

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



**“INFLUENCIA DEL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR
COVID-19 EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN
PERSONAL DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
INTERNA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2021”**

Tesis presentada por el bachiller:

Valero Cuno Valeria Vianed

Para optar el Título Profesional de

Médica Cirujana

Asesor:

Dr. Saavedra Herrera Carlos

**Arequipa - Perú
2021**

DICTAMEN APROBATORIO

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 15 de Junio del 2021

Dictamen: 003777-C-EPMH-2021

Visto el borrador del expediente 003777, presentado por:

2014172022 - VALERO CUNO VALERIA VIANED

Titulado:

**INFLUENCIA DEL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR COVID-19 EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS
DEPRESIVOS EN PERSONAL DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL
HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA 2021**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**1116 - VASQUEZ HUERTA VICTOR LUIS
DICTAMINADOR**



**1881 - NUÑEZ QUIROZ ROBERTO ORLANDO
DICTAMINADOR**



**3145 - CERVERA FARFAN LUIS ALONSO
DICTAMINADOR**



DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado en primer lugar a nuestro Padre Celestial quien me ha bendecido a lo largo de todo este camino, quién me ha ayudado a levantarme cuando la situación se tornaba difícil, y quién nunca permitió que mis deseos por servir y ayudar a quién más lo necesite se desvanezcan.

En segundo lugar a mi familia, mamá tu ayuda ha sido fundamental no solo para este proyecto, siempre estuviste ayudándome y motivándome hasta donde tus alcances lo permitían aún en los momentos más turbulentos de toda mi vida académica. Papá, que aún a la distancia siempre estás pendiente y apoyándome con todo. Y querido hermano, por inspirarme a siempre dar lo mejor de mí.

En tercer lugar, a todos mis docentes, colegas, y amigos que fui descubriendo a lo largo de esta querida carrera, por compartir sus conocimientos conmigo, por su paciencia y por guiarme a ser una mejor persona y profesional.

Y a mis abuelos, Marina y Américo y en especial a Florencio y Nelly, que partieron hace poco, sé que me cuidan y estarán muy orgullosos de este logro que también es para ustedes.

Valeria Vianed Valero Cuno

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a Dios, quién decidió este camino para mí, y me dio el coraje necesario para enfrentar todos los obstáculos que se presentaron, y sobre todo por permitirme conocer personas tan maravillosas a lo largo de estos años.

A mis padres, Lizbeth y Oscar, y a mi hermano, Oscar Pedro Joaquín, por apoyarme en cada una de mis decisiones, por brindarme aportes invaluableles que me servirán para toda la vida. Por soportarme en semana de exámenes, entrega de trabajos y sobretodo post guardia, los amo familia.

También quiero agradecer a todos mis amigos del colegio, pregrado y del Internado, me gustaría poder mencionarlos a todos pero sé que nunca acabaría, siempre he dicho que a dónde quiera que voy me encuentro con gente maravillosa, ustedes no son la excepción, he tenido la suerte y la dicha de poder conocerlos y de poder compartir momentos de mi vida con ustedes, gracias amigos.

Y por último, agradecer a una de las personas que me han dedicado toda su paciencia y cariño, que ha creído en mí aun cuando yo dudaba, y que fue de gran ayuda en este último tramo de mi vida académica, Luis, gracias por enseñarme a encontrar diferentes soluciones cambiando la perspectiva de las cosas.

Muchas gracias a todos.

Valeria Vianed Valero Cuno



EPÍGRAFE

*“Nunca consideres el estudio como una obligación,
sino como una oportunidad para penetrar en el
bello y maravilloso mundo del saber.”*

(Albert Einstein)

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la influencia del Diagnóstico de infección por COVID-19 en la presencia de síntomas depresivos en personal de salud del Departamento de Medicina Interna del Hospital Goyeneche, Arequipa 2021.

METODO: Estudio observacional descriptivo transversal en personal asistencial con trabajo presencial del departamento de medicina del Hospital Goyeneche, se utilizó un cuestionario para recolección de información general y el Test de Zung para identificar síntomas de depresión. Se asocian variables con prueba de independencia chi cuadrado.

RESULTADOS: El 42.35% tuvo de 35 a 49 años, un 64.71% fueron mujeres y 35.29% varones, el 45.88% eran médicos, 20% enfermeras, 21.18% técnicos y otros profesionales un 12.94%. Un 35.29% de los trabajadores fueron positivos para COVID-19; de ellos el 63.33% tuvo sintomatología sugerente de COVID-19, y 36.67% fueron asintomáticos; el 86.67% de ellos permaneció en su domicilio y 13.33% requirió de hospitalización, aunque no requirieron cuidados intensivos. El 44.71% tuvo algún familiar con COVID-19, de los cuales en 11.76% fueron los padres, en 15.29% eran un hijo, el cónyuge u otro familiar. En 16.47% de casos falleció un familiar, siendo el cónyuge en 1.18% u otro tipo de familiar en 15.29%. Se encontraron síntomas de depresión en 42.35% de casos, de los cuales los síntomas fueron leves en 28.24%, moderados en 12.94% y hubo un caso con depresión severa (1.18%). No hubo relación de los síntomas depresivos con las características sociodemográficas o familiares de los trabajadores. Entre los casos sin COVID, el 38.18% tuvieron síntomas de depresión, (leves en 25.45%, moderada en 12.73%). En casos positivos a COVID, el 50% tuvo depresión (33.33% leve, 13.33% moderada y 3.33% severa; $p > 0.05$).

CONCLUSIONES: Se encontró alta frecuencia de síntomas depresivos en personal asistencial del departamento de medicina del Hospital Goyeneche, con más de un tercio de trabajadores infectados, aunque sin relación entre la infección y la presencia o severidad de síntomas depresivos.

PALABRAS CLAVE: depresión, salud mental, COVID-19, personal de salud.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the influence of the Diagnosis of COVID-19 infection in the presence of depressive symptoms in health personnel of the Department of Internal Medicine of the Goyeneche Hospital, Arequipa 2021.

METHOD: Cross-sectional descriptive observational study in healthcare personnel with face-to-face work at the Goyeneche Hospital medicine department, a questionnaire was used to collect general information and the Zung Test to identify symptoms of depression. Variables are associated with a chi-square test of independence.

RESULTS: 42.35% were between 35 and 49 years old, 64.71% were women and 35.29% were men, 45.88% were doctors, 20% were nurses, 21.18% were technicians and 12.94% were other professionals. 35.29% of the workers were positive for COVID-19; 63.33% of them had symptoms suggestive of COVID-19, and 36.67% were asymptomatic; 86.67% of them remained at home and 13.33% required hospitalization, although they did not require intensive care. 44.71% had a family member with COVID-19, of which 11.76% were parents, 15.29% were a child, spouse or other relative. In 16.47% of cases a relative died, being the spouse in 1.18% or another type of relative in 15.29%. Symptoms of depression were found in 42.35% of cases, of which the symptoms were mild in 28.24%, moderate in 12.94% and there was one case with severe depression (1.18%). There was no relationship between depressive symptoms and the workers' sociodemographic or family characteristics. Among the cases without COVID, 38.18% had symptoms of depression, (mild in 25.45%, moderate in 12.73%). In COVID-positive cases, 50% had depression (33.33% mild, 13.33% moderate, and 3.33% severe; $p > 0.05$).

CONCLUSIONS: A high frequency of depressive symptoms was found in healthcare personnel of the Goyeneche Hospital medicine department, with more than a third of workers infected, although there was no relationship between the infection and the presence or severity of depressive symptoms.

KEY WORDS: depression, mental health, COVID-19, health person.

INTRODUCCIÓN

Con la aparición del COVID-19, en el mundo nos hemos visto enfrentados a una pandemia con consecuencias en todos los niveles. Los sistemas de salud en muchos países terminaron colapsando. Los profesionales de la salud, que son la primera línea que enfrenta esta crisis, han experimentado niveles de estrés altos por la sobrecarga de trabajo y por las condiciones con las que enfrentan la pandemia; así se han visto expuestos, a efectos adversos en su salud mental (1,2).

La pandemia de COVID-19 como emergencia de salud pública es de preocupación internacional, y un gran desafío para los trabajadores de la salud, ya que son ellos quienes al estar en contacto directo con los enfermos por Covid-19, se exponen al contagio inminente y a la muerte.

Existen estudios en otras epidemias que demostraron un gran número de consecuencias psicosociales tanto a nivel individual como a nivel comunitario durante los brotes. Estas diversas alteraciones psicológicas van desde síntomas aislados hasta trastornos complejos con un deterioro marcado de la funcionalidad. La depresión produce daños degenerativos en el cerebro, más si no se trata oportunamente (4).

En este contexto es importante, considerar que el desempeño del personal de salud, debe ser óptima tanto física como mental. Es por esto que se debe desarrollar estrategias para poder reaccionar oportunamente ante los problemas de salud mental que podría presentar nuestro personal de salud, reduciendo así el impacto económico y el ausentismo laboral.

En epidemias anteriores importantes como la de SARS en 2009, Ebola, o la de Zika, que al no afectarnos, en forma directa, fue poco percibida, incluso la epidemia del Dengue que aún persiste en nuestro país y que tiene un fuerte grado de importancia a nivel de América Latina, no se advierte como peligrosa. La infección por SARS-CoV-2 es altamente contagiosa, se difundió rápidamente en el mundo, afecta a todos los niveles económicos existentes y a todas las diferentes edades.

Si antes del COVID-19 ya existía la probabilidad de que uno de nosotros sufriera depresión, solo es cuestión de tiempo, para que este estrés, el miedo a contagiarse y no

saber si, seremos asintomáticos o si podríamos llegar a necesitar hospitalización en UCI, el miedo de contagiar a nuestros seres queridos, tener que aislarnos de ellos, la escasez de equipos de protección, entre otros factores que podrían aumentar el riesgo de padecer un problema de salud mental, entre ellos uno de los más importantes por su alto nivel de afectación a nuestra funcionalidad, la depresión que si no se trata a tiempo podría incluso llevar a una persona hasta la muerte.

Al terminar este estudio encontramos un 42.35%, de depresión en el personal de salud del Departamento de Medicina del Hospital Goyeneche, leve en un 28.24%, moderada en un 12.24% y severa en un 1.18%. Esta depresión fue más severa y más frecuente en el sexo femenino. Las personas que no están en pareja, además de personas con mayor edad presentan más síntomas de depresión. Con estos conocimientos, la investigación sirve para, empezar lo antes posible el tratamiento temprano, mediante la detección precoz e implementar las medidas de prevención de la depresión con talleres y terapias individuales, así damos prioridad a nuestra primera línea que enfrenta la pandemia y mantendremos una oferta de salud más estable con una funcionalidad óptima a pesar de todas las falencias, en beneficio también de la población.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DICTAMEN APROBATORIO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
EPÍGRAFE	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I PLANTAMIENTO TEÓRICO	4
CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	28
CAPÍTULO III RESULTADOS	35
CAPÍTULO IV DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	58
CONCLUSIONES	63
RECOMENDACIONES	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS	71
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO	72
ANEXO 2: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	73
ANEXO 4:	75
NOMBRAMIENTO DEL JURADO DICTAMINADOR	75
ANEXO 5	78
MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE INFORMACIÓN	78

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL PERSONAL ENCUESTADO	36
TABLA 2. RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS PARA COVID-19 EN EL PERSONAL	38
TABLA 3. MOTIVO DE LA PRUEBA DIAGNÓSTICA EN CASOS CON RESULTADO POSITIVO	40
TABLA 4. EVOLUCIÓN DE CUADRO DE COVID-19 EN EL PERSONAL POSITIVO	42
TABLA 5. ANTECEDENTE DE FAMILIAR QUE VIVA CON EL TRABAJADOR CON DIAGNÓSTICO DE COVID-19	44
TABLA 6. ANTECEDENTE DE FAMILIAR FALLECIDO POR COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES	46
TABLA 7. PRESENCIA Y SEVERIDAD DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN EL PERSONAL ENCUESTADO	48
TABLA 8. PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS TRABAJADORES	50
TABLA 9. INFLUENCIA DEL CURSO CLÍNICO DE LA ENFERMEDAD EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS	52
TABLA 10. PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS FAMILIARES DE LOS TRABAJADORES	54
TABLA 11. RELACIÓN ENTRE DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN COVID-19 Y SEVERIDAD DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN EL PERSONAL	56

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL PERSONAL ENCUESTADO	37
GRÁFICO 2. RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS PARA COVID-19 EN EL PERSONAL	39
GRÁFICO 3. MOTIVO DE LA PRUEBA DIAGNÓSTICA EN CASOS CON RESULTADO POSITIVO	41
GRÁFICO 4. EVOLUCIÓN DE CUADRO DE COVID-19 EN EL PERSONAL POSITIVO	43
GRÁFICO 5. ANTECEDENTE DE FAMILIAR QUE VIVA CON EL TRABAJADOR CON DIAGNÓSTICO DE COVID-19	45
GRÁFICO 6. ANTECEDENTE DE FAMILIAR FALLECIDO POR COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES	47
GRÁFICO 7. PRESENCIA Y SEVERIDAD DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN EL PERSONAL ENCUESTADO	49
GRÁFICO 8. PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS TRABAJADORES	51
GRÁFICO 9. INFLUENCIA DEL CURSO CLÍNICO DE LA ENFERMEDAD EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS	53
GRÁFICO 10. PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS FAMILIARES DE LOS TRABAJADORES	55
GRÁFICO 11. RELACIÓN ENTRE DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN COVID-19 Y SEVERIDAD DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN EL PERSONAL	57



CAPÍTULO I
PLANTAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es la influencia del Diagnóstico de infección por COVID-19 en la presencia de síntomas depresivos en personal de salud del Departamento de Medicina Interna del Hospital Goyeneche, Arequipa 2021?

1.2. Descripción del Problema

1.2.1. Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Depresión

1.2.2. Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es la influencia del Diagnóstico de infección por COVID-19 en la presencia de síntomas depresivos en personal de salud del Departamento de Medicina Interna del Hospital Goyeneche, Arequipa 2021?
2. ¿Cuál es la frecuencia y el nivel de severidad de la sintomatología depresiva en el personal de salud del Departamento de Medicina Interna del Hospital Goyeneche con resultado positivo a una Prueba Diagnóstica para infección por COVID-19?
3. ¿Cuál es la frecuencia y el nivel de severidad de la sintomatología depresiva en el personal de salud del Departamento de Medicina Interna del Hospital Goyeneche con resultado negativo a una Prueba Diagnóstica para infección por COVID-19?
4. ¿Qué factores, además del COVID-19, podrían contribuir al desarrollo de sintomatología depresiva en el personal de salud?

1.2.3. Tipo y nivel de la investigación

Tipo de investigación: Investigación de campo.

Nivel de investigación: Analítico, prospectivo, transversal

1.3. Justificación del problema

El presente estudio buscó determinar si el Diagnóstico de infección por COVID-19 influye en la presencia de síntomas depresivos en personal de salud del Departamento de Medicina Interna del Hospital Goyeneche con el fin de generar información actualizada referente a las variables del estudio. La presencia de la depresión en el personal de salud, puede producir síntomas como: dificultad para concentrarse y solucionar problemas, disforia y pesimismo, impidiendo su funcionamiento óptimo y también disminuyendo así su calidad de vida. Como consecuencia, la alteración en su funcionabilidad, la disminución en su productividad y las complicaciones en sus enfermedades crónicas, producen ausentismo laboral, complicaciones en sus patologías, problemas familiares.

Siendo esta Pandemia un problema de salud mundial nunca antes descrita y cuyo principal actor es el personal de salud, en el cual me incluyo, está sobre expuesto a riesgos y estresores de persistente exposición, esto puede contribuir para que inicien, algún grado de alteración en su salud mental, siendo prioritario, prevenir o tratar precozmente. Por lo tanto, las conclusiones obtenidas en esta investigación son de beneficio para el hospital donde se realizó la investigación ya que permitirá tener un tratamiento precoz de la depresión, mediante el cual el trabajador de salud no se verá postergado sino atendido y redundara en su rendimiento laboral y en su hogar.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. CONCEPTOS BÁSICOS

2.1.1. DEPRESIÓN

Definición

La depresión es un trastorno mental, que tiene como un síntoma cardinal a la tristeza, esta es un sentimiento desagradable, penoso y aflictivo que en sus diferentes gradaciones y presentaciones es un síntoma obligado de los estados depresivos. Una persona deprimida se sentirá desanimada, pesimista, con desesperanza y desesperación.

