

Percepción de enfermedad y síntomas de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados por COVID-19 en una clínica privada

Illness perception and symptoms of anxiety and depression among patients hospitalized for COVID-19 at a private clinic

Raquel Pinto-Llerena¹, Nora Nina-Huisa¹, Natalie Sosa-Tafur², Ruth Llerena-Benites³, Juan Huaccho-Rojas^{1,4,*}

¹ Facultad de Medicina Humana, Universidad Científica del Sur, Lima, Perú.

² Universidad San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana, Filial Norte, Chiclayo, Perú.

³ Department of Psychiatry, Lincoln Medical and Mental Health Center, Bronx, Nueva York, Estados Unidos.

⁴ CHANGE Research Working Group, Carrera de Medicina Humana, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Científica del Sur, Lima, Perú.

Historial del artículo

Recibido: 9 de abril de 2026

Revisado por pares

Aceptado: 15 de julio de 2026

En línea: 23 de julio de 2026

Cómo citar el artículo

Pinto-Llerena R, Nina-Huisa N, Sosa-Tafur N, Llerena Benites R, Huaccho-Rojas J. Percepción de enfermedad y síntomas de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados por COVID-19 en una clínica privada. Med Educ Clin Pract. 2026;1(3):e026. doi: 10.21142/mecp.2026.1.3.e026.

*Correspondencia

Juan Jesus Huaccho Rojas
jhuaccho.md@gmail.com



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

RESUMEN

Objetivos: Determinar la asociación entre la percepción de enfermedad y los síntomas clínicamente relevantes de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados por COVID-19 en una clínica privada. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, analítico y transversal realizado entre septiembre de 2020 y abril de 2021. La percepción de enfermedad se evaluó mediante el Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ) y los síntomas de ansiedad y depresión mediante la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Se utilizaron puntos de corte de 0-7, 8-10 y 11-21 para ausencia, síntomas leves/moderados y síntomas clínicamente relevantes, respectivamente. Se estimaron razones de prevalencia crudas (RP) y ajustadas (RPa) e intervalos de confianza (IC) al 95% mediante regresión de Poisson con varianza robusta. **Resultados:** Se incluyeron 226 pacientes hospitalizados con diagnóstico confirmado de COVID-19. El 46,0% de los pacientes presentó síntomas clínicamente relevantes de ansiedad y/o depresión. En las subescalas HADS, el 27,0% presentó ansiedad clínicamente relevante y el 54,0% síntomas leves/moderados de ansiedad; el 39,4% presentó depresión clínicamente relevante y el 52,7% síntomas leves/moderados de depresión. El puntaje total del BIPQ se asoció con síntomas clínicamente relevantes de ansiedad y/o depresión (RPa: 1,02; IC 95%: 1,01-1,02). También se observaron asociaciones con edad, modalidad laboral, aislamiento, dificultades económicas y grado de instrucción. **Conclusión:** La percepción de enfermedad se asoció con síntomas clínicamente relevantes de ansiedad y/o depresión en pacientes hospitalizados por COVID-19. La evaluación de la percepción de amenaza y de los síntomas emocionales puede contribuir a una atención hospitalaria más integral, incluso en el contexto clínico posterior a la emergencia internacional por COVID-19.

Palabras clave: Ansiedad; Depresión; COVID-19; Hospitalización; Percepción (fuente: DeCS Bireme).

ABSTRACT

Objectives: To determine the association between illness perception and clinically relevant symptoms of anxiety and depression among patients hospitalized with COVID-19 in a private clinic. **Methods:** An observational, analytical, cross-sectional study was conducted between September 2020 and April 2021. Illness perception was assessed using the Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ), and anxiety and depression symptoms were assessed using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Cut-off scores of 0-7, 8-10, and 11-21 were used to define absence, mild/moderate symptoms, and clinically relevant symptoms, respectively. Crude and adjusted prevalence ratios (aPR) and 95% confidence intervals (CI) were estimated using Poisson regression with robust variance. **Results:** A total of 226 hospitalized patients with confirmed COVID-19 were included. 46.0% of participants presented clinically relevant symptoms of anxiety and/or depression. In the HADS subscales, 27.0% had clinically relevant anxiety symptoms and 54.0% had mild/moderate anxiety symptoms; 39.4% had clinically relevant depression symptoms and 52.7% had mild/moderate depression symptoms. The total BIPQ score was associated with clinically relevant symptoms of anxiety and/or depression (aPR: 1.02; 95% CI: 1.01-1.02). Age, work modality, isolation, economic difficulties, and educational level were also associated. **Conclusions:** Illness perception was associated with clinically relevant symptoms of anxiety and/or depression among patients hospitalized with COVID-19. Assessing perceived illness threat and emotional symptoms may contribute to more comprehensive hospital care, including in the clinical context following the international COVID-19 emergency.

Keywords: Anxiety; Depression; COVID-19; Hospitalization; Perception (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

La aparición del virus SARS-CoV-2 generó una crisis sanitaria global por su alta transmisibilidad, su rápida propagación y el impacto sobre los sistemas de salud [1]. Durante el periodo de recolección de datos del presente estudio (septiembre de 2020 a abril de 2021), la COVID-19 constituía una emergencia sanitaria internacional y las estrategias de respuesta se orientaban principalmente a controlar la transmisión, reducir la mortalidad y sostener la capacidad hospitalaria [1-4]. Aunque en mayo de 2023, la Organización Mundial de la Salud declaró que la COVID-19 ya no constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional, la enfermedad continúa siendo un problema de salud establecido y con repercusiones clínicas, organizacionales y psicosociales relevantes [2]. En este sentido, analizar la experiencia de pacientes hospitalizados durante la fase aguda de la pandemia conserva valor para la práctica clínica actual, porque permite reconocer factores psicológicos que pueden aparecer durante hospitalizaciones por enfermedades infecciosas, aislamiento clínico o situaciones de alta incertidumbre.

