

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Enfermería

Escuela Profesional de Enfermería



**SINTOMATOLOGIA DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN EL PERSONAL DE
ENFERMERIA DE HOSPITALIZACION COVID Y HOSPITALIZACION CIRUGIA,
HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD, AREQUIPA 2021.**

Tesis presentada por los Bachilleres
Cervantes Morales, Alexander
Córdova Cahuana, Renato Eduardo
Para optar el Título Profesional de
Licenciado en Enfermería

Asesora

Mg. Rubina Carbajal, Eliana

Arequipa – Perú

2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

DICTAMEN DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE LA TESIS

A : Dra. Sonia Núñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería

DE : Jurado Dictaminador

ASUNTO : Dictamen de Proyecto de Tesis
SINTOMATOLOGIA DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN EL PERSONAL DE
ENFERMERIA DE HOSPITALIZACION COVID Y HOPITALIZACION
CIRUGIA, HOSPITAL 111 YANAHUARA ESSALUD, AREQUIPA 2021

.AUTOR ALEXANDER CERVANTES MORALES
RENATO EDUARDO CÓRDOVACAHUANA

FECHA 22 de Agosto 2022

Reunidas las miembros del Jurado Dictaminador y subsanadas las observaciones, de acuerdo al reglamento de grados y títulos de la Universidad Católica de Santa María, se decide dar pase a la FASE DE SUSTENTACIÓN.

Atentamente,



Ora Teresa Chocano Rosas
Presidente



Mg Rosemary Zapana Begazo
Vocal



Mg Shirley Delgado Velarde
Secretaria

DEDICATORIAS

A mis padres, Lucio y Rene, especialmente a mi madre quien me apoyó siempre en mis estudios tanto económica y moralmente por lo que siempre estaré enormemente agradecido por su sacrificio y esfuerzo

A mis hermanos, Juan Carlos, Yovana y Lucio por su apoyo y estar siempre a mi lado.

A mi esposa Dayana y a nuestra preciosa hija Amelie, lo más precioso que me ha dado dios, una familia unida y luchadora siempre brindándome su apoyo.

Y a mi suegro Gonzalo, que ha sido como un padre para mí, brindándome su apoyo incondicional en esta etapa de mi vida.

ALEXANDER

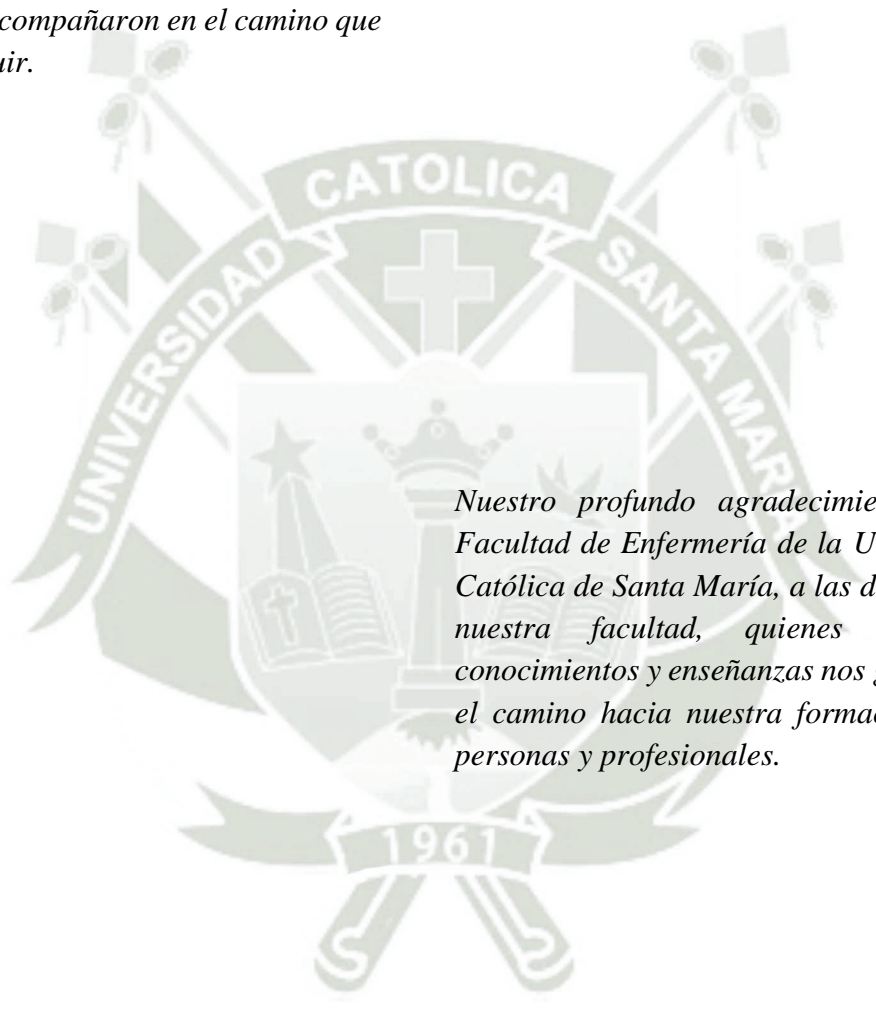
Dedico esta tesis a mis padres por su apoyo y confianza, ya que me brindaron todo lo necesario para poder cumplir mis objetivos como persona y estudiante, también a toda mi familia por hacer de mí una mejor persona a través de sus consejos enseñanza y amor.



RENATO

AGRADECIMIENTOS

*A Nuestro Señor Jesús y a la Virgen María
quienes nos acompañaron en el camino que
elegimos seguir.*



*Nuestro profundo agradecimiento, a la
Facultad de Enfermería de la Universidad
Católica de Santa María, a las docentes de
nuestra facultad, quienes con sus
conocimientos y enseñanzas nos guiaron en
el camino hacia nuestra formación como
personas y profesionales.*

RESUMEN

SINTOMATOLOGIA DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE HOSPITALIZACION CIRUGIA Y HOPITALIZACION COVID, HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD, AREQUIPA 2021.

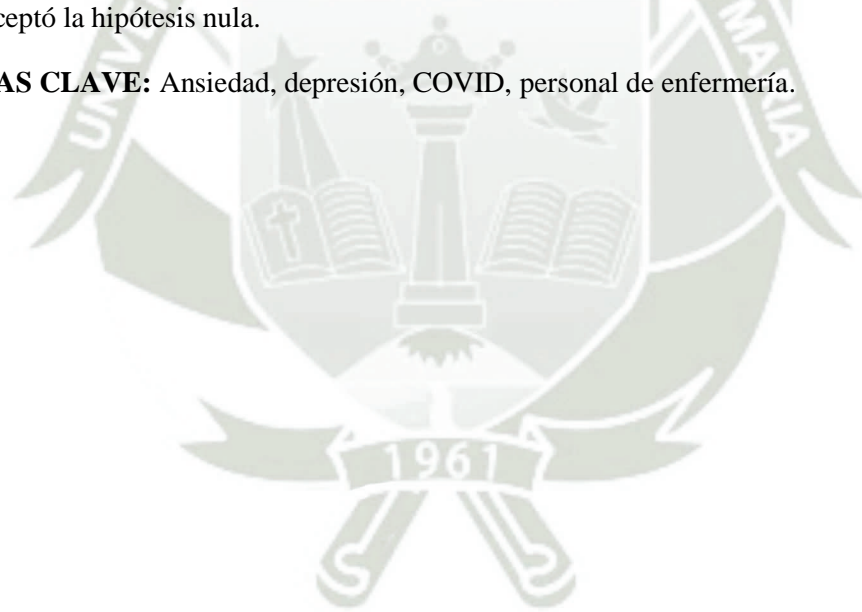
Esta investigación tiene como objetivo precisar la Sintomatología de la Ansiedad en el personal de Enfermería de Hospitalización Cirugía y Hospitalización COVID, Hospital III Yanahuara ESSALUD, Arequipa 2021.

La metodología que se utilizó en este trabajo fue la escala de Zung para medir la sintomatología de ansiedad y depresión.

Se hizo un trabajo de investigación de tipo cuantitativo, explicativo, transversal y comparativo. La muestra de estudio estuvo constituida por 40 miembros del personal de enfermería que cumplieron con los criterios de selección. Para la estadística inferencial se usó una prueba de chi-cuadrado con un nivel de significancia del 5%.

Las conclusiones mostraron que 10.00% de las enfermeras de hospitalización COVID tuvieron ansiedad severa, mientras que el 70.00% de las enfermeras de hospitalización cirugía no presentaron ansiedad. Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=1.07$) muestra que la Sintomatología de la ansiedad en las enfermeras de hospitalización Cirugía y hospitalización COVID no presentó diferencia estadística significativa ($P>0.05$), el 30.00% de las técnicas de hospitalización COVID presentaron ansiedad leve, mientras que el 80.00% de las técnicas de hospitalización cirugía no la presentaron. La prueba de chi cuadrado ($X^2=2.02$) muestra que la Sintomatología de la ansiedad en las técnicas de hospitalización Cirugía y hospitalización COVID no presentaron diferencia estadística significativa ($P>0.05$), por lo tanto, se aceptó la hipótesis nula.

PALABRAS CLAVE: Ansiedad, depresión, COVID, personal de enfermería.



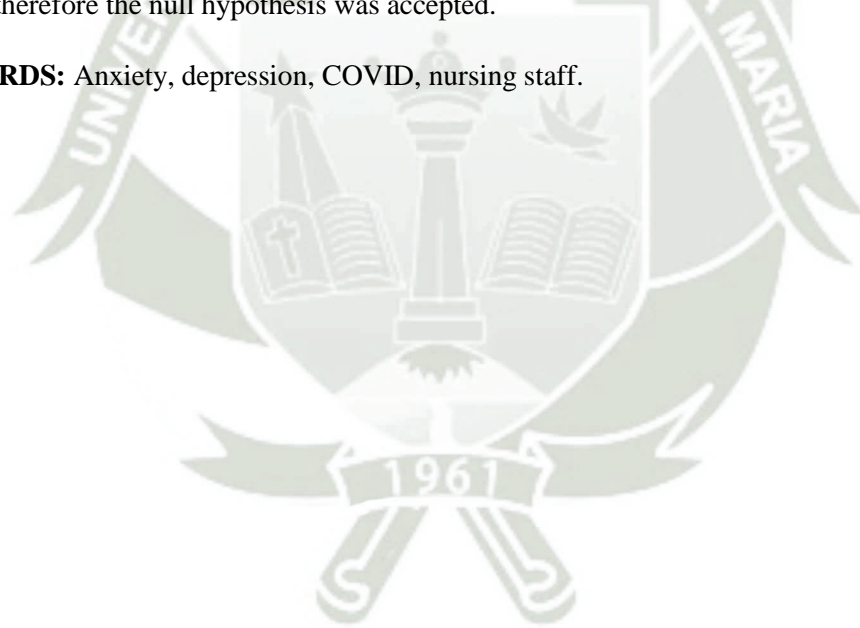
ABSTRACT**SYMPTOMS OF ANXIETY AND DEPRESSION IN NURSING STAFF OF COVID SURGERY AND HOSPITALIZATION, HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD, AREQUIPA 2021.**

The objective of this research is to specify the Anxiety Symptomatology in the Nursing staff of Hospitalization Surgery and COVID Hospitalization, Hospital III Yanahuara ESSALUD, Arequipa 2021.

The methodology used in this work was the Zung scale to measure anxiety and depression symptoms. A quantitative, explanatory, cross-sectional and comparative research work was carried out. The study sample consisted of 40 members of the nursing staff who met the selection criteria. For inferential statistics, a chi-square test with a significance level of 5% was used.

The conclusions showed that 10.00% of the COVID hospitalization nurses had severe anxiety, while 70.00% of the surgery hospitalization nurses did not present anxiety. According to the chi-square test ($X^2=1.07$) it shows that the Symptomatology of anxiety in hospitalization nurses Surgery and COVID hospitalization did not present a significant statistical difference ($P> 0.05$), 30.00% of the COVID hospitalization techniques presented mild anxiety, while 80.00% of the surgery hospitalization techniques did not present it. The chi-square test ($X^2=2.02$) shows that anxiety symptomatology in the Surgery and COVID hospitalization techniques did not present a significant statistical difference ($P>0.05$), therefore the null hypothesis was accepted.

KEY WORDS: Anxiety, depression, COVID, nursing staff.



ÍNDICE

	Pág.
DICTAMEN APROVATORIO	ii
DEDICATORIAS	iii
AGRADECIMIENTOS	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	3
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	4
1.1. Enunciado del problema	4
1.2. Descripción del problema.....	4
1.3. Justificación del problema	6
2. OBJETIVOS	8
3. MARCO TEÓRICO.....	8
3.1. La salud mental de los profesionales de enfermería en tiempos de COVID	8
3.2. Ansiedad	10
3.2.1. Etiología	11
3.2.2. Epidemiología	14
3.2.3. Manifestaciones clínicas	14
3.2.4. Tipos de ansiedad	16
3.2.5. Niveles de ansiedad.....	18
3.2.6. Diagnostico.....	19
3.2.7. Tratamiento	19
3.2.8. Prevención de la ansiedad	24
3.2.9. Intervenciones de enfermería en pacientes con tratamiento ansiolítico.....	27
3.3. Depresión.....	28
3.3.1. Etiología	28
3.3.2. Epidemiología	32
3.3.3. Manifestaciones clínicas	32
3.3.4. Tipos.....	34
3.3.5. Niveles.....	36
3.3.6. Diagnóstico.....	37

3.3.7. Tratamiento	38
3.3.8. Prevención.....	43
3.4. Rol de la enfermera en la promoción de la salud mental.....	46
3.5. Trabajo del profesional de enfermería.....	46
4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	50
4.1. Antecedentes locales.....	50
4.2. Antecedentes nacionales.....	50
4.3. Antecedentes internacionales	51
5. HIPÓTESIS.....	52
CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	53
1. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN	54
1.1. Técnica.....	54
1.2. Instrumento.....	54
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	55
2.1. Ubicación espacial.....	55
2.2. Ubicación temporal.....	55
2.3. Unidades de estudio.....	55
2.4. Criterios de inclusión.....	56
2.5. Criterios de exclusión	56
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	56
3.1. Organización.....	56
4. RECURSOS	57
4.1.1. Recursos humanos.....	57
4.1.2. Recursos materiales.....	57
4.1.3. Recursos institucionales	57
4.1.4. Recursos financieros	57
CAPÍTULO III RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	58
CONCLUSIONES.....	85
RECOMENDACIONES.....	86
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	87
ANEXOS	93
ANEXO N° 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO	94
ANEXO N° 2 FICHA SOCIODEMOGRAFICA	95
ANEXO N° 3 ESCALA DE ANSIEDAD DE ZUNG.....	96

ANEXO W 4 ESCALA DE DEPRESION ZUNG	98
ANEXO W 5	100
ANEXO W 6 CARTA DE PRESENTACION.....	101
ANEXO W 7 AUTORIZACION PROYECTO DE TESIS	102



ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 Población de estudio de según edad del personal de enfermería hospitalización COVID y hospitalización cirugía, Hospital III Yanahuara Essalud, arequipa 2021	59
TABLA 2 Población de estudio según género hospitalización COVID y hospitalización cirugía	61
TABLA 3 Población de estudio según estado civil hospitalización COVID y hospitalización cirugía.....	63
TABLA 4 Población de estudio según número de hijos hospitalización COVID y hospitalización cirugía.....	65
TABLA 5 Población de estudio según tipo de contrato hospitalización COVID y hospitalización cirugía.....	67
TABLA 6 Población de estudio según tiempo de servicio hospitalización COVID y hospitalización cirugía.....	69
TABLA 7 Población de estudio según antecedentes de reacciones emocionales negativas hospitalización COVID y hospitalización cirugía.....	71
TABLA 8 Sintomatología de la ansiedad en las enfermeras de hospitalización COVID y hospitalización cirugía.....	73
TABLA 9 Población de estudio según sintomatología de la ansiedad en técnicas de enfermería de hospitalización COVID y hospitalización cirugía	75
TABLA 10 Población de estudio según sintomatología de la ansiedad en el personal de enfermería de hospitalización COVID y hospitalización cirugía.....	77
TABLA 11 Sintomatología de la depresión en las enfermeras de hospitalización COVID y hospitalización cirugía.....	79
TABLA 12 Población de estudio según sintomatología de la depresión en técnicas de enfermería de hospitalización COVID y hospitalización cirugía.....	81
TABLA 13 Población de estudio según sintomatología de la depresión en el personal de enfermería de hospitalización COVID y hospitalización cirugía.....	83

Pág.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO 1 Población de estudio de según edad del personal de enfermería hospitalización COVID y hospitalización cirugía, Hospital III Yanahuara Essalud, arequipa 2021	60
GRAFICO 2 Población de estudio según género hospitalización COVID y hospitalización cirugía.....	62
GRAFICO 3 Población de estudio según estado civil hospitalización COVID y hospitalización cirugía.....	64
GRAFICO 4 Población de estudio según número de hijos hospitalización COVID y hospitalización cirugía.....	66
GRAFICO 5 Población de estudio según tipo de contrato hospitalización COVID y hospitalización cirugía.....	68
GRAFICO 6 Población de estudio según tiempo de servicio hospitalización COVID y hospitalización cirugía.....	70
GRAFICO 7 Población de estudio según antecedentes de reacciones emocionales negativas hospitalización COVID y hospitalización cirugía.....	72
GRAFICO 8 Sintomatología de la ansiedad en las enfermeras de hospitalización COVID y hospitalización cirugía.....	74
GRAFICO 9 Población de estudio según sintomatología de la ansiedad en técnicas de enfermería de hospitalización COVID y hospitalización cirugía.....	76
GRAFICO 10 Población de estudio según sintomatología de la ansiedad en el personal de enfermería de hospitalización COVID y hospitalización cirugía.....	78
GRAFICO 11 Sintomatología de la depresión en las enfermeras de hospitalización COVID y hospitalización cirugía.....	80
GRAFICO 12 Población de estudio según sintomatología de la depresión en técnicas de enfermería de hospitalización COVID y hospitalización cirugía.....	82
GRAFICO 13 Población de estudio según sintomatología de la depresión en el personal de enfermería de hospitalización COVID y hospitalización cirugía.....	84

Pág.

INTRODUCCIÓN

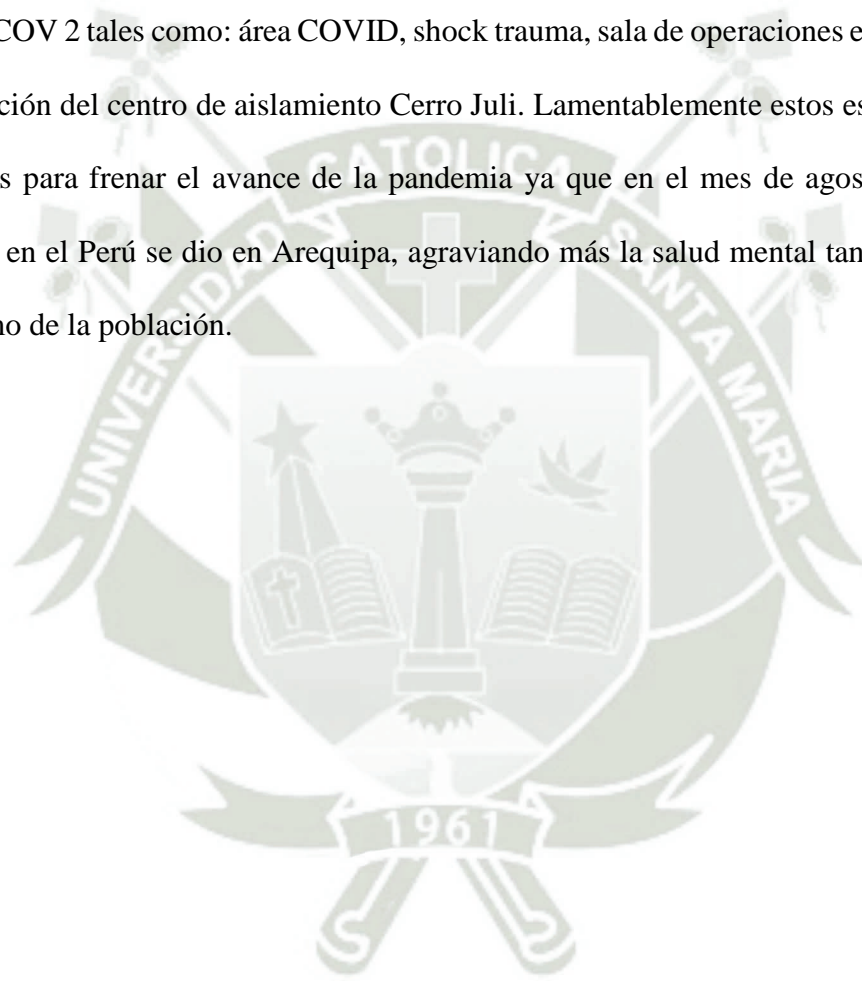
En diciembre de 2019 se reportó “una serie de casos de pacientes hospitalizados con una nueva enfermedad caracterizada por neumonía e insuficiencia respiratoria, a causa de un nuevo coronavirus (SARS-COV-2), en la ciudad de Wuhan, China. El 11 de febrero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) nombró este agente etiológico como COVID-19 (Coronavirus 2019). Posteriormente, y a pesar de las extensas medidas de contención, la enfermedad ha continuado avanzando hasta afectar al resto de los países de Asia, Medio Oriente y Europa. El 11 de marzo, la COVID-19 fue declarada como pandemia en una rueda de prensa mundial por Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la Organización Mundial de la Salud (1).