Además, presenta, pérdida del interés en actividades que antes solía disfrutar, episodios de llanto sin explicación, irritabilidad, incapacidad para concentrarse, ideación o intento suicida, pesimismo, indiferencia, insomnio, cambios en el apetito y en los patrones de sueño (11).

El trastorno depresivo es uno de los más frecuentes de la clínica psiquiátrica, y en su etiología confluyen factores genéticos neurobioquímicos, psicosociales y orgánicos que influyen con la vida diaria y el desempeño normal (10).

La OMS define a la depresión como el trastorno mental más común. Afecta alrededor de 340 millones de personas en el mundo, con una prevalencia estimada del 15 al 25% siendo mayor en mujeres; un 20% de los pacientes que consultan a médicos de atención primaria padecen trastornos de depresión (12).

La alta prevalencia de trastornos mentales se relaciona con diversos factores desencadenantes y factores de riesgo a los que día a día están expuestos los seres humanos, siendo el trabajo uno de los escenarios donde el ser humano pasa la mayor parte de su vida y por tanto, puede convertirse en un factor que impacta la salud mental del individuo (11).

Mecanismos Neurobiológicos de la Depresión

La etiopatogenia de los trastornos depresivos, es multifactorial, existiendo factores genéticos/biológicos y también psicosociales. Así podríamos hablar de unos factores predisponentes, otros precipitantes y otros que mantienen, la depresión (30). Últimas investigaciones han permitido observar alteraciones neurobiológicas en pacientes deprimidos, entre las que destacan: cambios estructurales, cambios neuroendocrinos, y cambios celulares y moleculares (13).

- **Hipótesis de la monoamina**

Los estudios experimentales, evidencian que la depleción de serotonina o de su precursor, el triptófano, produce depresión. Sin embargo, las personas sin antecedentes personales o familiares de depresión, no presentan cambios del estado de ánimo luego de la depleción de triptófano. Por lo tanto, la reducción de los valores de serotonina no induce depresión en cualquier persona (13).

- **Genes que influyen en el metabolismo de la serotonina y moderan el impacto del estrés**

Aún no existen genes específicos que causen depresión pero lo que sí se ha encontrado, fue la presencia de variaciones genéticas que pueden elevar el riesgo de padecer depresión, entre ellos el más estudiado es el gen transportador de serotonina. Sin embargo, la función que cumple la genética en los trastornos del ánimo aún no está muy claro (13,14).

- **Factor neurotrópico derivado del cerebro**

El factor neurotrópico es útil para la supervivencia y sinapsis de las neuronas que utilizan la serotonina. Este factor ayuda al sistema de serotonina a poder adaptarse para una respuesta adecuada al estímulo. Cuando una persona se encuentra sana, los valores séricos del factor neurotrópico se encuentran indirectamente proporcional a la sensibilidad al estrés.

- **Participación del factor liberador de corticotrofina Adversidad psicosocial en la infancia y el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal**

Se sabe que es difícil separar los efectos que produce el medio ambiente con los efectos genéticos de la persona, el impacto de la adversidad psicosocial

durante en los niños influyen en la presencia de sintomatología depresiva en el adulto.

El estrés puede activar al hipotálamo y a través de la estimulación del factor liberador de corticotrofina puede activar al eje HHS. Estas neuronas suman para la activación de los sistemas de serotonina y de norepinefrina. La activación de este sistema aumenta la vigilancia y el miedo.

Los pacientes con depresión a menudo tienen valores aumentados del factor liberador de corticotrofina y de niveles de norepinefrina en el plasma y en el líquido cefalorraquídeo (15).

- **Cambios en el estrés inducidos por el sistema de dopamina**

El estrés en los niños produce ciertos cambios que contribuye a un aumento frente a la respuesta a eventos negativos. Esta sensibilidad para los eventos negativos explica por qué los episodios depresivos aparecen tan frecuentemente, a diferencia del primer episodio, estos pueden aparecer de forma independiente a un estresor (14).

Cambios estructurales en el cerebro

Cuando una persona está deprimida, el cerebro presenta alteraciones neurobiológicas las cuales pueden empeorar con el tiempo y transformar el proceso agudo, en crónico.

Estudios imagenológicos evidenciaron que los pacientes que presentan episodios depresivos recurrentes, tienen un hipocampo pequeño, aun cuando se consigue la remisión clínica. De igual forma se encontró diferencias en el volumen de la amígdala, el estriado ventral y en regiones corticales (29,31).

- **Sistemas anormales de activación pueden explicar la vulnerabilidad del estado de ánimo**

Los estudios imagenológicos evidencian que los episodios de depresión están caracterizados por múltiples alteraciones de interconexiones de varias regiones subcorticales, especialmente límbicas con la corteza cerebral. Cuando existe una falencia relativa a nivel del sistema límbico, ante una adversidad psicosocial, aumenta la sensibilidad al estrés, con esto aparecen

las tendencias suicidas que se ven en estas personas. La remisión clínica, no elimina estas alteraciones de interconexión de diferentes vías y distintos neurotransmisores (14).

Manifestaciones clínicas

La depresión es más que una alteración profunda y patológica del estado de ánimo; es un conjunto de síntomas que conforman el síndrome depresivo. Dentro de los cuales distinguimos síntomas principales y adicionales (16).

Los síntomas principales son:

- Estado de ánimo deprimido
- Marcada anhedonia
- Disminución de la vitalidad (cansancio, fatiga, inhibición).

Los síntomas adicionales son:

- Disminución de atención y concentración
- Pérdida de confianza en uno mismo y sentimientos de inferioridad.
- Ideas de culpa.
- Perspectiva sombría del futuro.
- Ideas de muerte, pensamientos o gestos suicidas.
- Trastornos del sueño
- Pérdida de apetito y libido.

Según los síntomas presentes y su intensidad, la gravedad del trastorno se clasifica en leve, moderada o grave. Para el diagnóstico se requiere una duración de los síntomas de al menos 2 semanas. Habitualmente se produce un deterioro en el funcionamiento que afecta a las actividades sociales, laborales y de la vida cotidiana. En algunos casos predomina la ansiedad sobre el ánimo deprimido o se manifiestan en primer plano otros síntomas como consumo de alcohol, irritabilidad, hipocondría, fobias, obsesiones, etc.

Diagnóstico

Según los Criterios Diagnósticos DSM-5m una persona con depresión debe cumplir con (19).

- A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la anterior, por lo menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer. Nota: No incluir los síntomas que son claramente atribuibles a otra condición médica.
1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, presencia de irritabilidad sobre todo en niños y adolescentes.
 2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
 3. Pérdida de peso significativa sin hacer dieta o ganancia de peso, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
 4. Insomnio o hipersomnias casi todos los días.
 5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día
 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica.
- Nota: Criterios de A-C representan un episodio depresivo mayor.

- D. La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro del espectro esquizofrénico especificadas y no especificadas y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio de hipomanía.

Tratamiento

- **Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina**

Estos medicamentos se consideran más seguros y suelen causar menos efectos secundarios molestos que otros tipos de antidepresivos. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son: escitalopram, fluoxetina, paroxetina, la sertralina y otros.

- **Inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina**

Algunos ejemplos de estos inhibidores son: duloxetina, venlafaxina, desvenlafaxina.

- **Antidepresivos atípicos**

Estos medicamentos no se ajustan exactamente a ninguna de las otras categorías de antidepresivos. Comprenden: bupropión, mirtazapina, nefazodona, trazodona y vortioxetina.

- **Antidepresivos tricíclicos**

Estos medicamentos como: imipramina, nortriptilina, amitriptilina, y otros. A pesar de ser efectivos, suelen causar efectos secundarios más graves que los antidepresivos más nuevos, por lo que son menos recetados.

2.1.2. COVID-19

Definición

La Organización Mundial de la Salud define a los coronavirus como una familia de virus causante de enfermedades tanto en humanos como en animales. En los humanos pueden dar infecciones respiratorias que van desde un resfrío común hasta algo más severo como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SARS) (22).

El síndrome respiratorio agudo por coronavirus 2 (SARS-CoV-2) es un coronavirus altamente contagioso que estalló en Wuhan China en diciembre del año 2019, causante de la también llamada “Enfermedad por coronavirus 2019” (COVID-19) la cual actualmente es una pandemia que afecta a todos los países del mundo (21).

Situación Actual

a) A nivel Nacional

El primer caso de Covid-19 en nuestro país se dio el 06 de marzo del 2020, en un ciudadano con historia de viajes a diferentes países de Europa. Posterior a ello, se confirmaron otros casos entre sus contactos, desde entonces la transmisión se extendió rápidamente a todos los departamentos del país. El 11 de marzo del 2020, la OMS declaró al Covid-19 como una pandemia, indicando el inicio de la cuarentena y el cierre de actividades en todos los niveles. En Perú el estado de emergencia nacional por el brote del Covid-19, fue declarado el 15 de marzo del 2020, con el Decreto Supremo N° 044-2020-PCM, y el 16 de marzo empezó la cuarentena en todo el país (24).

Desde el inicio de la pandemia, hasta la SE 02-2021, se notificaron 1 064 909 casos confirmados de COVID-19, con una tasa de ataque nacional de 3,3% (23).

b) A nivel Internacional

El primer caso en Latinoamérica se notificó en Brasil el 26 de febrero del 2020. Según la OMS hasta el 16 de enero del año 2021 se registraron 93 216 542 de casos confirmados de COVID-19 en el mundo. Y de ese total

de casos reportados mundialmente, el 44% pertenecen a América, el 33% pertenecen a Europa, el 13% pertenece al Sud Este asiático, el 6% pertenece al Mediterráneo Oriental, el 2% pertenece a África y el 1% pertenece al Pacífico Occidental (23).

Para el 8 de abril del 2021, según la Organización Panamericana de la Salud, se notificaron 248.442 nuevos casos y 7.012 muertes nuevos, esto significa un aumento relativo del 0,43% en los casos y del 0,50% en las muertes, en comparación con el día anterior.

Fisiopatología

El SARS-CoV-2 al igual que otros coronavirus, también es un virus RNA envuelto, no segmentado y de sentido positivo. El genoma viral está empaquetado en una ribonucleocápsida helicoidal por la proteína N la cual adquiere relevancia durante el autoensamblaje viral.

Específicamente, es un coronavirus β como lo son el SARS-CoV y el MERS-CoV, los que también fueron causantes de brotes de otras infecciones respiratorias potencialmente mortales en 2003 y 2012, respectivamente. El genoma del SARS-CoV-2 comparte un 79,5% de identidad con el genoma del SARS-CoV y un 96,2% con un coronavirus de murciélago RaTG13, por lo que podrían ser estos animales el huésped natural más probable del origen del SARS-CoV-2. Es posible que la transmisión inicial de animal a humano se produjera a través de la exposición directa a un huésped intermedio desconocido, en el mercado mayorista de comida marina en Wuhan, China, el cual fue identificado como punto de origen.

Un estudio propone que este coronavirus es una combinación entre un coronavirus de murciélago y una cepa de coronavirus desconocida y que esta combinación homóloga pudo contribuir a la capacidad del virus para infectar diferentes especies, como humanos y otros animales (25).

Manifestaciones clínicas

Aparentemente, toda la población es susceptible a la infección por SARS-CoV-2 independiente a su edad, sin embargo, la edad media de infección son los 50 años. En general, los hombres mayores, sobretodo de 60 años a más, con comorbilidades son quienes tienen mayor probabilidad de desarrollar una enfermedad respiratoria grave la cual podría requerir hospitalización o hasta morir, los jóvenes y los niños por el contrario, solo tienen enfermedades leves o son asintomáticos. En particular, el riesgo de enfermedad no fue mayor para las mujeres embarazadas, aunque hubo un caso aislado en el que se evidenció la transmisión transplacentaria del SARS-CoV-2 de una madre infectada a un recién nacido (25).

En caso de infección, los síntomas son:

- **Más común**
 - Fiebre
 - Fatiga
 - Tos seca
- **Común**
 - Dificultad para respirar
 - Anosmia y/o ageusia
 - Pérdida de apetito
 - Mialgia
- **Menos común**
 - Diarrea y dolor abdominal
 - Producción de esputo, rinitis, dolor de garganta, dolor de cabeza, conjuntivitis.
 - Coagulopatía.
 - El síndrome inflamatorio multisistémico en niños (MIS- C), que se manifiesta con características similares a la enfermedad de Kawasaki o al síndrome de choque tóxico, se ha descrito en niños en el contexto de infecciones activas y previas por SARS-CoV-2.

El trío de fiebre, tos y disnea solo se presentó en ~ 15% de los casos.

La mayoría de personas desarrolla sintomatología después de un período de incubación de 1 a 14 días, más comúnmente alrededor de 5 días, mientras que la disnea

y la neumonía se desarrollaron dentro de un tiempo medio de 8 días desde el inicio de la enfermedad.

En cuanto a sintomatología de depresión, existen estudios en pacientes sobrevivientes de COVID-19, en el Hospital General Boston Massachusetts en marzo del 2021, se reveló que, en una muestra de 3 900 personas el 52.4% de personas presentaron síntomas medios o graves de trastorno depresivo (36).

El personal de salud no es la excepción, en una Revista Mexicana se evaluó los riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con Covid-19 donde se vio que el personal sí experimenta ansiedad intensa, estrés, fatiga, daño moral lo cual podría desencadenar alteraciones mentales como depresión, trastorno de estrés postraumático e incluso ideación suicida. Sin embargo no existen muchos estudios sobre la evidencia de sintomatología depresiva en el personal de salud que estuvo infectado y que logró sobrevivir a la enfermedad (31).

- **Caso Sospechoso por el SARS-CoV-2 (tres opciones A, B o C)**

A. Persona que cumple los criterios clínicos y epidemiológicos

Criterios clínicos:

- Aparición súbita de fiebre y tos; o
- Aparición súbita de TRES o MÁS signos o síntomas de la lista siguiente: fiebre, tos, debilidad general/ fatiga, mialgia, dolor de garganta, resfriado nasal, disnea, anorexia/ náuseas/ vómitos, diarrea, estado mental alterado.

Criterios epidemiológicos:

- Haber residido o trabajado en un entorno de alto riesgo de transmisión del virus (por ejemplo, en entornos residenciales cerrados o entornos humanitarios tales como campamentos o estructuras similares para

personas desplazadas) en algún momento del periodo de 14 días anterior a la aparición de los síntomas; o

- Haber residido en una zona en la que haya transmisión comunitaria o haber viajado a ella en algún momento del periodo de 14 días anterior a la aparición de los síntomas; o
- Haber trabajado en un entorno de atención de salud (lo que incluye establecimientos de salud y hogares) en algún momento del periodo de 14 días anterior a la aparición de los síntomas.

B. Paciente con enfermedad respiratoria aguda grave (infección respiratoria aguda con antecedentes de fiebre o fiebre medida igual o superior a 38 °C; y tos; con inicio en los últimos 10 días; y que precisa hospitalización)

C. Individuo asintomático que no cumple los criterios epidemiológicos y ha dado positivo en una prueba rápida de detección de antígenos del SARS-CoV-2

- **Caso probable de infección por el SARS-CoV-2 (cuatro opciones A, B, C o D)**

- A. Paciente que cumple los criterios clínicos mencionados anteriormente Y es contacto de un caso probable o confirmado, o está vinculado a un conglomerado de casos de COVID-19.
- B. Caso sospechoso (descrito anteriormente) con signos indicativos de COVID-19 en las imágenes diagnósticas del tórax.
- C. Persona con anosmia (pérdida del olfato) o ageusia (pérdida del gusto) de aparición reciente en ausencia de otra causa identificada.
- D. Muerte, sin otra causa conocida, en un adulto que haya presentado dificultad respiratoria antes de fallecer Y haya estado en contacto con un caso probable o confirmado o guarde relación con un conglomerado de casos de COVID-19.

- **Caso confirmado de infección por el SARS-CoV-2 (tres opciones A, B o C)**
 - A. Individuo que ha dado positivo en una prueba de amplificación de ácidos nucleicos del SARS-CoV-2.
 - B. Individuo que ha dado positivo en una prueba rápida de detección de antígenos del SARS-CoV-2 Y que cumple con la opción A o la opción B de la definición de caso probable o de la definición de caso sospechoso.
 - C. Individuo asintomático que ha dado positivo en una prueba rápida de detección de antígenos del SARS-CoV-2 Y que es contacto de un caso probable o confirmado (38).

Criterios imagenológicos:

a) Tomografía computada

La TC en COVID-19 tiene una sensibilidad de 94% y especificidad de 37%, cuenta con un Valor Predictivo Positivo de 92% y Valor Predictivo Negativo de 42%. Con estos valores de rendimiento diagnóstico la tomografía toma importancia como método de estudio válido en pacientes con sospecha o confirmación de enfermedad, siendo sus indicaciones aún motivo de debate a medida que se obtiene nueva evidencia científica (37).