La evidencia acumulada muestra que la pandemia afectó de manera importante la salud mental de la población general y de los pacientes hospitalizados [5,6]. En pacientes con COVID-19, este impacto puede explicarse por factores intrínsecos, como la posible afectación del sistema nervioso central por mecanismos inflamatorios (por ejemplo, neuroinflamación, alteraciones inmunológicas y respuesta sistémica al estrés infeccioso), y por factores extrínsecos, como el aislamiento hospitalario, la duración de la hospitalización, la incertidumbre terapéutica inicial, la percepción de amenaza vital y el temor a requerir cuidados intensivos (por ejemplo, restricción de visitas familiares, soledad durante la estancia hospitalaria, preocupación por la evolución clínica y miedo a complicaciones) [7-10]. Por ello, la ansiedad y la depresión deben interpretarse como síntomas emocionales relevantes en el contexto hospitalario, especialmente cuando son medidos mediante instrumentos de cribado y no mediante entrevistas clínicas diagnósticas.

En términos clínicos, una mayor percepción de consecuencias, duración, identidad, preocupación y respuesta emocional puede incrementar la amenaza percibida y favorecer síntomas de ansiedad o depresión. En contraste, una mayor percepción de control personal, control del tratamiento y comprensión de la enfermedad podría actuar como factor amortiguador [11,12]. De acuerdo con el modelo de autorregulación de Leventhal, estas representaciones influyen en las estrategias de afrontamiento y en la evaluación posterior de la enfermedad [11]. El *Brief Illness Perception Questionnaire* (BIPQ) evalúa dimensiones como consecuencias, duración, control personal, control del tratamiento,

identidad, preocupación, comprensión y respuesta emocional [12]. En términos clínicos, una mayor percepción de consecuencias, duración, identidad, preocupación y respuesta emocional puede incrementar la amenaza percibida y favorecer síntomas de ansiedad o depresión. En contraste, una mayor percepción de control personal, control del tratamiento y comprensión de la enfermedad podría actuar como factor amortiguador [1,3,4]. Esta relación es particularmente relevante en COVID-19, enfermedad que durante la fase inicial de la pandemia se caracterizó por una alta incertidumbre pronóstica y terapéutica [13-15].

La mayoría de estudios previos sobre salud mental en pacientes hospitalizados por COVID-19 se desarrollaron en hospitales o redes públicas [16-18]. El contexto privado puede diferir del público en recursos disponibles, infraestructura, experiencia del paciente, expectativas sobre la atención, costos directos o indirectos y mecanismos de comunicación con familiares [15]. Estas diferencias no necesariamente disminuyen la carga emocional, sino que pueden modificar la forma en que los pacientes interpretan la amenaza de la enfermedad, el aislamiento y la evolución clínica. En consecuencia, estudiar a pacientes hospitalizados en una clínica privada permite aportar evidencia sobre un entorno menos descrito y útil para diseñar estrategias integrales de atención centradas en el paciente.

Por lo tanto, el objetivo del presente estudio fue determinar la asociación entre la percepción de enfermedad y los síntomas clínicamente relevantes de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados por COVID-19 en una clínica privada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y población de estudio

Se realizó un estudio observacional, analítico y de corte transversal, entre septiembre de 2020 y abril de 2021, en pacientes hospitalizados por COVID-19 en una clínica privada perteneciente a la Red San Pablo, ubicada en Lima, Perú. El establecimiento brinda atención ambulatoria, emergencia, hospitalización, cuidados críticos, apoyo diagnóstico y servicios médico-quirúrgicos en diferentes especialidades. Durante el periodo de estudio, el establecimiento brindó atención hospitalaria a pacientes con diagnóstico de COVID-19. Sin embargo, no se dispuso del promedio mensual institucional de hospitalizaciones por COVID-19 en los registros revisados para este manuscrito.

La población de estudio estuvo conformada por pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico confirmado de infección por el virus SARS-CoV-2 mediante prueba molecular de reacción en cadena de

la polimerasa con transcriptasa inversa en tiempo real (RT-PCR), registrada en la historia clínica o en el informe de laboratorio institucional, clasificados clínicamente como casos moderados o graves según la evaluación del equipo médico tratante consignada en la historia clínica. Para fines del estudio, se consideró caso moderado al paciente con manifestaciones clínicas compatibles con neumonía por COVID-19 que requería hospitalización y monitorización clínica, sin criterios de insuficiencia respiratoria severa al momento de la evaluación; y caso grave al paciente con compromiso respiratorio importante, hipoxemia, necesidad de oxigenoterapia de mayor soporte, deterioro clínico o requerimiento de cuidados críticos, de acuerdo con el registro asistencial institucional, y con tiempo de hospitalización mayor a una semana.

Para el cálculo del tamaño muestral, se utilizó información de una prueba piloto de 26 participantes realizada en pacientes hospitalizados que cumplían los mismos criterios de elegibilidad del estudio principal. En esta etapa, se aplicó el mismo cuestionario físico y se siguió el mismo procedimiento de recolección previsto para la investigación, con el fin de evaluar la factibilidad de la aplicación del instrumento y obtener estimaciones preliminares del puntaje total del BIPQ según la presencia o ausencia de síntomas clínicamente relevantes de ansiedad y/o depresión. El uso de parámetros derivados de una prueba piloto se consideró pertinente debido a la ausencia de estimaciones previas específicas para pacientes hospitalizados por COVID-19 en el contexto de atención privada. Además, se ha señalado que los estudios piloto pueden emplearse para obtener estimaciones iniciales de medias y desviaciones estándar cuando no existe información previa suficiente para el cálculo muestral^[19].