El 05 de marzo del 2020 “se confirma el primer caso importado de COVID-19 en el Perú. A partir del 15 de marzo se declaró el estado de emergencia nacional ante el incremento de los casos en un intento de frenar la propagación en el país del nuevo coronavirus incluyendo el aislamiento social obligatorio y el cierre de fronteras, inicialmente por 15 días, pero se ha extendido el estado de emergencia hasta inicios de marzo del 2021, con un total de casi 765,000 casos diagnosticados por prueba rápida, con cerca de 36700 fallecidos, con una letalidad” de 3.72% (2).

La realidad vivida en esta pandemia está dejando no solo secuelas físicas, también deja secuelas emocionales en el personal de enfermería que se dedica en la atención de pacientes COVID o no COVID. El personal de enfermería ha tenido que enfrentar en este periodo con nuevos protocolos de atención, la falta de material e insumos, diferentes experiencias de las colegas de todas partes del mundo, escasez de pruebas rápidas , exámenes de laboratorio, muerte de sus propios familiares, largas jornadas laborales, condiciones laborales precarias, sobrecarga de actividades y violencia por parte de pacientes y familiares, y los grandes miedos de enfrentarse

a una enfermedad totalmente desconocida logrando tener impacto negativos en la salud psicológica del trabajador que se refleja en la calidad de los servicios prestados (3).

En el primer periodo de la pandemia por COVID-19, en el Hospital Yanahuara el número de casos no era tan elevado como en otras zonas del Perú, durante el mes de mayo se vio un incremento de casos por lo cual se habilito nuevas áreas de atención a pacientes contagiados por el SARS COV 2 tales como: área COVID, shock trauma, sala de operaciones entre otros, además de la creación del centro de aislamiento Cerro Juli. Lamentablemente estos esfuerzos no fueron suficientes para frenar el avance de la pandemia ya que en el mes de agosto el epicentro de contagios en el Perú se dio en Arequipa, agravando más la salud mental tanto del personal de salud como de la población.





CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del problema

Sintomatología de Ansiedad y Depresión en el personal de Enfermería de Hospitalización Cirugía y Hospitalización COVID, Hospital III Yanahuara ESSALUD, Arequipa 2021.

1.2. Descripción del problema

a) Campo, Área y Línea de Investigación

- **Campo** : Ciencias de la Salud
- **Área** : Enfermería en Salud Mental
- **Línea** : Ansiedad y Depresión

b) Operacionalización de Variables

Cuadro de Operacionalización de las Variables

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Edad	26 – 30 años
	31 – 35 años
	36 – 40 años
	41 – más
Sexo	Masculino
	Femenino
Estado civil	Soltera
	Casada
	Conviviente
	Separada
	Viuda
N° Hijos	Ninguno
	Uno
	Dos
	3 o más

Modalidad de contratación	Personal nombrado Contratación laboral directa (régimen laboral 728 y 276) Contratación administrativa de servicios (CAS) Trabajo por recibos por honorarios (terceros)
Tiempo de servicio	0 – 5 años 6 – 11 años 12 – 17 años 18 – 23 años 24 – mas

VARIABLE	INDICADORES	SUBINDICADORES
Ansiedad	Síntomas somáticos	Ausencia de Ansiedad
		Ansiedad leve
	Síntomas afectivos	Ansiedad moderada
		Ansiedad severa
Depresión	Síntomas somáticos	Ausencia de Depresión
		Depresión leve
	Síntomas afectivos	Depresión moderada
		Depresión severa

c) Interrogantes Básicas

- ¿Cómo es la sintomatología de ansiedad en el personal de enfermería hospitalización cirugía y hospitalización COVID, Hospital III Yanahuara ESSALUD?
- ¿Cómo es la sintomatología de depresión en el personal de enfermería hospitalización cirugía y hospitalización COVID, Hospital III Yanahuara ESSALUD?
- ¿Qué semejanzas y diferencias existen en la sintomatología de ansiedad y depresión del personal de enfermería hospitalización cirugía y hospitalización COVID, Hospital III Yanahuara ESSALUD?

d) Tipo y Descripción del Problema

- **Tipo:** De campo.
- **Nivel:** Descriptivo- comparativo de corte transversal

1.3. Justificación del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) a nivel mundial se ha detectado una prevalencia entre el 20% y el 50% de Ansiedad y Depresión en el personal de salud encuestado, estos datos difieren entre si ya que en algunos estudios se encuentra un aumento y en otros una disminución en comparación con datos obtenidos en una época pre COVID; además en ciertos estudios se observó que el personal femenino es más susceptible a padecer estos trastornos de salud mental que el personal masculino. Si bien es cierto, estos datos son importantes a tener en consideración, ya que la salud mental también está siendo afectada, esto no significa que sean determinantes porque están sujetos a datos sociodemográficos diferentes que se pueden encontrar en cada región y localidad del Perú (4).

Del mismo modo, según estudios nacionales del Instituto Nacional de Salud Mental del Perú (INSM) nos indican una prevalencia del 50% de Ansiedad y Depresión en el personal de Enfermería, siendo el tipo de género un indicador importante, coincidiendo con resultados internacionales.

Así mismo, factores sociodemográficos como la modalidad de contratación influyeron en los resultados nacionales, pero fueron irrelevantes a nivel mundial (5).

El presente estudio busca conocer la sintomatología de la Ansiedad y Depresión en el personal profesional y no profesional de enfermería de hospitalización cirugía y hospitalización COVID, Hospital III, Yanahuara ESSALUD, Arequipa 2021. Lo consideramos un estudio original ya que no hemos encontrado ninguno similar en el hospital III Yanahuara ESSALUD.

Tiene RELEVANCIA CIENTÍFICA, porque aportara nuevas estrategias en la promoción de la salud mental ya que se evalúa la magnitud de una situación de pandemia en la salud mental del personal profesional y no profesional de enfermería; tiene RELEVANCIA PRÁCTICA porque permitirá identificar o determinar la problemática de la Ansiedad y Depresión y las características del personal que pueden favorecer el desarrollo de síntomas de Ansiedad o de Depresión que pueden ser prevenidos. Tiene RELEVANCIA SOCIAL, ya que aportara nuevas medidas preventivas en la comunidad donde se aplicará el estudio pues este estudio ayudara a los profesionales y no profesionales del sector salud que laboran en un contexto de pandemia y con riesgo de muerte. El estudio es CONTEMPORÁNEO ya que se vive una situación nueva ante el surgimiento de una enfermedad nueva y mortal que afecta no solo al personal de salud sino a toda la población.

Este estudio aportará datos estadísticos sobre Ansiedad y Depresión en el personal de Enfermería a nivel local, así mismo complementará y reforzará la validación de estudios a nivel nacional.

El estudio es FACTIBLE de realizar por tratarse de un estudio prospectivo y porque los investigadores tienen accesibilidad en un grupo accesible y con instrumentos validados, además los investigadores se encuentran con motivación personal de llevar a cabo de este estudio durante el contexto de una pandemia nueva, contribuyendo académicamente al campo de enfermería respetando y cumpliendo las políticas de investigación de la universidad.

2. OBJETIVOS

- 2.1.** Precisar la Sintomatología de la Ansiedad en el personal de Enfermería de Hospitalización Cirugía y Hospitalización COVID, Hospital III Yanahuara ESSALUD, Arequipa 2021.
- 2.2.** Identificar la Sintomatología de la Depresión en el personal de Enfermería de Hospitalización Cirugía y Hospitalización COVID, Hospital III Yanahuara ESSALUD, Arequipa 2021.
- 2.3.** Establecer semejanzas y diferencias entre la Sintomatología de Ansiedad y Depresión en el personal de Enfermería de Hospitalización Cirugía y Hospitalización COVID, Hospital III Yanahuara ESSALUD, Arequipa 2021.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. La salud mental de los profesionales de enfermería en tiempos de COVID

El profesional de salud está en la primera línea de atención a personas con COVID-19 mostrando un alto riesgo de contagio. Además, sondean una gran sobrecarga laboral y

aislamiento, siendo más vulnerables a experimentar cansancio físico, miedo, ansiedad, malestar emocional y problemas para dormir.

De manera general, los profesionales de salud mostraron preocupación por la falta de equipos de protección, la percepción de sobrecarga laboral, los cambios en el entorno, la percepción de peligrosidad, la inseguridad, el tener que alejarse de sus familiares y el miedo a contagiarlos, así como al encierro en caso de contagio por COVID-19.

Diferentes estudios realizados en china muestran una mayor prevalencia de insomnio (34-38.4%), ansiedad (13-44.6%), depresión (12.2-50.4%), síntomas obsesivo-compulsivos (5.3%), somatización (1.6%) y malestar psicológico general (71.5%) en los profesionales sanitarios. Estos estudios también señalan que los profesionales sanitarios que presentaron mayor sobrecarga psicológica fueron enfermeras, mujeres que se encontraban en primera línea de diagnóstico, tratamiento y cuidado de los pacientes COVID-19, especialmente en las unidades de cuidados intensivos, cuando tenían que ocuparse de pacientes de mayor edad y en situación de final de vida.

El bienestar emocional de los profesionales sanitarios es un punto clave en el día a día frente a la COVID-19, tanto por la afectación psicológica en el propio profesional como por las consecuencias que pueda tener en el rendimiento laboral y en el cuidado de los pacientes. Aun así, se han detectado algunas barreras que pueden dificultar el acceso a intervenciones destinadas a apoyar la resiliencia de los profesionales sanitarios como, por ejemplo, el estigma asociado a la salud mental, la negación, la incomodidad a la revelación emocional y estar exhaustos y disponer de poco tiempo. Así mismo, la capacidad de los profesionales sanitarios para hacer frente a nuevas olas de la pandemia puede verse disminuida si no hay suficiente tiempo entre brotes o si no se implementan medidas que ayuden en la recuperación.

En el contexto de la COVID-19, los estudios apuntan a que una respuesta de apoyo rápida, personal, confidencial y fácilmente accesible es crucial para reforzar la capacidad de recuperación de los profesionales sanitarios como posibles víctimas secundarias de la COVID-19. Es recomendable que los profesionales sanitarios reciban soporte psicológico si presentan síntomas precoces de burnout, ansiedad o depresión para reducir el riesgo de morbilidad psiquiátrica, siendo la primera línea de tratamiento en los cuadros de ansiedad, estrés agudo, insomnio y trastorno de estrés postraumático la intervención psicológica (6).

3.2. Ansiedad

La ansiedad es un mecanismo adaptativo natural que nos permite ponernos alerta ante sucesos comprometidos. Según la organización mundial de la salud (OMS), la ansiedad es una reacción emocional normal ante situaciones amenazantes para el individuo. Son más comunes en las mujeres (7.7%) que en los hombres (3,6%) (7). En realidad, un cierto grado de ansiedad proporciona un componente adecuado de precaución en situaciones especialmente peligrosas. Una ansiedad moderada puede ayudarnos a mantenernos concentrados y afrontar los retos que tenemos por delante. En ocasiones, sin embargo, el sistema de respuesta a la ansiedad se ve desbordado y funciona incorrectamente. Más concretamente, la ansiedad es desproporcionada con la situación e incluso, a veces, se presenta en ausencia de cualquier peligro ostensible. El sujeto se siente paralizado con un sentimiento de indefensión y, en general, se produce un deterioro del funcionamiento psicosocial y fisiológico. Se dice que cuando la ansiedad se presenta en momentos inadecuados o es tan intensa y duradera que interfiere con las actividades normales de la persona, entonces se la considera como un trastorno (8).

3.2.1. Etiología

En el pasado, se pensaba que los trastornos de ansiedad estaban relacionados únicamente con el conflicto mental. En la actualidad, se han aceptado muchos factores para participar en su origen:

A) Factores Genéticos:

Los factores genéticos son importantes en la predisposición de los TA. La vulnerabilidad genética se ha encontrado en la mayoría de los TA, pero con mayor contundencia en el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo y la fobia social.

B) Factores Psicosociales:

Los estresores psicosociales (interpersonal, laboral, socioeconómico, etc.) juegan un papel muy importante en muchos de los TA, como factores precipitantes, agravantes o causales de los TA y trastornos de adaptación. Se ha sugerido que el tipo de educación en la infancia predispone al TA en la edad adulta, sin embargo, no se han identificado causas específicas de ello.

C) Factores Traumáticos:

Afrontar eventualidades traumáticas fuera del rango de la habilidad humana normal (accidentes graves, catástrofes, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc.) suele ocasionar notables averías biológicas cerebrales que se adjuntan a indicaciones graves de ansiedad.

D) Factores Psicodinámicos:

La ansiedad se contempla como la contestación individual a un peligro que advirtió desde dentro en forma de un arranque intuitivo obstaculizado que está a punto de escapar del control del individuo (kaplan). La ansiedad

como señal de alarma ocasiona que el “yo” adopte medidas defensivas. Si las defensas tienen éxito la ansiedad se borra y si no sale autónomamente o se contienen, según el tipo de defensa empleada, puede presentar síntomas conversivos, disociativos, fóbicos y obsesivo compulsivos.

E) Factores Cognitivos Conductuales:

Se valora que patrones cognitivos desfigurados (sistema de pensamientos negativos) anteponen a conductas desadaptadas y trastornos emocionales. La ansiedad se manifiesta por una sobrevaloración amenazante de las persuasiones y una infravaloración de sus potenciales personales también por estímulos externos y por mecanismos de condicionamiento y generalización, se puede cultivar o repetir contestaciones o conductas ansiosas de los demás (9) (10).

F) Factores Bioquímicos:

Realmente el tac según las hipótesis biológicas se produce por una disminución de los receptores gabaérgicos, es decir una disminución del GABA (ácido amino butírico).

Todo proceso emocional y cognitivo se sitúa en el cerebro. Las emociones se localizan en el sistema límbico que a su vez contiene varias estructuras como amígdala, el hipotálamo, el hipocampo con conexión al tallo cerebral del cual se ramifica el nervio Vago que inerva los órganos del tórax y abdomen entre los cuales están el corazón y el intestino. GABA es cuantitativamente el transmisor inhibitorio en el SNC más importante.

Las neuronas que contiene GABA están distribuidas en el SNC, el GABA controla el estado de excitabilidad en todas las áreas del cerebro, y el nivel de actividad neuronal es regulado por el balance entre el suministro

excitatorio (comúnmente glutamatergico) y la actividad inhibitoria Gabaergicos (11).

Se ha demostrado que en la ansiedad hay una disminución de los receptores del gaba en las plaquetas de los pacientes. Hay disminución en el número de receptores del ácido gamma aminobutírico (gaba) en plaquetas de pacientes con TAC. Algunos trabajos sugieren una menor sensibilidad a nivel central de este complejo receptor en paciente con TAC. Otros receptores están implicados en la etiología del TAC, los serotoninérgicos.

G) Causas Medicas y Adicciones:

Para muchas personas, la ansiedad puede estar referida con una complicación de salud oculta en algunos casos, los signos e indicios de ansiedad son las primeras señales de una enfermedad. Si el médico presagia que la ansiedad que tienes puede tener una causa médica, quizá te indique análisis para buscar los signos del problema.

Algunos ejemplos de problemas médicos que pueden estar relacionados con la ansiedad incluyen los siguientes:

- Enfermedad cardíaca.
- Diabetes.
- Problemas de tiroides, como el hipertiroidismo
- Trastornos respiratorios, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o el asma
- Uso inadecuado de sustancias o abstinencia
- Abstinencia del alcohol, de medicamentos contra la ansiedad (benzodiacepinas) o de otros medicamentos
- Dolor crónico o síndrome de intestino irritable

- Tumores poco frecuentes que producen hormonas de reacción de “luchar o huir” (12).
- Adicciones: drogadicciones, alcoholismo y dependencia de algunos fármacos.

3.2.2.Epidemiología

El Ministerio de Salud estima que dos de cada 10 peruanos (20%) padecen de algún trastorno mental (6,5 millones de personas). Lo más preocupante es que aproximadamente 5,2 millones no reciben atención. Seis de cada 10 (61.5%) personas mayores de 18 años padece de algún tipo de malestar emocional. En el caso de los niños y adolescentes, el 30% corre riesgo de presentar un problema de salud mental de tipo emocional, conductual o atencional. Si bien es cierto, el presupuesto destinado para la salud mental en el Perú pasó de 211 millones de soles a 573 millones de soles en 2021, la inversión per cápita aún está muy por debajo del promedio mundial (13). Según el Ministerio de Salud (OMS), a través de la Dirección de Salud Mental (Dsame), atendió un total de 813 426 casos de salud mental, a nivel nacional en 2021. Se detalló que se atendieron 261 197 casos por ansiedad (14).

3.2.3.Manifestaciones clínicas

Sus síntomas varían mucho, por lo que es importante clasificarlos:

A) Emocionales:

La ansiedad se manifiesta como inquietud mental, tensión, experiencias amenazantes, preocupación, miedo o pánico, inseguridad, sentimientos de vacío, y la disolución del YO.

B) Cognitivos:

Los síntomas cognitivos se expresan como preocupaciones excesivas sobre condiciones reales o imaginarias del presente o del futuro cercano (expectativas ansiosas), anticipación del peligro, o de eventos inminentes, hipervigilancia.

C) Conductuales:

Aparece agitación psicomotora, tendencia a llorar por impotencia y tensión excesiva, a diferencia de la depresión tiene la capacidad de calmar y relajar al paciente, evitar conductas que le provoquen miedo, y la exageración de la respuesta de alerta

D) Motores:

Se encuentra temblando, sobresaltado, con estremecimientos o sacudidas musculares, tenso, con dolores musculares, cefaleas, debilidad, tensión, cansancio fácil, incapacidad para relajarse. También parpadea con frecuencia, frunce el ceño, tensa el rostro la marcha es inestable y aumenta el tono de los músculos estriados.

E) Somáticos:

Como consecuencia de la hiperactivación autonómica, aparecen síntomas cardiovasculares, respiratorios, sensoriales, digestivos, vegetativos (febrícula, asfixia, escalofríos, sudación, mucosas secas, manos frías y húmedas, poliuria, tenesmo).

Cuando la ansiedad es demasiado prolongada y desproporcionada con la situación, mostrará un estado patológico, además de mostrar sus propias características:

- Puede bloquear una respuesta adecuada a la vida diaria.
- No proporcionada al desencadenante.
- Función desadaptativa.
- Deterioro del rendimiento.
- Es más grave
- Mayor componente somático
- Genera demanda de tratamiento psiquiátrico (15).

3.2.4. Tipos de ansiedad

A) Trastorno de Ansiedad Generalizada:

Se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos seis meses. La ansiedad se asocia a tres o más de los siguientes síntomas: inquietud, fatigabilidad rápida, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño.

B) Trastorno por estrés postraumático:

Se presenta cuando el paciente ha estado expuesto a un acontecimiento altamente traumático en que estuviera amenazada su integridad física o la de los demás y se caracteriza por la re experimentación del evento como recuerdos recurrentes e intrusos que provocan malestar.

C) Fobia social:

Temor persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que la persona se ve expuesta a personas que no pertenecen

al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás presentando el temor de actuar de un modo que sea humillante o embarazoso. Las situaciones sociales temidas se evitan o se experimentan con ansiedad y malestar intensos.

D) Fobia específica:

Temor persistente y acusado que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (animales, sangre, alturas, tormentas, aviones, elevadores).

E) Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica:

Se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.

F) Trastorno de ansiedad inducido por sustancias:

Se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga o fármaco (16).

G) Trastorno obsesivo compulsivos:

Causa obsesiones o compulsiones frecuentes y perturbadoras. Provoca un impulso abrumador de repetir ciertas conductas. Las obsesiones comunes incluyen miedo a la suciedad o a los gérmenes, miedo de lastimarse o querer arreglar las cosas de cierta manera. La persona se suele aferrar a estas obsesiones y puede tener pensamientos y rituales que interfieren con la vida diaria. Por ejemplo, si teme que su casa sea robada, tal vez cierre la puerta

con llave repetidamente y tenga miedo de salir (17).

3.2.5. Niveles de ansiedad

Existen tres niveles de ansiedad

A) Ansiedad Leve:

Las personas están más alertas que antes de que ocurra este estado, viendo y escuchando la situación dominante; es decir, la capacidad de percibir y observar juega un papel importante y se gasta más energía en la situación que genera ansiedad. También llamada ansiedad benigna o ansiedad leve. Puede experimentar dificultad para respirar, un ligero aumento de la tensión, síntomas estomacales leves, espasmos faciales y labios temblorosos.

B) Ansiedad Moderada:

El campo perceptivo de las personas que experimentan este grado de ansiedad está limitado hasta cierto punto al ver, oír y captar la situación en menor medida que el nivel anterior. Encontrará limitaciones y no podrá percibir los alrededores, pero podrá observar si alguien dirige su atención a algún sitio periférico. La falta de aire es frecuente, frecuencia cardíaca rápida, presión arterial alta, boca seca, malestar estomacal, anorexia, diarrea o estreñimiento, temblores corporales, miedo a las expresiones faciales, tensión muscular, inquietud, reacción exagerada al shock e incapacidad para relajarse y es difícil conciliar el sueño.

C) Ansiedad Grave:

En este nivel de ansiedad, el rango de percepción se ha reducido mucho, por lo que la persona no observa la situación circundante, incluso si otra

persona dirige su atención a esta situación, no puede hacerlo. La atención se centra en uno o más detalles dispersos, las observaciones pueden estar distorsionadas. Además, existen grandes dificultades de aprendizaje, la visión circundante se ve afectada y es difícil para los individuos establecer una secuencia lógica en un grupo ideal. Puede tener dificultad para respirar, asfixia, presión arterial baja, todo su cuerpo puede temblar y expresiones faciales de terror (18).

3.2.6. Diagnóstico

Para evaluar si una persona sufre ansiedad, es recomendable descartar la existencia de una enfermedad sistémica. Para ello, el médico debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Síntomas físicos que presenta.
- Historia médica y psicológica anterior del paciente y de su familia.
- Posibilidad de que sufra alguna enfermedad que genere trastorno de ansiedad.
- Influencia de tóxicos como la cafeína, el cannabis o la cocaína y otras drogas de síntesis, desencadenantes de crisis de ansiedad y angustia en personas con predisposición (19).

