

Artículo original

Estrés, ansiedad, depresión y severidad clínica en pacientes COVID-19 en un centro de aislamiento temporal. Lima-Perú

Stress, anxiety, depression, and clinical severity in COVID-19 patients in a temporary isolation center. Lima-Peru

 Jesus Brito Nuñez¹

 Yesenia Valencia Romero¹

Filiación

¹ Centro de Atención y Aislamiento Temporal Villa Panamericana, Seguro Social de Salud (EsSalud), Lima Perú

Correspondencia:

Jesus Brito-Nuñez
Av. del Río Pueblo Libre, Lima. Lima Perú
Correo: jedabritox@gmail.com

Declaración de autoría:

JBN: Conceptualización, metodología, validación, curaduría de datos, investigación, análisis formal, recursos.

YVR: Conceptualización, metodología, validación, curaduría de datos, investigación, análisis formal, recursos.

Declaración de conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales o institucionales que puedan influir en los resultados o interpretación del estudio.

Financiamiento

El presente estudio fue financiado con recursos propios de los autores y no contó con financiamiento externo de instituciones públicas o privadas.

Proceso editorial

Fecha de envío: 11/06/2026

Fecha de aprobación: 06/09/2026

Fecha de publicación: 30/09/2026

Cómo citar este artículo: Brito Nuñez J, Valencia Romero Y. Estrés, ansiedad, depresión y severidad clínica en pacientes COVID-19 en un centro de aislamiento temporal. Lima-Perú. Revista CyT Salud Pública, Vol. 1(3)- 2026



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

ISSN: 3119-7981 (En Línea)

OJS: <https://rctsp.org.pe/>

RESUMEN

Objetivos: determinar la relación del estrés, ansiedad, depresión con la severidad clínica en pacientes con COVID-19 del centro de atención y aislamiento temporal COVID-19 en Villa Panamericana. **Material y Métodos:** estudio observacional, longitudinal en pacientes que ingresaron con diagnóstico de COVID-19 al centro de atención y aislamiento temporal COVID-19 Villa Panamericana, se recolectaron datos sociodemográficos y antecedentes psiquiátricos, se aplicó la escala DASS-21 validada para población peruana con alfa de Cronbach > 0,80, y para la evaluación clínica se utilizó la escala qSOFA al ingreso, al tercer y séptimo día de internamiento y se categorizó en riesgo alto y bajo. Se aplicó estadística descriptiva. **Resultados:** la depresión fue el antecedente psiquiátrico más común, seguido del estrés, depresión, ansiedad y pánico. El 51,4% de los pacientes tenían estrés, el 63,6% mostraba algún nivel de ansiedad y el 44,6% depresión. Se encontró que el 1,4% de los pacientes con estrés presentaron alteraciones en los indicadores del qSOFA al tercer día. Algunos pacientes con ansiedad y depresión también presentaron riesgo alto. En el día siete, solo un paciente con estrés, ansiedad o depresión presentó riesgo alto y niveles de SAT O2 entre 90 y 93%. **Conclusiones:** el estrés, ansiedad o depresión en paciente con COVID-19 no se asoció estadísticamente con el alto riesgo qSOFA y a la desaturación.

Palabras claves: ansiedad; depresión; infecciones por coronavirus; atención en salud mental; Perú. (Fuente: DeCS-BIREME)

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship of stress, anxiety, and depression with clinical severity in patients with COVID-19 from the COVID-19 temporary isolation and care center in Villa Panamericana. **Material and Methods:** Observational, longitudinal study in patients who were admitted with a diagnosis of COVID-19 to the COVID-19 Villa Panamericana temporary isolation and care center. Sociodemographic data and psychiatric history were collected, and the DASS-21 scale validated for the Peruvian population with Cronbach's alpha > 0.80 was applied. For clinical evaluation, the qSOFA scale was used upon admission, on the third and seventh day of hospitalization, and was categorized into high and low risk. Descriptive statistics were applied. **Results:** Depression was the most common psychiatric history, followed by stress, depression, anxiety, and panic. 51.4% of patients had stress, 63.6% showed some level of anxiety and 44.6% had depression. It was found that 1.4% of patients with stress had alterations in the qSOFA indicators on the third day. Some patients with anxiety and depression also had high risk. On day seven, only one patient with stress, anxiety, or depression had high risk and SAT O2 levels between 90 and 93%. **Conclusions:** Stress, anxiety, or depression in patients with COVID-19 was not statistically associated with high qSOFA risk and desaturation.