El cálculo se planteó para comparar el puntaje total del BIPQ entre dos grupos definidos según la presencia o ausencia de síntomas clínicamente relevantes de ansiedad y/o depresión. Se consideraron síntomas clínicamente relevantes aquellos puntajes compatibles con caso probable en el *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), definidos como HADS-ansiedad (HADS-A) ≥ 11 para ansiedad y/o HADS-depresión (HADS-D) ≥ 11 para depresión. En el primer grupo (pacientes con síntomas clínicamente relevantes de ansiedad y/o depresión, definidos como HADS-A ≥ 11 y/o HADS-D ≥ 11), se observó una media de 44,5 y desviación estándar de 5,43, mientras que en el segundo grupo (pacientes sin síntomas clínicamente relevantes de ansiedad ni depresión, definidos como HADS-A < 11 y HADS-D < 11) se identificó una media de 41,81 y desviación estándar de 3,75. Estos datos fueron ingresados en el programa de acceso abierto OpenEpi versión 3.0, con un nivel de confianza del 95%, potencia estadística del 80% y razón de tamaño de muestra de 1:1, obteniéndose un tamaño

mínimo requerido de 128 participantes.

Durante el periodo de recolección, se realizó un muestreo censal de los pacientes disponibles que cumplieran los criterios de elegibilidad, con la finalidad de incluir la mayor cantidad posible de participantes durante el intervalo de estudio. En total, 280 pacientes completaron la encuesta inicial; posteriormente, 54 registros fueron excluidos por incumplir al menos uno de los criterios preestablecidos de elegibilidad o por no contar con información completa para las variables principales. Estos criterios correspondieron a: i) diagnóstico de COVID-19 no confirmado por prueba molecular, ii) tiempo de hospitalización no mayor de una semana, iii) clasificación clínica distinta de moderada o grave, iv) imposibilidad clínica para culminar la encuesta, v) retiro de la participación o vi) cuestionarios incompletos. La muestra final estuvo conformada por 226 participantes.

Instrumentos

Se utilizó un cuestionario estructurado de 46 preguntas dividido en tres secciones. La primera sección incluyó 23 ítems sobre variables sociodemográficas, clínicas, económicas y sociales diseñados por los autores. Las definiciones operacionales y categorías utilizadas para el análisis se detallan en la Tabla 1 del Material Suplementario.

La segunda sección incluyó el BIPQ, instrumento de nueve ítems diseñado para evaluar de forma breve las representaciones cognitivas y emocionales de la enfermedad^[12]. Los primeros ocho ítems se puntúan de 0 a 10 y evalúan consecuencias, duración o línea de tiempo, control personal, control del tratamiento, identidad, preocupación, comprensión de la enfermedad y respuesta emocional. El noveno ítem es una pregunta abierta sobre causas percibidas. Para el cálculo del puntaje total se sumaron los ocho ítems cuantitativos, invirtiendo previamente los ítems 3 (control personal), 4 (control del tratamiento) y 7 (comprensión), de modo que el puntaje total osciló entre 0 y 80; los valores más altos indican una percepción más amenazante de la enfermedad. El estudio original del BIPQ reportó evidencia de confiabilidad test-retest y validez concurrente, predictiva y discriminante en pacientes con distintas condiciones clínicas. Debido a que cada dimensión se evalúa mediante un ítem único, el instrumento permite una medición breve de la percepción de enfermedad, especialmente útil en poblaciones clínicas y estudios con carga reducida de respuesta^[12,20]. La versión en español del BIPQ cuenta con adaptación lingüística y conceptual para población hispanohablante^[20].

La tercera sección incluyó la *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), instrumento de cribado desarrollado para detectar síntomas de ansiedad y

depresión en contextos hospitalarios ^[21]. Consta de 14 ítems distribuidos en dos subescalas de siete ítems: ansiedad (HADS-A) y depresión (HADS-D). Cada subescala puntúa de 0 a 21. Se utilizaron los puntos de corte convencionales: 0 a 7 puntos, ausencia de síntomas clínicamente relevantes; 8 a 10 puntos, síntomas leves o moderados; y 11 a 21 puntos, síntomas clínicamente relevantes o caso probable (Tabla 2 del Material Suplementario). La versión española ha mostrado propiedades psicométricas adecuadas para el cribado de ansiedad y depresión en población clínica. En una validación realizada en población española, se reportó una estructura bifactorial compatible con las subescalas originales, consistencia interna adecuada y valores favorables de sensibilidad y especificidad para la identificación de casos psiquiátricos. Asimismo, en población clínica española con fibromialgia, se replicó la estructura de dos factores, con consistencia interna de 0,80 para HADS-A y 0,85 para HADS-D, además de sensibilidad y especificidad superiores al 70% para ambas subescalas ^[22,23].

Variables

Desenlace

En el presente estudio, la variable desenlace compuesta fue la presencia de síntomas clínicamente relevantes de ansiedad y/o depresión, definida como HADS-A ≥ 11 y/o HADS-D ≥ 11 . La categoría de referencia correspondió a los pacientes sin síntomas clínicamente relevantes, es decir, aquellos con HADS-A < 11 y HADS-D < 11 . Esta categoría incluyó a participantes con ausencia de síntomas (puntuajes de 0 a 7) y participantes con síntomas leves o moderados (puntuajes de 8 a 10) en ambas subescalas. Dado que el HADS es un instrumento de cribado, sus resultados no se interpretaron como diagnósticos psiquiátricos formales.

Exposición

La exposición principal fue la percepción de enfermedad, evaluada mediante el puntaje total del BIPQ y sus dimensiones.

Covariables

Las covariables consideradas fueron edad (25 a 60 años/61 a 83 años), sexo (femenino/masculino), grado de instrucción (primaria/secundaria/superior), modalidad laboral (desempleo/remoto/presencial), nivel de aislamiento (mucho/regular/poco), dificultades económicas (sí/no), índice de masa corporal (normal/sobrepeso/obesidad), antecedentes médicos (sí/no) y

síntomas de COVID-19 (comunes/no comunes/graves). La edad se definió según los años cumplidos al momento de la encuesta. El índice de masa corporal se calculó a partir del peso y la talla autorreportados. Los antecedentes médicos correspondieron a comorbilidades previas declaradas por el participante. El aislamiento y las dificultades económicas fueron evaluados según la percepción autorreportada durante la hospitalización, y los síntomas de COVID-19 se agruparon según las manifestaciones clínicas referidas antes del ingreso hospitalario. Las definiciones operacionales y categorías completas se detallan en la Tabla 1 del Material Suplementario.

