadecuada; c) Abastecimiento inadecuado de agua; d) Carencia o inconveniencia de servicios sanitarios para el desecho de excretas; e) Inasistencia a escuelas primarias de los menores en edad escolar (pregunta formulada sobre la existencia de niños menores en edad escolar que no asisten a la escuela por problemas económicos). Estos indicadores fueron utilizados para el presente estudio. Asimismo, se incluyeron preguntas que relacionan aspectos sociodemográficos con la pandemia.

Cuestionarios sobre perspectivas, experiencias y conductas relacionadas a la COVID-19. - Este cuestionario fue diseñado para un estudio previo. Seis de los autores, psiquiatras y psicólogas, realizaron revisiones bibliográficas para identificar los temas, variables relevantes y el dominio de cada variable y elaborar de manera consensuada las preguntas del cuestionario, las que fueron sometidas a sucesivos análisis en el grupo, hasta conseguir la versión final. Estas preguntas indagan sobre perspectivas, dificultades y expectativas de las personas en la adopción de las medidas de contención de la cuarentena; motivos y conductas de desplazamiento durante la cuarentena, confianza en las autoridades con respecto a la pandemia, emociones y sentimientos provocados por los cambios de vida generados por la pandemia y sus medidas de control sanitario.

Índice de Calidad de vida. - Elaborado y validado por Mezzich y colaboradores en una versión española⁴². Se trata de un cuestionario compuesto de 10 ítems que recogen los aspectos de la calidad de vida más frecuentemente utilizados para evaluarla como: bienestar físico, bienestar psicológico, auto-cuidado y funcionamiento independiente, ocupacional, e interpersonal, apoyo social-emocional, apoyo comunitario, sentimientos de plenitud, así como una valoración global de la calidad de vida. El instrumento fue adaptado en una versión para la población peruana. En Lima, el instrumento demostró un alfa de Cronbach de 0,867 (40).

Escala breve de funcionamiento psicosocial. - Elaborada por los investigadores del INSM, evalúa aspectos relacionados con el funcionamiento o discapacidad, tomando las cuatro áreas sugeridas por WHO DAS-S (43) y el IGDA (44): auto-cuidado, funcionamiento ocupacional, funcionamiento familiar y funcionamiento social. Se añadió un quinto elemento relacionado al funcionamiento organizativo o autodirección. Cada ítem tiene una calificación en una escala de 5 puntos - ninguno, mínima, moderada, grave, total o absoluta. En el Perú, la consistencia interna de esta escala fue 0.901 según el coeficiente alfa del Cronbach; las preguntas se agruparon en una única dimensión (40).

Escala de satisfacción con la vida de Diener (*Satisfaction with Life Scale*).- Elaborada en 1985 por Diener y colaboradores (45). Se trata de una escala de 5 ítems que, en su versión original, el autor encontró un alfa de 0,87, correlación test-retest de 0,82 a los dos meses y correlaciones ítem-test entre 0,57 y 0,75. El análisis factorial extrajo un único factor que explicaba el 66% de la varianza. Posteriormente, también ha demostrado propiedades psicométricas adecuadas en otras muestras (46,47,48) y ha sido adaptada al medio por Ly (49) en 2004, utilizando 5 puntos en vez de 7 como en el original. En el Perú, los estudios epidemiológicos del INSM han mostrado una adecuada consistencia interna (Alfa de Cronbach de 0.759). Esta escala de 5 fue la utilizada para este estudio por ser de más fácil uso. En líneas generales, el puntaje de 15 se ha considerado como neutral en la escala de satisfacción con la vida; por lo tanto, un puntaje de 16 a 20 se considera como satisfecho; de 14 a 10, insatisfecho; 21 a 25, muy satisfecho y 5 a 9, muy insatisfecho.

Escala de Resiliencia del Yo (*Ego-Resilience Scale*).- Construida por Block y colaboradores, en 1989 ⁽⁵⁰⁾, fue adaptada lingüísticamente en el INSM. Consta de catorce ítems, de 4 puntos (nada cierto, poco cierto, regularmente cierto, muy cierto), a mayor puntaje mayor resiliencia. El puntaje va desde 14 hasta 56. Estudios en universitarios norteamericanos han encontrado un puntaje promedio de 41,13 ⁽⁵¹⁾; otro estudio en estudiantes universitarios en Kuwait encontró un promedio de 40,59, habiendo obtenido los varones puntajes promedio más altos ⁽⁵²⁾. En estudios nacionales anteriores del INSM mostró una excelente confiabilidad interna en adultos (Alfa de Cronbach de 0.911).

Escala de Percepción de Estrés.- Esta escala fue desarrollada por Cohen y colaboradores, en el año 1983, para medir el grado en que las situaciones de la propia vida son valoradas como estresantes, mostrando una confiabilidad de coeficiente de Alfa entre 0,84 y 0,86, una validez concurrente con mediciones de eventos de vida y validez predictiva de sintomatología ansiosa, física y utilización de servicios de salud, aun mejor que las mediciones de eventos de vida ⁽⁵³⁾. La escala original consta de 14 ítems tipo Likert, 7 de los cuales se puntúan de manera inversa y se responden con las alternativas "0 - nunca", "1 - casi nunca", "2 - algunas veces", "3- a menudo" o "4 - muy a menudo". Luego se han desarrollado otras dos versiones más de 10 (PSS-10) y de 4 ítems (PSS-4), manteniendo la de 10 ítems una confiabilidad buena, pero la confiabilidad ha sido menor para la de 4 ítems ^(54, 55). Los estudios han mostrado, que la escala de 10 ítems tiene propiedades psicométricas superiores a las de 14 y 4 ítems ⁽⁵⁶⁾. La escala ha sido validada en Perú ⁽⁵⁷⁾. En el estudio peruano los puntajes de confiabilidad tuvieron un alfa de Cronbach de 0.79 para el factor de eustrés y 0.77 para el factor de distrés. La escala ha demostrado su utilidad en estudios de muestras probabilísticas ⁽⁵⁴⁾, y, ha sido recientemente evaluada en su consistencia interna y validez de constructo para medir el estrés percibido a nivel poblacional en China, en versiones de 13 y 10 ítems; mostrando propiedades psicométricas satisfactorias ⁽⁵⁸⁾. El puntaje de la PSS-10 va de 0 a 40, teniendo que revertirse el score de 4 ítems, indicando los puntajes mayores una mayor percepción de estrés psicológico. Puntajes de 0 a 13 se consideran de bajo estrés; puntajes entre 14 y 26, estrés moderado y puntajes de 27 a 40 se

consideran de alta percepción de estrés. El promedio, en una población americana, con la PSS-10 fue 15,52 en hombres (DS 7,44) y en mujeres 16.14 (DS 7,56).

Cuestionario de Violencia familiar.- Se utilizó un cuestionario abreviado construido por expertos del INSM y que tuvo como punto de partida otros cuestionarios, como el utilizado en el Estudio Metropolitano sobre la Violencia y Comportamientos Asociados, en Lima Metropolitana y Callao, de Anicama y colaboradores ⁽⁵⁹⁾, y, el de la Encuesta Nacional de Hogares del INEI. En el transcurso de los años se introdujeron modificaciones derivadas de las experiencias de Lima y la Sierra. El análisis de las características psicométricas de este módulo encontró los siguientes resultados con relación al coeficiente Alfa de Cronbach: abuso en general (5 preguntas) 0,741 estructurado en una sola dimensión y abuso en convivencia (5 preguntas) 0,797 en una sola dimensión.

MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, Versión Español CIE-10 Modificada ⁽⁶⁰⁾.- Elaborado por Sheehan, Lecrubier y colaboradores. Es un instrumento basado en la CIE 10, y obtiene información estandarizada sobre los principales trastornos psiquiátricos. Ha sido validado por sus autores, habiendo mostrado una adecuada concordancia con instrumentos de evaluación importantes ⁽⁶¹⁾, con la ventaja de ser de fácil aplicación (15 minutos en promedio) y no requerir entrenamiento tan intenso como con otros instrumentos. Para el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Lima (2002) fue adaptado lingüísticamente a través de un ensayo piloto en personas residentes de cien viviendas, provenientes de cada cono de Lima Metropolitana y el Callao. El instrumento fue adaptado en el Instituto Nacional de Salud Mental para obtener prevalencia de vida, prevalencia a seis y doce meses, además de la prevalencia actual de los principales desórdenes psiquiátricos. En la sierra urbana, en la selva urbana, en las áreas rurales de la Lima, la sierra y la selva, fue nuevamente validado lingüísticamente a través de pruebas en campo, junto con el resto de los instrumentos. El análisis psicométrico de los síntomas de algunos de los trastornos estudiados fue, en términos del alfa de Cronbach, el siguiente: agorafobia 0,794; trastorno de pánico 0,835; fobia social 0,874; trastorno de ansiedad generalizada 0,888; trastorno de estrés post-traumático 0,842; episodio depresivo 0,665; dependencia al alcohol 0,748. En el presente estudio se consideraron los siguientes diagnósticos: agorafobia, trastorno de pánico, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático, episodio depresivo, trastorno obsesivo compulsivo, consumo perjudicial/dependencia al alcohol, marihuana, tabaco y cocaína. Se incluirán preguntas específicas que busquen conocer la relación entre la presencia de trastornos mentales y la pandemia de la COVID-19. Asimismo se incluyó la Escala de Riesgo Suicida del MINI.

Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Plus (MINI-PLUS).- Debido a que el MINI CIE-10 no contiene criterios de trastornos por déficit de atención e hiperactividad del adulto (TDAH-A), se tomaron las preguntas del módulo respectivo ⁽⁶²⁾. Se incluyeron preguntas específicas que busquen conocer la relación entre la presencia del TDAH-A y la pandemia de la COVID-19.

Cuestionario sobre Acceso a los Servicios de Salud.- Para los estudios epidemiológicos del INSM se diseñó un cuestionario en base a preguntas sobre acceso a servicios de salud para la Encuesta Nacional de Hogares 1998 del Instituto Nacional de Estadística e Informática ⁽⁶³⁾. Algunas de estas preguntas fueron adaptadas para el modelo de la salud mental y se agregaron otras más, en base a la revisión de la literatura. La identificación del acceso a servicios por problemas de salud mental se realizó a través de la morbilidad sentida, mediante dos preguntas: 1) “¿En algún periodo de su vida ha tenido algún problema con sus nervios o de tipo emocional?”. 2) ¿En algún período de su vida (más de 7 días seguidos) ha tenido excesiva tristeza, pena o depresión? ¿Excesivo miedo,

pánico, ansiedad o estrés? ¿Preocupación excesiva? ¿Dificultad para relacionarse socialmente con las personas? ¿Dificultad para controlar sus pensamientos o preocupaciones? ¿Problemas con alcohol o drogas? ¿Excesivo cansancio mental o *surmenage*? ¿Paranoia o sentir que le perseguían? Se consideró positivo si cualquier opción de 2) fue positiva. Enseguida se ubicó el último periodo en el que se hubiese padecido el problema, para establecer el tiempo de referencia de los últimos 12 meses e indagar sobre el acceso y sus características durante el periodo de la pandemia (último 6 meses). Asimismo, en aquellas personas que, habiendo percibido un problema de salud mental no buscaron ayuda, se indagó los motivos de no consulta a través de la pregunta: “¿Cuáles son las razones por las que no consultó(a) a un centro de salud para atenderse por este problema con los nervios o de tipo emocional?”. Luego la estimación de la demanda potencial, entre las personas que no han recibido ayuda, se realizó a través de la pregunta: “¿En qué grado cree haber necesitado (o) necesitar ayuda profesional para superar ese problema emocional?” (Nada, poco, regular bastante o mucho, no sabe). Luego las preguntas sobre morbilidad sentida expresada se contrastaron con los trastornos mentales identificados a través del MINI para identificar la morbilidad no sentida.

Índice de calidad de sueño de Pittsburgh ⁽⁶⁴⁾.- Esta escala fue desarrollada por Buysse y colaboradores para evaluar la calidad del sueño durante el mes previo y para discriminar entre las personas que duermen bien y las que duermen mal. Esta escala ha sido validada en diversos países y traducida a muchos idiomas, incluyendo el español. La calidad de sueño es un fenómeno complejo que involucra varias dimensiones. El instrumento consta de 19 preguntas de autoevaluación, incluyendo 5 preguntas dirigidas al compañero de habitación. Estas preguntas derivan en 7 componentes: Calidad de sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia del sueño, perturbaciones del sueño, uso de medicación para dormir y disfunción diurna. Buysse y colaboradores encontraron en el estudio original una consistencia interna elevada para los 19 ítems (alfa de Cronbach: 0,83). Rosales y colaboradores en una muestra peruana de estudiantes de medicina encontraron una alfa de Cronbach superior a 0,50 y una correlación de Spearman de 0,426 ($p < 0,001$) con la escala de somnolencia de Epworth ⁽⁶⁵⁾. Un estudio reciente en la muestra poblacional adulta de Lima Metropolitana utilizando la base de datos del EESMLMC 2012 encontró un alfa de Cronbach de 0,564 ⁽⁶⁶⁾. La suma de las puntuaciones de estos componentes da una puntuación que va desde 5 hasta 21. Una puntuación menor de 5 se considera “Sin problemas de sueño”. Una puntuación de 5 a 7 como “Merece atención médica”, una puntuación de 8 a 14, “Merece atención y tratamiento médico” y una puntuación de 15 a más “Se trata de un problema de sueño grave”. Este instrumento ha sido adaptado lingüísticamente durante el grupo focal realizado como parte del estudio piloto en estudios previos. Para el análisis se utilizarán las respuestas que contengan todos los componentes completos.

5.1. DISEÑO DE LA ENCUESTA Y ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO SOBRE SALUD MENTAL

5.1.1. TIPO DE ENCUESTA

La encuesta fue de derecho, es decir, la población de estudio estuvo constituida por todos los residentes habituales del hogar y se realizó a través de entrevista telefónica al adulto seleccionado de 18 años a más de ambos sexos.

5.1.2. COBERTURA DE LA ENCUESTA

Cobertura Geográfica.- La encuesta se realizó a nivel urbano en la ciudad de Lima Metropolitana.

Cobertura Temporal.- La encuesta en campo se efectuó entre los meses de octubre y noviembre del año 2020.

Cobertura Temática.- La Cobertura Temática de la investigación comprendió:

- a. Variables demográficas y socioeconómicas
 - i. Edad y fecha de nacimiento
 - ii. Lugar de nacimiento
 - iii. Localización geográfica de la vivienda
 - iv. Sexo
 - v. Educación
 - vi. Estado civil
 - vii. Estado ocupacional
 - viii. Características de la vivienda
- b. Aspectos socioeconómicos durante la pandemia
 - i. Nivel de pobreza
 - ii. Impacto COVID-19 en la economía
 - iii. Ingreso promedio en tres meses
 - iv. Recepción de ayuda económica
- c. Situación de salud personal y familiar durante la pandemia
 - i. Contagio y diagnóstico COVID-19 personal y familiar
 - ii. Percepción de discriminación
 - iii. Pertenencia a grupo de riesgo
- d. Conocimiento y seguimiento de medidas de control sanitario
 - i. Conocimiento sobre la COVID-19 y sus recomendaciones
 - ii. Salidas y motivos de salidas durante la cuarentena
 - iii. Continuación de la cuarentena
 - iv. Confianza en autoridades
- e. Acceso a atención en servicios de salud mental
 - i. Seguro de salud
 - ii. Valoración y creencias de la salud
 - iii. Morbilidad sentida y expresada
 - iv. Brechas percibidas de atención
- f. Aspectos de salud mental general durante la pandemia
 - i. Afectación por las medidas de control
 - ii. Percepción de apoyo
 - iii. Sueño
 - iv. Riesgo suicida
 - v. Percepción de estrés
 - vi. Percepción de apoyo social-económico
 - vii. Calidad de vida
 - viii. Funcionamiento, Discapacidad e inhabilidad
 - ix. Satisfacción con la vida
 - x. Resiliencia

g. Trastornos clínicos psiquiátricos (CIE-10)

- i. Trastornos de ansiedad
 - 1. Agorafobia
 - 2. Trastorno de pánico
 - 3. Fobia Social
 - 4. Trastorno de ansiedad generalizada
 - 5. Trastorno de Estrés postraumático
 - 6. Trastorno obsesivo compulsivo
- ii. Trastornos hiperquinéticos del adulto
- iii. Trastornos afectivos
 - 1. Episodio depresivo
- iv. Trastornos adictivos: alcohol, tabaco, marihuana y cocaína

h. Relaciones intrafamiliares durante la pandemia

- i. Percepción de fuentes de tensión familiar
- ii. Maltrato
- iii. Maltrato hacia la mujer y conductas de búsqueda de ayuda

5.2. MÉTODO DE LA ENTREVISTA

Se empleó el método de entrevista directa a través de teléfonos celulares, con personal debidamente capacitado y entrenado para tal fin.

5.3. VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO

Validez de Constructo.- Los instrumentos utilizados en este estudio han sido validados en investigaciones poblacionales previas realizados por el INSM HD-HN. En el EEMSM-2002 se realizó un piloto para probar la encuesta en 100 viviendas, 25 viviendas de cada cono. Se realizaron ensayos en conjunto con el especialista para mejorar la consistencia. A través de este procedimiento se adaptaron los instrumentos. Para el Estudio Epidemiológico de la Sierra Peruana se realizaron los ajustes necesarios y una prueba en 25 viviendas, seleccionadas en áreas de la ciudad de Lima donde se encontraban personas oriundas de las ciudades involucradas en el estudio. Para el estudio en ciudades de la selva, fronteras, la costa y las áreas rurales de Lima, la sierra y la selva, se realizaron grupos focales con cada una de las unidades de análisis para asegurar la comprensión de las preguntas e identificar las áreas más problemáticas. Asimismo, se ha efectuado un estudio de confiabilidad con cada una de las unidades de análisis en una de las ciudades de la sierra. Recientemente se ha publicado un estudio sobre confiabilidad y validez de los cuestionarios de los estudios epidemiológicos al cual remitimos al lector para la información respectiva (40). Además, ha contenido preguntas y escalas, desarrolladas expresamente para las variables relativas a la pandemia, por el grupo de expertos del INSM.

5.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El proyecto fue evaluado por el Comité Institucional de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Se solicitó un consentimiento informado antes del inicio de la encuesta. Se aseguró la absoluta confidencialidad de los datos reportados por los encuestados. Previamente y durante el desarrollo de la investigación se envió información sobre la realización del estudio a las principales autoridades de Lima Metropolitana y Callao, poniéndole en conocimiento y a la vez solicitándoles su apoyo.

6. PROCEDIMIENTOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO

- Construcción del Cuestionario. - Se utilizaron instrumentos de estudios anteriores del INSM, validados a través de pruebas piloto. Se seleccionaron las escalas e instrumentos relacionados con los objetivos del estudio. Se remite al lector a los resultados de las pruebas psicométricas del instrumento.
- Se elaboró por primera vez la versión electrónica del Cuestionario en el programa REDCap, de manera que los datos recogidos llegasen simultáneamente al servidor de la institución.
- Se confeccionó un instructivo también en versión electrónica en el programa REDCap donde se especificó: la organización del trabajo de campo, las funciones de los encuestadores, la identificación y selección de viviendas, instrucciones generales y específicas para el llenado del cuestionario a través de la Tablet. Asimismo, se elaboró un instructivo para el Supervisor(a) donde se especificarán sus funciones.
- Los encuestadores seleccionados fueron: egresados, bachilleres o titulados en psicología o en alguna otra área de la salud con alguna experiencia en trabajos de campo en hogares, de preferencia en temas de salud mental y que habían trabajado en los estudios epidemiológicos realizados en los últimos años. Fueron convocados mediante llamadas telefónicas y entrevistas vía Zoom en la ciudad de Lima y otras regiones del País.
- Los supervisores seleccionados fueron: egresados, bachilleres o titulados, de preferencia en psicología o de otras áreas de salud, con experiencia en trabajos de campo en hogares y que habían trabajado en la función de supervisores en el último estudio epidemiológico en el año 2019 en la ciudad de Chiclayo. Los supervisores tuvieron la responsabilidad de la conducción técnica de la Encuesta y velaron por el estricto control en la calidad de la información que se recogía. Los supervisores fueron seleccionados en un proceso diferente al de los encuestadores.
- Se requirieron para la operación de campo 30 entrevistadores, 05 supervisores, un coordinador de campo, además de un jefe de operaciones.
- La capacitación técnica de los supervisores y entrevistadores se realizó en forma virtual vía Zoom y fue responsabilidad de los investigadores del INSM y del jefe de la operación de campo. El programa se desarrolló en dos días en aproximadamente 10 horas e incluyó el manejo de la versión electrónica del nuevo programa REDCap en el que se construyó el cuestionario, aspectos conceptuales y el manejo del cuestionario. Se hizo énfasis en la técnica

de entrevista mediante llamadas telefónicas y en la resolución de posibles problemas a encontrar, en el trabajo de campo, durante las llamadas telefónicas. Los participantes fueron evaluados permanentemente durante la capacitación.

- El equipo que ejecutó la operación de campo, mediante llamadas telefónicas, estuvo conformado por 36 personas (30 entrevistadores, 5 supervisores y 01 coordinador de campo), con los cuales se formaron 05 equipos de trabajo integrados por (un supervisor y 06 encuestadores). Los cinco equipos de trabajo estuvieron a cargo de un coordinador. El periodo de ejecución de la operación de campo fue de dos meses.
- Para la recolección de la información debido a las medidas de bioseguridad por la pandemia de la covid-19, los encuestadores hicieron las llamadas telefónicas desde sus domicilios. Los encuestadores debieron trabajar un promedio de dos viviendas por día, a través de todas las llamadas efectuadas durante el día, en un ciclo de siete días: seis días de trabajo efectivo por uno de descanso.
- Para la recopilación de datos, cada entrevistador recibió una Tablet con la versión electrónica del programa REDCap; los encuestadores tuvieron la responsabilidad del cuidado y la conservación del equipo entregado.
- Previamente a la ejecución de la operación de campo se llevó a cabo una prueba piloto con la participación de los 05 supervisores seleccionados y algunos encuestadores. Utilizando un determinado número de líneas telefónicas proporcionadas por OSIPTEL para probar la viabilidad del instrumento y hacer los ajustes necesarios y también afinar algunas estrategias para el recojo de información.
- Antes del inicio de las encuestas, a través de las llamadas telefónicas, se revisaron los listados de las líneas telefónicas proporcionados por OSIPTEL y se trabajó en base a estos listados verificados. En cada vivienda contactada mediante llamada telefónica, se realizó un listado completo de todas las personas que viven permanentemente en la vivienda y luego se seleccionaron, para la entrevista, a un adulto(a) de 18 años a más de edad utilizando la Tabla de Kish.
- Control de calidad y consistencia de datos. La primera consistencia se realizó a través de los supervisores quienes, mediante llamadas telefónicas a las viviendas entrevistadas, verificaron la realización de las encuestas realizadas por los encuestadores. La segunda consistencia, contando con los datos ya ingresados a las Tablet, se realizó periódicamente con los datos obtenidos por cada encuestador y se compararon las tendencias. Una tercera consistencia se refirió a la revisión de los datos para detectar omisiones, inconsistencias lógicas e identificación de valores extremos.
- Control de calidad y consistencia de datos. Los datos fueron ingresados por los encuestadores a través de la versión electrónica del programa de REDCap instalado en la Tablet. Este programa estuvo conectado en línea con el servidor del INSM y la data fue exportada a formato SPSS para su posterior análisis. El programa de REDCap contenía criterios de validación para evitar datos extremos o inconsistencias.

7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se analizaron las características generales de la muestra, tales como edad promedio, grupos etarios, distribución por género, ocupación, educación, nivel socioeconómico según ingresos y nivel de pobreza. Para ello se realizaron análisis estadísticos descriptivos, como frecuencias, medidas de tendencia central y de dispersión. Se relacionaron en forma general algunas variables de corte, como edad, género, nivel de pobreza y área geográfica de la ciudad y las variables relacionadas a experiencias de la COVID-19, y las variables de salud mental. Si la variable independiente era nominal (ejemplo: depresión versus no depresión) y las variables a relacionarse, también (sexo, edad, condición de cobertura de necesidades básicas), se utilizó la F corregida como una variante del estadístico de chi-cuadrado corregido de Rao-Scott de segundo orden y la significación basada en sus grados de libertad y un nivel de significancia $< 0,05$. Para la búsqueda de asociación entre variables categóricas y numéricas se utilizó el análisis de varianza (ANOVA) que para el caso de muestras complejas implica, en el SPSS, el uso del modelo lineal general. En cada caso se utilizaron análisis estadísticos, según los procedimientos antes descritos, de acuerdo con el tipo de variable. Asimismo, se describió la mayoría de los estimados, el error estándar o los intervalos de confianza. Se realizaron los análisis estadísticos en un computador Intel(R) Corel (TM) 2, mediante el programa estadístico de SPSS versión 20 para muestras complejas. Los ponderadores fueron calibrados para reflejar la estructura por sexo y edad del Censo de Población de 2017, ajustado por la omisión censal.



II. RESULTADOS GENERALES DEL ESTUDIO SOBRE EL IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LIMA METROPOLITANA 2020





DATOS GENERALES DE LA MUESTRA



DATOS GENERALES DE LA MUESTRA

Se entrevistaron a un total de 1823 personas. La muestra expandida correspondió a 6'454 724 personas adultas. La muestra ponderada consistió en 48,4% (IC95%, 45,4-54,6) de varones y 51,6% (IC95%, 48,6-54,6) de mujeres, y la edad promedio fue de 41,7 (IC95%, 40,5-42,8). La distribución por grupos de edad mostró una mayor proporción de personas entre los 25 y 44 años. La mayoría de las personas fueron casados o convivientes (52,2%) y a continuación los solteros (32,7% IC95% 30,0-35,6). La mayoría tenía al menos instrucción secundaria (35,1% IC95% 32,3-38,0). El 32,4% (IC95%, 29,6-35,4) tenía instrucción superior, y 5,5% (IC95%, 4,2-6,9) tenía solo primaria o menos. Con respecto al estado socioeconómico, según necesidades básicas insatisfechas (NBIs), un 10,7% (IC95%, 9,0-12,7) se encontraba en situación de pobreza y un 6,4% (IC95%, 5,2-7,9) en pobreza extrema. De las personas que trabajaron la semana anterior a la encuesta, cerca de la mitad de la población ganaba menos del sueldo mínimo vital (Tabla 1).

Tabla 1
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA DE LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA 2020
(N=1,823)

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	PROMEDIO TOTAL (95% IC)
EDAD PROMEDIO PONDERADA (ERROR STANDARD)	41,7 (ES 0,60) (40,5-42,8)
EDAD PROMEDIO SIN PONDERAR	39,6 (ES 0,34)
GRUPOS DE EDAD	TOTAL % (95% IC)
18 A 24 AÑOS	16,8 (14,7-19,2)
25 A 44 AÑOS	44,4 (41,5-47,4)
45 A 64 AÑOS	27,2 (24,6-29,9)
65 +	11,5 (9,3-14,2)
SEXO	
MUJER	51,6 (48,6-54,6) 54,9 (NO PONDERADO)
HOMBRE	48,4 (45,4-54,6) 45,1 (NO PONDERADO)
NIVEL EDUCATIVO	
NINGUNA A PRIMARIA	5,4 (4,2-6,9)
SECUNDARIA	35,1 (32,4-38,0)
SUPERIOR TÉCNICA	27,1 (24,5-29,8)
SUPERIOR UNIVERSITARIA (INCL. POSTGRADO)	32,4 (29,6-35,4)
ESTADO CIVIL	
CONVIVIENTE	25,8 (23,4-28,3)
SEPARADO(A)	10,4 (8,8-12,2)
DIVORCIADO(A)	1,3 (0,8-2,0)
VIUDO(A)	3,5 (2,4-4,9)
CASADO(A)	26,4 (23,7-29,3)
SOLTERO(A)	32,7 (30,0-35,6)
ASPECTOS LABORALES Y SOCIALES	
PERDIÓ EL TRABAJO A RAÍZ DE LA PANDEMIA	41,0 (38,1-43,9)
TIENE SEGURO DE SALUD	69,0 (66,2-71,7)
ÁREA DE RESIDENCIA	
LIMA CENTRO	17,3 (15,9-18,8)
LIMA NORTE	26,7 (24,2-29,3)
LIMA ESTE	24,5 (22,2-27,1)
LIMA SUR	20,7 (19,4-22,1)
LIMA CALLAO	10,8 (9,8-11,8)
POBREZA OBJETIVA SEGÚN NBIs	
POBRE EXTREMO	6,4 (5,2-7,9)
POBRE	10,7 (9,0-12,7)
NO POBRE	82,9 (80,6-84,9)
POBREZA SUBJETIVA *	
NO CUBRE ALIMENTACIÓN	5,5 (4,3-7,1)
CUBRE ALIMENTACIÓN, PERO NO OTRAS NB	37,8 (35,0-40,8)
CUBRE SOLO NB	47,4 (44,4-50,3)

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	PROMEDIO TOTAL (95% IC)
CUBRE NB Y OTRAS	9,2 (7,6-11,2)
POBREZA SEGÚN MÉTODO COMBINADO**	
HOGARES SOCIALMENTE INTEGRADOS	49,9 (46,9-52,8)
POBREZA INERCIAL	6,8 (5,4-8,4)
POBREZA RECIENTE	33,0 (30,3-35,9)
POBREZA CRÓNICA	10,4 (8,8-12,2)
INGRESO MENSUAL SEGÚN INGRESO MÍNIMO ***	
<S/ 930	48,7 (45,2-52,1)
S/ 930 - S/ 1860	25,7 (22,8-28,9)
S/ 1861 - S/ 2790	10,2 (8,2-12,6)
S/ >2790	15,4 (13,2-18,0)

* Según percepción de cobertura de necesidades básicas con ingresos familiares

** Combinando pobreza subjetiva y objetiva

*** De las personas que trabajan remuneradas

NBI= Necesidades básicas insatisfechas; NB = Necesidades básicas

III. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ENCUESTADOS





ASPECTOS GENERALES RELACIONADOS CON LA PANDEMIA

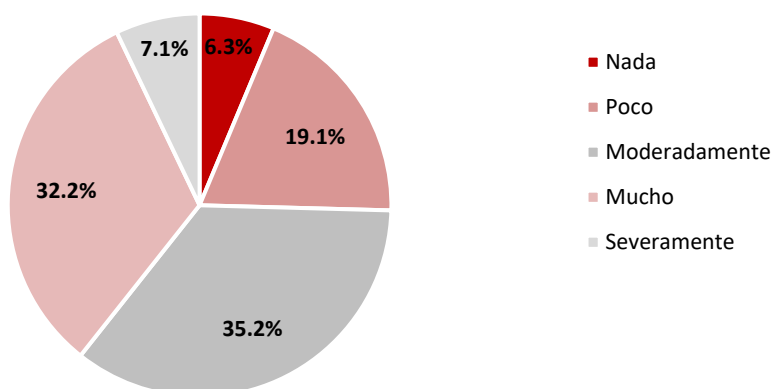
Con respecto a la situación laboral, en comparación con el estado pre-pandemia, el trabajo dependiente con sueldo fijo se redujo en un 25,9%; el trabajo formal independiente se redujo en un 31,4%, el trabajo informal dependiente se redujo en un 49,5%; la desocupación se incrementó en un 66,3% y el desempleo se incrementó de 1,2% a 7,4%; asimismo, el rol de ama de casa se incrementó de 9,2% a 13,8%. En resumen, en comparación al periodo pre-pandemia disminuyeron el trabajo formal y el trabajo informal dependiente y se incrementaron la desocupación, el desempleo y el trabajo dedicado al hogar (Tabla 2). El 41,0% (IC-95% 38,1-43,9) perdió su trabajo habitual debido la pandemia.

TABLA 2.
SITUACIÓN LABORAL ANTES Y DESPUÉS DE LA PANDEMIA EN LIMA METROPOLITANA (OCTUBRE 2020)

SITUACIÓN LABORAL	ANTES DE LA PANDEMIA	DURANTE LA PANDEMIA (OCTUBRE 2020)
	% (95% IC)	% (95% IC)
TRABAJO FORMAL DEPENDIENTE CON SUELDO FIJO	32,3 (29,6-35,1)	23,9 (21,5-26,5)
TRABAJO FORMAL INDEPENDIENTE	18,5 (16,3-20,8)	12,7 (11,0-14,6)
TRABAJO INFORMAL DEPENDIENTE	10,1 (8,6-11,9)	5,1 (3,9-6,5)
TRABAJO INFORMAL INDEPENDIENTE	15,0 (13,0-17,2)	16,4 (14,3-18,7)
TRABAJO FORMAL CON SUSPENSIÓN PERFECTA	-	0,8 (0,4-1,5)
DESOCUPADO	8,6 (7,0-10,4)	14,3 (12,4-16,5)
DESOCUPADO BUSCANDO TRABAJO	1,2 (0,7-2,1)	7,4 (5,9-9,1)
JUBILADO	5,2 (3,5-7,5)	5,7 (4,0-8,1)
AMA DE CASA	9,2 (7,7-11,0)	13,8 (12,0-15,9)

GRÁFICO 1.
IMPACTO PERCIBIDO DE LA PANDEMIA SOBRE LA ECONOMÍA FAMILIAR

¿QUE TANTO HA IMPACTADO EN LA ECONOMÍA DE SU HOGAR LA PANDEMIA DEL COVID-19?