Keywords: anxiety; depression; coronavirus infections; mental health care; Peru. (Source: DeCS-BIREME)

INTRODUCCIÓN

Las emergencias sanitarias generan un impacto significativo en la salud mental, especialmente en poblaciones sometidas a aislamiento, incertidumbre diagnóstica y riesgo clínico. La pandemia por COVID 19 ha demostrado que los síntomas de estrés, ansiedad y depresión pueden aparecer tanto en la fase aguda de la infección como durante la recuperación, afectando la calidad de vida y la evolución clínica de los pacientes. Estudios recientes muestran que hasta uno de cada cinco adultos desarrolla síntomas neuropsiquiátricos persistentes después de la infección, incluyendo ansiedad, depresión y disfunción cognitiva, con repercusiones funcionales relevantes a nivel individual y social (1).

La literatura contemporánea también ha documentado que los efectos psicológicos del COVID 19 pueden variar según la severidad de la enfermedad. Un metaanálisis que incluyó más de cuatro millones de pacientes reportó que quienes experimentaron cuadros más graves presentan mayor riesgo de alteraciones cognitivas y síntomas afectivos prolongados, sugiriendo que la respuesta inflamatoria sistémica y el estrés fisiológico podrían contribuir a estas manifestaciones (2). Asimismo, estudios longitudinales han encontrado que los síntomas de ansiedad y depresión pueden persistir o incluso intensificarse en pacientes hospitalizados, independientemente de la severidad inicial, afectando su recuperación y calidad de vida en el corto y mediano plazo (3).

En este contexto, resulta relevante estudiar la salud mental en escenarios de aislamiento temporal, donde los pacientes con COVID 19 reciben atención clínica, pero permanecen alejados de sus redes de apoyo. Estos entornos pueden amplificar el estrés emocional y modificar la percepción de riesgo, lo que podría influir en la evolución clínica. Sin embargo, existe poca evidencia en Latinoamérica que explore la relación entre síntomas psicológicos y parámetros clínicos de seguimiento en centros de aislamiento, especialmente durante la fase aguda de la enfermedad.

Por ello, el presente estudio tiene como objetivo evaluar la relación entre estrés, ansiedad y depresión con la evolución clínica de pacientes con COVID 19 atendidos en el Centro de Atención y Aislamiento Temporal Villa Panamericana. Este escenario representa un contexto singular de atención durante la pandemia en el Perú, y sus resultados pueden aportar información útil para el diseño de intervenciones integrales en futuras emergencias sanitarias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio: Se realizó un estudio observacional longitudinal en el mes de noviembre del año 2020. Siguiendo las directrices para el Reporte de Estudios Observacionales en Epidemiología STROBE (4).

Sujetos y descripción de la muestra: la población estuvo constituida por pacientes con diagnóstico previo de COVID-19 por prueba inmunológica, serológica o molecular que ingresaron al Centro de Atención y Aislamiento Temporal COVID-19 Villa Panamericana. La muestra fue no probabilística, por conveniencia.

Como criterios de inclusión se consideraron a aquellas personas con diagnóstico previo de COVID-19 por prueba inmunológica, serológica o molecular que voluntariamente decidieran participar del estudio.

Criterios de exclusión: deterioro cognitivo, incapacidad para completar DASS-21, condición clínica que impida responder el instrumento, y tratamiento psiquiátrico previo que pudiera modificar

la sintomatología actual, pacientes sin posibilidad de realizar seguimientos.