Procedimientos

Previo autorización institucional y firma del consentimiento informado, los cuestionarios se aplicaron de manera presencial mediante encuestas físicas administradas por personal médico encargado del cuidado de los pacientes. La aplicación se realizó durante la hospitalización, luego de que el participante cumpliera el criterio de más de siete días de estancia hospitalaria y se encontrara clínicamente apto para responder. El proceso se adaptó a la condición clínica del paciente, permitiendo pausas cada diez preguntas o cuando se identificaba fatiga o dificultad para responder. En los casos en que se detectaron puntajes compatibles con síntomas clínicamente relevantes de ansiedad o depresión, se notificó al área correspondiente para seguimiento clínico.

Análisis estadístico

Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Las variables cuantitativas se evaluaron mediante la prueba de Shapiro-Wilk y la inspección de histogramas. Las variables con distribución aproximadamente normal se resumieron con media y desviación estándar (DE), mientras que las no normales se resumieron con mediana y rango intercuartílico (RIC).

Para el análisis bivariado, se compararon las variables sociodemográficas y clínicas según la presencia de síntomas clínicamente relevantes de ansiedad y/o depresión. Las variables cualitativas se analizaron con la prueba de chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher, según corresponda. Las dimensiones del BIPQ se compararon mediante la prueba t de Student o U de Mann-Whitney de acuerdo con su distribución. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Posteriormente, se realizó un análisis multivariable mediante regresión de Poisson con varianza robusta para

estimar razones de prevalencia crudas (RP) y ajustadas (RP_a) con intervalos de confianza (IC) al 95% con el propósito de evaluar la asociación entre la percepción de enfermedad, medida por el puntaje total del BIPQ, y la presencia de síntomas clínicamente relevantes de ansiedad y/o depresión. Adicionalmente, este modelo permitió explorar factores sociodemográficos, clínicos y contextuales asociados al desenlace. Las covariables incluidas en el modelo ajustado se seleccionaron por plausibilidad teórica, evidencia previa y relevancia clínica para síntomas de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados: edad, sexo, modalidad laboral, nivel de aislamiento, dificultades económicas y grado de instrucción. Todos los análisis se realizaron en Stata versión 16 (StataCorp LLC, College Station, TX, USA).

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Científica del Sur, con código de registro 193-2020-PRE15, y contó con autorización de la Red San Pablo. Se respetaron los principios éticos de la Declaración de Helsinki. La participación fue voluntaria, previa firma del consentimiento informado, y se garantizó la confidencialidad de los datos mediante manejo exclusivo por el equipo investigador.

RESULTADOS

Se incluyeron 226 pacientes hospitalizados con diagnóstico confirmado de COVID-19. La edad promedio fue de $52,4 \pm 2$ años y predominó el sexo masculino (63,3%). La mayoría de participantes tuvo entre 25 y 60 años (74,8%), educación superior (74,8%) y trabajo remoto (50,0%). El sobrepeso fue el estado nutricional más frecuente (60,6%). El 41,6% presentó antecedentes médicos y el 37,2% tuvo síntomas graves. Durante la hospitalización, el 53,1% refirió aislamiento regular y el 15,5% reportó dificultades económicas (Tabla 1).

Según el HADS, el 27,0% presentó síntomas clínicamente relevantes de ansiedad y el 54,0% síntomas leves o moderados de ansiedad. En la subescala de depresión, el 39,4% presentó síntomas clínicamente relevantes y el 52,7% síntomas leves o moderados. Al agrupar síntomas leves/moderados y síntomas clínicamente relevantes, el 81,0% presentó algún nivel de síntomas de ansiedad y el 92,0% algún nivel de síntomas de depresión. En conjunto, el 46,0% de los pacientes presentó síntomas clínicamente relevantes de ansiedad y/o depresión, definidos como HADS-A ≥ 11 y/o HADS-D ≥ 11 . Las categorías de cada subescala fueron mutuamente excluyentes. Sin embargo, ansiedad y depresión pudieron coexistir en un mismo participante (Figura 1). La distribución de las categorías de ansiedad y depresión según las subescalas del HADS se presenta en la Tabla 3 del Material Suplementaria,