A. Patrón típico

Hallazgos que con mayor frecuencia y especificidad de neumonías por COVID-19, siendo los principales diagnósticos diferenciales neumonías virales por agentes no COVID-19 y patrones de injuria pulmonar aguda.

B. Patrón indeterminado

Hallazgos reportados en neumonías por COVID-19, pero que carecen de especificidad suficiente.

C. Patrón atípico

Hallazgos reportados como poco comunes en neumonías por COVID-19.

D. Negativo para neumonía

Estudios sin hallazgos tomográficos sugerentes de infección. Podría ser una fase precoz de la enfermedad.

b) Radiografía de tórax

La radiografía de tórax es considerada por el Colegio Americano de Radiología, como recomendado en pacientes con enfermedad respiratoria aguda, en el contexto de la pandemia COVID-19 por su mayor accesibilidad, dosis menor de radiación y la posibilidad de realizar examen portátil disminuyendo la probabilidad de contagio del personal de salud (37).

La Sociedad Británica de Imagenología Torácica (BSTI), para la radiografía de tórax en COVID-19, propone 4 patrones radiológicos son:

A. Clásico / Probable COVID-19

Múltiples opacidades pulmonares bilaterales, ya sea focos de condensación y/o vidrio esmerilado, con predominio zonal inferior y periférico. Se incluyen también múltiples opacidades bilaterales que presentan predominio zonal periférico, pero equivalente entre mitades superior e inferior.

B. Indeterminado para COVID-19

Alteraciones presentes, que no cumplen con los criterios de un patrón clásico ni tampoco de un patrón No-COVID-19.

C. No-COVID-19

Alteraciones presentes, pero sugerentes de otra patología.

D. Normal: que a pesar de no encontrar hallazgos patológicos, aún existe la posibilidad de infección por COVID-19. Indispensable correlación con test de PCR.

Curso

La enfermedad tiene un amplio espectro de gravedad, que va de leve a crítica. Por lo general, comienza con síntomas leves que pueden progresar a cursos más graves después de aproximadamente 5-7 días.

- **Leve (~ 80%):** suele durar de 1 a 2 semanas, no presenta complicaciones ni disnea.
- **Grave (~ 15%):** aparece de 5 a 7 días después de que los síntomas se presentaron, suele durar de 3 a 6 semanas, hay neumonía, puede haber disnea y/o hipoxia.
- **Enfermedad crítica (~ 5%):** Dura de 3 a 6 semanas, aquí se encuentran signos de neumonía grave, shock y posiblemente también síndrome de disfunción orgánica múltiple.

Pruebas diagnósticas

a) PCR cuantitativa de transcripción inversa (RT-qPCR)

Esta prueba es una técnica MOLECULAR de detección y amplificación de ácidos nucleicos, es decir de material genético ARN del virus SARS-Cov-2. Confirma la infección activa a partir de muestras de pacientes. La muestra por recomendación de la OMS se obtiene mediante hisopado nasofaríngeo u orofaríngeo en el mismo tubo para de esta forma aumentar la carga viral. Es la prueba más sensible de los métodos disponibles, y su especificidad es cercana al 100% (26).

b) Prueba de Antígeno

Esta prueba detecta proteínas específicas del virus SARS-CoV-2 obtenidas del tracto respiratorio, al igual que la molecular, un exudado nasofaríngeo y orofaríngeo mediante la técnica de hisopado. Los resultados se obtienen en 20 minutos y no requiere de alguna infraestructura especializada. En caso de tener un resultado negativo pero con clínica sugestiva se debe realizar una PCR (26).

c) Prueba Rápida

Esta prueba detecta la presencia de anticuerpos IgM e IgG frente a SARS-CoV-2 en una muestra sanguínea. Luego de la infección se producen anticuerpos de tipo IgM y a pesar de que sus valores se elevan a los 5 o 7 días tras la infección, los test los detectan mejor a los 8 o 14 días. Luego de aproximadamente 3 semanas aparecen los anticuerpos de tipo IgG. Su sensibilidad es de 88.63% y su especificidad es de 90.63% (26).

Precisión de las pruebas rápidas para diagnosticar Covid-1		
	Sensibilidad	Especificidad
Prueba Molecular	100%	98.9%
Prueba Antigénica	80.9%	99.5%
Prueba Rápida	88.63%	90.63%

Tabla 1: Grupo de Patología Infecciosa de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Abril de 2020. Pruebas diagnósticas de laboratorio de COVID-19.

2.1.2.1. Pronóstico

La tasa de mortalidad varía de 0.5 a 3%, la cual aumenta de forma muy significativa en personas con comorbilidades médicas o personas mayores de edad, las tasas más letales son para las personas mayores de 80 años (20).

Las personas consideradas de alto riesgo de un curso severo y por tanto de una tasa de mortalidad más alta son:

- Mayores de 65 años
- Con ciertas condiciones subyacentes como:
 - o Enfermedad pulmonar crónica o asma de moderada a grave
 - o Condiciones cardiovasculares graves
 - o Condiciones metabólicas (especialmente diabetes mellitus)

- Insuficiencia renal
 - Enfermedad del hígado
 - Obesidad severa (IMC>40)
- Inmunosupresión

2.1.3. IMPACTO DE COVID-19 EN LA SALUD MENTAL

2.1.3.1. SALUD MENTAL EN EL PERSONAL DE SALUD

El trabajo es uno de los escenarios donde una persona pasa la mayor parte de su vida y por ello este debería ser considerado un factor que impacta en la salud mental de las personas. El entorno en el trabajo del personal de salud siempre ha sido estresante, debido al continuo contacto con el sufrimiento, esto los llevado a ser vulnerables y por ende a padecer síntomas de trastornos relacionados con su estado de ánimo (tristeza, culpa, irritabilidad, etc.), reacciones cognitivas como alteración de la memoria, confusión, dificultad en la toma de decisiones; conductuales como el llanto o la hiperactividad, o físicas como cefalea, mareos, dolor de pecho, disnea, etc (11,32).

En los últimos años, por la importancia se ha realizado múltiples investigaciones en el personal médico donde se encontró que el síndrome de Burnout, la depresión y la ansiedad son los trastornos mentales más comunes e importantes por las consecuencias negativas sobre la calidad de vida y el desempeño laboral (34).

En el caso del COVID-19, su rápida propagación, reta a diario a nuestra primera línea de defensa ya que son ellos quienes se enfrentan al riesgo de infección, al miedo de infectarse e infectar a sus familias, a la posibilidad de ser portador asintomático, a la limitada información, los roles clínicos nuevos o desconocidos, el desborde de la demanda asistencial, cansancio del trabajo bajo presión, están expuestos a las emociones negativas no solo de los pacientes sino también de sus familias cuando ocurre una evolución desfavorable, a dilemas éticos y morales, a la escasez de Equipos de Protección Personal, la sensación de desamparo entre otros. Todo esto contribuye de

forma considerable a una angustia emocional generalizada el cual incrementará el esfuerzo emocional y el agotamiento físico de la persona generando así un mayor riesgo a desarrollar algún trastorno psiquiátrico (32).

3. REVISIÓN DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. A nivel local

Autor: Yaime Condori Arias

Título: “Asociación entre la exposición al covid-19 y la presencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en los hospitales de la región Arequipa”

Resumen: este fue un estudio de tipo observacional, transversal y retrospectivo donde se realizó una encuesta virtual a 395 médicos que laboraban en hospitales COVID-19 y no COVID-19, durante el periodo del 24 al 30 de junio del 2020. Se indagó sobre las características de exposición al COVID-19, y se detectaron síntomas y severidad de depresión, ansiedad e insomnio, con las escalas PHQ-9, GAD-7 e ISI respectivamente. En conclusión del estudio, se encontró asociación entre la exposición al COVID-19 y la presencia de síntomas de ansiedad e insomnio (32).

3.2. A nivel nacional

Autor: Médico Psiquiatra Jeff Huarcaya

Título: “Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19”

Resumen: Gracias al rápido incremento de casos y muertes por COVID-19, la población general y el personal de salud ha experimentado problemas psicológicos, como ansiedad, depresión y estrés. Si bien la información

científica sobre la COVID-19 se incrementa constantemente, esta se centra en los aspectos genéticos y epidemiológicos del virus y en las medidas de salud pública, dejando de lado los posibles efectos en la salud mental. En esta revisión se narraron los efectos de la pandemia de COVID-19 sobre la salud mental, informándose la presencia de ansiedad, depresión y reacción al estrés en la población general. Además, en el personal de salud también se han encontrado problemas de salud mental, especialmente en las profesionales mujeres, el personal de enfermería y aquellos que trabajan directamente con casos sospechosos o confirmados de COVID-19. En los esfuerzos realizados para disminuir la propagación de la enfermedad, se debe prestar atención al diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental (20).

Autor: Becerra Canales B., Ybaseta Medina J.

Título: “Salud autopercebida en trabajadores de enfermería del primer nivel de atención, durante la pandemia de covid-19”

Resumen: Este fue un estudio de tipo descriptivo y transversal, realizado en 32 establecimientos de primer nivel de atención de la Red de salud Ica, durante junio y julio del 2020, el objetivo fue conocer los niveles de salud autopercebida en trabajadores de enfermería del primer nivel de atención, durante la pandemia de COVID-19. Se recolectaron datos sociodemográficos y se administró el Cuestionario de Salud General de Goldberg de 12 preguntas. Se describieron las variables del estudio y se aplicó Chi-cuadrado para evaluar diferencias. Resultados: De los participantes, fueron de sexo femenino (80,7%); función del cargo enfermero (56,0%); condición laboral nombrado (67,5%) y grupo de edad 41 a 50 años (41,0%). La prevalencia autopercebida de mala salud, fue del 50%; las diferencias resultaron significativas según el sexo y función del cargo; no obstante en la condición laboral y los grupos de edad, las diferencias no fueron significativas. Los resultados varían según disforia general (ansiedad y depresión) y disfunción social o mal funcionamiento social. Conclusiones: Durante la pandemia de COVID-19, el nivel de mala salud autopercebida es de tendencia alta, existen diferencias estadísticas en algunas variables sociodemográficas. Es necesario promover

acciones conjuntas que contribuyan al bienestar del trabajador de enfermería (27).

3.3. A nivel internacional

Autor: María Dosil Santamaría, Naiara Ozamiz-Etxebarria.

Título: “Impacto psicológico del COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles”

Resumen: En el contexto de la pandemia COVID-19 los profesionales de la salud están experimentando altos niveles de estrés debido a la sobrecarga de trabajo que genera la pandemia y las condiciones en las que se encuentran trabajando. Este estudio tuvo como objetivo evaluar los factores que pueden desestabilizar la salud mental de estos profesionales el contexto de esta pandemia. Los resultados dieron a conocer que la pandemia COVID-19 ha generado síntomas de estrés, ansiedad, depresión e insomnio entre los trabajadores de la salud, con niveles más altos entre las mujeres y los profesionales mayores. Algunos factores, como haber estado en contacto con el virus o el miedo en el trabajo, desencadenaron una mayor sintomatología. En esta situación crítica, los profesionales están en primera línea y, por tanto, están directamente expuestos a determinados riesgos y estresores. Esto contribuye al desarrollo de diversos síntomas psicológicos. En consecuencia, se recomienda brindarles ayuda psicológica con el fin de reducir el impacto emocional del COVID-19, y así, asegurar no solo la salud mental de nuestros profesionales de la salud, sino también la atención adecuada que brindan (2).

Autor: Aliana Danet Danet

Título: “Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19 en los profesionales sanitarios occidentales de primera línea. Una revisión sistemática”

Resumen: Esta fue una revisión sistemática donde se incluyeron 12 estudios de las bases de datos PubMed, Scopus y Web of Science. El objetivo fue

evaluar el impacto psicológico entre los trabajadores de la salud que se encuentran en la primera línea de la crisis del SARS-CoV-2 y compararlo con el resto de profesionales de la salud, mediante una revisión sistemática de publicaciones occidentales. Los estudios cuantitativos europeos y estadounidenses reportaron niveles moderados y altos de estrés, ansiedad, depresión, alteración del sueño y agotamiento, con diversas estrategias de afrontamiento y síntomas más frecuentes e intensos entre mujeres y enfermeras, sin resultados concluyentes por edad. En la primera línea de atención el impacto psicológico fue mayor que en el resto de los profesionales de la salud (29).

Autor: Monterrosa-Castro A, Dávila-Ruiz R, Mejía-Mantilla A

Título: “Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos”

Resumen: Este es un estudio transversal que exploró síntomas y percepciones durante la pandemia del COVID-19 en médicos generales colombianos sometidos a cuarentena obligatoria que ejercieron su profesión en marzo del 2020. Previo consentimiento informado, anónima y voluntariamente, los participantes diligenciaron un formulario virtual con preguntas generales sobre COVID-19. Siete de cada diez participantes presentó síntomas de ansiedad o estrés laboral, mientras que cuatro presentaban síntomas de FCV-19S. No se observó asociación con la clasificación del municipio donde laboraban (30).

Autor: Torre-Muñoz V., Farias-Cortés J.D., Reyes-Vallejo L.A., Guillen-Díaz-Barriga C

Título: “Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con Covid-19”

Resumen: Revisión bibliográfica sobre impacto en salud mental del personal sanitario por las condiciones hospitalarias, factores de riesgo y dilemas éticos y morales provocados por la atención de pacientes durante la pandemia COVID-19. El personal sanitario puede experimentar ansiedad intensa, incertidumbre, pérdidas de rutinas y tradiciones, estrés, fatiga por compasión, así como daño

moral, quedando propensos a desencadenar alteraciones mentales como depresión, trastorno de estrés postraumático e incluso ideación suicida. Es prioritario detectar comportamientos indicativos de alteraciones en la salud mental para mitigar sus efectos, implementando estrategias con alto grado de calidad y apoyo que propicien crecimiento postraumático (31).

4. OBJETIVOS

4.1. General

Determinar la influencia del Diagnóstico de infección por COVID-19 en la presencia de síntomas depresivos en personal de salud del Departamento de Medicina Interna del Hospital Goyeneche, Arequipa 2021.

4.2. Específicos

- 1) Analizar la frecuencia y el nivel de severidad de la sintomatología depresiva en el personal de salud del Departamento de Medicina Interna del Hospital Goyeneche con resultado positivo a una Prueba diagnóstica para infección por COVID-19.
- 2) Evaluar la frecuencia y el nivel de severidad de la sintomatología depresiva en el personal de salud del Departamento de Medicina Interna del Hospital Goyeneche con resultado negativo a una Prueba Diagnóstica para infección por COVID-19.
- 3) Determinar los factores, además del COVID-19, que podrían contribuir al desarrollo de sintomatología depresiva en el personal de salud.

5. HIPÓTESIS

Dado que el personal de salud está permanentemente expuesto a pacientes con Covid-19, es probable que la infección por COVID-19, influya en los síntomas depresivos en el personal de Salud del Departamento de Medicina Interna del Hospital Goyeneche de Arequipa.



CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

6. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

Técnica:

En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta autoaplicada.

Instrumentos:

En primer lugar se elaboró un formato de Consentimiento Informado para comenzar con la obtención de la información por parte del personal de salud del Departamento de Medicina Interna del Hospital Goyeneche (Anexo 1)

Se elaboró un Cuestionario: en él se recogieron datos personales como edad, género, estado civil, grupo ocupacional, evolución clínica, si tiene algún familiar con resultado a Covid-19 positivo, o si tiene algún familiar fallecido por esta enfermedad (Anexo 2). Y se usó la escala de Zung para Depresión. (Anexo 3).

Estructura del Instrumento:

	VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD / CATEGORÍA	ESCALA
Variable Dependiente	Depresión	Test de Zung	Ausente Leve Moderado Moderadamente Severo Severo	Cualitativa
Variable Independiente	SARS-COV-2	Prueba Antigénica Molecular o PCR Imagen	Negativo Positivo	Cualitativa
Variable Interviniente	EDAD	Cuestionario	20-34 35-49 50 - 65	Cuantitativa
	SEXO	Cuestionario	Femenino Masculino	Cualitativa

	ESTADO CIVIL	Cuestionario	Soltero Casado Conviviente Divorciado Viudo	Cualitativa
	GRUPO OCUPACIONAL	Cuestionario	Médico Asistencial Médico Residente Enfermera Obstetriz Psicólogo Técnico Asistencial Técnico Administrativo Otros	Cualitativa
	EVOLUCIÓN CLÍNICA	Cuestionario	En casa Hospitalizado, no en UCI Hospitalizado en UCI	Cualitativa
	FAMILIAR COVID POSITIVO	Cuestionario	Cónyuge Hijo Padre/ Madre Otro	Cualitativa
	FAMILIAR FALLECIDO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES	Cuestionario	Cónyuge Hijo Padre/ Madre Otro	Cualitativa

Materiales de verificación:

- Fichas de recolección de datos.
- Material de escritorio
- Impresión del instrumento
- Hojas Bond, material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

7. CAMPO DE VERIFICACIÓN

7.1. Ubicación espacial

El presente estudio se llevó a cabo en las Instalaciones del Hospital III Goyeneche – Arequipa.