Variables y procedimientos: previa explicación de los objetivos del estudio y consentimiento informado se procedió a la obtención de los datos la cual se realizó en 3 momentos.

Primer momento: al triaje y durante su día cero (0) de internamiento, se recolectaron variables sociodemográficas, tales como edad, sexo, nivel de estudio, estado civil, profesión u ocupación, procedencia, hábito tabáquico y comorbilidades psiquiátricas previa autoreportadas, para tales como: ansiedad, depresión, estrés, pánico, trastorno de estrés post traumático, esquizofrenia, entre otras.

De igual forma se aplicó la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21), (5) validada previamente en población peruana, fue utilizada para evaluar sintomatología actual de estrés, ansiedad y depresión. Aunque la validación disponible corresponde a estudiantes universitarios, se reportó la consistencia interna obtenida en esta muestra, que mostró valores adecuados de alfa de Cronbach para las tres dimensiones mayor a 0,8 (6) está compuesta por 21 ítems de tipo Likert. Presenta 3 factores: Depresión (ítems: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21), Ansiedad (ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) y Estrés (ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18). La escala DASS-21 evalúa de manera independiente la ansiedad, la depresión y el estrés, categorizando cada uno en normal, leve, moderado, severo y severo extremo. Esta clasificación de las diferentes dimensiones se obtiene por medio de la sumatoria de las puntuaciones de las respuestas en los ítems correspondientes a cada uno de los factores. Las opciones de respuesta disponibles para responder a esta escala fueron: 0: no me ha ocurrido; 1: me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; y 3: me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo. Con preguntas como las presentadas a continuación: "Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones", "Me he sentido inquieto/a". Además, se categorizarán con los puntos de corte, para poder categorizar los síntomas depresivos, de ansiedad y de estrés y poder así analizar su sintomatología en leve, moderados, severos y extremadamente severo.

Asimismo se evalúa criterios de severidad al ingreso tomando como indicadores los signos tales como saturación de oxígeno (Sat O₂) <90% (con pulsioxímetro digital), y los criterios qSOFA que son 3 variables clínicas: 1) Escala de coma de Glasgow < 15 puntos, 2) presión arterial sistólica ≤ 100 mmHg, (con esfigmomanómetro de mercurio) y 3) frecuencia respiratoria ≥ 22 rpm (con reloj cronometrado en un minuto), se categorizó de 0-1 como riesgo bajo y de 2-3 como riesgo alto, similar a un estudio realizado en un hospital de Lima Perú.(7). Aunque qSOFA no constituye una escala específica de severidad para COVID 19, se utilizó como indicador clínico disponible para identificar deterioro fisiológico.

Segundo y tercer momento: Se realizó el seguimiento clínico a los pacientes al tercer día y al séptimo día de estancia hospitalaria respectivamente, precisando la saturación de oxígeno y los criterios qSOFA según parámetros descritos.

Procesamiento: los datos fueron procesados mediante el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 26 para Windows, y Microsoft Excel 2010, se realizó tablas de frecuencias y porcentajes de una y doble entrada, según sea el caso. Se realizaron estadísticas descriptivas. No fue posible realizar pruebas de asociación, ni modelos multivariantes ajustados por la escasa frecuencia de desenlaces.

Consideraciones éticas: el proyecto fue aprobado por el comité

de ética institucional del Seguro Social de Salud N° 42-IETSI-ESSALUD-2020, de igual modo, por la Dirección del Centro de Atención y Aislamiento Temporal COVID-19 Villa Panamericana que otorgo los permisos correspondientes para la recolección de datos. Se respetó la autonomía del paciente, aquellos que voluntariamente decidieron participar del estudio, firmaron el consentimiento informado luego de leerlo, según la declaración de Helsinki (8). De igual manera, se aclararon dudas al estudio. El llenado de la ficha de datos fue de carácter anónimo, se respetó la confidencialidad y veracidad de la información mediante la codificación del instrumento y del consentimiento informado.