3.2.7. Tratamiento

El tratamiento para la ansiedad es un tratamiento mixto: farmacológico y psicoterapéutico.

3.2.7.1. Tratamiento farmacológico

La finalidad primordial en el tratamiento farmacológico de la ansiedad es el control de la sintomatología central de la enfermedad. Frecuentemente, estos pacientes, requieren además del tratamiento agudo de los síntomas (menos de 6 meses), la administración de un tratamiento crónico para prevenir las recaídas. Esto hace necesario utilizar medicamentos que sean bien tolerados y con baja probabilidad de abuso, indulgencia o adhesión, además de ofrecer un pronto inicio de acción.

Benzodiacepinas (BZD): Son los medicamentos más utilizados en los pacientes con ansiedad. Se unen al receptor de GABA y facilitan/potencian la acción hiperpolarizante e inhibidora de este neurotransmisor. La eficacia y seguridad de estos fármacos cuando se utilizan durante algunas semanas, está bien establecida. Aunque estos fármacos son muy adecuados como tratamiento de primera elección en tratamientos agudos y a corto plazo, su prescripción en el tratamiento crónico de la ansiedad está poco avalada por la literatura científica existente, debido al riesgo de dependencia física con síndrome de abstinencia y la presencia de comorbilidad psiquiátrica (20).

3.2.7.2. Tratamiento psicoterapéutico

El tratamiento psicológico que consigue mejores resultados para la mayoría de trastornos de ansiedad es la terapia cognitivo-conductual (TCC) que incluye lo que se llama "exposición". La TCC tiene como objetivo que la persona aprenda a afrontar ("exponerse a") las

situaciones que le dan miedo/ansiedad o las cosas que ha dejado de hacer, sin utilizar conductas de evitación ni de seguridad, de tal manera que la persona compruebe que la ansiedad va disminuyendo sin escapar de la situación. Paciente y terapeuta definen un programa de tratamiento para ir afrontando las situaciones temidas y conseguir una disminución de la ansiedad. Este tratamiento psicológico requiere de una implicación activa por parte del paciente durante semanas o meses. Conseguir cambios efectivos a través del propio trabajo es muy importante para la persona que tiene el trastorno, porque mejora la auto-confianza y permite seguir afrontando situaciones temidas y mantener las mejoras conseguidas (21).

En muchas ocasiones el mejor tratamiento suele ser el combinado psicoterapia y farmacología. La terapia farmacológica se centra más puramente en el síntoma, ansiedad, depresión, alucinaciones... y la terapia psicológica se centra en el origen o la causa de los síntomas, cómo manejarlos, y de qué manera evitar que se mantengan en el tiempo o haya recaídas, para prevenir que no nos volvamos a encontrar igual por la misma causa. El fármaco es muy efectivo a corto plazo, pero a largo plazo acaba generando más problemas que soluciones.

Por contra la terapia psicológica no genera beneficios palpables hasta pasadas algunas sesiones, por lo que de forma inmediata es muy difícil apreciar la mejoría, ya que estamos tratando de solucionar el problema no de “paliarlo de forma temporal”.

Cuando combinamos fármacos y terapia psicológica podemos aprovechar los beneficios a corto plazo de los fármacos mientras

trabajamos nuestro problema de fondo haciendo que no tengamos que alargar nuestro tratamiento farmacológico, ni que generemos ningún tipo de adicción, o que los efectos secundarios de los fármacos nos afecten demasiado (22).

3.2.7.3. Contraindicaciones de los ansiolíticos

- No se debe administrar en el embarazo ni lactancia.
- No se debe beber alcohol durante el tratamiento.
- En persona con alto potencial de dependencia a fármacos.
- Síndrome de apnea obstructiva del sueño
- Insuficiencia respiratoria;
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Hepatopatía. Insuficiencia renal.
- Hipoalbuminemia (disminuir dosis).
- Glaucoma de ángulo estrecho síndromes cerebrales orgánicos.
- Menores de 18 años
- Debe tenerse presente, asimismo, que son medicamentos que pueden causar dependencia física y psicológica y por lo tanto deberán usarse durante cortos períodos de tiempo. Si se abandona un tratamiento de larga duración de manera brusca el paciente puede presentar síntomas de abstinencia (23).

3.2.7.4. Efectos adversos de los ansiolíticos

Para una gran cantidad de organismos médicos y de psicólogos, el hecho de tomar ansiolíticos con demasiada facilidad y rapidez

es un auténtico problema que debería evitarse. En muchos casos, los problemas que se padecen no son patológicos y no requieren medicación para tratarse.

Esto es especialmente importante si tenemos en cuenta que los efectos secundarios de los ansiolíticos no son menores.

Y es que, aunque cada ansiolítico tiene unos efectos secundarios particulares, lo cierto es que todas las benzodiazepinas (el tipo de fármaco que son los ansiolíticos) tienen unos efectos sobre el organismo a considerar. Estos efectos son los siguientes:

- **Causan adicción física:** los ansiolíticos pueden generar dependencia, lo que significa que, si se dejan, generan un síndrome de abstinencia, con los síntomas que todo síndrome de abstinencia tiene (cefaleas, mareos, etc.). Esto puede hacer que quienes toman ansiolíticos no quieran dejarlos, para evitar el síndrome de abstinencia.
- **Crean adicción psicológica:** a lo anterior hay que sumar el hecho de que, al tomar ansiolíticos, vemos nuestra ansiedad reducirse. Muchas personas prefieren tomarse una pastilla que utilizar métodos naturales o poner en orden su vida para reducir su ansiedad. Por tanto, también se da una adicción psicológica.
- **Crean tolerancia:** las benzodiazepinas también crean tolerancia. Es decir, que, a medida que las consumimos a lo largo del tiempo, vamos necesitando una dosis mayor para obtener el mismo efecto. Esto tiene un problema no menor, y es que el margen de seguridad de las benzodiazepinas (la distancia entre la dosis activa y la dosis

tóxica) es muy reducido.

- **Pueden debilitarte:** para terminar, las benzodicepinas pueden causar somnolencia, dificultad para concentrarse, reducir el estado de alerta o debilitar los músculos, entre otros efectos secundarios nada deseables. De hecho, por eso se prohíbe conducir bajo los efectos de los ansiolíticos. En definitiva, ponen a quien las consume en una situación en la que no estás al 100% (24).

3.2.8. Prevención de la ansiedad

A) Prevención primaria:

Identificar los individuos de alto riesgo valorando los factores de riesgo:

- **Factores de riesgo relacionados con las experiencias:** Factores estresantes crónicos, problemas interpersonales y laborales, acontecimientos vitales estresantes, enfermedades agudas o crónicas.
- **Factores de riesgo relacionados con la vulnerabilidad:**
 - **Personalidad:** rasgo o condición crónica que predispone a problemas de ansiedad.
 - **Estilo cognitivo:** ciertos prejuicios y distorsiones cognitivas predisponen a los individuos a reaccionar fuertemente ante las situaciones estresantes;
 - **Ausencia de apoyo social:** la presencia de un confidente parece ser de particular importancia, ya que actúa como amortiguador tanto frente a la ansiedad como a la depresión.

B) Prevención secundaria

- **Detección precoz y tratamiento precoz de los nuevos casos:** el médico de atención primaria se debe plantear un diagnóstico de ansiedad en todos los casos en los que el paciente presenta problemas físicos, cuando éstos no se puedan incluir dentro de una categoría diagnóstica clásica. De esta manera aumenta la probabilidad de detectar y tratar este problema psicológico y disminuir los gastos y complicaciones derivadas de exploraciones innecesarias.
- **Tratamiento precoz de los nuevos casos:** las intervenciones psicológicas forman el eje principal del tratamiento en atención primaria.
- **Intervenciones psicológicas focalizadas:** se ha evidenciado que estas intervenciones son efectivas en el tratamiento precoz de la ansiedad y trastornos mentales relacionados.

En la “terapia de solución de problemas” se ayuda a los pacientes a identificar la causa de su ansiedad y se acuerda un programa de acciones para cambiar sus conductas. Tiene 6 fases:

1. Definir los problemas en los propios términos del paciente.
2. Situar los problemas en un orden de importancia.
3. Reflexionar y exponer las posibles soluciones del problema más importante.
4. Escoger la mejor solución y hacer planes detallados para llevarlo a cabo.
5. Ponerla en práctica.

6. Evaluar el resultado.

C) Prevención terciaria

- **Prevención de recaídas:** se han propuesto varias estrategias psicológicas específicas útiles para reducir el riesgo de recaídas. Su objetivo es:
 - Aumentar la sensación de control del paciente.
 - Enseñar al paciente a detectar los síntomas iniciales de la recaída.
 - Identificar las situaciones de alto riesgo para recaída y establecer estrategias para afrontarlas.
 - Motivar al paciente a que continúe practicando las habilidades aprendidas durante la terapia.
- **Reducción de daño:** estos pacientes deberían ser derivados al menos en una ocasión a la unidad de salud mental, para su valoración y recibir asesoría para su manejo. Hay varias estrategias que se pueden seguir desde la atención primaria para reducir el daño al paciente:
 - Explicarle de forma reiterada y reforzar el diagnóstico de ansiedad de una forma positiva.
 - Mantener la investigación y la referencia a problemas físicos en un mínimo.
 - Ofrecer un programa estructurado de consultas breves regulares, de manera que el paciente tenga la oportunidad de aprender que puede resistir los problemas que aparecen entre consultas.

- Ayudarle a reconocer los problemas interpersonales y estimularle a buscar ayuda para ellos.
- Estimularlo para que se desarrolle y haga más uso de sistemas de apoyo social informales (25).

3.2.9. Intervenciones de enfermería en pacientes con tratamiento ansiolítico

Es importante que enfermería sepa llevar a cabo una serie de acciones afirmativas que lleguen al paciente. Estas acciones serán:

- Aplicar el tratamiento según prescripción médica observando posibles reacciones adversas.
- Mostrar seguridad y comodidad al paciente.
- Mantener una conducta adecuada ante el paciente.
- Atender los planteamientos del paciente.
- Mantener una escucha activa y asumir una actitud de aceptación.
- Aceptar las estrategias de afrontamiento para reducir la ansiedad del paciente en lugar de intentar modificarlas.
- No dejar que el paciente se aíse por completo.
- Mantener en todo momento la ética y el secreto profesional, evitando comentarios relacionados con la problemática del paciente con el resto del equipo.
- No mostrar cambios de ánimo ni traer problemas personales al trabajo, pues esto hace que los pacientes pierdan la seguridad y confianza que les debe inspirar cada miembro del equipo (26).

3.3. Depresión

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que se ve invadido por la tristeza de forma perdurable. No es un sentimiento puntual, sino una situación de tristeza duradera que puede llevar a desarrollar una «aversión por la vida» (27). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es una enfermedad muy recurrente y grave ya que puede causar gran sufrimiento en las personas afectadas experimentando un estado de ánimo deprimido (tristeza, irritabilidad, sensación de vacío) ocasionando una pérdida del disfrute o del interés en sus actividades cotidianas, alterando sus actividades laborales, escolares y familiares, la mayor parte del día, casi todos los días. En el peor de los casos, puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan más de 700 000 personas (28).

3.3.1. Etiología

A) Factores Genéticos:

En estudios familiares se encontró que, si uno de los padres tiene un trastorno del estado de ánimo, el riesgo de su hijo de presentar esta afección es de entre el 10 y 25%. Si ambos padres están afectados, el riesgo aumenta al doble, y es mayor cuantos más miembros de la familia estén afectados. El riesgo también es mayor si los familiares afectados lo son de primer grado que si son más distantes (29).

B) Factores Biológicos:

La teoría más popular postula cambios en las monoaminas cerebrales (noradrenalina, dopamina, serotonina). Posteriormente se sugirió que un

déficit de serotonina sería un prerrequisito básico en la etiología de la depresión. Inclusive se piensa que esta deficiencia de serotonina se debe a una disminución congénita de células que usan dicho neurotransmisor, y que esto de manera secundaria produciría una disminución de la monoamino oxidasa (MAO), enzima que degrada tanto las catecolaminas como la serotonina (30).

- **Serotonina:** En este trastorno hay un agotamiento de serotonina, por lo que los agentes serotoninérgicos constituyen un tratamiento eficaz. Algunos pacientes con impulsos suicidas tienen concentraciones bajas tanto de metabolitos de serotonina en el líquido cefalorraquídeo (LCR) como de sitios de recaptación de serotonina en las plaquetas.
- **Noradrenalina:** Se encuentran concentraciones anómalas (por lo general, bajas) de metabolitos de noradrenalina en la sangre, orina y líquido cefalorraquídeo (LCR) de los pacientes deprimidos.
- **Dopamina:** La actividad de la dopamina puede disminuir en la depresión. Las enfermedades y fármacos que reducen las concentraciones de dopamina (p. ej., enfermedad de Parkinson; reserpina) se asocian con síntomas depresivos (31).

C) Factores Psicológicos:

Se puede producir por factores psicógenos como:

- **En el duelo anormal** el paciente se comporta como si la pérdida fuera más severa y los factores inconscientes son oscuros para la persona.

- **Separación y la pérdida de personas amadas** en la niñez producen depresiones infantiles y predisponen al sufrimiento de ellas en la vida adulta.
- **El trauma en la infancia**, especialmente el abuso sexual, se asocia con depresión de iniciación temprana en las mujeres.

Desde el punto de vista psicosocial, se demuestra un aumento de depresiones después de situaciones estresantes tales como desastres naturales, guerras y períodos de desintegración social, la viudez, la pérdida de seres queridos, pandemias también parecen aumentar la incidencia de depresión (32).

D) Factores Sociales:

El Aislamiento es un factor importante asociado con la depresión, ya que puede por sí mismo provocarla o agravarla.

En estos tiempos de Pandemia el nivel de actividad social reducida y actividades interpersonales insuficientes, desarrollan un nivel importante en el mantenimiento y desarrollo de la depresión, puede además influir de manera negativa en el estado de salud y la calidad de vida.

E) Factores Económicos:

Es evidente que la situación económica influye en el estado de ánimo de las personas, es más probable que la persona con bajos ingresos económicos se encuentre tristes, esto se aplica a todas las edades (33).

F) Causas Medicas Y Adicciones:

También puede ser causado por otras enfermedades y tratamientos como:

- Enfermedades neurológicas:
 - Alzheimer,
 - Parkinson
 - Esclerosis múltiple
- Enfermedades metabólicas y endocrinas:
 - Hipotiroidismo
 - Anemia perniciosa
 - Enfermedades Cardiacas
- Enfermedades infecciosas:
 - Hepatitis
 - Neumonía
 - Tuberculosis
- Enfermedades Virales:
 - VIH/ SIDA
 - COVID-19
- Cáncer
- Adicciones:
 - Alcoholismo
 - Drogadicción
 - Dependencia a algunos fármacos (34).
 -

3.3.2.Epidemiología

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estima que la depresión afecta a un 3,8% de la población, incluidos un 5% de los adultos y un 5,7% de los adultos de más de 60 años, A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas tienen depresión. (2021) (35).

Por otra parte, el MINSA, realizó una encuesta poblacional sobre salud mental durante la pandemia por COVID-19, donde participaron aproximadamente 60000 personas, se encontró que el 28.5% de todos los encuestados refirieron presentar sintomatología depresiva. De este grupo, el 41% de los encuestados presentaron sintomatología asociada a depresión moderada a severa y el 12.8% refirió ideación suicida.

Las mujeres reportaron sintomatología depresiva en el 30.8% y en los hombres el 23.4%. El grupo etario con mayor afectación depresiva fue el de 18 -24 años (36).

En la mayoría de los estudios, el trastorno de depresión tiene la prevalencia más alta a lo largo de la vida (casi 17%) entre todos los trastornos psiquiátricos. También se encontró que la prevalencia del trastorno de depresión es mayor en mujeres que en los hombres.

En el 50% de todos los casos el trastorno aparece entre los 20 y 50 años de edad. También se encontró que el trastorno de depresión es más frecuente en personas que no mantienen relaciones interpersonales estrechas como divorciadas y separado (37).

3.3.3.Manifestaciones clínicas

La clínica de la depresión se caracteriza por la presencia de una multiplicidad de manifestaciones conductuales, cognitivas, emocionales o afectivas,

motivacionales y somáticas, que se presentan con una intensidad, frecuencia y duración variables en las personas que la sufren.

A) Manifestaciones Conductuales:

La persona puede presentar llanto, lentitud o agitación, inhibición, dificultad para comunicarse, conductas evitativas ante tareas cotidianas e interacciones sociales, o falta de autocuidado y aseo personal. Cuando la depresión es severa, la persona puede permanecer en cama durante periodos prolongados.

B) Manifestaciones Cognitivas:

La persona deprimida tiene pensamientos negativos acerca de sí misma, del mundo y del futuro; se siente incompetente, sin valor y es despiadadamente crítica con sus propios actos y su condición. La baja autoestima es, por lo tanto, una característica típica de la depresión. Las personas pueden sentirse impotentes para manejar sus vidas o resolver sus problemas. A esto se unen la bradipsiquia (pensamiento enlentecido), las dificultades de concentración y los problemas de memoria, la dificultad para tomar decisiones, las ideas de muerte, las creencias irracionales, la presencia de rumiaciones y un estilo atribucional disfuncional.

C) Manifestaciones Emocionales o Afectivas:

El sujeto experimenta emociones negativas como tristeza vital, desamparo, desesperanza, auto desprecio, rencor, culpa, frustración, fracaso, vacío, vergüenza, irritación, aburrimiento o afecto aplanado.

D) Manifestaciones Motivacionales:

Aparecen manifestaciones como pérdida de interés o placer, también llamada anhedonia, así como apatía o indiferencia, desinterés, abulia o anergia.

E) Manifestaciones Somáticas:

Se pueden observar alteraciones del sueño: la mayoría de los pacientes deprimidos informan de una peor calidad del mismo, debido a la dificultad para conciliar el sueño, permanecer dormido o dormir demasiado. Asimismo, también se producen cambios en el apetito y el peso corporal, disminución del deseo sexual, cansancio, quejas físicas (cefaleas o dolores de cabeza, y mialgias o dolores musculares, principalmente), estreñimiento, sequedad de boca, falta de energía, letargia y sensación de pesadez (38).

3.3.4. Tipos

A) Depresión Mayor:

Puede tener lugar solo o como parte del trastorno bipolar. Cuando se presenta solo también se conoce como depresión unipolar. Los síntomas deben estar presentes por al menos 2 semanas y mostrar un cambio en relación con el funcionamiento previo. Es más frecuente en mujeres que en hombres en proporción de 2 a 1. Se presenta un evento detonante en menos del 25% de los pacientes. Hay retraso psicomotor o agitación. Se pueden presentar alucinaciones y delirios congruentes con el estado de ánimo. La edad promedio de presentación es a los 40 años, pero puede tener lugar a cualquier edad. Hay factores genéticos presentes. El trastorno de depresión mayor puede tener lugar como un episodio único en la vida de una persona o puede ser recurrente.

B) Trastorno Depresivo Persistente (Distimia):

Es menos grave que el trastorno de depresión mayor. Más frecuente y crónico en mujeres que en hombres. El inicio es insidioso y se presenta con mayor frecuencia en personas con antecedentes de estrés a largo plazo o pérdidas repentinas. A menudo coexiste con otros trastornos psiquiátricos (p. ej.,

abuso de sustancias, trastornos de la personalidad, trastorno obsesivo-compulsivo). Los síntomas tienden a empeorar en el transcurso del día. Por lo general, inicia entre los 20 y 35 años de edad, aunque un tipo temprano puede comenzar antes de los 21 años. Es más frecuente entre familiares de primer grado con trastorno de depresión mayor. Los síntomas deben incluir al menos dos de los siguientes: falta de apetito, ingesta excesiva, problemas de sueño, fatiga, baja autoestima, concentración deficiente o dificultad para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza.

C) Depresión Disfórico Premenstrual

Es un trastorno distintivo que indica al tratamiento que nace después de la ovulación y decrece en la fase de menstruación. los síntomas particulares son: comienzo en la última semana del ciclo menstrual, con labilidad del estado de ánimo (subidas y bajadas, llanto repentino y sensación de rechazo), irritabilidad, estado de ánimo depresivo, desaliento, ansiedad, falta de congregación, fatiga, cambios en el apetito, cambios en el patrón de sueño y síntomas físicos (sensibilidad mamaria, hinchazón y distensión abdominal).

D) Trastorno Depresivo inducido por una Sustancia/Medicamento

Alteración importante y persistente del estado de ánimo que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades. Se puede desarrollar durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento. (Barbitúricos, benzodiacepinas, anticonceptivos orales, captopril, prednisona, ibuprofeno, cocaína, etc.)

E) Trastorno Depresivo debido a otra Afección Médica

Se presentan características depresivas, maníacas o mixtas, o un episodio

depresivo mayor secundario a una enfermedad médica. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (39).

3.3.5. Niveles

Tanto en niveles leves, moderados o graves, el paciente sufre un quebranto del ánimo, con disminución de su energía y descreimiento de su actividad. se menoscaban la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se halla perturbado, en tanto que estrecha el apetito. Casi siempre declinan la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo surgen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves, también presentan manifestaciones “somáticas”, tales como:

- La pérdida del interés y de los sentimientos placenteros.
- El despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual.
- El empeoramiento de la depresión por las mañanas.
- El marcado retraso psicomotor.
- La agitación.
- La pérdida del apetito, de peso y de la libido.

El episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas.

A) Episodio Depresivo Leve:

Por lo común están presentes dos o tres de los síntomas antes mencionados, El episodio depresivo debe durar al menos 2 semanas El paciente generalmente está tenso, pero probablemente estará apto para continuar con la mayoría de sus actividades.