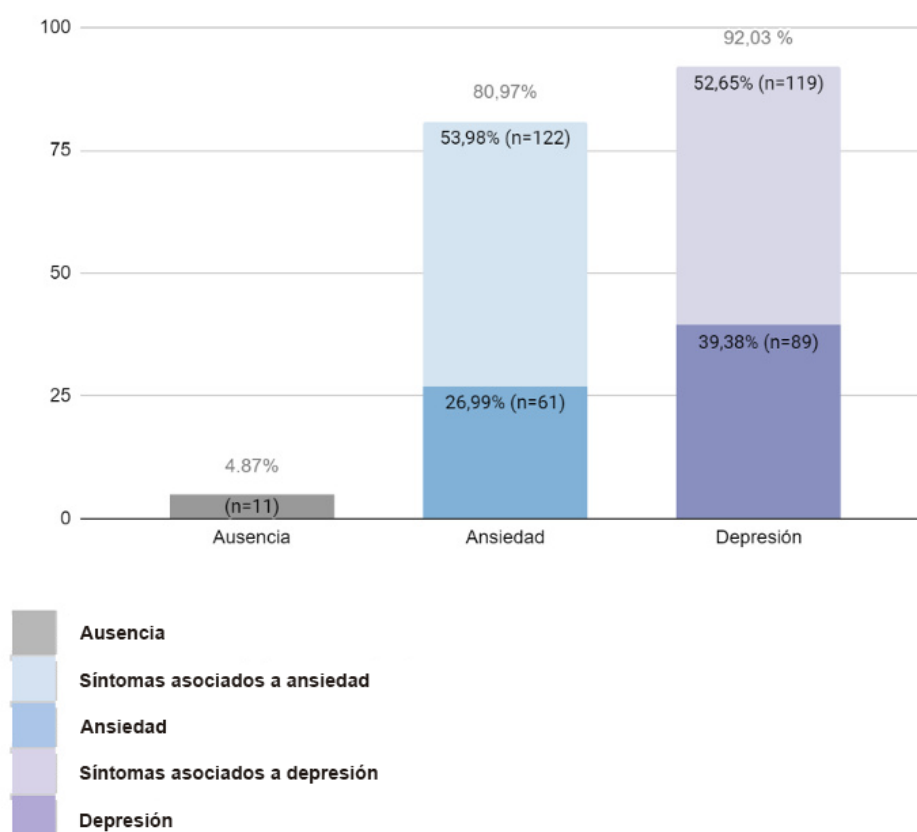


Figura 1. Frecuencia de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS)

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas según presencia de síntomas clínicamente relevantes de ansiedad y/o depresión

Variable	Total (n = 226)	Sin síntomas clínicamente relevantes (n = 122)	Con síntomas clínicamente relevantes (n = 104)	valor de p*
	n (%)	n (%)	n (%)	
Sexo				
Femenino	83 (36,4)	45 (36,9)	38 (36,5)	0,957
Masculino	143 (63,3)	77 (63,1)	66 (63,5)	
Edad (años)				
25 a 60	169 (74,8)	98 (80,3)	71 (68,3)	0,037
61 a 83	57 (25,2)	24 (19,7)	33 (31,7)	
IMC				
Normal	52 (23,0)	24 (19,7)	28 (26,9)	0,344
Sobrepeso	137 (60,6)	79 (64,8)	58 (55,8)	
Obesidad	37 (16,4)	19 (15,6)	18 (17,3)	
Grado de instrucción				
Primaria	19 (8,4)	5 (4,1)	14 (13,5)	0,027
Secundaria	38 (16,8)	19 (15,6)	19 (18,3)	
Superior	169 (74,8)	98 (80,3)	71 (68,3)	
Modalidad laboral				
Desempleo	29 (12,8)	8 (6,6)	21 (20,2)	<0,001
Remoto	113 (50,0)	74 (60,7)	39 (37,5)	
Presencial	84 (37,2)	40 (32,8)	44 (42,3)	
Antecedentes médicos				
Sí	94 (41,6)	47 (38,5)	47 (45,2)	0,311
No	132 (58,4)	75 (61,5)	57 (54,8)	
Síntomas de COVID-19**				
Comunes	80 (35,4)	46 (37,7)	34 (32,7)	0,483
No comunes	62 (27,4)	35 (28,7)	27 (26,0)	
Graves	84 (37,2)	41 (33,6)	43 (41,4)	
Aislamiento				
Mucho	42 (18,6)	6 (4,9)	36 (34,6)	<0,001
Regular	120 (53,1)	74 (60,7)	46 (44,2)	
Poco	64 (28,3)	42 (34,4)	22 (21,2)	
Dificultades económicas				
Sí	35 (15,5)	12 (9,8)	23 (22,1)	0,011
No	191 (84,5)	110 (90,2)	81 (77,9)	

IMC: índice de masa corporal.

*calculado mediante la prueba chi-cuadrado.

**Síntomas comunes: fiebre, tos, cansancio, pérdida del gusto u olfato. Síntomas no comunes: dolor de garganta, cefalea, dolores y molestias, diarrea, erupción cutánea u ojos rojos/irritados.

mientras que la distribución de síntomas clínicamente relevantes según ansiedad aislada, depresión aislada y coexistencia de ambas se presenta en la Tabla 4 del Material Suplementario.

Al comparar las variables sociodemográficas y clínicas según la presencia de síntomas clínicamente relevantes de ansiedad y/o depresión, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad, grado de instrucción, modalidad laboral, nivel de aislamiento y dificultades económicas. No se observaron

diferencias estadísticamente significativas según sexo, índice de masa corporal, antecedentes médicos ni severidad de síntomas de COVID-19 (Tabla 1).

En relación con la percepción de enfermedad, los participantes con síntomas clínicamente relevantes de ansiedad y/o depresión presentaron mayores puntajes en consecuencias (7,5 [RIC: 7-9] vs. 7 [RIC: 6-7]; $p < 0,001$), duración (5,80 $\pm$ 1,58 vs. 5,16 $\pm$ 1,38; $p = 0,001$), identidad (6 [RIC: 5-7] vs. 5 [RIC: 5-6]; $p = 0,001$), preocupación (6,70 $\pm$ 1,88 vs. 5,86 $\pm$ 1,46; $p = 0,001$) y respuesta emocional (5

Tabla 2. Dimensiones de percepción de enfermedad (BIPQ) según presencia de síntomas clínicamente relevantes de ansiedad y/o depresión

Dimensiones del BIPQ	Sin síntomas clínicamente relevantes	Con síntomas clínicamente relevantes	valor de p
Consecuencias*	7 (6-7)	7,5 (7-9)	<0,001
Duración / línea de tiempo**	5,16 (1,38)	5,80 (1,58)	0,001
Control personal**	5,16 (1,48)	4,88 (1,89)	0,212
Control del tratamiento*	9 (9-9)	8 (8-9)	0,032
Identidad*	5 (5-6)	6 (5-7)	0,001
Preocupación**	5,86 (1,46)	6,70 (1,88)	0,001
Comprensión de la enfermedad**	5,44 (1,55)	5,50 (1,97)	0,807
Respuesta emocional*	2,5 (2-4)	5 (2-7)	<0,001
Puntaje total de BIPQ**	37,68 (5,43)	42,93 (6,96)	<0,001

BIPQ: Brief Illness Perception Questionnaire.