RESULTADOS

Se entrevistaron 84 pacientes, 10 pacientes (12%) no completaron seguimiento por alta voluntaria, para el estudio se incluyeron 74 pacientes. Se encontró que el 64,9% (n=48) eran de sexo femenino, la edad promedio fue 44 años, con mediana de 41 años (DE: 15 años,

Tabla 1. Datos sociodemográficos de pacientes con COVID-19 del Centro de Atención y Aislamiento Temporal COVID-19 Villa Panamericana Lima Perú.

Datos sociodemográficos	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Femenino	48	64,9
Masculino	26	35,1
Nivel Educativo		
Primaria	7	9,5
Secundaria	29	39,2
Técnico	15	20,3
Universitaria	23	31,1
Estado Civil		
Soltero	27	36,5
Casado	26	35,1
Conviviente	15	20,3
Divorciado	4	5,4
Viudo	2	2,7
Procedencia		
Lima	63	85,1
Provincias	11	14,9
Ocupación		
Ama de casa	27	36,5
Personal de salud	3	4,1
Comerciante	12	16,2
Administrativo	13	17,6
Obrero	14	18,9
Estudiante	3	4,1
Docente	2	2,7

rango 20-83). El 39,2% (n=29) tenía estudios de secundaria, el 35,1% (n=26) eran casados, el 36,5% (n=27) eran ama de casas (Tabla 1). La depresión fue el antecedente psiquiátrico más frecuente 14,9% (n=11), seguido de la combinación de las patologías estrés, depresión, ansiedad y pánico, con 13,5% (n=10) (Tabla 2).

Se encontró que al ingreso el 51,4% (n=38) de los pacientes tenía estrés, asimismo, el 63,6% (n=47) mostró algún nivel de ansiedad, y el 44,6% (n=33) depresión. Otro hallazgo fue que el 100% de los pacientes tuvieron riesgo bajo según qSOFA. Al 3er día el 1,4% de los pacientes que presentaron estrés al ingreso, presentaron alteraciones en los datos clínicos evaluados con el qSOFA. Dos de los pacientes que presentaron algún nivel de ansiedad tuvieron riesgo alto, al igual, que los pacientes con depresión al ingreso. Al 7mo día solo un paciente presentó riesgo alto. (Tabla 3).

Al ingreso más del 50% presentó estrés y ansiedad y menos del 50% presentó depresión, al tercer día 2 de 74 pacientes presentaron saturación de O₂ entre 90-93%. Al séptimo día el 98,6% presentó saturación de mayor a 94%. (Tabla 4).

Tabla 2. Antecedentes de comorbilidades psiquiátricas de pacientes con COVID-19 del Centro de Atención y Aislamiento Temporal COVID-19 Villa Panamericana Lima Perú

Comorbilidades psi-quiátricas	Frecuencia	Porcentaje
Sin antecedentes	27	36,5
Depresión	11	14,9
Estrés, depresión, ansiedad y pánico	10	13,5
Estrés	9	12,2
Depresión y ansiedad	6	8,1
Ansiedad	4	5,4
Ansiedad y pánico	3	4,1
Trastorno de estrés post trauma	2	2,7
Pánico	2	2,7

Tabla 3. Nivel de estrés, ansiedad y depresión según el riesgo de qSOFA al ingreso, al tercer día y al séptimo día en pacientes con COVID-19 del Centro de Atención y Aislamiento Temporal COVID-19 Villa Panamericana Lima Perú