7.2. Ubicación temporal

El análisis tuvo una recolección de datos, de todo el personal de salud que labora en el departamento de Medicina del Hospital Goyeneche, que están laborando en forma presencial durante el período de mayo del año 2021.

7.3. Unidades de estudio:

El universo está conformado por todo Personal de salud del Departamento de Medicina Interna del Hospital Goyeneche en abril del 2021, quienes trabajan de forma presencial.

Muestra: No se consideró el cálculo de un tamaño de muestra, ya que se abarcó a todo el personal de Salud que trabaja de forma presencial en el Departamento de Medicina Interna y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de selección:

□ Criterios de Inclusión

- Mayores de edad
- Personal de salud del Departamento de Medicina Interna
- Personal de salud que de su consentimiento informado
- Trabajadores sin diagnóstico de depresión previo

□ **Criterios de Exclusión**

- Personal con tratamiento para depresión
- Personal de salud que se niegue a participar del estudio
- Personal de salud que llenó de forma inadecuada la encuesta
- Pacientes que estén cursando con la enfermedad COVID-19
- Personal de salud que no se encuentra actualmente trabajando en el Hospital.

8. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

8.1. Organización

Después de que el Proyecto de Tesis fue aprobado por los jurados dictaminadores, se solicitó carta de presentación al Decano de la Facultad de Medicina Humana, al Director del Hospital Goyeneche, para la autorización respectiva, e iniciar con el proyecto en el Departamento de Medicina del Hospital Goyeneche.

Se reconoció la población de estudio mediante la revisión de los roles de asistencia del mes de mayo, de todos los trabajadores en sus diferentes unidades. La investigadora procedió a ubicar al personal de Salud del Departamento de Medicina interna del Hospital Goyeneche, en cada uno de sus lugares de trabajo y se les informó de forma breve el propósito de la investigación, además de aclarar dudas o preguntas que tuvieran al respecto. Se consiguió su participación voluntaria y se procedió a pedir por escrito su consentimiento informado. Luego se les dio la ficha de recolección de datos y la hoja del test de Zung para Depresión, para que lo llenen en forma anónima. Posteriormente se recogió las dos fichas, de cada trabajador.

Una vez concluida la recolección de las fichas se procedió a la tabulación de datos, en la matriz de sistematización elaborada en el programa Excel, esto facilito el conteo y el análisis de los resultados, para su posterior interpretación y análisis e informe final.

8.2. Recursos

- Humanos
 - Investigadora
 - Asesor
 - Personal especialista en estadística
- Materiales

	Costo Unitario	Cantidad	Costo Total
Lapiceros	0.50	4	2.00
Corrector de lapicero	2.50	1	2.50
½ millar hojas bond	14.00	1	14.00
Marcador indeleble	1.50	2	3.00
Tabla de madera	8.00	1	8.00
Folder	1.50	3	4.50
USB 4GB	32.00	1	32.00
Impresiones	4.00	1	4.00
Copias	10.00	1	10.00
Monoverol antifluidos	50.00	1	50.00
Mandil descartable	10.00	4	40.00
Gorro descartable	0.50	6	3.00
Botas descartables	1.00	6	6.00
Guantes caja	12.00	1	12.00
Mascarilla KN95 caja	15.00	2	30.00
Protector Facial	3.00	1	3.00
TOTAL			224.00

- Financieros

Autofinanciado

8.3. Cronograma de trabajo

TIEMPO	2020	2021					
ACTIVIDAD	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
1. Elección del tema							
2. Revisión bibliográfica							
3. Aprobación del proyecto							
4. Ejecución							
5. Análisis e interpretación							
6. Informe Final							
7. SUTENTACION							



CAPÍTULO III

RESULTADOS

INFLUENCIA DEL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR COVID 19 EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PERSONAL DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA 2021

Tabla 1

Características sociodemográficas del personal encuestado

		N°	%
Edad	20-34 a	28	32.94%
	35-49 a	36	42.35%
	50-65 a	21	24.71%
Sexo	Femenino	55	64.71%
	Masculino	30	35.29%
Ocupación	Médico asistente	29	34.12%
	Médico residente	10	11.76%
	Enfermero	17	20.00%
	Obstetra	5	5.88%
	Psicólogo	6	7.06%
	Técnico	18	21.18%
E. civil	Soltero	27	31.76%
	Conviviente / casado	52	61.18%
	Separado / divorciado	5	5.88%
	Viudo	1	1.18%
Toma medicación	No	74	87.06%
	Antihipertensivo	4	4.71%
	Antidiabético	2	2.35%
	Antiulceroso	2	2.35%
	Antihistamínico	1	1.18%
	Anticonvulsivo	1	1.18%
	Antiagregante	1	1.18%
Total		85	100.00%

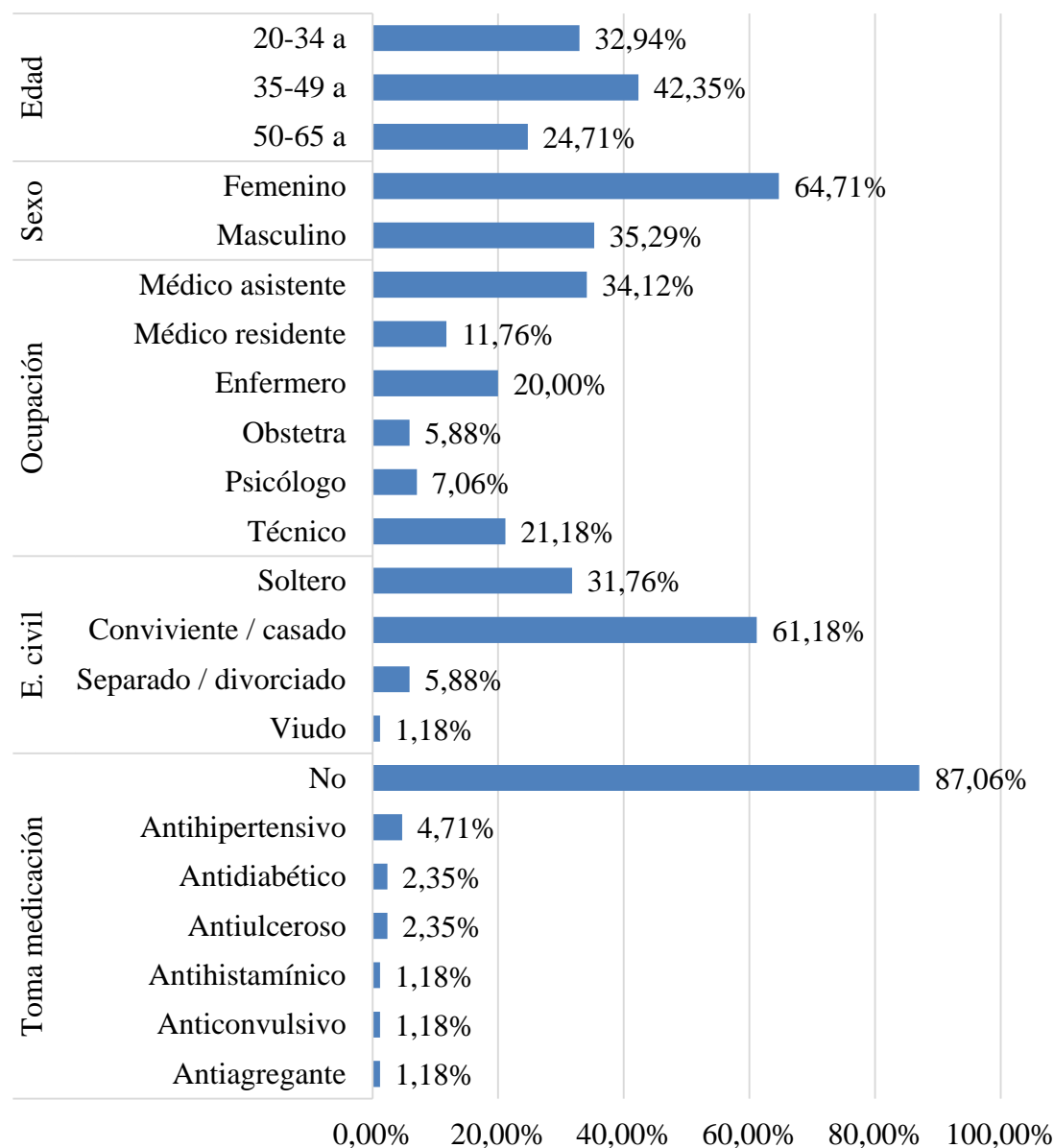
Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Se aprecia que hubo un 64.71%, de mujeres, participantes del estudio. Un 45.88% médicos, otros profesionales un 32.94% y técnicos 21.18%. Trabajadores con pareja un 61.18%.

INFLUENCIA DEL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR COVID 19 EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PERSONAL DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2021

Gráfico 1

Características sociodemográficas del personal encuestado



Fuente: Elaboración propia

INFLUENCIA DEL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR COVID 19 EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PERSONAL DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA 2021

Tabla 2

Resultados de las pruebas diagnósticas para COVID-19 en el personal

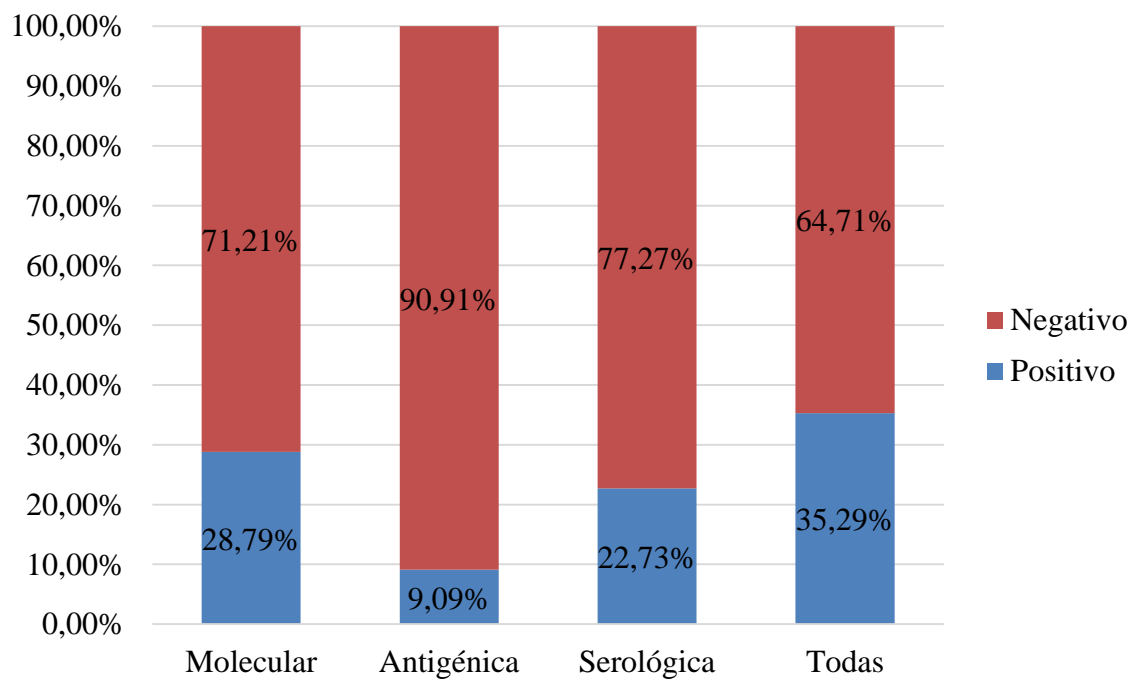
	Molecular		Antigénica		Serológica		Todas	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Positivo	19	28.79%	3	9.09%	10	22.73%	30	35.29%
Negativo	47	71.21%	30	90.91%	34	77.27%	55	64.71%
Total	66	100.00%	33	100.00%	44	100.00%	85	100.00%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Se muestra los resultados de las pruebas diagnósticas realizadas en los trabajadores. Entre las 66 personas que se realizaron la prueba molecular, el 28.79% dio positivo, con la prueba antigénica fue el 9.09%, y con la serológica 22.73%. Esto resulta en que 35.29% de los trabajadores (30 casos) con diagnóstico basado en alguna de las pruebas como reactiva, fueron positivos para COVID-19.

INFLUENCIA DEL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR COVID 19 EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PERSONAL DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2021

Gráfico 2
Resultados de las pruebas diagnósticas para COVID-19 en el personal



Fuente: Elaboración propia

INFLUENCIA DEL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR COVID 19 EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PERSONAL DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2021

Tabla 3

Motivo de la prueba diagnóstica en casos con resultado positivo (n = 30)

	N°	%
Sintomatología sugerente	19	63.33%
Control hospitalario (asintomático)	11	36.67%
Total	30	100.00%

Promedio síntomas: 5.79 ± 3.26 días (2 – 15 días)

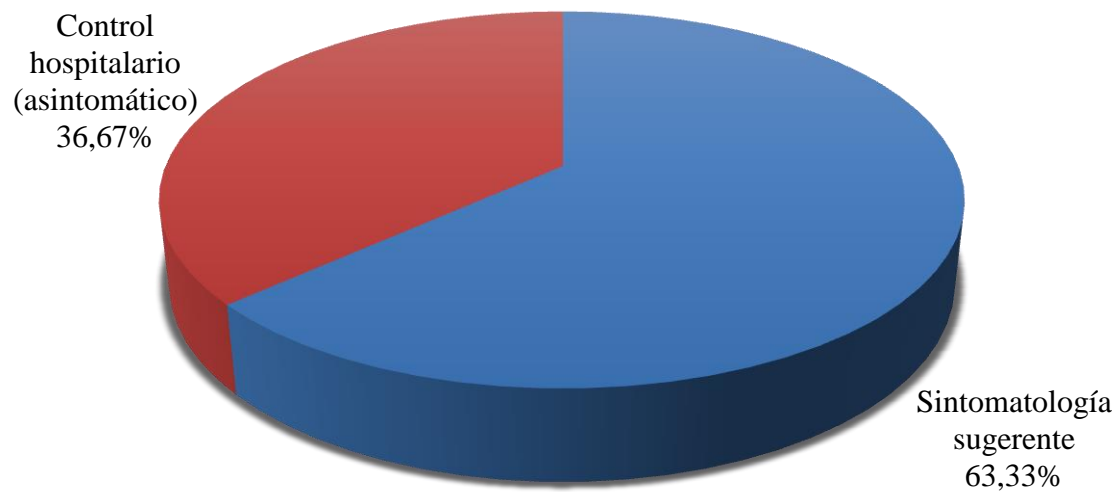
Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Entre los 30 casos positivos, el 63.33% tuvo sintomatología sugerente de COVID-19, y 36.67% fueron asintomáticos pero se realizaron la prueba como rutina de control hospitalario; entre los casos sintomáticos, el promedio de duración de síntomas fue de 5.79 ± 3.26 días, con una variación de 2 a 15 días.