B) Episodio Depresivo Moderado:

Por lo habitual están presentes cuatro o más de los síntomas antes descritos y el paciente probablemente tenga grandes dificultades para continuar realizando sus actividades sociales, laborales y domésticas.

C) Episodio Depresivo Grave sin síntomas Psicóticos:

Episodio de depresión en el que varios de los síntomas característicos son marcados y angustiantes, especialmente la pérdida de la autoestima y las ideas de inutilidad y de culpa. Son frecuentes las ideas y las acciones suicidas, y usualmente se presenta una cantidad de síntomas “somáticos”.

D) Episodio Depresivo Grave con síntomas Psicóticos:

Episodio de depresión similar al descrito en episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, pero con la aparición de alucinaciones, delirios, retraso psicomotor, o de un estupor tan grave que imposibilita las actividades sociales corrientes; puede generar riesgos para la vida del paciente, por suicidio o por efecto de la deshidratación o de la inanición. Las alucinaciones y los delirios pueden o no ser congruentes con el ánimo (40).

3.3.6. Diagnóstico

Existen varios instrumentos para el diagnóstico de la depresión, entre los más comunes podemos ver los siguientes:

- **Escalas de autoevaluación:** Se utilizan escalas y entrevistas como instrumentos de medida de la gravedad de la depresión. Tienen como objetivo la evaluación sintomática del paciente en un marco temporal determinado, permitiendo la gradación de cada ítem y obteniendo una puntuación final. No tienen una pretensión diagnóstica solo referencial. Las más comunes son: Escala de autoevaluación de Zung, escala de

depresión de Hamilton, escala de Beck.

- **Se utilizan criterios diagnósticos** para clasificar el tipo de depresión del paciente según los síntomas, la frecuencia y el tiempo del episodio depresivo, y así poder llevar un tratamiento adecuado y específico, para esto se utiliza:
 - El Manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)
 - Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) (41).

3.3.7. Tratamiento

3.3.7.1. Tratamiento farmacológico

Los episodios depresivos son tratables en el 70-80% de los casos. El enfoque más eficaz consiste en integrar la farmacoterapia con intervenciones psicoterapéuticas. Todos los antidepresivos disponibles en la actualidad tardan entre 3 y 4 semanas en ejercer sus efectos terapéuticos significativos, aunque empiecen a notarse antes. Generalmente el tratamiento empieza con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS). Si los pacientes que no responden o que no toleran un ISRS podrían responder a otro. Algunos médicos cambian a un agente con un mecanismo de acción diferente, como un inhibidor tricíclico o un inhibidor de la monoaminoxidasa (IMAO). El tratamiento con antidepresivos debe mantenerse al menos durante 6 meses. Está indicado un tratamiento profiláctico de 5 años cuando los episodios están separados por intervalos de menos de 2.5 años. Cuando se suspende el tratamiento con antidepresivos, se debe reducir

gradualmente la dosis durante 1 o 2 semanas. El tratamiento de mantenimiento por al menos 5 meses con antidepresivos ayuda a prevenir las recaídas (42).

Los antidepresivos más comunes son:

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS):
- Inhibidores de la recaptación de serotonina-noradrenalina (IRSN):
- Tricíclicos y tetra cíclicos (ADT):
- Inhibidores de la monoaminoxidasa irreversible (IMAO):
- Inhibidores de la monoaminoxidasa reversible (RIMA):
- Noradrenérgicos y selectivamente serotoninérgicos (NASSA):
- Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (ISRN):
- Inhibidores selectivos de la recaptación de dopamina (**ISRD**):

Todos los tipos de antidepresivos tienen reconocida una acción antidepresiva, tanto para episodios leves como moderados o graves.

En la clínica, esta acción terapéutica muestra muy pocas diferencias significativas, siendo el perfil de efectos secundarios o su actuación sobre otros síntomas concomitantes (ansiedad, insomnio, síntomas obsesivos, fobias, bulimia) los que determinan el perfil diferencial de cada uno de los principios activos (43).

3.3.7.2. Tratamiento psicoterapéutico

La psicoterapia junto con los antidepresivos es más eficaz que cualquier tratamiento solo para el trastorno de depresión.

A) Cognitivo:

Consiste en un tratamiento a corto plazo con un psicoterapeuta interactivo y actividades para realizar en casa dirigidas a la valoración y corrección de cogniciones negativas y los supuestos inconscientes que subyacen en ellas.

B) Conductual:

Por lo general es de corto plazo y altamente estructurado; está dirigido a conductas indeseables específicas bien delimitadas.

C) Terapia de apoyo:

Está indicada sobre todo para el tratamiento de las crisis agudas, como el duelo, o cuando el paciente comienza a recuperarse de un episodio depresivo importante, pero todavía no puede participar en una terapia interactiva más exigente.

D) Familiar:

Terapia indicada particularmente cuando la depresión del paciente altera la estabilidad de la familia, se relaciona con acontecimientos familiares o se mantiene debido a los patrones familiares (44).

3.3.7.3. Terapia electro convulsiva

Es un tratamiento muy efectivo en la depresión grave. La técnica es relativamente simple y bastante segura en clínicas con supervisión apropiada.

Se anestesia al paciente mediante inyección intravenosa de un barbitúrico, benzodiazepina o propofol, y se medica con un relajante muscular (succinilcolina). En el método convencional, se coloca un

electrodo sobre cada región temporal y se hace pasar una corriente alterna de cerca de 400 mA y 70 a 120 V entre ellos durante 0.1 a 0.5 s. El aparato mismo tiene como elemento esencial un capacitor grande, que se descarga para producir una convulsión electrográfica. La succinilcolina impide los espasmos musculares potentes y dañinos. El paciente despierta en 5 a 10 min y se levanta en cerca de 30 min. El mecanismo por el que la ECT produce sus efectos se desconoce. En el tratamiento de la depresión suele administrarse en días alternos por seis a 14 tratamientos. La única contraindicación absoluta es la presencia de presión intracraneal alta, como puede ocurrir en caso de neoplasia o hematoma. Este tratamiento también debe emplearse con precaución ante hipertensión general no controlada o en personas con sensibilidad conocida a los anestésicos utilizados como premedicación. Cerca del 90% de los pacientes se recupera en dos meses o menos después de un ciclo de seis a 14 sesiones (45).

3.3.7.4. Contraindicaciones de los antidepresivos

- Debe evitarse su uso con alcohol.
- No se recomiendan con ATC o fármacos antipsicóticos.
- Precaución si se administran con fármacos con acción sobre el SNC.
- Cautela si se utilizan con la TEC.
- Sus concentraciones séricas pueden aumentar si se administran con cimetidina u omeprazol.
- Sus concentraciones séricas pueden disminuir si se coadministra

carbamazepina.

- Aumento en el riesgo de sangrado si se administran con ácido acetilsalicílico,
- Pueden afectar el control de la glucemia, Pueden elevar las concentraciones plasmáticas (y, por tanto, hay efectos adversos y toxicidad)

3.3.7.5. Efectos adversos de los antidepresivos

- Palpitaciones, taquicardia, hipotensión (incluyendo la postural).
- Vértigo, temblor, cefalea, migraña, astenia, fasciculaciones, amnesia, apatía, ansiedad, nerviosismo, agravamiento de la depresión, fatiga, agitación, parestesias, alteraciones en la concentración, confusión, trastorno extrapiramidal.
- Anorexia, náusea, vómito, dolor abdominal, diarrea, gusto alterado, boca seca, flatulencia, aumento del apetito
- Bochornos, sudoración aumentada, bostezos, escalofríos.
- Insomnio, somnolencia, sueños anormales.
- Bostezos.
- Libido disminuida/disfunción eréctil, trastornos de la eyaculación.
- Amenorrea, trastornos menstruales.
- Tos, faringitis, rinitis, sinusitis.
- Exantema, prurito, urticaria.
- Poliuria
- Alteraciones de la visión.
- Trastornos hemorrágicos: púrpura, hematoma, epistaxis,

hemorragia gastrointestinal y transvaginal.

- Raros: hiponatremia, SSIADH, acatisia, incremento del riesgo de fracturas, crisis convulsivas, ideación suicida, síndrome serotoninérgico, prolongación del intervalo QT.
- Síntomas de abstinencia (náusea, vómito, vértigo, parestesias, insomnio, pesadillas, sueños anormales, ansiedad, agitación, temblor, confusión sudoración) (46).

3.3.8. Prevención

Existen múltiples argumentos que sugieren que la prevención de la depresión debería ser una estrategia sanitaria prioritaria, teniendo sobre todo en cuenta las siguientes razones: la magnitud epidemiológica de esta patología; su especial tendencia a la cronicidad; el alto índice de comorbilidad que la caracteriza; y el coste personal, social y económico que implica.

En el ámbito de la salud mental, este concepto de prevención se refiere, necesariamente a un marco integral de atención a las personas que se fundamenta la promoción, la prevención, el tratamiento, y la readaptación. Dentro de este paradigma, hacer prevención implica promover la salud, pero también diagnosticar y tratar adecuadamente la enfermedad, y disminuir el impacto de sus secuelas o complicaciones en la persona que la padece.

Dado que la salud-enfermedad debe ser entendida como un proceso dinámico que está condicionado por múltiples factores, varios serán los niveles de actuación preventiva. Clásicamente, se han diferenciado tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria, que están relacionados con las fases de la historia natural de la enfermedad:

- 1. Nivel Primario:** Evitar aparición de la enfermedad, controlando factores causales y/o de riesgo, su objetivo es disminuir la incidencia de la enfermedad. Se desarrolla en la etapa prepatogénica de la enfermedad, se realizan actividades como la promoción de la salud y protección de la salud.
- 2. Nivel Secundario:** Detener o retardar el progreso de la enfermedad, su objetivo es reducir la prevalencia de la enfermedad. Se desarrolla en la etapa patogénica de la enfermedad. se realizan actividades como la detección precoz de la enfermedad
- 3. Nivel Terciario:** Evitar, reducir o retardar las secuelas de la enfermedad, su objetivo es mejorar la calidad de vida de los enfermos. Se desarrolla en la etapa pospatogénica de resultados (cronicidad). se realizan actividades como el tratamiento y rehabilitación

Esta visión tradicional de la prevención se ha visto ampliada para el caso de la patología psiquiátrica, por una visión basada en la reducción del riesgo (Mrazek y Haggerty, 1994). Para ello, estos autores adoptan la tipología propuesta por Gordon (1987) en la que se distinguen tres ámbitos de prevención:

- 1. Intervención universal:** dirigida a toda la población, o a aquella parte de la población general que no ha sido identificada como grupo concreto de alto riesgo para la enfermedad.
- 2. Intervención selectiva:** las actuaciones preventivas se dirigen a aquellos individuos o grupos, cuyo riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos se sitúa por encima del riesgo medio de la población general.
- 3. Intervención indicada:** aquella dirigida a los individuos con alto riesgo en los que se han identificado manifestaciones prodrómicas, síntomas o signos

del trastorno, pero en los que todavía no se cumplen criterios de patología psiquiátrica (47).

3.3.9. Intervenciones de enfermería en pacientes con tratamiento antidepressivo

A continuación, se describen los cuidados específicos que se deben brindar al paciente depresivo:

- Garantizar un adecuado funcionamiento biológico en todos sus aspectos (actividad, descanso, hidratación, alimentación, eliminación, sueño).
- Establecer pautas de higiene personal.
- Valorar posibilidades de autolesión o suicidio y tomar medidas preventivas.
- Favorecer la afloración de los sentimientos negativos y promover la expresividad de los sentimientos positivos. Reconducir la hostilidad.
- Orientar al paciente en la realidad y potenciar su autoestima con refuerzos positivos.
- Monitorizar la correcta toma de medicación y verificar que las dosis son terapéuticas.
- Incrementar el nivel de socialización del paciente ofreciéndole actividades de su agrado y potenciando que acuda a actos de su entorno.
- Fomentar el apoyo emocional tanto dentro de su familia como con profesionales.
- Ayudar a diseñar planes coherentes de futuro.
- Informar y dar apoyo a la familia sobre la enfermedad y las pautas de actuación para prevenir posibles recaídas (48).

3.4. Rol de la enfermera en la promoción de la salud mental

La enfermera de salud mental presta asistencia a la persona, familia y comunidad para promover y fomentar la salud mental, prevenir la enfermedad y afrontar las experiencias de estrés y de enfermedad mental, y les ayuda a readaptarse y a encontrar significado en estas experiencias.

El rasgo diferencial de la enfermera de salud mental es su orientación, dirigida fundamentalmente a las relaciones interpersonales entre paciente o grupos de pacientes. Utiliza esta relación como herramienta terapéutica principal de su labor, iniciando, fomentando y manteniendo una relación de ayuda entre la enfermera y la persona, familia o grupo receptor de los cuidados, durante un determinado periodo de tiempo. En este periodo, la enfermera de salud mental centra su actuación en las necesidades y problemas de la persona, familia o grupo, mediante la utilización de conocimientos, actitudes y habilidades terapéuticas propias de la profesión.

La enfermera de salud mental actúa en el ámbito intrahospitalario (centros de hospitalización psiquiátrica, unidades de psiquiatría del hospital general y de otras unidades del hospital general en el que su asesoramiento sirve de ayuda a otros profesionales ante las dificultades emocionales de los y las pacientes) y en la comunidad (consulta externa, hospital de día, hospital de noche, centros de día y domicilio). Es responsable de los cuidados y del equipo de enfermería de salud mental, formado por la enfermera de salud mental, Técnicos de Enfermería, estudiantes de enfermería y de posgrados en periodo de prácticas (49).

3.5. Trabajo del profesional de enfermería

El trabajo está influenciado por la competencia que ha establecido el mercado entre las diferentes empresas, provocando en muchas ocasiones desgaste en los trabajadores en

torno al mantenimiento de la actividad productiva, con bajas remuneraciones, pero con exceso de trabajo. El estándar de vida que busca la persona para sí o para su familia en torno al constructo consumista, da paso al surgimiento de la extensión horaria, la multiplicidad de empleos y los empleos informales.

La actividad laboral como relación contractual se transforma en un modo de inserción social subjetivamente motivadora, si la persona está calificada y a gusto, pero destructivo cuando las actividades son monótonas o desprovistas de sentido.

Las/los enfermeras/os se desempeñan tanto en áreas intrahospitalarias como extra hospitalarias o comunitarias y, dentro de ellas, en los ámbitos: asistencial, gestión, educación e investigación. El cuidado de la persona con necesidades es su principal prioridad, involucrándose no solo con el paciente, sino que además con la familia y comunidad, asociando tiempo, energía y sentimientos. Es catalogada como la cuarta profesión más estresante asociada, también, al bajo reconocimiento social.

La enfermera está en constante presión de trabajo, enfrentada al dolor, sufrimiento, desesperanza, muerte, desconsuelo, impotencia y angustia; además, la falta de trabajadores que puedan abarcar a cabalidad los requerimientos de la población y de las instituciones empleadoras hace que doblen su jornada laboral. Si sufre daño, por el cansancio emocional que traen sus labores y el desequilibrio de las interrelaciones con colegas, la organización, los pacientes y la carga de trabajo, ello provoca deterioro en la calidad del cuidado.

Realiza su labor en un ambiente donde son preponderantes los riesgos biológicos, el contacto con fluidos corporales como la sangre, secreciones orgánicas con sangre como pus, vómito, orina, y los provenientes de cavidades estériles como el líquido céfalo raquídeo. Los accidentes corto-punzantes con material contaminado, el contacto con portadores de enfermedades infectocontagiosas y la falta de elementos de protección

personal son realidades que los afectan diariamente.

Los largos turnos repercuten indudablemente en su vida, ya que no coinciden en las actividades sociales, resintiéndose la vida familiar y las redes de apoyo social, por otro lado, el riesgo de accidentes de trayecto se incrementa con la somnolencia y el cansancio.

El género, como fenómeno social, ha marcado la evolución de la enfermería profesional bajo el alero del patriarcado, el machismo y el poder de parte del hombre hacia la mujer, existiendo desigualdad de salario, de responsabilidades y sobre todo de trabajo en el hogar.

El objetivo de esta revisión de la literatura es analizar las características del "trabajo" en enfermería inmersa en el mundo globalizado de la época contemporánea, de acuerdo a los resultados obtenidos en diferentes publicaciones que se refieren al tema (50).

3.6. La salud mental de los profesionales de enfermería en tiempos de COVID

Los profesionales sanitarios están en la primera línea de atención a personas con COVID-19 presentando un alto riesgo de contagio. Además, experimentan una gran sobrecarga laboral y aislamiento, siendo más vulnerables a experimentar cansancio físico, miedo, ansiedad, malestar emocional y problemas para dormir.

De forma global, los profesionales sanitarios han mostrado preocupación por la falta de equipos de protección, la percepción de sobrecarga laboral, los cambios en el entorno, la percepción de peligrosidad, la incertidumbre, el tener que separarse de los seres queridos y el miedo a contagiarlos, así como al aislamiento en caso de contagio por COVID-19.

Diferentes estudios realizados en china muestran una mayor prevalencia de insomnio (34-38.4%), ansiedad (13-44.6%), depresión (12.2-50.4%%), síntomas obsesivo-

compulsivos (5.3%), somatización (1.6%) y malestar psicológico general (71.5%) en los profesionales sanitarios. Estos estudios también señalan que los profesionales sanitarios que presentaron mayor sobrecarga psicológica fueron enfermeras, mujeres que se encontraban en primera línea de diagnóstico, tratamiento y cuidado de los pacientes COVID-19, especialmente en las unidades de cuidados intensivos, cuando tenían que ocuparse de pacientes de mayor edad y en situación de final de vida.

El bienestar emocional de los profesionales sanitarios es un punto clave en el día a día frente a la COVID-19, tanto por la afectación psicológica en el propio profesional como por las consecuencias que pueda tener en el rendimiento laboral y en el cuidado de los pacientes. Aun así, se han detectado algunas barreras que pueden dificultar el acceso a intervenciones destinadas a apoyar la resiliencia de los profesionales sanitarios como, por ejemplo, el estigma asociado a la salud mental, la negación, la incomodidad a la revelación emocional y estar exhaustos y disponer de poco tiempo. Así mismo, la capacidad de los profesionales sanitarios para hacer frente a nuevas olas de la pandemia puede verse disminuida si no hay suficiente tiempo entre brotes o si no se implementan medidas que ayuden en la recuperación.

En el contexto de la COVID-19, los estudios apuntan a que una respuesta de apoyo rápida, personal, confidencial y fácilmente accesible es crucial para reforzar la capacidad de recuperación de los profesionales sanitarios como posibles víctimas secundarias de la COVID-19. Es recomendable que los profesionales sanitarios reciban soporte psicológico si presentan síntomas precoces de burnout, ansiedad o depresión para reducir el riesgo de morbilidad psiquiátrica, siendo la primera línea de tratamiento en los cuadros de ansiedad, estrés agudo, insomnio y trastorno de estrés postraumático la intervención psicológica (51).

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

4.1. Antecedentes locales

A) AGUILAR SOTO JULIO CÉSAR; “NIVELES DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL MODULAR VIRGEN DE CHAPI - HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2020”.

CONCLUSIÓN: Participaron 55 trabajadores del servicio; Las características socio laborales no influyen de manera significativa en el desarrollo de ansiedad o depresión del personal de salud que labora en el Hospital Modular Virgen de Chapi, Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2020, pero la presencia y severidad de ansiedad influye de manera significativa en la presencia y severidad de depresión (52).

B) ARIAS GALLEGOS LIZANDRO Y MUÑOZ DEL CARPIO TOIA; “SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE ENFERMERÍA DE AREQUIPA 2016”.

CONCLUSIÓN: Estudio correlacional realizado en una muestra de 47 enfermeras de la ciudad de Arequipa. Las enfermeras presentan niveles considerables de síndrome de burnout sobre todo aquellas que tiene mayor tiempo de servicio o que llevan laborando menos de cinco años (53).

4.2. Antecedentes nacionales

A) OBANDO ZEGARRA ROXANA; “ANSIEDAD, ESTRÉS Y DEPRESIÓN EN ENFERMEROS DE EMERGENCIA COVID-19 LIMA 2020”

CONCLUSIÓN: Estudio de 126 profesionales de enfermería del servicio de emergencia de dos hospitales públicos de nivel III de Lima y Callao, durante el

mes de mayo del 2020 en Perú. El 39.1% de los enfermeros presentaron algún grado de ansiedad, 24.6% algún grado de depresión y 8,8% algún grado de estrés. Los enfermeros que atienden a los pacientes sospechosos por COVID-19 en los servicios de emergencia, presentan mayor ansiedad que depresión. En pocos casos presentaron estrés (54).

B) VIRTO CONCHA CARLOS, VIRTO-FARFÁN CARLOS Y CORNEJO-CALDERÓN ANGELA; “ESTRÉS ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CON ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN ENFERMERAS EN CONTACTO CON COVID-19 CUSCO PERÚ2020”

CONCLUSIÓN: mediante una encuesta online anónima y voluntaria el 20 de agosto del 2020. Obteniendo una muestra de 84 personas, se encuentran niveles de depresión (30,8%) y ansiedad (41,8%) y estrés (34,1%) en el personal de enfermería encuestado (55).

4.3. Antecedentes internacionales

A) LOZANO-VARGAS ANTONIO; “IMPACTO DE LA EPIDEMIA DEL CORONAVIRUS (COVID-19) EN LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL DE SALUD Y EN LA POBLACIÓN GENERAL DE CHINA 2020”. (56)

CONCLUSIÓN: En un estudio en China se observó que la tasa de ansiedad del personal de salud fue del 23,04%, mayor en mujeres que en hombres y mayor entre las enfermeras que entre los médicos. Asimismo, en la población general de China se observó un 53,8% de impacto psicológico moderado a severo; un 16,5% de síntomas depresivos, un 28,8% de síntomas ansiosos y un 8,1% de estrés, todos entre moderados y severos (56).