Solo 6,3% (IC-95% 4,8-8,1) de la población manifestó que no le había afectado económicamente la pandemia; le afectó poco al 19,1% (IC95% 16,8-21,7); al 35,2% (IC-95% 32,4-38,1) le afectó moderadamente y 39,4% (IC95% 36,5-42,3) refirió que le había afectado mucho o severamente. (Gráfico 1).

Con respecto a otras situaciones relacionadas con la COVID-19, al momento de la encuesta el 29,8% (IC95% 27,2-32,6) de la población adulta de Lima Metropolitana reportó que se había contagiado del COVID-19. De los contagiados, el 49,7% le fue confirmado por prueba molecular o serológica, un 9,9% (IC95, 7,1-13,8) fue diagnosticado por un médico, sin pruebas de laboratorio y en 33,6% (IC95% 28,7-38,9) se sospechó de la enfermedad sin prueba ni examen médico. De los contagiados, un 4,6% (IC95% 2,6-7,8)

requirió oxígeno ambulatorio, un 3,9% (IC95% 2,2-6,7) fue hospitalizado, y, 0,7% (0,1-3,1) estuvo en una Unidad de Cuidados Intensivos. Además, más de la mitad de las personas recibió de otras personas algún tipo de ayuda en la forma de dinero o víveres. Una de cada 5 personas manifestó haber percibido algún tipo de discriminación por haber estado contagiada. Un 51,4% de toda la población (IC95% 48,4-54,4) refirió tener un familiar contagiado y 2,3% (IC95% 1,4-3,6) declaró el fallecimiento de un familiar que vivía en su hogar. Con relación a los comportamientos de circulación de las personas durante la pandemia, la gran mayoría de las personas había salido por cualquier motivo en los últimos 30 días, y la mayoría lo había hecho para comprar alimentos o artículos de primera necesidad. Un 30,5% (IC95% 27,8-33,3) salió por trabajo autorizado, y una de 10 personas salió para estar con familiares (Tabla 3).

Respecto a la confianza de la población de Lima Metropolitana hacia sus autoridades o grupos significativos, la mitad de los entrevistados confiaba poco o nada en los medios de comunicación y en el Estado, mientras que 3 cuartas partes de la población adulta entrevistada confiaban poco o nada en los alcaldes distritales. El grupo que generaba mayor confianza eran los médicos y los científicos que investigaban la COVID-19, aunque en el primer caso solo 1 de cada 3 personas manifestaron bastante o mucha confianza y en el segundo caso la mitad de las personas (Tabla 4).

Entre los aspectos señalados por los encuestados que generaban más tensión o afectación emocional estaban el no poder ir a trabajar, la información sobre el número de muertos y contagiados por el virus, y no poder continuar los estudios. Por otro lado, entre las situaciones de que afectaban menos estaban el no poder acudir a la peluquería o spa, el no poder hacer deporte o no poder ir al gimnasio y el no poder concurrir a lugares públicos masivos como cines, centros comerciales, playas o restaurantes (Tabla 5).

TABLA 3.
CONDICIONES GENERALES RELACIONADAS A LA COVID-19 EN LIMA METROPOLITANA (OCTUBRE 2020) N= 1823

ASPECTOS RELACIONADOS AL CONTAGIO	% (95% IC)
SE CONTAGIÓ DE LA COVID-19	29,8 (27,2-32,6)
PRESENTÓ SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD	80,3 (75,1-84,7)
SE CONFIRMÓ CON PRUEBA MOLECULAR O RÁPIDA	49,7(44,3-55,0)
FUE DIAGNOSTICADO SOLO POR UN MÉDICO, SIN PRUEBAS	9,9 (7,1-13,8)
SE SOSPECHÓ QUE FUE POR COVID-19, SIN CONFIRMACIÓN DE PRUEBA O MÉDICO	33,6 (28,7-38,9)
ESTUVO EN AISLAMIENTO DOMICILIARIO	75,4 (70,1-79,9)
REQUIRIÓ USO AMBULATORIO DE OXÍGENO	4,6 (2,6-7,8)
ESTUVO HOSPITALIZADO	3,9 (2,2-6,7)
ESTUVO EN UCI	0,7 (0,1-3,1)
SE HA SENTIDO DISCRIMINADO POR ESTAR CONTAGIADO	21,5 (17,5-26,1)
FAMILIARES CERCANOS SE HAN CONTAGIADO	51,4 (48,4-54,4)
FAMILIAR CERCANO QUE VIVÍA EN EL HOGAR FALLECIÓ	2,3 (1,4-3,6)
CONDUCTAS DE EXPOSICIÓN AL VIRUS	
EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS HA SALIDO POR CUALQUIER MOTIVO	94,1 (92,3-95,5)
TRABAJO AUTORIZADO	30,5 (27,8-33,3)
TRABAJO PARA SUBSISTIR A PESAR DE QUE ESTÉ PROHIBIDO	19,8 (17,5-22,4)
ATENDER A UN FAMILIAR ENFERMO	3,2 (2,3-4,5)
ATENDER PROBLEMAS DE SALUD PERSONAL	6,7 (5,2-8,7)
REALIZAR PAGOS Y MOVIMIENTOS BANCARIOS	19,2 (16,8-21,9)
ESTAR CON PAREJA-ENAMORADO(A)	2,2 (1,4-3,4)
ESTAR CON FAMILIARES	9,6 (7,9-11,5)
ESTAR CON AMIGOS(AS)	2,9 (2,0-4,1)
DESPEJAR LA MENTE	9,1 (7,4-11,2)
PARA COMPRAR LOS ALIMENTOS O ARTÍCULOS DE PRIMERA NECESIDAD	77,7 (75,0-80,1)

ASPECTOS RELACIONADOS AL CONTAGIO	% (95% IC)
SOPORTE SOCIAL O FAMILIAR (VÍVERES O DINERO)	
RECIBIÓ AYUDA DEL ESTADO	26,2 (23,8-28,7)
RECIBIÓ AYUDA DE FAMILIARES	27,9 (25,4-30,6)
RECIBIÓ AYUDA DE OTRAS PERSONAS U ORGANIZACIONES	10,2 (8,6-12,1)
RECIBIÓ AYUDA DE CUALQUIERA EN VÍVERES O DINERO	49,0 (46,1-52,0)

TABLA 4.
CONFIANZA EN AUTORIDADES O GRUPOS SIGNIFICATIVOS DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19 EN LIMA METROPOLITANA (OCTUBRE 2020)

AUTORIDAD	NADA O POCO % (95% IC)	REGULAR % (95% IC)	BASTANTE O MUCHO % (95% IC)
LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN	50,6 (47,6-53,6)	40,3 (37,4-43,3)	9,1 (7,6-10,9)
MINISTERIO DE SALUD	39,2 (36,2-42,2)	37,2 (34,3-40,1)	23,6 (21,3-26,2)
LOS CIENTÍFICOS QUE INVESTIGAN EL COVID-19	25,3 (22,7-28,0)	37,3 (34,4-40,3)	37,4 (34,6-40,3)
LOS MÉDICOS QUE ATIENDEN EL COVID-19	18,1 (16,1-20,4)	32,0 (29,2-35,0)	49,8 (46,8-52,8)
EL ESTADO, Y SUS RECURSOS Y PREPARACIÓN PARA CONTROLAR LA PANDEMIA	54,0 (51,0-57,0)	31,1 (28,4-34,0)	14,9 (12,8-17,2)
EL ALCALDE Y SU CAPACIDAD DE CONTROL DEL AVANCE DE LA PANDEMIA	77,6 (74,9-80,0)	16,8 (14,6-19,2)	5,6 (4,4-7,2)

Ante la posibilidad de tener que continuar con las restricciones sanitarias cerca de tres cuartas partes de la población consideró muy importante contar con apoyo financiero directo, contar con apoyo de alimentos, garantizar la vivienda y contar con apoyo emocional o psicológico (Tabla 6).

TABLA 5.
NIVEL DE AFECTACIÓN EMOCIONAL O TENSIÓN RELACIONADAS CON LA PANDEMIA POR LAS MEDIDAS DE CONTROL SANITARIO EN LIMA METROPOLITANA (OCTUBRE 2020)

SITUACIÓN	NADA O POCO % (95% IC)	REGULAR % (95% IC)	BASTANTE O MUCHO % (95% IC)
LA CUARENTENA (PASAR LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO EN CASA)	26,6 (23,9-29,4)	25,3 (22,7-28,1)	48,1 (45,1-51,1)
NO PODER VER A SU PAREJA, FAMILIARES O AMIGOS	28,1 (25,4-31,0)	23,2 (20,7-25,8)	48,8 (45,8-51,8)
CAMBIAR LA FORMA DE SALUDAR (NO DAR UN BESO, ABRAZO O LA MANO)	41,3 (38,3-44,3)	24,9 (22,4-27,5)	33,8 (31,1-36,7)
NO PODER TRABAJAR	21,1 (17,9-24,7)	8,1 (6,4-10,3)	70,8 (67,0-74,3)
NO PODER SEGUIR MIS ESTUDIOS	27,9 (20,6-36,8)	12,7 (7,6-20,5)	59,3 (50,1-67,9)
REALIZAR MIS ESTUDIOS EN FORMA REMOTA O VIRTUAL	42,2 (34,7-50,1)	18,4 (13,0-25,3)	39,4 (32,1-47,2)
NO CONCURRIR A LUGARES PÚBLICOS MASIVOS (CINE, CENTROS COMERCIALES, PLAYAS, RESTAURANTES, ETC.)	45,1 (42,1-48,1)	25,1 (22,6-27,7)	29,9 (27,3-32,6)
LA INFORMACIÓN DEL NÚMERO DE MUERTOS Y CONTAGIADOS POR CORONAVIRUS.	11,2 (9,5-13,2)	20,6 (18,1-23,3)	68,2 (65,3-71,0)
NO HACER DEPORTE O NO PODER IR AL GIMNASIO	59,5 (56,5-62,6)	15,7 (13,6-18,1)	24,7 (22,2-27,4)
NO PODER ACUDIR A LA PELUQUERÍA O SPA	77,5 (74,9-79,9)	13,4 (11,5-15,5)	9,2 (7,6-11,0)
USAR UN MEDIO DE TRANSPORTE PÚBLICO	40,1 (37,1-43,2)	23,2 (20,7-25,8)	36,7 (33,9-39,7)
ACUDIR A LUGARES PÚBLICOS CONCURRIDOS COMO MERCADOS, HOSPITALES, BANCOS, ETC.	30,5 (27,7-33,4)	27,4 (24,9-30,2)	42,1 (39,2-45,1)
TENER QUE SUPERVISAR LAS ACTIVIDADES REMOTAS DE EDUCACIÓN DE SUS HIJOS	39,4 (34,8-44,3)	16,9 (13,6-20,8)	43,7 (39,0-48,4)
REALIZAR TELETRABAJO O TRABAJO REMOTO	46,5 (40,3-52,7)	23,2 (18,3-29,0)	30,3 (24,7-36,5)

TABLA 6.
CONDICIONES E IMPORTANCIA PERCIBIDA POR LAS PERSONAS PARA PODER CONTINUAR CON LAS RESTRICCIONES SANITARIAS
DERIVADAS DE LA PANDEMIA EN LIMA METROPOLITANA (OCTUBRE 2020)

SITUACIÓN	NINGUNA O POCA IMPORTANCIA% (95% IC)	REGULAR IMPORTANCIA % (95% IC)	BASTANTE O MUCHA IMPORTANCIA % (95% IC)
CONTAR CON APOYO FINANCIERO DIRECTO	11,6 (9,7-13,7)	15,2 (13,1-17,4)	73,3 (70,5-75,9)
CONTAR CON APOYO DE ALIMENTOS EN FORMA SOSTENIDA	12,8 (10,9-15,1)	13,5 (11,5-15,8)	73,7 (70,9-76,3)
GARANTIZAR NO SER DESALOJADO DE MI VIVIENDA	15,4 (12,7-18,5)	11,4 (9,2-14,1)	73,2 (69,6-76,6)
TENER CLARO POR PARTE DEL GOBIERNO HASTA CUANDO DURARÁN LAS RESTRICCIONES	11,2 (9,4-13,3)	22,8 (20,3-25,5)	66,0 (63,0-68,8)
CONTAR CON APOYO EMOCIONAL O PSICOLÓGICO	8,3 (6,7-10,2)	14,6 (12,6-16,8)	77,1 (74,5-79,5)

En general, los sentimientos más frecuentes causados por la pandemia y reportados por los encuestados fueron la preocupación, pena, tristeza o depresión y el miedo o temor, tanto en hombres como en mujeres. En comparación con los hombres, las mujeres mencionaron con mayor frecuencia pena, tristeza o depresión, miedo o temor y desesperación o angustia (Tabla 7).

TABLA 7.
SENTIMIENTOS FRENTE A LA PANDEMIA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA (OCTUBRE 2020)

ESTADOS	MASCULINO (IC95%)	FEMENINO (IC95%)	TOTAL (IC95%)	ESTADÍSTICO
INDIFERENCIA	2,8 (1,7-4,5)	1,3 (0,7-2,2)	2,0 (1,4-2,9)	$FCORR=4,415$; $DF1=1$; $DF2=1818$ $p=0,036$
RESIGNACIÓN	4,0 (2,8-5,9)	4,9 (3,6-6,7)	4,5 (3,5-5,7)	$FCORR=,614$; $DF1=1$; $DF2=1818$ $p=0,433$
DESILUSIÓN	7,5 (5,7-10,0)	6,6 (5,0-8,6)	7,0 (5,8-8,6)	$FCORR=0,489$; $DF1=1$; $DF2=1818$ $p=0,485$
AMARGURA	5,3 (3,5-8,0)	3,8 (2,5-5,7)	4,5 (3,3-6,1)	$FCORR=1,305$; $DF1=1$; $DF2=1818$ $p=0,253$
RABIA	4,4 (3,1-6,3)	2,9 (2,0-4,1)	3,6 (2,8-4,7)	$FCORR=2,972$; $DF1=1$; $DF2=1818$ $p=0,085$
CÓLERA	13,3 (10,6-16,5)	11,5 (9,2-14,4)	12,4 (10,6-14,5)	$FCORR=0,797$; $DF1=1$; $DF2=1818$ $p=0,372$
PENA, TRISTEZA O DEPRESIÓN	32,3 (28,1-36,8)	47,5 (43,5-51,5)	40,2 (37,2-43,2)	$FCORR=24,319$; $DF1=1$; $DF2=1818$ $P<0,00001$
PREOCUPACIÓN	53,0 (48,5-57,5)	53,8 (49,7-57,7)	53,4 (50,4-56,4)	$FCORR=0,057$; $DF1=1$; $DF2=1818$ $p=0,812$
IMPOTENCIA	18,7 (15,6-22,1)	18,2 (15,4-21,4)	18,4 (16,3-20,7)	$FCORR=0,039$; $DF1=1$; $DF2=1818$ $p=0,843$
FRUSTRACIÓN	20,8 (17,4-24,7)	19,9 (16,9-23,3)	20,4 (18,1-22,9)	$FCORR=,134$; $DF1=1$; $DF2=1818$ $p=0,714$
DESESPERACIÓN O ANGUSTIA	10,1 (7,9-13,0)	14,1 (11,5-17,1)	12,2 (10,4-14,2)	$FCORR=4,024$; $DF1=1$; $DF2=1818$ $p=0,045$
INDIGNACIÓN	9,9 (7,7-12,6)	6,9 (5,2-9,1)	8,4 (6,9-10,1)	$FCORR=3,487$; $DF1=1$; $DF2=1818$ $p=0,062$
MIEDO O TEMOR	23,1 (19,8-26,8)	41,4 (37,5-45,4)	32,5 (29,9-35,3)	$FCORR=44,056$; $DF1=1$; $DF2=1818$ $P<0,00001$
NINGUNO	4,3 (2,8-6,7)	2,8 (1,5-5,1)	3,5 (2,4-5,1)	$FCORR=1,354$; $DF1=1$; $DF2=1818$ $p=0,245$
OTROS	5,4 (3,7-7,8)	2,6 (1,7-4,0)	4,0 (3,0-5,3)	$FCORR=6,422$; $DF1=1$; $DF2=1818$ $p=0,011$

INDICADORES DE SALUD MENTAL POSITIVA

Respecto a la calidad de vida en general, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. Sin embargo, en las áreas específicas, la mujer mostró una menor calidad de vida en las áreas de bienestar físico, bienestar psicológico o emocional y una mayor satisfacción espiritual (Tabla 8). Con relación a la satisfacción con la vida, 73,3% de la población adulta de Lima Metropolitana se encontró satisfecha o muy satisfecha con su vida, y 1 de 5 personas estaba insatisfecha o muy insatisfecha con su vida. Los hombres mostraron significativamente mayor satisfacción con la vida en comparación con las mujeres (Tabla 9A-9B).

TABLA 8.
CALIDAD DE VIDA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LA CIUDAD DE LIMA DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19 (OCTUBRE 2020), SEGÚN SEXO

CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA (IC95%)	E.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75	ESTADÍSTICOS
PUNTAJE TOTAL							
TOTAL	7,88 (7,82-7,94)	0,032	8,0	8,1	7,2	8,6	
MASCULINO	7,90 (7,80-7,99)	0,049	8,0	8,2	7,3	8,7	DF1=1; DF2= 1817 WALD F=,282; P=0,596
FEMENINO	7,86 (7,78-7,95)	0,043	8,0	8,1	7,2	8,6	
BIENESTAR FÍSICO							
TOTAL	7,52 (7,42-7,61)	0,049	8,0	8,0	7,0	9,0	
MASCULINO	7,73 (7,60-7,86)	0,068	8,0	8,0	7,0	9,0	DF1=1; DF2=1817 WALD F=17,551; P=0,00003
FEMENINO	7,32 (7,18-7,46)	0,070	8,0	8,0	6,0	8,0	
BIENESTAR PSICOLÓGICO O EMOCIONAL							
TOTAL	7,80 (7,71-7,90)	0,048	8,0	8,0	7,0	9,0	
MASCULINO	7,91 (7,78-8,05)	0,070	8,0	8,0	7,0	9,0	DF1=1; DF2=1817 WALD F=4,904; P=0,027
FEMENINO	7,70 (7,57-7,83)	0,066	8,0	8,0	7,0	9,0	
AUTOCUIDADO Y FUNCIONAMIENTO							
TOTAL	8,54 (8,46-8,63)	0,044	9,0	10,0	8,0	10,0	
MASCULINO	8,56 (8,43-8,68)	0,062	9,0	10,0	8,0	10,0	DF1=1; DF2=1817 WALD F=,093; P=0,760
FEMENINO	8,53 (8,41-8,65)	0,061	9,0	10,0	8,0	10,0	
FUNCIONAMIENTO OCUPACIONAL							
TOTAL	8,49 (8,40-8,58)	0,046	9,0	10,0	8,0	10,0	
MASCULINO	8,51 (8,37-8,64)	0,067	9,0	10,0	8,0	10,0	DF1=1; DF2=1815 WALD F=,118; P=0,731
FEMENINO	8,47 (8,35-8,60)	0,064	9,0	10,0	8,0	10,0	
FUNCIONAMIENTO INTERPERSONAL							
TOTAL	8,41 (8,32-8,50)	0,046	9,0	10,0	8,0	10,0	
MASCULINO	8,42 (8,29-8,56)	0,069	9,0	10,0	8,0	10,0	DF1=1; DF2=1817 WALD F=,040; P=0,842
FEMENINO	8,40 (8,28-8,53)	0,062	9,0	10,0	8,0	10,0	
APOYO SOCIAL-EMOCIONAL							
TOTAL	7,83 (7,72-7,93)	0,053	8,0	8,0	7,0	9,0	
MASCULINO	7,79 (7,63-7,95)	0,083	8,0	8,0	7,0	9,0	DF1=1; DF2=1814 WALD F=,434; P=0,510
FEMENINO	7,86 (7,73-7,99)	0,067	8,0	8,0	7,0	9,0	
APOYO COMUNITARIO Y DE SERVICIOS							
TOTAL	6,17 (6,02-6,33)	0,079	7,0	8,0	5,0	8,0	
MASCULINO	6,06 (5,82-6,30)	0,123	6,0	8,0	5,0	8,0	DF1=1; DF2=1808 WALD F=1,832; P=0,176
FEMENINO	6,28 (6,08-6,48)	0,103	7,0	7,0	5,0	8,0	
PLENITUD PERSONAL							
TOTAL	7,55 (7,45-7,66)	0,053	8,0	8,0	7,0	9,0	
MASCULINO	7,61 (7,47-7,75)	0,072	8,0	8,0	7,0	9,0	DF1=1; DF2=1815 WALD F=1,054; P=0,305
FEMENINO	7,50 (7,35-7,65)	0,077	8,0	8,0	6,0	9,0	

CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA (IC95%)	E.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75	ESTADÍSTICOS
SATISFACCIÓN ESPIRITUAL							
TOTAL	8,26 (8,17-8,35)	0,047	8,0	8,0	8,0	9,0	DF1=1; DF2=1815 WALD F=10,811; P=0,001
MASCULINO	8,10 (7,96-8,24)	0,073	8,0	8,0	7,0	9,0	
FEMENINO	8,41 (8,29-8,52)	0,058	9,0	8,0	8,0	10,0	
CALIDAD DE VIDA GLOBAL							
TOTAL	8,21 (8,12-8,30)	0,046	8,0	8,0	7,0	9,0	DF1=1; DF2=1815 WALD F=1,692; P=0,194
MASCULINO	8,27 (8,14-8,40)	0,067	8,0	8,0	8,0	9,0	
FEMENINO	8,15 (8,03-8,28)	0,062	8,0	8,0	7,0	9,0	

TABLA 9A.
SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19
(OCTUBRE 2020), SEGÚN SEXO

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA DE DIENER *	TOTAL (IC95%)	MASCULINO (IC95%)	FEMENINO (IC95%)	ESTADÍSTICOS
PUNTAJE PROMEDIO	17,34 (17,15-17,53)	17,60 (17,31-17,89)	17,10 (16,85-17,34)	DF1=1; DF2=1818 WALD F=6,751; P=0,009
MUY INSATISFECHO	1,4 (0,9-2,1)	0,6 (0,3-1,4)	2,1 (1,3-3,4)	FCORR=2,550; DF1=3,895; DF2=7080 P=0,039
INSATISFECHO	18,3 (16,2-20,7)	17,8 (14,7-21,3)	18,9 (16,0-22,1)	
NI SATISFECHO NI INSATISFECHO	7,0 (5,7-8,6)	6,3 (4,5-8,6)	7,7 (5,9-10,0)	
SATISFECHO	61,3 (58,4-64,1)	61,4 (57,1-65,6)	61,2 (57,3-65,0)	
MUY SATISFECHO	12,0 (10,2-14,0)	13,9 (11,3-17,1)	10,1 (8,0-12,8)	

* El puntaje neutral en la escala de satisfacción con la vida se ha considerado 15; por lo tanto, un puntaje de 16 a 20 se considera como satisfecho; de 14 a 10, insatisfecho; 21 a 25, muy satisfecho; y el 5 a 9, muy insatisfecho.

TABLA 9B.
SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19
(OCTUBRE 2020), SEGÚN SEXO

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA DE DIENER * (ESCALA DE 5 A 25)	MEDIA (IC95%)	E.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75	ESTADÍSTICOS
TOTAL	17,34 (17,15-17,53)	0,097	18	20	15	20	DF1=1; DF2=1818 WALD F=6,751; P=0,009
MASCULINO	17,60 (17,31-17,89)	0,148	18	20	16	20	
FEMENINO	17,10 (16,85-17,34)	0,126	18	20	15	20	

* El puntaje neutral en la escala de satisfacción con la vida se ha considerado 15; por lo tanto, un puntaje de 16 a 20 se considera como satisfecho; de 14 a 10, insatisfecho; 21 a 25, muy satisfecho; y el 5 a 9, muy insatisfecho

INDICADORES DE SALUD MENTAL NEGATIVA

NIVEL DE ESTRÉS

Con relación al nivel de estrés, un 57,2% de las personas entrevistadas presentaba un estrés de moderado a alto. Las mujeres mostraron un nivel de estrés significativamente más elevado que los varones; 64,3% de las mujeres mostraron un estrés de moderado a severo en comparación con 49,7% de los hombres. (Tabla 10).

TABLA 10.
NIVEL DE ESTRÉS EN LA POBLACIÓN ADULTA EN LIMA METROPOLITANA DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19 (OCTUBRE 2020), SEGÚN SEXO

ESCALA DE PERCEPCIÓN DE ESTRÉS *(CATEGÓRICO)	TOTAL (IC95%)	MASCULINO (IC95%)	FEMENINO (IC95%)	ESTADÍSTICOS
PROMEDIO	14,7 (14,3-15,1)	13,7 (13,1-14,3)	15,6 (15,1-16,1)	$F_{DEWALD}=23,789$ $DF1=1; DF2=1818$ $p<0,00001$
ALTO	3,4 (2,4-4,7)	2,8 (1,5-5,0)	4,0 (2,7-5,7)	$FCORR=10,852$ $DF1=1,986; DF2=3611$ $p=0,00002$
MODERADO	53,8 (50,8-56,8)	46,9 (42,5-51,3)	60,3 (56,3-64,1)	
NORMAL O BAJO	42,8 (39,9-45,8)	50,4 (45,9-54,8)	35,7 (32,0-39,6)	

* El puntaje de la PSS-10 va de 0 a 40, indicando los puntajes mayores una mayor percepción de estrés psicológico. Puntajes de 0 a 13 se consideran bajo estrés; puntajes entre 14 y 26, estrés moderado y puntajes de 27 a 40 se consideran de alta percepción de estrés.

CALIDAD DE SUEÑO

El 54,6% de la población de Lima Metropolitana tenía un problema de sueño que ameritaba atención médica y al menos 22,7% requería tratamiento. Un 23,6% de la población calificaba su sueño como malo. Solo algo más de un tercio de la población dormía la cantidad de horas recomendada como saludable (>de 7hrs). Un 8,4% había tomado alguna medicación para dormir en el último mes; y 63,6% tenía algún tipo de disfunción diurna relacionada con sueño. Con relación a la calidad de sueño, las mujeres mostraron significativamente más problemas de sueño que los varones. Un 49,9% de los varones requería alguna atención médica, mientras que un 59,0% de las mujeres lo necesitaba. En el 3,4% (IC95 2,0-5,8) de las mujeres se trataría de un problema de sueño grave, mientras que 0,5% (IC95% 0,2-1,3) lo sería en los varones. La diferencia en la calidad de sueño entre varones y mujeres se dio en todos los componentes. La latencia del sueño estuvo severamente alterada en el 7,5% (IC95% 5,5-10,0) de los varones y 13,6% (IC95% 11,0-16,6) de las mujeres. El 40,1% (IC95% 35,9-44,5) de los varones no tuvo ninguna perturbación del sueño, mientras que 27,0% (IC95% 23,6-30,7) de las mujeres no lo tuvo. El 11,1% de las mujeres tomó alguna vez medicación para dormir en el último mes, y al menos 8,1% lo había hecho en la última semana. En el caso de los varones 5,6% tomó alguna mediación para dormir en el último mes y 4,3% lo había hecho en la última semana. Por otro lado, 21,6% de las mujeres y 14,2% de los varones presentaron disfunción diurna de moderada a severa.

TABLA 11.
CALIDAD DE SUEÑO EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19, SEGÚN SEXO

COMPONENTES	TOTAL (IC95%)	MASCULINO (IC95%)	FEMENINO (IC95%)	ESTADÍSTICOS
CALIDAD DE SUEÑO				
BASTANTE BUENO	12,5(10,8-14,5)	15,9(12,9-19,5)	9,3(7,6-11,5)	F=6,264; DF1=2,963; DF2=5387,443; p=0,000
BUENO	63,8(60,9-66,6)	65,0(60,6-69,1)	62,7(58,7-66,5)	
MALO	20,5(18,2-23,1)	16,5(13,4-20,1)	24,3(20,9-28,0)	
BASTANTE MALO	3,1(2,2-4,4)	2,6(1,6-4,3)	3,6(2,3-5,8)	
LATENCIA DEL SUEÑO				
APROPIADA	37,2(34,3-40,2)	40,6(36,2-45,2)	34,0(30,3-37,9)	F=4,680; DF1=2,966; DF2=5446,035; p=0,003
LEVE ALTERACIÓN	34,1(31,4-37,0)	35,3(31,2-39,5)	33,0(29,4-36,9)	
MODERADA ALTERACIÓN	18,1(15,9-20,5)	16,6(13,5-20,3)	19,4(16,4-22,8)	
SEVERA ALTERACIÓN	10,6(8,9-12,6)	7,5(5,5-10,0)	13,6(11,0-16,6)	
DURACIÓN DEL SUEÑO				
MÁS DE 7 HORAS	37,9(35,0-40,9)	35,4(31,1-39,8)	40,3(36,5-44,3)	F=1,040; DF1=2,997; DF2=5448,951; p=0,0373
ENTRE 6 Y 7 HORAS	26,2(23,7-28,9)	27,5(23,8-31,5)	25,0(21,7-28,6)	
ENTRE 5 Y 6 HORAS	27,8(25,2-30,6)	29,3(25,4-33,5)	26,4(23,0-30,2)	
MENOS DE 5 HORAS	8,1(6,6-9,9)	7,9(5,8-10,7)	8,2(6,3-10,7)	

COMPONENTES	TOTAL (IC95%)	MASCULINO (IC95%)	FEMENINO (IC95%)	ESTADÍSTICOS
EFICIENCIA DEL SUEÑO				
MÁS DEL 85 %	68,5(65,6-71,2)	72,4(68,1-76,3)	64,8(60,8-68,6)	F=4,118; DF1=2,998; DF2=5450,399; p=0,006
DEL 75 AL 84 %	20,8(18,4-23,4)	20,2(16,6-24,2)	21,4(18,3-24,8)	
DEL 65 AL 74 %	6,0(4,7-7,7)	4,3(2,8-6,4)	7,6(5,5-10,3)	
MENOS DEL 65 %	4,8(3,6-6,2)	3,1(1,9-5,1)	6,3(4,5-8,7)	
PERTURBACIONES DEL SUEÑO				
NINGUNA PERTURBACIÓN	33,4(30,6-36,2)	40,1(35,9-44,5)	27,0(23,6-30,7)	F=11,245; DF1=2,248; DF2=4086,742; p<=0,00001
ENTRE 1 Y 9	62,7(59,8-65,5)	57,1(52,7-61,5)	67,9(64,1-71,5)	
ENTRE 10 Y 18	3,9(3,0-5,2)	2,7(1,7-4,4)	5,0(3,6-7,1)	
ENTRE 19 Y 27	0,0(0,0-0,1)	-	0,0(0,0-0,2)	
MEDICACIÓN PARA DORMIR				
NINGUNA VEZ EN ÚLTIMAS 4 SEM.	91,6(89,3-93,4)	94,4(90,8-96,7)	88,9(85,6-91,5)	F=2,752; DF1=2,819; DF2=5125,658; p=0,045
MENOS DE UNA VEZ A LA SEMANA	2,2(1,4-3,4)	1,3(0,5-3,1)	3,0(1,7-5,0)	
UNA O DOS VECES A LA SEMANA	1,7(1,1-2,8)	0,7(0,2-2,2)	2,7(1,6-4,5)	
TRES O MÁS VECES A LA SEMANA	4,5(3,1-6,6)	3,6(1,8-7,2)	5,4(3,5-8,2)	
DISFUNCIÓN DIURNA				
NINGUNA	36,4(33,6-39,4)	40,1(35,8-44,6)	33,0(29,3-37,0)	F=4,243; DF1=2,997; DF2=5448,848; p=0,005
LEVE	45,5(42,6-48,5)	45,7(41,3-50,1)	45,4(41,5-49,4)	
MODERADA	13,0(11,2-15,1)	9,6(7,3-12,5)	16,2(13,5-19,3)	
SEVERA	5,0(3,8-6,5)	4,6(3,1-7,0)	5,4(3,8-7,6)	
PUNTAJE TOTAL				
SIN PROBLEMA DE SUEÑO (SCORE <5)	45,4(42,5-48,4)	50,1(45,7-54,6)	41,0(37,2-44,9)	F=7,217; DF1=2,953; DF2=5369,303; p<=0,0000
MERECE ATENCIÓN MÉDICA	31,9(29,1-34,9)	31,7(27,5-36,2)	32,2(28,5-36,1)	
MERECE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO MÉDICO	20,7(18,3-23,2)	17,7(14,5-21,4)	23,4(20,2-27,0)	
SE TRATA DE UN PROBLEMA DE SUEÑO GRAVE	2,0(1,2-3,2)	0,5(0,2-1,3)	3,4(2,0-5,8)	

DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL EN EL CUIDADO PERSONAL, FAMILIAR, SOCIAL, OCUPACIONAL Y ORGANIZACIONAL

El 30,5% (IC95% 27,7-33,4) de la población de Lima Metropolitana presentó algún tipo de discapacidad psicosocial al momento de la entrevista, y 13% presentó alguna discapacidad de moderada a severa. En general, las mujeres se percibieron con mayor discapacidad psicosocial que los varones. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres con respecto al cuidado personal y a las funciones familiares, como madre, esposa o hija. Con respecto a la discapacidad global hubo diferencias entre hombre y mujeres solo en los niveles discapacidad leve (Tabla 12).