Nivel de estrés, ansiedad y depresión	qSOFA al ingreso				qSOFA 3er día				qSOFA 7mo día			
	Riesgo bajo		Riesgo bajo		Riesgo Alto		Riesgo bajo		Riesgo Alto			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Estrés												
Normal	36	48,6	34	45,9	2	2,7	36	48,6	0	0,0		
Leve	16	21,6	15	20,3	1	1,4	16	21,6	0	0,0		
Moderado	15	20,3	15	20,3	0	0,0	15	20,3	0	0,0		
Severo	6	8,1	6	8,1	0	0,0	6	8,1	0	0,0		
Extremadamente severo	1	1,4	1	1,4	0	0,0	0	0,0	1	1,4		
Ansiedad												
Normal	27	36,5	26	35,1	1	1,4	27	36,5	0	0,0		
Leve	7	9,5	6	8,1	1	1,4	7	9,5	0	0,0		
Moderado	13	17,6	13	17,6	0	0,0	13	17,6	0	0,0		
Severo	8	10,8	8	10,8	0	0,0	8	10,8	0	0,0		
Extremadamente severo	19	25,7	18	24,3	1	1,4	18	24,3	1	1,4		
Depresión												
Normal	41	55,4	40	54,1	1	1,4	41	55,4	0	0,0		
Leve	13	17,6	12	16,2	1	1,4	13	17,6	0	0,0		
Moderado	14	18,9	14	18,9	0	0,0	13	17,6	1	1,4		
Severo	4	5,4	3	4,1	1	1,4	4	5,4	0	0,0		
Extremadamente severo	2	2,7	2	2,7	0	0,0	2	2,7	0	0,0		

Tabla 4. Nivel de estrés, ansiedad y depresión según SAT O2 al ingreso, tercer día y al séptimo día de internamiento de pacientes con COVID-19 del Centro de Atención y Aislamiento Temporal COVID-19 Villa Panamericana Lima Perú.

Nivel de estrés, ansiedad y depresión	SAT O2 al in-greso				SAT O2 3er día				SAT O2 7mo día			
	>94%		>94%		90-93%		>94%		90-93%			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Estrés												
Normal	36	48,6	35	47,3	1	1,4	36	48,6	0	0,0		
Leve	16	21,6	16	21,6	0	0,0	16	21,6	0	0,0		
Moderado	15	20,3	14	18,9	1	1,4	15	20,3	0	0,0		
Severo	6	8,1	6	8,1	0	0,0	6	8,1	0	0,0		
Extremadamente severo	1	1,4	1	1,4	0	0,0	0	0,0	1	1,4		
Ansiedad												
Normal	27	36,5	27	36,5	0	0,0	27	36,5	0	0,0		
Leve	7	9,5	6	8,1	1	1,4	7	9,5	0	0,0		
Moderado	13	17,6	13	17,6	0	0,0	13	17,6	0	0,0		
Severo	8	10,8	8	10,8	0	0,0	8	10,8	0	0,0		
Extremadamente severo	19	25,7	18	24,3	1	1,4	18	24,3	1	1,4		
Depresión												
Normal	41	55,4	40	54,1	1	1,4	41	55,4	0	0,0		
Leve	13	17,6	13	17,6	0	0,0	13	17,6	0	0,0		
Moderado	14	18,9	14	18,9	0	0,0	13	17,6	1	1,4		
Severo	4	5,4	3	4,1	1	1,4	4	5,4	0	0,0		
Extremadamente severo	2	2,7	2	2,7	0	0,0	2	2,7	0	0,0		

DISCUSIÓN

En esta cohorte prospectiva se observó una alta frecuencia de síntomas de estrés, ansiedad y depresión en pacientes con COVID 19 atendidos en un centro de aislamiento temporal. Sin embargo, la evolución clínica evaluada mediante saturación de oxígeno y criterios qSOFA mostró escasa variabilidad y muy pocos eventos de deterioro, lo que limita la capacidad para identificar asociaciones estadísticamente significativas. Este hallazgo difiere del estudio realizado en pacientes hospitalizados en Irán (9), donde los casos confirmados mostraron una mayor incidencia de problemas de salud mental.