B) FERNÁNDEZ SÁNCHEZ ABIGAIL, ESTRADA SALVARREY MARÍA Y ARIZMENDI JAIME EDITH; “RELACIÓN DE ESTRÉS-ANSIEDAD Y

DEPRESIÓN LABORAL EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL MORELOS, MÉXICO 2016”

CONCLUSIÓN: el ambiente de trabajo afecta la presencia de estrés, depresión y ansiedad, se recomienda identificar los desencadenantes y evidencias, por tanto, se infiere que después de la intervención se reduce (57).

5. HIPÓTESIS

Dado que la ansiedad es un sentimiento de miedo, temor e inquietud y la depresión es un trastorno emocional caracterizado por tristeza, llanto constante y una pérdida de interés en realizar actividades que puede interferir en la vida diaria.

Es probable que existan semejanzas o diferencias en la sintomatología de ansiedad y depresión del personal de enfermería que labora en el hospital III de Yanahuara.



CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica

Para ambas variables se utilizará como técnica el cuestionario

1.2. Instrumento

Cedula de preguntas; se utilizó para la investigación instrumentos que consistían en una ficha de recolección de datos (Anexo2) y la Escala de ansiedad y de depresión de Zung (Anexo 3 y Anexo 4).

La Escala de Autoevaluación de la ansiedad de Zung (1965), comprende un cuestionario de 20 ítems, cada uno referido a manifestaciones características de ansiedad como síntomas o signos. Tiene dos dimensiones Síntomas Somáticos y Síntomas Afectivos.

La Escala de Autoevaluación de depresión de Zung (Self-Rating depresión Scale, SDS), desarrollada en 1971, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton. Formada por 20 ítems relacionadas con la depresión, formulada en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen dos dimensiones, síntomas somáticos y los cognitivos.

En ambas escalas, en cada ítem se marca en cualquiera de las siguientes respuestas: nunca o casi nunca, a veces, con bastante frecuencia y siempre o casi siempre con una puntuación del 1 al 4 en cada ítem.

El puntaje y clasificación de la escala de ansiedad y depresión de Zung (1965,1971), se encuentran en las siguientes tablas:

Escala de Ansiedad de Zung (1965)

INDICE EEA	INTERPRETACIÓN
Menos de 50	Dentro de lo normal
50 a 59	Ansiedad Leve
60 a 69	Ansiedad Moderada
70 a mas	Ansiedad Intensa

Escala de Depresión de Zung (1971)

INDICE EED	INTERPRETACIÓN
Menos de 50	Dentro de los límites normales
50 a 59	Depresión Leve
60 a 69	Depresión Moderada
70 a mas	Depresión Intensa

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN**2.1. Ubicación espacial**

La investigación se realizará en el Hospital III Yanahuara ESSALUD, el cual se encuentra ubicado en la avenida Garaycochea, Arequipa 04013.

2.2. Ubicación temporal

El estudio es coyuntural para el año 2021.

2.3. Unidades de estudio

Las unidades de estudio estarán conformadas por todo el personal de enfermería del servicio Hospitalización Cirugía y del servicio COVID del Hospital III, Yanahuara ESSALUD en 40 trabajadores de salud (personal de enfermería que constituyen el 100%)

2.4. Criterios de inclusión

- Personal profesional y no profesional de enfermería pertenecientes al área COVID y servicio de hospitalización Cirugía del Hospital III Yanahuara ESSALUD.
- Personal de enfermería que accedan a participar de la investigación.

2.5. Criterios de exclusión

- Personal profesional y no profesional de enfermería que no pertenezcan a hospitalización COVID y hospitalización Cirugía del Hospital III Yanahuara ESSALUD.
- Personal de enfermería que no accedan a participar de la investigación.
- Personal que este con descanso médico o vacaciones el día de la recolección de datos.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- El proyecto de tesis será presentado por mesa de partes virtual para su evaluación y aprobación.
- Coordinación con el decanato de la facultad para emitir la carta presentación.
- Coordinación con la dirección del hospital y la oficina de capacitación.
- Coordinación con la jefatura de enfermería.
- Coordinación con las jefaturas de cada uno de los servicios.
- Motivación a la población de estudio para que los datos sean lo más veraces.
- El horario de la recolección de datos será en los 3 turnos del personal: mañana, tarde y noche durante 2 semanas.

- Una vez recolectados los datos se analizará e interpretará en tablas estadísticas.

4. RECURSOS

4.1.1. Recursos humanos

Los investigadores

- Alexander Cervantes Morales
- Renato Eduardo Córdova Cahuana

4.1.2. Recursos materiales

- Computadora
- Laptop
- Cuestionarios
- Consentimiento informado
- Lapiceros

4.1.3. Recursos institucionales

- Hospital III Yanahuara ESSALUD

4.1.4. Recursos financieros

Sera financiada por los propios investigadores.



CAPÍTULO III

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

TABLA 1

**POBLACIÓN DE ESTUDIO DE SEGÚN EDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA
HOSPITALIZACIÓN COVID Y HOSPITALIZACIÓN CIRUGÍA, HOSPITAL III
YANAHUARA ESSALUD, AREQUIPA 2021**

Edad (años)	Hospitalización COVID				Hospitalización Cirugía			
	Enfermera(o)		Técnica(o)		Enfermera(o)		Técnica(o)	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
26-30	4	40	3	30	4	40	3	30
31-35	2	20	4	40	0	0	1	10
36-40	3	30	0	0	1	10	2	20
41 a más	1	10	3	30	5	50	4	40
TOTAL	10	100	10	100	10	100	10	100

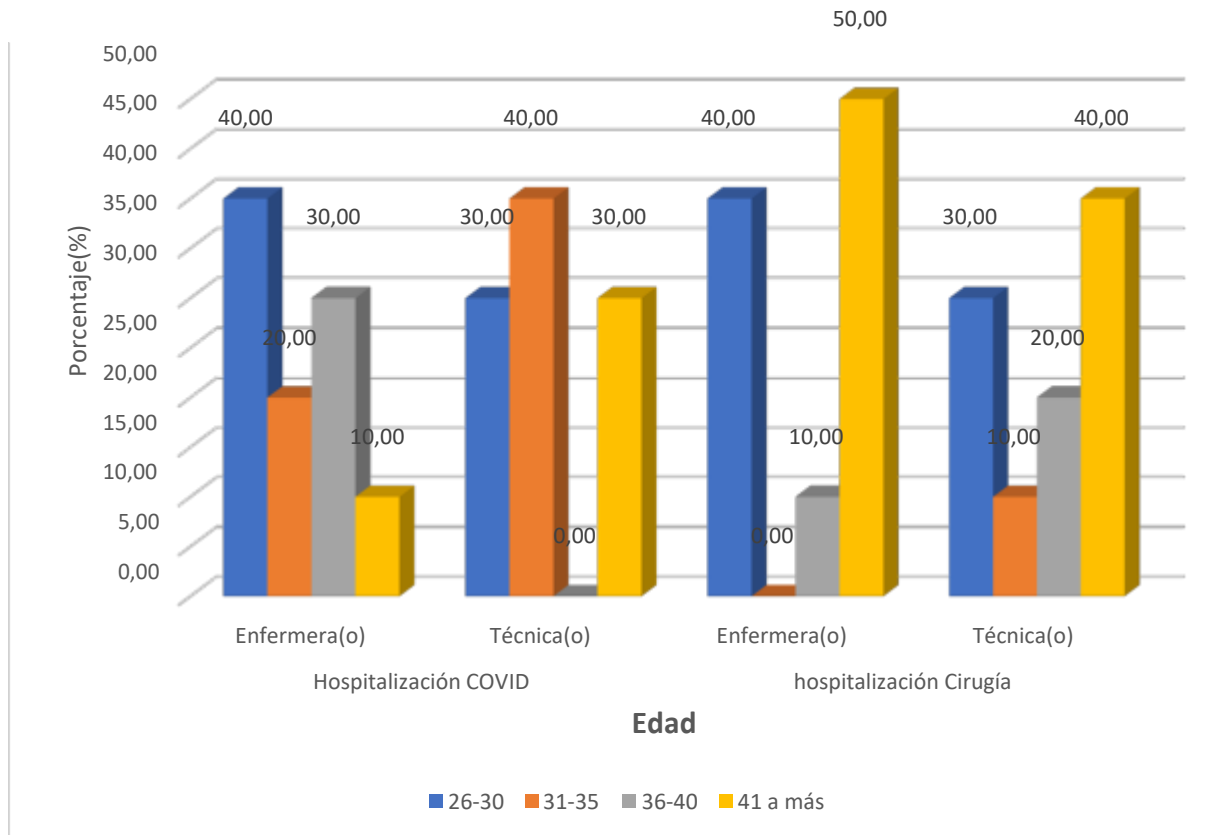
Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N.º.1 muestra que el 40% de las enfermeras de hospitalización COVID tienen entre 26 a 30 años, el 40% del personal técnico de hospitalización COVID tienen entre 31 a 35 años, mientras que el 50% de las enfermeras de hospitalización cirugía están en el grupo etario de 41 años a más y un menor porcentaje de 20% del personal técnico se encuentran entre las edades de 36 a 40 años.

Deducimos que en hospitalización COVID más de la mitad de la población de estudio entre enfermeras y técnicos se encuentra en el grupo etario entre 26-35 años por el contrario en hospitalización deducimos que casi la mitad entre enfermeras y técnicos tienen más de 41 años.

GRÁFICO 1

POBLACIÓN DE ESTUDIO DE SEGÚN EDAD



Fuente: Elaboración Propia.



TABLA 2

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN GÉNERO HOSPITALIZACIÓN COVID Y
HOSPITALIZACIÓN CIRUGÍA**

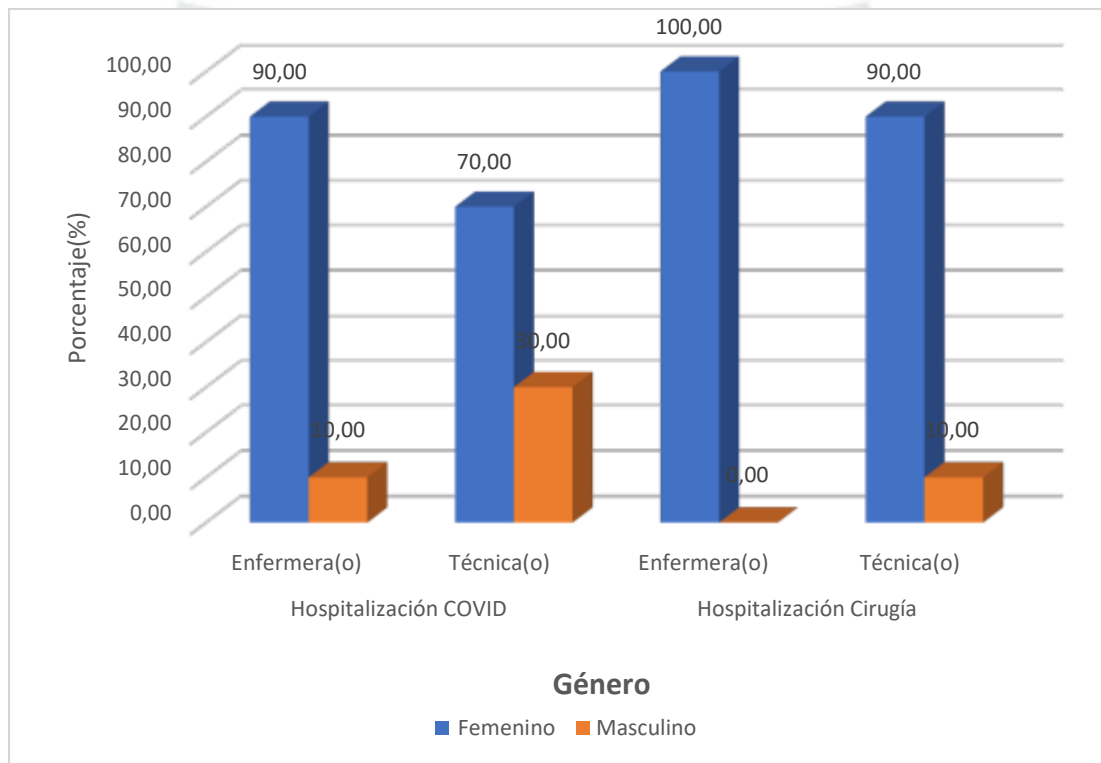
GENERO	Hospitalización COVID				Hospitalización Cirugía			
	Enfermera(o)		Técnica(o)		Enfermera(o)		Técnica(o)	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Femenino	9	90	7	70	10	100	9	90
Masculino	1	10	3	30	0	0	1	10
TOTAL	10	100	10	100	10	100	10	100

Fuente: Elaboración Propia.

La tabla muestra que el 90.00% de las enfermeras y el 70 % del personal técnico de hospitalización COVID pertenecen al género femenino. En relación al servicio de cirugía el 100.0% de enfermeras y 90% del personal técnico son de género femenino.

Deducimos que casi el 100% de la población de estudio entre hospitalización COVID y hospitalización cirugía pertenecen al género femenino.

GRÁFICO 2



Fuente: Elaboración Propia.

TABLA 3

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ESTADO CIVIL HOSPITALIZACIÓN COVID
Y HOSPITALIZACIÓN CIRUGÍA**

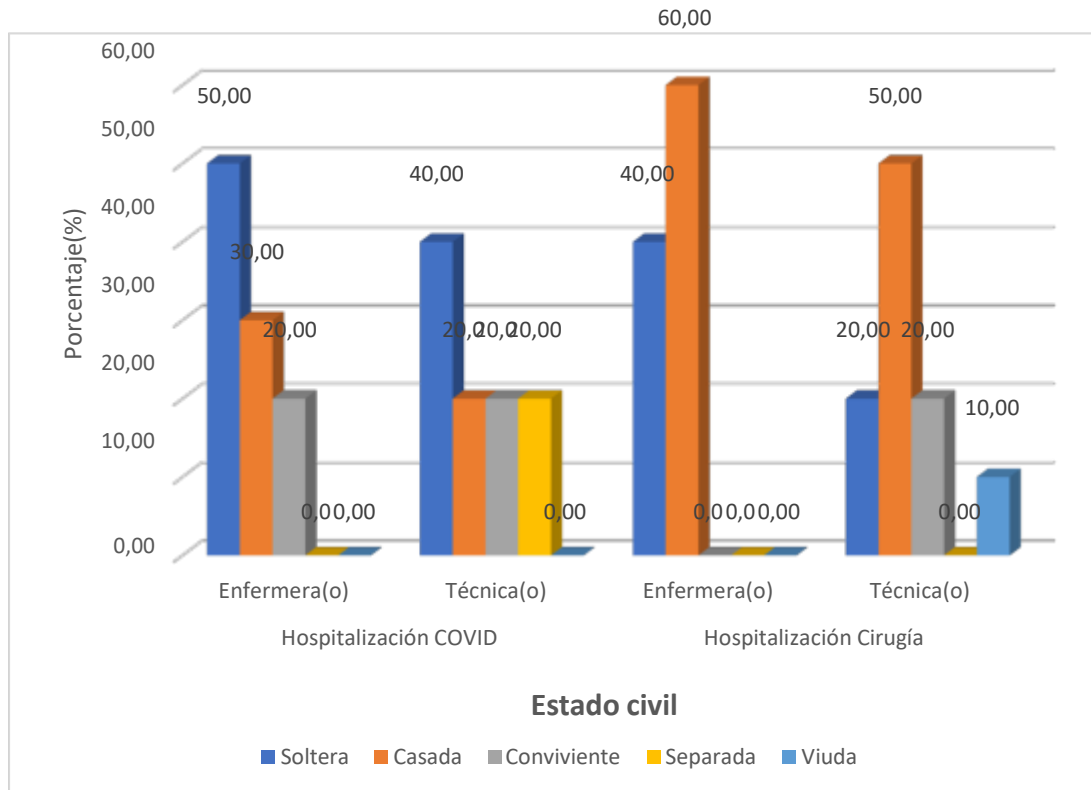
ESTADO CIVIL	Hospitalización COVID				Hospitalización Cirugía			
	Enfermera(o)		Técnica(o)		Enfermera(o)		Técnica(o)	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Soltera	5	50	4	40	4	40	2	20
Casada	3	30	2	20	6	60	5	50
Conviviente	2	20	2	20	0	0	2	20
Separada	0	0	2	20	0	0	0	0
Viuda	0	0	0	0	0	0	1	10
TOTAL	10	100	10	100	10	100	10	100

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla se muestra que el 50% de las enfermeras de hospitalización COVID son solteras, el 20% del personal técnico de hospitalización COVID son convivientes, mientras que el 60% de las enfermeras de hospitalización cirugía son casadas y el 10% del personal técnico de esta área son viudas.

Deducimos que casi la mitad del personal de enfermería en el servicio de hospitalización COVID son solteras, mientras que más de la mitad del personal entre enfermeras y técnicas del servicio de hospitalización COVID son casadas.

GRÁFICO 3



Fuente: Elaboración Propia.

TABLA 4

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN NÚMERO DE HIJOS HOSPITALIZACIÓN
COVID Y HOSPITALIZACIÓN CIRUGÍA**

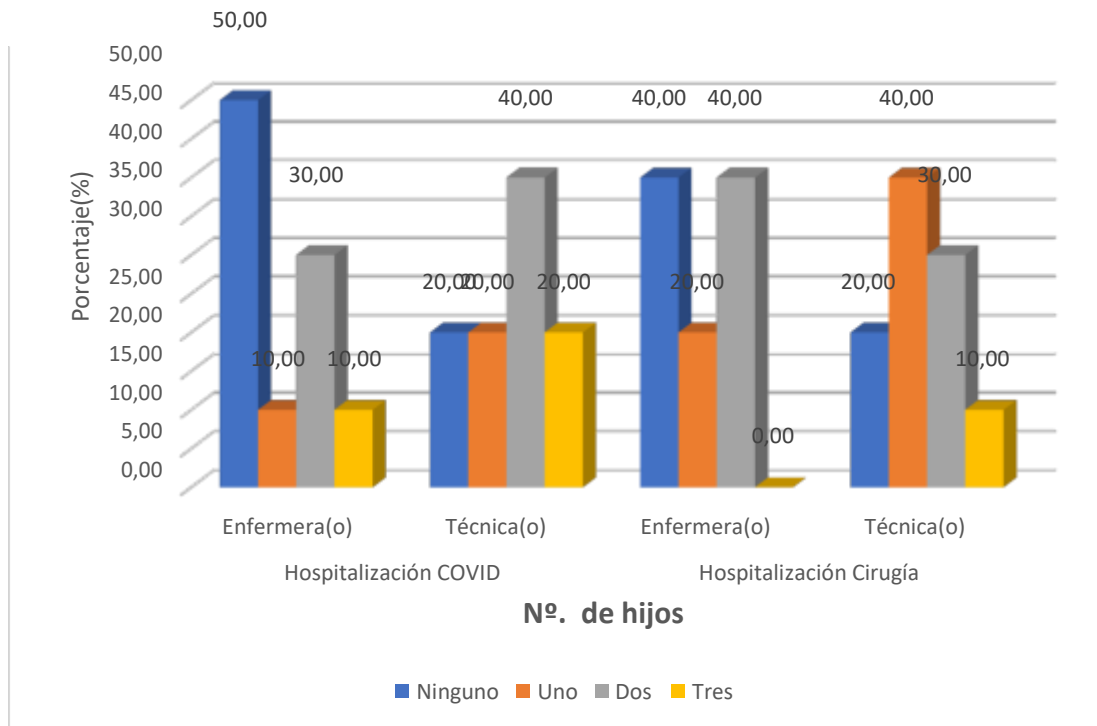
N.º de hijos	Hospitalización COVID				Hospitalización Cirugía			
	Enfermera(o)		Técnica(o)		Enfermera(o)		Técnica(o)	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Ninguno	5	50	2	20	4	40	2	20
Uno	1	10	2	20	2	20	4	40
Dos	3	30	4	40	4	40	3	30
Tres	1	10	2	20	0	0	1	10
TOTAL	10	100	10	100	10	100	10	100

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla se muestra que en el área de Hospitalización COVID el 50% de las enfermeras no tienen hijos y el 40% del personal técnico tienen 2 hijos. Mientras que en el servicio de Hospitalización Cirugía el 40% de las enfermeras no tienen hijos y 40% del personal técnico solo tiene un hijo.

Deducimos que en el servicio de hospitalización COVID la mitad de las enfermeras no tiene hijos y más de las $\frac{3}{4}$ partes de las técnicas tienen un hijo, mientras que en hospitalización cirugía más de la mitad de las enfermeras tienen uno y dos hijos y más de las $\frac{3}{4}$ partes del personal técnico tienen entre 1 y 3 hijos.

GRÁFICO 4



Fuente: Elaboración Propia.