TABLA 12.
DISCAPACIDAD O INHABILIDAD ESPECÍFICA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA DURANTE LA PANDEMIA, SEGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD, Y SEXO

DIFICULTADES O LIMITACIONES	TOTAL (IC95%)	MASCULINO (IC95%)	FEMENINO (IC95%)	ESTADÍSTICOS
MANTENER REGULARMENTE EL ASEO DE SU CUERPO, SU ALIÑO O ARREGLO PERSONAL				
NINGUNA	89,7(87,7-91,4)	91,9(89,1-94,1)	87,6(84,6-90,1)	F=3,212; DF1=3,904; DF2=7097,170; P=0,013
LEVE	6,7(5,4-8,4)	5,3(3,7-7,6)	8,0(6,1-10,6)	
MODERADA	3,0(2,1-4,2)	2,0(1,1-3,5)	3,9(2,5-5,9)	
SEVERA	0,4(0,1-1,4)	0,8(0,2-2,9)	0,1(0,0-0,6)	
TOTAL O ABSOLUTA	0,2(0,0-0,7)	-	0,4(0,1-1,4)	
DESEMPEÑAR EFICIENTEMENTE SUS OCUPACIONES (ESTUDIOS, TRABAJOS O CASA)				
NINGUNA	81,5(78,8-83,9)	84,8(80,6-88,1)	78,5(74,8-81,8)	F=1,507; DF1=3,334; DF2=6061,641; P=0,206
LEVE	11,5(9,6-13,7)	8,6(6,3-11,6)	14,2(11,5-17,5)	
MODERADA	5,1(3,9-6,7)	4,6(3,1-6,8)	5,6(3,9-8,0)	
SEVERA	1,0(0,5-2,0)	0,9(0,2-3,0)	1,1(0,5-2,4)	
TOTAL O ABSOLUTA	0,9(0,2-3,2)	1,2(0,2-7,8)	0,6(0,2-1,9)	

DIFICULTADES O LIMITACIONES	TOTAL (IC95%)	MASCULINO (IC95%)	FEMENINO (IC95%)	ESTADÍSTICOS
ASUMIR Y DESEMPEÑAR SATISFACTORIAMENTE SUS FUNCIONES COMO MADRE, PADRE, ESPOSO(A) O HIJO(A)				
NINGUNA	87,3(85,1-89,2)	89,5(86,5-91,9)	85,2(82,0-87,9)	F=3,806; DF1=3,329; DF2=6052,131; P=0,007
LEVE	8,0(6,5-9,7)	6,1(4,3-8,5)	9,7(7,5-12,4)	
MODERADA	4,3(3,2-5,7)	3,6(2,3-5,5)	5,0(3,5-7,1)	
SEVERA	0,4(0,1-1,4)	0,8(0,2-3,0)	0,0(0,0-0,3)	
TOTAL O ABSOLUTA	0,1(0,0-0,3)	-	0,1(0,0-0,5)	
RELACIONARSE CON SUS FAMILIARES, AMIGOS, VECINOS Y PERSONAS EN GENERAL				
NINGUNA	89,9(88,0-91,6)	91,1(88,2-93,3)	88,8(86,1-91,1)	F=0,408; DF1=3,535; DF2=6427,229; P=0,779
LEVE	5,6(4,4-7,0)	4,8(3,4-6,7)	6,3(4,6-8,5)	
MODERADA	3,6(2,6-4,9)	3,2(1,9-5,3)	4,0(2,8-5,8)	
SEVERA	0,7(0,3-1,9)	0,8(0,2-3,2)	0,7(0,2-2,3)	
TOTAL O ABSOLUTA	0,2(0,1-0,6)	0,2(0,0-1,2)	0,2(0,0-1,0)	
PLANIFICAR SUS ACTIVIDADES, LUEGO ORGANIZARLAS Y EJECUTARLAS				
NINGUNA	86,2(84,1-88,1)	88,1(84,9-90,7)	84,5(81,3-87,1)	F=2,106; DF1=3,793; DF2=6895,871; P=0,081
LEVE	9,1(7,6-11,0)	7,6(5,6-10,2)	10,6(8,4-13,3)	
MODERADA	3,7(2,7-5,0)	3,1(1,9-4,9)	4,3(2,9-6,4)	
SEVERA	0,8(0,4-1,7)	1,2(0,5-3,1)	0,5(0,2-1,2)	
TOTAL O ABSOLUTA	0,1(0,0-0,4)	-	0,2(0,0-0,7)	
AL MENOS ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD				
PREVALENCIA ACTUAL	30,5(27,7-33,4)	25,8(21,9-30,2)	34,8(31,0-38,8)	F=9,190; DF1=1; DF2=1818; P=0,002
DISCAPACIDAD GLOBAL ACTUAL SEGÚN NIVELES				
NINGUNA	69,5(66,6-72,3)	74,2(69,8-78,1)	65,2(61,2-69,0)	F=3,411; DF1=2,699; DF2=4906,436; P=0,021
LEVE	17,4(15,3-19,8)	13,5(10,7-16,8)	21,2(18,0-24,7)	
MODERADA	10,1(8,4-12,1)	9,1(6,9-11,9)	11,0(8,6-13,9)	
SEVERA O ABSOLUTA	2,9(1,8-4,8)	3,3(1,4-7,2)	2,6(1,5-4,4)	

INDICADORES SUICIDAS

En el último mes, un 8,6% (IC95% 7,1-19,4) de las personas adultas de Lima Metropolitana pensaron que sería mejor estar muerta o desearon morir, y 0,2% (IC95% 0,1-0,5) intentó suicidarse. En el 34,5% (IC95% 25,9-44,4) de quienes desearon morir o hacerse daño la motivación estuvo relacionada con la pandemia. El riesgo de suicidio fue de nivel alto en el 0,8 (IC% (0,5-1,5) de la muestra. No se encontraron diferencias significativas en los indicadores suicidas entre mujeres y varones salvo en el pensamiento de querer hacerse daño en el que se observó una tendencia significativamente mayor en las mujeres (p=0,049).

TABLA 13.
INDICADORES SUICIDAS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19, SEGÚN SEXO DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

INDICADORES SUICIDAS	TOTAL (IC95%)	MASCULINO (IC95%)	FEMENINO (IC95%)	ODDS RATIO (IC-95%)	ESTADÍSTICOS
INDICADOR					
¿HA PENSADO QUE SERÍA MEJOR ESTAR MUERTO(A), O DESEADO ESTAR MUERTO(A)?	8,6 (7,1-10,4)	7,8 (5,6-10,6)	9,5 (7,5-11,9)	1,24 (0,81-1,91)	F=0,984; DF1=1; DF2=1818; P=0,321
¿HA QUERIDO HACERSE DAÑO?	1,3 (0,8-2,0)	0,7 (0,3-1,5)	1,8 (1,0-3,0)	2,56 (0,97-6,77)	F=3,873; DF1=1; DF2=1818; P=0,049
¿HA PENSADO EN SUICIDARSE?	1,6 (1,1-2,4)	1,5 (0,8-2,7)	1,8 (1,0-3,0)	1,19 (0,53-2,69)	F=0,176; DF1=1; DF2=1818; P=0,675
¿HA PLANEADO LA MANERA DE CÓMO PODRÍA SUICIDARSE?	0,7 (0,4-1,3)	0,5 (0,2-1,3)	0,9 (0,4-2,0)	1,82 (0,52-6,35)	F=0,908; DF1=1; DF2=1818; P=0,341
¿HA REALIZADO UN INTENTO DE SUICIDIO?	0,2 (0,1-0,5)	0,3 (0,1-0,9)	0,1 (0,0-0,5)	0,44 (0,07-2,87)	F=0,771; DF1=1; DF2=1818; P=0,380
SE HAN RELACIONADO ESTOS SENTIMIENTOS O DESEADO ESTAR MUERTO O HACERSE DAÑO CON LA PANDEMIA	34,5 (25,9-44,4)	36,2 (22,3-52,8)	33,2 (23,1-45,2)	0,88 (0,38-2,05)	F=0,090; DF1=1; DF2=1818; P=0,764

INDICADORES SUICIDAS	TOTAL (IC95%)	MASCULINO (IC95%)	FEMENINO (IC95%)	ODDS RATIO (IC-95%)	ESTADÍSTICOS
SEVERIDAD DEL RIESGO SUICIDA					
AUSENTE	89,0 (87,1-90,7)	91,0 (88,0-93,2)	87,2 (84,4-89,5)	F=2,244; DF1=2,863; DF2=5204,126; P=0,084	
BAJO	9,3 (7,7-11,1)	7,5 (5,4-10,4)	10,9 (8,8-13,5)		
MODERADO	0,9 (0,5-1,4)	0,7 (0,4-1,5)	0,9 (0,5-1,4)		
ALTO	0,8 (0,5-1,5)	0,5 (0,2-1,3)	1,2 (0,6-2,3)		

TRASTORNOS MENTALES

Un tercio de la población de Lima Metropolitana había padecido algún trastorno mental alguna vez en su vida, 1 de cada 5 personas lo había padecido en el último año y 1 de cada 8, lo estaba padeciendo al momento de la entrevista (Tabla 14). La prevalencia de algún trastorno mental en los últimos 12, 6 meses y actual fue del 19,6% (IC95% 17,4-21,9), 17,8% (IC95% 15,7-20,0) y 12,5% (IC95% 10,8-14,5) respectivamente. Las mujeres presentaron una mayor prevalencia de vida, anual y actual de cualquier trastorno mental en comparación con los hombres. Las mujeres presentaron 1,6 veces mayores probabilidades de tener algún trastorno mental en el último año y en los últimos 6 meses. Esta tendencia se mantuvo para los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos en general. No así en cambio, para la prevalencia de abuso o dependencia de cualquier sustancia (alcohol, tabaco o marihuana) donde la prevalencia más elevada se encontró en los varones, quienes tenían 4,7 veces mayores probabilidades de tener problemas de uso perjudicial o dependencia de alcohol que las mujeres (Tabla 14).

TABLA 14.
PREVALENCIA DE VIDA, ANUAL, DE SEIS MESES Y ACTUAL DE TRASTORNOS MENTALES EN POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA DURANTE LA PANDEMIA (OCTUBRE 2020), SEGÚN SEXO

TRASTORNOS MENTALES	TOTAL (IC95%)	MASCULINO (IC95%)	FEMENINO (IC95%)	ODDS RATIO (IC-95%)	ESTADÍSTICOS
PREVALENCIA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO					
VIDA*	32,8 (30,1-35,6)	24,3 (20,8-28,2)	40,7 (36,9-44,7)	2,14 (1,65-2,76)	F=33,981; DF1=1; DF2=1818; P<=0,00001
ANUAL	19,6 (17,4-21,9)	15,7 (12,8-19,1)	23,2 (20,2-26,6)	1,63 (1,21-2,20)	F=10,371; DF1=1; DF2=1818; P=0,001
6 MESES**	17,8 (15,7-20,0)	14,2 (11,5-17,5)	21,1 (18,1-24,4)	1,61 (1,18-2,19)	F=9,271; DF1=1; DF2=1818; P=0,002
ACTUAL**	12,5 (10,8-14,5)	11,0 (8,6-14,0)	13,9 (11,5-16,7)	1,31 (0,92-1,86)	F=2,242; DF1=1; DF2=1818; P=0,134
PREVALENCIA DE CUALQUIER TRASTORNO DE ANSIEDAD ***					
VIDA	17,1 (15,1-19,4)	11,5 (9,0-14,6)	22,4 (19,3-25,8)	2,22 (1,59-3,09)	F=22,895; DF1=1; DF2=1818; P<=0,00001
ANUAL	9,8 (8,3-11,6)	7,2 (5,2-9,9)	12,3 (10,1-14,9)	1,81 (1,20-2,74)	F=8,191; DF1=1; DF2=1818; P=0,004
6 MESES	9,0 (7,5-10,7)	6,4 (4,6-8,9)	11,4 (9,3-14,0)	1,89 (1,24-2,89)	F=8,932; DF1=1; DF2=1818; P=0,003
ACTUAL	6,7 (5,5-8,3)	5,0 (3,4-7,4)	8,3 (6,5-10,6)	1,71 (1,06-2,77)	F=4,855; DF1=1; DF2=1818; P=0,028
PREVALENCIA DE EPISODIO DEPRESIVO					
VIDA	24,7 (22,3-27,3)	17,1 (14,1-20,5)	31,9 (28,3-35,7)	2,27 (1,71-30,1)	F=33,392; DF1=1; DF2=1818; P<=0,00001
ANUAL	13,6 (11,7-15,7)	9,7 (7,5-12,5)	17,2 (14,4-20,4)	1,93 (1,36-2,73)	F=13,857; DF1=1; DF2=1818; P=0,0002
6 MESES	12,3 (10,5-14,3)	8,9 (6,8-11,6)	15,4 (12,8-18,4)	1,86 (1,28-2,68)	F=11,127; DF1=1; DF2=1818; P=0,001
ACTUAL	7,5 (6,1-9,1)	5,3 (3,6-7,6)	9,5 (7,5-12,0)	1,89 (1,19-3,02)	F=7,432; DF1=1; DF2=1818; P=0,0062
PREVALENCIA DE USO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA CUALQUIER SUSTANCIA ****					
ANUAL	2,2 (1,6-3,2)	3,4 (2,2-5,2)	1,2 (0,6-2,2)	0,34 (0,16-0,75)	F=7,959; DF1=1; DF2=1818; P=0,005

* En dependencia o consumo perjudicial de sustancias se incluye solo la prevalencia anual.

** Se incluye la prevalencia anual de consumo perjudicial o dependencia de sustancias nocivas.

*** Trastornos de ansiedad: incluye agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés posttraumático y fobia social.

**** Incluye alcohol, tabaco y marihuana

Con relación a la prevalencia de los trastornos mentales específicos, el trastorno más frecuente fue el episodio depresivo, tanto en prevalencia de vida, como en prevalencia anual, con 24,7 (IC95% 22,3-27,3) y 13,6 (IC95% 11,7-15,7) respectivamente; en ambos casos fue más frecuente el episodio depresivo severo (Tabla 15). Resaltaron también el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Este último ocupó el segundo lugar en la prevalencia anual de trastornos mentales con 4,1% (IC95% 3,1-5,4). Respecto a las diferencias entre sexos, la mujer presentó con mayor frecuencia episodio depresivo, TEPT y TAG, en comparación con los varones. El sexo masculino presenta con mayor frecuencia uso perjudicial o dependencia de alcohol en comparación con el femenino.

TABLA 15.

PREVALENCIA DE VIDA Y ANUAL DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS MENTALES EN LA POBLACIÓN, DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19 EN LIMA METROPOLITANA (OCTUBRE 2020)

TRASTORNOS MENTALES SEGÚN LA CIE-10	TOTAL (IC95%)	MASCULINO (IC95%)	FEMENINO (IC95%)	ODDS RATIO (IC95%)	ESTADÍSTICOS
EPISODIO DEPRESIVO VIDA	24,7(22,3-27,3)	17,1(14,1-20,5)	31,9(28,3-35,7)	2,27(1,71-3,01)	FCORR=33,392; DF1=1; DF2=1818; p<=0,00001
LEVE	4,9(3,8-6,2)	3,0(2,1-4,4)	6,6(4,9-9,0)	2,26(1,38-3,72)	FCORR=10,942; DF1=1; DF2=1818; p=0,001
MODERADO	8,1(6,6-9,8)	6,4(4,5-8,9)	9,7(7,6-12,2)	1,58(1,01-2,46)	FCORR =4,070; DF1=1; DF2=1818; p=0,044
SEVERO	11,8(10,0-13,7)	7,7(5,7-10,3)	15,6(12,9-18,6)	2,21(1,50-3,27)	FCORR =16,598; DF1=1; DF2=1818; p=0,00005
EPISODIO DEPRESIVO ANUAL	13,6(11,7-15,7)	9,7(7,5-12,5)	17,2(14,4-20,4)	1,93(1,36-2,73)	FCORR =13,857; DF1=1; DF2=1818; p=0,0002
LEVE	2,6(1,8-3,8)	1,2(0,7-2,1)	4,0(2,6-6,1)	3,28(1,63-6,61)	FCORR =12,321; DF1=1; DF2=1818; p=0,0005
MODERADO	4,4(3,3-5,8)	3,4(2,1-5,5)	5,3(3,8-7,4)	1,58(0,85-2,93)	FCORR =2,171; DF1=1; DF2=1818; p=0,141
SEVERO	6,6(5,4-8,0)	5,1(3,6-7,2)	7,9(6,2-10,1)	1,61(1,02-2,55)	FCORR =4,291; DF1=1; DF2=1818; p=0,038
AGORAFOBIA VIDA	2,7(1,9-3,7)	2,4(1,4-4,1)	2,9(1,9-4,4)	1,20(0,60-2,40)	FCORR =0,253; DF1=1; DF2=1818; p=0,615
AGORAFOBIA ANUAL	1,8(1,2-2,8)	1,4(0,6-2,9)	2,3(1,4-3,7)	1,69(0,68-4,23)	FCORR =1,304; DF1=1; DF2=1818; p=0,254
TRASTORNO DE PÁNICO VIDA	1,6 (1,1-2,5)	1,2 (0,6-2,3)	2,1 (1,2-3,6)	1,78 (0,75-4,23)	FCORR=1,734; DF1=1; DF2=1818; p=0,188
TRASTORNO DE PÁNICO ANUAL	1,0 (0,6-1,7)	0,6 (0,3-1,4)	1,4 (0,8-2,6)	2,34 (0,82-6,68)	FCORR=2,701; DF1=1; DF2=1818; p=0,100
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO VIDA	7,9(6,5-9,6)	4,2(2,9-6,1)	11,4(9,1-14,1)	2,95(1,85-4,70)	FCORR =22,325; DF1=1; DF2=1818; p<=0,00001
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ANUAL	2,9(2,1-3,9)	1,8(1,0-3,3)	3,8(2,7-5,5)	2,18(1,06-4,46)	FCORR=4,724; DF1=1; DF2=1818; p=0,030
FOBIA SOCIAL VIDA	2,0(1,4-3,0)	1,8(0,9-3,6)	2,2(1,4-3,5)	1,19(0,51-2,75)	FCORR =0,167; DF1=1; DF2=1818; p=0,683
FOBIA SOCIAL ANUAL	1,4(0,9-2,2)	1,4(0,7-2,8)	1,5(0,9-2,6)	1,09(0,44-2,75)	FCORR =0,037; DF1=1; DF2=1818; p=0,848
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA VIDA	6,4(5,1-8,0)	4,5(2,8-7,0)	8,2(6,4-10,4)	1,90(1,10-3,30)	FCORR =5,391; DF1=1; DF2=1818; p=0,020
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ANUAL	4,1(3,1-5,4)	2,9(1,6-5,2)	5,2(3,8-7,0)	1,84(0,93-3,65)	FCORR =3,160; DF1=1; DF2=1818; p=0,076
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO VIDA	0,4(0,2-1,1)	0,4(0,1-2,0)	0,4(0,1-1,4)	1,07(0,15-7,69)	FCORR =0,004; DF1=1; DF2=1818; p=0,947
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO ANUAL	0,1(0,1-0,4)	0,1(0,0-0,6)	0,2(0,1-0,6)	2,36(0,24-23,23)	FCORR =0,579; DF1=1; DF2=1818; p=0,447
CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DE ALCOHOL ANUAL	1,3(0,8-2,2)	2,2(1,3-3,9)	0,5(0,2-1,4)	0,21(0,06-0,73)	FCORR =7,302; DF1=1; DF2=1818; p=0,007
CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DE TABACO ANUAL	1,0(0,6-1,7)	1,4(0,7-2,7)	0,7(0,3-1,5)	0,51(0,19-1,39)	FCORR =1,814; DF1=1; DF2=1818; p=0,178

Respecto a la prevalencia a 6 meses y actual de trastornos mentales, las cuales coincidieron con el periodo de pandemia, se mantuvo una mayor prevalencia de episodio depresivo en la mujer en comparación con los varones; igualmente se mantiene una mayor prevalencia de TAG en las mujeres con una probabilidad 2 veces mayor de padecerla en comparación con los hombres (Tabla 16).

TABLA 16.
PREVALENCIA EN LOS SEIS ÚLTIMOS MESES Y ACTUAL DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS MENTALES EN LA POBLACIÓN ADULTA DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19 EN LIMA METROPOLITANA (OCTUBRE 2020) (N=1823)

TRASTORNOS MENTALES SEGÚN LA CIE-10	TOTAL % (95% IC)	MASCULINO % (95% IC)	FEMENINO % (95% IC)	ODDS RATIO % (95% IC)	ESTADÍSTICOS
EPISODIO DEPRESIVO 6 MESES	12,3 (10,5-14,3)	8,9 (6,8-11,6)	15,4 (12,8-18,4)	1,86 (1,28-2,68)	$F=11,127$; $DF1=1$; $DF2=1818$; $p=0,001$
LEVE	2,5 (1,7-3,6)	0,9 (0,5-1,7)	3,9 (2,5-6,0)	4,35 (2,02-9,34)	$F=16,763$; $DF1=1$; $DF2=1818$; $p=0,00004$
MODERADO	3,8 (2,8-5,2)	3,2 (1,9-5,3)	4,5 (3,1-6,4)	1,42 (0,74-2,72)	$F=1,107$; $DF1=1$; $DF2=1818$; $p=0,293$
SEVERO	5,9 (4,8-7,3)	4,8 (3,3-6,9)	7,0 (5,4-9,1)	1,50 (0,93-2,40)	$F=2,805$; $DF1=1$; $DF2=1818$; $p=0,094$
EPISODIO DEPRESIVO ACTUAL	7,5 (6,1-9,1)	5,3 (3,6-7,6)	9,5 (7,5-12,0)	1,89 (1,19-3,02)	$F=7,432$; $DF1=1$; $DF2=1818$; $p=0,006$
LEVE	1,2 (0,7-2,1)	0,3 (0,1-0,8)	2,0 (1,1-3,8)	6,77 (2,01-22,74)	$F=12,793$; $DF1=1$; $DF2=1818$; $p=0,00036$
MODERADO	2,0 (1,3-3,0)	1,9 (0,9-3,8)	2,1 (1,3-3,4)	1,14 (0,47-2,76)	$F=0,082$; $DF1=1$; $DF2=1818$; $p=0,774$
SEVERO	4,3 (3,3-5,5)	3,1 (2,0-4,9)	5,4 (4,0-7,3)	1,78 (1,02-3,12)	$F=4,172$; $DF1=1$; $DF2=1818$; $p=0,041$
AGORAFOBIA 6 MESES	1,6 (1,0-2,6)	1,1 (0,5-2,7)	2,1 (1,2-3,5)	1,83 (0,65-5,16)	$F=1,355$; $DF1=1$; $DF2=1818$; $p=0,245$
AGORAFOBIA ACTUAL	1,0 (0,6-1,8)	0,5 (0,1-1,9)	1,4 (0,8-2,7)	2,83 (0,66-12,13)	$F=2,140$; $DF1=1$; $DF2=1818$; $p=0,144$
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO 6 MESES	2,6 (1,9-3,6)	1,8 (1,0-3,3)	3,4 (2,3-5,0)	1,90 (0,91-3,96)	$F=3,017$; $DF1=1$; $DF2=1818$; $p=0,083$
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ACTUAL	1,5 (1,0-2,3)	1,2 (0,6-2,4)	1,8 (1,1-3,1)	1,53 (0,63-3,67)	$F=0,905$; $DF1=1$; $DF2=1818$; $p=0,342$
FOBIA SOCIAL 6 MESES	1,3 (0,8-2,1)	1,2 (0,5-2,7)	1,5 (0,8-2,6)	1,23 (0,46-3,32)	$F=0,172$; $DF1=1$; $DF2=1818$; $p=0,678$
FOBIA SOCIAL ACTUAL	0,9 (0,5-1,7)	1,1 (0,5-2,6)	0,8 (0,4-1,6)	0,67 (0,22-2,06)	$F=0,490$; $DF1=1$; $DF2=1818$; $p=0,484$
TRASTORNO DE PÁNICO 6 MESES	0,8 (0,5-1,4)	0,5 (0,2-1,2)	1,1 (0,6-2,2)	2,48 (0,78-7,82)	$F=2,552$; $DF1=1$; $DF2=1818$; $p=0,110$
TRASTORNO DE PÁNICO ACTUAL	0,4 (0,2-0,8)	0,3 (0,1-0,7)	0,4 (0,1-1,2)	1,43 (0,35-5,87)	$F=0,244$; $DF1=1$; $DF2=1818$; $p=0,622$
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA 6 MESES	3,7 (2,8-4,9)	2,4 (1,4-4,4)	4,9 (3,6-6,7)	2,06 (1,04-4,09)	$F=4,450$; $DF1=1$; $DF2=1818$; $p=0,035$
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO 6 MESES	0,1 (0,0-0,3)	0,1 (0,0-0,6)	0,1 (0,0-0,5)	1,34 (0,12-15,08)	$F=0,057$; $DF1=1$; $DF2=1818$; $p=0,811$
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO ACTUAL	0,1 (0,0-0,2)	0,0	0,1 (0,0-0,5)	-	$FCORR=1,817$; $DF1=1$; $DF2=1818$; $p=0,178$

La tabla 17 muestra los factores sociodemográficos asociados a la presencia anual o a 6 meses de los trastornos mentales y observamos que la presencia de cualquier trastorno se asoció con el sexo (mayor en el sexo femenino), con la edad (mayor entre los 18 y 24 años), con el estado civil (mayor en personas separadas, divorciadas o viudas), al nivel educativo (mayor en personas sin nivel o primaria), al estado laboral (mayor en quien perdieron su empleo en periodo de pandemia) y situación económica (mayor en personas en situación de pobreza). Igualmente, la depresión se asoció significativamente con las mismas variables salvo la pobreza. En el caso de los trastornos de ansiedad se asoció con el sexo, la edad, el nivel de instrucción, la pérdida de empleo y la situación de pobreza. El consumo perjudicial se asoció significativamente con el sexo (mayor en el sexo masculino) y con el estado civil (mayor en las personas separadas, divorciadas o viudas).

La tabla 18 muestra la relación entre diversas circunstancias relacionadas a la pandemia y la presencia de trastornos mentales. El haberse contagiado de la COVID-19, pertenecer a un grupo de riesgo y tener familiares cercanos contagiados, se asoció a una probabilidad más de 2 veces de tener algún trastorno mental, ya sea depresión o algún trastorno de ansiedad, en comparación con aquellos que no habían experimentado estas situaciones; y, el fallecimiento de un familiar en el hogar por la COVID-19 se asoció con una probabilidad 10 veces mayor de sufrir un episodio depresivo en los últimos 6 meses, en comparación con aquellos que no habían perdido a algún familiar en el hogar. Asimismo, las personas que recibieron ayuda en víveres o dinero de familiares o de otras organizaciones tuvieron una probabilidad de cerca de 2 veces mayor, de presentar algún trastorno mental, ya sea depresión o trastornos de ansiedad.

Respecto a la relación entre el grado de afectación experimentado por las personas por las medidas sanitarias y la presencia de trastornos mentales (Tabla 19) se asociaron significativamente, incluso ajustando con variables sociodemográficas, las siguientes situaciones: la cuarentena, es decir pasar la mayor parte del tiempo en casa; no poder ver a su pareja, familiares o amigos; cambiar la forma de saludar; no poder trabajar; no concurrir a lugares públicos masivos; la información del número de muertos y contagiados; no hacer deporte o no poder ir al gimnasio; no poder acudir a la peluquería; tener que usar un medio de transporte público; tener que acudir a lugares públicos y realizar teletrabajo. Estas mismas situaciones se asociaron significativamente a la presencia de episodio depresivo. Controlando los factores sociodemográficos, la presencia de trastornos de ansiedad se asoció significativamente con una mayor afectación por la información del número de muertos y contagiados; no hacer deporte o no poder ir al gimnasio; no poder acudir a la peluquería; tener que usar un medio de transporte público; tener que acudir a lugares públicos y realizar teletrabajo (Tabla 20).

TABLA 17.

PREVALENCIA ANUAL Y 6 MESES Y ODDS RATIOS AJUSTADOS DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS MENTALES EN UNA MUESTRA REPRESENTATIVA DE LA POBLACIÓN DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO (N=1,823) DURANTE LA PANDEMIA (OCTUBRE 2020), SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

FACTOR	CUALQUIER TRASTORNO						EPISODIO DEPRESIVO						CUALQUIER TRASTORNO DE ANSIEDAD						CONSUMO PERI/DEP DE OH (12M)		
	ANUAL			6 MESES			ANUAL			6 MESES			ANUAL			6 MESES			% (ES)	ORA	IC 95%
	% (ES)	ORA	IC 95%	% (ES)	ORA	IC 95%	% (ES)	ORA	IC 95%	% (ES)	ORA	IC 95%	% (ES)	ORA	IC 95%	% (ES)	ORA	IC 95%			
SEXO																					
MASCULINO	15,7 (1,6)	1,00	REF	14,2 (1,5)	1,00	REF	9,7 (1,3)	1,00	REF	8,9 (1,2)	1,00	REF	7,2 (1,2)	1,00	REF	6,4 (1,1)	1,00	REF	2,2 (0,6)	1,00	REF
FEMENINO	23,2 (1,7)	1,50	1,11-2,04	21,1 (1,6)	1,49	1,09-2,05	17,2 (1,5)	1,73	1,21-2,48	15,4 (1,4)	1,67	1,15-2,43	12,3 (1,2)	1,73	1,13-2,65	11,4 (1,2)	1,81	1,18-2,79	0,5 (0,3)	0,17	0,05-0,58
EDAD																					
18 A 24 AÑOS	23,6 (3,1)	3,02	1,47-6,21	21,5 (3,0)	2,59	1,24-5,41	15,6 (2,6)	2,83	1,21-6,65	13,6 (2,6)	2,32	0,96-5,62	12,9 (2,4)	3,30	1,31-8,36	12,2 (2,3)	3,50	1,29-9,47	0,9 (0,5)		
25 A 44 AÑOS	19,2 (1,6)	1,73	0,92-3,28	17,7 (1,6)	1,51	0,79-2,88	12,7 (1,4)	1,59	0,75-3,38	11,7 (1,3)	1,39	0,65-2,98	9,8 (1,2)	1,80	0,77-4,23	9,1 (1,2)	1,85	0,74-4,66	1,9 (0,6)		
45 A 64 AÑOS	20,1 (2,2)	1,73	0,92-3,27	17,3 (2,0)	1,40	0,74-2,66	15,2 (1,9)	1,91	0,91-3,98	13,3 (1,8)	1,57	0,74-3,31	9,4 (1,6)	1,57	0,66-3,74	8,3 (1,4)	1,57	0,62-3,96	1,1 (0,6)		
65 AÑOS A +	13,9 (3,6)	1,00	REF	13,9 (3,6)	1,00	REF	10,1 (3,1)	1,00	REF	10,1 (3,1)	1,00	REF	6,2 (2,3)	1,00	REF	5,5 (2,3)	1,00	REF	-		
ESTADO CIVIL																					
CONVIVIENTE	19,1 (2,0)	0,92	0,62-1,36	17,1 (2,0)	0,89	0,59-1,34	13,1 (1,8)	1,04	0,66-1,64	11,9 (1,7)	1,03	0,64-1,67	10,2 (1,6)	0,89	0,53-1,49	9,3 (1,5)	0,88	0,51-1,51	1,0 (0,4)	1,07	0,23-4,97
SEPARADO(A), DIVORCIADO(A) O VIUDO(A)	30,2 (3,5)	2,05	1,29-3,25	27,2 (3,4)	1,88	1,17-3,02	25,3 (3,4)	2,65	1,58-4,44	22,1 (3,3)	2,33	1,36-3,98	12,5 (2,3)	1,36	0,74-2,50	12,1 (2,3)	1,44	0,77-2,70	3,7 (1,6)	6,80	1,52-30,32
CASADO(A)	15,8 (2,1)	1,06	0,68-1,66	14,0 (2,0)	1,01	0,64-1,58	9,8 (1,6)	0,96	0,58-1,60	9,0 (1,6)	0,94	0,55-1,61	8,7 (1,7)	1,24	0,70-2,18	7,3 (1,4)	1,11	0,62-1,97	0,5 (0,4)	1,00	0,14-7,01
SOLTERO(A)	18,2 (2,0)	1,00	REF	16,9 (1,9)	1,00	REF	11,7 (1,6)	1,00	REF	10,6 (1,6)	1,00	REF	9,2 (1,5)	1,00	REF	8,7 (1,5)	1,00	REF	1,1 (0,6)	1,00	REF
GRADO DE INSTRUCCIÓN																					
SIN NIVEL A PRIMARIA	35,9 (6,3)	2,59	1,38-4,85	34,9 (6,3)	2,79	1,48-5,24	28,1 (5,9)	2,48	1,24-4,98	28,1 (5,9)	2,84	1,41-5,71	19,0 (5,0)	2,93	1,33-6,45	18,0 (4,9)	3,02	1,34-6,79	1,2 (1,2)	2,30	0,31-17,13
SECUNDARIA	20,2 (1,9)	1,04	0,70-1,54	18,1 (1,8)	1,00	0,67-1,48	12,8 (1,5)	0,83	0,53-1,29	11,5 (1,5)	0,82	0,52-1,30	11,2 (1,5)	1,39	0,82-2,37	9,7 (1,4)	1,25	0,73-2,15	1,5 (0,7)	0,98	0,29-3,27
SUPERIOR NO UNIV.	20,5 (2,3)	1,12	0,75-1,69	18,0 (2,2)	1,03	0,67-1,58	15,2 (2,1)	1,15	0,73-1,82	13,0 (2,0)	1,04	0,64-1,68	9,9 (1,6)	1,21	0,70-2,09	9,5 (1,6)	1,23	0,69-2,17	1,4 (0,7)	1,12	0,23-5,48
SUPERIOR UNIV.	15,4 (1,9)	1,00	REF	14,3 (1,8)	1,00	REF	10,7 (1,6)	1,00	REF	9,8 (1,5)	1,00	REF	6,7 (1,2)	1,00	REF	6,3 (1,2)	1,00	REF	1,1 (0,5)	1,00	REF
PÉRDIDA DE EMPLEO POR LA PANDEMIA																					
SI	23,3 (1,9)	1,38	1,02-1,86	22,0 (1,8)	1,54	1,13-2,10	16,3 (1,6)	1,36	0,98-1,90	15,4 (1,6)	1,54	1,09-2,17	12,2 (1,4)	1,41	0,95-2,10	11,4 (1,4)	1,51	1,00-2,28	1,8 (0,6)	1,36	0,51-3,63
NO	17,0 (1,5)	1,00	REF	14,8 (1,4)	1,00	REF	11,7 (1,3)	1,00	REF	10,0 (1,2)	1,00	REF	8,2 (1,0)	1,00	REF	7,3 (0,9)	1,00	REF	1,0 (0,4)	1,00	REF
POBREZA SEGÚN NBIs*																					
POBRE EXTREMO	29,7 (4,7)	1,63	0,99-2,68	27,7 (4,7)	1,59	0,94-2,67	17,7 (4,0)	1,22	0,67-2,23	17,3 (4,0)	1,25	0,67-2,34	19,2 (3,9)	1,93	1,06-3,49	16,6 (3,7)	1,75	0,92-3,34	1,4 (1,1)	1,07	0,24-4,79
POBRE	26,8 (4,0)	1,55	1,01-2,38	21,6 (3,6)	1,26	0,81-1,95	18,7 (3,4)	1,46	0,89-2,41	14,5 (3,0)	1,14	0,68-1,92	13,0 (3,0)	1,37	0,79-2,40	12,0 (3,0)	1,37	0,76-2,48	1,5 (1,1)	1,08	0,20-5,74
NO POBRE	17,9 (1,2)	1,00	REF	16,5 (1,2)	1,00	REF	12,6 (1,1)	1,00	REF	11,6 (1,0)	1,00	REF	8,7 (0,9)	1,00	REF	8,0 (0,8)	1,00	REF	1,3 (0,4)	1,00	REF

ORA= OR Ajustado para todas las demás variables de la tabla; ES= Error estándar o típico; IC= Intervalo de confianza; Ref= Categoría de referencia; datos numéricos en negrita rojo representa significación estadística a p<0.05.