INFLUENCIA DEL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR COVID 19 EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PERSONAL DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2021

Gráfico 3

Motivo de la prueba diagnóstica en casos con resultado positivo (n = 30)



Fuente: Elaboración propia

INFLUENCIA DEL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR COVID 19 EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PERSONAL DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2021

Tabla 4
Evolución de cuadro de COVID-19 en el personal positivo (n = 30)

	N°	%
Permaneció en domicilio	26	86.67%
Hospitalizado (no UCI)	4	13.33%
Total	30	100.00%

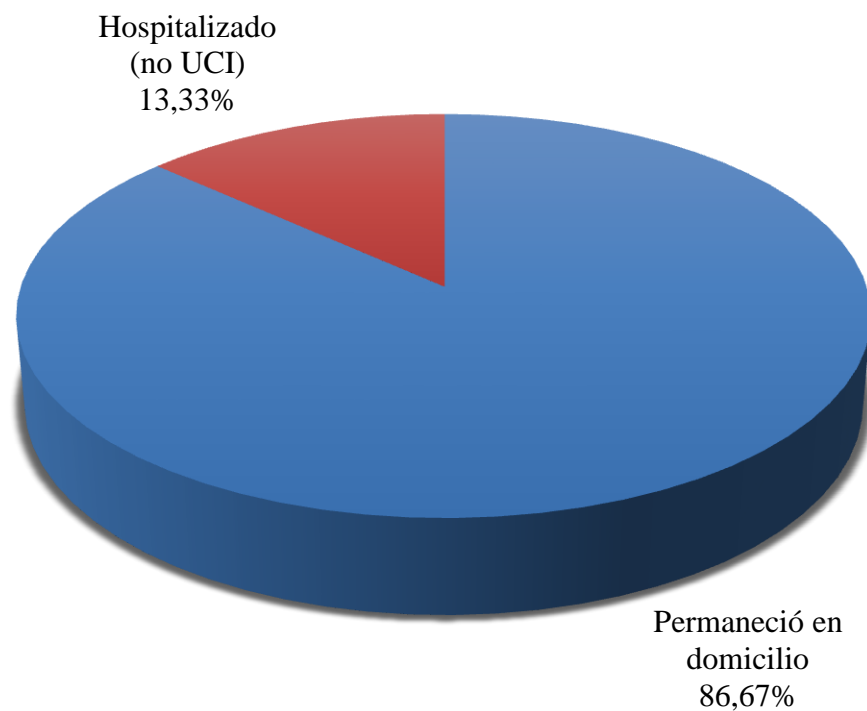
Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Se muestra la evolución del cuadro clínico en casos positivos; el 86.67% de casos permaneció en su domicilio y 13.33% requirió de hospitalización, aunque no requirieron cuidados intensivos.

INFLUENCIA DEL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR COVID 19 EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PERSONAL DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2021

Gráfico 4

Evolución de cuadro de COVID-19 en el personal positivo (n = 30)



Fuente: Elaboración propia

INFLUENCIA DEL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR COVID 19 EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PERSONAL DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA 2021

Tabla 5

Antecedente de familiar que viva con el trabajador con diagnóstico de COVID-19

	N°	%
Ninguno	47	55.29%
Padre / madre	10	11.76%
Hijo	13	15.29%
Cónyuge	13	15.29%
Otro familiar	13	15.29%

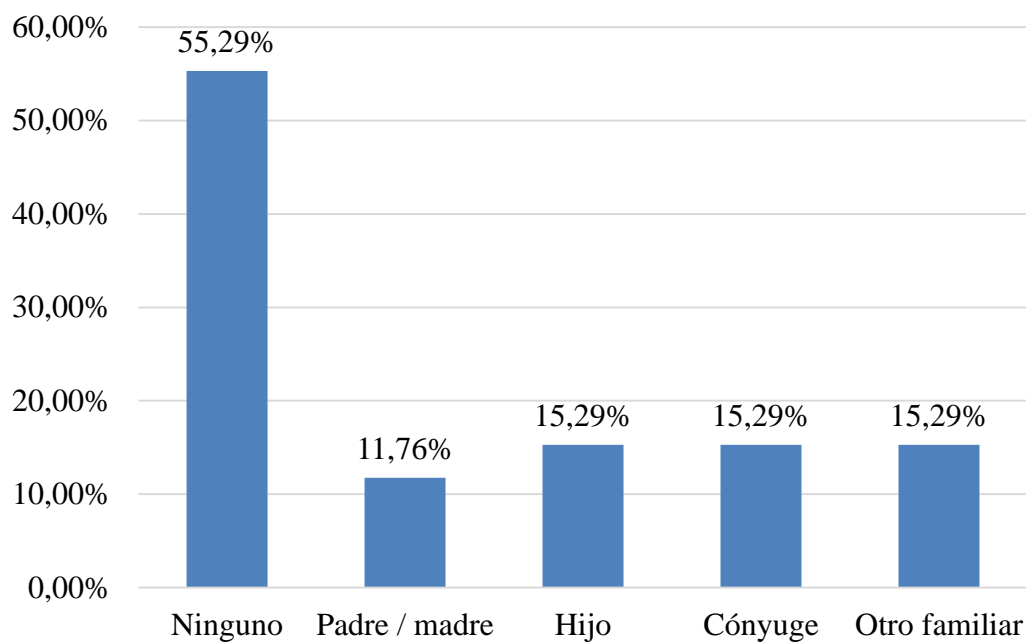
Fuente: Elaboración propia

Interpretación: De todo el personal de salud en el estudio, el 55.29% no tuvo familiares con la enfermedad de COVID-19, el 11.76% tuvo Padre/madre con la enfermedad de COVID-19, el 15.29% tuvo Hijo con la enfermedad de COVID-19, el 15.29% tuvo Cónyuge con enfermedad COVID-19, y el 15.29% tuvo a otro familiar de los mencionados con COVID-19. Observamos que hubo más de un familiar con Covid-19, en alguno de ellos.

INFLUENCIA DEL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR COVID 19 EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PERSONAL DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2021

Gráfico 5

Antecedente de familiar que viva con el trabajador con diagnóstico de COVID-19



Fuente: Elaboración propia

INFLUENCIA DEL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR COVID 19 EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PERSONAL DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA 2021

Tabla 6
Antecedente de familiar fallecido por COVID-19 en los últimos 6 meses

	N°	%
Ninguno	71	83.53%
Cónyuge	1	1.18%
Otro familiar	13	15.29%
Total	85	100.00%

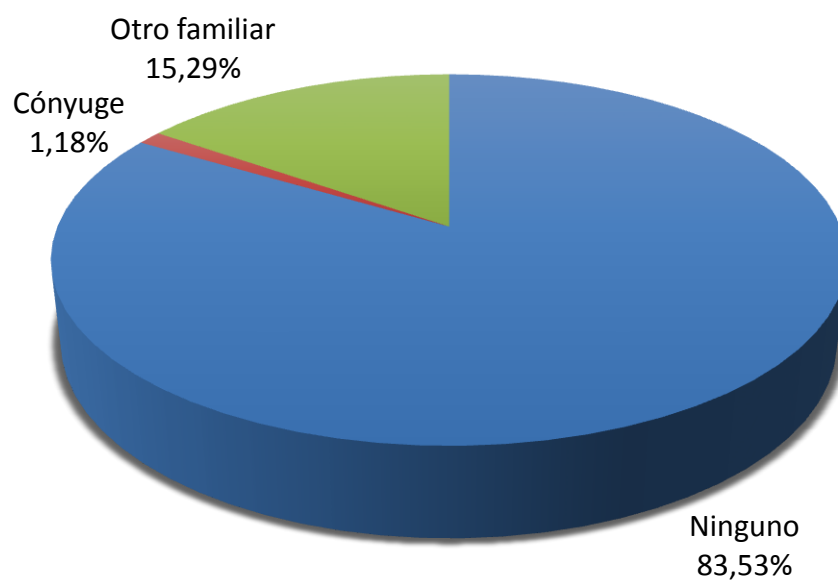
Fuente: Elaboración propia

Interpretación: De todo el personal de salud que participó en el estudio, el 83.53% no perdió a ningún familiar por COVID-19, el 1.18% tuvo el antecedente de cónyuge fallecido por COVID-19, y el 15.29% tuvo el antecedente de tener otro familiar fallecido por COVID-19.

INFLUENCIA DEL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR COVID 19 EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PERSONAL DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2021

Gráfico 6

Antecedente de familiar fallecido por COVID-19 en los últimos 6 meses



Fuente: Elaboración propia

INFLUENCIA DEL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR COVID 19 EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PERSONAL DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2021

Tabla 7
Presencia y severidad de síntomas depresivos en el personal encuestado

	N°	%
Sin depresión	49	57.65%
D. leve	24	28.24%
D. moderada	11	12.94%
D. severa	1	1.18%
Total	85	100.00%

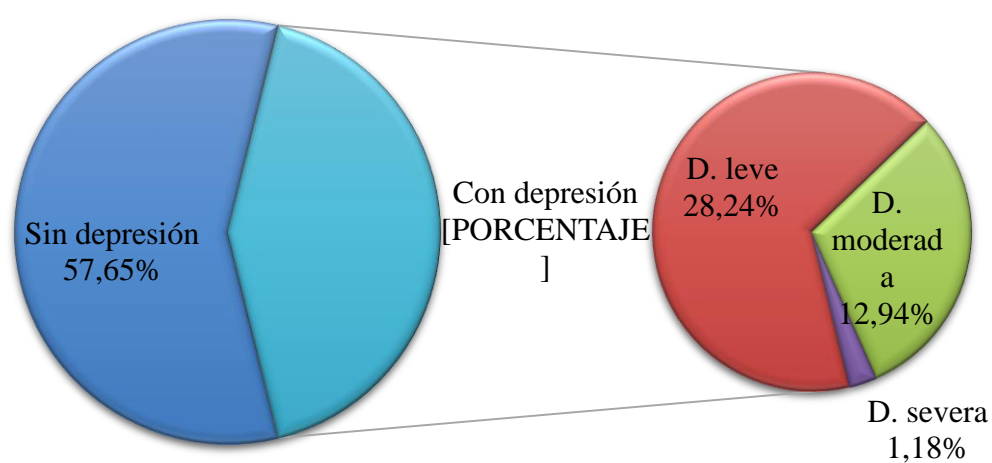
Fuente: Elaboración propia

Interpretación: De todo el personal de salud que participó en el estudio, el 57.65% no presenta Depresión y que el 42.35% sí presenta síntomas de Depresión, de los cuales los síntomas Leves fueron en 28.24%, Moderados en 12.94% y Severos en el 1.18%.

INFLUENCIA DEL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR COVID 19 EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PERSONAL DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GOYENECHE, AREQUIPA 2021

Gráfico 7

Presencia y severidad de síntomas depresivos en el personal encuestado



Fuente: Elaboración propia

INFLUENCIA DEL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR COVID 19 EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PERSONAL DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2021

Tabla 8

Presencia de síntomas depresivos según las características sociodemográficas de los trabajadores

		Total	Sin depresión		Con depresión		χ^2 (p)
			N°	%	N°	%	
Edad	20-34 a	28	19	67.86%	9	32.14%	2.12 (0.35)
	35-49 a	36	20	55.56%	16	44.44%	
	50-65 a	21	10	47.62%	11	52.38%	
Sexo	Femenino	55	30	54.55%	25	45.45%	0.61 (0.43)
	Masculino	30	19	63.33%	11	36.67%	
Ocupación	Médico asistente	29	16	55.17%	13	44.83%	3.83 (0.57)
	Médico residente	10	8	80.00%	2	20.00%	
	Enfermero	17	8	47.06%	9	52.94%	
	Obstetra	5	2	40.00%	3	60.00%	
	Psicólogo	6	4	66.67%	2	33.33%	
	Técnico	18	11	61.11%	7	38.89%	
E. civil	Soltero	27	15	55.56%	12	44.44%	1.50 (0.68)
	Conviv. / casado	52	31	59.62%	21	40.38%	
	Separado / divorciado	5	2	40.00%	3	60.00%	
	Viudo	1	1	100.00%	0	0.00%	
Consumo de medicamentos	Sí	11	6	54.55%	5	45.45%	0.05 (0.82)
	No	74	43	58.11%	31	41.89%	
Total		85	49	57.65%	36	42.35%	-

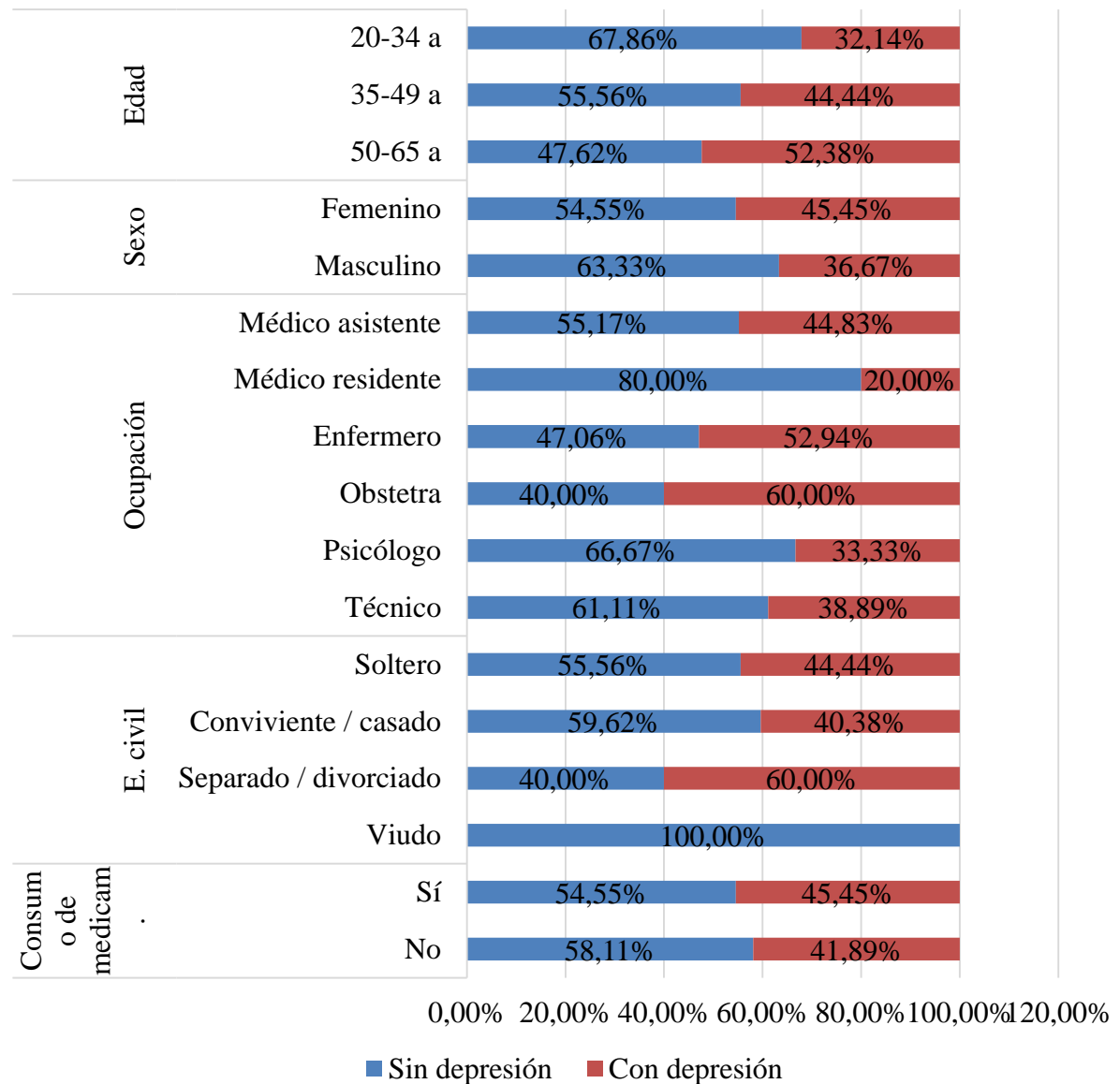
Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Se muestra mayor sintomatología de depresión en mayores de 35 años. Un 45.45% en mujeres. El menor porcentaje de depresión en médicos residentes, 20%. El mayor porcentaje 60% en obstetras. En segundo lugar con un 52.94% en enfermeras y los médicos con un 44.83%. Más frecuente en personas solas. Las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$).