TABLA 5

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN TIPO DE CONTRATO HOSPITALIZACIÓN
COVID Y HOSPITALIZACIÓN CIRUGÍA**

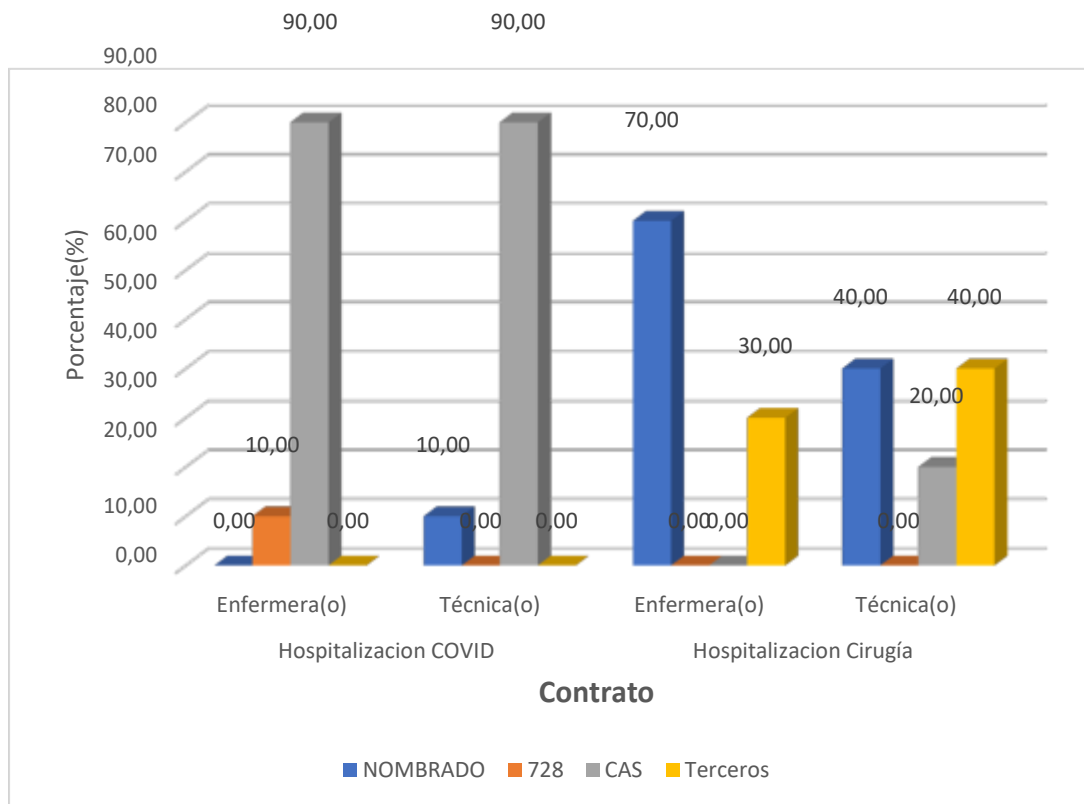
Contrato	Hospitalización COVID				Hospitalización Cirugía			
	Enfermera(o)		Técnica(o)		Enfermera(o)		Técnica(o)	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Nombrado	0	0	1	10	7	70	4	40
728	1	10	0	0	0	0	0	0
CAS	9	90	9	90	0	0	2	20
Terceros	0	0	0	0	3	30	4	40
Total	10	100	10	100	10	100	10	100

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla se muestra que el 90.00% de las enfermeras de hospitalización COVID trabajan bajo la modalidad CAS, al igual que el 90.0% del personal técnico de hospitalización COVID, mientras que el 70.00% de las enfermeras de hospitalización cirugía son nombradas y el 20.00% del personal técnico de esta área fueron contratadas bajo la modalidad CAS.

Se deduce que en el servicio de hospitalización COVID que casi el total del personal de enfermería pertenece al régimen laboral CAS (régimen especial de contratación administrativa de servicios) y en Hospitalización Cirugía más de la mitad es personal nombrado.

GRÁFICO 5



Fuente: Elaboración Propia.



TABLA 6

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN TIEMPO DE SERVICIO HOSPITALIZACIÓN
COVID Y HOSPITALIZACIÓN CIRUGÍA**

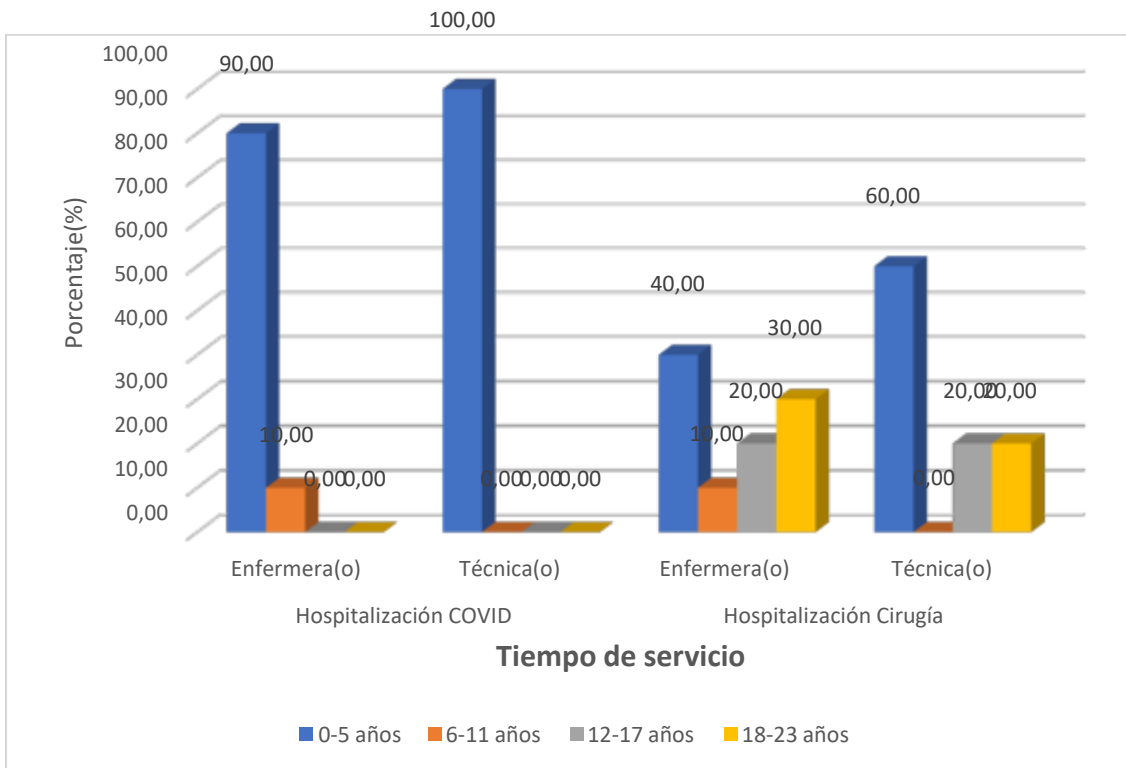
Tiempo de Servicio	Hospitalización COVID				Hospitalización Cirugía			
	Enfermera(o)		Técnica(o)		Enfermera(o)		Técnica(o)	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
0-5 Años	9	90	10	100	4	40	6	60
6-11 Años	1	10	0	0	1	10	0	0
12-17 Años	0	0	0	0	2	20	2	20
18-23 Años	0	0	0	0	3	30	2	20
TOTAL	10	100	10	100	10	100	10	100

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla se muestra que el 90.00% de las enfermeras de hospitalización COVID tienen 5 años o menos de servicio, al igual que todas las técnicas de hospitalización COVID, mientras que el 30.00% de las enfermeras de hospitalización cirugía tienen de 18 a 23 años de servicio y el 60.00% de las técnicas de esta área tienen 5 años o menos de servicio.

Deducimos que más de $\frac{3}{4}$ de la población de estudio de ambos servicios se encuentran laborando menos de 5 años.

GRÁFICO 6



Fuente: Elaboración Propia.

TABLA 7

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ANTECEDENTES DE REACCIONES
EMOCIONALES NEGATIVAS HOSPITALIZACIÓN COVID Y
HOSPITALIZACIÓN CIRUGÍA**

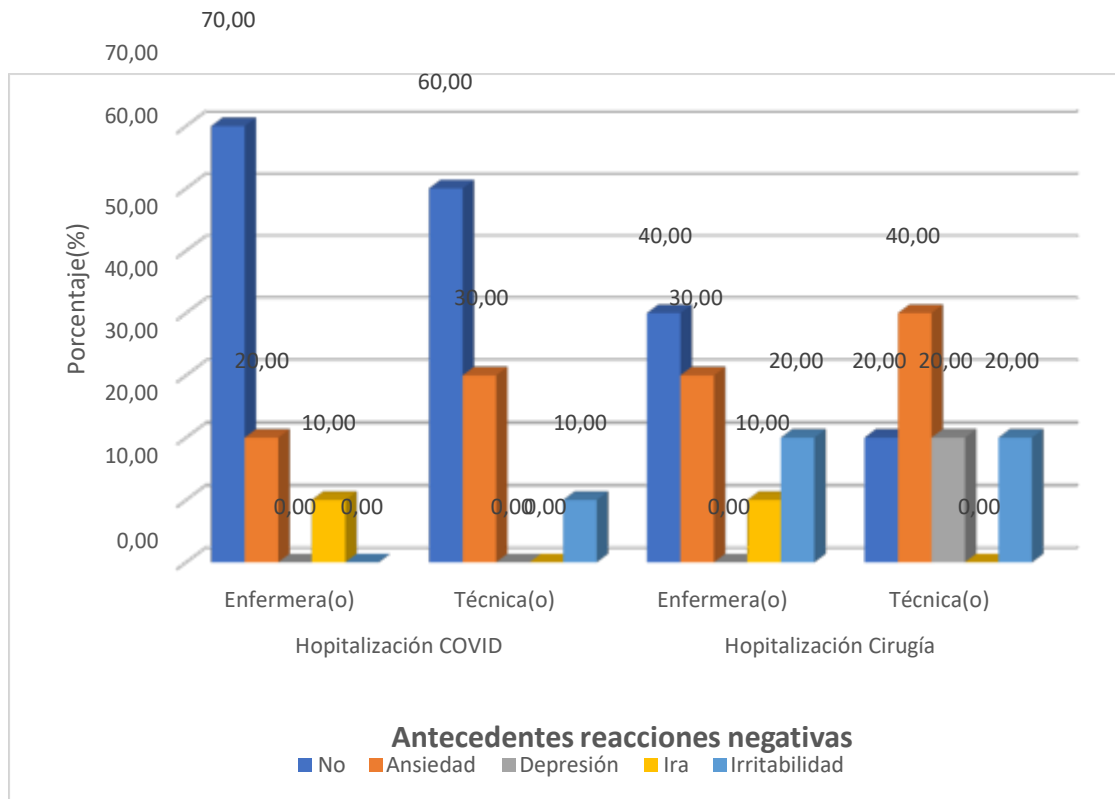
Antecedentes reacciones emocionales negativas	Hospitalización COVID				Hospitalización Cirugía			
	Enfermera(o)		Técnica(o)		Enfermera(o)		Técnica(o)	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
No	7	70	6	60	4	40	2	20
Ansiedad	2	20	3	30	3	30	4	40
Depresión	0	0	0	0	0	0	2	20
Ira	1	10	0	0	1	10	0	0
Irritabilidad	0	0	1	10	2	20	2	20
TOTAL	10	100	10	100	10	100	10	100

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla se muestra que el 70.00% de las enfermeras de hospitalización COVID no tienen antecedentes de reacciones negativas, el 30.0% de las técnicas de hospitalización COVID tienen antecedentes de ansiedad, mientras que el 20.00% de las enfermeras de hospitalización cirugía tienen antecedentes de irritabilidad y el 20.00% de las técnicas de esta área tienen antecedentes de depresión.

Deducimos que en el servicio de hospitalización COVID más de la mitad de las enfermeras no presentan ningún antecedente emocional negativo al igual que las técnicas de dicho servicio mientras tanto se observa que en el servicio de cirugía más de la mitad de enfermeras y técnicas presentaron al menos un antecedente emocional negativo.

GRÁFICO 7



Fuente: Elaboración Propia.

TABLA 8

**SINTOMATOLOGÍA DE LA ANSIEDAD EN LAS ENFERMERAS DE
HOSPITALIZACIÓN COVID Y HOSPITALIZACIÓN CIRUGÍA**

Nivel de Ansiedad enfermera (o)	Hospitalización COVID		Hospitalización Cirugía	
	N.º	%	N.º	%
Normal	6	60	7	70
Leve	1	10	1	10
Moderada	2	20	2	20
Severa	1	10	0	0
TOTAL	10	100	10	100

Fuente: Instrumento aplicado por los investigadores

$$X^2=1.07$$

$$P>0.05$$

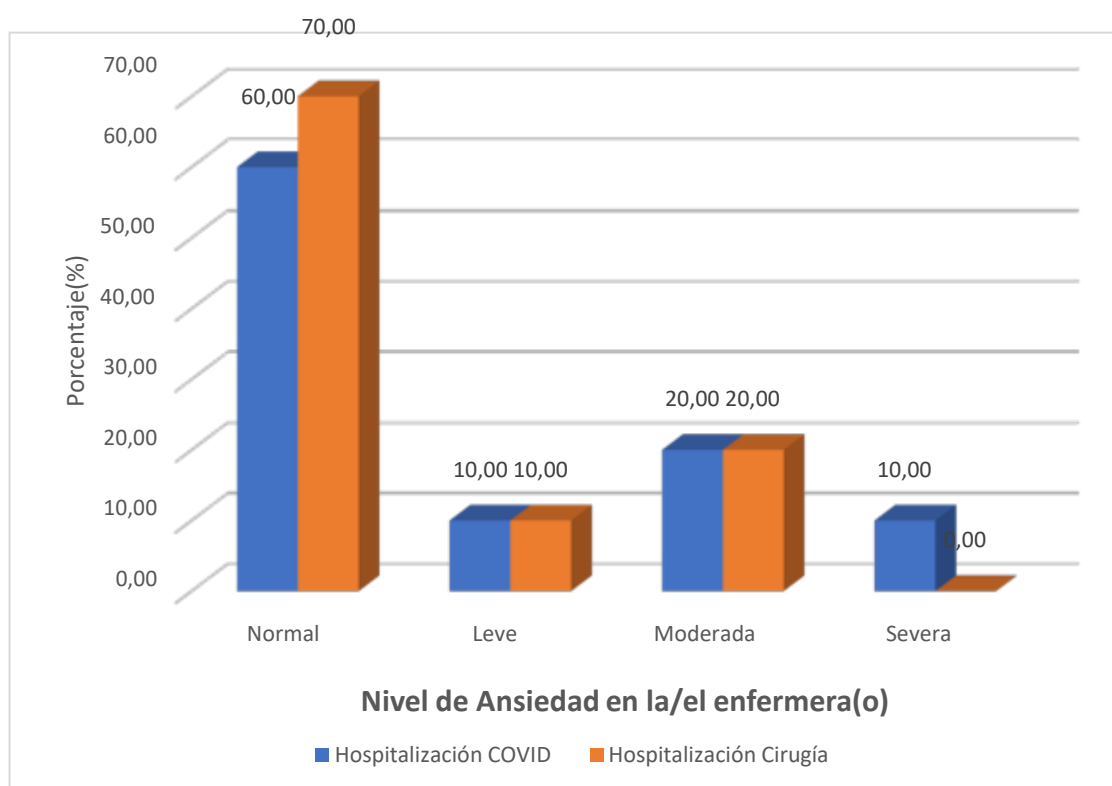
$$P=0.78$$

La tabla se observa que el 10.00% de las enfermeras de hospitalización COVID tienen ansiedad severa, mientras que el 70.00% de las enfermeras de hospitalización cirugía no presentan ansiedad.

Deducimos que en el servicio de hospitalización COVID más de la mitad están en límites normales de ansiedad, sin embargo, más de la cuarta parte se encuentra en los niveles de moderada a severa y en hospitalización Cirugía de igual forma casi las tres cuartas partes están en límites normales y una cuarta parte está entre los niveles leve a moderado.

Así mismo según la prueba de chi cuadrado ($X^2=1.07$) muestra que la Sintomatología de la ansiedad en las enfermeras de hospitalización Cirugía y hospitalización COVID no presentan diferencia estadística significativa ($P>0.05$).

GRÁFICO 8



Fuente: Instrumento aplicado por los investigadores

TABLA 9

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN SINTOMATOLOGÍA DE LA ANSIEDAD EN
TÉCNICAS DE ENFERMERIA DE HOSPITALIZACIÓN COVID Y
HOSPITALIZACIÓN CIRUGÍA**

Nivel de Ansiedad Técnica(O)	Hospitalización COVID		Hospitalización cirugía	
	N.º	%	N.º	%
Normal	5	50	8	80
Leve	3	30	1	10
Moderada	2	20	1	10
Severa	0	0	0	0
TOTAL	10	100	10	100

Fuente: Instrumento aplicado por los investigadores

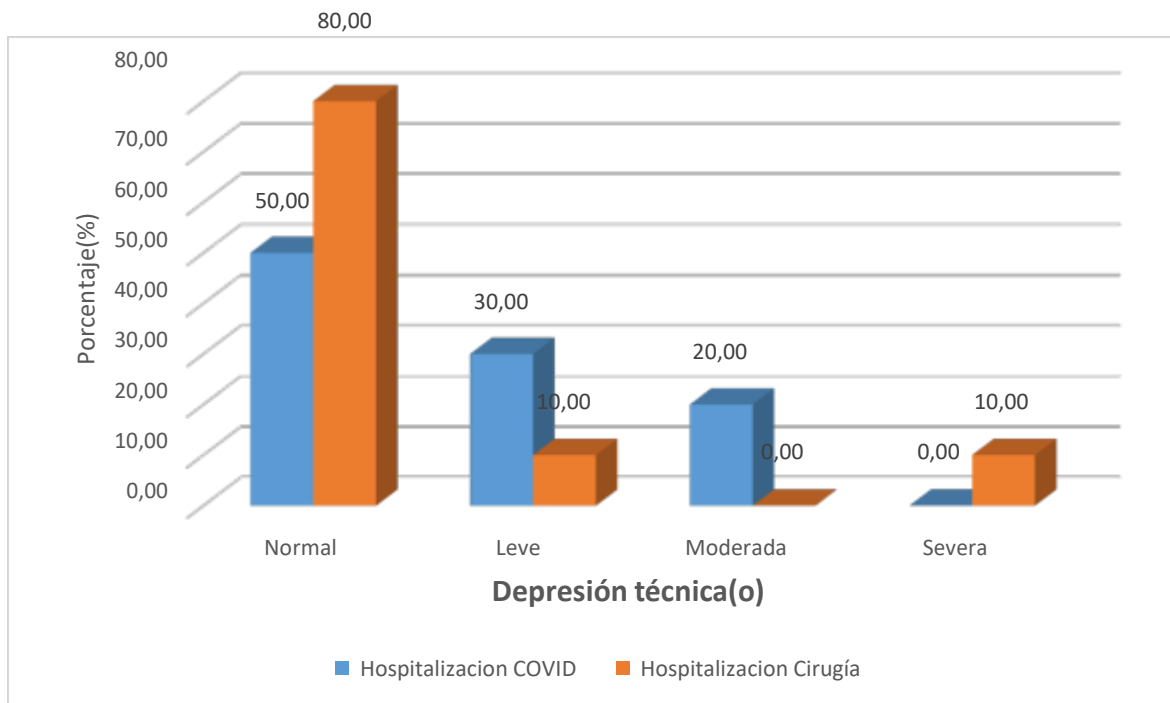
$$X^2=2.02 \quad P>0.05 \quad P=0.36$$

Se observa que el 30.00% de las técnicas de hospitalización COVID presentan ansiedad leve, mientras que el 80.00% de las técnicas de hospitalización cirugía no la presentan.

Deducimos que la mitad del personal técnico del servicio de hospitalización COVID se encuentran en límites normales de ansiedad mientras que el otro 50% se ubica en los niveles de leve y moderada y en el servicio de Cirugía el comportamiento es similar existiendo menos de la cuarta parte en los niveles de leve y severa.

Así mismo la prueba de chi cuadrado ($X^2=2.02$) muestra que la Sintomatología de la ansiedad en las técnicas de hospitalización Cirugía y hospitalización COVID no presenta diferencia estadística significativa ($P>0.05$).

GRÁFICO 9



Fuente: Instrumento aplicado por los investigadores

TABLA 10

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN SINTOMATOLOGÍA DE LA ANSIEDAD EN
EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE HOSPITALIZACIÓN COVID Y
HOSPITALIZACIÓN CIRUGÍA**

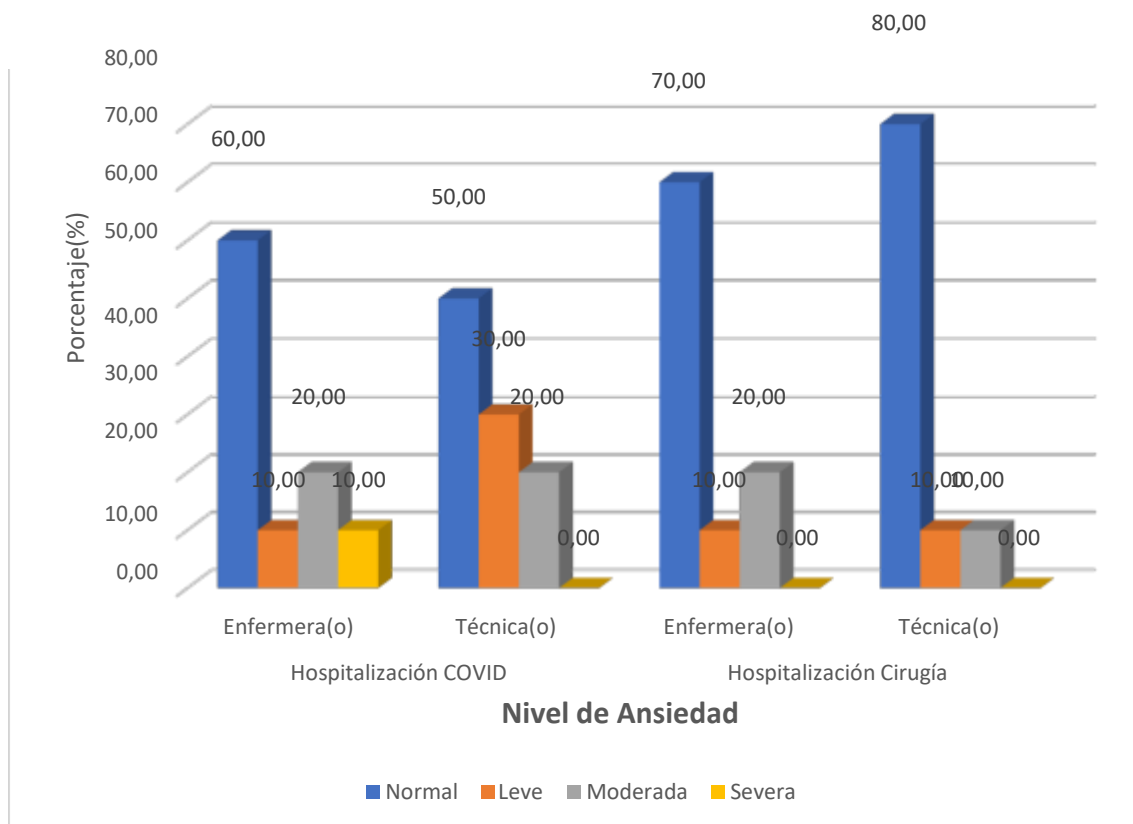
Nivel de Ansiedad	Hospitalización COVID				Hospitalización cirugía			
	Enfermera(o)		Técnica(o)		Enfermera(o)		Técnica(o)	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Normal	6	60	5	50	7	70	8	80
Leve	1	10	3	30	1	10	1	10
Moderada	2	20	2	20	2	20	1	10
Severa	1	10	0	0	0	0	0	0
TOTAL	10	100	10	100	10	100	10	100

Fuente: Instrumento aplicado por los investigadores

En la tabla se muestra que el 60% de enfermeras y 50% de técnicas de hospitalización COVID no presentan sintomatología de ansiedad, mientras que el 70.00% de las enfermeras y el 80% técnicas de hospitalización cirugía tampoco la presentan.