* Considera la medición de pobreza tomando en cuenta la medición objetiva según NBIs.

TABLA 18.
PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES SEGÚN CONDICIONES GENERALES RELACIONADAS LA COVID-19 EN LIMA METROPOLITANA (OCTUBRE 2020) N= 1823

	N	PREVALENCIA TM 6 MESES % (95% IC)	ORA (IC95%)	PREVALENCIA 6 MESES EPISODIO DEPRESIVO % (95% IC)	ORA (IC95%)	PREVALENCIA 6 MESES TRASTORNO DE ANSIEDAD % (95% IC)	ORA (IC95%)
TOTAL PREVALENCIA TM PG	1823	17,8 (15,7-20,0)		12,3 (10,5-14,3)		9,0 (7,5-10,7)	
ASPECTOS RELACIONADOS AL CONTAGIO							
SE CONTAGIÓ DEL COVID-19	530	27,7 (23,2-32,7)	2,45 (1,80-3,32)	20,2 (16,2-24,9)	2,60 (1,83-3,71)	15,0 (11,6-19,1)	2,56 (1,73-3,79)
PERTENECE A ALGÚN GRUPO DE RIESGO	384	26,9 (21,6-33,0)	2,46 (1,74-3,48)	19,4 (14,7-25,1)	2,25 (1,52-3,33)	15,7 (11,6-20,8)	3,31 (2,13-5,15)
FAMILIARES CERCANOS SE HAN CONTAGIADO	919	23,3 (20,0-26,9)	2,21 (1,62-3,03)	16,5 (13,6-19,7)	2,34 (1,61-3,40)	11,9 (9,6-14,7)	2,05 (1,35-3,10)
FAMILIAR CERCANO QUE VIVÍA EN EL HOGAR FALLECIÓ	27	60,3 (36,3-80,2)	7,14 (2,76-18,51)	58,5 (34,8-78,8)	10,68 (4,14-27,55)	15,6 (5,6-36,2)	1,67 (0,50-5,55)
SOPORTE SOCIAL O FAMILIAR (VÍVERES O DINERO)							
RECIBIÓ AYUDA DEL ESTADO	530	23,3 (19,1-28,1)	1,28 (0,91-1,79)	16,9 (13,2-21,5)	1,34 (0,90-2,00)	13,6 (10,5-17,4)	1,47 (0,97-2,24)
RECIBIÓ AYUDA DE FAMILIARES	548	24,4 (20,0-29,4)	1,56 (1,11-2,18)	17,8 (13,9-22,5)	1,68 (1,14-2,47)	13,0 (9,9-16,9)	1,59 (1,04-2,43)
RECIBIÓ AYUDA DE OTRAS PERSONAS U ORGANIZACIONES	195	30,7 (23,3-39,3)	1,95 (1,27-3,00)	20,4 (14,6-27,8)	1,79 (1,13-2,84)	21,6 (15,1-29,9)	2,84 (1,67-4,84)
RECIBIÓ AYUDA DE CUALQUIERA EN VÍVERES O DINERO	950	23,9 (20,6-27,6)	1,93 (1,39-2,68)	17,3 (14,4-20,7)	2,20 (1,48-3,28)	13,0 (10,6-15,9)	2,19 (1,38-3,47)

ORa= ODD ratio ajustado con variables sociodemográficas edad, sexo nivel educativo, estado civil, pérdida laboral debido a la pandemia y nivel de pobreza. IC= Intervalo de confianza

TABLA 19.
ASOCIACIÓN ENTRE NIVELES DE AFECTACIÓN EMOCIONAL O TENSIÓN DERIVADAS DE LAS MEDIDAS DE CONTROL SANITARIO POR LA PANDEMIA EN LIMA METROPOLITANA (OCTUBRE 2020) Y PRESENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN LOS ÚLTIMO 6 MESES (N=1823)

SITUACIÓN		TOTAL, EN LA POBLACIÓN GENERAL % (IC95%)	PREVALENCIA DE CUALQUIER TRASTORNO MENTAL 6 MESES % (ES)	ESTADÍSTICOS	ASOCIACIÓN (IC95%)	
					OR	ORA
LA CUARENTENA (PASAR LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO EN CASA)	NADA O POCO	26,6 (23,9-29,4)	14,2 (2,0)	FCORR=7,236; DF1=1,999; DF2=3635,058; P=0,001	1	1
	REGULAR	25,3 (22,7-28,1)	13,2 (2,0)		0,92 (0,57-1,47)	0,89 (0,55-1,43)
	BASTANTE O MUCHO	48,1 (45,1-51,1)	22,2 (1,7)		1,73 (1,19-2,52)	1,47 (1,00-2,18)
NO PODER VER A SU PAREJA, FAMILIARES O AMIGOS	NADA O POCO	28,1 (25,4-31,0)	13,5 (1,8)	FCORR=3,254; DF1=1,995; DF2=3626,036; P=0,039	1	1
	REGULAR	23,2 (20,7-25,8)	17,7 (2,4)		1,37 (0,88-2,15)	1,37 (0,87-2,17)
	BASTANTE O MUCHO	48,8 (45,8-51,8)	20,3 (1,6)		1,63 (1,13-2,35)	1,54 (1,06-2,25)
CAMBIAR LA FORMA DE SALUDAR (NO DAR UN BESO, ABRAZO O LA MANO)	NADA O POCO	41,3 (38,3-44,3)	14,3 (1,6)	FCORR=4,657; DF1=1,997; DF2=3630,670; P=0,010	1	1
	REGULAR	24,9 (22,4-27,5)	17,4 (2,3)		1,26 (0,84-1,88)	1,18 (0,79-1,76)
	BASTANTE O MUCHO	33,8 (31,1-36,7)	22,2 (2,0)		1,71 (1,21-2,40)	1,54 (1,08-2,20)
NO PODER TRABAJAR	NADA O POCO	21,1 (17,9-24,7)	7,9 (2,7)	FCORR=8,030; DF1=1,790; DF2=3253,595; P=0,001	1	1
	REGULAR	8,1 (6,4-10,3)	13,6 (3,8)		1,84 (0,70-4,89)	1,45 (0,54-3,88)
	BASTANTE O MUCHO	70,8 (67,0-74,3)	22,7 (1,9)		3,45 (1,60-7,47)	2,53 (1,13-5,67)
NO PODER SEGUIR MIS ESTUDIOS	NADA O POCO	27,9 (20,6-36,8)	18,7 (6,7)	FCORR=0,828; DF1=1,983; DF2=3604,695; P=0,436	1	1
	REGULAR	12,7 (7,6-20,5)	36,7 (13,7)		2,51 (0,58-10,90)	2,32 (0,53-10,08)
	BASTANTE O MUCHO	59,3 (50,1-67,9)	24,2 (5,2)		1,39 (0,49-3,91)	1,11 (0,34-3,58)
REALIZAR MIS ESTUDIOS EN FORMA REMOTA O VIRTUAL	NADA O POCO	42,2 (34,7-50,1)	13,7 (4,4)	FCORR=1,765; DF1=1,999; DF2=3634,043; P=0,171	1	1
	REGULAR	18,4 (13,0-25,3)	24,9 (8,2)		2,09 (0,67-6,54)	2,40 (0,77-7,49)
	BASTANTE O MUCHO	39,4 (32,1-47,2)	26,8 (5,6)		2,31 (0,93-5,75)	2,48 (0,93-6,65)
NO CONCURRIR A LUGARES PÚBLICOS MASIVOS (CINE, CENTROS COMERCIALES, PLAYAS, RESTAURANTES, ETC.)	NADA O POCO	45,1 (42,1-48,1)	16,7 (1,6)	FCORR=9,295; DF1=1,968; DF2=3577,736; P=0,00010	1	1
	REGULAR	25,1 (22,6-27,7)	12,1 (1,6)		0,69 (0,47-1,01)	0,69 (0,47-1,02)
	BASTANTE O MUCHO	29,9 (27,3-32,6)	24,2 (2,3)		1,60 (1,14-2,24)	1,57 (1,11-2,22)
LA INFORMACIÓN DEL NÚMERO DE MUERTOS Y CONTAGIADOS POR CORONAVIRUS.	NADA O POCO	11,2 (9,5-13,2)	10,4 (2,3)	FCORR=8,260; DF1=1,952; DF2=3548,977; P=0,00030	1	1
	REGULAR	20,6 (18,1-23,3)	12,1 (2,2)		1,18 (0,63-2,20)	1,25 (0,67-2,36)
	BASTANTE O MUCHO	68,2 (65,3-71,0)	20,7 (1,4)		2,24 (1,35-3,73)	2,07 (1,21-3,54)

SITUACIÓN		TOTAL, EN LA POBLACIÓN GENERAL % (IC95%)	PREVALENCIA DE CUALQUIER TRASTORNO MENTAL 6 MESES % (ES)	ESTADÍSTICOS	ASOCIACIÓN (IC95%)	
					OR	ORA
NO HACER DEPORTE O NO PODER IR AL GIMNASIO	NADA O POCO	59,5 (56,5-62,6)	16,2 (1,5)	FCORR=5,476; DF1=1,983; DF2=3604,868; P=0,004	1	1
	REGULAR	15,7 (13,6-18,1)	13,2 (2,3)		0,79 (0,50-1,24)	0,94 (0,59-1,52)
	BASTANTE O MUCHO	24,7 (22,2-27,4)	23,8 (2,6)		1,61 (1,13-2,30)	1,80 (1,22-2,66)
NO PODER ACUDIR A LA PELUQUERÍA O SPA	NADA O POCO	77,5 (74,9-79,9)	16,9 (1,3)	FCORR=4,860; DF1=2,000; DF2=3635,942; P=0,008	1	1
	REGULAR	13,4 (11,5-15,5)	14,6 (2,9)		0,84 (0,52-1,38)	0,90 (0,54-1,49)
	BASTANTE O MUCHO	9,2 (7,6-11,0)	28,6 (4,5)		1,97 (1,24-3,14)	2,11 (1,33-3,34)
USAR UN MEDIO DE TRANSPORTE PÚBLICO	NADA O POCO	40,1 (37,1-43,2)	13,3 (1,5)	FCORR=5,910; DF1=1,998; DF2=3631,478; P=0,003	1	1
	REGULAR	23,2 (20,7-25,8)	20,7 (2,4)		1,70 (1,15-2,52)	1,74 (1,16-2,60)
	BASTANTE O MUCHO	36,7 (33,9-39,7)	21,4 (2,1)		1,78 (1,25-2,55)	1,61 (1,11-2,34)
ACUDIR A LUGARES PÚBLICOS CONCURRIDOS COMO MERCADOS, HOSPITALES, BANCOS, ETC.	NADA O POCO	30,5 (27,7-33,4)	13,9 (1,9)	FCORR=6,286; DF1=1,989; DF2=3616,593; P=0,002	1	1
	REGULAR	27,4 (24,9-30,2)	15,1 (1,9)		1,10 (0,72-1,69)	1,10 (0,72-1,69)
	BASTANTE O MUCHO	42,1 (39,2-45,1)	22,4 (1,9)		1,79 (1,23-2,60)	1,64 (1,12-2,39)
TENER QUE SUPERVISAR LAS ACTIVIDADES REMOTAS DE EDUCACIÓN DE SUS HIJOS	NADA O POCO	39,4 (34,8-44,3)	15,2 (3,0)	FCORR=1,679; DF1=1,888; DF2=3433,286; P=0,189	1	1
	REGULAR	16,9 (13,6-20,8)	12,1 (2,9)		0,77 (0,38-1,55)	0,67 (0,32-1,40)
	BASTANTE O MUCHO	43,7 (39,0-48,4)	20,0 (2,8)		1,40 (0,79-2,47)	1,11 (0,61-2,02)
REALIZAR TELETRABAJO O TRABAJO REMOTO	NADA O POCO	46,5 (40,3-52,7)	11,9 (2,6)	FCORR=6,133; DF1=1,955; DF2=3554,279; P=0,002	1	1
	REGULAR	23,2 (18,3-29,0)	9,8 (3,2)		0,81 (0,35-1,88)	0,88 (0,36-2,14)
	BASTANTE O MUCHO	30,3 (24,7-36,5)	26,8 (5,3)		2,72 (1,32-5,59)	3,26 (1,43-7,41)

OR= ODD Ratio; IC= Intervalo de confianza; ES= Error Standard; ORa= ODD ratio ajustado con variables sociodemográficas edad, sexo, nivel educativo, estado civil, pérdida laboral debido a la pandemia y nivel de pobreza. IC= Intervalo de confianza.

TABLA 20.
ASOCIACIÓN ENTRE NIVELES DE AFECTACIÓN EMOCIONAL O TENSIÓN DERIVADAS DE LAS MEDIDAS DE CONTROL SANITARIO POR LA PANDEMIA EN LIMA METROPOLITANA (OCTUBRE 2020) Y PRESENCIA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y EPISODIO DEPRESIVO EN LOS ÚLTIMO 6 MESES (N=1823)

SITUACIÓN		PREVALENCIA DE CUALQUIER TRASTORNO DE ANSIEDAD 6 MESES % (ES)	ESTADÍSTICOS	ASOCIACIÓN (IC95%)		PREVALENCIA DEL EPISODIO DEPRESIVO 6 MESES % (ES)	ESTADÍSTICOS	ASOCIACIÓN (IC95%)	
				OR	ORA			OR	ORA
LA CUARENTENA (PASAR LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO EN CASA)	NADA O POCO	7,3 (1,5)	FCORR=2,098; DF1=1,997; DF2 =3630,623; P=0,123	1	1	8,5 (1,6)	FCORR=9,530; DF1=1,999; DF2 =3634,781; P=0,00008	1	1
	REGULAR	7,4 (1,5)		1,01 (0,55-1,86)	0,99 (0,53-1,84)	7,9 (1,6)		0,92 (0,51-1,65)	0,88 (0,48-1,59)
	BASTANTE O MUCHO	10,8 (1,2)		1,52 (0,93-2,49)	1,24 (0,75-2,04)	16,6 (1,6)		2,14 (1,36-3,37)	1,82 (1,12-2,94)
NO PODER VER A SU PAREJA, FAMILIARES O AMIGOS	NADA O POCO	6,1 (1,2)	FCORR=2,483; DF1=1,981; DF2 =3601,136; P=0,084	1	1	8,9 (1,5)	FCORR=2,622; DF1=1,990; DF2=3617,267; P=0,073	1	1
	REGULAR	9,7 (1,8)		1,63 (0,91-2,92)	1,69 (0,93-3,08)	12,3 (2,1)		1,43 (0,84-2,45)	1,42 (0,83-2,45)
	BASTANTE O MUCHO	10,3 (1,2)		1,76 (1,09-2,84)	1,61 (0,97-2,65)	14,2 (1,4)		1,69 (1,09-2,60)	1,59 (1,02-2,50)
CAMBIAR LA FORMA DE SALUDAR (NO DAR UN BESO, ABRAZO O LA MANO)	NADA O POCO	7,3 (1,1)	FCORR=2,825; DF1=1,999; DF2 =3634,717; P=0,059	1	1	8,8 (1,3)	FCORR=5,145; DF1=1,996; DF2=3628,376; P=0,006	1	1
	REGULAR	8,2 (1,6)		1,13 (0,67-1,90)	1,04 (0,62-1,75)	13,2 (2,1)		1,59 (0,99-2,54)	1,53 (0,95-2,46)
	BASTANTE O MUCHO	11,6 (1,6)		1,67 (1,07-2,59)	1,41 (0,87-2,26)	15,8 (1,8)		1,95 (1,30-2,93)	1,78 (1,16-2,73)
NO PODER TRABAJAR	NADA O POCO	4,2 (2,1)	FCORR=4,085; DF1=1,746; DF2 =3173,348; P=0,022	1	1	3,3 (1,8)	FCORR=9,647; DF1=1,747; DF2=3176,583; P=0,00016	1	1
	REGULAR	5,8 (2,6)		1,40 (0,35-5,58)	1,06 (0,26-4,28)	7,5 (2,7)		2,36 (0,62-8,89)	1,78 (0,47-6,76)
	BASTANTE O MUCHO	12,2 (1,4)		3,17 (1,09-9,19)	2,14 (0,67-6,80)	16,9 (1,7)		5,87 (1,94-17,76)	4,69 (1,55-14,20)

SITUACIÓN		PREVALENCIA DE CUALQUIER TRASTORNO DE ANSIEDAD 6 MESES % (ES)	ESTADÍSTICOS	ASOCIACIÓN (IC95%)		PREVALENCIA DEL EPISODIO DEPRESIVO 6 MESES % (ES)	ESTADÍSTICOS	ASOCIACIÓN (IC95%)	
				OR	ORA			OR	ORA
NO PODER SEGUIR MIS ESTUDIOS	NADA O POCO	8,5 (5,4)	FCORR=0,878; DF1=1,971; DF2=3583,549; P=0,414	1	1	9,7 (4,5)	FCORR=0,684; DF1=1,898; DF2=3450,967; P=0,497	1	1
	REGULAR	16,4 (9,2)		2,11 (0,31-14,43)	2,39 (0,29-19,56)	23,1 (13,0)		2,80 (0,48-16,45)	2,66 (0,32-22,11)
	BASTANTE O MUCHO	19,2 (4,9)		2,54 (0,56-11,63)	2,44 (0,35-17,25)	14,3 (4,6)		1,55 (0,45-5,42)	1,28 (0,30-5,43)
REALIZAR MIS ESTUDIOS EN FORMA REMOTA O VIRTUAL	NADA O POCO	5,4 (2,9)	FCORR=1,984; DF1=1,964; DF2=3570,932; P=0,139	1	1	7,2 (3,4)	FCORR=1,544; DF1=1,998; DF2=3632,890; P=0,214	1	1
	REGULAR	10,5 (6,9)		2,06 (0,32-13,20)	1,94 (0,32-11,68)	19,0 (7,6)		3,03 (0,74-12,46)	4,45 (1,04-19,14)
	BASTANTE O MUCHO	17,6 (4,7)		3,75 (1,04-13,56)	3,56 (0,96-13,14)	16,1 (4,9)		2,48 (0,72-8,48)	3,43 (0,76-15,53)
NO CONCURRIR A LUGARES PÚBLICOS MASIVOS (CINE, CENTROS COMERCIALES, PLAYAS, RESTAURANTES, ETC.)	NADA O POCO	8,2 (1,1)	FCORR=5,234; DF1=1,965; DF2=3571,827; P=0,006	1	1	11,3 (1,4)	FCORR=6,650; DF1=1,963; DF2=3568,778; P=0,001	1	1
	REGULAR	6,1 (1,2)		0,72 (0,44-1,18)	0,73 (0,44-1,20)	8,3 (1,4)		0,71 (0,46-1,11)	0,72 (0,46-1,14)
	BASTANTE O MUCHO	12,6 (1,8)		1,61 (1,04-2,49)	1,54 (0,99-2,40)	17,1 (2,1)		1,62 (1,09-2,40)	1,59 (1,06-2,38)
LA INFORMACIÓN DEL NÚMERO DE MUERTOS Y CONTAGIADOS POR CORONAVIRUS.	NADA O POCO	2,0 (0,8)	FCORR=9,339; DF1=1,849; DF2=3362,371; P=0,00015	1	1	4,9 (1,7)	FCORR=7,038; DF1=1,959; DF2=3562,361; P=0,001	1	1
	REGULAR	6,9 (1,5)		3,69 (1,44-9,46)	3,98 (1,56-10,17)	8,5 (1,9)		1,79 (0,75-4,26)	1,88 (0,77-4,58)
	BASTANTE O MUCHO	10,8 (1,1)		5,97 (2,54-14,07)	5,36 (2,25-12,77)	14,6 (1,2)		3,29 (1,56-6,94)	2,94 (1,36-6,34)
NO HACER DEPORTE O NO PODER IR AL GIMNASIO	NADA O POCO	7,5 (1,0)	FCORR=3,886; DF1=1,995; DF2=3626,459; P=0,021	1	1	12,3 (1,3)	FCORR=0,994; DF1=1,993; DF2=3623,338; P=0,370	1	1
	REGULAR	8,5 (2,0)		1,15 (0,64-2,05)	1,47 (0,80-2,70)	9,3 (2,1)		0,73 (0,42-1,25)	0,90 (0,50-1,60)
	BASTANTE O MUCHO	13,1 (2,1)		1,86 (1,18-2,93)	2,25 (1,38-3,67)	13,6 (2,1)		1,12 (0,74-1,71)	1,25 (0,78-2,00)
NO PODER ACUDIR A LA PELUQUERÍA O SPA	NADA O POCO	7,8 (0,9)	FCORR=9,835; DF1=2,000; DF2=3635,124; P=0,00006	1	1	12,0 (1,1)	FCORR=1,849; DF1=2,000; DF2=3635,194; P=0,158	1	1
	REGULAR	8,1 (2,2)		1,05 (0,56-1,96)	1,14 (0,58-2,23)	10,0 (2,6)		0,82 (0,45-1,49)	0,90 (0,48-1,68)
	BASTANTE O MUCHO	20,9 (4,0)		3,12 (1,83-5,32)	3,39 (1,95-5,91)	18,1 (4,0)		1,63 (0,93-2,85)	1,76 (1,02-3,03)
USAR UN MEDIO DE TRANSPORTE PÚBLICO	NADA O POCO	5,4 (1,0)	FCORR=7,879; DF1=1,990; DF2=3618,531; P=0,00040	1	1	9,2 (1,3)	FCORR=3,873; DF1=1,994; DF2=3624,398; P=0,021	1	1
	REGULAR	9,3 (1,6)		1,80 (1,04-3,12)	1,77 (0,99-3,16)	14,4 (2,1)		1,66 (1,06-2,61)	1,76 (1,11-2,80)
	BASTANTE O MUCHO	12,7 (1,6)		2,57 (1,57-4,21)	2,23 (1,32-3,78)	14,8 (1,8)		1,72 (1,14-2,61)	1,59 (1,02-2,46)
ACUDIR A LUGARES PÚBLICOS CONCURRIDOS COMO MERCADOS, HOSPITALES, BANCOS, ETC.	NADA O POCO	6,3 (1,3)	FCORR=9,921; DF1=1,990; DF2=3617,207; P=0,00005	1	1	9,2 (1,6)	FCORR=4,388; DF1=1,986; DF2=3611,202; P=0,013	1	1
	REGULAR	5,7 (1,2)		0,90 (0,50-1,63)	0,89 (0,49-1,59)	10,7 (1,6)		1,18 (0,71-1,95)	1,20 (0,72-2,01)
	BASTANTE O MUCHO	13,1 (1,5)		2,25 (1,38-3,67)	2,01 (1,23-3,30)	15,5 (1,6)		1,82 (1,16-2,85)	1,63 (1,03-2,58)
TENER QUE SUPERVISAR LAS ACTIVIDADES REMOTAS DE EDUCACIÓN DE SUS HIJOS	NADA O POCO	6,0 (1,9)	FCORR=2,411; DF1=1,857; DF2=3376,755; P=0,094	1	1	11,5 (2,8)	FCORR=0,842; DF1=1,867; DF2=3393,410; P=0,424	1	1
	REGULAR	8,6 (2,4)		1,48 (0,61-3,63)	1,33 (0,53-3,39)	7,8 (2,5)		0,65 (0,28-1,54)	0,60 (0,24-1,49)
	BASTANTE O MUCHO	12,1 (2,4)		2,17 (0,97-4,85)	1,70 (0,76-3,80)	13,3 (2,4)		1,18 (0,60-2,32)	0,98 (0,49-1,96)
REALIZAR TELETRABAJO O TRABAJO REMOTO	NADA O POCO	3,4 (1,3)	FCORR=9,217; DF1=1,929; DF2=3507,373; P=0,00013	1	1	9,2 (2,3)	FCORR=7,143; DF1=1,946; DF2=3537,167; P=0,001	1	1
	REGULAR	4,3 (2,0)		1,29 (0,38-4,39)	1,36 (0,33-5,61)	6,8 (2,6)		0,73 (0,28-1,91)	0,76 (0,27-2,13)
	BASTANTE O MUCHO	16,9 (4,9)		5,79 (2,05-16,37)	7,76 (1,82-33,12)	23,8 (5,1)		3,09 (1,41-6,77)	3,68 (1,48-9,15)

OR= ODD Ratio; IC= Intervalo de confianza; ES Error Standard; ORa= ODD ratio ajustado con variables sociodemográficas edad, sexo nivel educativo, estado civil, pérdida laboral debido a la pandemia y nivel de pobreza. IC= Intervalo de confianza

ACCESO A SERVICIOS

Con relación a la morbilidad sentida, la cual se refiere a la percepción de problemas emocionales o psicológicos con excesiva intensidad y la cual podría motivar el acceso a los servicios; encontramos que el 44,6% (IC95% 41,7-47,6) de la población de Lima Metropolitana refirió haber percibido problemas de tipo emocional o de los nervios alguna vez en su vida, 34,6% (IC95% 31,9-37,5) lo percibió en los últimos 12 meses, y 31,2% (IC95% 28,5-33,9) en los últimos 6 meses. Esta percepción de problemas emocionales o de los nervios fue significativamente más frecuente en el sexo femenino que en el masculino. De estas personas que percibieron un problema de salud mental en los últimos 12 meses, el 17,2% (IC95% 13,5-21,7) accedió a la atención en algún establecimiento de salud público o privado. De las que lo percibieron en los últimos 6 meses, un 10,1% (IC95% 7,6-13,2) accedió a atención durante la pandemia (Tabla 21).

La mayoría de las personas de la muestra de Lima Metropolitana que accedió a la atención por problemas de salud mental, lo hizo en el sector privado (40,3% IC95% 28,0-54,6), seguido del sector MINSA con un 35,6% (IC95% 23,0-50,7). En este último sector, la mayoría se atendió en centros de salud con un 24,2% (IC95% 13,2-40,2); ninguno mencionó atenderse en algún hospital general. El 4,5% (1,3-14,3) de los que percibieron problemas de salud mental se atendieron en postas del MINSA, 2,3% (0,5-9,9) en instituciones psiquiátricas especializadas, 1,9% (IC95% 0,3-12,2) a través de Líneas telefónicas de ayuda, y 1,7% (IC95% 0,2-10,9) en Centros de Salud Mental Comunitaria. Un 19,3% (IC95% 9,8-34,3) se atendió en ESSALUD (Tabla 22). El personal que atendió estos problemas de salud mental fueron en su mayoría psicólogos (49,1% IC95% 35,3-63,0) y psiquiatras (24,0% IC95% 13,9-38,3) (Tabla 23).

En el Gráfico 2 se presenta el acceso a la atención de servicios en función a la presencia de trastornos mentales durante la pandemia, contrastándolo con los hallazgos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental del año 2012. En general la brecha de atención de trastornos mentales en los últimos 6 meses fue de 87,8% y similar en todos los trastornos. Del total de personas con un trastorno mental diagnosticable (TMD) según criterios de la CIE-10 se atendió al 12,2% (IC95% 8,5-17,1), 29,4% (IC95% 23,7-35,8) consideró haber necesitado bastante o mucha atención, pero no la recibieron, y, un 23,1% (IC95% 18,9-29,3) adicional consideró haber necesitado regular ayuda. El 18,5% (IC95% 14,2-23,9) de las personas con un TMD no lo percibió o no lo reconoció como tal. Alrededor de un 30% de las personas con trastorno de ansiedad o depresión que no recibieron atención en los últimos 6 meses, consideró bastante o mucha la necesidad de recibirla.

TABLA 21.
TABLA MORBILIDAD MENTAL SENTIDA Y EXPRESADA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA DURANTE LA PANDEMIA (OCTUBRE 2020), SEGÚN SEXO

	TOTAL (IC95%)	MASCULINO (IC95%)	FEMENINO (IC95%)	ESTADÍSTICOS
MORBILIDAD MENTAL SENTIDA ALGUNA VEZ EN LA VIDA (COMO PROBLEMAS EMOCIONALES O DE LOS NERVIOS)	44,6 (41,7-47,6)	36,3 (32,1-40,7)	52,4 (48,4-56,4)	$F=28,027$; $DF1=1$; $DF2=1818$; $p \leq 0,00001$
MORBILIDAD MENTAL SENTIDA A DOCE MESES	34,6 (31,9-37,5)	29,7 (25,9-33,9)	39,2 (35,4-43,2)	$F=10,799$; $DF1=1$; $DF2=1818$; $p = 0,001$
MORBILIDAD MENTAL SENTIDA A 6 MESES	31,2 (28,5-33,9)	26,0 (22,3-30,0)	36,0 (32,3-39,9)	$F=12,857$; $DF1=1$; $DF2=1818$; $p = 0,0004$
MORBILIDAD MENTAL SENTIDA Y EXPRESADA EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES (% DE LA DEMANDA SENTIDA)	17,2 (13,5-21,7)	14,4 (9,3-21,6)	19,2 (14,3-25,2)	$F=1,247$; $DF1=1$; $DF2=1818$; $p = 0,264$
MORBILIDAD MENTAL SENTIDA Y EXPRESADA DURANTE LA PANDEMIA (ÚLTIMOS 6 MESES) (% DE LA DEMANDA SENTIDA)	10,1 (7,6-13,2)	8,1 (5,2-12,6)	11,5 (8,1-16,0)	$F=1,479$; $DF1=1$; $DF2=1818$; $p = 0,224$

TABLA 22.
LUGARES DE ATENCIÓN DE LA MORBILIDAD MENTAL SENTIDA Y EXPRESADA, EN POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA DURANTE LA PANDEMIA (OCTUBRE 2020)

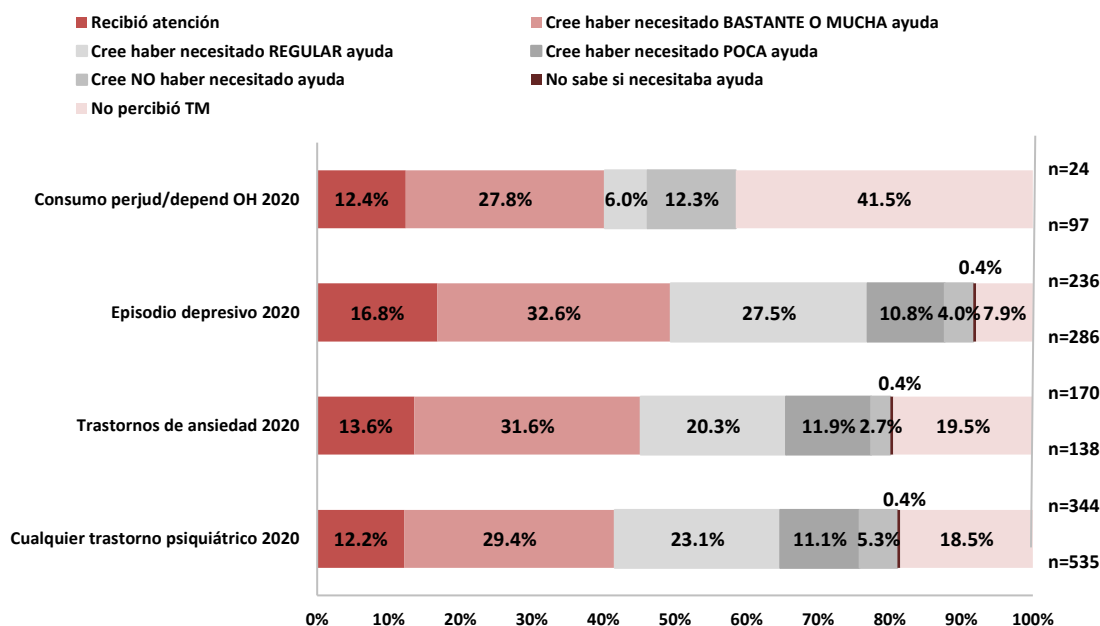
LUGAR DE ATENCIÓN	PARCIALES %	TOTALES % (IC95%)
• MINSA		35,6 (23,0-50,7)
- POSTA	4,5 (1,3-14,3)	
- CENTROS DE SALUD	24,2 (13,2-40,2)	
- CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO	1,7 (0,2-10,9)	
- HOSPITAL GENERAL	0,0	
- INSTITUTO U HOSPITAL ESPECIALIZADO	2,3 (0,5-9,9)	
- LÍNEA TELEFÓNICA DE AYUDA	1,9 (0,3-12,2)	
- TELESALUD	1,1 (0,1-7,2)	
• ESSALUD		19,3 (9,8-34,3)
- HOSPITAL GENERAL	3,5 (0,9-12,3)	
- POSTA	1,4 (0,2-9,4)	
- POLICLÍNICO	12,8 (5,1-28,7)	
- CONSULTORIO PAAD-ESSALUD	0,0	
- CENTRO DE SALUD MENTAL DE ESSALUD	0,0	
- TELESALUD	1,5 (0,2-9,9)	
• PRIVADA		40,3 (28,0-54,6)
- CLÍNICA PARTICULAR	15,7 (8,2-28,0)	
- CONSULTORIO PARTICULAR	22,4 (13,2-35,4)	
- CONSULTORIO DE INSTITUCIÓN ACADÉMICA	1,3 (0,2-8,9)	
- CONSULTORIO DE CENTRO PARROQUIAL	0,0	
- CONSULTORIO CENTRO LABORAL	1,1 (0,3-4,6)	
• SOLIDARIDAD		3,0 (0,8-10,5)
- HOSPITAL SISOL	3,0 (0,8-10,5)	
• FFAA		
- HOSPITAL DE LAS FFAA Y POLICÍA NACIONAL	0,0	
• OTRO		1,6
- GRUPOS DE AUTOAYUDA	1,0 (0,2-4,4)	
- OTRO	0,6 (0,1-4,0)	

TABLA 23.
PERSONAL DE SALUD QUE ATENDIÓ LA MORBILIDAD MENTAL SENTIDA Y EXPRESADA EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN EN POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA DURANTE LA PANDEMIA (OCTUBRE 2020), SEGÚN SEXO

TIPO DE AYUDA	TOTAL (IC95%)	MASCULINO (IC95%)	FEMENINO (IC95%)	ESTADÍSTICOS
PSIQUIATRA	24,0 (13,9-38,3)	22,8 (8,7-48,0)	24,6 (12,4-42,9)	F=0,437; DF1=3,317; DF2=6030,271; P=0,746
PSICÓLOGO	49,1 (35,3-63,0)	54,5 (31,9-75,3)	46,4 (29,8-63,9)	
MÉDICO GENERAL	16,2 (7,3-32,2)	8,8 (1,8-33,6)	19,8 (8,0-41,4)	
NEURÓLOGO	10,4 (4,8-21,2)	13,9 (4,2-37,4)	8,7 (3,1-22,1)	
OTRO	0,3 (0,0-2,4)	-	0,5 (0,1-3,6)	

GRÁFICO 2.