INFLUENCIA DEL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR COVID 19 EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PERSONAL DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2021

Gráfico 8

Presencia de síntomas depresivos según las características sociodemográficas de los trabajadores



Fuente: Elaboración propia

INFLUENCIA DEL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR COVID 19 EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PERSONAL DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2021

Tabla 9
Influencia del curso clínico de la enfermedad en la presencia de síntomas depresivos

	Total	Sin depresión		Con depresión	
		N°	%	N°	%
Covid Negativo	55	34	61.82%	21	38.18%
Domiciliario	26	13	50.00%	13	50.00%
Hospitalario	4	2	50.00%	2	50.00%
Total	85	49	57.65%	36	42.35%

$\text{Chi}^2 = 1.11$

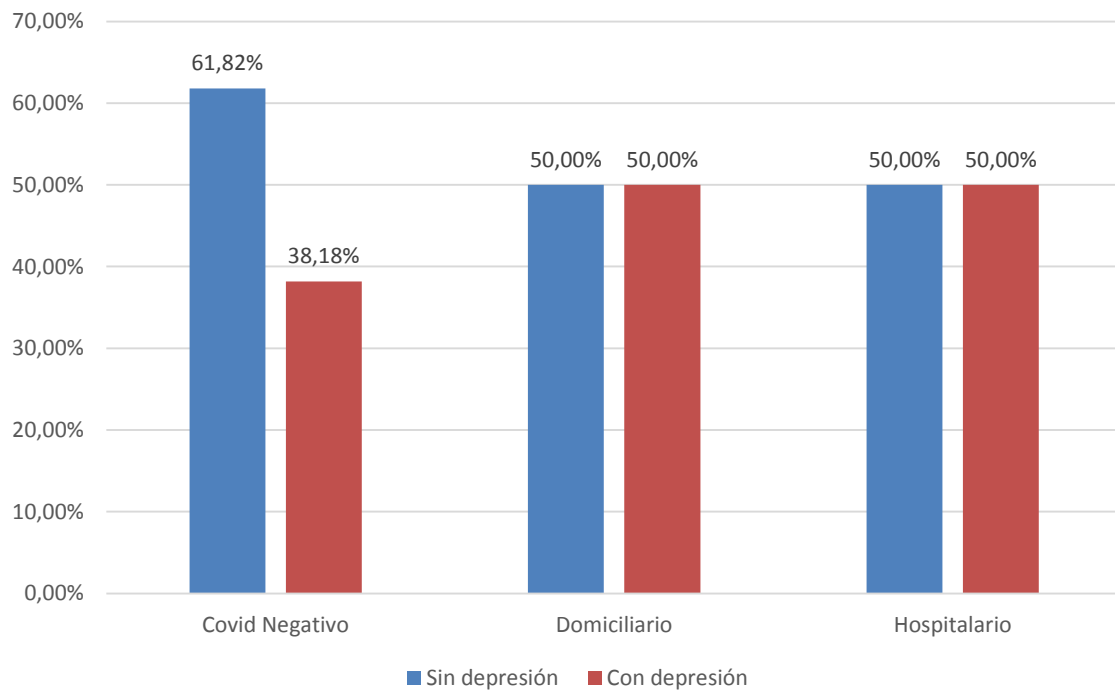
G. libertad = 2 p = 0.57

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Se muestra que la sintomatología depresiva entre los trabajadores con resultado negativo para Covid-19 fue menor (38.18%) a comparación del 50% de enfermos atendidos domiciliariamente o en forma hospitalaria, aunque las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$)

INFLUENCIA DEL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR COVID 19 EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PERSONAL DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2021

Gráfico 9
Influencia del curso clínico de la enfermedad en la presencia de síntomas depresivos



Fuente: Elaboración propia

INFLUENCIA DEL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR COVID 19 EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PERSONAL DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2021

Tabla 10
Presencia de síntomas depresivos según las características familiares de los trabajadores

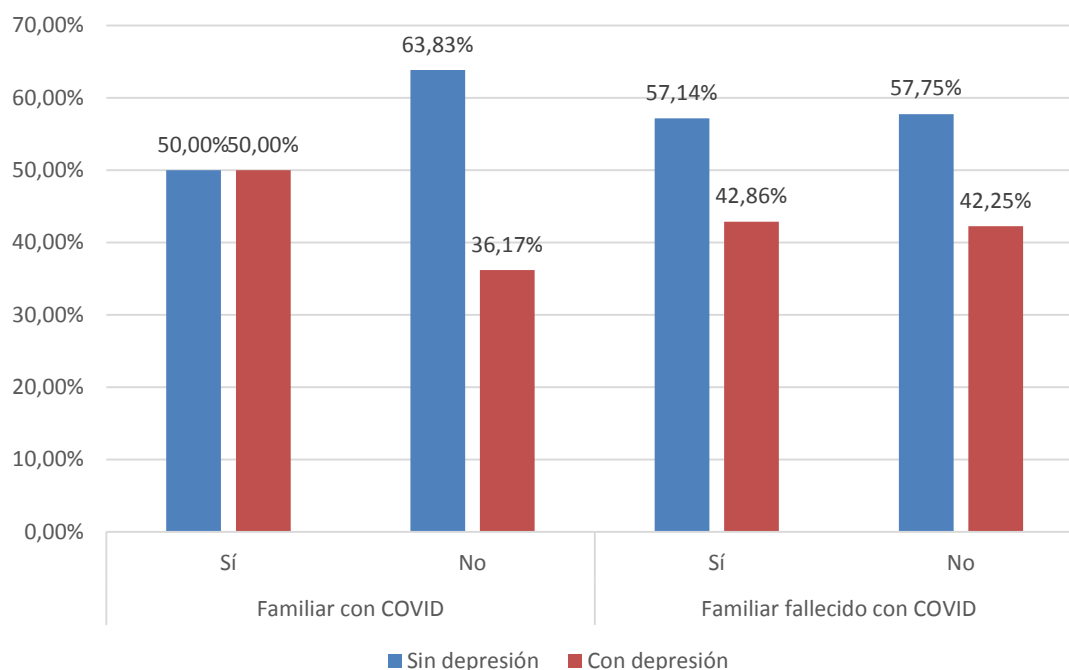
		Sin depresión			Con depresión		χ^2 (p)
		Total	N°	%	N°	%	
Familiar con COVID	Sí	38	19	50.00%	19	50.00%	1.65 (0.20)
	No	47	30	63.83%	17	36.17%	
Familiar fallecido con COVID	Sí	14	8	57.14%	6	42.86%	1.52 (0.47)
	No	71	41	57.75%	30	42.25%	
Total		85	49	57.65%	36	42.35%	-

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Se muestra los síntomas depresivos según las características familiares de los trabajadores; entre trabajadores con familiares enfermos, el 50% tuvo síntomas depresivos, comparado con 36.17% entre los que no tuvieron familiares con COVID, con diferencia no significativa ($p > 0.05$). La proporción de síntomas depresivos entre trabajadores con familiares fallecidos fue similar a la de los no fallecidos (42.86% comparado con 42.25%; $p > 0.05$).

INFLUENCIA DEL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR COVID 19 EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PERSONAL DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2021

Gráfico 10
Presencia de síntomas depresivos según las características familiares de los trabajadores



Fuente: Elaboración propia

INFLUENCIA DEL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR COVID 19 EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PERSONAL DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA 2021

Tabla 11
Relación entre diagnóstico de infección COVID-19 y severidad de los síntomas depresivos en el personal

Depresión	Negativo		Positivo	
	N°	%	N°	%
Sin depresión	34	61.82%	15	50.00%
D. leve	14	25.45%	10	33.33%
D. moderada	7	12.73%	4	13.33%
D. severa	0	0.00%	1	3.33%
Total	55	100.00%	30	100.00%

$\text{Chi}^2 = 2.74$

G. libertad = 3 p = 0.43

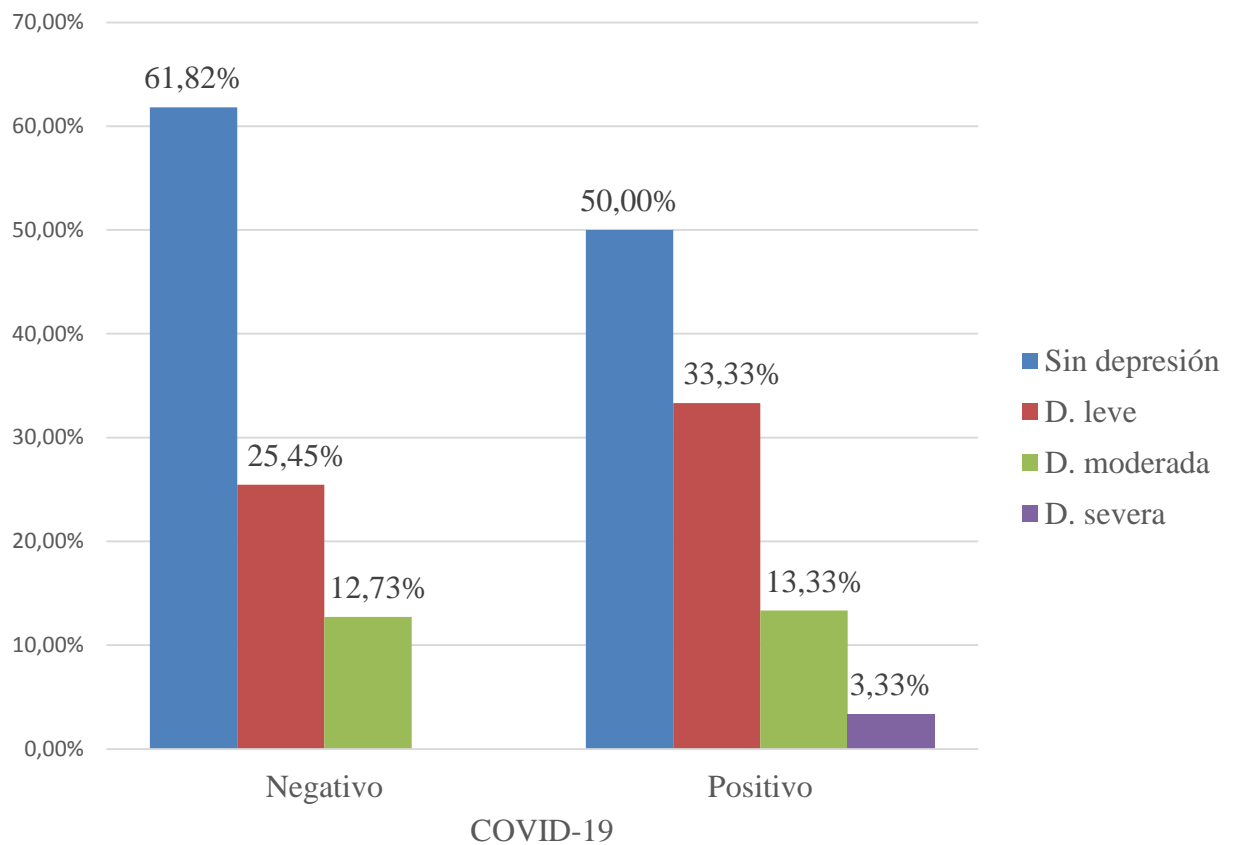
Fuente: Elaboración propia

Interpretación: se muestra la relación entre el diagnóstico de infección y la severidad de los síntomas depresivos; entre los casos sin COVID, el 38.18% tuvieron síntomas de depresión, (leves en 25.45%, moderada en 12.73%). En casos positivos a COVID, el 50% tuvo depresión (33.33% leve, 13.33% moderada y 3.33% severa); las diferencias no obstante no fueron significativas ($p > 0.05$).

INFLUENCIA DEL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR COVID 19 EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PERSONAL DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2021

Gráfico 11

Relación entre diagnóstico de infección COVID-19 y severidad de los síntomas depresivos en el personal



Fuente: Elaboración propia



CAPÍTULO IV
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó con el objeto de determinar la influencia del Diagnóstico de infección por COVID-19, en la presencia de síntomas depresivos en personal de salud del Departamento de Medicina Interna del Hospital Goyeneche, Arequipa 2021. Se realizó la presente investigación como medio de garantizar un óptimo estado de salud mental en el personal de salud, diagnosticando a tiempo al personal que presenta sintomatología depresiva, para un tratamiento oportuno de este, evitando así formas moderadas o severas de presentación, además de resaltar la importancia de prevenir estos eventos, más ahora que el personal de salud se encuentra cansado como consecuencia de la incertidumbre sobre el final de la pandemia.

Para tal fin se encuestó a una muestra de 85 trabajadores de salud que cumplieron con los criterios de selección para el estudio. Se aplicó una ficha de datos y la escala de depresión de Zung. Se mostraron los resultados mediante estadística descriptiva, y se compararon las variables con prueba Chi cuadrado.

En este estudio más de la mitad de participantes fueron del sexo femenino (64.71%). Y como podemos comprobar en la Tabla 8, efectivamente el sexo femenino tuvo un mayor porcentaje de depresión (45.45%) a comparación del grupo de sexo masculino (36.67%), aunque esta diferencia no es significativa ($p > 0.05$). Estudios como el de Condori se relacionó el ser mujer con tener mayor probabilidad de tener depresión, además que los síntomas y severidad de esta enfermedad están influenciados por factores como el sexo, la edad y la proximidad a pacientes infectados con COVID-19. Así mismo Santamaría en su investigación señaló que la pandemia por Covid-19, generó muchos síntomas psicológicos de los cuales, se encontraron niveles más altos en mujeres y profesionales de mayor edad, cuanto más estuvieron expuestos se desencadenó una mayor sintomatología (2,32).

En cuanto a la edad, en nuestra investigación observamos que los síntomas de depresión aumentan de 32.14% entre los 20 y 34 años, a 44.44%

entre los 35 y 49 años, y llegaron a 52.38% en trabajadores de 50 a 65 años. Aunque las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$), (Tabla 8), Gómez encontró que la variable edad junto con la experiencia en la Medicina, predice el riesgo de presentar síntomas de depresión, esto evidencia que las personas mayores que tienen más años de experiencia tienen mayor probabilidad de presentar depresión severa (34).

Di Tella encontró que la persona que no se encuentra en una relación se asocia con niveles más altos de niveles de depresión. En nuestra investigación encontramos también más depresión en personas solas: en un 44.44% en los solteros y un 60% en los separados. En cuanto al estado civil hubo más síntomas depresivos entre los separados o divorciados (60%) (40).

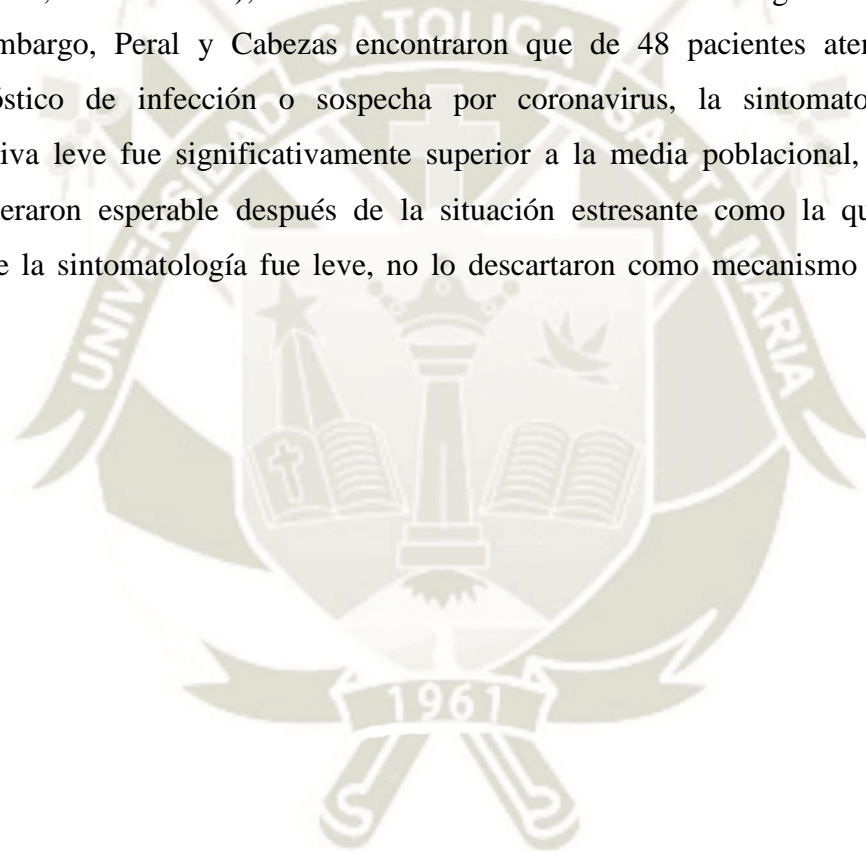
Torre-Muñoz manifestó que el sexo, la edad, la presencia de alguna persona infectada en su entorno familiar, o el fallecimiento de alguien cercano, el ámbito laboral y otros, son factores que influyen en la salud mental. En nuestra investigación en la tabla y gráfico 10, se muestra los síntomas depresivos según las características familiares de los trabajadores, entre trabajadores con familiares enfermos, el 50% tuvo síntomas depresivos, comparado con 36.17% entre los que no tuvieron familiares con Covid-19, con diferencia no significativa ($p > 0.05$). La proporción de síntomas depresivos entre trabajadores con familiares fallecidos fue similar a la de los no fallecidos (42.86% comparado con 42.25%; $p > 0.05$) (31).