*Mediana (rango intercuartílico), valor de p calculado con la prueba U de Mann-Whitney.

**Media (desviación estándar), valor de p calculado con la prueba t de Student.

En el puntaje total se invirtieron los ítems 3, 4 y 7; mayor puntaje indica percepción más amenazante de la enfermedad.

Tabla 3. Asociación entre percepción de enfermedad y síntomas clínicamente relevantes de ansiedad y/o depresión

Característica	RP (IC 95%)	valor de p	RPa (IC 95%)*	valor de p
Puntaje total de BIPQ	1,02 (1,01-1,03)	<0,001	1,015 (1,01-1,02)	<0,001

RP: razón de prevalencia, RPa: razón de prevalencia ajustada, IC: intervalo de confianza, BIPQ: Brief Illness Perception Questionnaire.

* Modelo ajustado por edad, sexo, modalidad laboral, aislamiento, dificultades económicas y grado de instrucción.

[RIC: 2-7] vs. 2,5 [RIC: 2-4]; $p < 0,001$), en comparación con los participantes sin síntomas clínicamente relevantes. La dimensión de control del tratamiento mostró puntajes menores en el grupo con síntomas clínicamente relevantes (8 [RIC: 8-9] vs. 9 [RIC: 9-9]; $p = 0,032$). No se observaron diferencias significativas en control personal ($4,88 \pm 1,89$ vs. $5,16 \pm 1,48$; $p = 0,212$) ni en comprensión de la enfermedad ($5,50 \pm 1,97$ vs. $5,44 \pm 1,55$; $p = 0,807$). El puntaje total del BIPQ fue mayor en el grupo con síntomas clínicamente relevantes ($42,93 \pm 6,96$) que en el grupo sin dichos síntomas ($37,68 \pm 5,43$; $p < 0,001$) (Tabla 2).

En el análisis multivariable, la percepción de enfermedad, evaluada mediante el puntaje total del BIPQ, se asoció significativamente con la presencia de síntomas clínicamente relevantes de ansiedad y/o depresión. En el modelo crudo, cada incremento de una unidad en el puntaje total del BIPQ se asoció con una mayor prevalencia del desenlace (RP: 1,02; IC 95%: 1,01-1,03; $p < 0,001$). Luego del ajuste por edad, sexo, modalidad laboral, aislamiento, dificultades económicas y grado de instrucción, la asociación se mantuvo significativa (RPa: 1,02; IC 95%: 1,01-1,02; $p < 0,001$), lo que equivale a un incremento aproximado de 1,5% en la prevalencia del desenlace por cada punto adicional del BIPQ (Tabla 3). El análisis exploratorio de factores sociodemográficos y contextuales asociados al desenlace se presenta en la Tabla 5 del Material Suplementario.

DISCUSIÓN

El principal hallazgo del estudio fue que una mayor percepción de amenaza de la enfermedad, medida mediante el puntaje total del BIPQ, se asoció con mayor prevalencia de síntomas clínicamente relevantes de ansiedad y/o depresión en pacientes hospitalizados por COVID-19 en una clínica privada. Esta asociación se mantuvo luego del ajuste por variables sociodemográficas y contextuales, lo que respalda la relevancia de la dimensión cognitiva y emocional de la enfermedad en la salud mental de pacientes hospitalizados. Además, se observó que la mayoría presentó síntomas clínicamente relevantes concomitantes de ansiedad y depresión. Debido a que el desenlace principal fue definido a priori como una variable compuesta y a que los subgrupos de ansiedad aislada y depresión aislada reducen el tamaño muestral disponible para modelos independientes, los resultados principales se interpretaron en función de la presencia de síntomas clínicamente relevantes de ansiedad y/o depresión. Futuros estudios con mayor tamaño muestral deberían evaluar modelos separados para ansiedad y depresión, a fin de explorar si la magnitud de la asociación con la percepción de enfermedad difiere según cada subescala.

La interpretación de este hallazgo debe considerar el modelo de autorregulación de Leventhal, según el cual

las personas elaboran representaciones cognitivas y emocionales de la enfermedad que orientan sus respuestas de afrontamiento [11]. En el presente estudio, las dimensiones consecuencias, duración, identidad, preocupación y respuesta emocional fueron mayores en los pacientes con síntomas clínicamente relevantes, lo que sugiere que percibir la COVID-19 como más amenazante, prolongada, sintomática o emocionalmente perturbadora puede acompañarse de mayor malestar psicológico. Resultados similares han sido descritos en pacientes sobrevivientes de COVID-19, donde la percepción de enfermedad tuvo un rol relevante en el estado de salud y la depresión [13].

Las dimensiones de control personal y comprensión no mostraron asociación significativa. Una posible explicación es que, durante la etapa inicial de la pandemia, incluso pacientes con información adecuada podían percibir escaso control personal frente a una enfermedad nueva e impredecible [24,25]. Asimismo, la amplia cobertura informativa sobre COVID-19 pudo haber homogeneizado el nivel de comprensión general de la enfermedad, independientemente del estado emocional del paciente [14,24]. En contraste, el control del tratamiento fue menor en el grupo con síntomas clínicamente relevantes, lo que podría reflejar menor confianza en la respuesta terapéutica o mayor incertidumbre respecto a la evolución clínica.

La frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión observada fue elevada. No obstante, la comparación con otros estudios debe realizarse con cautela, debido a diferencias en instrumentos, puntos de corte, momento de evaluación, severidad clínica y contexto asistencial. Algunos estudios en pacientes hospitalizados por COVID-19 reportaron prevalencias menores de ansiedad o depresión, con cifras de ansiedad de 11,3 a 19,0% y de depresión de 34,5 a 56,6% [16,17]. Asimismo, una revisión sistemática en adultos hospitalizados por COVID-19 reportó una variabilidad de 9 a 66% para síntomas de depresión, 30 a 39% para síntomas de ansiedad y 24 a 40% para insomnio [18]. Por ello, en esta versión se precisaron los puntos de corte del HADS y se evitó interpretar los hallazgos como diagnósticos psiquiátricos formales.