ACCESO, PERCEPCIÓN Y NECESIDAD DE ATENCIÓN EN LA POBLACIÓN ADULTA CON TRASTORNOS MENTALES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES SEGÚN EL CIE-10 EN LIMA METROPOLITANA Y CALLAO (N=1823) (OCTUBRE 2020) DURANTE LA PANDEMIA



SALUD MENTAL Y CONTAGIO POR LA COVID-19

Los principales factores sociodemográficos asociados al contagio fueron la edad, más frecuente entre los 25 y 64 años en comparación con los mayores; el nivel de instrucción, mayor contagio en los de menor instrucción en comparación con los de mayor instrucción; mayor entre los que perdieron su empleo en comparación a los que no, y los localizados en Lima Sur y el Callao en referencia a los habitantes de Lima Centro (Tabla 24).

TABLA 24

PREVALENCIA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL CONTAGIO DE COVID-19 EN UNA MUESTRA REPRESENTATIVA DE LA POBLACIÓN DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO (N=1,823)

FACTOR	PREVALENCIA DE CONTAGIO			ODDs		
	%	IC 95%	OR	IC 95%	OR AJUSTADO	IC 95%
SEXO						
MASCULINO	30,6	26,6-34,8	1,00	REF	1,00	REF
FEMENINO	29,2	25,7-32,8	0,94	0,72-1,21	0,93	0,71-1,21
EDAD						
18 A 24 AÑOS	25,4	19,8-31,9	1,54	0,77-3,10	1,63	0,77-3,46
25 A 44 AÑOS	34,1	30,3-38,2	2,34	1,23-4,47	2,35	1,23-4,52
45 A 64 AÑOS	30,5	25,5-36,0	1,98	1,02-3,87	1,96	1,01-3,82
65 AÑOS A MÁS	18,1	10,6-29,2	1,00	REF	1,00	REF
ESTADO CIVIL						
CONVIVIENTE	32,4	27,7-37,6	1,24	0,90-1,71	0,95	0,66-1,38
SEPARADO(A), DIVORCIADO(A) O VIUDO(A)	33,6	27,1-40,8	1,30	0,89-1,92	1,24	0,80-1,93
CASADO(A)	27,5	22,0-33,6	0,97	0,67-1,41	1,07	0,71-1,63
SOLTERO(A)	28,0	23,6-32,8	1,00	REF	1,00	REF

FACTOR	PREVALENCIA DE CONTAGIO			ODDs		
	%	IC 95%	OR	IC 95%	OR AJUSTADO	IC 95%
GRADO DE INSTRUCCIÓN						
SIN NIVEL A PRIMARIA	25,3	15,5-38,5	1,25	0,64-2,44	1,34	0,67-2,67
SECUNDARIA	34,1	29,6-38,8	1,91	1,38-2,65	1,68	1,18-2,40
SUPERIOR TÉCNICA	35,4	30,1-41,1	2,03	1,43-2,88	1,81	1,26-2,59
SUPERIOR UNIV.	21,3	17,4-25,9	1,00	REF	1,00	REF
ÁREA DE RESIDENCIA						
LIMA CENTRO	21,3	16,3-27,3	1,00	REF	1,00	REF
LIMA NORTE	33,7	29,2-38,4	1,88	1,27-2,77	1,65	1,11-2,46
LIMA ESTE	25,5	19,1-33,2	1,27	0,77-2,08	1,14	0,70-1,86
LIMA SUR	30,1	24,5-36,3	1,59	1,03-2,45	1,45	0,94-2,24
CALLAO	34,8	26,4-44,4	1,97	1,18-3,31	1,90	1,14-3,17
PÉRDIDA DE EMPLEO POR LA PANDEMIA						
SI	34,9	30,7-39,3	1,50	1,16-1,94	1,27	0,96-1,67
NO	26,3	23,0-29,9	1,00	REF	1,00	REF
POBREZA SEGÚN NBIS						
POBRE EXTREMO	31,1	22,7-40,9	1,10	0,70-1,73	0,91	0,57-1,45
POBRE	35,0	27,2-43,8	1,32	0,89-1,95	1,19	0,79-1,80
NO POBRE	29,1	26,1-32,2	1,00	REF	1,00	REF

OR Ajustado para todas las variables de la tabla; IC=Intervalo de confianza; Ref= Categoría de referencia; datos numéricos en negrita rojo representa significación estadística a $p<0.05$. * Considera la medición de pobreza tomando en cuenta la medición objetiva según NBIs u una medición subjetiva sobre la capacidad de cobertura de necesidades básicas de alimentación, vestido y salud con los ingresos familiares.

SALUD MENTAL POSITIVA Y CONTAGIO

Las personas que reportaron haber sido contagiados por la COVID-19, presentaron en general una menor calidad de vida en comparación con las personas no contagiadas. Las áreas de calidad de vida reportadas significativamente menor entre los contagiados fueron: bienestar físico, bienestar emocional o psicológico, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento interpersonal, plenitud personal, satisfacción espiritual y calidad de vida global (Tabla 25).

TABLA 25.
CALIDAD DE VIDA EN LA POBLACIÓN ADULTA EN LA CIUDAD DE LIMA DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19 (OCTUBRE 2020), SEGÚN SITUACIÓN DE CONTAGIO

CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA (IC95%)	E.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75	ESTADÍSTICOS
PUNTAJE TOTAL							
TOTAL	7,88 (7,82-7,94)	0,032	8,0	8,1	7,2	8,6	DF1=1; DF2=1817 WALD F=17,76; P=0,00003
CON CONTAGIO	7,66 (7,53-7,79)	0,065	7,8	8,0	7,0	8,5	
SIN CONTAGIO	7,97 (7,90-8,04)	0,036	8,1	8,1	7,4	8,7	
BIENESTAR FÍSICO							
TOTAL	7,52 (7,42-7,61)	0,049	8,0	8,0	7,0	9,0	DF1=1; DF2=1817 WALD F=25,236; P<0,00001
CON CONTAGIO	7,14 (6,96-7,32)	0,092	7,0	8,0	6,0	8,0	
SIN CONTAGIO	7,68 (7,57-7,79)	0,057	8,0	8,0	7,0	9,0	
BIENESTAR PSICOLÓGICO O EMOCIONAL							
TOTAL	7,80 (7,71-7,90)	0,048	8,0	8,0	7,0	9,0	DF1=1; DF2=1817 WALD F=12,835; P=0,00035
CON CONTAGIO	7,53 (7,34-7,72)	0,096	8,0	8,0	6,0	9,0	
SIN CONTAGIO	7,92 (7,82-8,03)	0,054	8,0	8,0	7,0	9,0	
AUTOCUIDADO Y FUNCIONAMIENTO							
TOTAL	8,54 (8,46-8,63)	0,044	9,0	10,0	8,0	10,0	DF1=1; DF2=1817 WALD F=7,610; P=0,006
CON CONTAGIO	8,36 (8,21-8,51)	0,078	8,0	8,0	8,0	10,0	
SIN CONTAGIO	8,62 (8,52-8,72)	0,052	9,0	10,0	8,0	10,0	
FUNCIONAMIENTO OCUPACIONAL							
TOTAL	8,49 (8,40-8,58)	0,046	9,0	10,0	8,0	10,0	DF1=1; DF2=1815 WALD F=2,608; P=0,106
CON CONTAGIO	8,38 (8,22-8,54)	0,081	9,0	10,0	8,0	10,0	
SIN CONTAGIO	8,54 (8,43-8,65)	0,056	9,0	10,0	8,0	10,0	

CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN (ESCALA DE 1 A 10)	MEDIA (IC95%)	E.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75	ESTADÍSTICOS
FUNCIONAMIENTO INTERPERSONAL							
TOTAL	8,41 (8,32-8,50)	0,046	9,0	10,0	8,0	10,0	DF1=1; DF2=1817 WALD F=4,449; P=0,035
CON CONTAGIO	8,26 (8,09-8,43)	0,087	8,0	8,0	8,0	10,0	
SIN CONTAGIO	8,48 (8,37-8,58)	0,054	7,0	10,0	8,0	10,0	
APOYO SOCIAL-EMOCIONAL							
TOTAL	7,83 (7,72-7,93)	0,053	8,0	8,0	7,0	9,0	DF1=1; DF2=1814 WALD F=3,682; P=0,055
CON CONTAGIO	7,67 (7,48-7,86)	0,098	8,0	8,0	7,0	9,0	
SIN CONTAGIO	7,89 (7,77-8,02)	0,063	8,0	8,0	7,0	9,0	
APOYO COMUNITARIO Y DE SERVICIOS							
TOTAL	6,17 (6,02-6,33)	0,079	7,0	8,0	5,0	8,0	DF1=1; DF2=1808 WALD F=,576; P=0,448
CON CONTAGIO	6,26 (5,99-6,54)	0,143	7,0	8,0	5,0	8,0	
SIN CONTAGIO	6,13 (5,95-6,32)	0,096	7,0	8,0	5,0	8,0	
PLENITUD PERSONAL							
TOTAL	7,55 (7,45-7,66)	0,053	8,0	8,0	7,0	9,0	DF1=1; DF2=1815 WALD F=21,511; P<0,00001
CON CONTAGIO	7,18 (6,98-7,37)	0,098	7,0	8,0	6,0	8,0	
SIN CONTAGIO	7,71 (7,59-7,83)	0,061	8,0	8,0	7,0	9,0	
SATISFACCIÓN ESPIRITUAL							
TOTAL	8,26 (8,17-8,35)	0,047	8,0	8,0	8,0	9,0	DF1=1; DF2=1815 WALD F=15,395; P=0,00009
CON CONTAGIO	7,84 (7,66-8,02)	0,094	8,0	8,0	7,0	9,0	
SIN CONTAGIO	8,37 (8,27-8,47)	0,054	8,0	8,0	8,0	10,0	
CALIDAD DE VIDA GLOBAL							
TOTAL	8,21 (8,12-8,30)	0,046	8,0	8,0	7,0	9,0	DF1=1; DF2=1815 WALD F=24,798; P<0,00001
CON CONTAGIO	7,84 (7,66-8,02)	0,094	8,0	8,0	7,0	9,0	
SIN CONTAGIO	8,37 (8,27-8,47)	0,050	8,0	8,0	8,0	9,0	

Asimismo, se observó una menor satisfacción con la vida entre las personas contagiadas en comparación con las no contagiadas (Tabla 26a -26b). Un 66,9% de las personas contagiadas frente a un 76,0% de las personas no contagiadas manifestó estar satisfecha o muy satisfecha con su vida.

TABLA 26A
SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19 (OCTUBRE 2020), SEGÚN SEXO Y ESTADO DE CONTAGIO (N=1823)

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA DE DIENER * (ESCALA DE 5 A 25)	MEDIA (IC95%)	E.S.	MEDIANA	MODA	P25	P75	ESTADÍSTICOS
TOTAL	17,34 (17,15-17,53)	0,097	18	20	15	20	DF1=1; DF2=1818 WALD F=18,530 P=0,00002
CON CONTAGIO	16,71 (16,37-17,05)	0,173	17	18	14	19	
SIN CONTAGIO	17,61 (17,38-17,83)	0,116	18	20	16	20	

* El puntaje neutral en la escala de satisfacción con la vida se ha considerado 15; por lo tanto, un puntaje de 16 a 20 se considera como satisfecho; de 14 a 10, insatisfecho; 21 a 25, muy satisfecho; y el 5 a 9, muy insatisfecho

TABLA 26B
SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19 (OCTUBRE 2020), SEGÚN SEXO Y ESTADO DE CONTAGIO (N=1823)

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA DE DIENER *	TOTAL (IC95%)	CON CONTAGIO (IC95%)	SIN CONTAGIO (IC95%)	ESTADÍSTICOS
MUY INSATISFECHO	1,4 (0,9-2,1)	2,8 (1,6-4,9)	0,8 (0,4-1,5)	FCORR=5,177 DF1=3,949; DF2=7179; P=0,00039
INSATISFECHO	18,3 (16,-20,7)	23,0 (18,8-27,7)	16,4 (14,0-19,1)	
NI SATISFECHO NI INSATISFECHO	7,0 (5,7-8,6)	7,3 (5,1-10,2)	6,9 (5,4-8,8)	
SATISFECHO	61,3 (58,4-64,1)	58,0 (52,7-63,1)	62,7 (59,2-66,1)	
MUY SATISFECHO	12,0 (10,2-14,0)	8,9 (6,5-12,0)	13,3 (11,0-15,9)	

* El puntaje neutral en la escala de satisfacción con la vida se ha considerado 15; por lo tanto, un puntaje de 16 a 20 se considera como satisfecho; de 14 a 10, insatisfecho; 21 a 25, muy satisfecho; y el 5 a 9, muy insatisfecho.

NIVEL DE ESTRÉS Y CONTAGIO

Con relación al nivel de estrés, las personas contagiadas mostraron un nivel de estrés más elevado que las personas que no habían sido contagiadas (Tabla 27). Un 62,0% de las personas contagiadas mostraron un nivel de estrés de moderado a severo, frente a 56,0% en las personas que no habían estado contagiadas ($p=0,016$).

TABLA 27.
NIVEL DE ESTRÉS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19 (OCTUBRE 2020), SEGÚN ESTADO DE CONTAGIO (N=1823)

ESCALA DE PERCEPCIÓN DE ESTRÉS *(CATEGÓRICO)	TOTAL (IC95%)	CON CONTAGIO (IC95%)	SIN CONTAGIO (IC95%)	ESTADÍSTICOS
PROMEDIO	14,7 (14,3-15,1)	15,8 (15,1-16,5)	14,2 (13,8-14,7)	$F_{DE\ WALT}=13,536$ $DF1=1; DF2=1818$ $P=0,0002$
ALTO	3,4 (2,4-4,7)	2,9 (1,9-4,5)	4,4 (2,7-7,2)	$FCORR=4,139$ $DF1=1,999$ $DF2=3634$ $P=0,016$
MODERADO	53,8 (50,8-56,8)	59,1 (53,8-64,2)	51,6 (47,9-55,2)	
BAJO	42,8 (39,9-45,8)	36,5 (31,6-41,7)	45,5 (41,9-49,1)	

* El puntaje de la PSS-10 va de 0 a 40, indicando los puntajes mayores una mayor percepción de estrés psicológico. Puntajes de 0 a 13 se consideran bajo estrés; puntajes entre 14 y 26, estrés moderado y puntajes de 27 a 40 se consideran de alta percepción de estrés

CALIDAD DE SUEÑO Y CONTAGIO

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la calidad de sueño entre las personas que se contagiaron de la COVID-19 y las que no. El 35,8% (IC95% 30,9-41,0) de las personas contagiadas no tuvieron problemas con el sueño, frente a 49,5% (IC95% 45,9-53,1) de las que no se contagiaron. Las diferencias se dieron en la percepción de la calidad de sueño, la duración del sueño, en la frecuencia de perturbaciones del sueño, y en la disfunción diurna. Con respecto a esta última, un 73,9% de las personas que estuvieron contagiadas presentó disfunción diurna, frente a 59,2% de las que no lo estuvieron (Tabla 28).

TABLA 28.
CALIDAD DE SUEÑO EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19, SEGÚN ESTADO DE CONTAGIO (N=1823)

COMPONENTES	TOTAL (IC95%)	CON CONTAGIO (IC95%)	SIN CONTAGIO (IC95%)	ESTADÍSTICOS
CALIDAD DE SUEÑO				
BASTANTE BUENO	12,5(10,8-14,5)	8,9(6,3-12,4)	14,1(11,9-16,6)	F=5,118; DF1=2,982; DF2=5422,123; p=0,002
BUENO	63,8(60,9-66,6)	60,3(54,9-65,5)	65,3(61,8-68,6)	
MALO	20,5(18,2-23,1)	26,9(22,3-32,0)	17,8(15,2-20,8)	
BASTANTE MALO	3,1(2,2-4,4)	3,9(2,2-6,8)	2,8(1,8-4,4)	
LATENCIA DEL SUEÑO				
APROPIADA	37,2(34,3-40,2)	35,6(30,6-41,0)	37,9(34,4-41,5)	F=1,219; DF1=2,997; DF2=5448,293; p=0,301
LEVE ALTERACIÓN	34,1(31,4-37,0)	34,3(29,5-39,5)	34,0(30,8-37,5)	
MODERADA ALTERACIÓN	18,1(15,9-20,5)	16,8(13,3-21,1)	18,6(15,9-21,6)	
SEVERA ALTERACIÓN	10,6(8,9-12,6)	13,2(9,9-17,4)	9,5(7,7-11,8)	
DURACIÓN DEL SUEÑO				
MÁS DE 7 HORAS	37,9(35,0-40,9)	30,0(25,4-35,0)	41,3(37,8-44,9)	F=4,631; DF1=2,997; DF2=5448,542; p=0,003
ENTRE 6 Y 7 HORAS	26,2(23,7-28,9)	27,4(22,8-32,5)	25,7(22,7-28,8)	
ENTRE 5 Y 6 HORAS	27,8(25,2-30,6)	33,2(28,3-38,6)	25,5(22,5-28,8)	
MENOS DE 5 HORAS	8,1(6,6-9,9)	9,4(6,7-13,1)	7,5(5,8-9,7)	

COMPONENTES	TOTAL (IC95%)	CON CONTAGIO (IC95%)	SIN CONTAGIO (IC95%)	ESTADÍSTICOS
EFICIENCIA DEL SUEÑO				
MÁS DEL 85%	68,5(65,6-71,2)	64,7(59,3-69,8)	70,0(66,6-73,3)	F=0,945; DF1=2,999; DF2=5452,075; p=0,418
DEL 75 AL 84%	20,8(18,4-23,4)	23,4(18,9-28,5)	19,7(16,9-22,7)	
DEL 65 AL 74%	6,0(4,7-7,7)	6,5(4,3-9,8)	5,8(4,2-7,9)	
MENOS DEL 65%	4,8(3,6-6,2)	5,4(3,3-8,6)	4,5(3,2-6,2)	
PERTURBACIONES DEL SUEÑO				
NINGUNA PERTURBACIÓN	33,4(30,6-36,2)	28,4(23,9-33,4)	35,5(32,1-39,0)	F=3,979; DF1=2,255; DF2=4099,112; p=0,015
ENTRE 1 Y 9	62,7(59,8-65,5)	65,8(60,6-70,7)	61,4(57,8-64,8)	
ENTRE 10 Y 18	3,9(3,0-5,2)	5,7(3,6-8,8)	3,2(2,2-4,6)	
ENTRE 19 Y 27	0,0(0,0-0,1)	0,0(0,0-0,3)	-	
MEDICACIÓN PARA DORMIR				
NINGUNA VEZ EN ÚLTIMAS 4 SEMANAS		92,3(88,5-94,9)	91,3(88,3-93,5)	F=2,350; DF1=2,910; DF2=5289,727; p=0,072
MENOS DE UNA VEZ A LA SEMANA	2,2(1,4-3,4)	3,6(1,8-6,9)	1,6(0,9-2,8)	
UNA O DOS VECES A LA SEMANA	1,7(1,1-2,8)	0,8(0,3-2,4)	2,1(1,2-3,6)	
TRES O MÁS VECES A LA SEMANA	4,5(3,1-6,6)	3,3(1,8-5,9)	5,1(3,2-7,9)	
DISFUNCIÓN DIURNA				
NINGUNA	36,4(33,6-39,4)	26,1(21,5-31,2)	40,8(37,3-44,5)	F=12,124; DF1=2,966; DF2=5446,393; p<=0,0000
LEVE	45,5(42,6-48,5)	46,6(41,3-52,0)	45,1(41,6-48,7)	
MODERADA	13,0(11,2-15,1)	19,0(15,2-23,5)	10,4(8,5-12,8)	
SEVERA	5,0(3,8-6,5)	8,3(5,7-12,0)	3,6(2,5-5,2)	
PUNTAJE TOTAL				
SIN PROBLEMA DE SUEÑO (SCORE <5)	45,4(42,5-48,4)	35,8(30,9-41,0)	49,5(45,9-53,1)	F=5,273; DF1=2,925; DF2=5318,045; p=0,001
MERECE ATENCIÓN MÉDICA	31,9(29,1-34,9)	36,8(31,7-42,2)	29,9(26,6-33,4)	
MERECE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO MÉDICO	20,7(18,3-23,2)	24,7(20,3-29,6)	19,0(16,3-21,9)	
SE TRATA DE UN PROBLEMA DE SUEÑO GRAVE	2,0(1,2-3,2)	2,7(1,3-5,6)	1,6(0,8-3,2)	

LIMITACIÓN EN EL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL EN EL CUIDADO PERSONAL, FAMILIAR, SOCIAL, OCUPACIONAL Y ORGANIZACIONAL Y CONTAGIO

Asimismo, se halló una mayor limitación percibida en el funcionamiento psicosocial entre las personas contagiadas frente a las no contagiadas. Las áreas donde se encontraron estas diferencias fueron en el cuidado personal, en el funcionamiento familiar (funcionamiento como madre, padre, hijo(a) o esposo(a) y en la percepción de la capacidad de planificar, organizar y ejecutar sus actividades. El funcionamiento psicosocial estuvo afectado en la población estudiada. Alguna discapacidad psicosocial percibida se encontró en el 37,2% (IC95% 32,1-42,6) de los contagiados y en 27,6% (24,3-31,1) de los no contagiados (p=0,002) (Tabla 29).

TABLA 29.
DISCAPACIDAD O INHABILIDAD ESPECÍFICA EN LA POBLACIÓN ADULTA EN LIMA METROPOLITANA DURANTE LA PANDEMIA, SEGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD, Y CONTAGIO (N=1823)

DIFICULTADES O LIMITACIONES	TOTAL (IC95%)	CON CONTAGIO (IC95%)	SIN CONTAGIO (IC95%)	ESTADÍSTICOS
MANTENER REGULARMENTE EL ASEO DE SU CUERPO, SU ALIÑO O ARREGLO PERSONAL				
NINGUNA	89,7(87,7-91,4)	86,2(81,8-89,6)	91,2(89,0-93,1)	F=2,779; DF1=3,895; DF2=7081,963; p=0,027
LEVE	6,7(5,4-8,4)	9,1(6,3-12,9)	5,7(4,3-7,5)	
MODERADA	3,0(2,1-4,2)	4,6(2,8-7,4)	2,3(1,4-3,6)	
SEVERA	0,4(0,1-1,4)	0,2(0,0-1,1)	0,5(0,1-2,0)	
TOTAL O ABSOLUTA	0,2(0,0-0,7)	-	0,3(0,1-1,0)	
DESEMPEÑAR EFICIENTEMENTE SUS OCUPACIONES (ESTUDIOS, TRABAJOS O CASA)				
NINGUNA	81,5(78,8-83,9)	77,0(71,9-81,4)	83,4(80,2-86,3)	F=1,822; DF1=3,726; DF2=6773,708; p=0,127
LEVE	11,5(9,6-13,7)	15,7(11,8-20,5)	9,7(7,7-12,1)	
MODERADA	5,1(3,9-6,7)	5,3(3,5-7,9)	5,0(3,6-7,1)	
SEVERA	1,0(0,5-2,0)	1,4(0,5-4,0)	0,8(0,3-2,1)	
TOTAL O ABSOLUTA	0,9(0,2-3,2)	0,6(0,1-2,7)	1,0(0,2-4,7)	

DIFICULTADES O LIMITACIONES	TOTAL (IC95%)	CON CONTAGIO (IC95%)	SIN CONTAGIO (IC95%)	ESTADÍSTICOS
ASUMIR Y DESEMPEÑAR SATISFACTORIAMENTE SUS FUNCIONES COMO MADRE, PADRE, ESPOSO(A) O HIJO(A)				
NINGUNA	87,3(85,1-89,2)	81,1(76,5-84,9)	89,9(87,5-91,9)	F=4,709; DF1=3,159; DF2=5743,565; P=0,002
LEVE	8,0(6,5-9,7)	11,1(8,1-15,1)	6,6(5,1-8,6)	
MODERADA	4,3(3,2-5,7)	7,1(5,0-10,1)	3,1(2,0-4,7)	
SEVERA	0,4(0,1-1,4)	0,5(0,1-2,3)	0,4(0,1-2,2)	
TOTAL O ABSOLUTA	0,1(0,0-0,3)	0,1(0,0-1,0)	0,0(0,0-0,1)	
RELACIONARSE CON SUS FAMILIARES, AMIGOS, VECINOS Y PERSONAS EN GENERAL				
NINGUNA	89,9(88,0-91,6)	86,9(83,1-90,0)	91,2(88,9-93,1)	F=1,149; DF1=3,538; DF2=6432,441; P=0,330
LEVE	5,6(4,4-7,0)	7,6(5,3-10,8)	4,7(3,5-6,3)	
MODERADA	3,6(2,6-4,9)	4,3(2,8-6,5)	3,3(2,2-5,0)	
SEVERA	0,7(0,3-1,9)	0,9(0,2-3,7)	0,6(0,2-2,3)	
TOTAL O ABSOLUTA	0,2(0,1-0,6)	0,3(0,0-2,0)	0,2(0,0-0,7)	
PLANIFICAR SUS ACTIVIDADES, LUEGO ORGANIZARLAS Y EJECUTARLAS				
NINGUNA	86,2(84,1-88,1)	81,2(76,7-84,9)	88,4(85,9-90,5)	F=3,144; DF1=3,779; DF2=6870,492; P=0,015
LEVE	9,1(7,6-11,0)	11,9(8,9-15,7)	8,0(6,2-10,1)	
MODERADA	3,7(2,7-5,0)	5,8(3,7-9,0)	2,8(1,9-4,3)	
SEVERA	0,8(0,4-1,7)	1,0(0,4-2,5)	0,8(0,3-2,1)	
TOTAL O ABSOLUTA	0,1(0,0-0,4)	0,1(0,0-1,0)	0,1(0,0-0,5)	
AL MENOS ALGUNA DISCAPACIDAD O INHABILIDAD				
PREVALENCIA ACTUAL	30,5(27,7-33,4)	37,2(32,1-42,6)	27,6(24,3-31,1)	F=9,503; DF1=1; DF2=1818; P=0,002
DISCAPACIDAD GLOBAL ACTUAL SEGÚN NIVELES				
NINGUNA	69,5(66,6-72,3)	62,8(57,4-67,9)	72,4(68,9-75,7)	F=2,703; DF1=2,808; DF2=5105,811; P=0,048
LEVE	17,4(15,3-19,8)	21,3(17,1-26,2)	15,8(13,4-18,6)	
MODERADA	10,1(8,4-12,1)	12,5(9,5-16,4)	9,1(7,1-11,4)	
SEVERA O ABSOLUTA	2,9(1,8-4,8)	3,4(1,8-6,3)	2,7(1,4-5,4)	

INDICADORES SUICIDAS Y CONTAGIO

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las personas contagiadas frente a las no contagiadas, en el sentido de una mayor proporción de personas con indicadores suicidas entre las contagiadas. Las personas contagiadas tuvieron 2,6 veces mayores probabilidades de deseos de morir y 2,7 veces mayores probabilidades de haber pensado en suicidarse en comparación con las personas no contagiadas (Tabla 30).

TABLA 30.

INDICADORES SUICIDAS EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19, SEGÚN SITUACIÓN DE CONTAGIO DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS (N=1823)

INDICADORES SUICIDAS	TOTAL (IC95%)	CON CONTAGIO (IC95%)	SIN CONTAGIO (IC95%)	ODDS RATIO (IC-95%)	ESTADÍSTICOS
INDICADOR					
¿HA PENSADO QUE SERÍA MEJOR ESTAR MUERTO(A), O DESEADO ESTAR MUERTO(A)?	8,6 (7,1-10,4)	14,6 (11,1-18,9)	6,1 (4,7-7,9)	2,62 (1,72-3,99)	F=21,493; DF1=1; DF2=1818; P<0,001
¿HA QUERIDO HACERSE DAÑO?	1,3 (0,8-2,0)	1,8 (0,9-3,6)	1,0 (0,6-1,9)	1,69 (0,66-4,33)	F=1,243; DF1=1; DF2=1818; P=0,265
¿HA PENSADO EN SUICIDARSE?	1,6 (1,1-2,4)	2,9 (1,7-5,1)	1,1 (0,6-1,9)	2,76 (1,22-6,22)	F=6,499; DF1=1; DF2=1818; P=0,011
¿HA PLANEADO LA MANERA DE CÓMO PODRÍA SUICIDARSE?	0,7 (0,4-1,3)	1,1 (0,4-2,7)	0,5 (0,2-1,3)	2,03 (0,58-7,06)	F=1,295; DF1=1; DF2=1818; P=0,255
¿HA REALIZADO UN INTENTO DE SUICIDIO?	0,2 (0,1-0,5)	0,6 (0,2-1,6)	-	-	F=9,894; DF1=1; DF2=1818; P=0,002
SE HAN RELACIONADO ESTOS SENTIMIENTOS O DESEADO ESTAR MUERTO O HACERSE DAÑO CON LA PANDEMIA	34,5 (25,9-44,4)	37,5 (24,9-52,1)	31,5 (20,6-44,8)	1,31 (0,57-2,99)	F=0,413; DF1=1; DF2=1818; P=0,521
SEVERIDAD DEL RIESGO SUICIDA					
AUSENTE	89,0 (87,1-90,7)	81,6 (77,0-85,5)	92,2 (90,2-93,7)	F=10,754; DF1=2,930; DF2=5326,155; P<=0,00001	
BAJO	9,3 (7,7-11,1)	15,4 (11,8-19,8)	6,7 (5,2-8,6)		
MODERADO	0,9 (0,5-1,4)	1,5 (0,7-3,2)	0,6 (0,3-1,2)		
ALTO	0,8 (0,5-1,5)	1,5 (0,7-3,4)	0,5 (0,2-1,3)		

TRASTORNOS MENTALES Y CONTAGIO

Por otro lado, las personas contagiadas presentaron en general una mayor prevalencia de trastornos mentales en comparación con las no contagiadas. Las personas contagiadas frente a las no contagiadas presentaron 2,5 veces mayores probabilidades de presentar un trastorno mental en los últimos 6 meses de pandemia; 2,6 veces mayores probabilidades de presentar un trastorno depresivo y 3,1 veces mayores probabilidades de presentar un trastorno de ansiedad (Tabla 31).