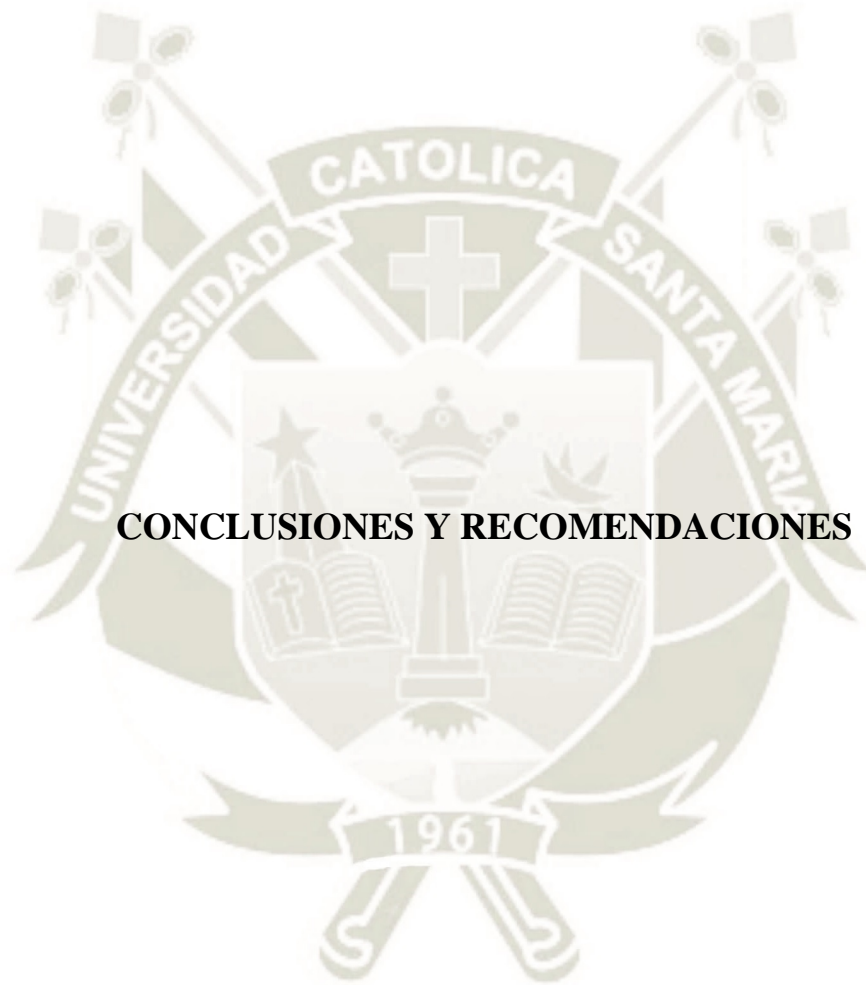
En un estudio realizado el 2020, con una población de 395 médicos, se encontró que el 56.7%, de médicos encuestados presentó sintomatología depresiva, en nuestro estudio la presencia de depresión en médicos fue de 44.83%. Además, encontramos depresión en un 50% del personal con Covid-19 positivo y en un 38.18% del personal con Covid-19 negativo. Según Becerra, el nivel de mala salud auto percibida durante la pandemia del Covid-19 es alta (27,32).

Danet menciona las diferencias entre los profesionales de primera línea y el resto de profesionales, quienes mostraron el mayor impacto psicológico en casos de contacto directo con pacientes infectados. En su revisión consideró, que tanto la jornada

laboral prolongada, como la concentración y el estado de vigilancia permanente, el contacto con el sufrimiento y la muerte, empeoraron el estado psicológico de los profesionales (29).

En la tabla y grafico 11 de nuestra investigación, se muestra la relación entre el diagnóstico de infección y la severidad de los síntomas depresivos; entre los casos sin covid19 el 38.18% tuvieron síntomas de depresión, (leves en 25.45%, moderada en 12.73%) en casos positivos a covid19, el 50% tuvo depresión (33.3% leve, 13.33% moderada, 3.33% severa); las diferencias no obstante no fueron significativas ($p>0.05$). Sin embargo, Peral y Cabezas encontraron que de 48 pacientes atendidos con el diagnóstico de infección o sospecha por coronavirus, la sintomatología ansioso depresiva leve fue significativamente superior a la media poblacional, resultado que consideraron esperable después de la situación estresante como la que vivieron, y aunque la sintomatología fue leve, no lo descartaron como mecanismo de adaptación (42).





CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

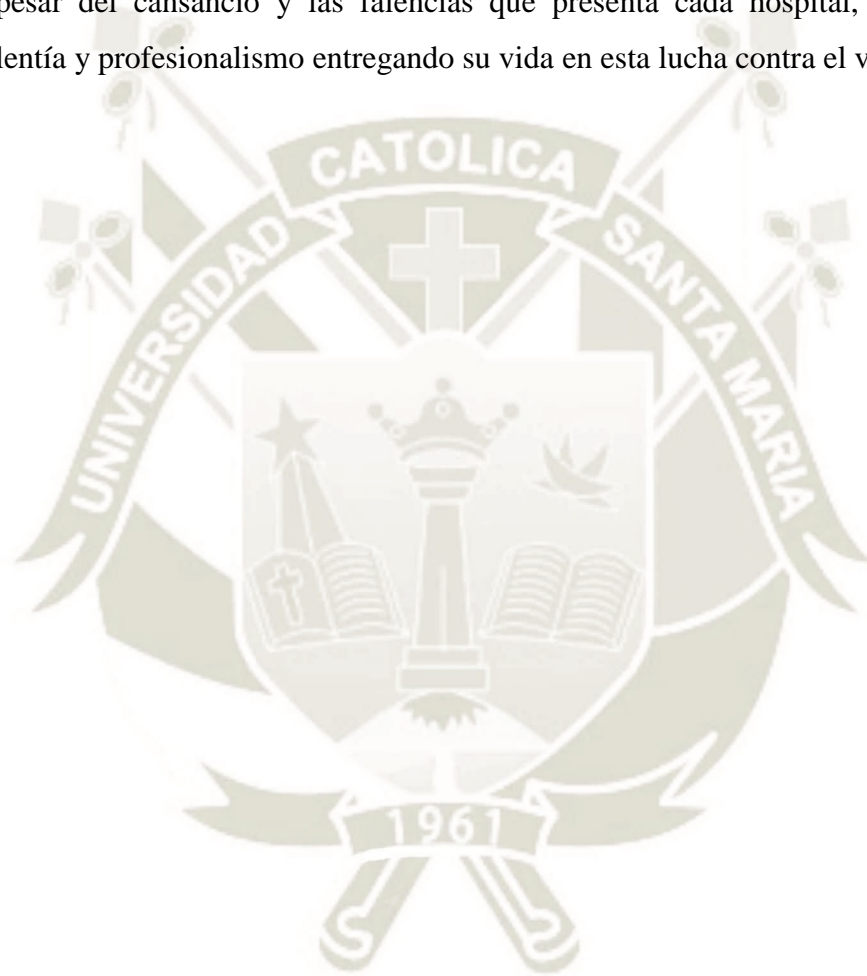
- Primera.-** Se evidenció una mayor proporción de síntomas depresivos en los pacientes positivos a COVID-19 que en los negativos, aunque no se demostró una diferencia estadísticamente significativa.
- Segunda.-** Se encontró sintomatología depresiva en 50% del personal de salud del Departamento de Medicina Interna del Hospital Goyeneche con resultado POSITIVO a una Prueba diagnóstica para infección por COVID-19, siendo predominantemente leve (33.33%), menos de forma moderada (13.33%) y hubo un caso con depresión severa (3.33%).
- Tercera.-** Se encontró sintomatología depresiva en 38.18% del personal de salud del Departamento de Medicina Interna del Hospital Goyeneche con resultado NEGATIVO a una Prueba Diagnóstica para infección por COVID-19, predominantemente leve (25.45%) menos de forma moderada (12.73%), y sin casos de depresión severa.
- Cuarto.-** Entre los factores que podrían contribuir al desarrollo de sintomatología depresiva en el personal de salud, podríamos destacar el sexo, la edad, el estado civil, y el tener un familiar contagiado o fallecido por COVID-19, así como otros estudios que también corroboran nuestros resultados, encontramos que la mujer tiene mayor probabilidad de tener depresión. En cuanto a la edad, se ha evidenciado que a mayor edad, la persona se encuentra más vulnerable a presentar elevados grados de depresión. Que las personas que se encuentran solas también tienen mayor riesgo a tener depresión a comparación de personas que se encuentran en una relación. Y que la presencia de alguna persona infectada en el entorno familiar de la persona, o el fallecimiento de alguien cercano, eleva el riesgo de desarrollar sintomatología depresiva.

RECOMENDACIONES

- 1) Se sugiere implementar charlas en relación a la depresión para motivar al personal de salud a acudir al servicio de Psiquiatría y Psicología del hospital Goyeneche, ofreciéndoles Talleres donde puedan obtener estrategias de afrontamiento a los síntomas de depresión, y así también reducir el impacto emocional frente a la Covid-19, de esta forma se asegura la salud mental en los trabajadores de salud y se garantiza su óptimo desempeño.
- 2) Considerar una revisión periódica y establecida, del personal de salud, por el consultorio de salud ocupacional, de esta forma se podría captar a los trabajadores con sintomatología depresiva de forma oportuna para derivarlo con un especialista y de ser necesario comenzar con un tratamiento precoz.
- 3) Mediante afiches, boletines u otros medios de comunicación, recordar de forma simple y puntual la importancia de la Salud Mental, fomentando la asistencia de los trabajadores a buscar un tratamiento precoz de Depresión.
- 4) Retomar la toma de pruebas diagnósticas en los trabajadores de salud del hospital Goyeneche, para así poder ubicar al asintomático positivo lo más pronto posible. Este despistaje puede coadyuvar a sentirse más seguro en su trabajo y domicilio.
- 5) Se recomienda también al personal de salud realizarse una Prueba Diagnóstica de forma oportuna si presenta sintomatología sugerente de Covid-19.
- 6) Esta investigación evidencia la necesidad de ampliar la investigación a todo el personal de salud y así explorar las consecuencias emocionales que genera la pandemia a mediano y largo plazo en la salud física y emocional.
- 7) Superada la pandemia, es recomendable monitorear a corto, mediano y largo plazo al personal de salud, para identificar y tratar adecuadamente el daño moral o

alteración mental resultantes, ayudándoles a recuperar su confianza y seguridad en el trato de sus pacientes.

- 8) Y por último, creo necesario, que se emita una Resolución de Reconocimiento al personal de Salud por su ardua labor, gran dedicación, pasión y compromiso con la población, al personal que labora en COVID, por ser la primera línea de batalla que a pesar del cansancio y las falencias que presenta cada hospital, persisten con valentía y profesionalismo entregando su vida en esta lucha contra el virus.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

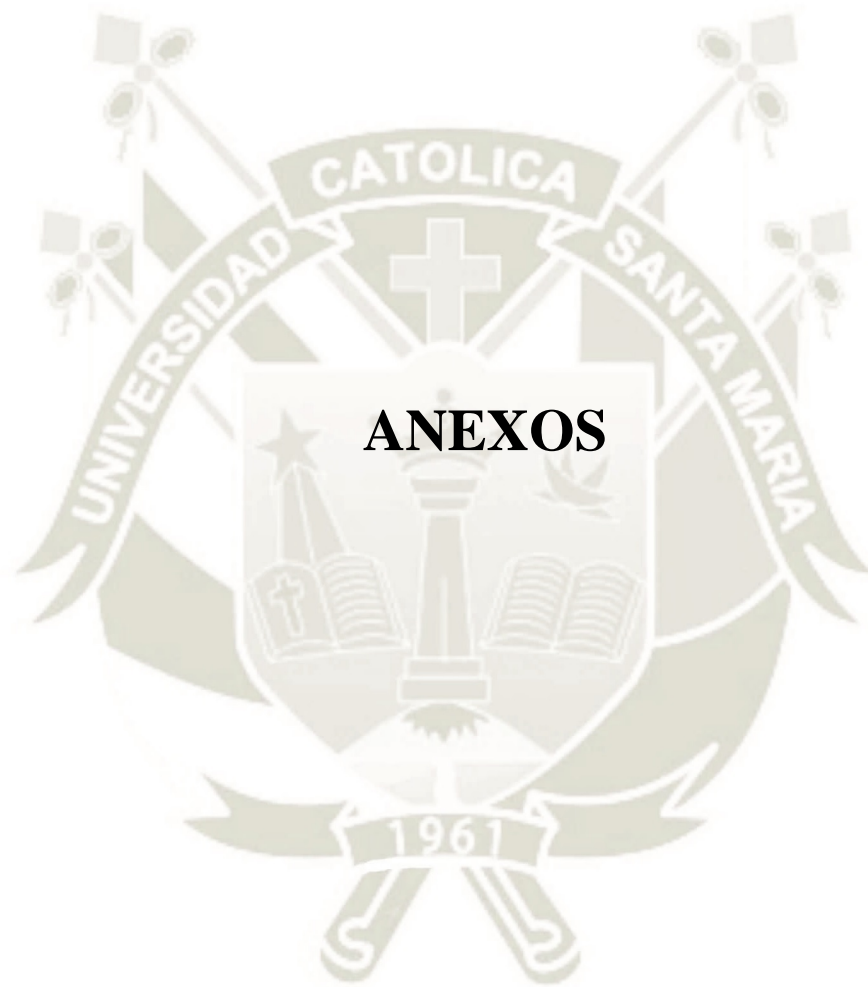
1. Pazmiño Erazo E, Alvear Velásquez M, Saltos Chávez I, Pazmiño Pullas D. Factores relacionados con efectos adversos psiquiátricos en personal de salud durante la pandemia de COVID-19 en Ecuador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2021.
2. Dosil Santamaría M, Ozamiz-Etxebarria N, Redondo Rodríguez I, Jaureguizar Alboniga-Mayor J, Picaza Gorrotxategi M. Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2021;14(2):106-112.
3. Restrepo-Martínez M, Escobar M, Marín L, Restrepo D. Prevalencia y características clínicas de los síntomas depresivos y ansiosos de los trabajadores de una institución de salud en Medellín durante la pandemia por COVID-19. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2021.
4. Ramírez-Ortiz J, Castro-Quintero D, Lerma-Córdoba C, Yela-Ceballos F, Escobar-Córdoba F. Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation. *Colombian journal of anesthesiology* [Internet]. 2020 [cited 8 April 2021];48(4). Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-33472020000400301&lng=en. Epub Nov 25, 2020.
5. Pollero R. Similitudes y diferencias entre las epidemias del pasado y la pandemia actual de covid-19 en Uruguay. *Claves, Revista de Historia*. [Internet]. 2020 [citado 2021 Abr 05], 6(10), Enero-Junio, ISSN: 2393-6584
6. Ceriani Cernadas J. 138-139 [Internet]. *Sap.org.ar*. 2019 [cited 8 April 2021]. Available from: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2019/v117n3a01e.pdf>
7. Alastruey C., Barreiro J., Collantes P., Meso I., Molina C., Moreno A., Muñoz Y., Díaz J., Escartín J., Goiría J., Olaizola I., Portero G., Robertson M., Romero D. La salud mental de las y los trabajadores. *Revista OSALAN*. 2012. [citado 2021 Abr 06]
8. 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-Psiquiatría [Internet]. 2020 [cited 8 April 2021];83(1):51-56. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972020000100051&lng=es
9. Cuno L. Frecuencia de Depresión en mujeres víctimas de Violencia Familiar en el Instituto de Medicina Legal “Leonidas Avendaño Ureta” de Arequipa, 2013. Tesis para optar el título de Segunda Especialidad en Psiquiatría. Universidad Nacional San Agustín. [citado 2021 Abr 03]
 10. Rotondo H, Perales C A, Mendoza A, Vásquez-Caicedo G. Manual de psiquiatría. 2nd ed. Lima: UNMSM. Fondo Editorial; 1998.
 11. Castro V, Vásquez A, López-Carvajal L, Vélez J. Trastornos del Estado de Ánimo en Trabajadores de la Salud de un Hospital de Tercer Nivel de Complejidad, Medellín, Colombia, 2011-2016 [Internet]. Archivosdemedicina.com. 2018 [cited 4 April 2021]. Available from: <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/trastornos-del-estado-de-aacutenimo-en-trabajadores-de-la-salud-de-un-hospital-de-tercer-nivel-de-complejidad-medelliacuten-colomb.php?aid=23448>
 12. Mental I. Psiquiatría del Niño y del Adolescente [Internet]. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. 2019 [cited 4 April 2021]. Available from: <https://www.comunidad.madrid/hospital/gregoriomaranon/profesionales/instituto-psiquiatria-salud-mental/psiquiatria-nino-adolescente>
 13. Manzanera R. Neurobiología de la Depresión, Seminario del VI Encuentro de Pamplona. Lecture presented at; 2018; Pamplona.
 14. Revista Peruana de Psiquiatría - Asociación Psiquiátrica Peruana [Internet]. Docenciaenpsiquiatria.blogspot.com. 2017 [cited 4 April 2021]. Available from: <https://docenciaenpsiquiatria.blogspot.com/2010/07/revista-peruana-de-psiquiatria.html>
 15. Sequeira Cordero A. Neurobiología de la Depresión Mayor [Internet]. Medigraphic.com. 2009 [cited 5 April 2021]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2009/rmn096j.pdf>
 16. Erreyes Pesantes J. Depresión en pacientes con enfermedades crónico degenerativas en el barrio Chontacruz Loja Ecuador [Internet].