Deducimos que en relación a las enfermeras más de la mitad de la población de estudio tanto de hospitalización COVID como hospitalización cirugía se encuentra en los límites normales de ansiedad y en referencia a los técnicos de hospitalización COVID más de la cuarta parte se ubican en niveles de ansiedad leve y moderada a diferencia de los técnicos de hospitalización cirugía que una mínima parte se encuentra con sintomatología.

GRÁFICO 10



Fuente: Instrumento aplicado por los investigadores



TABLA 11

**SINTOMATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN EN LAS ENFERMERAS DE
HOSPITALIZACIÓN COVID Y HOSPITALIZACIÓN CIRUGÍA**

Nivel de Depresión Enfermera(O)	Hospitalización COVID		Hospitalización Cirugía	
	N.º	%	N.º	%
Normal	6	60	7	70
Leve	1	10	1	10
Moderada	2	20	2	20
Severa	1	10	0	0
TOTAL	10	100	10	100

Fuente: Instrumento aplicado por los investigadores

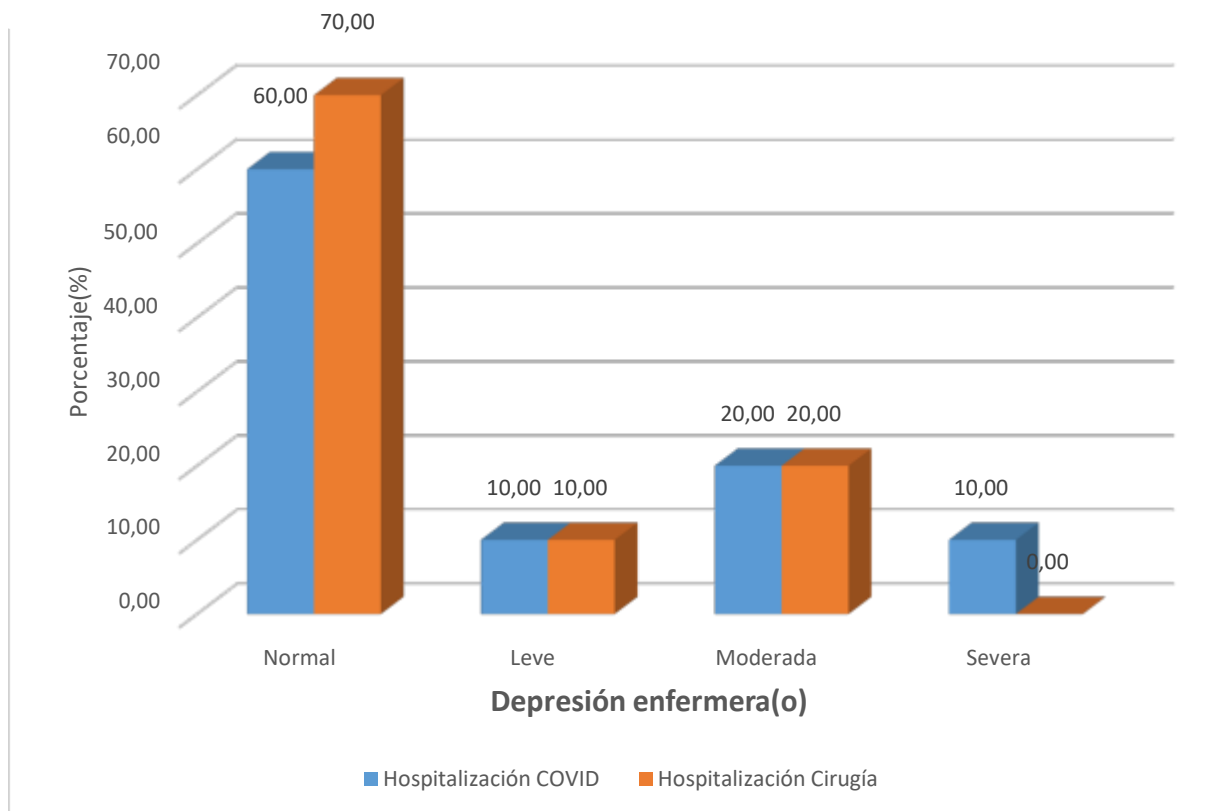
$$X^2=3.06 \quad P>0.05 \quad P=0.22$$

En la tabla se observa que el 20.00% de las enfermeras de hospitalización COVID tienen depresión moderada, mientras que el 70.00% de las enfermeras de hospitalización cirugía no presentan depresión.

De lo que se deduce que en el servicio de hospitalización COVID más de la mitad se encuentra en límites normales y la otra mitad se encuentra en los niveles leve, moderado y severa, mientras que en el servicio de Cirugía de igual forma las tres cuartas partes están en límites normales así mismo una cuarta parte se encuentra en nivel leve y moderado.

Así mismo la prueba de chi cuadrado ($X^2=3.06$) muestra que la sintomatología de la depresión en las enfermeras de hospitalización Cirugía y hospitalización COVID no presenta diferencia estadística significativa ($P>0.05$).

GRÁFICO 11



Fuente: Instrumento aplicado por los investigadores



TABLA 12

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN SINTOMATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN EN
TÉCNICAS DE ENFERMERÍA DE HOSPITALIZACIÓN COVID Y
HOSPITALIZACIÓN CIRUGÍA**

Nivel de Depresión Técnica(o)	Hospitalización COVID		Hospitalización Cirugía	
	N.º	%	N.º	%
Normal	5	50	8	80
Leve	3	30	1	10
Moderada	2	20	0	0
Severa	0	0	1	10
TOTAL	10	100	10	100

Fuente: Instrumento aplicado por los investigadores

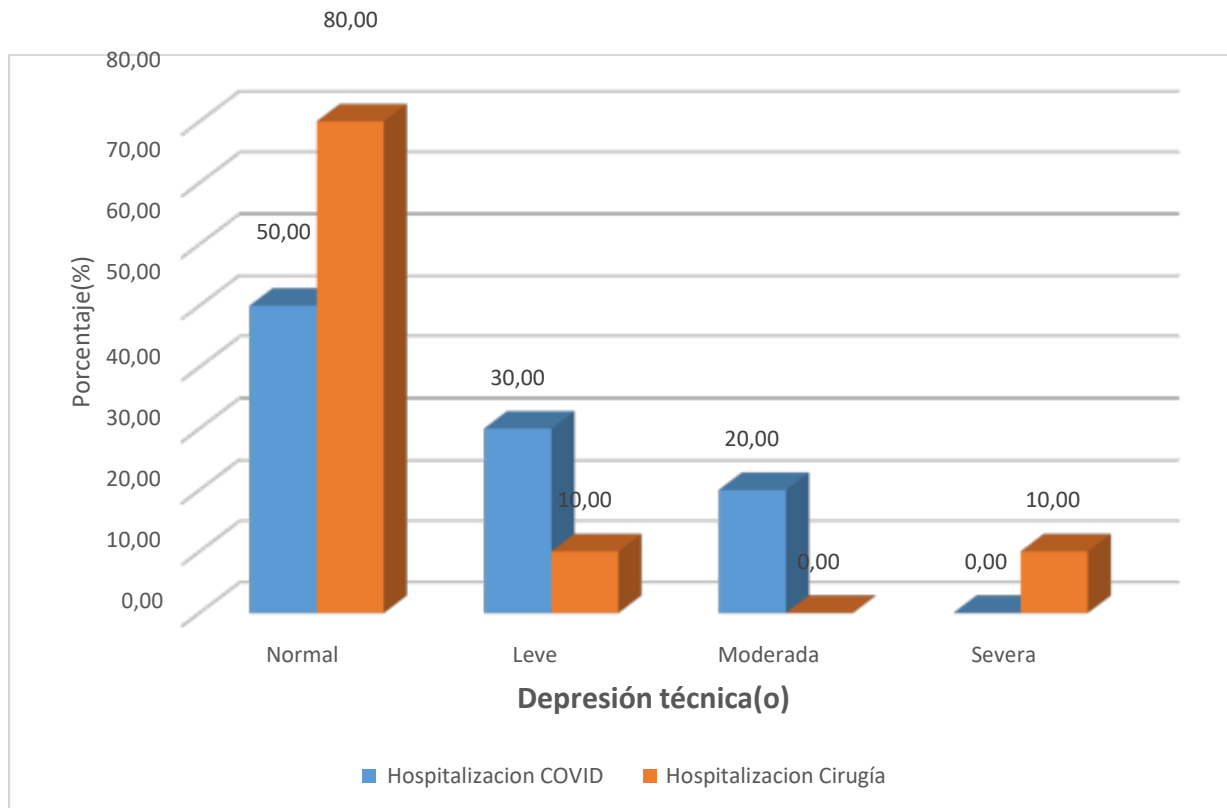
$$X^2=4.69 \quad P>0.05 \quad P=0.19$$

En la tabla se observa que el 20.00% de las técnicas de hospitalización COVID tienen depresión moderada, mientras que el 80.00% de las técnicas de hospitalización cirugía no presentan depresión.

Deducimos que la mitad del personal técnico del servicio de hospitalización COVID se encuentra en límites normales de depresión mientras que casi el 100% de personal técnico del servicio de hospitalización Cirugía no la presenta.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=4.69$) muestra que la sintomatología de la depresión en las técnicas de hospitalización Cirugía y hospitalización COVID no presenta diferencia estadística significativa ($P>0.05$).

GRÁFICO 12



Fuente: Instrumento aplicado por los investigadores

TABLA 13

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN SINTOMATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN EN
EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE HOSPITALIZACIÓN COVID Y
HOSPITALIZACIÓN CIRUGÍA**

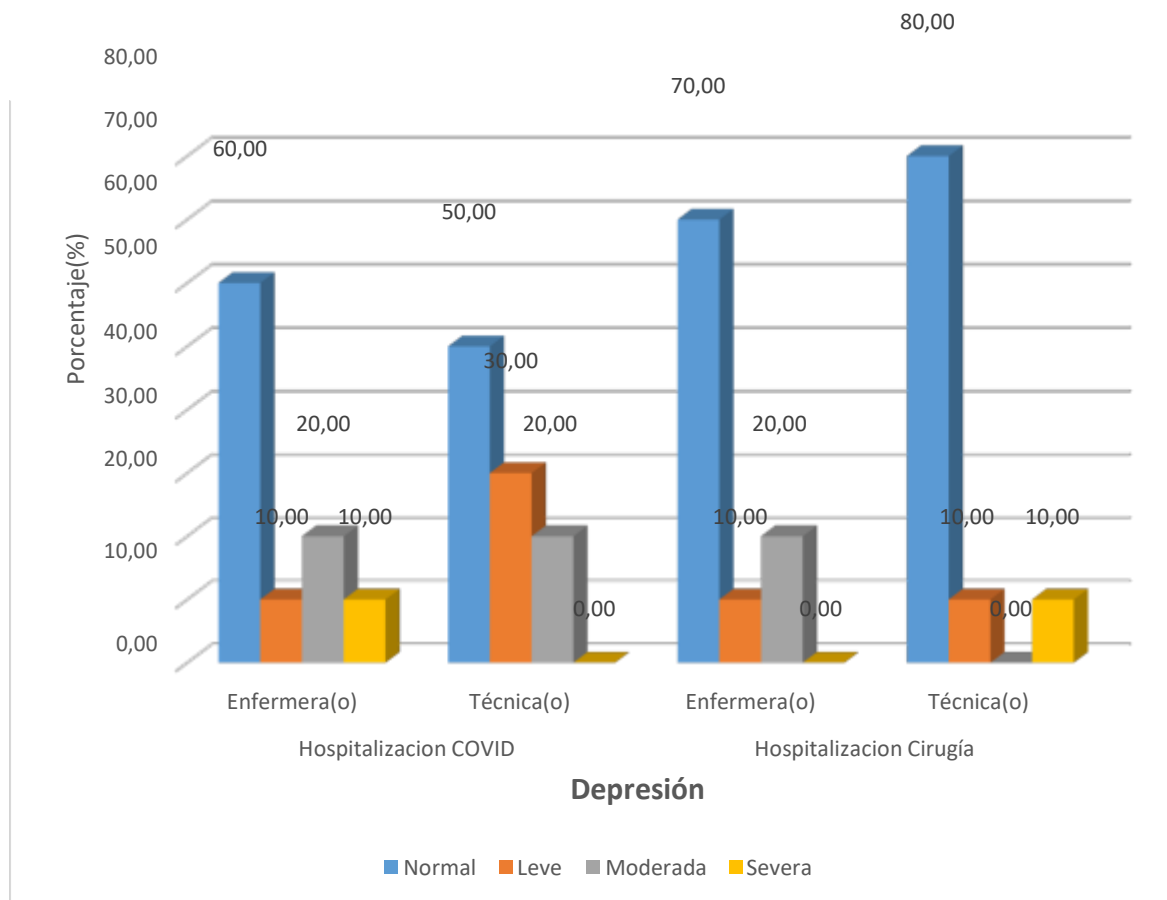
Nivel de Depresión	Hospitalización COVID				Hospitalización cirugía			
	Enfermera(o)		Técnica(o)		Enfermera(o)		Técnica(o)	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Normal	6	60	5	50	7	70	8	80
Leve	1	10	3	30	1	10	1	10
Moderada	2	20	2	20	2	20	0	0
Severa	1	10	0	0	0	0	1	10
TOTAL	10	100	10	100	10	100	10	100

Fuente: Instrumento aplicado por los investigadores

En la tabla se muestra que el 20.00% de las enfermeras de hospitalización COVID tienen depresión moderada, el 30.0% del personal técnico de hospitalización COVID tienen depresión leve, mientras que el 70.00% de las enfermeras de hospitalización cirugía no presentan depresión y el 10.00% del personal técnico de esta área tienen depresión intensa.

De lo que deduce que casi la mitad del personal de enfermería del servicio de hospitalización COVID presenta sintomatología de depresión a diferencia del servicio de hospitalización cirugía que solo la presentan en una cuarta parte.

GRÁFICO 13



Fuente: Instrumento aplicado por los investigadores

CONCLUSIONES

PRIMERA: Los resultados muestran que en la mayoría de la población de estudio tanto del servicio hospitalización COVID y hospitalización cirugía se encuentran en límites normales de sintomatología de ansiedad, siguiendo los niveles de ansiedad moderado en ambos servicios.

SEGUNDA: Los resultados muestran que en la mayoría de la población de estudio tanto del servicio hospitalización COVID y hospitalización cirugía se encuentran en límites normales de sintomatología de depresión, siguiendo niveles de depresión moderado en ambos servicios.

TERCERA: Estadísticamente existe una relación significativa entre la sintomatología de ansiedad y sintomatología de depresión en ambos servicios.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Que la gerencia del Hospital III del Yanahuara mejore el presupuesto para cubrir un programa de vigilancia en el campo de la salud mental, para monitorear mensualmente a los trabajadores de salud, debido a que está demostrada la presencia de problemas mentales.

SEGUNDA: A la Jefatura del Departamento de Enfermería, programar e implementar acciones de salud mental dirigida al personal de enfermería de manera que se pueda detectar la sintomatología de ansiedad y depresión e iniciar las acciones pertinentes y preventivas.

TERCERA: Al Departamento de Servicio Social brindar facilidades al personal de enfermería para acudir a terapia psicológica o tratamiento psiquiátrico según sea el caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ferrer R. Pandemia por COVID-19; el mayor reto de la historia del intensivismo. [Online].; 2020. Available from: <https://www.medintensiva.org/es-pdf-S0210569120301017>.
2. Ministerio de salud (OMS). Perú MdS. Sala situacional COVID-19. [Online].; 2020. Available from: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp.
3. Oliva Y, Chavarry Y. Impacto emocional en el profesional de enfermería durante la pandemia. [Online].; 2021. Available from: <https://www.cep.org.pe/wp-content/uploads/2021/09/Enfermeria-y-Covid-en-el-Peru-LIBRO-OFICIAL.pdf>.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Ansiedad. [Online].; 2017. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS. [Online].; 2020. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>.
6. Forner-Puntonet M, Fidel-Kinori SG, Beneria A. La Atención a las Necesidades en Salud Mental de los Profesionales Sanitarios durante la COVID-19. [Online].; 2021. Available from: <https://doi.org/10.5093/clysa2021a13>.
7. Organización de Panamericana de Salud (OPS). Depresión y otros trastornos mentales comunes. [Online].; 2017. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
8. Salud para la Ciudadanía de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Ansiedad. [Online]. Available from: <https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad/ansiedad>.
9. Hernández Sánchez M, Navarro Cremadas F. Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en atención primaria. [Online].; 2017. Available from: <https://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap033ansiedad.pdf>.
10. Reyes Tica J. Trastornos de ansiedad: Guía práctica para diagnóstico y tratamiento”. [Online].; 2005. Available from: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>.
11. Cedillo Ildelfonso B. Generalidades de la neurobiología de la ansiedad. [Online].; 2017. Available from: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/58932>.

12. Mayo Clinic. Trastornos de ansiedad. [Online].; 2020. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anxiety/symptoms-causes/syc-20350961>.
13. Ministerio de salud (OMS). Salud mental en el Perú. [Online].; 2021. Available from: <https://www.infobae.com/america/peru/2021/10/10/dia-de-la-salud-mental-las-cifras-del-peru-tras-los-efectos-de-la-pandemia-en-los-servicios-de-salud/>.
14. Ministerio de salud (MINSA). Ministerio de Salud atendió 813 426 casos de salud mental en 2021. [Online].; 2021. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/542324-ministerio-de-salud-atendio-813-426-casos-de-salud-mental-entre-enero-y-agosto-de-2021>.
15. Grundi Taminche S. Grado de ansiedad del usuario en la atención de emergencia en un establecimiento de salud, durante el año 2017. [Online].; 2017. Available from: <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/306/GRUNDI-1-Trabajo-Grado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
16. Cedillo Ildefonso B. Generalidades de la neurobiología de la ansiedad. [Online].; 2017. Available from: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/58932>.
17. Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos (NIH). Cinco tipos comunes de trastornos de ansiedad. [Online].; 2019. Available from: <https://magazine.medlineplus.gov/es/art%C3%ADculo/cinco-tipos-comunes-de-trastornos-de-ansiedad>.
18. Villanueva koug L, Ugarte Concha A. Niveles de ansiedad y la calidad de vida en estudiantes de una universidad privada de Arequipa. [Online].; 2017. Available from: https://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2017_2/NIVELES%20DE%20ANSIEDAD.pdf.
19. Cuidate plus. Ansiedad. [Online].; 2020. Available from: <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/psiquiatricas/ansiedad.html#sintomas>.
20. Navas Orozco W, Vargas Baldares MJ. Trastorno de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. [Online].; 2012. Available from: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>.
21. Clinic Barcelona. Trastorno de ansiedad. [Online].; 2020. Available from: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-ansiedad/tratamiento>.
22. Tratamiento de ansiedad y depresión. Asesoramiento gratuito. [Online].; 2017. Available from: <https://tratamiento-ansiedad-depresion.com/blog/asesoramiento-gratuito/ansioliticos-vs-terapia/>.

23. Hernán Martínez G. Hojas clínicas de Salud mental: Benzodiazepinas. [Online].; 2019. Available from: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/616_psicofarmacologia/material/benzodiazpinas.pdf.
24. Centro de medicina neuro regenerativa. Los riesgos de tomar ansiolíticos y sus efectos secundarios. [Online].; 2021. Available from: <https://www.parkinsonsalud.com/los-riesgos-de-tomar-ansioliticos-y-sus-efectos-secundarios/>.
25. Navas Orozco W, Vargas Baldares MJ. Trastorno de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. [Online].; 2012. Available from: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>.
26. Revista medica Ocronos. Trastornos de la ansiedad y abordaje de Enfermería. [Online].; 2019. Available from: <https://revistamedica.com/ansiedad-abordaje-enfermeria/>.
27. Gil. Neuropsicología. Séptima ed. Elsevier España SLU, editor. Barcelona: Elsevier Masson SAS; 2019.
28. Organización Mundial de la Salud. Organizacion Mundial de la Salud. [Online].; 2021 [cited 2022 abril 12. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
29. Sadock BJ, Sadock V, Ruiz P. Kaplan & Sadock: Manual de psiquiatría clínica. cuarta ed. Mendoza C, editor. Barcelona: Wolters Kluwer; 2018.
30. Toro RJ, Yepes L, Palacio A. Fundamentos de Medicina Psiquiatria. Quinta ed. Sierra DM, editor. Medellin: Corporacion para Investigaciones Biologicas; 2010.
31. Sadock , Sadock , Ahmad. Kaplan & Sadock: Manual de bolsillo de psiquiatría clínica. Sexta ed. Mendoza C, editor. Barcelona: Wolters Kluwer; 2019.
32. Toro , Yepes , Palacio. Fundamentos de Medicina: Psiquiatría. Quinta ed. Sierra DM, editor. Medellin: Corporación para Investigaciones Biológicos; 2010.
33. Calderon D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Revista Medica Herediana. 2018 Octubre; 29(3).
34. Ropper AH, Samuels MA, Klein JP, Prasad. Adam y Victor: Principios de Neurólogo. undecima ed. Leon: Mc Graw Hill; 2019.
35. Organizacion Mundial de la Salud. Organizacion Mundial de la Salud. [Online].; 2021 [cited 2022 Abril 12. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.