TABLA 31.
PREVALENCIA DE VIDA, ANUAL, DE SEIS MESES Y ACTUAL DE TRASTORNOS MENTALES EN POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA DURANTE LA PANDEMIA (OCTUBRE 2020), SEGÚN ESTADO DE CONTAGIO (N=1823)

TRASTORNOS MENTALES	TOTAL (IC95%)	CON CONTAGIO (IC95%)	SIN CONTAGIO (IC95%)	ODDS RATIO (IC-95%)	ESTADÍSTICOS
PREVALENCIA DE CUALQUIER TRASTORNO PSIQUIÁTRICO					
VIDA*	32,8 (30,1-35,6)	42,8 (37,6-48,2)	28,5 (25,5-31,7)	1,88 (1,44-2,45)	F=22,052; DF1=1; DF2=1818; p<0,00001
ANUAL	19,6 (17,4-21,9)	29,4 (24,8-34,4)	15,4 (13,1-18,0)	2,28 (1,69-3,08)	F=30,326; DF1=1; DF2=1818; p<0,00001
6 MESES**	17,8 (15,7-20,0)	27,7 (23,2-32,7)	13,5 (11,4-15,9)	2,45 (1,80-3,33)	F=34,066; DF1=1; DF2=1818; p<0,00001
ACTUAL**	12,5 (10,8-14,5)	19,4 (15,5-24,0)	9,6 (7,8-11,7)	2,28 (1,60-3,23)	F=22,089; DF1=1; DF2=1818; p<0,00001
PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN GENERAL***					
VIDA	6,4 (5,1-8,0)	9,2 (6,5-13,0)	5,2 (3,8-6,9)	1,87 (1,14-3,06)	F=6,353; DF1=1; DF2=1818; p=0,012
ANUAL	4,1 (3,1-5,4)	6,9 (4,6-10,3)	2,9 (1,9-4,2)	2,50 (1,38-4,53)	F=9,732; DF1=1; DF2=1818; p=0,002
6 MESES	3,7 (2,8-4,9)	6,9 (4,6-10,3)	2,4 (1,6-3,4)	3,07 (1,71-5,51)	F=15,571; DF1=1; DF2=1818; p<0,001
ACTUAL	3,2 (2,3-4,4)	6,6 (4,3-10,0)	1,8 (1,1-2,8)	3,89 (2,04-7,41)	F=19,611; DF1=1; DF2=1818; p<0,001
PREVALENCIA DE EPISODIO DEPRESIVO					
VIDA	24,7 (22,3-27,3)	34,3 (29,4-39,6)	20,6 (18,1-23,5)	2,01 (1,51-2,66)	F=23,956; DF1=1; DF2=1818; p<0,00001
ANUAL	13,6 (11,7-15,7)	21,4 (17,3-26,1)	10,3 (8,4-12,4)	2,38 (1,69-3,34)	F=26,058; DF1=1; DF2=1818; p<0,00001
6 MESES	12,3 (10,5-14,3)	20,2 (16,2-24,9)	8,9 (7,2-10,9)	2,60 (1,83-3,71)	F=29,461; DF1=1; DF2=1818; p<0,001
ACTUAL	7,5 (6,1-9,1)	12,0 (8,9-15,9)	5,6 (4,2-7,3)	2,31 (1,49-3,57)	F=14,897; DF1=1; DF2=1818; p<0,001
PREVALENCIA DE ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL					
ANUAL	1,3 (0,8-2,2)	2,0 (0,9-4,3)	1,0 (0,5-2,0)	2,02 (0,72-5,70)	F=1,853; DF1=1; DF2=1818; p=0,174

* En dependencia o consumo perjudicial de sustancias se incluye solo la prevalencia anual

** Se incluye la prevalencia anual de consumo perjudicial o dependencia de sustancias nocivas.

*** Trastornos de ansiedad: incluye agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés posttraumático y fobia social.

ACCESO A SERVICIOS Y SITUACIÓN DE CONTAGIO

En concordancia con el incremento de los trastornos mentales, se observó un incremento de la morbilidad sentida entre las personas contagiadas. En general, las personas contagiadas por la COVID-19 percibieron con mayor frecuencia problemas emocionales intensos en comparación con las que no se habían contagiado. Durante la pandemia 42,3% (IC95% 37,0-23,4) de las personas contagiadas percibió problemas emocionales en los últimos 6 meses, frente a 26,4% (IC95% 23,5-29,6) de las personas que no estuvieron contagiadas. A pesar de ello, no se observaron diferencias significativas en el acceso, entre las persona contagiadas y no contagiadas. (Tabla 32). Las personas que percibieron problemas de salud mental y accedieron a la atención fue de 10,1% (IC95% 7,6-13,2).

TABLA 32.

TABLA MORBILIDAD MENTAL SENTIDA Y EXPRESADA EN LA POBLACIÓN ADULTA EN POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA DURANTE LA PANDEMIA (OCTUBRE 2020), SEGÚN ESTADO DE CONTAGIO (N=1823)

	TOTAL (IC95%)	CON CONTAGIO (IC95%)	SIN CONTAGIO (IC95%)	ESTADÍSTICOS
MORBILIDAD MENTAL SENTIDA ALGUNA VEZ EN LA VIDA (COMO PROBLEMAS EMOCIONALES O DE LOS NERVIOS)	44,6 (41,7-47,6)	57,5 (52,1-62,7)	39,2 (35,7-42,7)	F=31,352; DF1=1; DF2=1818; P<0,00001
MORBILIDAD MENTAL SENTIDA A DOCE MESES	34,6 (31,9-37,5)	45,3 (40,0-50,7)	30,1 (27,0-33,4)	F=23,485; DF1=1; DF2=1818; P<0,00001
MORBILIDAD MENTAL SENTIDA A 6 MESES	31,2 (28,5-33,9)	42,3 (37,0-47,7)	26,4 (23,5-29,6)	F=27,213; DF1=1; DF2=1818; P<0,00001
MORBILIDAD MENTAL SENTIDA Y EXPRESADA EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES (% DE LA DEMANDA SENTIDA)	17,2 (13,5-21,7)	16,2 (10,9-23,4)	18,0 (13,1-24,1)	F=0,171; DF1=1; DF2=1818; P=0,679
MORBILIDAD MENTAL SENTIDA Y EXPRESADA DURANTE LA PANDEMIA (ÚLTIMOS 6 MESES) (% DE LA DEMANDA SENTIDA)	10,1 (7,6-13,2)	9,9 (6,3-15,3)	10,2 (7,1-14,3)	F=0,007; DF2=1; DF2=1818; P=0,931

VIOLENCIA DOMÉSTICA

Las principales fuentes de tensión de la familia durante la pandemia tanto para el sexo masculino como femenino han sido los aspectos económicos, la salud de algún familiar, y las restricciones y limitaciones en la movilización social producida por la pandemia. En comparación con el hombre, la mujer percibió significativamente con mayor frecuencia como fuente de tensión: los aspectos económicos, el propio carácter, la infidelidad del esposo, la indiferencia del esposo, problemas en los estudios de los hijos, y problemas en la crianza de los hijos (Tabla 33).

TABLA 33.

FUENTES DE TENSIÓN FAMILIAR EN LAS MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS DE LA POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA DURANTE LA PANDEMIA (OCTUBRE 2020), SEGÚN SEXO (N=1823)

FUENTES DE TENSIÓN	TOTAL % (95% IC)	MASCULINO % (95% IC)	FEMENINO % (95% IC)	ODDS RATIO % (95% IC)	ESTADÍSTICOS
LOS ASPECTOS ECONÓMICOS	69,3 (66,5-72,0)	66,3 (62,0-70,4)	72,1 (68,4-75,5)	1,31 (1,01-1,70)	F=4,162; DF1=1; DF2=1818; P=0,041
EL CARÁCTER DE SU ESPOSO O PAREJA	16,4 (14,1-19,0)	13,9 (10,6-18,0)	18,7 (15,6-22,2)	1,43 (0,98-2,08)	F=3,401; DF1=1; DF2=1818; P=0,065
LA SALUD DE ALGÚN FAMILIAR	41,8 (38,9-44,8)	40,2 (35,9-44,7)	43,3 (39,3-47,3)	1,14 (0,89-1,45)	F=1,044; DF1=1; DF2=1818; P=0,307
SU PROPIO CARÁCTER	23,1 (20,6-25,9)	19,7 (16,1-23,8)	26,4 (22,9-30,1)	1,46 (1,08-1,98)	F=6,011; DF1=1; DF2=1818; P=0,014
INFIDELIDAD DE SU ESPOSO O PAREJA	1,1 (0,6-1,7)	0,2 (0,1-0,6)	1,9 (1,1-3,2)	9,86 (2,77-35,09)	F=18,897; DF1=1; DF2=1818; P<0,00001
INDIFERENCIA DE SU ESPOSO O PAREJA	3,7 (2,7-4,9)	1,9 (1,0-3,7)	5,3 (3,8-7,3)	2,82 (1,35-5,89)	F=8,233; DF1=1; DF2=1818; P=0,004
PROBLEMAS DE LOS ESTUDIOS DE LOS HIJOS	11,6 (9,9-13,5)	8,1 (6,2-10,5)	14,8 (12,2-17,8)	1,96 (1,37-2,82)	F=13,846; DF1=1; DF2=1818; P=0,00020
PROBLEMAS DE LA CRIANZA DE LOS HIJOS	9,7 (8,2-11,5)	7,5 (5,5-10,0)	11,8 (9,6-14,5)	1,66 (1,12-2,47)	F=6,442; DF1=1; DF2=1818; P=0,011
INFLUENCIA DE FAMILIARES FUERA DE LA RELACIÓN	2,9 (2,1-4,0)	1,2 (0,6-2,3)	4,5 (3,1-6,4)	3,96 (1,82-8,62)	F=13,938; DF1=1; DF2=1818; P=0,00019
LAS RESTRICCIONES Y LIMITACIONES DE MOVILIDAD SOCIAL	35,3 (32,5-38,3)	33,5 (29,4-37,9)	37,1 (33,2-41,1)	1,17 (0,91-1,51)	F=1,449; DF1=1; DF2=1818; P=0,229
OTRO	7,2 (5,8-9,0)	8,1 (5,8-11,2)	6,4 (4,8-8,5)	0,78 (0,49-1,24)	F=1,104; DF1=1; DF2=1818; P=0,294

La prevalencia anual de cualquier tipo de violencia física o psicológica en adultos de Lima Metropolitana fue de 7,8% (IC95% 6,4-9,5); y la mujer presentó 2,5 veces más probabilidades de padecer violencia con relación al varón, con una prevalencia anual en ellas de 10,8% (IC95% 8,6-13,5); el abuso

físico contra la mujer en el último año fue de 2,3% (IC 95% 1,5-3,5) y el abuso psicológico al menos 9,9% (IC95% 7,7-12,5) (Tabla 34). Una cuarta parte del maltrato hacia la pareja (25,5% IC95% 17,6-35,6) se inició durante la pandemia y 40% de los que ya padecían de abuso o maltrato consideró que el maltrato empeoró de regular a mucho durante la pandemia. En el caso del sexo femenino en un 17,3% (IC95% 17,6-35,6) se inició el maltrato como víctima de cualquier tipo de maltrato durante la pandemia, y en el caso del sexo masculino en un 46,5% (IC95% 27,6 - 66,4) ($p=0,004$).

TABLA 34.

PREVALENCIA ANUAL DE CUALQUIER TIPO DE ABUSO, MALTRATO O VIOLENCIA POR PARTE DE PAREJA ACTUAL O ÚLTIMA PAREJA EN POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA DURANTE LA PANDEMIA (OCTUBRE 2020), SEGÚN SEXO (N=1823)

TIPO DE ABUSO, MALTRATO O VIOLENCIA	TOTAL % (95% IC)	MASCULINO % (95% IC)	FEMENINO % (95% IC)	ODDS RATIO % (95% IC)	ESTADÍSTICOS
PREVALENCIA ANUAL DE ALGÚN ABUSO, MALTRATO O VIOLENCIA	7,8 (6,4-9,5)	4,6 (3,1-6,8)	10,8 (8,6-13,5)	2,52 (1,55-4,10)	$F=14,673$; $DF1=1$; $DF2=1818$; $P=0,00013$
ABUSO SEXUAL	0,3 (0,1-0,7)	-	0,5 (0,2-1,3)	-	$F=3,976$; $DF1=1$; $DF2=1818$; $P=0,046$
ABUSO FÍSICO	1,6 (1,0-2,4)	0,8 (0,3-2,2)	2,3 (1,5-3,5)	3,00 (0,95-9,49)	$F=3,864$; $DF1=1$; $DF2=1818$; $P=0,049$
INSULTOS, AGRESIONES VERBALES U OFENSAS	6,9 (5,6-8,6)	3,8 (2,5-5,8)	9,9 (7,7-12,5)	2,74 (1,64-4,58)	$F=15,819$; $DF1=1$; $DF2=1818$; $P=0,00007$
CHANTAJES, MANIPULACIONES O HUMILLACIONES	3,2 (2,3-4,5)	2,0 (1,0-3,8)	4,4 (3,0-6,4)	2,32 (1,07-5,04)	$F=4,744$; $DF1=1$; $DF2=1818$; $P=0,030$
ABANDONO	1,5 (1,0-2,3)	0,6 (0,2-1,5)	2,4 (1,6-3,7)	4,42 (1,50-13,06)	$F=8,631$; $DF1=1$; $DF2=1818$; $P=0,003$

Con respecto al abuso sistemático en el último año, definido como la presencia de algún tipo de abuso, maltrato o violencia con una frecuencia de una o dos veces al mes, una de cada 12 mujeres lo experimentó en el último año y el tipo de maltrato más frecuente fueron los insultos, agresiones verbales u ofensas, con un 5,5% (IC95% 3,9-6,7). En líneas generales la mujer tuvo 1,9 veces más probabilidades de experimentar algún tipo de abuso sistemático en comparación con el varón (Tabla 35).

TABLA 35.

PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO SISTEMÁTICO* POR PAREJA ACTUAL EN POBLACIÓN ADULTA DE LIMA METROPOLITANA DURANTE LA PANDEMIA (OCTUBRE 2020), SEGÚN SEXO (N=1823)

TIPO DE ABUSO	TOTAL % (95% IC)	MASCULINO % (95% IC)	FEMENINO % (95% IC)	ODDS RATIO % (95% IC)	ESTADÍSTICOS
PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO SISTEMÁTICO	6,3 (5,0-7,9)	4,5 (3,1-6,5)	8,0 (6,0-10,6)	1,85 (1,13-3,05)	$F=6,035$; $DF1=1$; $DF2=1818$; $P=0,014$
ABUSO SEXUAL SISTEMÁTICO	0,3 (0,1-0,9)	0,2 (0,0-1,5)	0,4 (0,2-1,3)	1,84 (0,23-14,79)	$F=0,337$; $DF1=1$; $DF2=1818$; $P=0,562$
ABUSO FÍSICO SISTEMÁTICO	0,3 (0,1-0,8)	0,0 (0,0-0,2)	0,6 (0,2-1,6)	24,55 (2,71-222,22)	$F=17,858$; $DF1=1$; $DF2=1818$; $P=0,00003$
INSULTOS, AGRESIONES VERBALES U OFENSAS SISTEMÁTICO	4,6 (3,5-5,9)	3,6 (2,4-5,4)	5,5 (3,9-7,7)	1,56 (0,90-2,73)	$F=2,511$; $DF1=1$; $DF2=1818$; $P=0,113$
CHANTAJES, MANIPULACIONES O HUMILLACIONES SISTEMÁTICO	2,6 (1,8-3,8)	0,6 (0,2-2,0)	4,5 (3,0-6,7)	8,00 (2,12-30,26)	$F=13,111$; $DF1=1$; $DF2=1818$; $P=0,00030$
ABANDONO SISTEMÁTICO	0,8 (0,5-1,3)	0,4 (0,2-1,2)	1,1 (0,6-2,0)	2,61 (0,79-8,62)	$F=2,686$; $DF1=1$; $DF2=1818$; $P=0,101$

* El maltrato sistemático fue definido como la presencia de algún tipo de abuso, maltrato o violencia con una frecuencia de una o dos veces al mes, en el último año

IV. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO SOBRE EL IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LIMA METROPOLITANA 2020





Nuestro estudio tuvo como objetivo describir el estado de la salud mental en la población adulta de Lima Metropolitana, en relación con la pandemia COVID-19. La mayoría de los estudios sobre salud mental y Covid-19 ha utilizado muestras por conveniencia; son pocos los estudios poblacionales, como el presente, con información representativa, tanto del componente psiquiátrico como de la salud mental en general. Asimismo, la mayoría de los estudios previos realizados durante la pandemia de la Covid-19 se basaron en encuestas en línea a través de redes sociales, lo que pudo implicar un sesgo de selección. Este estudio incluyó personas identificadas y encuestadas a través de números telefónicos proporcionados sin identificación por OSIPTEL. Es el primer reporte sobre violencia contra la pareja durante la pandemia. Los resultados de este estudio muestran en general un incremento importante de la prevalencia de problemas de salud mental en comparación con un estudio previo realizado en el 2012 en la ciudad de Lima (EESMLMR-2012) ⁽¹⁴⁾.

Aspectos generales sociodemográficos y respuesta social en relación la pandemia

Se encontró un incremento en el porcentaje de personas que no pudieron satisfacer sus necesidades básicas. En comparación con el estudio del año 2012, el porcentaje aumentó de 27,5% a 42,8% durante la pandemia ⁽¹⁴⁾. Este hallazgo se corrobora con el porcentaje de personas que perdieron su trabajo habitual debido a la pandemia y que pasaron a estar desocupados, desempleados o dedicados al hogar. Además, más del 50% de personas recibieron ayuda en la forma de víveres o dinero, lo que confirma el concepto de solidaridad que ha existido durante la pandemia y que algunos autores resaltan como un efecto rescatable de situaciones como estas ^(67, 68), pero también apunta a las limitaciones económicas severas de la población derivadas de la pandemia y las medidas de control sanitario, ya que 3 de 4 personas ha visto afectada su economía de forma moderada a severa, lo que podría impactar en su salud mental ⁽⁶⁹⁾.

Al momento de la entrevista, el 29,8% (IC95% 27,2-32,6) refirió haberse contagiado de la COVID-19 y, cerca de la mitad refirió tener pruebas de laboratorio confirmadas. Según comunicados oficiales del MINSA ⁽⁷⁰⁾, a noviembre del 2020, el 35% de las personas se habían infectado con la COVID-19, cifra relativamente aproximada a los hallazgos de este estudio, el cual se realizó principalmente en el mes de octubre del 2020. El 80,3% (IC95% 75,1-84,7) manifestó presentar síntomas de la enfermedad, por lo tanto, cerca de 20% fueron asintomáticos, lo cual es compatible con los hallazgos de algunos estudios, aunque existe mucha variabilidad ^(71,72). De los pacientes con COVID-19, 4,6% (IC95% 2,6-7,8) requirió oxígeno ambulatorio, 3,9% (IC95% 2,2-6,7) estuvo hospitalizado y 0,7% (0,1-3,1) estuvo en UCI; no se encontraron referentes sobre estos hallazgos, pero la OMS ha enfatizado recientemente, que más de medio millón de pacientes de países de bajos y medianos ingresos llegaron a necesitar tratamiento de oxígeno; muchos enfrentaron un enorme desafío para lograr el acceso de este elemento a la población de menores recursos ⁽⁷³⁾. A esto se suma, que Perú es uno de los países de la región con menor número de camas UCI, en comparación con Chile, México, Colombia, Brasil o Argentina ⁽⁷⁴⁾. Una de 5 personas se sintió discriminada por otras personas por estar contagiada con el COVID-19; en este sentido, un estudio reportó que 25,11% de las personas de origen chino que vivían fuera de China manifestaron haber sufrido algún acto discriminatorio, lo que comprometería las campañas que buscan contener la enfermedad y sus efectos ⁽⁷⁵⁾, y además obligó a que los gobiernos desarrollaran campañas de información precisa sobre la enfermedad ⁽⁷⁶⁾. Es esperable, que en la medida que se extienda la enfermedad a más personas, disminuya la discriminación, ya que según nuestro estudio la mitad de la población ya tenía un familiar cercano contagiado. Finalmente, 2,3% tuvo un familiar que falleció, lo que podría tener un efecto sobre el desarrollo de problemas de salud mental.

En el periodo en que se hizo la encuesta ya se habían levantado las medidas más restrictivas de tipo sanitario; sin embargo, continuaban las medidas de distanciamiento social y de autoaislamiento o de no

salir de casa sino por motivos de fuerza mayor. A pesar de eso, nuestro estudio encontró que 94,1% (IC95% 92,3-95,5) habían salido en el último mes por cualquier motivo, y 3 de cada 10 salieron porque tenían un trabajo autorizado, y 1 de cada 5 porque tenía que salir a trabajar, aunque no era un trabajo autorizado. Por otro lado, 1 de cada 10 salió a visitar a familiares, lo que explicaría de algún modo el alto nivel de contagios experimentado en la ciudad de Lima.

Desde el punto de vista de las políticas públicas, la confianza en las autoridades es un factor muy importante para lograr mantener informada a la población y disminuir la incertidumbre que generan las noticias falsas. En general, según los resultados de este estudio, la confianza en autoridades o en grupos importantes en esta pandemia fue modesta o baja, y ha sido más alta para los médicos y más baja para el alcalde. Una cuarta parte de la población confiaba plenamente en el Ministerio de Salud, y solo la mitad de las personas confiaba en los medios de comunicación. Una de las posibles causas de esta desconfianza son las frecuentes contradicciones suscitadas durante la pandemia, debido a una alta incertidumbre, por lo que se requiere de un sistema de filtros por parte del Estado para que la información sea más confiable y una mayor responsabilidad en la transmisión de la información a la población ⁽⁷⁷⁾.

Respecto a la afectación percibida por las personas derivadas de las medidas de control sanitario, se halló que la afectación más elevada estaba relacionada a no poder trabajar, seguida de la información sobre el número de muertos y contagiados por el coronavirus, no poder seguir los estudios y la necesidad de tener que mantenerse en casa la mayor parte del tiempo. Estos hallazgos son compatibles con estudios que identificaron como principales estresores el distanciamiento social, el aburrimiento, los problemas financieros por la pérdida de los trabajos ⁽³¹⁾, y que a la vez son causantes de una menor adherencia a las medidas de control sanitario ⁽²⁶⁾.

Alrededor de 3 de cada 4 personas de Lima, consideraba muy importante recibir soporte financiero de forma directa, en la forma de alimentos, seguridad de vivienda, información adecuada y la posibilidad de contar con apoyo emocional y psicológico, para poder continuar con las medidas sanitarias. Entendiéndose la urgencia de continuar con el apoyo del gobierno a las personas más necesitadas, para lograr disminuir la circulación de personas y la propagación del virus. Un reciente estudio en India reveló que las personas sin suficientes provisiones estaban más afectadas de síntomas depresivos, ansioso o de estrés, en comparación con las demás personas ⁽⁷⁸⁾. Esto concuerda con ciertas propuestas que enfatizan que la mitigación de la pandemia debe contar con un enfoque integral y estrategias que incluyan no solo el aspecto físico sino también la mitigación del estrés psicológico y de los problemas de salud mental, focalizándose en los estresores más comunes, como: a) Acortar o aliviar lo más posible la cuarentena; b) Dar información lo más veraz posible; c) Proveer provisiones de necesidades básicas a las personas de menores recursos; d) Reducir el aburrimiento en los hogares; e) Incrementar la comunicación, activando las redes sociales, líneas de apoyo para las personas en cuarentena, incrementando la comunicación entre amistades y, facilitando la comunicación entre personas aisladas o internadas y sus familiares; f) Prestar atención a los trabajadores de la salud; g) Fomentar el altruismo ⁽³¹⁾; h) Incrementar la resiliencia de las personas y optimizar el sistema de atención de la salud. También se requiere información científica que sirva de base para las intervenciones o el desarrollo de proyectos de investigación-acción. Por ejemplo, se ha demostrado que también se puede “vacunar” psicológicamente, a través de programas de entrenamiento en resiliencia para disminuir el estrés percibido ⁽⁷⁹⁾.

Aspectos generales de salud mental

Con respecto a la calidad de vida, en términos generales no se encontraron diferencias significativas con el EESMLMR-2012 ⁽¹⁴⁾; sin embargo, en nuestro estudio, de acuerdo con las dimensiones específicas del Índice de Calidad de Vida de Mezzich, se halló un menor bienestar psicológico, menor apoyo comunitario, y menor plenitud personal durante la pandemia con relación al año 2012. Un hallazgo

similar se encontró en un estudio poblacional en Marruecos donde se ha enfatizado la presencia de efectos por la pandemia en la calidad de vida, en la salud en general y en la salud emocional ⁽⁸⁰⁾. Por otro lado, se encontró una menor satisfacción con la vida cuando se comparó con el EESMLMR-2012. En periodo de pandemia la prevalencia de personas insatisfechas con la vida se encontró en 18,3% (IC95% 16,2-20,7) y las satisfechas con la vida fue 61,3% (IC95% 58,4-64,1); mientras que, en 2012 fue de 14,0% (IC95% 12,8-15,2), y 66,7% (IC95% 65,0-68,4), respectivamente. Un estudio en Singapur encontró una disminución en la satisfacción con la vida durante la pandemia, aunque las medidas de cuarentena se hubieran levantado ⁽⁸¹⁾.

El estrés se ha relacionado con diversos problemas físicos, como afecciones al sistema inmunológico tales como, cáncer, desórdenes cardiovasculares y metabólicos, problemas gastrointestinales, alteraciones respiratorias, desórdenes musculares y dolor ⁽⁸²⁾, además, de su relación con trastornos psiquiátricos como la depresión ⁽⁸³⁾, el trastorno de ansiedad generalizada ⁽⁸⁴⁾, y por definición, con el trastorno de estrés postraumático ⁽⁸⁵⁾. Con relación al estrés, se encontró que 3,4% (IC95% 2,4-4,7) de la población presentaba un nivel de estrés alto; y un 53,8 (IC95% 50,8-56,8), estrés moderado, y fue más alto en el sexo femenino que en el masculino, según la Escala de Percepción de Estrés. Estos hallazgos fueron más elevados que en otros estudios reportados, aunque es difícil la comparación por haber empleado distintos instrumentos. Un estudio meta-analítico reportó una prevalencia combinada de estrés de 36,5% en 22 estudios. Recientemente un estudio a través de una encuesta en línea en Lima Metropolitana reportó, utilizando el Índice de Distrés Peritraumático, una prevalencia de 35,5% de estrés leve a moderado y 9,3% de estrés severo ⁽⁸⁶⁾. Otro estudio en China en 52730 personas que respondieron una encuesta en línea, también utilizando el Índice de Distrés Peritraumático encontró que 29,29 % tuvo un distrés psicológico leve a moderado, mientras que, el 5,14% presentó un distrés psicológico severo; mayor distrés se asoció con ser mujer, tener mayor edad, mayor nivel educativo y ser trabajadores migrantes ⁽⁸⁷⁾. Otro estudio poblacional reciente desarrollado en China en relación con la COVID-19, encontró que 8,8% de las personas tenía niveles de estrés de moderados a severos, aunque el 53,8% de los encuestados refirió algún impacto psicológico de moderado a severo, 16,5% reportó síntomas depresivos, 28,8% síntomas de ansiedad ⁽⁸⁸⁾. Un estudio en línea en Italia en 2766 personas encontró 27,2% de estrés alto o muy alto; niveles más altos de estrés se encontró asociado con edad más joven, sexo femenino, con tener que ir a trabajar, con tener un familiar infectado y una historia de situaciones estresantes y problemas médicos ⁽³⁴⁾. Asimismo, un estudio en 263 personas adultas entrevistadas vía internet encontró un nivel de estrés bajo, y la mayoría mencionó recibir más apoyo y compartir sentimientos con amigos y familiares en comparación con antes de la pandemia ⁽⁸⁹⁾. Evidentemente la percepción de estrés puede estar influenciada por el contexto, distinta intensidad en la aplicación de las medidas de contención de la pandemia, lo que podría explicar la variabilidad ⁽⁹⁰⁾. Otro factor que pudo incidir en la variabilidad es el momento en que se realizó la encuesta dada la prolongada duración de la pandemia.

En relación con la calidad de sueño, se encontró que 54,6% de la población adulta tuvo problemas de sueño, de los cuales 31,9% (IC95% 29,1-34,9) ameritó atención, 20,7% (IC95% 18,3-23,2) ameritó atención y tratamiento médico y 2,0% (IC95% 1,2-3,2) se trató de un problema de sueño grave. Esto hallazgos contrastan marcadamente con lo que fue hallado en el año 2012, donde el 24,2% (IC95% 22,6-26,0) ameritó atención, 7,9% (IC95% 6,9-8,9) ameritó atención y tratamiento médico, y 0,2% (IC95% 0,1-0,2) se trató de un problema de sueño grave. Las cifras encontradas en este estudio son superiores a la reportadas por Jahrami et al. en un estudio metaanalítico de 9 estudios poblacionales (6 en China y 3 en Italia) realizados durante el periodo de pandemia utilizando el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh, con una prevalencia combinada de 37,9% (IC95% 25,2-52,4). Sin embargo, los hallazgos fueron similares a los estudios realizados en Italia, donde Casagrande et al reportaron 57,1% (IC95% 55,1-59,1), Cellini et al. 52,4% (IC95% 49,7-55,1) e Inocenti con 52,2% (IC95% 49,1-55,2). Los estudios realizados en China muestran una tendencia a prevalencias más bajas ⁽⁹¹⁾. Ese mismo estudio metaanalítico también reportó una prevalencia agrupada de problemas de sueño en pacientes COVID de 74,8% (IC95% 28,7-95,6), cifra

mayor a la de la población general, lo que es coincidente con el hallazgo de una diferencia estadísticamente significativa entre personas contagiadas y no contagiadas de este estudio, con una prevalencia de 64,2% versus 50,5% de problemas de sueño, respectivamente. Una explicación al aumento de los problemas de sueño en la población general puede ser por el incremento de trastornos depresivos y ansiosos tanto a nivel poblacional como en el grupo de personas infectadas por COVID-19 que también ha sido demostrado en este estudio.

En general, se aprecia una disminución del nivel de funcionamiento psicosocial en comparación con periodos sin pandemia. En este estudio se encontró que 30,5% (IC95 27,7-33,4) de la población presentó algún tipo de discapacidad o inhabilidad psicosocial (cuidado personal, familiar, social, laboral o académico u organizacional), significativamente más alto en las mujeres que en los varones. En el EESMLMR-2012 la presencia de al menos una discapacidad fue 10,3% (IC95% 9,2-11,5). Se halló que la población con alguna discapacidad en el cuidado personal fue 10,3%, en el ocupacional o académico, 18,5%; en el funcionamiento familiar, 12,7%; en el social, 10,1%; y en el organizacional 13,8%; mientras que, en el 2012 fue 3,3%, 5,3%, 4,4%, 3,0% y 4,2%, respectivamente.

Los sentimientos más comúnmente reportados frente a la pandemia han sido la preocupación, la pena, tristeza o depresión, miedo o temor, frustración e impotencia, lo que es coherente con reportes previos ⁽³¹⁾. En una investigación cualitativa, a través del análisis temático de la narrativa de la información recogida en entrevistas a 18 personas tras el inicio de la pandemia, se identificaron cuatro temas. Uno de ellos fueron las reacciones psicológicas ante la aparición de la pandemia: miedo, aprehensión, desamparo, desesperanza, pánico, experiencias psicológicas y físicas extrañas, soledad, atribuciones negativas; un segundo tema fue la disminución de la interacción social y del apoyo social percibido, con incomodidad por el distanciamiento social; y un tercer aspecto fue el padecimiento de síntomas físicos asociados al estrés: dolor de pecho, temblor, náusea, cefalea, mareo, problemas respiratorios, sequedad de la boca, problemas estomacales y palpitaciones; lo que se sostiene es que estos aspectos pueden conducir o acentuar los problemas de salud ⁽⁹²⁾.

Se encontró que 8,6% (IC95% 7,1-10,4) de los adultos había deseado morir y 1,6% (IC95 1,1-2,4) había pensado en suicidarse en el último mes. Esto contrasta con los hallazgos en periodos sin pandemia. La prevalencia hallada para el último mes de deseos de morir en el EESMLMR-2012 fue de 1,3% (IC95% 1,0-1,8) y de pensamiento suicida fue 0,6% (IC95% 4-1,0). En el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Establecimientos de Salud de Lima Metropolitana realizado en el 2015 (EESMHGCS-2015) fue 2,3% (IC95% 1,9-2,8) y 0,8% (IC95% 0,6-1,1), respectivamente. Se halló un incremento en indicadores suicidas en la población de Lima en el presente estudio, lo que sería coherente con el incremento en la prevalencia de depresión como veremos más adelante. Diversas publicaciones han dado cuenta de la preocupación sobre un incremento posible del riesgo suicida durante la pandemia, debido a su impacto económico, aislamiento social, disminución del soporte comunitario y las barreras para lograr tratamiento ⁽⁹³⁾. Otros estudios hallaron un incremento de pensamientos y conductas suicidas en comparación con periodos de no pandemia ⁽⁹⁴⁾. Resultados de estudios relacionados a otras pandemias reportaron un incremento de tasa de suicidio, intentos e ideación suicidas ⁽⁹⁵⁾. Sin embargo, una revisión sistemática relacionada al impacto de la pandemia sobre conductas suicidas no ha sido concluyente sobre esta asociación ⁽⁹⁶⁾; y un estudio metaanalítico reciente no encontró relación entre indicadores suicidas y la pandemia y sus medidas de contención, y lo asociaban a posibles efectos positivos de la pandemia, como un mayor soporte entre sus miembros o a cambios sobre la apreciación de la vida, aunque consideraban que esto podría ser diferente en distintos contextos y características individuales ⁽⁹⁰⁾.