- Dspace.unl.edu.ec. 2021 [cited 6 April 2021]. Available from: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19606/1/TESIS%20JOHANNA%20ERREYES.pdf>
17. User, S., 2021. *PAHO/WHO | Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)*. [online] Pan American Health Organization / World Health Organization. Available at: <https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3561:2010-clasificacion-internacional-enfermedades-cie&Itemid=2560&lang=en> [Accessed 4 April 2021].
 18. Echeburúa E, Salaberría K, Cruz-Sáez M. Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicológica*. 2014;32(1):65-74.
 19. Association A, Association A. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5® [Internet]. Academia.edu. 2021 [cited 4 April 2021]. Available from: https://www.academia.edu/11996190/Gu%C3%ADa_de_consulta_de_los_criterios_diagn%C3%B3sticos_del_DSM_5
 20. Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* [Internet]. 2020 [cited 8 April 2021];37(2):327-34.
 21. Hu B, Guo H, Zhou P, Shi Z. Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. *Nature Reviews Microbiology*. 2020;19(3):141-154.
 22. Informes de situación de la COVID-19 | OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Paho.org. 2021 [cited 9 April 2021]. Available from: <https://www.paho.org/es/informes-situacion-covid-19>
 23. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Boletín Epidemiológico del Perú 2021 [Internet]. Dge.gob.pe. 2021 [cited 6 April 2021]. Available from: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_20212.pdf
 24. Brote de enfermedad por el Coronavirus (COVID-19) - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Paho.org. 2021 [cited 9 April 2021]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus/brote-enfermedad-por-coronavirus-covid-19>

25. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2021 [cited 11 April 2021]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html>
26. Onoda M, Martínez J. Grupos | Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria [Internet]. Aepap.org. 2021 [cited 10 April 2021]. Available from: <https://aepap.org/grupos/grupo-de-Patologiainfecciosa/contenido/documentos-delgpi>
27. Becerra Y. Salud autopercebida en trabajadores de enfermería del primer nivel de atención, durante la pandemia de Covid-19. *Revista Médica Panacea*. 2020;9(2).
28. Mazza M, De Lorenzo R, Conte C, Poletti S, Vai B, Bollettini I et al. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2020;89:594-600.
29. Danet A. Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. *Medicina Clínica*. 2021;156(9):449-458.
30. Monterrosa-Castro A, Dávila-Ruiz R, Mejía-Mantilla A, Contreras-Saldarriaga J, Mercado-Lara M, Florez-Monterrosa C. Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *MedUNAB*. 2020;23(2):195-213.
31. Torre Muñoz V., Farias-Cortés J.D., Reyes-Vallejo L.A. Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con Covid-19. *Revista Mex Urol*. 2020;80(3):1-9.
32. Condori Arias Y., 2020. Asociación entre la exposición al covid-19 y la presencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en los hospitales de la región Arequipa 2020 Febrero. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana. Universidad San Agustín Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/11070/MCcoary1.pdf?sequence=3&isAllowed=y> [citado 2021 Abr 10]
33. Zung W. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965; 12, 63-70. Retrieved April 09, 2021

34. Gómez-Martínez S, Ballester-Arnal R, Gil-Juliá B, Abizanda-Campos R. Ansiedad, depresión y malestar emocional en los profesionales sanitarios de las Unidades de Cuidados Intensivos. *Anales de Psicología*. 2015;31(2):743.
35. Zung W Z., Escalas de Automedición de la Depresión y Ansiedad. Test de Zung. Revisión. 2006. Pág. 2 -11 (citado 2021 May 04)
36. Miranda R, Murguía E. Síntomas de Ansiedad y Depresión en Personal de Salud que Trabaja con Enfermos de COVID-19. *International Journal of Medical and Surgical Sciences*. 2021;:1-12.
37. Castillo A., Bazaes N., Huete G. Radiología en la Pandemia COVID-19: Uso actual, recomendaciones para la estructuración del informe radiológico y experiencia de nuestro departamento. *Rev. chil. radiol.* [Internet]. 2020 Sep [citado 2021 Mayo 04] ; 26 (3): 88-99.
38. Definiciones de casos para la vigilancia COVID-19 - 16 de diciembre de 2020 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Paho.org. 2021 [cited 4 April 2021]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus/brote-enfermedad-por-coronavirus-covid-19/definiciones-casos-para-vigilancia>
39. Vega-Dienstmaier J. Construcción de versiones cortas de la Escala de Psicopatología Depresiva para tamizaje de depresión mayor y sus características psicométricas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 2018;81(3):154.
40. Di Tella M, Romeo A, Benfante A, Castelli L. Mental health of healthcare workers during the COVID -19 pandemic in Italy. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2020;26(6):1583-1587.
41. Sadock B, Sadock V. Kaplan and Sadock. *Sinopsis de Psiquiatría*. 1st ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015:347-380.
42. Peral Martín, A., Cabezas García, M. and Martínez Sáez, Ó., 2021. Estado y gestión emocional de los pacientes afectados por la COVID-19 en un centro de salud. *Medicina Clínica*, 156(5), pp.248-249.



ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ (nombre de personal de Salud) identificado con DNI _____, he sido informado del estudio **“Influencia del Diagnóstico de infección por COVID 19 en la presencia de síntomas depresivos en personal de salud del Departamento de Medicina Interna del Hospital Goyeneche, Arequipa 2021”**, que será realizado por la **SRTA. VALERIA VIANED VALERO CUNO**, para lo cual ha solicitado mi participación voluntaria y anónima, a través de la respuesta a un cuestionario y proporcionando datos para una ficha de datos.

No se me requerirá exámenes de sangre o toma de otras muestras.

Se me ha explicado que la información proporcionada será confidencial y de uso exclusivo para la presente investigación.

Por lo que doy mi consentimiento para la realización del estudio.

Arequipa, ____ de Mayo de 2021

Firma

DNI:

ANEXO 2: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha:.....

Ficha N° _____

Edad: _____ años

SEXO:

Femenino Masculino

GRUPO OCUPACIONAL:

Médico asistencial Psicólogo(a) asistencial

Médico Residente Técnico asistencial

Enfermera (o) asistencial Técnico administrativo

Obstetrix asistencial Otros

ESTADO CIVIL:

Soltero(a) Conviviente /Casada (o) Separado/divorciado Viuda(o)

TOMA UD. ALGUNA MEDICACIÓN: Sí No Cuál _____

PUEBA MOLECULAR PARA SARS-CoV-2:

POSITIVA NEGATIVA Fecha: _____

PRUEBA ANTIGÉNICA PARA SARS-CoV-2:

POSITIVA NEGATIVA Fecha: _____

PRUEBA RÁPIDA PARA SARS-CoV-2:

POSITIVA NEGATIVA Fecha: _____

**SI UD. TUVO UN RESULTADO POSITIVO A UNA DE LAS ANTERIORES PRUEBAS
DIAGNÓSTICAS, MENCIONE EL MOTIVO POR EL QUE SE REALIZÓ TAL PRUEBA:**

- A. Tenía sintomatología sugerente a la Enfermedad COVID-19
- B. Por control del Hospital

Si Ud. Marcó la letra "A" indique la cantidad de días de sintomatología previa al diagnóstico: ____

EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD COVID:

Permaneció en su domicilio Hospitalizado pero no en UCI

Hospitalizado en UCI

FAMILIAR INTRADOMICILIARIO CON COVID POSITIVO:

Padre o Madre Hijo(a) Cónyuge Otro familiar

FAMILIAR FALLECIDO por COVID en los últimos 6 meses

Padre o Madre

Hijo(a)

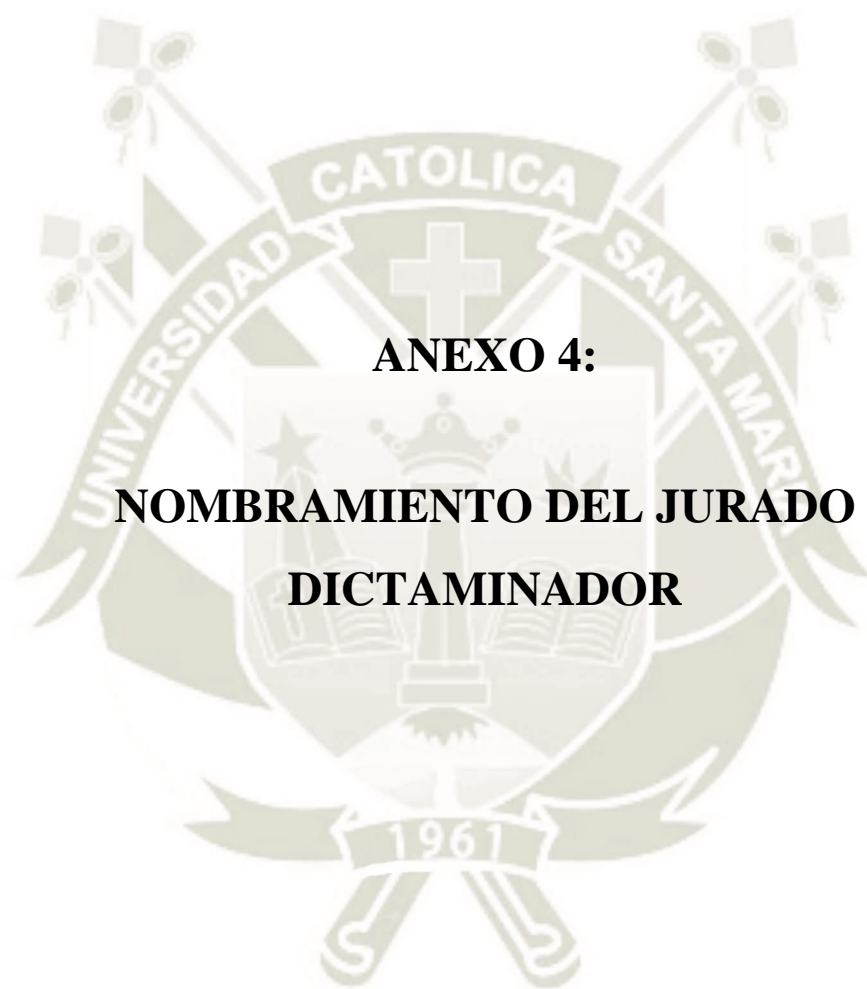
Cónyuge

Otro familiar

ANEXO 3: ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG

A continuación, encontrarás algunas afirmaciones, marca con una X la que más se parezca a lo que tú sientes.

	NUNCA O RARAS VECES	ALGUNA S VECES	BUEN NUMER O DE VECES	LA MAYORIA DE LAS VECES
1. Me siento abatido y melancólico.				
2. En la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.				
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche.				
5. Como igual que antes.				
6. Mantengo mi deseo, interés sexual y/o disfruto de las relaciones sexuales.				
7. Noto que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo molestias de estreñimiento.				
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.				
10. Me canso aunque no haga nada.				
11. Tengo la mente tan clara como antes.				
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba hacer.				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.				
14. Tengo esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo usual.				
16. Me resulta fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y necesario.				
18. Mi vida tiene bastante interés.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba.				



ANEXO 4:

**NOMBRAMIENTO DEL JURADO
DICTAMINADOR**



Universidad Católica
de Santa María

AREQUIPA-PERU

(51 54) 382038

<http://www.ucsm.edu.pe>

[facebook.com/ucsm.edu.pe/](https://www.facebook.com/ucsm.edu.pe/)

**NOMBRAMIENTO DE JURADO DICTAMINADOR
PROYECTO DE TESIS**

Registro Mesa de Partes Virtual: E-007898

RECURRENTE:

VALERIA VIANED VALERO CUNO

TEMA:

“INFLUENCIA DEL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR SARS-COV-2 EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PERSONAL DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2021”

ASESOR: Dra. Lizbeth Cuno Velásquez

EVALUADOR DE PROYECTO DE TESIS:


Dr. LUIS ALONSO CERVERA FARFÁN

OBSERVACIONES DEL EVALUADOR:

SE REDILIBARON LAS CORRECCIONES RESPECTIVAS
AL PROYECTO DE TESIS

PUEDE PRESENTARSE A LA FACULTAD DE MEDICINA

20 de abril del 2021


Dr. LUIS ALONSO CERVERA FARFÁN

Dr. Luis Alonso Cervera Farfán
MÉDICO NEUMÓLOGO
C.M.P 41095 - R.N.E. 23387

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
MEDICINA HUMANA
TITULACIÓN CON TESIS
DICTAMEN APROBACIÓN DE PROYECTO / PLAN

Arequipa, 17 de Mayo del 2021

Dictamen: 003777-C-EPMH-2021

Visto el proyecto / plan del expediente 003777, presentado por:

2014172022 - VALERO CUNO VALERIA VIANED

Titulado:

**INFLUENCIA DEL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR COVID-19 EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS
DEPRESIVOS EN PERSONAL DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL
HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2021**

Nuestro dictamen es:

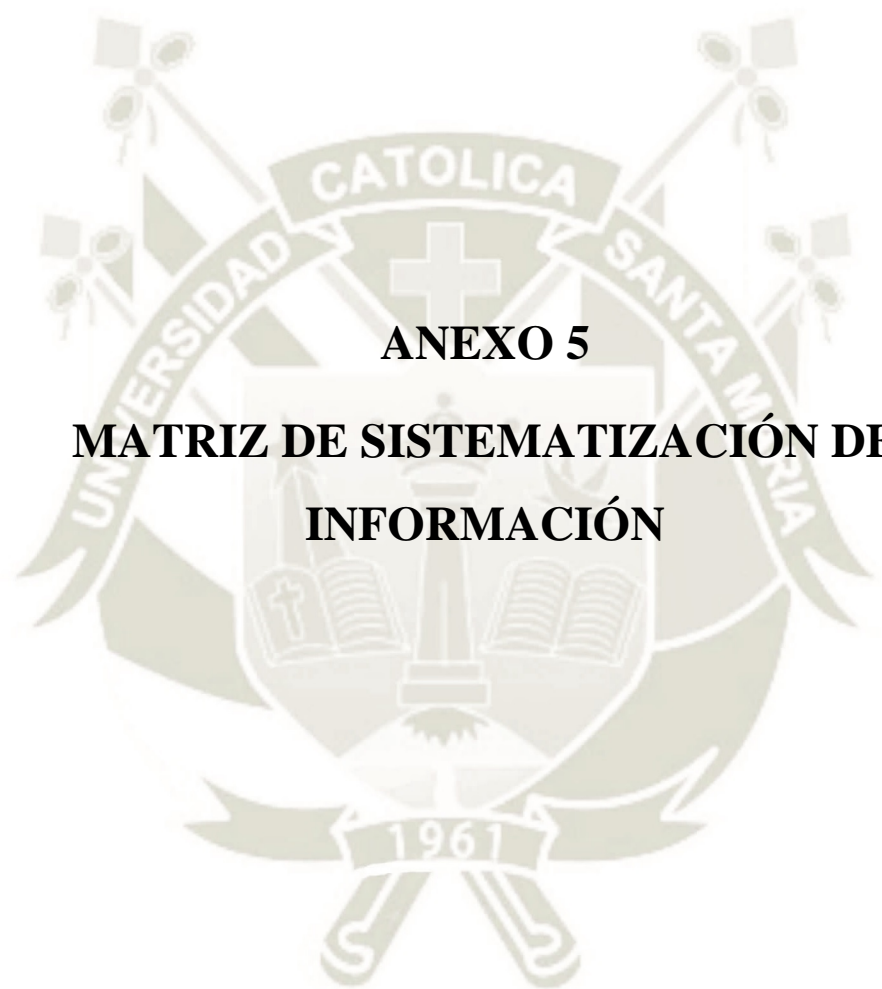
APROBADO

**1116 - VASQUEZ HUERTA VICTOR LUIS
DICTAMINADOR**



**1881 - NUÑEZ QUIROZ ROBERTO ORLANDO
DICTAMINADOR**





ANEXO 5

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE INFORMACIÓN