36. Equipo Investigativo de la Dirección de Salud Mental. Plan de Salud Mental Perú, 2020-2021(en el contexto COVID-19). Resolucion Ministerial. Lima: Ministerio de Salud, Lima; 2020. Report No.: 363-2020-MINSA.
37. Sadock , Sadock , Ruiz. , Kaplan & Sadock: Manual de psiquiatría clínica. Cuarta ed. Mendoza C, editor. Barcelona: Wolters Kluwer; 2018.
38. Vásquez , Otero Otero P, Blanco Seoane V. Guía de Intervención de la Depresión. Primera ed. Madrid: Sintesis; 2019.
39. Sadock , Sadock , Ahmad. Kaplan & Sadock: Manual de bolsillo de psiquiatría clínica. Sexta ed. Mendoza C, editor. Barcelona: Wolters Kluwer; 2019.
40. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 2018th ed. revisión D, editor. Washington D.C.: OPS; 2018.
41. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. 2014th ed. Agencia de Evaluacion de Tecnologias Sanitarias de Galicia at, editor. Galicia: Guias de Practica Clinica en el SNS, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
42. Sadock , Sadock , Ahmad. Kaplan & Sadock: Manual de bolsillo de psiquiatría clínica. Sexta ed. Mnedoza C, editor. Barcelona: Wolters Kluwer; 2019.
43. Bravo Ortiz F, López Cánovas J. Manual de psicofarmacología para profesionales de la salud mental. Primera ed. Madrid: Sintesis; 2018.
44. Sadock , Sadock , Ahmad. Kaplan & Sadock: Manual de bolsillo de psiquiatría clínica. Sexta ed. Mendoza C, editor. Barcelona: Wolters Kluwer; 2019.
45. Ropper AH, Samuels MA, Klein JP, Prasad. Adam y Victor: Principios de Neuróloga. Undecima ed. Leon: Mc Graw Hill; 2019.
46. Tiziani A. Havard. Fármacos en Enfermería. Quinta ed. Hernandez Martinez T, editor. Ciudad de Mexico: El Manual Moderno; 2018.
47. Vázquez FL, Torres Á. Prevención del comienzo de la Depresión. Estado actual y desafíos futuros. Boletin de Psicologia. 2005 Marzo;(83): p. 21-44.
48. Galiana Roch JL. Enfermería Psiquiátrica. Primera ed. Parras A, editor. Barcelona: Elsevier España; 2016.

49. Barcelona Activa. Barcelona Treball. [Online].; 2015 [cited 2022 Abril 13. Available from: <https://treball.barcelonactiva.cat/porta22/es/fitxes/I/fitxa5153/enfermero-de-salud-mental.do>.
50. Següel Palma F, Valenzuela Süazo S, Sanhueza Alvarado O. El trabajo del Profesional de Enfermería: Revisión de la Literatura. [Online].; 2015 [cited 2022 Abril 13. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0717-95532015000200002.
51. Puntonet Forner , Fidel Kinori , Beneria , Delgado Arroyo , Perea Ortqueta , Closa Castells. La Atención a las Necesidades en Salud Mental de los Profesionales Sanitarios durante la COVID-19. Clínica y Salud. Investigación Empírica en Psicología. 2021 Noviembre; 32(3).
52. Aguilar Soto C.. “Niveles de depresión y ansiedad en el personal de salud del Hospital Modular Virgen de Chapi - Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2020”. Tesis Virutal. Arequipa: Universidad Católica de Santa María, Repositorio UCSM; 2020.
53. Arias Gallegos , Muñoz del Carpio T. “Síndrome de burnout en personal de enfermería de Arequipa 2016”. Revista Cubana de Salud Pública. 2016; 42(4).
54. Obando Zegarra R. “Ansiedad, estrés y depresión en enfermeros de emergencia Covid-19 Lima 2020”. INDEX de Enfermeria. 2020; 29(4).
55. Virto Concha C, Virto-Farfán , Cornejo-Calderón A. “Estrés, ansiedad y depresión con estilos de afrontamiento en enfermeras en contacto con COVID-19, Cusco, Perú 2020”.. Revista Científica De Enfermería. 2020; 9(3).
56. Lozano-Vargas A. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. Revista de Neuro-Psiquiatria. 2020 Abril; 83(1).
57. Fernández Sánchez A, Estrada Salvarrey , Arizmendi Jaime E. Relación de estrés-ansiedad y depresión laboral en profesionales de enfermería en el hospital Morelos, México 2016. Revista de Enfermería Neurológica. 2020 Marzo; 18(1).

.



ANEXOS



ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ personal de enfermería del hospital III

Yanahuara ESSALUD, habiendo recibido con lenguaje claro y sencillo la explicación del proyecto de investigación: “SINTOMATOLOGIA DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION CIRUGIA Y DE UN SERVICIO COVID, HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD, AREQUIPA 2021”. Y que dicha investigación publicara los resultados guardando reservas de mi identidad, acepto participar para lo cual suscribo el presente documento.

Fecha:

Firma: _____

ANEXO N° 2

FICHA SOCIODEMOGRAFICA

INSTRUCCIONES: Lee detenidamente cada una de las preguntas y marque con una X en la respuesta que corresponda o complete la información requerida.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	Edad	26 – 30 años 31 – 35 años 36 – 40 años 41 – más
	Sexo	Masculino Femenino
	Estado civil	Soltera Casada Conviviente Separada Viuda
	N° Hijos	Ninguno Uno Dos 3 o más
	Modalidad de contratación	Personal nombrado Contratación laboral directa (régimen laboral 728 y 276) Contratación administrativa de servicios (CAS) Trabajo por recibos por honorarios (terceros)
	Tiempo de servicio	0 – 5 años 6 – 10 años 11 – 15 años 16 – 20 años
	Antecedentes de reacciones emocionales negativas	Irritabilidad Ira Ansiedad Depresión

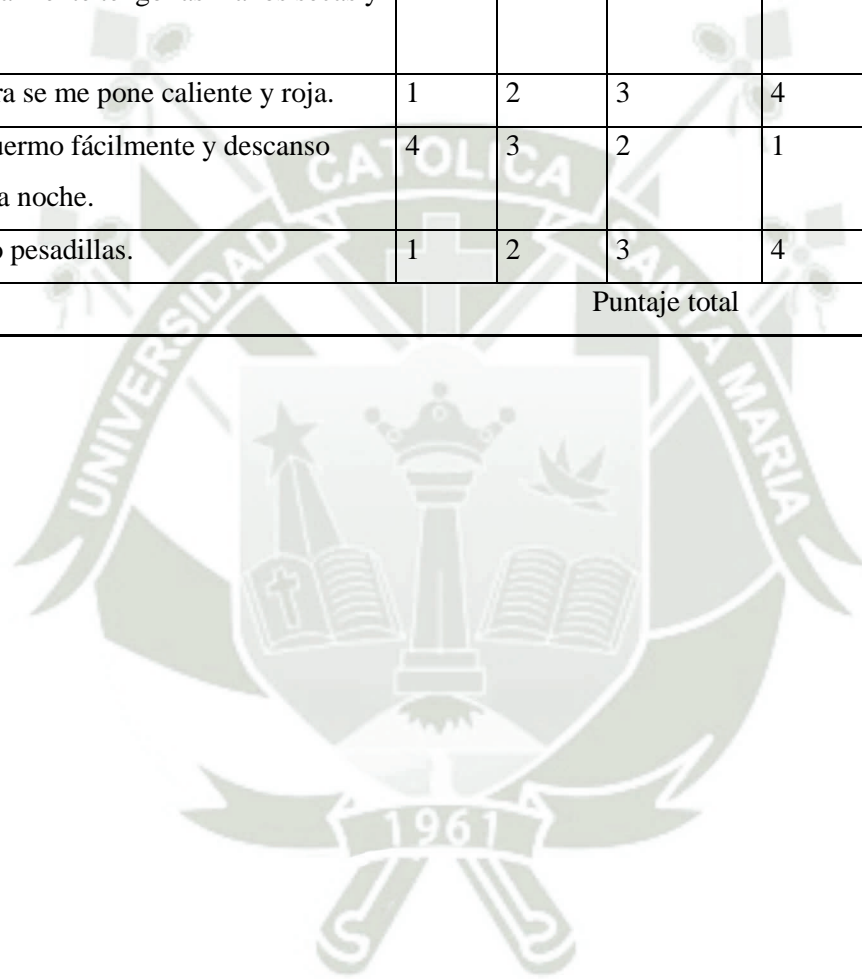
ANEXO N° 3

ESCALA DE ANSIEDAD DE ZUNG

INSTRUCCIONES: Lee detenidamente cada una de las preguntas y marque con una X en la respuesta que corresponda o complete la información requerida.

Nombres y apellidos: _____					
Domicilio: _____			Fecha de evaluación: _____		
Guía para la puntuación de la escala de autovaloración de la ansiedad EAA	Nunca - casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	Puntaje
1. Me siento más intranquilo y nervioso que de costumbre	1	2	3	4	
2. Me siento atemorizado sin motivo.	1	2	3	4	
3. Me altero o angustio fácilmente.	1	2	3	4	
4. siento como si me estuviera deshaciendo a pedazos.					
5. Creo que todo está bien y que no va a pasar nada malo.	4	3	2	1	
6. Me tiemblan los brazos y las piernas.	1	2	3	4	
7. Sufro dolores de cabeza, del cuello y de la espalda.	1	2	3	4	
8. Me siento débil y me canso fácilmente.	1	2	3	4	
9. Me siento tranquilo y me es fácil estar quieto.	4	3	2	1	
10. Siento que el corazón me late aprisa.	1	2	3	4	
11. Sufro mareos.	1	2	3	4	
12. Me desmayo o siento que voy a desmayarme.	1	2	3	4	
13. Puedo respirar fácilmente.	4	3	2	1	
Guía para la puntuación de la escala de autovaloración de la ansiedad EAA	Nunca - casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	Puntaje

14. Se me duermen los pies y me hormiguean los dedos de las manos y de los pies.	1	2	3	4	
15. Sufro de dolores de estómago, indigestión.	1	2	3	4	
16. Tengo que orinar con mucha frecuencia.	1	2	3	4	
17. Generalmente tengo las manos secas y calientes.	4	3	2	1	
18. La cara se me pone caliente y roja.	1	2	3	4	
19. Me duermo fácilmente y descanso bien por la noche.	4	3	2	1	
20. Tengo pesadillas.	1	2	3	4	
Puntaje total					



ANEXO N° 4

ESCALA DE DEPRESION ZUNG

INSTRUCCIONES: Lee detenidamente cada una de las preguntas y marque con una X en la respuesta que corresponda o complete la información requerida

Guía para la puntuación de la escala de autovaloración de la ansiedad EAA		Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	Puntaje
1	Me siento abatido y melancólico	1	2	3	4	
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor	4	3	2	1	
3	Tengo accesos de llanto o ganas de llorar	1	2	3	4	
4	Tengo problemas para dormir en la noche	1	2	3	4	
5	Tengo tanto apetito como antes	4	3	2	1	
6	Aun me atraen las personas del sexo opuesto	4	3	2	1	
7	Noto que estoy perdiendo peso	1	2	3	4	
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento	1	2	3	4	
9	Me late el corazón más a prisa que de costumbre	1	2	3	4	
10	Me canso sin motivo	1	2	3	4	
11	Tengo la mente tan clara como antes	4	3	2	1	
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes	4	3	2	1	
13	Me siento nervioso y no puedo estar quieto	1	2	3	4	
14	Tengo esperanza en el futuro	4	3	2	1	

15	Estoy más irritable que antes	1	2	3	4	
16	Me es fácil tomar decisiones	4	3	2	1	
17	Me siento útil y necesario	4	3	2	1	
18	Me satisface mi vida actual	4	3	2	1	
19	Creo que los demás estuvieran mejor si yo muriera	1	2	3	4	
20	Disfruto de las mismas cosas que antes	4	3	2	1	
Puntaje total						



ANEXON° 5

CONSTANCIA

LA QUE SUSCRIBE CNFERMERA JEFE DE DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA HOSPITAL III YANAHUARA

HACE CONSTAR:

Que los bachilleres de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica Santa María Arequipa, Sr. Alexander Cervantes Morales y el Sr. Renato Cordova Cahuana, con autorización realizó el Proyecto de Tesis titulado: "SINTOMATOLOGÍA DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE PERSONAL DE ENFERMERÍA HOSPITALIZACIÓN CIRUGÍA Y HOSPITALIZACIÓN COVID HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD, AREQUIPA 2021, han realizado la recolección de datos de la Investigación a través de la encuesta como técnica a utilizar, aplicando el cuestionario sobre escala de ansiedad y depresión como instrumento al Personal de Enfermería Hospitalización Cirugía y Hospitalización COVID durante el período del 15 de agosto al 5 de septiembre del año 2021.

Demostrando respeto, amabilidad y responsabilidad durante la recolección de datos

Se expide la presente a solicitud de la Interesada, no teniendo valor oficial para acción judicial contra el Estado.

Arequipa, 28 de febrero de 2022



Dra. Patricia Rodríguez Vargas
Jefa Servicio de Enfermería
Hospital III Yanahuara

ANEXO N°7

AUTORIZACION PROYECTO DE TESIS

"Orden de la Universidad Católica Santa María"
"Año del Bicentenario del Perú 200 años de Independencia"

CARTA N° - JSENF-DHIIIY-RAAR-ESSALUD-2021

Arequipa, 02 de agosto 2021

Señores
ALEXANDER CERVANTES MORALES
RENATO CORDOVA CAHUANA

Presente •

Asunto Autonzación *Proyecto* de Tesis

Es grato dirigirme a usted para saludarlos *muy* cordialmente y visto el documento de la Referencia hago de su conocimiento que el Departamento de Enfermería accede a su solicitud para la realización del proyecto de tesis -

* SINTOMATOLOGIA DE LA ANSIEDAD Y DEPPRESION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA HOSPITALIZACION CIRUGIA Y HOSPITALIZACION COVID HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD, AREQUIPA 2021*

Así mismo debemos comunicarle que deberán presentarse en la oficina de capacitación e investigación para la continuidad de los trámites y pago correspondiente. Además que deberán entregar un ejemplar del informe final del trabajo de investigación a la Oficina de Capacitación en forma impresa y magnética, así como al departamento respectivo.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,



Dra. Patricia Rodríguez Vargas
Jefa Servicio de Enfermería
Hospital III Yanahuara

ANEXO N° 7

MATRIZ DE SISTEMATIZACION DE DATOS

ID	Área	Profesión	Edad	Sexo	Estado civil	Hijos	Contrato	Tiempo	Antecedentes	Ansiedad	Depresión
1	COVID	Enfermera/o	31-35	Femenino	Soltera	Ninguno	728 y 726	6-11 años	No	Leve	Dentro de los limites
2	COVID	Enfermera/o	36-40	Femenino	Casada	2	CAS	0-5 años	No	Dentro de lo normal	Dentro de los limites
3	COVID	Enfermera/o	26-30	Femenino	Soltera	Ninguno	CAS	0-5 años	No	Dentro de lo normal	Dentro de los limites
4	COVID	Enfermera/o	31-35	Femenino	Soltera	1	CAS	0-5 años	Ira	Leve	Moderada intensa
5	COVID	Enfermera/o	36-40	Femenino	Casada	3	CAS	0-5 años	No	Dentro de lo normal	Dentro de los limites
6	COVID	Enfermera/o	36-40	Femenino	Soltera	Ninguno	CAS	0-5 años	No	Dentro de lo normal	Dentro de los limites
7	COVID	Enfermera/o	26-30	Femenino	Conviviente	Ninguno	CAS	0-5 años	No	Dentro de lo normal	Dentro de los limites
8	COVID	Enfermera/o	26-30	Femenino	Conviviente	2	CAS	0-5 años	Ansiedad	Dentro de lo normal	Dentro de los limites
9	COVID	Enfermera/o	41 a más	Femenino	Casada	2	CAS	0-5 años	No	Dentro de lo normal	Dentro de los limites
10	COVID	Enfermera/o	26-30	Masculino	Soltera	Ninguno	CAS	0-5 años	Ansiedad	Dentro de lo normal	Dentro de los limites
11	COVID	Técnica/o	31-35	Masculino	Casada	2	728	0-5 años	No	Dentro de lo normal	Dentro de los limites
12	COVID	Técnica/o	31-35	Masculino	Conviviente	2	CAS	0-5 años	Ansiedad	Leve	Dentro de los limites
13	COVID	Técnica/o	26-30	Femenino	Conviviente	1	CAS	0-5 años	Ansiedad	Leve	Dentro de los limites
14	COVID	Técnica/o	31-35	Femenino	Soltera	1	CAS	0-5 años	Ansiedad	Leve	Leve moderada
15	COVID	Técnica/o	26-30	Femenino	Soltera	Ninguno	CAS	0-5 años	No	Dentro de lo normal	Dentro de los limites
16	COVID	Técnica/o	41 a más	Femenino	Separada	2	CAS	0-5 años	No	Dentro de lo normal	Dentro de los limites
17	COVID	Técnica/o	41 a más	Femenino	Casada	3	CAS	0-5 años	No	Dentro de lo normal	Dentro de los limites
18	COVID	Técnica/o	26-30	Masculino	Soltera	Ninguno	CAS	0-5 años	Irritabilidad	Dentro de lo normal	Leve moderada
19	COVID	Técnica/o	31-35	Femenino	Separada	3	CAS	0-5 años	No	Dentro de lo normal	Dentro de los limites
20	COVID	Técnica/o	41 a más	Femenino	Soltera	2	CAS	0-5 años	No	Dentro de lo normal	Dentro de los limites
21	Cirugía	Enfermera/o	26-30	Femenino	Soltera	NINGUNO	TERCEROS	0-5 años	No	Dentro de lo normal	Dentro de los limites
22	Cirugía	Enfermera/o	36-40	Femenino	Casada	2	728	6-11 años	No	Dentro de lo normal	Leve moderada
23	Cirugía	Enfermera/o	41 a más	Femenino	Casada	2	728	18-23 años	Irritabilidad	Dentro de lo normal	Dentro de los limites
24	Cirugía	Enfermera/o	26-30	Femenino	Soltera	NINGUNO	728	0-5 años	Irritabilidad	Dentro de lo normal	Dentro de los limites

25	Cirugía	Enfermera/o	41 a más	Femenino	Casada	1	728	18-23 años	No	Dentro de lo normal	Dentro de los límites
26	Cirugía	Enfermera/o	41 a más	Femenino	Casada	1	728	18-23 años	IRA	Dentro de lo normal	Dentro de los límites
27	Cirugía	Enfermera/o	41 a más	Femenino	Casada	2	728	12-17 años	Ansiedad	Dentro de lo normal	Dentro de los límites
28	Cirugía	Enfermera/o	26-30	Femenino	Soltera	NINGUNO	TERCEROS	0-5 años	Ansiedad	Leve	Leve moderada
29	Cirugía	Enfermera/o	26-30	Femenino	Soltera	NINGUNO	TERCEROS	0-5 años	Ansiedad	Dentro de lo normal	Dentro de los límites
30	Cirugía	Enfermera/o	41 a más	Femenino	Casada	2	728	12-17 años	No	Dentro de lo normal	Dentro de los límites
31	Cirugía	Técnica/o	31-35	Femenino	Conviviente	1	CAS	0-5 años	Irritabilidad	Dentro de lo normal	Dentro de los límites
32	Cirugía	Técnica/o	41 a más	Femenino	Casada	1	728	18-23 años	Irritabilidad	Dentro de lo normal	Dentro de los límites
33	Cirugía	Técnica/o	41 a más	Femenino	Casada	2	728	18-23 años	DEPRESION	Dentro de lo normal	Dentro de los límites
34	Cirugía	Técnica/o	26-30	Femenino	Soltera	NINGUNO	TERCEROS	0-5 años	DEPRESION	Dentro de lo normal	Dentro de los límites
35	Cirugía	Técnica/o	41 a más	Femenino	Casada	3	TERCEROS	0-5 años	Ansiedad	Dentro de lo normal	Dentro de los límites
36	Cirugía	Técnica/o	41 a más	Femenino	Viuda	1	CAS	0-5 años	Ansiedad	Dentro de lo normal	Dentro de los límites
37	Cirugía	Técnica/o	26-30	Femenino	Soltera	NINGUNO	TERCEROS	0-5 años	Ansiedad	Moderada	Intensa
38	Cirugía	Técnica/o	26-30	Masculino	Conviviente	1	TERCEROS	0-5 años	No	Dentro de lo normal	Dentro de los límites
39	Cirugía	Técnica/o	36-40	Femenino	Casada	2	728	12-17 años	Ansiedad	Leve	Leve moderada
40	Cirugía	Técnica/o	36-40	Femenino	Casada	2	728	12-17 años	No	Dentro de lo normal	Dentro de los límites