El contexto privado aporta un elemento relevante para la interpretación. Aunque la atención privada puede asociarse con mayor disponibilidad de recursos, también puede implicar expectativas más altas sobre la atención, preocupación por costos, mayor aislamiento individual y menor interacción con otros pacientes. Estas condiciones pueden influir en la percepción de amenaza y en la respuesta emocional durante la hospitalización. Por tanto, los resultados no sugieren que el contexto privado sea necesariamente protector, sino que la experiencia

emocional del paciente debe evaluarse de manera sistemática en cualquier entorno hospitalario.

Entre las covariables, el mayor aislamiento se asoció con mayor prevalencia de síntomas clínicamente relevantes. Este hallazgo es coherente con estudios que describen el impacto del aislamiento hospitalario en dimensiones psicológicas, sociales y espirituales del paciente [26]. La ausencia de dificultades económicas, el trabajo remoto y la educación superior se asociaron con menor prevalencia, lo que puede relacionarse con mayor estabilidad material, disponibilidad de recursos y acceso a información.

Desde la práctica clínica actual, estos hallazgos sugieren que la evaluación de pacientes hospitalizados por enfermedades infecciosas o condiciones que requieren aislamiento no debería limitarse a indicadores biomédicos. Instrumentos breves como el BIPQ y el HADS pueden ayudar a identificar pacientes con mayor percepción de amenaza y síntomas emocionales relevantes, facilitando intervenciones tempranas de psicoeducación, comunicación clínica, apoyo psicológico y seguimiento posterior al alta. Esto es aplicable no solo a COVID-19, sino también a otros escenarios de hospitalización con incertidumbre, aislamiento o riesgo percibido elevado.

El estudio presenta limitaciones. Su diseño transversal impide establecer causalidad y no permite descartar causalidad reversa, dado que los síntomas de ansiedad o depresión también podrían intensificar la percepción amenazante de la enfermedad. Aunque se realizó un muestreo censal durante el periodo de recolección, la inclusión de un solo centro limita la validez externa y la generalización de los resultados. Además, el HADS es una herramienta de cribado y no de diagnóstico clínico, por lo que los resultados deben interpretarse como síntomas clínicamente relevantes o casos probables, no como trastornos psiquiátricos confirmados. Asimismo, la recolección se realizó durante una etapa específica de la pandemia, caracterizada por alta incertidumbre, presión sobre los servicios de salud y medidas restrictivas, factores que pudieron influir en las respuestas. Finalmente, las variaciones en gravedad clínica y etapa de tratamiento durante la hospitalización pudieron afectar la percepción de enfermedad y los síntomas emocionales.

En conclusión, la percepción de enfermedad se asoció con síntomas clínicamente relevantes de ansiedad y/o depresión en pacientes hospitalizados por COVID-19 en una clínica privada. Una mayor percepción de amenaza se relacionó con mayor prevalencia de síntomas emocionales, mientras que menor aislamiento, ausencia de dificultades económicas, trabajo remoto y mayor nivel educativo se asociaron con menor prevalencia. Estos resultados resaltan la importancia de incorporar la evaluación cognitiva y emocional de la enfermedad

en el abordaje clínico de pacientes hospitalizados y respaldan la necesidad de estudios longitudinales que permitan comprender mejor la dirección temporal de estas asociaciones.

Material suplementario

Se puede acceder al material complementario en el siguiente enlace: <https://revistas.cientifica.edu.pe/index.php/mecp/article/view/3618/1808>

Contribuciones de autoría

JHR y RLLB: Supervisión y Redacción – revisión y edición. RPLL, NNH y NST: Conceptualización, Investigación, Metodología, Recursos y Redacción – versión inicial. Todos los autores asumen la plena responsabilidad del contenido del manuscrito.

Financiamiento

Este estudio fue financiado por la Universidad Científica del Sur a través del concurso de fondos para proyectos de tesis 07-DGIDI-CIENTÍFICA-2020.

Declaración de conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Declaración de uso de inteligencia artificial generativa

Los autores declaran que no se ha usado inteligencia artificial en ningún proceso de la elaboración de este manuscrito.

Declaración de disponibilidad de datos

Los datos utilizados y/o analizados durante el presente estudio están disponibles a través del autor correspondiente previa solicitud razonable.

Agradecimientos

Ninguno.