Un estudio panel de las experiencias psicológicas y sociales en más de 70 mil personas en el Reino Unido, a partir de marzo 2020, siguió la evolución de diferentes aspectos de la salud mental. Después de ocho meses, a noviembre 2020, hallaron 3,8% de depresión severa y 6,3% de depresión moderadamente

severa; ansiedad severa de 6,5% y 9,9% de ansiedad moderada. Ambas condiciones decrecieron de marzo a noviembre. En ese mismo periodo los pensamientos de morir y el daño autoinfligido variaron de 2% a 4% y el abuso físico o psicológico entre 5% y 6%. Entre los principales estresores, las personas refirieron: contagiarse de COVID; desempleo, finanzas y conseguir comida; encontraron que las personas con enfermedad mental diagnosticada tenían más preocupaciones sobre todos los factores ⁽⁹⁷⁾.

Los trastornos mentales

Los trastornos mentales generan la mayor carga de morbilidad en el Perú ⁽⁹⁸⁾ y se asocian con un peor nivel educacional y menores logros laborales ^(99,100). Se encontró en el presente estudio que 1 de cada 3 personas (32,8% IC95% 30,1-35,6) había padecido algún trastorno mental alguna vez en su vida, 1 de cada 5 personas (19,6% IC95% 17,4-21,9) lo había padecido en el último año, y 1 de cada 8 personas (12,5% IC95% 10,8-14,5) lo estaba padeciendo en el momento de la entrevista. Estos hallazgos sobre prevalencia general son compatibles con estudios internacionales de periodos sin pandemia, pero debe tomarse en cuenta que en este estudio no se indagaron por todas las patologías psiquiátricas posibles. Un metaanálisis de 174 encuestas en 63 países encontró una prevalencia de vida de trastornos mentales de 29,2% (IC95% 25,9-32,6) y una prevalencia anual de 17,6% (IC95% 16,3-18,9) ⁽¹⁰¹⁾. Sin embargo, cuando examinamos por trastornos específicos como la depresión o los trastornos de ansiedad, nuestros hallazgos son mayores en relación con periodos sin pandemia en Lima Metropolitana.

Los hallazgos de este estudio pueden ser difíciles de comparar con estudios durante la pandemia por haberse empleado distintas metodología e instrumentos. La mayoría de los estudios se han realizado con muestras por conveniencia y empleando escalas dimensionales. En este estudio se utilizaron los criterios de investigación de la CIE-10 a través del MINI, lo que hace entendible que los resultados de este estudio deriven de criterios más restrictivos, pero que consideramos reflejan mejor la realidad clínica. Comparándolo con estudios previos en la población de Lima, empleando los mismos instrumentos que en el presente estudio, la prevalencia de trastornos mentales durante la pandemia se incrementó sustancialmente, duplicando y hasta triplicando las prevalencias encontradas previamente en el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana Replicación (EESMLMCR-2012) del año 2012 ⁽¹⁴⁾ y en el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Generales y Centros de Salud de Lima Metropolitana (EESMHGCSLM-2015) del año 2015 en 10 885 personas adultas ⁽¹⁰²⁾. La prevalencia anual, a 6 meses y actual de cualquier trastorno mental en el presente estudio fue de 19,6% (IC95% 17,4-21,9), 17,8% (IC95% 15,7-20,0) y 12,5 (IC95% 10,8-14,5) respectivamente, mientras que, las prevalencias en el año 2012 fueron de 11,8% (IC95% 10,7-13,0), 10,1 (IC95% 9,0-12,2) y 7,9 (IC95% 6,9-8,9) respectivamente. La prevalencia anual, a 6 meses y actual reportadas en el EESMHGCSLM-2015 fue de 12,4% (IC95% 11,1-13,8), 10,5% (IC95% 9,4-11,7) y 8,0% (IC95% 7,0-9,0).

Se encontró que la prevalencia de episodio depresivo durante la pandemia se duplicó con relación a un periodo sin pandemia. Se encontró en el episodio depresivo una prevalencia anual, a 6 meses y actual (periodo de la pandemia) de 13,6% (IC95% 11,7-15,7), 12,3% (IC95% 10,5-14,3) y 7,5% (IC95% 6,1-9,1) al momento de la entrevista, respectivamente; en comparación con el estudio del año 2012 ⁽¹⁴⁾, en el cual se encontraron prevalencias de 6,2% (IC95% 5,4-7,1), 4,6% (IC95% 3,9-5,4) y 2,8% (IC95% 2,2-3,5) respectivamente, es decir se duplicó. Estos hallazgos son congruentes con los encontrados en un estudio poblacional en los EEUU que mostró un incremento en 3 veces de la depresión en plena pandemia de la COVID-19 en abril del 2020, en comparación con un periodo pre-pandemia; la depresión moderadamente severa tuvo un incremento de 2,1% a 7,9% y la severa de 0,7% a 5,1%, aunque en aquel estudio se utilizó el PHQ-9 y en este se utilizaron criterios diagnósticos de episodio depresivos según CIE-10 ⁽¹⁰³⁾. Sin embargo, otro estudio de cohorte en el Reino Unido no encontró diferencias con relación a la depresión al comparar periodos antes y durante la pandemia ⁽¹⁰⁴⁾. Un estudio reciente en Perú realizado en una muestra de 57,446 personas a inicio de la pandemia utilizado el PHQ-9 (puntaje de 10 o más) encontró en

Lima Metropolitana una prevalencia de 33,8%, cifra mucho más alta que la reportada en este estudio ⁽¹⁰⁵⁾. Nochaiwong et al en un estudio metanalítico que incluyó 75 estudios de reciente de 32 países encontraron una prevalencia combinada de depresión de 28,0% con una variabilidad entre 5,9% y 72,6% ⁽¹⁰⁶⁾. La explicación de esta diferencia estaría en el uso de distintos instrumentos, los diferentes contextos socioeconómicos y vulnerabilidades que impactarían en forma distinta en los distintos países ⁽¹⁰⁶⁾, el hecho de que los criterios diagnósticos del CIE-10 utilizados en este estudio sean más restrictivos y la posibilidad de un sesgo de selección en las encuestas en línea.

Por otro lado, con respecto a los trastornos de ansiedad, los resultados de este estudio triplican los hallazgos del estudio epidemiológico del año 2012 ⁽¹⁴⁾. La prevalencia anual, a 6 meses y actual (periodo de pandemia) de cualquier trastorno de ansiedad en el presente estudio fue de 9,8% (IC95% 8,3-11,6), 9,0% (IC95% 7,5-10,7) y 6,7% (IC95% 5,5-8,3) respectivamente, mientras que en el estudio epidemiológico de Lima Metropolitana del año 2012 fue de 2,9% (IC95% 2,4-3,5), 2,4% (IC95% 2,0-3,0) y 1,9% (IC95% 1,5-2,4) respectivamente ⁽¹⁴⁾. Un estudio en el Reino Unido, utilizando el GAD-7, reportó que la prevalencia de problemas de ansiedad casi se duplicó al comparar periodos antes y durante la pandemia ⁽¹⁰⁴⁾. Un estudio poblacional en 500 personas adultas en Hong Kong encontró que 14% tuvo ansiedad (a través del GAD-7), 19% presentó depresión según el PHQ-9, y 25,4% reportó un deterioro en su salud mental desde el inicio de la pandemia; una peor salud mental se asoció con no haber estado en la ciudad de Hong Kong en la pandemia anterior, estar preocupado de infectarse, no tener suficientes mascarillas quirúrgicas y, no tener la posibilidad de trabajar desde casa ⁽¹⁰⁷⁾. Gao y colaboradores reportaron en un estudio poblacional en 4872 personas que el 22,6%, ansiedad y el 48,3% tuvo depresión; además, hallaron relación entre exposición a redes sociales y menor nivel educativo con los problemas de ansiedad ⁽¹⁰⁸⁾. El estudio metanalítico de Nochaiwong et al mencionado con anterioridad encontró una prevalencia combinada de ansiedad de 26,9% con una variabilidad entre 6,1% y 70,8% ⁽¹⁰⁶⁾. Las mismas explicaciones que con la depresión explicarían esta variabilidad.

Con relación a trastornos de ansiedad específicos, la prevalencia anual y a 6 meses del trastorno de ansiedad generalizada fue de 4,1% (IC95% 3,1-5,4) y 3,7% (IC95% 2,8-4,9); mientras que en el estudio epidemiológicos de Lima metropolitana del año 2012 fue de 0,7% (IC95% 0,5-1,0) en ambos casos ⁽¹⁴⁾. En el caso del trastorno de estrés postraumático (TEPT), se encontró una prevalencia anual y a 6 meses de 2,9% (IC95% 2,1-3,9) y 2,6% (IC95% 1,9-3,6) respectivamente y más frecuente en las mujeres, mientras que en Lima 2012 la prevalencia anual y a 6 meses fue de 0,7% (IC95% 0,5-1,0) y 0,5% (IC95% 0,3-0,7) respectivamente ⁽¹⁴⁾. Un estudio reciente en la ciudad de Wuhan, China, reveló que 7% de los 285 residentes encuestados presentaron síntomas de estrés postraumático; la presencia de estos síntomas se asoció al sexo femenino ⁽¹⁰⁹⁾. En Italia, una encuesta en 2286 personas adultas, vía redes sociales, reveló que el 29,5% presentaba sintomatología relacionada al TEPT ⁽¹¹⁰⁾.

En el caso de consumo perjudicial o dependencia de alcohol, la prevalencia del presente estudio fue menor a la encontrada en el año 2012, 1,3% (IC95% 0,8-2,2) frente a 2,5% (IC95% 2,0-3,2), respectivamente. Este hallazgo estaría en concordancia con un estudio poblacional en China que encontró una leve reducción en el consumo de alcohol en periodo de pandemia en comparación con periodo previo a la pandemia ⁽¹¹¹⁾. Otros estudios no concuerdan con este hallazgo y más bien muestran un incremento en el consumo del alcohol vinculado a la pandemia, y un posible incremento de los desórdenes relacionados con esta sustancia, incluyendo el Reino Unido ⁽¹¹²⁾, donde se reportó un incremento del consumo de alcohol en 17% de los participantes, y en Alemania ⁽¹¹³⁾ y Bélgica donde se encontró que alrededor de un tercio de los encuestados reportó tomar más o mucho más. Experiencias en otras pandemias han reportado un incremento de problemas de dependencia de alcohol en el periodo pospandemia ⁽³³⁾, lo que podría deberse a la proclividad de dificultades en el acceso a servicios por estos problemas y por lo tanto a una de las amenazas de salud pública derivadas de la pandemia ⁽¹¹⁴⁾. Con respecto al tabaco, los estudios han encontrado que la nicotina tiene relación con una proclividad a padecer el COVID-19 pero también

a predisponer a un peor desenlace ⁽¹¹⁵⁾. En este estudio no se encontró una diferencia significativa entre el presente estudio y periodos sin pandemia en el 2012 ⁽¹⁴⁾.

Con respecto a los factores sociodemográficos asociados a los trastornos mentales, se encontró asociación con edad, mayor en personas jóvenes; el sexo, mayor en el femenino para la depresión y los trastornos de ansiedad, y mayor en el sexo masculino con respecto al consumo perjudicial y dependencia de alcohol. Este resultado es compatible con la mayoría de estudios internacionales ^(116,101) y con un estudio previo realizado por el INSM en la costa peruana ^(14, 117). También se encontró asociación con el estado civil, con una mayor probabilidad de padecer de un trastorno mental, en particular depresión, entre las personas separadas, divorciadas y viudas; con el menor nivel de instrucción; con la situación laboral, mayor en las personas que perdieron el trabajo por la pandemia; y con la situación de pobreza, en particular los trastornos de ansiedad. Estudios en la región han encontrado hallazgos similares en tiempo de no pandemia. En el Estudio Nacional de Colombia se encontró una mayor frecuencia de trastornos mentales en personas con menor instrucción y en personas separadas o viudas ⁽¹¹⁸⁾; la relación entre pobreza y trastornos mentales ha sido documentada antes en estudios previos en el país ^(14,117) y en estudios internacionales ⁽¹³⁾ particularmente para los trastornos de ansiedad ⁽¹¹⁹⁾. La explicación de estos hallazgos, además de que las personas con menores recursos tienen menores niveles educativos ⁽¹²⁰⁾, es que, en esta pandemia, debido a las medidas de contención, las personas más susceptibles de verse afectadas fueron las de menores recursos.

La presencia de trastornos mentales tanto depresivos como ansiosos, también se ha relacionado con una serie de factores de la pandemia, como haberse contagiado de la COVID-19, pertenecer a grupos de riesgo médico para el contagio, tener familiares contagiados y en especial haber perdido algún familiar cercano por la pandemia. Un estudio en Italia encontró asociaciones similares entre depresión, ansiedad y estrés con respecto a tener familiares infectados o historia de problemas médicos ⁽³⁴⁾. Un estudio reciente que encontró un mayor incremento del estrés relacionado a la muerte de un familiar debido a la COVID-19 ⁽⁸⁶⁾. Otros aspectos relacionados al nivel de afectación que percibieron las personas acerca de las medidas de distanciamiento social por la pandemia, asociados significativamente con la presencia de trastornos mentales fueron: pasar la mayor parte del tiempo en casa, no poder ver a familiares y amigos, cambiar la forma de saludarse, no poder trabajar, no concurrir a lugares públicos, no hacer deporte, tener que usar un medio de transporte público o realizar trabajo remoto. Solo las actividades con los hijos, no poder seguir los estudios o realizar los estudios en forma remota no se asociaron con los trastornos mentales. Un estudio metaanalítico reciente solo encontró relación entre ansiedad y el cierre del transporte público ⁽¹²¹⁾. Es probable que los distintos estresores relacionados con la pandemia tengan un efecto aditivo entre sí que hagan proclive a un mayor estrés y por ende mayor riesgo de trastornos mentales.

Situación de contagio y salud mental

Con relación a los factores asociados a haberse contagiado de la COVID-19, ha sido más frecuente en el grupo de 24 a 65 años con referencia a los mayores de 65 años, quienes por las medidas sanitarias han permanecido más en casa; pero el contagio también se ha relacionado con menor nivel educativo, residir en Lima Sur o en el Callao y con haber perdido el empleo por la pandemia, lo que pudo ocasionar una mayor exposición al virus debido a la necesidad de buscar trabajo. Las personas contagiadas también mostraron niveles de salud mental más bajos en relación con las personas que no han sido contagiadas. Esto se ha traducido en una menor calidad de vida y una menor satisfacción con la vida entre las personas contagiadas, lo que a su vez pudo deberse a que estas personas han perdido con mayor frecuencia su trabajo, o a una mayor prevalencia de problemas de depresión y ansiedad. Otro aspecto de salud mental relacionado al contagio ha sido el nivel de estrés, más elevado en las personas contagiadas, lo que también podría predisponer a trastornos mentales, o que el estrés psicológico predispondría a la infección por afectación del sistema inmunológico ⁽¹²²⁾. También se ha encontrado un incremento en la discapacidad

psicosocial en las personas contagiadas, lo que pudo estar relacionado al incremento de problemas de depresión y ansiedad en estas personas, pero también al efecto directo del virus en el funcionamiento ⁽¹²³⁾. Por otro lado, las personas contagiadas mostraron un incremento en la ideación suicida lo que podría estar relacionado con una mayor prevalencia de trastornos mentales, pero también a factores biológicos del propio virus ⁽¹²⁴⁾.

Respecto a los trastornos mentales, las personas que habían estado contagiadas tuvieron más de 2 veces mayores probabilidades de presentar un trastorno mental, ya sea depresión o algún trastorno de ansiedad. Se encontró una mayor frecuencia de uso perjudicial y dependencia a alcohol entre las personas infectadas, aunque no alcanzó significación estadística. Sin embargo, podía estar en concordancia con un estudio en pandemias anteriores que sugiere un incremento de problemas por uso de alcohol en personas directamente afectadas por el virus ⁽³³⁾. Durante los últimos 6 meses de pandemia la prevalencia de cualquier trastorno mental, trastorno depresivo, trastorno de ansiedad o abuso/dependencia de alcohol en las personas contagiadas fue de 27,7% (IC95% 23,2-32,7), 20,2% (IC95% 16,2-24,9), 6,9% (IC95% 4,6-10,3) y 2,0% (IC95% 0,9-4,3), respectivamente. En contraste, con una muestra de 236 379 sobrevivientes al COVID en USA, y a través de sus registros electrónicos de salud, durante el periodo de seis meses siguientes al diagnóstico, se encontró prevalencia de: desordenes del ánimo 13,66% (IC95% 13,35-13,99); de ansiedad 17,39% (IC95% 17,04-17,74), de abuso de sustancias 6,58% (IC95% 6,36-6,80), y la incidencia durante el periodo explorado fue 4,22% (IC95% 3,99-4,47) de desorden del ánimo, 7,11% (IC95% 6,82-7,41) de desorden de ansiedad, 1,92% (IC95% 1,77-2,07) de abuso de sustancias ¹²⁵. Otro estudio desarrollado sobre los registros electrónicos de salud de 62 354 personas con diagnóstico de COVID-19 en USA de un total de 69 millones de registros, en un periodo de 14 a 90 días posteriores al diagnóstico, que buscó evaluar la secuela psiquiátrica en pacientes que tuvieron COVID-19 y si los pacientes con historia psiquiátrica tenían mayor riesgo para COVID, se encontró que la incidencia de cualquier diagnóstico psiquiátrico fue 18,1% (IC95% 17,6-18,6), incluyendo 5,8% (IC95% 5,2-6,4) como diagnóstico por primera vez en el periodo posterior al COVID-19. Asimismo, el diagnóstico psiquiátrico en el año previo se asoció con una incidencia mayor de COVID- 19: riesgo relativo 1,65% (IC95% 1,59-1,71) ($p<0,0001$) ⁽¹²⁶⁾. Por otro lado, un metaanálisis reciente que abarcó un estudio tanto del SARS-CoV-1, MERS-CoV y el SARS-CoV-2 encontró presencia de ansiedad y depresión tanto durante el estadio agudo de la enfermedad como en etapas posteriores ⁽¹²³⁾. Se ha sugerido que la relación entre problemas emocionales y la COVID-19 pudiera estar mediada por mecanismos inflamatorios derivados de la infección viral debido a un incremento de la sensibilidad a estímulos proinflamatorios como son, otras infecciones menores, concusiones, alérgenos y también estresores psicosociales ⁽¹²⁴⁾. Estos estudios reflejan la magnitud de la afectación psíquica y presencia de trastornos mentales en la población afectada con el COVID, lo que subraya la necesidad de anticipar las necesidades de atención. Asimismo, indican la conveniencia de atender las demandas de salud de la población con antecedentes de problemas psiquiátricos que muestran mayor vulnerabilidad a la infección.

A pesar de esto, estas personas no accedieron con mayor frecuencia a la atención, lo que evidencia la necesidad de una estrategia de seguimiento de las personas que han sufrido de la infección, más allá de la recuperación del estado físico. Por otro lado, hay estudios que reportan una afectación de la COVID-19 al sistema nervioso central y la presencia de alteraciones neuropsiquiátricas derivadas de la misma infección ⁽¹²⁷⁾. Un estudio reportó incremento de la mortalidad en aquellos pacientes hospitalizados con COVID que presentaron una enfermedad psiquiátrica en comparación con los que no, lo que podría estar relacionada a procesos inflamatorios, que como se mencionó antes, se postulan para algunos trastornos psiquiátricos y que podrían predisponer a un peor desenlace ⁽¹²⁸⁾. Otras posibles explicaciones al aumento de problemas psiquiátricos en pacientes con COVID-19 es que pueden deberse a que generalmente las personas infectadas por la COVID-19 enferman no solo ellos sino también sus familias, algunos con buen y otros con mal pronóstico. Estos aspectos contextuales del estar infectado podrían influenciar en que las

personas se compliquen con un problema depresivo o ansioso, como sucede con otras enfermedades infecciosas como el VIH ⁽¹²⁹⁾.

Respecto al acceso a la atención por problemas de salud mental, esta se ha visto afectada marcadamente en la mayoría de los países debido a la priorización de servicios para combatir los problemas de salud derivados de la COVID-19 ⁽¹³⁰⁾. Con relación a la morbilidad sentida expresada, es decir aquellas personas que percibiendo un problema emocional intenso accedieron a la atención, se encontró una disminución en el acceso. Así, un 17,2% (IC95% 13,5-21,7) de las personas que percibieron problemas de salud mental accedieron, mientras que en el 2012 accedieron el 31,0% (IC95% 26,3-36,1). En los últimos 6 meses, coincidiendo con el periodo de pandemia, solo accedieron 10,1% (IC95% 7,6-13,2). Esto también se hace evidente al considerar el uso de servicio por las personas con trastornos mentales diagnosticables, donde solo accedió el 12,2%, mientras que en el 2012 fue 16,9%, y si asumimos que desde ese año el acceso mejoró por la implementación de los Centros de Salud Mental Comunitarios, la disminución podría haber sido más marcada. Se observó que, en comparación con el año 2012, existió una disminución de porcentaje de personas que no percibían su problema (morbilidad sentida), 47,1% en el 2012 versus 18,5% en periodo de pandemia ⁽¹³¹⁾. Estos hallazgos son coincidentes con estudios realizados en otras pandemias en el que encontraron que las personas le prestan mayor atención a su salud mental ⁽⁶⁷⁾. El patrón de acceso por patologías ha presentado un cambio sustancial con respecto al 2012, con una notable disminución de la morbilidad no sentida, y un incremento importante en todas las patologías de la percepción de la necesidad de ayuda ⁽¹³¹⁾. La mayoría de las personas buscó atención en el sector privado, probablemente debido a las facilidades de acceso a estos recursos y a la interrupción de los servicios públicos de atención. Varios establecimientos psiquiátricos en Lima limitaron sus servicios para brindar facilidades para la atención de pacientes COVID-19 en sus ambientes. De la misma manera la cuarentena impactó en la atención de los Centros de Salud Mental Comunitarios.

Violencia doméstica

La violencia doméstica ha seguido siendo foco de preocupación de los organismos internacionales, en especial, porque se anticipa un incremento de la tensión y el estrés, una mayor exposición a la agresión, menos acceso a los servicios, mayor carga de trabajo con los hijos y limitaciones económicas por la pandemia y las medidas de distanciamiento ⁽¹³²⁾. Se ha encontrado como principal fuente de tensión familiar los aspectos económicos, la salud de un familiar, las restricciones, limitaciones de la movilidad social y su propio carácter. Con relación al EESMLMR-2012 se identificaron cambios en ciertas fuentes de tensión en las mujeres ⁽¹⁴⁾. Se incrementaron como fuente de tensión los aspectos económicos de 65,0% (IC95% 63,0-67,0) en el 2012 a 72,1% (IC95% 68,4-75,5) en el estudio actual; la salud de algún familiar de 30,1% (IC95% 28,1-32,1) a 43,3% (IC95% 39,3-47,3) respectivamente, y se sumaron como fuentes de tensión las limitaciones de movilización producto de la pandemia. Sin embargo, también se apreció una disminución en algunas fuentes de tensión como el carácter de su esposo de 37,1% (IC95% 35,1-39,2) en el 2012 a 16,4% (IC95% 14,1-19,0) durante la pandemia, el propio carácter de 30,2% (IC95% 28,3-32,1) a 23,3% (IC95% 20,6-25,9), la infidelidad de su esposo de 18,3% (IC95% 16,6-20,1) a 1,9% (IC95% 1,1-3,2), la indiferencia del esposo de 18,9% (IC95% 17,2-20,6) a 5,3% (IC95% 3,8-7,3), influencia de familiares fuera de la relación de 13,3% (IC95% 12,0-14,8) a 4,5% (IC95% 3,3-6,4). Esto se podría reconocer como algunos de los aspectos positivos de la pandemia; para las personas casadas el aumento del tiempo juntos debido a las limitaciones de movilidad podría tener un efecto positivo debido a que la situación forzaría una relación más cercana, aunque podría cambiar influenciado por otras situaciones como pérdida del trabajo o ingresos ⁽¹³³⁾. Un estudio cualitativo con 60 padres de distintas regiones del Reino Unido y de diversos contextos encontró que la mayoría de las familias percibieron la experiencia de confinamiento por la COVID-19 como positiva para reforzar los lazos y mejorar los vínculos ⁽¹³⁴⁾.

Respecto a la violencia contra la pareja se encontró que 7,8% de las personas habían experimentado algún tipo de maltrato o abuso por parte de la pareja en el último año, y las mujeres tenían 2,5 veces más probabilidades de experimentar violencia con relación a los varones. Las mujeres presentaron una prevalencia anual de 10,8% (IC95% 8,6-13,5) de cualquier tipo de maltrato o abuso, cifra inferior a la encontrada en el EESMLMR -2012 que fue de 14,7% (IC95% 13,3-16,3). Esto podría estar explicado por los hallazgos mencionados líneas arriba, sobre una disminución de ciertas tensiones familiares relacionadas con la pareja. En los varones, se encontró una prevalencia anual de cualquier tipo de abuso o maltrato de 4,6% (IC95% 3,3-6,8). No hay antecedentes nacionales sobre violencia contra el varón en estudios epidemiológicos, pero los hallazgos son similares a estudios en otras latitudes, como en la Encuestas Nacional sobre Violencia Íntima de Pareja y Violencia Sexual en los EEUU, donde se encontró una prevalencia anual de 5,5% (IC95% 4,4-6,1) ⁽¹³⁵⁾. Sin embargo, con respecto el abuso sistemático contra la mujer, es decir como la presencia de algún tipo de abuso o maltrato con una frecuencia de 1 o 2 veces al mes, se encontró en este estudio en 8,0% (IC95% 6,0-10,6), mientras que en el año 2012 fue de 5,0% (IC95% 4,2-5,9). Es decir, los hallazgos de este estudio indican que, si bien disminuyó la frecuencia de maltrato en general, se incrementó la intensidad con la que las mujeres sufrían abuso sistemático. Estos resultados están en concordancia con un estudio en un servicio de emergencia durante la pandemia que, si bien no encontró una mayor frecuencia de víctimas de violencia doméstica, los casos reportados de violencia física fueron de mayor intensidad y peligrosidad ⁽¹³⁶⁾. En distintos lugares del mundo, inclusive en el Perú, se han incrementado las llamadas a las líneas de ayuda por problemas de violencia domésticas en comparación con periodos de no pandemia ^(38,137). El incremento en la intensidad de la violencia podría ser una explicación para el incremento marcado en las llamadas de la línea de ayuda. La OMS por su parte, ha señalado que los sistemas de salud de los países deben incluir servicios esenciales para la atención de mujeres víctimas de violencia y deben proveer información acerca de servicios disponibles para estos casos, así como la identificación de los mismos por parte de los profesionales de la salud ^(138, 139). No se ha encontrado, hasta el momento, estudios poblacionales latinoamericanos reportados en este sentido.

Finalmente, debemos considerar las siguientes limitaciones en el presente estudio. Primero las entrevistas se basan en auto reportes que se sustentan en la memoria de la persona y por lo tanto podrían no tener acuciosidad. Los diagnósticos clínicos no han sido confirmados por una evaluación clínica. Además, en los casos clínicos detectados con los instrumentos utilizados, no se ha indagado sobre las causas del síndrome identificado, pudiendo tratarse de reacciones de adaptación de naturaleza transitoria; sin embargo, se han utilizado instrumentos para la identificación de trastornos mentales, según los criterios de investigación de la CIE-10. Por otro lado, el cuestionario utilizado no ha cubierto la totalidad de trastornos mentales por lo que la cifra identificada podría estar subestimada; sin embargo, se consideraron los trastornos de mayor prevalencia ⁽¹⁴⁾. Al tratarse de temas relacionados con la salud mental, no se descarta que exista una tendencia a no reportar por aspectos derivados de la deseabilidad social. Al haberse realizado las entrevistas por llamadas telefónicas, no se descarta que se haya obviado un sector de la población de menores recursos; sin embargo, según el INEI el 96,4% de los hogares de la población de la provincia de Lima tiene acceso a telefonía celular ⁽¹⁴⁰⁾. Asimismo, no se cuenta con antecedentes recientes para contrastar los hallazgos de este estudio habiendo utilizado, los resultados del último estudio epidemiológico del año 2012. Sin embargo, durante estos años no se han presentado eventos socioeconómicos o sociales importantes que pueda hacer pensar que existirían cambios notorios que no puedan ser mejor explicados por la experiencia de pandemia actual.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio mostrarían el efecto global de la pandemia sobre la salud mental de la población de Lima desde perspectivas, directas e indirectas. Por un lado, se han producido cambios dramáticos en el entorno de las personas producto de las estrategias de control sanitario que han tenido que ser severas y de confinamientos de duración prolongada, los que han producido un impacto socioeconómico sin precedentes en la historia nacional y mundial. Por otro lado, se ha observado el impacto directo en las personas y sus familiares por la infección de COVID-19 y sus consecuencias funestas en muchos casos, que han enlutado a muchas familias. A esto se suma la precariedad de los sistemas de salud para enfrentar este tipo de situaciones y la impotencia en lograr soluciones rápidas y contundentes, como son las vacunas. Estos aspectos tienen un impacto importante en la salud mental de las personas no solo por la afectación de su salud mental sino también por la imposibilidad de lograr accesos oportunos a la atención por las limitaciones que la misma pandemia ha exigido asumir.

En este estudio se ha podido corroborar el impacto que tuvo la pandemia en la economía de las personas, como la pérdida de empleo. El empeoramiento de la pobreza, la necesidad de ayuda de las personas para continuar con las medidas sanitarias impuestas y la relación de estas con la salud mental de las personas. Se ha hecho evidente que existe una importante desconfianza de la población en los sectores que deberían ayudar a superar el problema y amerita que se consideren estrategias para recuperar esa confianza y a ayudar a mejorar el afrontamiento de la pandemia y la incertidumbre que ocasiona. La pandemia genera sentimientos de preocupación, pena, tristeza, depresión, pero también frustración.

En comparación al período sin pandemia, se ha encontrado un incremento de los indicadores suicidas, una disminución en aspectos de la calidad de vida y de satisfacción con la vida. La mayor parte de la población muestra niveles de estrés de moderados a severos, ha experimentado un deterioro de la calidad de sueño y ha presentado una disminución en el funcionamiento psicosocial. Respecto a los trastornos mentales se aprecia un incremento en las prevalencias de dos a tres veces en comparación a periodos sin pandemia, especialmente en trastornos de ansiedad y trastornos depresivos, y se ha afectado sustancialmente el acceso a los servicios de atención de problemas de salud mental. Se ha encontrado, además, una asociación entre la condición de haber sido infectado y aspectos de salud mental incluyendo indicadores suicidas y trastornos mentales. Finalmente, debemos puntualizar que, con relación a la violencia doméstica si bien en términos de violencia general no se ha mostrado un incremento en comparación con estudios previos, se encontró un incremento de la violencia sistemática, lo que implica que se ha vuelto más intensa. Consideramos que los hallazgos de este estudio, por su naturaleza probabilística y representativa, permitirían la extrapolación a otras comunidades nacionales y ciudades de la región.

RECOMENDACIONES

1. Uno de los principales efectos de la pandemia es sobre la salud mental de las personas y, por lo tanto, las políticas sociales deberían orientarse con prioridad a este aspecto.
2. Al incrementarse los problemas de salud mental en la población general, serán necesarios más recursos tanto humanos como materiales y las instancias del sector deben anticiparse a esta necesidad.
3. Considerando el impacto de la COVID -19 en la salud mental de las personas que se contagian, debe incluirse acciones de prevención y detección en las personas infectadas.

4. Considerando una mayor afectación de la salud mental de las mujeres y el aumento de la intensidad de la violencia, se recomienda formular programas de detección y de prevención y procurar ambientes que puedan albergar a la mujer en situación de violencia con riesgo para la vida.
5. Deben implementarse programas preventivos dirigidos al desarrollo de recursos de afrontamiento del estrés fortalecimiento de la resiliencia y el mantenimiento de hábitos saludables a favor del desarrollo de entornos saludables. Asimismo, la formulación de programas preventivos sobre problemas detectados como alteración del sueño y en grupos vulnerables como las personas que han perdido a familiares por el COVID.
6. Se debe mantener actualizada la información sobre la salud mental en relación con la COVID, con investigaciones periódicas y a nivel nacional.
7. Se sugiere ampliar las investigaciones a las poblaciones que están en la primera línea de atención de los pacientes y de problemas derivados de la pandemia: profesionales y trabajadores de salud, policía, bomberos y servicios funerarios.
8. Se insta a la mejora de los niveles socioeconómicos individuales y poblacionales del país, para el afronte y soporte de las situaciones de pandemia, tanto como sin ella.