Los pacientes con ansiedad mostraron cambios con el paso del tiempo, al igual que los pacientes con depresión que tuvieron un ligero cambio durante los días de internamiento, se observó un incremento de los niveles de depresión en pacientes de bajo riesgo para el tercer día y una disminución en pacientes de alto riesgo en el séptimo día. Este estudio muestra similitudes en relación con los hallazgos de Zandifar et al. (10) después de que los pacientes ingresaron al hospital y alcanzaron la estabilidad clínica, se observó que todos ellos experimentaron ansiedad, asimismo, durante la hospitalización los pacientes exhibían algún nivel de depresión y estrés que estaba influenciada por medición de la pulsioximetría. En nuestra muestra, las variaciones detectadas podrían ser atribuibles a que los pacientes de bajo riesgo, al estar fuera de su entorno habitual, experimentaron un aumento en los síntomas depresivos, mientras que los pacientes de alto riesgo, al notar mejoras en su situación clínica, experimentaron una disminución en dichos síntomas.

Asimismo, en el estudio realizado por Saidi et al. (11) se encontró que, los niveles bajos de saturación de oxígeno, existe mayor nivel de depresión y ansiedad. Sin embargo, en nuestra muestra se encontró que a niveles de SAT O₂ menores del 94%, era mayor el nivel de estrés, mientras que la depresión y ansiedad disminuyó al séptimo día. Esto puede deberse a factores individuales como estrategias de afrontamiento o mayor presencia de estrés que pudiera ser explicado por otros factores que se escapan de los objetivos de nuestra investigación.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se observó que la ansiedad era más frecuente al momento del ingreso en pacientes de bajo riesgo, según los criterios qSOFA y una saturación de oxígeno superior al 94%. Estos hallazgos son respaldados por un estudio realizado por Saidi et al. (11) que encontró una asociación significativa entre un nivel de saturación de oxígeno igual o inferior al 95% y puntuaciones más altas de ansiedad y depresión.

Asimismo, otro estudio llevado a cabo por Rahman et al. (12) identificó una prevalencia más alta de síntomas depresivos en pacientes con COVID-19 que presentaban una saturación de oxígeno en reposo igual o inferior al 93%. Estos resultados sugieren que niveles más bajos de saturación de oxígeno están relacionados con un mayor riesgo de experimentar síntomas depresivos en pacientes con COVID-19. Sin embargo, como se ha descrito anteriormente, esta tendencia no se observó en nuestra muestra.

Para el tercer día, se encontró que la tendencia se mantenía en valores de estrés de normal a moderado, tanto en pacientes de bajo riesgo como de alto riesgo según los criterios qSOFA, así como en aquellos con una saturación de oxígeno en sangre de 90-93% y de más de 94%. Estos resultados sugieren que el estrés no era una preocupación inmediata, sin embargo, se fue desarrollando a medida que avanzaban los días de hospitalización.

Sin embargo, es importante resaltar que la hospitalización, las

enfermedades graves y los antecedentes de enfermedades mentales, en combinación con los síntomas de ansiedad y depresión, se relacionan con un mayor riesgo de desarrollar trastorno por estrés postraumático esto se ha demostrado en un estudio realizado por Blake et al. (13). Aunque el estrés se mantuvo en niveles normales a moderados en este estudio, es posible que a largo plazo se presenten consecuencias más significativas en términos de trastornos por estrés postraumático en aquellos pacientes con factores de riesgo adicionales.

De la misma manera, al tercer día, se encontró síntomas depresivos tanto en pacientes de bajo riesgo según los criterios qSOFA como en aquellos de alto riesgo. Además, se halló una frecuencia modesta entre los síntomas depresivos y la saturación de oxígeno en sangre, tanto en el rango de 90-93% como en valores superiores al 94%. En contraste, los resultados obtenidos difieren de un estudio realizado en Wuhan, China, por Li et al. (14) donde se obtuvo una relación entre los síntomas depresivos y la duración de la estancia hospitalaria.

En el séptimo día, se observó que los casos de ansiedad se mantuvieron con el tiempo tanto en pacientes de bajo riesgo como de alto riesgo, en comparación con los niveles registrados al momento del ingreso. Esto indica que la ansiedad se mantuvo en niveles similares a medida que progresa la enfermedad. Sin embargo, los niveles de ansiedad y depresión pueden empeorar en los pacientes hospitalizados con COVID-19, por lo cual cabe resalta la importancia de abordar la salud mental y brindar intervenciones adecuadas desde el inicio del internamiento (15).

Además, es importante destacar que la ansiedad y la depresión suelen coexistir en muchas personas que padecen trastornos de salud mental, tanto durante la fase aguda de la infección por COVID-19 como en la etapa posterior a largo plazo de la enfermedad.(16) Esto implica que es crucial prestar atención no solo a los aspectos físicos de la enfermedad, sino también a los impactos emocionales y mentales que puede tener los pacientes. Aunque estuvo presente, se encontraba distribuido en distintos grados de severidad en casi la mitad de las observaciones, del mismo modo, el estrés, aunque presente, un poco más de la mitad de los pacientes se encontraron con niveles normales. En pacientes hospitalizados, se cree que los estados angustiantes eran debido al estado de aislamiento al cual serían expuestos, lo cual se traduce en falta de apoyo de las redes familiares, aumentando el sentimiento de desamparo, lo cual trae como consecuencia peores resultados para la salud mental.. Asimismo, estos hallazgos difieren de lo reportado por Gupta et al. (18) donde se encontraron niveles más altos de estrés. Esta discrepancia podría explicarse por el hecho de que la mayoría de las personas en ese estudio estaban casadas y tenían preocupaciones relacionadas con las responsabilidades familiares.

La ansiedad persiste y se puede intensificar durante el internamiento de los pacientes por COVID-19, independientemente de su nivel de riesgo. La atención clínica debe incluir una preocupación por la salud mental y la implementación de intervenciones adecuadas para abordar la ansiedad y la depresión en estos pacientes, tanto durante la fase aguda como en la etapa posterior a largo plazo de la enfermedad. Aunque los niveles de estrés se mantuvieron en rangos normales a moderados en los pacientes analizados, es importante tener en cuenta los posibles riesgos a largo plazo asociados con la hospitalización, las enfermedades graves y los antecedentes de enfermedades mentales. Cabe resaltar la ausencia de otros desenlaces clínicamente relevantes durante el seguimiento.

Este estudio presenta varias limitaciones: 1) número muy reducido de eventos clínicos, lo que limita la potencia estadística; 2) diseño

observacional que impide establecer causalidad; 3) muestra por conveniencia y pérdidas del 12% durante el seguimiento; 4) uso de un solo centro de aislamiento temporal; 5) ausencia de ajuste por variables confusoras como edad, sexo y comorbilidades; 6) uso de qSOFA como indicador clínico no específico de severidad COVID 19; y 7) posible sesgo de selección al incluir pacientes clínicamente estables. Sin embargo, el estudio destaca por el seguimiento clínico y la evaluación de criterios de severidad relacionados con la COVID-19, brindando información relevante sobre la relación entre la enfermedad y la salud mental.

En la población estudiada no se encontró evidencia estadísticamente significativa de asociación entre estrés, ansiedad o depresión y la evolución clínica evaluada mediante saturación de oxígeno y criterios qSOFA. Debido al reducido número de eventos, estos resultados deben interpretarse con cautela y no permiten excluir una asociación clínicamente relevante.

Se sugieren futuras investigaciones que exploración de otros factores de riesgo y consecuencias para la salud mental de la hospitalización, así como la realización de estudios de seguimiento para comprender los efectos a largo plazo de la salud mental de los pacientes con COVID-19.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aretouli E, Malik M, Widmann C, Parker A, Oh E, Vannorsdall T. Cognitive and mental health outcomes in long covid. *BMJ*. 2025 16;390. doi:10.1136/BMJ-2024-081349.
2. Elboraay T, Ebada M, Elsayed M, Aboeldahab H, Salamah H, Rageh O, et al. Long-term neurological and cognitive impact of COVID-19: a systematic review and meta-analysis in over 4 million patients. *BMC Neurology* 2025; 25(1):250-. doi:10.1186/S12883-025-04174-9.
3. De Roos M, Nijpels M, Dijkstra N, Siegerink S, Samwel L, Pettai F, et al. Long-term consequences on mental health and health related quality of life among COVID-19 patients with different disease severities. *J Affect Disord Rep*. 2026;23:100988. doi:10.1016/J.JADR.2025.10098818.
4. Vandembroucke JP, Von Elm E, Altman DG, Gøtzsche PC, Mulrow CD, Pocock SJ, et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): Explanation and Elaboration. *PLoS Med*. 2007;4(10):e297. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.0040297>.
5. Antony MM, Cox BJ, Enns MW, Bieling PJ, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychol Assess*. 1998;10(2):176–81. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.176>.
6. Polo R. Propiedades Psicométricas de la Escala de Depresión, Ansiedad Y Estrés (DASS-21) en estudiantes universitarios de Chimbote. [Internet]. Universidad César Vallejo. Universidad Cesar Vallejo; 2017 [citado el 18 de enero de 2026]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/10290>.
7. Acosta G, Escobar G, Bernaola G, Alfaro J, Taype W, Marcos C, et al. Caracterización de pacientes con COVID-19 grave atendidos en un hospital de referencia nacional del Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020;37(2):253–8. Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5437>.
8. Asociación Médica Mundial (AMM). Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos – WMA – The World Medical Association [Internet]. [citado el 2 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/politicas-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.
9. Kheradmand A, Pirsalehi A, Mahjani M, Khoshgoui B. Mental Health Status among Hospitalized Patients with COVID-19 in Iran. *Iran J Psychiatry*. 2021;16(3):362–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8452836/>.
10. Zandifar A, Badrfam R, Yazdani S, Arzaghi SM, Rahimi F, Ghasemi S, et al. Prevalence and severity of depression, anxiety, stress and perceived stress in hospitalized patients with COVID-19. *J Diabetes Metab Disord*. 2020;19(2):1431–8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7594988/>.
11. Saidi I, Koumeka PP, Ait Batahar S, Amro L. Factors associated with anxiety and depression among patients with Covid-19. *Respir Med*. 2021;186:106512. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8222859/>.
12. Rahman H, Banik G, Ahmed A, Arifeen S, Hossain T, Aminul HRA. Anxiety and depressive symptoms among COVID-19 patients admitted to three isolation facilities in Bangladesh. *Health Psychol Open*. 2021;8(2). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8504249/>.
13. Vlaker JH, Wesselius S, Van Genderen ME, Van Bommel J, Boxma-De Klerk B, Wils EJ. Psychological distress and health-related quality of life in patients after hospitalization during the COVID-19 pandemic: A single-center, observational study. *PLoS One* 2021;16(8):e0255774. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255774>.
14. Li X, Tian J, Xu Q. The Associated Factors of Anxiety and Depressive Symptoms in COVID-19 Patients Hospitalized in Wuhan, China. *Psychiatr Q*. 2021;92(3):879. Disponible en: doi: 10.1007/s11126-020-09865-9.
15. Pérez P, Dawaher J, Paredes M. Impacto del COVID-19 en la salud mental de los pacientes hospitalizados. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*. 2020;38(2):55–64. Disponible en: <https://doi.org/10.18537/RFCM.38.02.06>.
16. Daly M, Robinson E. Depression and anxiety during COVID-19. *Lancet*. 2022;399(10324):518. Disponible en: doi: 10.1016/S0140-6736(22)00187-8.
17. Ghapanvari F, Namdar P, Moradi M, Yekefallah L. Psychological Impact of the COVID-19 on Hospitalized Patients: A Qualitative Study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2022;27(2):92–8. Disponible en: doi: 10.4103/ijnmr.ijnmr_382_20.
18. Gupta P, Singh S, Mahour P, Gupta B, Agarwal M, Dalal PK, et al. Mental health outcome in hospitalized COVID-19 patients: An observational analysis from North Indian tertiary care hospital. *Clin Epidemiol Glob Health*. 2023;19:101209. Disponible en: doi: 10.1016/j.cegh.2022.101209.