ORCID

Raquel Adriana Pinto Llerena: <https://orcid.org/0000-0002-9484-1526>

Nora Nina Huisa: <https://orcid.org/0000-0002-8358-5117>

Natalie Sosa-Tafur: <https://orcid.org/0000-0003-3776-8403>

Ruth Corazón Llerena Benites: <https://orcid.org/0000-0002-0010-696X>

J. J. Huaccho-Rojas: <https://orcid.org/0000-0002-3902-3520>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Trigg CR, Bansal D, Ding H, Islam MM, Farag EABA, Hadi HA, et al. A comprehensive review of viral characteristics, transmission, pathophysiology, immune response, and management of SARS-CoV-2 and COVID-19 as a basis for controlling the pandemic. *Front Immunol*. 2021;12:631139. doi: [10.3389/fimmu.2021.631139](https://doi.org/10.3389/fimmu.2021.631139).
2. World Health Organization. Statement on the fifteenth meeting of the IHR (2005) Emergency Committee regarding the coronavirus disease (COVID-19) pandemic [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [citado el 31 de mayo de 2026]. Disponible en: [https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic).
3. Gostin LO, Friedman EA, Wetter SA. Responding to Covid-19: How to Navigate a Public Health Emergency Legally and Ethically. *Hastings Cent Rep*. 2020;50(2):8-12. doi: [10.1002/hast.1090](https://doi.org/10.1002/hast.1090).
4. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): strategic preparedness and response plan [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [citado el 28 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/strategic-preparedness-and-response-plan-for-the-new-coronavirus>.
5. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(6):547-560. doi: [10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1).
6. Georgieva I, Lepping P, Bozev V, Lickiewicz J, Pekara J, Wikman S, et al. Prevalence, New Incidence, Course, and Risk Factors of PTSD, Depression, Anxiety, and Panic Disorder during the Covid-19 Pandemic in 11 Countries. *Healthcare (Basel)*. 2021;9(6):664. doi: [10.3390/healthcare9060664](https://doi.org/10.3390/healthcare9060664).
7. Mohammadkhanizadeh A, Nikbakht F. Investigating the potential mechanisms of depression induced-by COVID-19 infection in patients. *J Clin Neurosci*. 2021;91:283-287. doi: [10.1016/j.jocn.2021.07.023](https://doi.org/10.1016/j.jocn.2021.07.023).
8. Giallonardo V, Sampogna G, Del Vecchio V, Luciano M, Albert U, Carmassi C, et al. The Impact of Quarantine and Physical Distancing Following COVID-19 on Mental Health: Study Protocol of a Multicentric Italian Population Trial. *Front Psychiatry*. 2020;11:533. doi: [10.3389/fpsy.2020.00533](https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00533).
9. Righy C, Rosa RG, da Silva RTA, Kochhann R, Migliavaca CB, Robinson CC, et al. Prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in adult critical care survivors: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care*. 2019;23(1):213. doi: [10.1186/s13054-019-2489-3](https://doi.org/10.1186/s13054-019-2489-3).

10. Deng J, Zhou F, Hou W, Silver Z, Wong CY, Chang O, et al. The prevalence of depression, anxiety, and sleep disturbances in COVID-19 patients: a meta-analysis. *Ann N Y Acad Sci*. 2021;1486(1):90-111. doi: [10.1111/nyas.14506](https://doi.org/10.1111/nyas.14506).
11. Leventhal H, Brissette I, Leventhal EA. The common-sense model of self-regulation of health and illness. In: Cameron LD, Leventhal H, editors. *The self-regulation of health and illness behaviour*. London: Routledge; 2003. p. 42-65.
12. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The Brief Illness Perception Questionnaire. *J Psychosom Res*. 2006;60(6):631-637. doi: [10.1016/j.jpsychores.2005.10.020](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020).
13. Rezaei S, Hoseini Nia M, Vakilian M. The mediating role of illness perception in the relationship between psychological hardness and the health status of covid-19 (coronavirus disease) survived patients. *Health Psychol Res*. 2021;9(1):24839. doi: [10.52965/001c.24839](https://doi.org/10.52965/001c.24839).
14. Pérez de Celis-Herrero MDC, Cavazos-Arroyo J. Perception of the risk of COVID-19 and preventive measures in Mexico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2021;59(5):377-386.
15. Ovreteit J. Beyond the public-private debate: the mixed economy of health. *Health Policy*. 1996;35(1):75-93. doi: [10.1016/0168-8510\(95\)00770-9](https://doi.org/10.1016/0168-8510(95)00770-9).
16. Apaza Mamani VR. Factores asociados a la ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna en el contexto COVID-19 en el Hospital María Auxiliadora, 2021 [tesis]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2021.
17. Kandeğer A, Aydın M, Altınbaş K, Cansız A, Tan Ö, Tomar Bozkurt H, et al. Evaluation of the relationship between perceived social support, coping strategies, anxiety, and depression symptoms among hospitalized COVID-19 patients. *Int J Psychiatry Med*. 2021;56(4):240-254. doi: [10.1177/0091217420982085](https://doi.org/10.1177/0091217420982085).
18. Veazie S, Lafavor B, Vela K, Young S, Sayer NA, Carlson KF, et al. Mental health outcomes of adults hospitalized for COVID-19: A systematic review. *J Affect Disord Rep*. 2022;8:100312. doi: [10.1016/j.jadr.2022.100312](https://doi.org/10.1016/j.jadr.2022.100312).
19. Julious SA. Sample size of 12 per group rule of thumb for a pilot study. *Pharmaceut Statist*. 2005;4(4):287-291. doi: [10.1002/pst.185](https://doi.org/10.1002/pst.185).
20. Pacheco-Huergo V, Viladrich C, Pujol-Ribera E, Cabezas-Peña C, Núñez M, Roura-Olmeda P, et al. Percepción en enfermedades crónicas: validación lingüística del Illness Perception Questionnaire Revised y del Brief Illness Perception Questionnaire para la población española. *Aten Primaria*. 2012;44(5):280-287.
21. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-370. doi: [10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x).
22. Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, De Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a Spanish population. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003;25(4):277-283. doi: [10.1016/s0163-8343\(03\)00043-4](https://doi.org/10.1016/s0163-8343(03)00043-4).
23. Cabrera V, Martín-Aragón M, Terol MC, Núñez R, Pastor MA. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in fibromyalgia: sensitivity and specificity analysis. *Ter Psicol*. 2015;33(3):181-193.
24. Pan American Health Organization. La COVID-19 afectó el funcionamiento de los servicios de salud para enfermedades no transmisibles en las Américas [Internet]. Washington: PAHO; 2020 [citado el 28 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/17-6-2020-covid-19-afecto-funcionamiento-servicios-salud-para-enfermedades-no>.
25. Okonkwo NE, Aguwa UT, Jang M, Barré IA, Page KR, Sullivan PS, et al. COVID-19 and the US response: accelerating health inequalities. *BMJ Evid Based Med*. 2021;26(4):176-179. doi: [10.1136/bmjebm-2020-111426](https://doi.org/10.1136/bmjebm-2020-111426).
26. Hsiao CT, Sun JJ, Chiang YH, Chen HL, Liu TY. Experience of patients with COVID-19 in hospital isolation in Taiwan. *Nurs Health Sci*. 2021;23(4):888-897. doi: [10.1111/nhs.12878](https://doi.org/10.1111/nhs.12878).