BIBLIOGRAFÍA



BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Federico Guardia. Business Development and Communication Director EY Central America. Obtenido de: https://www.ey.com/es_do/future-health/impacto-de-las-enfermedades-en-la-economia-mundial. Fecha: 13 mar 2020).
- ² Defensoría del Pueblo. Estado de Emergencia Sanitaria: El problema de la informalidad laboral en una economía confinada". Serie Informes Especiales N° 02-2020-DP. Obtenido de: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2020/04/Serie-de-Informes-Especiales-N%C2%B0-02-2020-DP-Problema-de-la-informalidad-laboral-en-una-economia-confinada.pdf>
- ³ Kamps BS, Hoffmann C. COVID Reference. Hamburg: Steinhauser Verlag; 2020. Obtenido de: <https://covidreference.com/>
- ⁴ Huang, X., Wei, F., Hu, L., Wen, L., & Chen, K. (2020). Epidemiology and clinical characteristics of COVID-19. *Archives of Iranian Medicine*, 23(4), 268-271. doi:<http://dx.doi.org/10.34172/aim.2020.09>
- ⁵ Nussbaumer-Streit B, Mayr V, Dobrescu AI, Chapman A, Persad E, Klerings I, Wagner G, Siebert U, Christof C, Zachariah C, Gartlehner G. Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 4. Art. No.: CD013574. DOI: 10.1002/14651858.CD013574.
- ⁶ CEPAL. Informe Especial COVID-19 América Latina y el Caribe ante la pandemia del COVID-19. Efectos económicos y sociales. 3 de abril 2020. Obtenido en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45337-america-latina-caribe-la-pandemia-covid-19-efectos-economicos-sociales>
- ⁷ Simpson PL & Butler TG. Covid-19, prison crowding, and release policies. *BMJ: British Medical Journal (Online)*, 2020; 369 doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m1551>
- ⁸ Pfefferbaum B, North C. Mental health and the Covid-19 pandemic. *N. Eng. J.* 2020;1-3. DOI: 10.1056/NEJMp2008017
- ⁹ Rubin GJ. The psychological effects of quarantining a city. *BMJ* 2020;368:m313 doi: 10.1136/bmj.m313 (Published 28 January 2020)
- ¹⁰ World Health Organization. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: WHO, 2001.
- ¹¹ Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. Salud Mental en el Mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Washington DC: OPS-OMS, 1997, pp 1-31
- ¹² Robichaud JB, Guay L., Colin C, Pothier M Les liens entre la pauvreté et la santé mentale: de l'exclusion à l'équité. Montreal: Gaëtan Morin Editeur, 1994: 93-98.
- ¹³ Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile. *Br J Psychiatry* 2001; 178:228-233.
- ¹⁴ Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao - Replicación 2012. Informe General. *Anales de Salud Mental*. 2013; XXIX: 1-392.
- ¹⁵ Saavedra JE. Pobreza y salud mental en la población adulta de Lima Metropolitana: trastornos psiquiátricos y otros problemas de salud mental asociados. *Anales de Salud Mental*. 2018; 34(2):21-42.
- ¹⁶ Ferguson NM, Cummings DA, Fraser C, Cajka JC, Cooley PC, Burke DS. Strategies for mitigating an influenza pandemic. *Nature*. 2006;442(7101):448-452. doi:10.1038/nature04795
- ¹⁷ Cohen S, Kessler RC, Underwood Gordon L. Strategies for Measuring Stress in Studies of Psychiatric and Physical Disorders. En: Cohen S, Kessler RC, Underwood Gordon L (Eds.) *Measuring Stress: A Guide for Health and Social Scientists*. New York: Oxford University Press, 1995. p. 3-26.
- ¹⁸ Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*. 2015 Jun;14(2):231-3. doi: 10.1002/wps.20231. PMID: 26043341; PMCID: PMC4471980.
- ¹⁹ Perales A. Salud mental en el Perú. Variables socioeconómicas, políticas y culturales. *Anales de Salud Mental* 1993; IX: 83-107.
- ²⁰ Ping W, Zheng J, Niu X, Guo C, Zhang J, Yang H, Shi Y. Evaluation of health-related quality of life using EQ-5D in China during the COVID-19 pandemic. *PLoS ONE*. 2020; 15(6): e0234850. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234850>
- ²¹ Khan S, Huremovic D. Psychology of the Pandemic. En: Huremovic D (eds) *Psychiatry of Pandemics*. Cham: Springer, 2019.
- ²² Hatfield E, Cacioppo JT, Rapson RL. Chapter 6: Primitive emotional contagion. In book: *Editors: Margaret S Clark. Emotion and social behavior*. Publisher: Sage Publications. January 1992

- 23 Duan C, Linder H, Huremovic D. Societal, Public, and [Emotional] Epidemiological Aspects of Pandemics. En: Huremovic D (eds) *Psychiatry of Pandemics*. Cham: Springer, 2019.
- 24 Knoll IV JL. Panic and Pandemics: The Return of the Absurd. *Psychiatric Times* March 30, 2020.
- 25 Cohen S, Gianaros PJ, Manuck SB. A Stage Model of Stress and Disease. *Perspect Psychol Sci*. 2016;11(4):456–463. doi:10.1177/1745691616646305
- 26 DiGiovanni C, Conley J, Chiu D, Zaborski J. Factors influencing compliance with quarantine in Toronto during the 2003 SARS outbreak. *Biosecur Bioterror*. 2004;2(4):265–272. doi:10.1089/bsp.2004.2.265.
- 27 Sharma R, Kaur S, Sodhi A. Knowledge, behaviour change, and anticipated compliance regarding non-pharmaceutical interventions during pandemic of influenza A H1N1 in Delhi. *Lung India*. 2012 Oct;29(4):341-6. doi: 10.4103/0970-2113.102817. PMID: 23243348; PMCID: PMC3519020.
- 28 Prati G, Pietrantonio L, Zani B. Compliance with recommendations for pandemic influenza H1N1 2009: the role of trust and personal beliefs. *Health Educ Res*. 2011;26(5):761-769. doi:10.1093/her/cyr035
- 29 Rothstein MA, Talbott MK. Encouraging compliance with quarantine: a proposal to provide job security and income replacement. *Am J Public Health*. 2007;97 Suppl 1(Suppl 1):S49-S56. doi:10.2105/AJPH.2006.097303
- 30 Blake KD, Blendon RJ, Viswanath K. Employment and compliance with pandemic influenza mitigation recommendations. *Emerg Infect Dis*. 2010 Feb;16(2):212-8. doi: 10.3201/eid1602.090638. PMID: 20113549; PMCID: PMC2958001.
- 31 Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* 2020; 395 (10227): 912–20. Published: February 26, 2020 DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- 32 Jeong H, Yim HW, Song YJ, et al. Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome. *Epidemiol Health*. 2016;38:e2016048. Published 2016 Nov 5. doi:10.4178/epih.e2016048
- 33 Wu, P., Liu, X., Fang, Y., Fan, B.Q., Fuller, C.J., Guan, Z., Yao, Z., Kong, J., Lu, J., & Litvak, I.J. (2008). Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak. *Alcohol and alcoholism*, 43 6, 706-12.
- 34 Mazza C, Ricci E, Biondi S, Colasanti M, Ferracuti S, Napoli C, et al. A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020;17(9):3165.
- 35 The Department of Global Communication - United Nations. Víctimas de la violencia doméstica atrapadas durante la pandemia. Publicación Internet. Obtenido de <https://www.un.org/es/coronavirus/articles/un-supporting-trapped-domestic-violence-victims-during-covid-19-pandemic>
- 36 Galea S, Merchant RM, Lurie N. The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing: The Need for Prevention and Early Intervention [published online ahead of print, 2020 Apr 10]. *JAMA Intern Med*. 2020;10.1001/jamainternmed.2020.1562. doi:10.1001/jamainternmed.2020.1562
- 37 Usher K, Bhullar N, Durkin J, Gyamfi N, Jackson D. Family violence and COVID-19: Increased vulnerability and reduced options for support [published online ahead of print, 2020 Apr 20]. *Int J Ment Health Nurs*. 2020;10.1111/inm.12735. doi:10.1111/inm.12735
- 38 Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) Estadísticas del Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar –AURORA– Perú, 2020. Obtenido el 8 de abril 2021 de: https://www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/estadistica/boletin_diciembre_2020/BV_Diciembre_2020.pdf
- 39 Feres JC, Macero X. Enfoques para la medición de la pobreza. Breve revisión de la literatura. 4to Taller Regional. La Medición de la pobreza: El método de las líneas de pobreza, Buenos Aires, CEPAL
- 40 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. *Anales de Salud Mental* 2009; Vol. XXV, Suplemento 1.
- 41 INEI. Manual de la Encuestadora de la Encuesta Nacional de Hogares 2000 IV trimestre Oct 2000.
- 42 Mezzich JE, Ruipérez MA, Pérez C, Ion G, Liu J, Mamad S. The Spanish version of the quality of life index: presentation and validation. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188:301-305.
- 43 World Health Organization (1997). *Multi-axial Presentation of ICD-10 for Adults*. Cambridge, U.K.:Cambridge University Press.
- 44 WPA IGDA Workgroup,. IGDA.7. Standardized multi-axial diagnostic formulation. *British Journal of Psychiatry* 2003; 182 (supp. 45): s52-s54.
- 45 Pavot, William y Diener, Ed. Review of the Satisfaction with life scale. *Psychological Assessment* 1993; 5 (2):164-172.
- 46 Cabañero Martínez JM, Richart Martínez M, Cbrero García J, Orts Cortés MI, Reig Ferrer A, Tosal Herrero B. Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puerperas. *Psicothema* 2004; 16 (3): 448-455.

- 47 Harrington, R. y Loffredo, D.A.. The relationships between life satisfaction, self-consciousness, and the Myers-Briggs Type Inventory Dimensions. *Journal of Psychology* 2001, 135: 439-450.
- 48 Atienza, F.L., Pons, D., Balaguer, I. y García-Merita, M. . Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema* 2000, 12: 314-319.
- 49 Ly, G. 2004. Atribuciones causales de la satisfacción con la vida en un grupo de adultos de Lima. Tesis de Licenciatura en Psicología. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- 50 Block J, Kremen A. IQ and Ego-resiliency: conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology* 1996; 70 (2): 349-361.
- 51 Fredrickson BL, Tugade MM, Waugh CE, Larkin GR. What Good Are Positive Emotions in Crises? A Prospective Study of Resilience and Emotions Following the Terrorist Attacks on the United States on September 11th, 2001.
- 52 Al-Naser F, Sandman MMA. Evaluating resiliency patterns using the ER89: A case study from Kuwait. *Social Behavior and Personality* 2000; 28 (5): 505-514.
- 53 Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav.* 1983;24(4):385-396.
- 54 Cohen S, Williamson GM. Perceived Stress in a Probability Sample ion the United States. En: Spacapan S & Oskamp S (Eds.) *The Social Psychology of Health*. New Park, CA: Sage, 1988.
- 55 Leung DY, Lam TH, Chan SS. Three versions of Perceived Stress Scale: validation in a sample of Chinese cardiac patients who smoke. *BMC Public Health*. 2010;10:513. Published 2010 Aug 25. doi:10.1186/1471-2458-10-513
- 56 Lee EH. Review of the psychometric evidence of the perceived stress scale. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2012;6(4):121-127. doi:10.1016/j.anr.2012.08.004
- 57 Guzmán-Yacaman JE, Reyes-Bossio M. Adaptación de la Escala de Percepción Global de Estrés en estudiantes universitarios peruanos. *Revista de Psicología*, 2018; 36(2): 719-750.
- 58 Huang F, Wang H, Wang Z, et al. Psychometric properties of the perceived stress scale in a community sample of Chinese. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):130. Published 2020 Mar 20. doi:10.1186/s12888-020-02520-4
- 59 Anicama J, Vizcardo S, Carrasco J, Mayorga E. Estudio epidemiológico Violencia y comportamientos asociados en Lima Metropolitana. *Oficina General de Epidemiología*, Universidad Nacional Federico Villarreal, 1999
- 60 Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, Lépine JP, Sheehan D, Janavs J, Baker R, Sheehan KH, Knapp E, Sheehan M. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en Español 5.0.0. 2001; documento proporcionado por el autor.
- 61 Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 Suppl. 20: 22-33.
- 62 Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora L.I, Lépine J.P, Sheehan D, Janavs J, Baker R, Sheehan K.H, Knapp F y Sheehan M. Mini International Neuropsychiatric Interview Plus (M.I.N.I. Plus). Versión en español 5.0.0. 2000.
- 63 Lama A. Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en el Perú. INEI Programa MECOVI-PERU/BID/BM/CEPAL. Lima: INEI; 2000. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0387/indice.HTM>). Acceso el 12 de septiembre del 2005.
- 64 Buysee DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. *Psychiatry Research* 1989; 28:193-213.
- 65 Rosales E, Egoavil M, La Cruz C, Rey de Castro J. Somnolencia y calidad del sueño en estudiantesde medicina de una universidad peruana. *An Fac Med Lima* 2007; 68(2): 150-158.
- 66 Luna-Solis Y, Robles-Arana Y, Agüero-Palacios Y. Validación del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh en una muestra peruana. *Anales de Salud Mental*. 2015; 31 (2): 23-30.
- 67 Lau JT, Yang X, Tsui HY, Pang E, Wing YK. Positive mental health-related impacts of the SARS epidemic on the general public in Hong Kong and their associations with other negative impacts. *J Infect*. 2006 Aug;53(2):114-24. doi: 10.1016/j.jinf.2005.10.019. Epub 2005 Dec 15. PMID: 16343636; PMCID: PMC7132442.
- 68 Calo-Blanco A, Kovářík J, Mengel F, Romero JG. Natural disasters and indicators of social cohesion. *PLoS ONE*. 2017; 12(6): e0176885. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176885>
- 69 Duarte Md, Manuela Almeida dS, Carolina PL, Jaqueline PG, Trentini CM. Covid-19 and the impacts on mental health: a sample from Rio Grande do Sul, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2020 09;25(9): 3401-11.
- 70 MINSA. Resultados preliminares del estudio de seroprevalencia en Lima revelan que alrededor del 35% de la población ha tenido COVID-19. Nota de Prensa. 24 de noviembre de 2020. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/316934-resultados-preliminares-del-estudio-de-seroprevalencia-en-lima-revelan-que-alrededor-del-35-de-la-poblacion-ha-tenido-covid-19>

- 71 Mizumoto K, Kagaya K, Zarebski A, Chowell G. Estimating the asymptomatic proportion of coronavirus disease 2019 (COVID-19) cases on board the Diamond Princess cruise ship, Yokohama, Japan, 2020. *Eurosurveillance*. 2020; 25, 2000180 Access: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.10.2000180>
- 72 Nishiura H, Kobayashi T, Miyama T, Suzuki A, Jung SM, Hayashi K, Kinoshita R, Yang Y, Yuan B, Akhmetzhanov AR, Linton NM. Estimation of the asymptomatic ratio of novel coronavirus infections (COVID-19). *Int J Infect Dis*. 2020 May;94:154-155. doi: 10.1016/j.ijid.2020.03.020. Epub 2020 Mar 14. PMID: 32179137; PMCID: PMC7270890.
- 73 WHO. COVID-19 oxygen emergency impacting more than half a million people in low- and middle-income countries every day, as demand surges. Internet 25 February 2021. <https://www.who.int/news/item/25-02-2021-covid-19-oxygen-emergency-impacting-more-than-half-a-million-people-in-low--and-middle-income-countries-every-day-as-demand-surges>.
- 74 Statista. Number of intensive care unit (ICU) beds in hospitals in selected countries in Latin America in 2019. Internet. Accessed on: <https://www.statista.com/statistics/1119085/latin-america-penetration-rate-icu-beds-hospitals/>
- 75 He J, He L, Zhou W, Nie X, He M. Discrimination and Social Exclusion in the Outbreak of COVID-19. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Apr 23;17(8):2933. doi: 10.3390/ijerph17082933. PMID: 32340349; PMCID: PMC7215298.
- 76 Singh R, Subedi M. COVID-19 and stigma: Social discrimination towards frontline healthcare providers and COVID-19 recovered patients in Nepal. *Asian J Psychiatr*. 2020 Oct;53:102222. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102222. Epub 2020 Jun 13. PMID: 32570096; PMCID: PMC7293527.
- 77 Orso D, Federici N, Copetti R, Vetrugno L, Bove T. Infodemic and the spread of fake news in the COVID-19-era. *Eur J Emerg Med*. 2020 Oct;27(5):327-328. doi: 10.1097/MEJ.0000000000000713. PMID: 32332201; PMCID: PMC7202120.
- 78 Rehman, U., Shahnawaz, M.G., Khan, N.H. et al. Depression, Anxiety and Stress Among Indians in Times of Covid-19 Lockdown. *Community Ment Health J* 57, 42–48 (2021). <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00664-x>
- 79 Veeramachaneni, S. Bose; Kothapalli, Radhakrishna M. Evaluation and Efficacy of Psychological Vaccine in Controlling Perceived Stress: A Longitudinal Study. *Indian Journal of Positive Psychology*. 2019; 10 (4): 235-243.
- 80 Samlani Z, Lemfadli Y, Adil A E, Oubaha S, & Krati K (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and well-being in morocco. Basel: MDPI AG. Obtenido de: <https://bibvirtual.upch.edu.pe:2052/docview/2416726008?accountid=42404>
- 81 Terence C. Cheng TC, Kim S, Koh K. The Impact of COVID-19 on Subjective Well-Being: Evidence from Singapore. Internet. Bonn: IZA-Institute of Labor Economics; September 2020. <http://ftp.iza.org/dp13702.pdf>
- 82 Carr JE. Stress and Illness. En: Wedding D (ed.) *Behavior & Medicine*. Seattle: Hogrefe & Huber Publishers, 2001. Pag. 231-244.
- 83 Yang L, Zhao Y, Wang Y, et al. The Effects of Psychological Stress on Depression. *Curr Neuropharmacol*. 2015;13(4):494-504. doi:10.2174/1570159x1304150831150507
- 84 Patriquin MA, Mathew SJ. The Neurobiological Mechanisms of Generalized Anxiety Disorder and Chronic Stress. *Chronic Stress (Thousand Oaks)*. 2017;1:10.1177/2470547017703993. doi:10.1177/2470547017703993
- 85 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
- 86 Krüger-Malpartida H, Pedraz-Petrozzi B, Arevalo-Flores M, Samalvides-Cuba F, Anculle-Arauco V, Dancuart-Mendoza M. Effects on Mental Health After the COVID-19 Lockdown Period: Results From a Population Survey Study in Lima, Peru *Clinical Medicine Insights: Psychiatry* Volume 11: 1-9
- 87 Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations [published correction appears in *Gen Psychiatr*. 2020 Apr 27;33(2):e100213corr1]. *Gen Psychiatr*. 2020;33(2):e100213. Published 2020 Mar 6. doi:10.1136/gpsych-2020-100213.
- 88 Wang C, Pan R, Wan X, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5):1729. Published 2020 Mar 6. doi:10.3390/ijerph17051729
- 89 Zhang Y, Ma ZF. Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Quality of Life among Local Residents in Liaoning Province, China: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(7):2381. Published 2020 Mar 31. doi:10.3390/ijerph17072381
- 90 Prati G, Mancini AD. The psychological impact of COVID-19 pandemic lockdowns: a review and meta-analysis of longitudinal studies and natural experiments. *Psychological Medicine*. 2021; 51: 201-211. <https://doi.org/10.1017/S0033291721000015>
- 91 Jahrami H, BaHammam AS, Bragazzi NL, Saif Z, Faris M, Vitiello MV. Sleep problems during the COVID-19 pandemic by population: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Sleep Med*. 2021 Feb 1;17(2):299-313. doi: 10.5664/jcsm.8930. PMID: 33108269; PMCID: PMC7853219.
- 92 Tiwari GK, Rai PK, Dwivedi A, Ray B. The Outbreak of COVID-19: A Narrative Thematic Analysis of the Perceived Psychological and health Outcomes [Preprint]. Preprints 2020. <https://doi.org/10.22541/au.158955320.05988992>

- 93 Reger MA, Stanley IH, Joiner TE. Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019 – A Perfect Storm? *JAMA Psychiatry*. 2020;77(11):1093–1094. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.1060
- 94 Iob E, Steptoe A, Fancourt D. Abuse, self-harm and suicidal ideation in the UK during the COVID-19 pandemic. *Br J Psychiatry*. 2020 Oct;217(4):543–546. doi: 10.1192/bjp.2020.130. PMID: 32654678; PMCID: PMC7360935.
- 95 Zortea TC, Brenna CTA, Joyce M, McClelland H, Tippet M, Tran MM, Arensman E, Corcoran P, Hatcher S, Heise MJ, Links P, O'Connor RC, Edgar NE, Cha Y, Guaiana G, Williamson E, Sinyor M, Platt S. The Impact of Infectious Disease-Related Public Health Emergencies on Suicide, Suicidal Behavior, and Suicidal Thoughts. *Crisis*. 2020 Oct 16:1–14. doi: 10.1027/0227-5910/a000753. Epub ahead of print. PMID: 33063542.
- 96 John A, Okolie C, Eyles E, Webb RT, Schmidt L, McGuinness LA, Olorisade BK, Arensman E, Hawton K, Kapur N, Moran P, O'Connor RC, O'Neill S, Higgins JPT, Gunnell D. The impact of the COVID-19 pandemic on self-harm and suicidal behaviour: a living systematic review. *F1000Res*. 2020 Sep 4;9:1097. doi: 10.12688/f1000research.25522.1. PMID: 33604025; PMCID: PMC7871358.
- 97 Fancourt D, Bu F, Mak HW, Steptoe A. Covid-19 Social Study Results Release 26. Department of Behavioural Science & Health 3rd December 2020. University College London
- 98 Valdez Huarcaya W, Miranda Monzon JS. Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos 2012. Lima: Dirección General de Epidemiología, MINSA. Junio 2014.
- 99 Ronald C. Kessler, Ph.D., Ellen E. Walters, M.S., and Melinda S. Forthofer, Ph.D. The Social Consequences of Psychiatric Disorders, III: Probability of Marital Stability. *Am J Psychiatry* 1998; 155:1092–1096.
- 100 Ettner SL, Frank RG, Kessler RC. The impact of psychiatric disorders on labor market incomes. *Industrial and Labor Relations Rev* 1997; 51:64–81.
- 101 Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, Silove D. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *Int J Epidemiol*. 2014 Apr;43(2):476–93. doi: 10.1093/ije/dyu038. Epub 2014 Mar 19. PMID: 24648481; PMCID: PMC3997379.
- 102 Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Generales y Centros de Salud de Lima Metropolitana y Callao – 2015. Informe General. *Anales de Salud Mental*. 2018; 34: 1–171.
- 103 Ettman CK, Abdalla SM, Cohen GH, Sampson L, Vivier PM, Galea S. Prevalence of Depression Symptoms in US Adults Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open*. 2020;3(9):e2019686. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.19686.
- 104 Kwong ASF, Pearson RM, Adams MJ, Northstone K, Tilling K, Smith D, Fawns-Ritchie C, Bould H, Warne N, Zammit S, Gunnell DJ, Moran PA, Micali N, Reichenberg A, Hickman M, Rai D, Haworth S, Campbell A, Altschul D, Flaig R, McIntosh AM, Lawlor DA, Porteous D, Timpson NJ. Mental health before and during the COVID-19 pandemic in two longitudinal UK population cohorts. *Br J Psychiatry*. 2020 Nov 24:1–10. doi: 10.1192/bjp.2020.242.
- 105 Antiporta DA, Cutipé YL, Mendoza M, Celentano DD, Stuart EA, Bruni A. Depressive symptoms among Peruvian adult residents amidst a National Lockdown during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry*. 2021 Feb 18;21(1):111. doi: 10.1186/s12888-021-03107-3.
- 106 Nochaiwong S, Ruengorn C, Thavorn K, Hutton B, Awiphan R, Phosuya C, Ruanta Y, Wongpakaran N, Wongpakaran T. Global prevalence of mental health issues among the general population during the coronavirus disease-2019 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep*. 2021 May 13;11(1):10173. doi: 10.1038/s41598-021-89700-8. PMID: 33986414; PMCID: PMC8119461.
- 107 Choi EPH, Hui BPH, Wan EYF. Depression and Anxiety in Hong Kong during COVID-19. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(10):3740. Published 2020 May 25. doi:10.3390/ijerph17103740
- 108 Gao J, Zheng P, Jia Y, et al. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLoS One*. 2020;15(4):e0231924. Published 2020 Apr 16. doi:10.1371/journal.pone.0231924
- 109 Liu N, Zhang F, Wei C, et al. Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry Res*. 2020;287:112921. doi:10.1016/j.psychres.2020.112921
- 110 Forte G, Favieri F, Tambelli R, Casagrande M. COVID-19 Pandemic in the Italian Population: Validation of a Post-Traumatic Stress Disorder Questionnaire and Prevalence of PTSD Symptomatology. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(11):E4151. Published 2020 Jun 10. doi:10.3390/ijerph17114151
- 111 Wang Y, Lu H, Hu M, Wu S, Chen J, Wang L, Luo T, Wu Z, Liu Y, Tang J, Chen W, Deng Q, Liao Y. Alcohol Consumption in China Before and During COVID-19: Preliminary Results From an Online Retrospective Survey. *Front Psychiatry*. 2020 Nov 25;11:597826. doi: 10.3389/fpsy.2020.597826.
- 112 Jacob L, Smith L, Armstrong NC, Yakkundi A, Barnett Y, Butler L, McDermott DT, Koyanagi A, Shin JI, Meyer J, Firth J, Remes O, López-Sánchez GF, Tully MA. Alcohol use and mental health during COVID-19 lockdown: A cross-sectional study in a sample of UK adults. *Drug Alcohol Depend*. 2021 Feb 1;219:108488. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2020.108488.
- 113 Koopmann A, Georgiadou E, Kiefer F, Hillemacher T. Did the General Population in Germany Drink More Alcohol during the COVID-19 Pandemic Lockdown? *Alcohol Alcohol*. 2020 Oct 20;55(6):698–699. doi: 10.1093/alcalc/aga058.

- 114 Dubey MJ, Ghosh R, Chatterjee S, Biswas P, Chatterjee S, Dubey S. COVID-19 and addiction. *Diabetes Metab Syndr*. 2020 Sep-Oct;14(5):817-823. doi: 10.1016/j.dsx.2020.06.008. Epub 2020 Jun 9. PMID: 32540735; PMCID: PMC7282772.
- 115 Gupta AK, Nethan ST, Mehrotra R. Tobacco use as a well-recognized cause of severe COVID-19 manifestations. *Respir Med*. 2021 Jan;176:106233. doi: 10.1016/j.rmed.2020.106233.
- 116 Ozamiz-Etxebarria N, Idoiaga Mondragon N, Dosil Santamaria M, Picaza Gorrotxategi M. Psychological Symptoms During the Two Stages of Lockdown in Response to the COVID-19 Outbreak: An Investigation in a Sample of Citizens in Northern Spain. *Front Psychol*. 2020 Jun 18;11:1491. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01491. Erratum in: *Front Psychol*. 2020 Sep 01;11:2116. PMID: 32625157; PMCID: PMC7314923.
- 117 Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana 2006. Informe General. *Anales de Salud Mental*. 2007; XXIII (1-2): 1-226.
- 118 Ministerio de la Protección Social. Estudio Nacional de Salud Mental – Colombia 2003. Cali: Ministerio de la Protección Social y Fundación Fes Social; 2005.
- 119 Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994; 51:8-19.
- 120 Kessler RC, Foster CL, Saunders WB, Stang PE. Social Consequences of Psychiatric Disorders, I: Educational Attainment. *Am J Psychiatry*. 1995; 152:1026-1032.
- 121 Castaldelli-Maia JM, Marziali ME, Lu Z, Martins SS. Investigating the effect of national government physical distancing measures on depression and anxiety during the COVID-19 pandemic through meta-analysis and meta-regression. *Psychological Medicine*. 2021; 1:1-13. <https://doi.org/10.1017/S0033291721000933>
- 122 Marsland AL, Bachen EA, Cohen S, Rabin B, Manuck SB. Stress, immune reactivity and susceptibility to infectious disease. *Physiol Behav*. 2002 Dec;77(4-5):711-6. doi: 10.1016/s0031-9384(02)00923-x. PMID: 12527024.
- 123 Rogers JP, Chesney E, Oliver D, Pollak TA, McGuire P, Fusar-Poli P, Zandi MS, Lewis G, David AS. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020 Jul;7(7):611-627. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30203-0.
- 124 Postolache TT, Benros ME, Brenner LA. Targetable Biological Mechanisms Implicated in Emergent Psychiatric Conditions Associated With SARS-CoV-2 Infection. *JAMA Psychiatry*. 2021;78(4):353-354. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.2795
- 125 Taquet M, Geddes JR, Husain M, Luciano S, Harrison PJ. 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. *The Lancet Psychiatry*. 2021; 8: 416-27. DOI:[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00084-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00084-5)
- 126 Taquet M, Lucian, S, Geddes JR, Harrison PJ. Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. *The Lancet Psychiatry*. 2021; 8(2): 130-140. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30462-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30462-4)
- 127 Varatharaj A, Thomas N, Ellul MA, Davies NWS, Pollak TA, Tenorio EL, Sultan M, Easton A, Breen G, Zandi M, Coles JP, Manji H, Al-Shahi Salman R, Menon DK, Nicholson TR, Benjamin LA, Carson A, Smith C, Turner MR, Solomon T, Kneen R, Pett SL, Galea I, Thomas RH, Michael BD; CoroNerve Study Group. Neurological and neuropsychiatric complications of COVID-19 in 153 patients: a UK-wide surveillance study. *Lancet Psychiatry*. 2020 Oct;7(10):875-882. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30287-X. Epub 2020 Jun 25. Erratum in: *Lancet Psychiatry*. 2020 Jul 14;: PMID: 32593341; PMCID: PMC73164
- 128 Li L, Li F, Fortunati F, Krystal JH. Association of a Prior Psychiatric Diagnosis With Mortality Among Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Infection. *JAMA Netw Open*. 2020 Sep 1;3(9):e2023282. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.23282. PMID: 32997123; PMCID: PMC7527869.
- 129 Mufaddel A, Omer AA, Salem MO. Psychiatric Aspects of Infectious Diseases. *Open Journal of Psychiatry*. 2014; 4: 202-217.
- 130 World Health Organization. The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 131 Saavedra JE, Galea JT. Access of Mental Health Services by the Adult Population in Metropolitan Lima, Peru: Characteristics, Perceptions and Need for Care. *Community Ment Health J*. 2021 Feb;57(2):228-237. doi: 10.1007/s10597-020-00639-y.
- 132 WHO-Human Reproduction Programme. COVID-19 and violence against women.What the health sector/system can do. 24 March 2020 Internet Obtenido de: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/COVID-19-VAW-full-text.pdf?ua=1>
- 133 Hamermesh DS. Lock-Downs, Loneliness And Life Satisfaction. Nber Working Paper Series. Internet April 2020. Obtenido de: <https://www.nber.org/papers/w27018>

-
- ¹³⁴ Clayton C, Clayton R, Potter M. British Families in Lockdown. Internet. Leeds: Leed Trinity University; July 2020. Obtenido de <https://www.leedstrinity.ac.uk/media/site-assets/documents/key-documents/pdfs/british-families-in-lockdown-report.pdf>
- ¹³⁵ Smith SG, Zhang X, Basile KC, et al. The national intimate partner and sexual violence survey: 2015 data brief–updated release. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/2015data-brief508.pdf>. Publicado Noviembre 2018. Updated November 2018. Obtenido 30 de marzo, 2021.
- ¹³⁶ Gosangi B, Park H, Thomas R, Gujrathi R, Bay CP, Raja AS, Seltzer SE, Balcom MC, McDonald ML, Orgill DP, Harris MB, Boland GW, Rexrode K, Khurana B. Exacerbation of Physical Intimate Partner Violence during COVID-19 Pandemic. *Radiology*. 2021 Jan;298(1):E38-E45. doi: 10.1148/radiol.2020202866.
- ¹³⁷ Boserup B, McKenney M, Elkbuli A. Alarming trends in US domestic violence during the COVID-19 pandemic. *Am J Emerg Med*. 2020 Dec;38(12):2753-2755. doi: 10.1016/j.ajem.2020.04.077.
- ¹³⁸ World Health Organization. COVID-19 and violence against women What the health sector/system can do. 7 April 2020. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331699/WHO-SRH-20.04-eng.pdf>
- ¹³⁹ Roesch E, Amin A, Gupta J, García-Moreno C. Violence against women during covid-19 pandemic restrictions. *BMJ*. 2020;369:m1712. Published 2020 May 7. doi:10.1136/bmj.m1712
- ¹⁴⁰ INEI. La población de Lima supera los nueve millones y medio de habitantes. Internet. <http://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/la-poblacion-de-lima-supera-los-nueve-millones-y-medio-de-habitantes-12031/>

ANALES DE SALUD MENTAL

ÓRGANO OFICIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL

Estudio Epidemiológico sobre el Impacto de la Pandemia COVID-19 en la Salud Mental de la población de Lima Metropolitana 2020

PRESENTACIÓN.....	9
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	23
1. JUSTIFICACIÓN	23
2. OBJETIVOS	25
3. METODOLOGÍA	26
4. DEFINICIÓN DE VARIABLES	28
5. INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE LOS CUALES SE CONSTRUYÓ EL CUESTIONARIO...	31
6. PROCEDIMIENTOS DE LA OPERACIÓN DE CAMPO	35
7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	36
II. RESULTADOS GENERALES DEL ESTUDIO SOBRE EL IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LIMA METROPOLITA 2020	41
III. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ENCUESTADOS	55
IV. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO SOBRE EL IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LIMA METROPOLITANA 2020	41



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL
"HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI"