

# Universidad Católica de Santa María

## Facultad de Medicina Humana

### Escuela Profesional de Medicina Humana



NIVELES DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DEL  
HOSPITAL MODULAR VIRGEN DE CHAPI - HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2020

Tesis presentada por el Bachiller:

**Aguilar Soto, Julio César**

Para optar el Título Profesional de:

**Médico Cirujano**

Asesor:

**Dra. Muñoz del Carpio Toia, Agueda**

**Arequipa - Perú**

**2020**

UCSM-ERP

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**  
**MEDICINA HUMANA**  
**DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR DE TESIS**

Arequipa, 15 de Octubre del 2020

**Dictamen: 001726-C-EPMH-2020**

Visto el borrador de tesis del expediente 001726, presentado por:

**2011800041 - AGUILAR SOTO JULIO CESAR**

Titulado:

**NIVELES DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL MODULAR  
VIRGEN DE CHAPI-HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2020**

Nuestro dictamen es:

**APROBADO**

**1335 - ALVARADO ACO JOSE ELISEO  
DICTAMINADOR**



**1576 - SALCEDO CATAORA MARIO ENRIQUE  
DICTAMINADOR**



**2244 - ZEVALLOS RODRIGUEZ JUAN MANUEL  
DICTAMINADOR**



## AGRADECIMIENTO

*Agradezco a Dios, por las oportunidades y por ponerme a las personas indicadas en el lugar y tiempo perfecto para que me apoyen en cada paso de esta hermosa carrera*

*A mis padres y hermanos, por su inmenso apoyo y siempre creer en mí ya que sin ellos nada de esto hubiera sido posible.*

*A mis amigos que fueron mi segunda familia porque me acompañaron en todos estos años de estudio en especial a Luiggy y Stephanie en la Universidad a Vannia y Brian en el Internado.*

*A mi querido Hospital Goyeneche y en especial a sus doctores porque siempre tuvieron esa predisposición de responder a mis dudas e inquietudes cada vez que los necesitaba.*

**DEDICATORIA**

*A mis Padres, Miriam y Julio, por ser un ejemplo de perseverancia y auto superación y enseñarme que no hay sueño inalcanzable y creer en mí.*

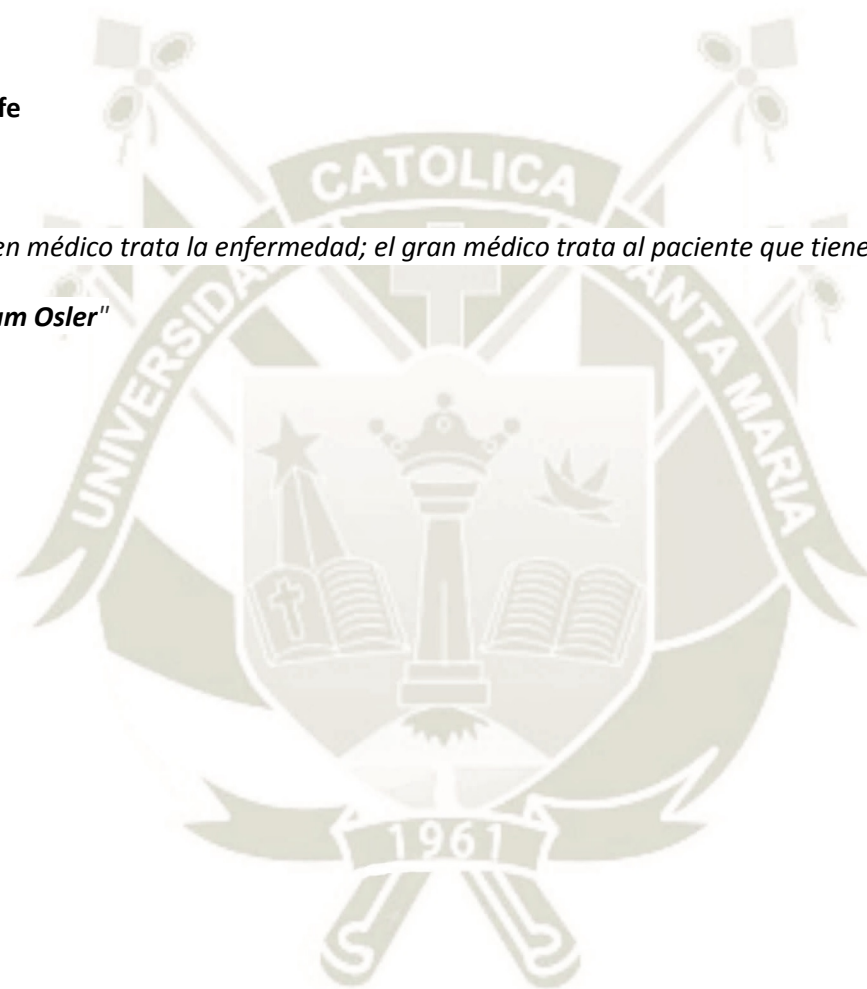
*A mi abuelo, que ahora está en el cielo y que siempre fue un ejemplo de esfuerzo y de lucha para todos los que tuvimos el placer de conocerlo.*

*A mis hermanos, Carlos Eduardo y Juan Diego que siempre han estado siempre a mi lado brindándome su apoyo a pesar de las diferentes dificultades.*

Epígrafe

*"El buen médico trata la enfermedad; el gran médico trata al paciente que tiene la enfermedad."*

*"William Osler"*





## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar la presencia de ansiedad y depresión, según la escala de Hamilton, en personal de salud en el Hospital Modular Virgen de Chapi, Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2020

**Métodos:** Se encuestó al personal de salud del servicio aplicando una ficha de datos sociodemográficos y la escala de ansiedad y de depresión de Hamilton. Se realizó un estudio de investigación de campo de tipo estudio observacional, prospectivo, transversal. Se comparan grupos mediante prueba chi cuadrado y se asocian variables mediante coeficiente de correlación de Spearman.

**Población y muestra:** Todo el personal de salud del Hospital Modular Virgen del Chapi del Hospital Regional Honorio Delgado en el periodo de estudio, en un número aproximado de 55 personas que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

**Resultados:** Participaron 55 trabajadores del servicio; el 50.91% tuvieron de 25 a 29 años, y 5.45% en mayores de 40 años. El 78.18% de trabajadores fueron mujeres y 21.12% varones, el 7.36% eran solteros, 21.81% casados o convivientes, y 1.82% viudos. El 45.45% de participantes fueron médicos, el 29.09 % enfermeros y el 25.45% técnico de enfermería. El tiempo de trabajo en el hospital fue en promedio  $11.40 \pm 51.63$  meses. Se encontró que el 60.00% del personal de salud tienen algún grado de ansiedad, siendo leve en 40.00% y moderada-grave en 20% de casos. En cuanto a la depresión el 45.45% de trabajadores tiene síntomas de depresión, con síntomas leves en 34.55% de casos y depresión moderada a grave en 10.91% de trabajadores. La relación entre los niveles de ansiedad y de depresión en los trabajadores del hospital modular; cuando no hay ansiedad, hay depresión moderada a grave en solo 4.55% de trabajadores, al igual que cuando la ansiedad es leve (4.55%), pero sube a un 36.36% cuando la ansiedad es moderada a grave, siendo las diferencias significativas ( $\chi^2$ ;  $p < 0.05$ ), y la asociación entre las dos variables es directa y de regular intensidad ( $\rho > 0.30$ ) pero significativa ( $p < 0.05$ ).

**Conclusiones:** Las características sociolaborales no influyen de manera significativa en el desarrollo de ansiedad o depresión del personal de salud que labora en el Hospital Modular Virgen de Chapi, Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2020, pero la presencia y severidad de ansiedad influye de manera significativa en la presencia y severidad de depresión.

**PALABRAS CLAVE:** Ansiedad, depresión, factores socio laborales.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify the presence of anxiety and depression, according to the Hamilton scale, in health personnel at the Hospital Modular Virgen de Chapi, Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2020.

**Methods:** The health service personnel were surveyed using a sociodemographic data sheet and the Hamilton anxiety and depression scale. An observational, prospective, cross-sectional field research study was conducted. Groups are compared using the chi-square test and variables are associated using Spearman's correlation coefficient.

**Population and sample:** All health personnel of the Hospital Modular Virgen del Chapi of the Hospital Regional Honorio Delgado during the study period, in an approximate number of 55 people who meet the inclusion and exclusion criteria.

**Results:** 55 service workers participated; 50.91% were between 25 and 29 years old, and 5.45% in those over 40 years old. 78.18% of workers were women and 21.12% were men, 7.36% were single, 21.81% were married or cohabiting, and 1.82% were widowed. 45.45% of the participants were doctors, 29.09% were nurses, and 25.45% were nursing technicians. The work time in the hospital averaged  $11.40 \pm 51.63$  months. It was found that 60.00% of health personnel have some degree of anxiety, being mild in 40.00% and moderate-severe in 20% of cases. Regarding depression, 45.45% of workers have symptoms of depression, with mild symptoms in 34.55% of cases and moderate to severe depression in 10.91% of workers. The relationship between levels of anxiety and depression in modular hospital workers; when there is no anxiety, there is moderate to severe depression in only 4.55% of workers, as well as when anxiety is mild (4.55%), but it rises to 36.36% when anxiety is moderate to severe, the differences being significant ( $\chi^2$ ;  $p < 0.05$ ), and the association between the two variables is direct and of regular intensity ( $\rho > 0.30$ ) but significant ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** The socio-occupational characteristics do not significantly influence the development of anxiety or depression of the health personnel who work at the Hospital Modular Virgen de Chapi, Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2020, but the presence and severity of anxiety influences significantly significant in the presence and severity of depression.

**KEY WORDS:** Anxiety, depression, socio-labor factors.

## INTRODUCCIÓN

Durante el internado médico he podido enfrentar a diferentes escenarios, ya sea laborar en ambientes estresantes como emergencia, el continuo contacto con los pacientes que llegan graves y sus familiares que sufren, también el no contar con un ambiente y equipamiento que a veces no son los adecuados en los Hospitales del Ministerio de Salud, los cuales generan distintos grados de ansiedad y estas situaciones pueden afectar la salud mental del personal de salud.

El personal de salud al tener altos niveles de ansiedad puede convertirse en depresión, y este es un trastorno emocional que dificultará en este caso la interacción del médico con su entorno, y se manifestará con sentimientos de tristeza, la falta de interés por las actividades habituales que antes solía realizar con normalidad.

En la actualidad estamos viviendo una pandemia a causa del COVID-19 el cual provocando un impacto a nivel del sistema de salud, mostrando en nuestro país la terrible situación sanitaria en donde tenemos hospitales viejos, falta de materiales, camas, ventiladores, médicos con una mal remuneración y sin seguro médico y principalmente falta de equipos de bioseguridad que es necesario para combatir con esta enfermedad, causando así un rápido aumento de confirmaciones de casos y muertes en la población como en médicos, provocando así aumento de niveles de estrés, ansiedad y depresión, tanto en el personal de salud como la población.

Esto me motivó a realizar el presente proyecto de tesis, pensando en la carga y el impacto que estos trastornos tendrán sobre la salud mental en el personal de salud del Hospital Modular Virgen de Chapi y así poder diseñar una estrategia en el futuro el cual ayudara a mejorar su calidad de vida.

Luego de realizar el estudio hemos encontrado que se presentó ansiedad en el 60.00% de trabajadores siendo leve en 40.00% y moderada-grave en 20% de casos y de depresión el 45.45% siendo leves en 34.55% de casos y depresión moderada a grave en 10.91% en el Hospital Modular Virgen de Chapi. La relación entre los niveles de ansiedad y de depresión en los trabajadores del hospital modular se pudo ver que cuando no hay ansiedad, hay depresión moderada a grave en solo 4.55% de trabajadores, al igual que cuando la ansiedad es leve (4.55%), pero sube a un 36.36% cuando la ansiedad es moderada a grave, es decir, a más puntaje de ansiedad, mayor puntaje de depresión.

Los resultados de la investigación serán un aporte para la implementación de medidas de apoyo psicológico para el personal de salud del Hospital Modular Virgen de Chapi-Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

## ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	vii
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	1
CAPÍTULO II RESULTADOS	6
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	34
CONCLUSIONES	38
RECOMENDACIONES	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXOS	41
Anexo 1: Ficha de recolección de datos	42
Anexo 2. Consentimiento informado	44
Anexo 3. Escala de ansiedad de Hamilton (14 ítems)	48
Anexo 4. Escala de Depresión de Hamilton (17 ítems)	51
Anexo 5: Matriz de sistematización de información	56
Anexo 6: Proyecto de investigación	60

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Características sociales de los trabajadores del hospital modular.....	8
Tabla N° 2 Características ocupacionales de los trabajadores del hospital modular .....	11
Tabla N° 3 Frecuencia y severidad de ansiedad en trabajadores del hospital modular .....	14
Tabla N° 4 Frecuencia y severidad de depresión en trabajadores del hospital modular .....	16
Tabla N° 5 Factores sociales asociados a ansiedad en los trabajadores del hospital modular .....	18
Tabla N° 6 Factores ocupacionales asociados a ansiedad en los trabajadores del hospital modular .....	21
Tabla N° 7 Factores sociales asociados a depresión en los trabajadores del hospital modular.....	24
Tabla N° 8 Factores ocupacionales asociados a depresión en los trabajadores del hospital modular.....	27
Tabla N° 9 Relación entre los niveles de severidad de la ansiedad y depresión en trabajadores del hospital modular.....	30

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico N° 1 Características sociales de los trabajadores del hospital modular.....	10
Grafico N° 2 Características ocupacionales de los trabajadores del hospital modular .....	12
Grafico N° 3 Frecuencia y severidad de ansiedad en trabajadores del hospital modular .....	15
Grafico N° 4 Frecuencia y severidad de depresión en trabajadores del hospital modular .....	17
Grafico N° 5 Factores sociales asociados a ansiedad en los trabajadores del hospital modular...	20
Grafico N° 6 Factores ocupacionales asociados a ansiedad en los trabajadores del hospital modular.....	23
Grafico N° 7 Factores sociales asociados a depresión en los trabajadores del hospital modular..	26
Grafico N° 8 Factores ocupacionales asociados a depresión en los trabajadores del hospital modular.....	29
Grafico N° 9 Relación entre los niveles de severidad de la ansiedad y depresión en trabajadores del hospital modular.....	31
Grafico N° 10 Relación entre los puntajes de severidad de la ansiedad y depresión en trabajadores del hospital modular .....	32



# CAPÍTULO I

## MATERIAL Y MÉTODOS

Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

**Técnicas:** En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

**Instrumentos:** Se utilizó para la investigación instrumentos que consistían en una ficha de recolección de datos (Anexo 1) y la Escala de ansiedad y de depresión de Hamilton (Anexo 3 y Anexo 4).

**Materiales:**

1. Fichas de recolección de datos.
2. Material de escritorio
3. Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

Campo de verificación

Ubicación espacial:

El presente estudio se realizó en el Hospital Modular Virgen de Chapi - Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

Ubicación temporal:

El estudio se realizó en forma coyuntural durante el mes de agosto 2020.

Unidades de estudio:

Personal Médico del Hospital Modular Virgen de Chapi- Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

Universo:

Todo el personal de salud del Hospital Modular Virgen de Chapi- Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo de estudio, en un número aproximado de 60 personas.

Muestra:

No se consideró el cálculo de un tamaño de muestra ya que se abarcó a todos los integrantes del universo que cumplieron los criterios de selección.

Criterios de selección:

Criterios de Inclusión

1. Médico asistente, residente o general, enfermera y técnico de enfermería del Hospital Modular Virgen de Chapi- Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza
2. Con tiempo de trabajo mínimo de 1 mes en zona COVID
3. Participación voluntaria en el estudio

Criterios de Exclusión

4. De licencia o vacaciones durante la realización del estudio
5. Fichas de encuesta incompletas o mal llenadas
6. Personas que sufren algún trastorno psiquiátrico previo

Tipo de investigación:

Se trata de un estudio de campo.

Nivel de investigación:

Descriptivo

Diseño de investigación:

Observacional, prospectivo, transversal.

Estrategia de Recolección de datos

Organización

Se procedió a confeccionar dos test que midieron el grado de depresión y ansiedad, el cual se entregó a todo el personal de salud del Hospital Modular Virgen de Chapi- Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza previa autorización mediante un consentimiento informado.

Se procedió a la recolección de datos según cronograma.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos se organizaron en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

## Validación de los instrumentos

### Test de Hamilton para depresión:

La Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton fue diseñada para ofrecer una medida de la intensidad o gravedad de la depresión. La versión inicial, con 24 ítems, data de 1960 y fue posteriormente revisada y modificada por el mismo autor, en 1967, reduciéndola a 21 ítems. De ellos, los cuatro últimos no son útiles a efectos de valorar la intensidad o gravedad de la depresión, por lo que en los ensayos clínicos de evaluación terapéutica se ha generalizado el uso de una versión reducida de 17 ítems, que corresponden a los 17 primeros de la versión publicada en 1967 (1).

### Test de Hamilton para ansiedad:

Esta escala evalúa la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión. Además, este instrumento es útil para monitorizar la respuesta al tratamiento. Está compuesto por 14 ítems, siendo 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Debe cumplimentarse por el terapeuta tras una entrevista, que no debe durar más allá de 30 minutos. Se indica para cada ítem una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no existen puntos del anclaje específicos. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). No existen puntos de corte para distinguir población con y sin ansiedad y el resultado debe interpretarse como una cuantificación de la intensidad, resultando especialmente útil sus variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento (2).

## Criterios para manejo de resultados

### Plan de Recolección

La recolección de datos se realizó previa autorización para la aplicación del instrumento.

### Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados de manera consecutiva y tabulados para su análisis e interpretación.

### Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

### Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

### Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

### Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. La asociación de variables categóricas entre grupos se realizó con la prueba de independencia chi cuadrado. Se estableció la relación entre variables mediante coeficiente de correlación de Pearson para variables continuas, y con el coeficiente de Spearman para variables cualitativas. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete SPSS v. 25.0 para Windows.



## CAPÍTULO II RESULTADOS

NIVELES DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL MODULAR VIRGEN DE CHAPI -  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2020

Tabla N° 1  
Características sociales de los trabajadores del hospital modular

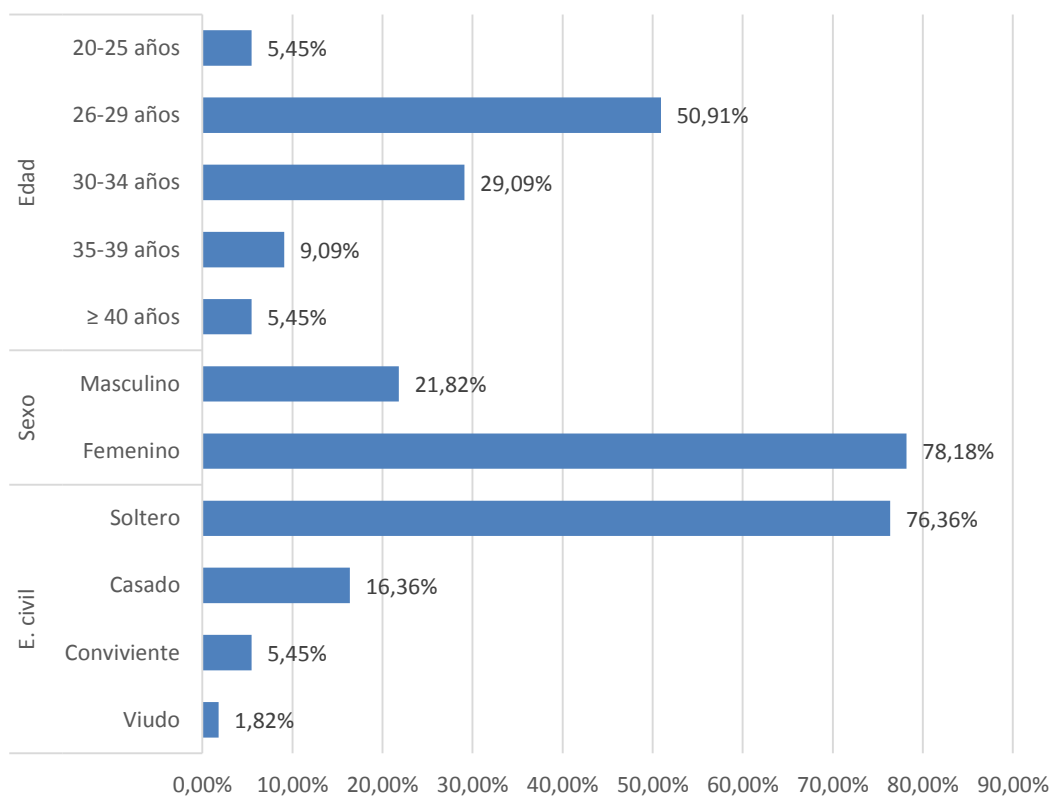
		N°	%
Edad	20-24 años	3	5.45%
	25-29 años	28	50.91%
	30-34 años	16	29.09%
	35-39 años	5	9.09%
	≥ 40 años	3	5.45%
Sexo	Masculino	12	21.82%
	Femenino	43	78.18%
E. civil	Soltero	42	76.36%
	Casado	9	16.36%
	Conviviente	3	5.45%
	Viudo	1	1.82%
Total		55	100.00%

Fuente: Elaboración Propia

Edad promedio  $\pm$  D. estándar (mín – máx): 30.33  $\pm$  5.11 años (22 – 52 años)

NIVELES DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL MODULAR VIRGEN DE CHAPI -  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2020

Gráfico N° 1  
Características sociales de los trabajadores del hospital modular



Fuente: Elaboración Propia

NIVELES DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL MODULAR VIRGEN DE CHAPI -  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2020

Tabla N° 2

Características ocupacionales de los trabajadores del hospital modular

		N°	%
Ocupación	Médico	25	45.45%
	Enfermera	16	29.09%
	Tec. Enfermería	14	25.45%
T. trabajo hospital	1 mes	2	3.64%
	2 meses	10	18.18%
	3 meses	31	56.36%
	4 meses	8	14.55%
	> 4 meses	4	7.27%
T. trabajo servicio	1 mes	2	3.64%
	2 meses	10	18.18%
	3 meses	33	60.00%
	4 meses	9	16.36%
	6 meses	1	1.82%
Régimen laboral	CAS	53	96.36%

Contratado	1	1.82%
Nombrado	1	1.82%
<hr/>		
Total	55	100.00%

Fuente: Elaboración Propia

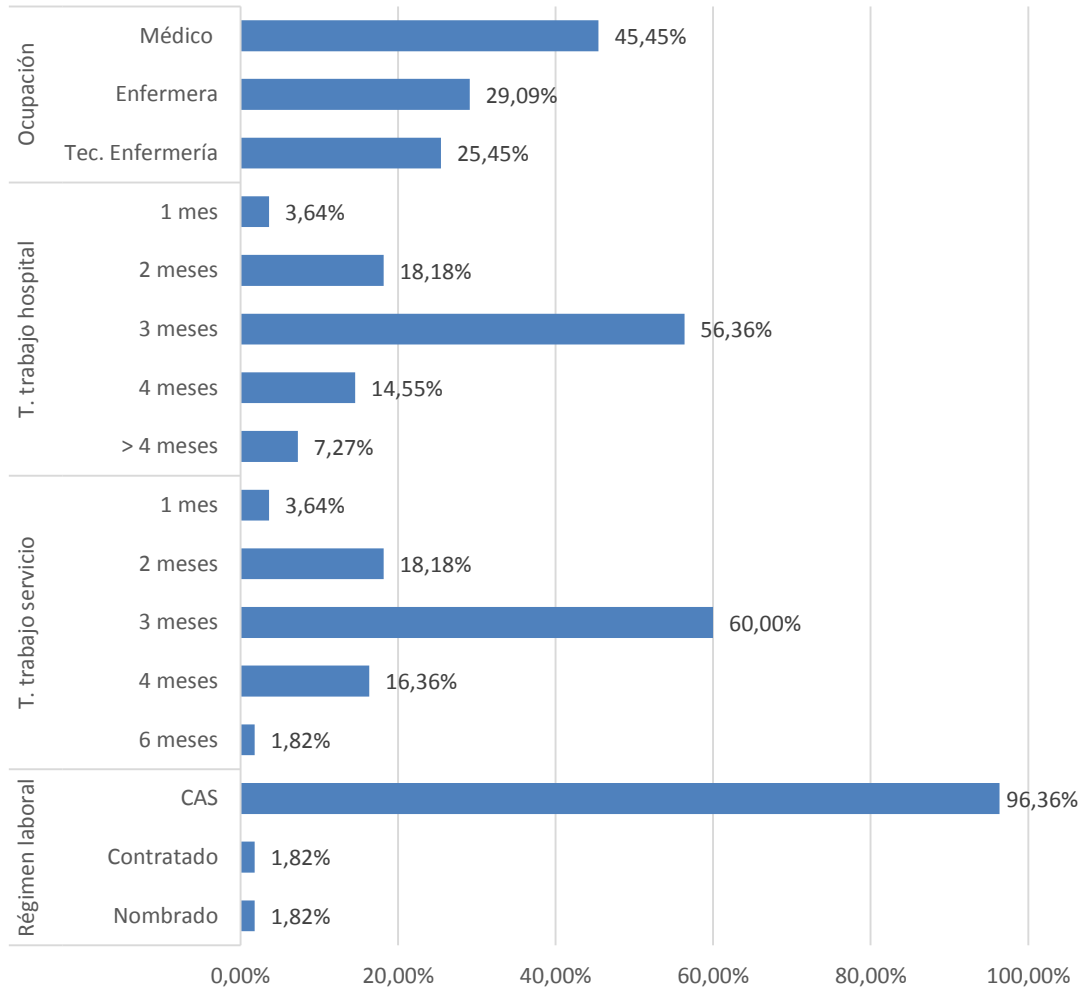
T. trab. hospital  $\pm$  D. est (mín – máx): 11.40  $\pm$  51.63 meses (1 m - 32 a)

T. trab. servicio  $\pm$  D. est (mín – máx): 2.96  $\pm$  0.82 meses (1 – 6 m)

**NIVELES DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL MODULAR VIRGEN DE CHAPI -  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2020**

**Gráfico N° 2**

**Características ocupacionales de los trabajadores del hospital modular**



Fuente: Elaboración Propia



NIVELES DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL MODULAR VIRGEN DE CHAPI -  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2020

**Tabla N° 3**  
**Frecuencia y severidad de ansiedad en trabajadores del hospital modular**

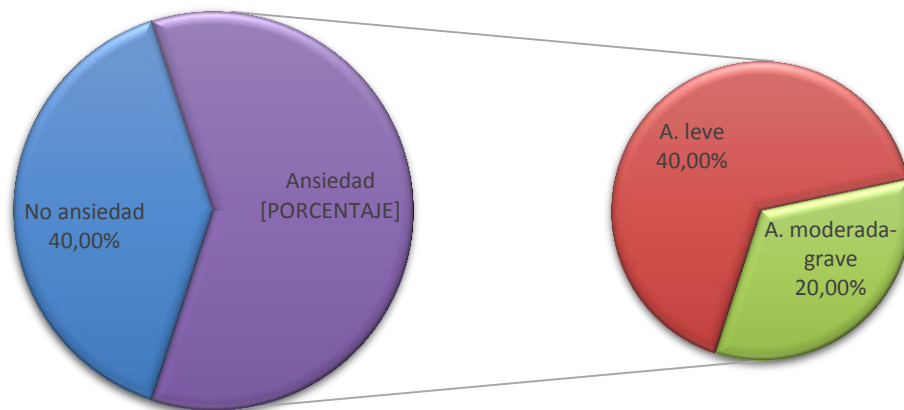
	N°	%
No ansiedad	22	40.00%
A. leve	22	40.00%
A. moderada-grave	11	20.00%
Total	55	100.00%

Fuente: Elaboración Propia

NIVELES DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL MODULAR VIRGEN DE CHAPI -  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2020

Gráfico N° 3

Frecuencia y severidad de ansiedad en trabajadores del hospital modular



Fuente: Elaboración Propia

NIVELES DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL MODULAR VIRGEN DE CHAPI -  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2020

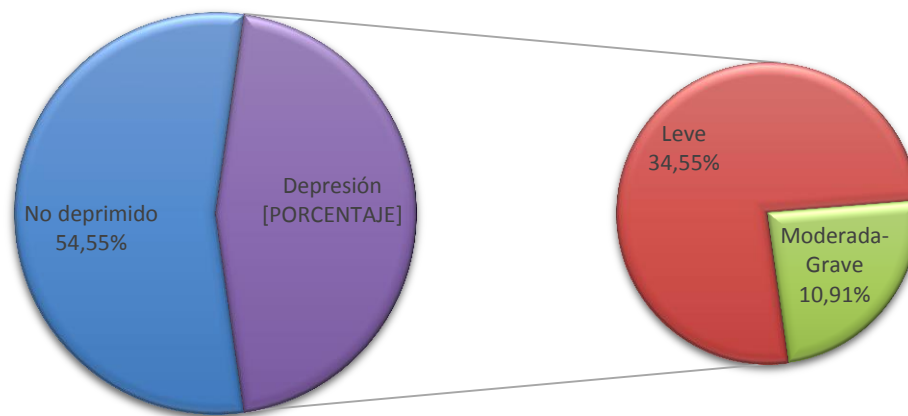
**Tabla N° 4**  
**Frecuencia y severidad de depresión en trabajadores del hospital modular**

	N°	%
No deprimido	30	54.55%
Leve	19	34.55%
Moderada-Grave	6	10.91%
Total	55	100.00%

Fuente: Elaboración Propia

NIVELES DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL MODULAR VIRGEN DE CHAPI -  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2020

Gráfico N° 4  
Frecuencia y severidad de depresión en trabajadores del hospital modular



Fuente: Elaboración Propia

NIVELES DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL MODULAR VIRGEN DE CHAPI -  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2020

Tabla N° 5

Factores sociales asociados a ansiedad en los trabajadores del hospital modular

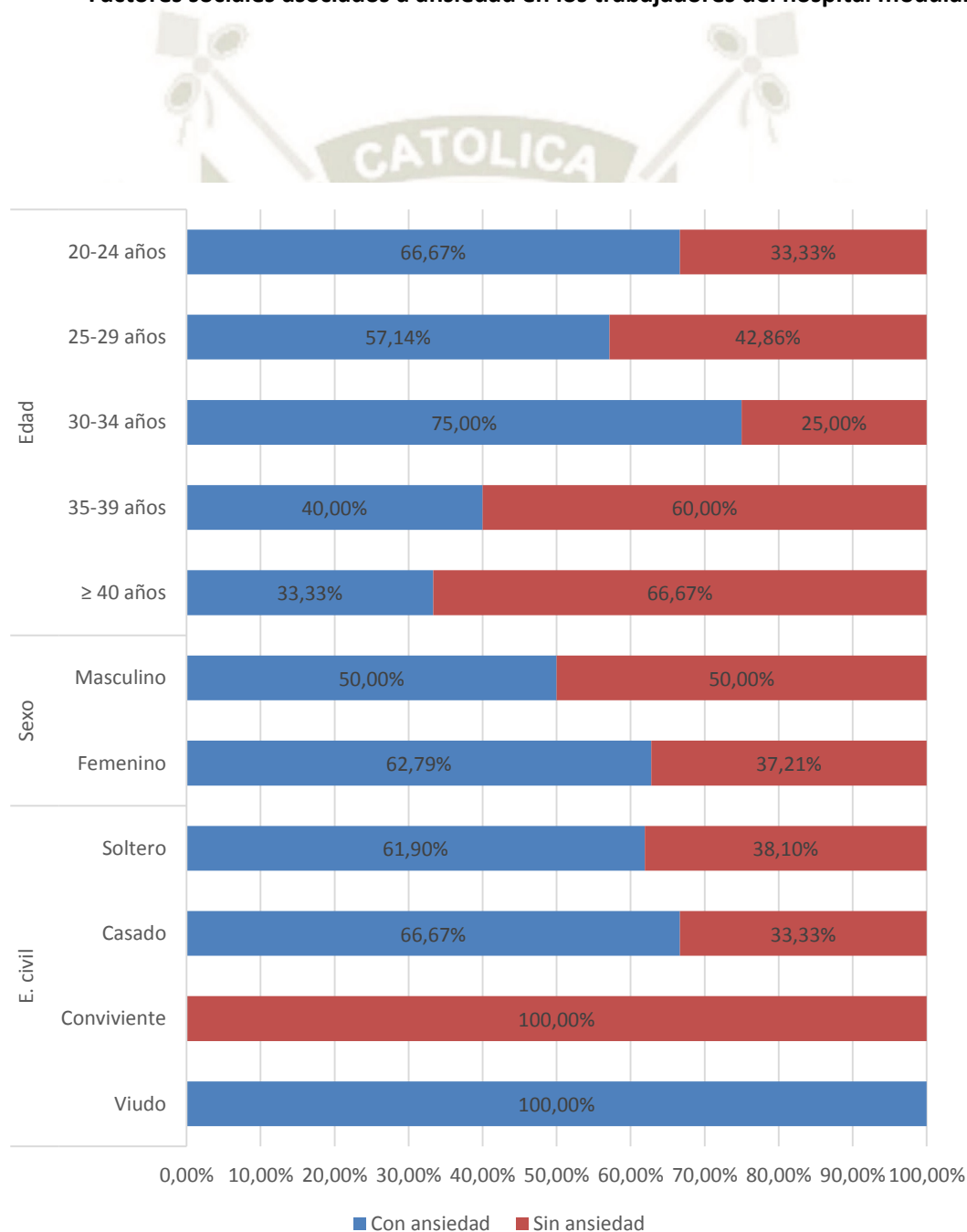
		Total	Con ansiedad		Sin ansiedad		Chi <sup>2</sup> (p)
			N°	%	N°	%	
Edad	20-24 años	3	2	66.67%	1	33.33%	3.37 (0.50)
	25-29 años	28	16	57.14%	12	42.86%	
	30-34 años	16	12	75.00%	4	25.00%	
	35-39 años	5	2	40.00%	3	60.00%	
	≥ 40 años	3	1	33.33%	2	66.67%	
Sexo	Masculino	12	6	50.00%	6	50.00%	0.64 (0.42)
	Femenino	43	27	62.79%	16	37.21%	
E. civil	Soltero	42	26	61.90%	16	38.10%	5.40 (0.14)
	Casado	9	6	66.67%	3	33.33%	
	Conviviente	3	0	0.00%	3	100.00%	
	Viudo	1	1	100.00%	0	0.00%	
Total		55	33	60.00%	22	40.00%	

Fuente: Elaboración Propia

**NIVELES DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL MODULAR VIRGEN DE CHAPI -  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2020**

**Gráfico N° 5**

**Factores sociales asociados a ansiedad en los trabajadores del hospital modular**



Fuente: Elaboración Propia

NIVELES DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL MODULAR VIRGEN DE CHAPI -  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2020

Tabla N° 6

Factores ocupacionales asociados a ansiedad en los trabajadores del hospital modular

		Total	Con ansiedad		Sin ansiedad		Chi <sup>2</sup> (p)
			N°	%	N°	%	
Ocupación	Médico	25	17	68.00%	8	32.00%	1.34 (0.51)
	Enfermera	16	9	56.25%	7	43.75%	
	Tec. Enferm.	14	7	50.00%	7	50.00%	
T. trabajo hosp	1 mes	2	2	100.00%	0	0.00%	3.94 (0.41)
	2 meses	10	4	40.00%	6	60.00%	
	3 meses	31	19	61.29%	12	38.71%	
	4 meses	8	6	75.00%	2	25.00%	
	> 4 meses	4	2	50.00%	2	50.00%	
T. trab. Servicio	1 mes	2	2	100.00%	0	0.00%	5.69 (0.22)
	2 meses	10	4	40.00%	6	60.00%	
	3 meses	33	20	60.61%	13	39.39%	
	4 meses	9	7	77.78%	2	22.22%	

	6 meses	1	0	0.00%	1	100.00%	
Reg.	CAS	53	32	60.38%	21	39.62%	2.17
Laboral	Contratado	1	1	100.00%	0	0.00%	(0.34)
	Nombrado	1	0	0.00%	1	100.00%	
Total		55	33	60.00%	22	40.00%	

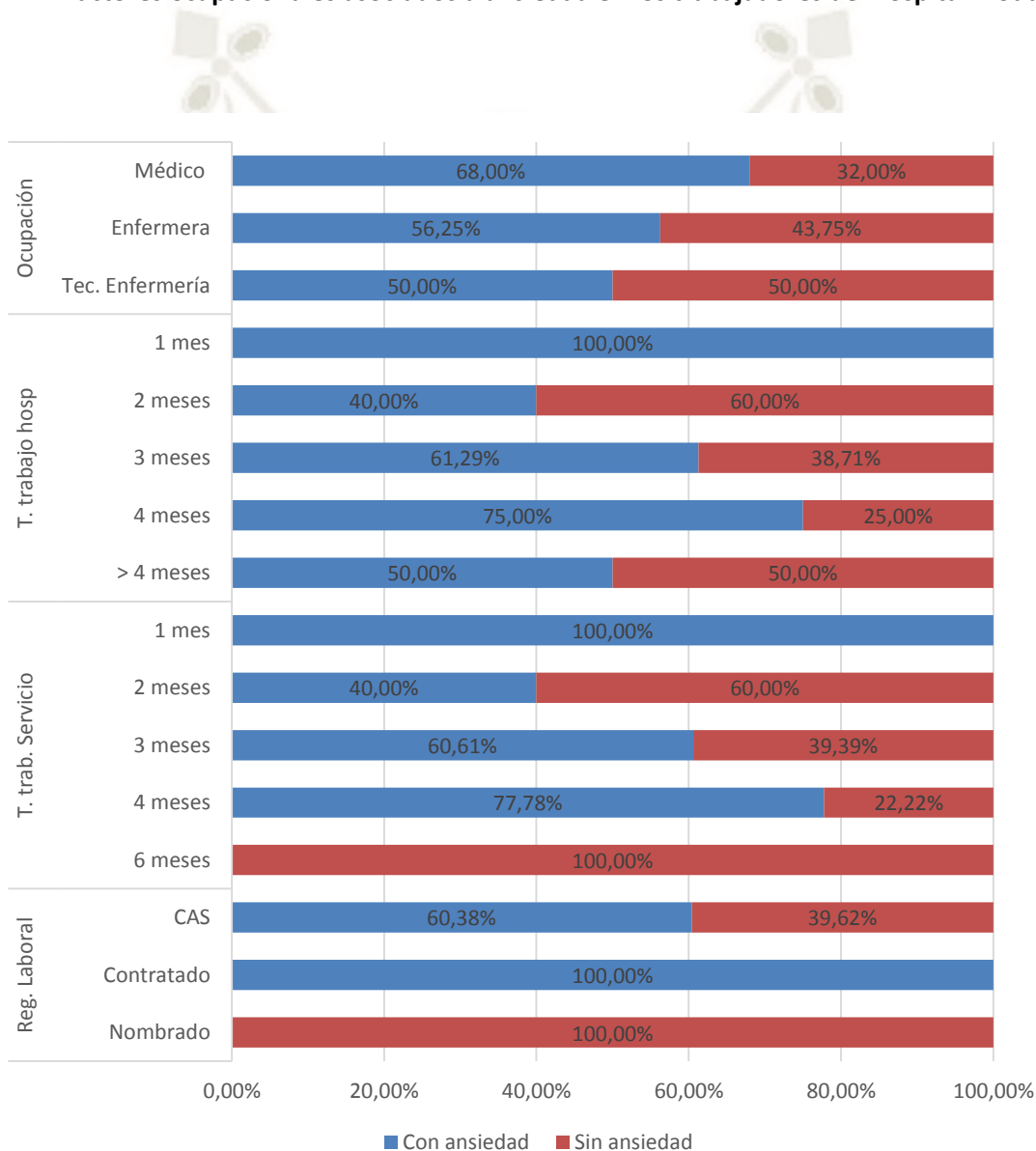
Fuente: Elaboración Propia



**NIVELES DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL MODULAR VIRGEN DE CHAPI -  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2020**

**Gráfico N° 6**

**Factores ocupacionales asociados a ansiedad en los trabajadores del hospital modular**



Fuente: Elaboración Propia

NIVELES DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL MODULAR VIRGEN DE CHAPI -  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2020

Tabla N° 7  
Factores sociales asociados a depresión en los trabajadores del hospital modular

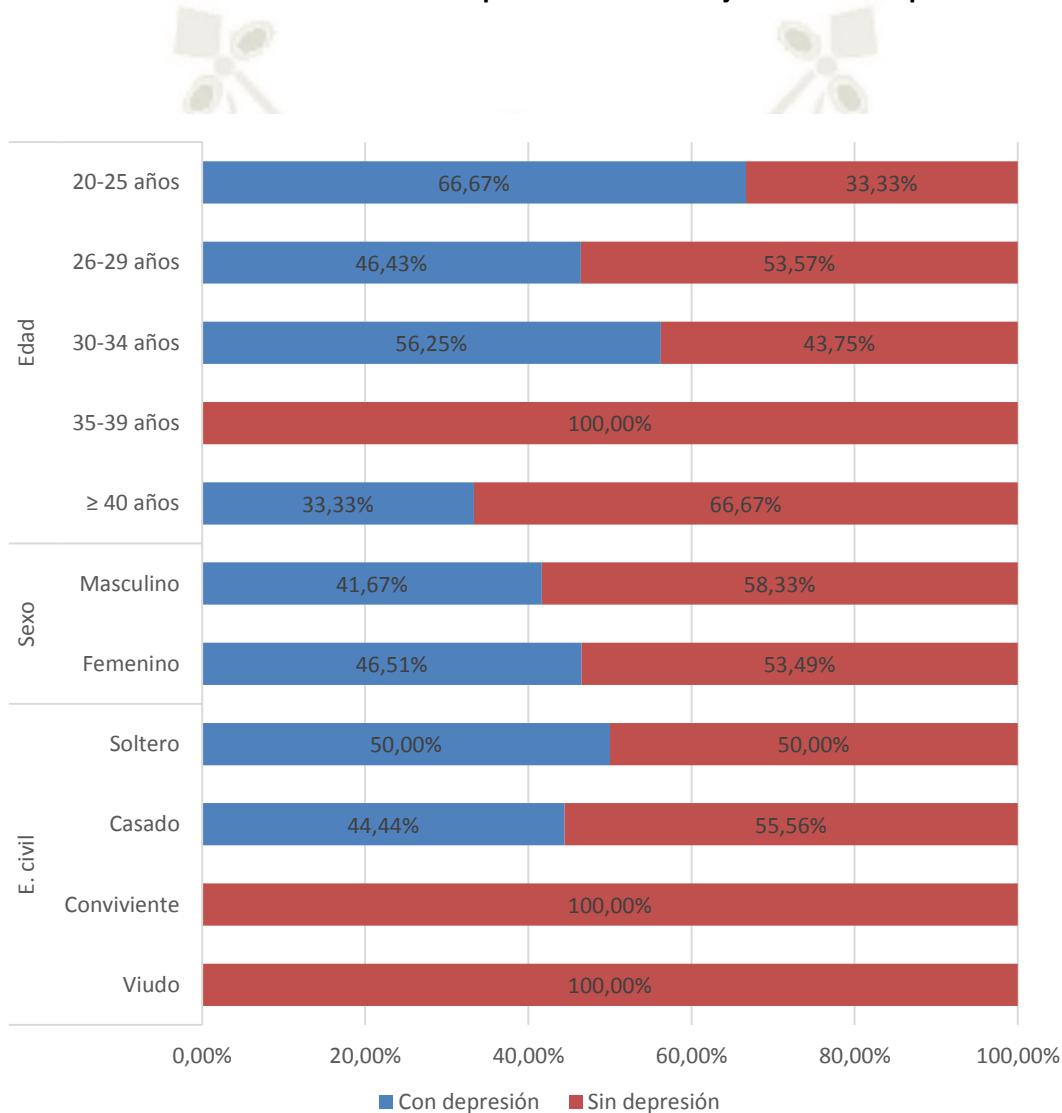
		Total	Con depresión		Sin depresión		Chi <sup>2</sup> (p)
			N°	%	N°	%	
Edad	20-25 años	3	2	66.67%	1	33.33%	5.53  (0.24)
	26-29 años	28	13	46.43%	15	53.57%	
	30-34 años	16	9	56.25%	7	43.75%	
	35-39 años	5	0	0.00%	5	100.00%	
	≥ 40 años	3	1	33.33%	2	66.67%	
Sexo	Masculino	12	5	41.67%	7	58.33%	0.09  (0.77)
	Femenino	43	20	46.51%	23	53.49%	
E. civil	Soltero	42	21	50.00%	21	50.00%	3.69  (0.30)
	Casado	9	4	44.44%	5	55.56%	
	Conviviente	3	0	0.00%	3	100.00%	
	Viudo	1	0	0.00%	1	100.00%	
Total		55	25	45.45%	30	54.55%	

Fuente: Elaboración Propia

NIVELES DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL MODULAR VIRGEN DE CHAPI -  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2020

Gráfico N° 7

Factores sociales asociados a depresión en los trabajadores del hospital modular



Fuente: Elaboración Propia

NIVELES DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL MODULAR VIRGEN DE CHAPI -  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2020

Tabla N° 8  
Factores ocupacionales asociados a depresión en los trabajadores del hospital modular

		Total	Con ansiedad		Sin ansiedad		Chi <sup>2</sup> (p)
			N°	%	N°	%	
Ocupación	Médico	25	14	56.00%	11	44.00%	2.75
	Enfermera	16	7	43.75%	9	56.25%	(0.25)
	Tec. Enferm.	14	4	28.57%	10	71.43%	
T. trabajo hosp	1 mes	2	1	50.00%	1	50.00%	2.96
	2 meses	10	3	30.00%	7	70.00%	(0.56)
	3 meses	31	17	54.84%	14	45.16%	
	4 meses	8	3	37.50%	5	62.50%	
	> 4 meses	4	1	25.00%	3	75.00%	
T. trab. Servicio	1 mes	2	1	50.00%	1	50.00%	2.31
	2 meses	10	3	30.00%	7	70.00%	(0.68)
	3 meses	33	17	51.52%	16	48.48%	
	4 meses	9	4	44.44%	5	55.56%	
	6 meses	1	0	0.00%	1	100.00%	
Reg. Laboral	CAS	53	25	47.17%	28	52.83%	1.73
	Contratado	1	0	0.00%	1	100.00%	(0.42)

Nombrado	1	0	0.00%	1	100.00%
Total	55	25	45.45%	30	54.55%

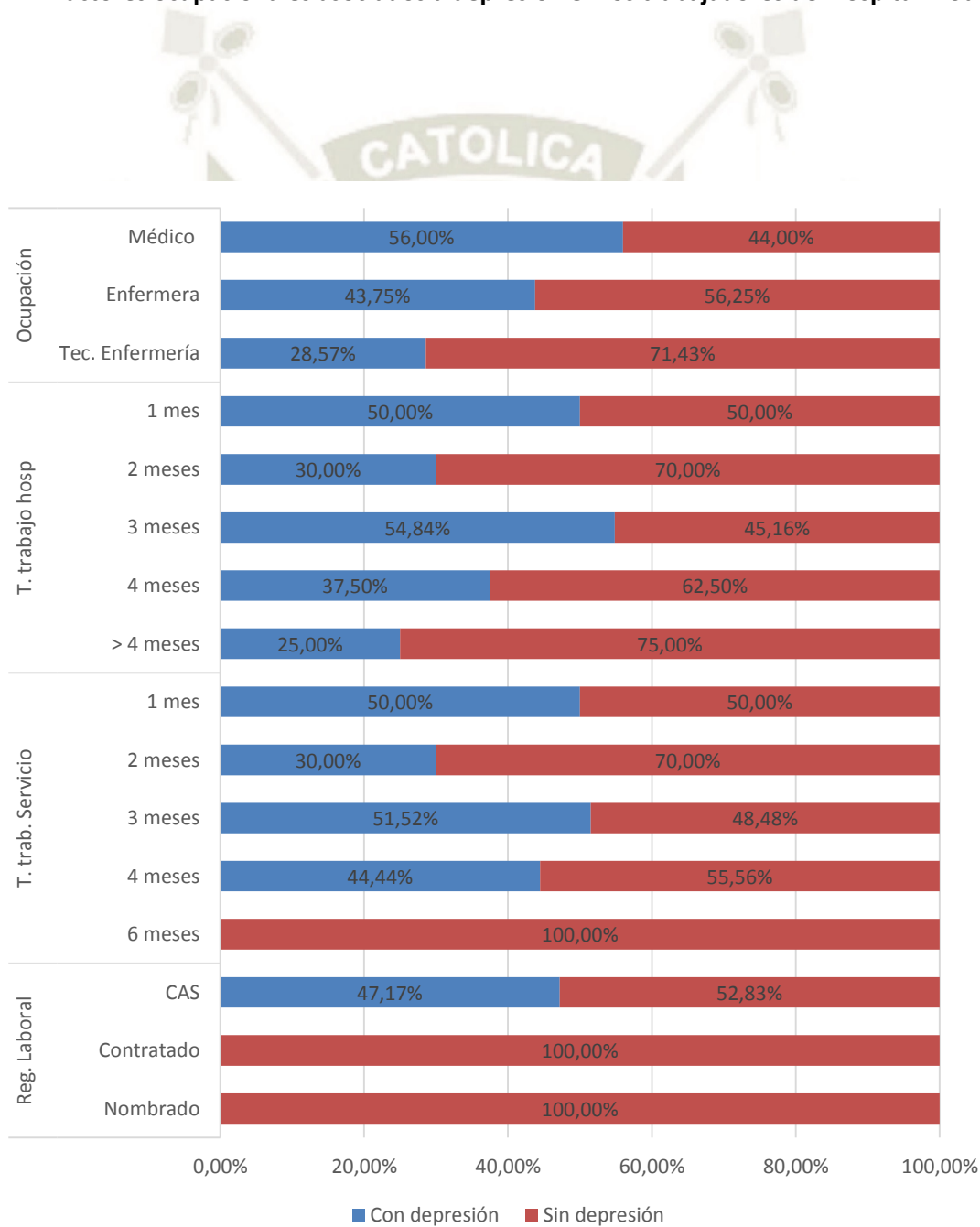
Fuente: Elaboración Propia



**NIVELES DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL MODULAR VIRGEN DE CHAPI -  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2020**

**Gráfico N° 8**

**Factores ocupacionales asociados a depresión en los trabajadores del hospital modular**



Fuente: Elaboración Propia

NIVELES DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL MODULAR VIRGEN DE CHAPI -  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2020

Tabla N° 9  
Relación entre los niveles de severidad de la ansiedad y depresión en trabajadores del  
hospital modular

Ansiedad	Total	No deprimido		Leve		Moderada-Grave	
		N°	%	N°	%	N°	%
No ansiedad	22	16	72.73%	5	22.73%	1	4.55%
A. leve	22	12	54.55%	9	40.91%	1	4.55%
A. moderada-grave	11	2	18.18%	5	45.45%	4	36.36%
Total	55	30	54.55%	19	34.55%	6	10.91%

Fuente: Elaboración Propia

$\chi^2 = 13.69$

G. libertad = 4

$p = 0.01$

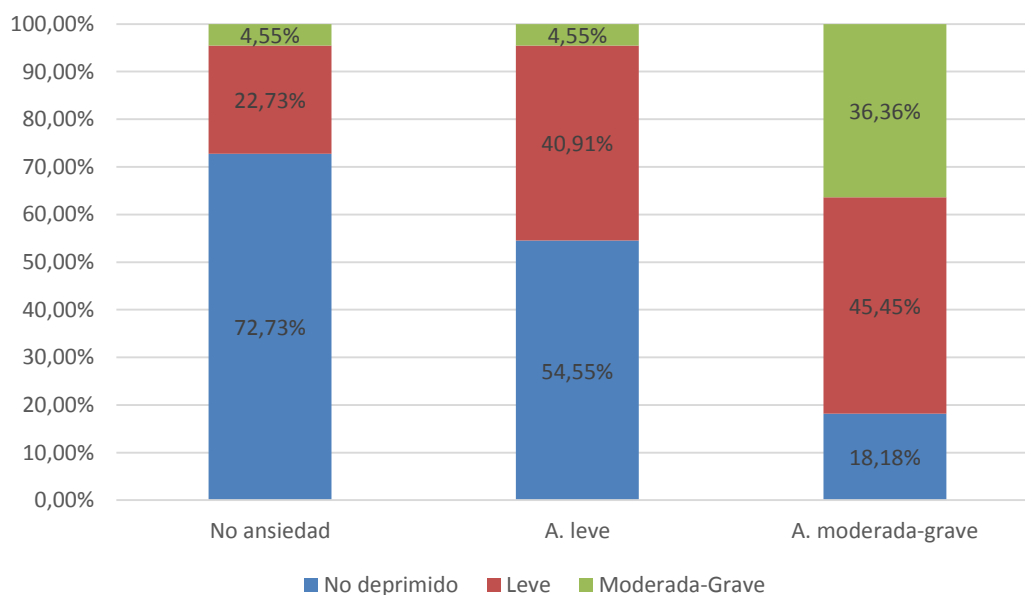
Spearman rho = 0.4121

$p = 0.0025$

NIVELES DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL MODULAR VIRGEN DE CHAPI -  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2020

Gráfico N° 9

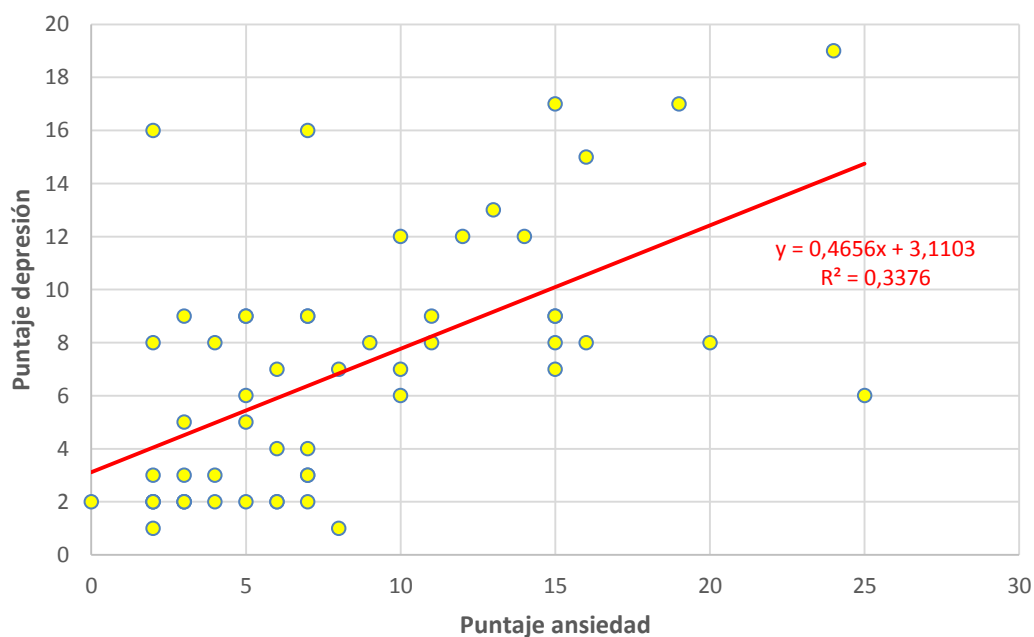
Relación entre los niveles de severidad de la ansiedad y depresión en trabajadores del hospital modular



Fuente: Elaboración Propia

NIVELES DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL MODULAR VIRGEN DE CHAPI -  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2020

Gráfico N° 10  
Relación entre los puntajes de severidad de la ansiedad y depresión en trabajadores del  
hospital modular



Fuente: Elaboración Propia

Coefficiente de correlación:  $r = 0.5811$

Coefficiente de determinación:  $r^2 = 0.3376$

Error típico: 3.8740

Prueba F = 27.02  $p < 0.05$



## CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó con el objeto de identificar la presencia de ansiedad y depresión, según la escala de Hamilton, en personal de salud en el Hospital Modular Virgen de Chapi, Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2020. Se realizó la presente investigación debido a que como el internado médico he podido enfrentar a diferentes escenarios, ya sea laborar en ambientes estresantes como emergencia, el continuo contacto con los pacientes que llegan graves y sus familiares que sufren, también el no contar con un ambiente y equipamiento que a veces no son los adecuados en los Hospitales del Ministerio de Salud, los cuales generan distintos grados de ansiedad.

Todas estas situaciones pueden exponer a los trabajadores a situaciones estresantes que pueden afectar su salud mental, afectando a la vez su funcionamiento profesional y familiar. Para tal fin se encuestó una muestra de 55 trabajadores que cumplieron criterios de selección en el periodo de estudio. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva, se comparan variables con prueba de independencia chi cuadrado, y se relaciona variables mediante coeficiente de correlación de Spearman y de Pearson (3).

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestran algunas de las características sociodemográficas de los trabajadores del hospital modular; el 50.91% de casos tuvo entre 25 y 29 años, con una edad mayor a 40 años en 5.45% de casos, con una edad promedio de  $30.33 \pm 5.11$  años; el 78.18% de trabajadores fueron mujeres, y 7.36% eran solteros, 21.81% casados o convivientes, y 1.82% viudos. Entre las características ocupacionales, la **Tabla y Gráfico 2** muestran que 45.45% eran médicos, 29.09% enfermeras y 25.45% técnicos de enfermería. El tiempo de trabajo en el hospital fue en promedio  $11.40 \pm 51.63$  meses, con un trabajador con 32 años de labor, y el tiempo de trabajo en el servicio fue de  $2.96 \pm 0.82$  meses (rango: 1-6 meses).

La **Tabla y Gráfico 3** muestran los resultados de la aplicación del test de ansiedad de Hamilton; el 60% de trabajadores del hospital modular tienen síntomas de ansiedad, siendo en 40% leve y en 20% moderado a grave. ESPINOZA GUTIÉRREZ KA en su investigación "Ansiedad y Depresión, según la Escala de Hamilton, en el Personal Médico y No Médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, 2014" concluyó que en el hospital Goyeneche 20% de trabajadores tienen ansiedad leve y en el IREN el 37.50% tiene ansiedad leve y 10% moderada (4). De igual modo en el estudio Villanueva Conde LN "Factores Asociados a la Presencia de Ansiedad y Depresión en Personal Médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, 2019" el nivel de ansiedad se observa que el 42.5% del personal médico presentan ansiedad menor, el 32.5% no tienen ansiedad, mientras que el 25.0% del personal tienen ansiedad mayor (5).

La **Tabla y Gráfico 4** muestran los resultados de la aplicación del test de depresión de Hamilton; el 45.45% de trabajadores tiene síntomas de depresión, con síntomas leves en 34.55% de casos, y síntomas de depresión moderada a grave en 10.91% de trabajadores. ESPINOZA GUTIÉRREZ KA en su investigación "Ansiedad y Depresión, según la Escala de Hamilton, en el Personal Médico y No Médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, 2014" muestran la influencia de la ocupación en la depresión según hospital; el 57.14% de médicos y 60% de enfermeras en hospital Goyeneche tuvieron depresión, y 68.75% de enfermeras en el IREN, pero en este último el 46.15% de médicos y 54.55% de técnicos mostraron depresión (4). En el estudio de Quispe LS "Prevalencia de ansiedad y depresión en personal de salud en el Hospital Carlos

Lanfranco La Hoz, diciembre 2017” se presentó depresión en médicos en el 48.1% y de enfermeras en el 55.3% (6).

La **Tabla y Gráfico 5** muestran la influencia de las características sociales de los trabajadores en la presencia de ansiedad; la edad no parece influir de manera significativa ( $p > 0.05$ ), aunque hubo una tendencia a mayor presencia de ansiedad en los más jóvenes, pasando de 66.67% entre los 20 y 25 años a 57.14% entre los 25 y 29 años, alcanzando a un 75% de trabajadores de 30 a 34 años, para disminuir después a 40% entre los 35 y 39 años, y a 33.33% en mayores de 40 años. Aunque hubo más síntomas de ansiedad entre las mujeres (62.79%) que en los varones (50%), las diferencias no fueron significativas ( $p > 0.05$ ). El estado civil tampoco pareció influir en la presencia de ansiedad ( $p > 0.05$ ). Del mismo modo, entre las características ocupacionales relacionadas a la ansiedad (**Tabla y Gráfico 6**), la presencia de ansiedad fue similar entre médicos (68%) que en enfermeras (56.25%) o técnicos de enfermería (50%), sin diferencias significativas entre los grupos ( $p > 0.05$ ). Tampoco hubo influencia del tiempo de trabajo en el hospital o en el servicio en la presencia de ansiedad ( $p > 0.05$ ). En cuanto al régimen laboral, el 60.38% de personal CAS tuvo ansiedad, comparado con 100% entre los contratados, pero no se vio entre los nombrados, aunque las diferencias no resultaron significativas ( $p > 0.05$ ). En el estudio de Quispe LS “Prevalencia de ansiedad y depresión en personal de salud en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz” no se encontró evidencias para afirmar que la prevalencia de ansiedad varía según el género, de igual manera no se encontró evidencias para afirmar que la prevalencia de ansiedad de forma significativa de acuerdo al estado civil, aun cuando, se observa que la prevalencia de ansiedad en aquellos que se encuentran casados fue 35.7% y en menor proporción en solteros con 26% y en viudos 17.6%; y de acuerdo a la prevalencia de ansiedad según categoría de edad, se obtiene que en el grupo de 30-39 años se tiene un 54.8% en depresión seguido del grupo 40-49 años (51.1%), y en el grupo 20-29 años 37.5%, pero no hay evidencia para afirmar que estas diferencias son significativas (6). ESPINOZA GUTIÉRREZ KA en su investigación “Ansiedad y Depresión, según la Escala de Hamilton, en el Personal Médico y No Médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, 2014” se muestra la influencia del sexo en la presencia de ansiedad en los hospitales; el 50% de varones del Hospital Goyeneche presentaron ansiedad, y 9.09% de mujeres, mientras que en el IREN el 48.39% de mujeres tuvieron ansiedad, aunque las diferencias no resultaron significativas. En relación al estado civil, los casados en el Hospital Goyeneche tuvieron 37.50% de ansiedad, y en el IREN 50% de convivientes y 43.75% de casados no resultaron significativas; la influencia de la ocupación en la ansiedad según hospital; el 28% de médicos en hospital Goyeneche tuvieron ansiedad, y 30.77% en el IREN, pero en este último el 50% de enfermeras y 63.64% de técnicos mostraron ansiedad, aunque las diferencias no resultaron significativas (4).

La **Tabla y Gráfico 7** muestran la influencia de las características sociodemográficas en la presencia de síntomas de depresión en el personal evaluado. Aunque se observó una tendencia a mayor frecuencia de depresión en los más jóvenes, no se vio entre los 35 y 39 años y ocurrió en un tercio de trabajadores mayores de 40 años, siendo las diferencias no significativas ( $p > 0.05$ ). Igualmente, la presencia de depresión fue discretamente mayor entre mujer que en varones (46.51% versus 41.67%), sin diferencias significativas entre ambos ( $p > 0.05$ ). En cuanto al estado civil, solo se encontró depresión en solteros (50%) y casados (44.44%) pero no en convivientes o viudos, siendo las diferencias no significativas ( $p > 0.05$ ). De modo similar en las características ocupacionales (**Tabla y Gráfico 8**), hubo más síntomas depresivos en médicos (56%) y en

enfermeras (43.75%) que en técnicos de enfermería (28.57%), aunque las diferencias no resultaron significativas ( $p > 0.05$ ). El tiempo de trabajo en el hospital o en el servicio tampoco influyó en la presencia de depresión ( $p > 0.05$ ), y aunque solo se vio depresión en 47.17% de trabajadores CAS, y no estuvo presente en contratados o nombrados, las diferencias no resultaron significativas ( $p > 0.05$ ). ESPINOZA GUTIÉRREZ KA en su investigación “Ansiedad y Depresión, según la Escala de Hamilton, en el Personal Médico y No Médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, 2014” Se encontró relación con la depresión como la mayor edad, además el tener pareja y el mayor tiempo de trabajo, en nuestro estudio no se pudo evidenciar dicha relación (4).

En la **Tabla y Gráfico 9** se muestra la relación entre los niveles de ansiedad y de depresión en los trabajadores del hospital modular; cuando no hay ansiedad, hay depresión moderada a grave en solo 4.55% de trabajadores, al igual que cuando la ansiedad es leve (4.55%), pero sube a un 36.36% cuando la ansiedad es moderada a grave, siendo las diferencias significativas ( $\chi^2$ ;  $p < 0.05$ ), y la asociación entre las dos variables es directa y de regular intensidad ( $\rho > 0.30$ ) pero significativa ( $p < 0.05$ ). Esto se corrobora al relacionar los puntajes de las escalas de ansiedad y de depresión (**Gráfico 10**), donde se aprecia una relación lineal directa y de buena intensidad ( $r > 0.50$ ) entre ambas variables, con un coeficiente de determinación de 33.76%; es decir, a más puntaje de ansiedad, mayor puntaje de depresión, y la depresión puede ser explicada en un 33.76% por los puntajes de ansiedad. Los resultados encontrados en este aspecto coinciden con la bibliografía consultada, en el estudio Lu et alnos refiere que el personal de salud al trabajar en un área donde existe un alto índice de contacto con pacientes infectados con COVID-19, sean Unidad de cuidados intensivos, intermedios, shock trauma, salas de aislamiento de pacientes infectados, y tópicos de emergencia, se relacionaron con el riesgo de desarrollar ansiedad y depresión, en comparación con el personal de salud que labora en áreas no clínicas o de poco contacto con pacientes infectados (7).

## CONCLUSIONES

- Primera.** - En el personal de salud que labora en el Hospital Modular Virgen de Chapi, Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2020. Se encontró ansiedad en un 60% ,siendo leve en 40% y moderado a grave en 20%; de igual forma se encontró depresión en un 45.45%, identificando leve en 34.55% y moderada a grave en 10.91%.
- Segunda.** - El personal de salud que labora en el Hospital Modular Virgen de Chapi, Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2020 es predominantemente formado por mujeres jóvenes, solteras y con régimen laboral CAS, entre médicos, enfermeras y técnicos de enfermería, con un tiempo promedio de labor menor al año en el hospital y menor a los 3 meses en el servicio.
- Tercera.** - Las características sociolaborales no influyen de manera significativa en el desarrollo de ansiedad o depresión del personal de salud que labora en el Hospital Modular Virgen de Chapi, Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2020.

## RECOMENDACIONES

1. Al jefe del Hospital Modular Virgen de Chapi y del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza se recomienda que proponga un programa de apoyo psicológico respectivo para el personal de salud, por los medios que se adecuen al contexto de la pandemia.
2. Se recomienda al departamento de Psiquiatría y Psicología del Hospital Honorio Delgado Espinoza realice una evaluación posterior a esta pandemia para poder determinar la presencia de secuelas y el impacto que mostró en la salud mental de todo el personal de salud.
3. Se recomienda al Ministerio de Salud, que amplíe el estudio en los hospitales de la región Arequipa que actualmente están designados a la atención de pacientes COVID-19, de tal modo conoceremos la realidad sobre este tema y así tomar medidas adecuadas que permita mejorar la calidad de vida del personal de salud, para cuidar su salud mental y que su desempeño sea el adecuado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramos-Brieva JA, Cordero A. (1986). Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr.* vol 14:324-334.
2. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badía X, Baró E y el Grupo de Validación en Español de Escalas Psicosométricas (GVPEEP). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale p. *Med. Clin (Barc)* 2002;118(13):439-9.
3. Salazar Caracela. Características generales y niveles de ansiedad en postulantes a la Universidad Católica de Santa María, Precatólica periodo 2017 Arequipa. [Para optar el Título Profesional de: Médico cirujano]; 2017.
4. Espinoza Gutiérrez KA. Ansiedad y Depresión, según la Escala de Hamilton, en el Personal Médico y No Médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, 2014 [Bachiller]. Universidad Católica de Santa María. 2014.
5. Villanueva Conde LN. Factores asociados a la presencia de ansiedad y depresión en personal médico del servicio de ginecología y obstetricia del hospital regional Honorio Delgado, 2019 [Bachiller]. Universidad Católica de Santa María. 2019.
6. Quispe LS. Prevalencia de ansiedad y depresión en personal de salud en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, diciembre 2017. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2016.
7. Lu W, Wang H, Lin Y, Li L. Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry Res.* 2020;288. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112936.



## ANEXOS

Anexo 1:  
Ficha de recolección de datos

FichaN°:

Edad: \_\_\_\_\_ años      Sexo: Masculino ( )      Femenino ( )

Estado civil:

Soltero ( )      Conviviente ( )      Casado ( )      Separado ( )      Viudo ( )

Ocupación

Médicoasistencial ( )      Residente ( )      Medico General ( )

Enfermero(a) ( )      Técnico(a) de enfermería ( )

Tiempo de trabajo en el Hospital: \_\_\_\_\_ Años      \_\_\_\_\_ Meses

Tiempo de trabajo en el servicio COVID: \_\_\_\_\_ Meses

Régimen laboral: Nombrado ( )

Contratado( )

CAS( )



Anexo 2.

Consentimiento informado

Mediante la presente se le invita a usted participar en un estudio de investigación, que tiene como propósito conocer: NIVELES DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL MEDICO DEL HOSPITAL MODULAR VIRGEN DE CHAPI-HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2020

### **Participación Voluntaria**

Luego de terminar de revisar este consentimiento, usted es la única que decide si desea participar en el estudio. Su participación es completamente voluntaria.

### **Procedimientos:**

- 1.- Se le entregará un cuadernillo de preguntas que evaluarán el tipo nivel de ansiedad y depresión.
- 2.- Se evaluará los resultados obtenidos al final de la evaluación.
- 3.- Esta encuesta es netamente personal y los resultados se obtengan serán de carácter anónimo.

### **Riesgos y Procedimientos para minimizar los riesgos**

No existen riesgos en esta investigación.

### **Costos**

Usted no deberá asumir ningún costo económico para la participación en este estudio, el costo de las encuestas y el taller educativo será asumido por el investigador.

### **Beneficios:**

Puede ser que no haya un beneficio inmediato para usted por participar de este estudio. Sin embargo, usted estará contribuyendo a encontrar una relación directa entre niveles de ansiedad y depresión y el entorno laboral en el hospital cumpliendo su labor como médico.

### **Confidencialidad:**

Como hemos referido todos sus resultados que se generen serán tratados con la más estricta confidencialidad.

### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN

Yo he tenido oportunidad de hacer preguntas y siento que todas mis preguntas han sido contestadas. He comprendido que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Además, entiendo que estando de acuerdo de participar en este estudio estoy dando permiso para que se procese la información que he respondido en los cuestionarios.

En base a la información que me han dado, estoy de acuerdo en participar en este estudio.

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

HUELLA:

Anexo 3.

Escala de ansiedad de Hamilton (14 ítems)

**INSTRUCCIONES:** Escoja en cada ítem la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación, y luego sume la totalidad de los 14 ítem. Las definiciones que siguen al enunciado de cada ítem son ejemplos que pueden servir de guía. Deben puntuarse todo el ítem acorde a los siguientes criterios: **0: Ausente; 1: Intensidad ligera; 2: Intensidad media; 3: Intensidad elevada; 4: Intensidad máxima (invalidante).** Marque con una "X"

	0	1	2	3	4
<b>1. Estado ansioso:</b> Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.					
<b>2. Tensión:</b> Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.					
<b>3. Temores:</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.					
<b>4. Insomnio:</b> Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.					
<b>5. Funciones Intelectuales (Cognitivas):</b> Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.					
<b>6. Humor depresivo:</b> Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.					
<b>7. Síntomas somáticos musculares:</b> Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar					

de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.					
<b>8. Síntomas somáticos sensoriales:</b> Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).					
<b>9. Síntomas cardiovasculares:</b> Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias					
<b>10. Síntomas respiratorios:</b> Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).					
<b>11. Síntomas gastrointestinales:</b> Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.					
<b>12. Síntomas genitourinarios:</b> Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.					
<b>13. Síntomas del sistema nervioso autónomo:</b> Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, erectismo piloso (piel de gallina).					
<b>14. Conducta en el transcurso del test:</b> Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento de la entreceja, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.					

Fuente: Ramos-Brieva JA, Cordero A. (1986)

Anexo 4.

Escala de Depresión de Hamilton (17 ítems)

(El marco de referencia temporal es el momento de la entrevista, excepto para los ítems del sueño, que se refieren a los dos días previos. Se suma la puntuación de todos los ítems para obtener la puntuación global. Proporciona una puntuación de la gravedad del cuadro). **Encierre en un círculo su respuesta**

ítem	Criterios de valoración
<p>1.Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)</p>	<p>1. Ausente.</p> <p>2.Estas sensaciones se indican solo al ser preguntados.</p> <p>3.Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente.</p> <p>4.Sensaciones no comunicadas verbalmente, sino por la expresión facial, postura, voz o tendencia al llanto.</p> <p>4.El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.</p>
<p>2.Sensación de culpabilidad</p>	<p>1. Ausente.</p> <p>2.Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente. 2.Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones.</p> <p>1. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad.</p> <p>2. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.</p>
<p>3.Idea de suicidio</p>	<p>1. Ausente.</p> <p>2.Le parece que la vida no merece la pena ser vivida.</p> <p>2.Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir.</p> <p>3.Ideas o amenazas de suicidio.</p>

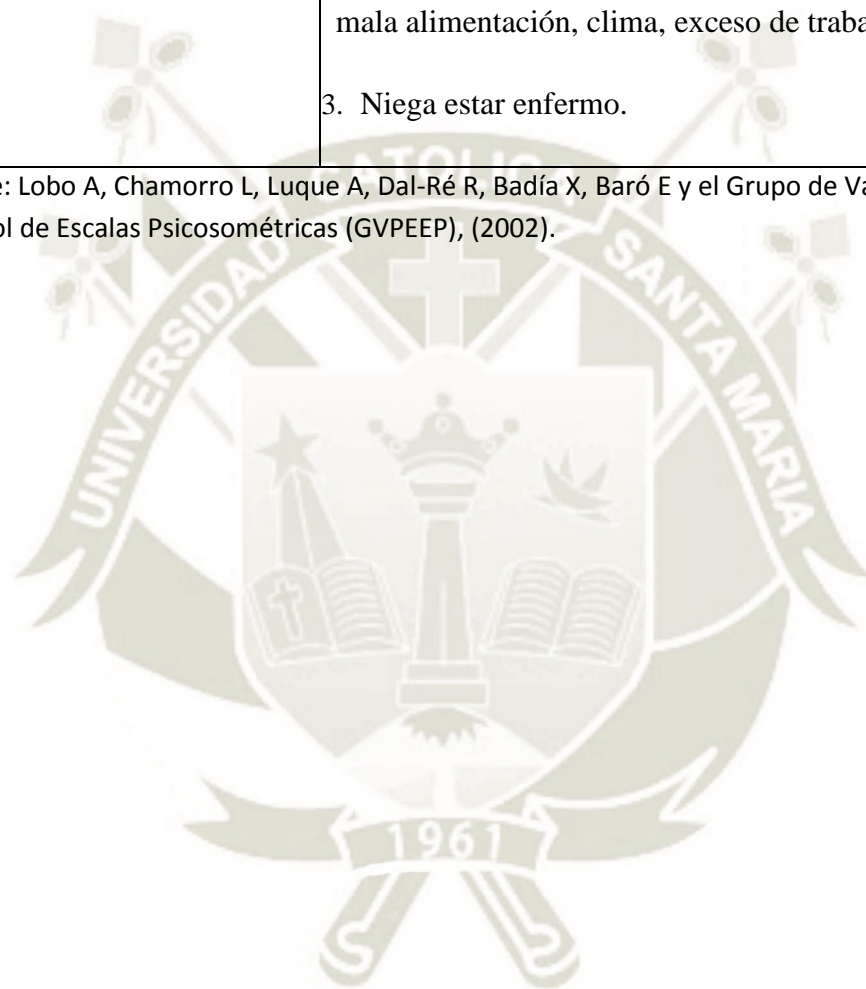
	4.Intentos de suicidio.
4.Insomnia precoz	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ausente.</li> <li>2.Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora.</li> <li>3. Dificultades para dormirse cada noche.</li> </ol>
5.Insomnia medio	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ausente.</li> <li>2.El paciente se queja de estar inquieto durante la noche.</li> <li>2.Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se puntúa como 2, excepto si está justificada (orinar, tomar o dar medicación...).</li> </ol>
6.Insomnia tardío	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ausente.</li> <li>2.Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero vuelve a dormirse.</li> <li>3. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.</li> </ol>
7.Problemas en el trabajo y actividades	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ausentes.</li> <li>2.Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su trabajo, actividad o aficiones.</li> <li>3.Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación.</li> <li>4.Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad.</li> <li>5.Dejó de trabajar por la presente enfermedad.</li> </ol>

<p>8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra; empeoramiento de la concentración; actividad motora disminuida)</p>	<p>0. Palabra y pensamiento normales.</p> <p>1. Ligero retraso en el diálogo.</p> <p>2. Evidente retraso en el diálogo.</p> <p>3. Diálogo difícil.</p> <p>4. Torpeza absoluta.</p>
<p>9. Agitación</p>	<p>1. Ninguna.</p> <p>2. "Juega" con sus manos, cabellos, etc.</p> <p>3. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, labios, se tira de los cabellos, etc.</p>
<p>10. Ansiedad psíquica</p>	<p>1. No hay dificultad.</p> <p>2. Tensión subjetiva e irritabilidad.</p> <p>2. Preocupación por pequeñas cosas.</p> <p>3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla.</p> <p>4. Terrores expresados sin preguntarle.</p>
<p>11. Ansiedad somática</p>	<p>Signos somáticos concomitantes de la ansiedad, como:</p> <p>1. Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones.</p> <p>2. Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias.</p> <p>3. Respiratorios: hiperventilación, suspiros.</p> <p>4. Frecuencia urinaria.</p> <p>5. Sudoración.</p> <p>0. Ausente. 1. Ligera.</p> <p>2. Moderada.</p> <p>3. Grave.</p> <p>4. Incapacitante.</p>

<p>12.Síntomas somáticos gastrointestinales</p>	<p>1. Ninguno.</p> <p>2.Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.</p> <p>3. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales.</p>
<p>13.Síntomas somáticos generales</p>	<p>1. Ninguno.</p> <p>2.Pesadez en la extremidades, espalda o cabeza.Dorsalgias, cefalalgias, mialgias. Fatigabilidad y pérdida de energía.</p> <p>3.Cualquiera de los síntomas anteriores se puntúa como 2 si está muy bien definido.</p>
<p>14.Síntomas genitales</p>	<p>Síntomas como pérdida de la libido y trastornos menstruales</p> <p>0.Ausentes.</p> <p>1.Débile.</p> <p>2.Graves</p> <p>3.Incapacitantes.</p>
<p>15.Hipocondría</p>	<p>1. No la hay.</p> <p>2.Preocupado de sí mismo(corporalmente).</p> <p>2.Preocupado por su salud.</p> <p>3.Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc.</p> <p>4.Ideas delirantes hipocondríacas.</p>
<p>16.Pérdida de peso (completar sólo A o B)</p>	<p>A.- Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)</p> <p>0.No hay pérdida de peso.</p> <p>1.Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual.</p> <p>2.Pérdida de peso definida según el enfermo.</p> <p>B.- Según pesaje por parte del médico (evaluaciones siguientes)</p>

	<p>0. Pérdida de peso inferior a 500 g por semana (de promedio).</p> <p>1. Pérdida de peso de más de 500 g por semana (de promedio).</p> <p>2. Pérdida de peso de más de 1 kg por semana (de promedio).</p>
<p>17. Insight (conciencia de enfermedad)</p>	<p>1. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.</p> <p>2. Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.</p> <p>3. Niega estar enfermo.</p>

Fuente: Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badía X, Baró E y el Grupo de Validación en Español de Escalas Psicossométricas (GVPEEP), (2002).





Anexo 5:  
Matriz de sistematización de información

FICHA	SEXO	EDAD	Cat edad	EST. CIVIL	OCUPACION	T. Trab. H	T. Trab. S	R.L.	P.A.	N.A.	Cat ansiedad	P. D.	NIVEL DE DEP.	Cat Depresión
32	F	29	26-29 años	Conviviente	Tec. Enfermeria	4	4	CAS	2	No ansiedad	Sin ansiedad	1	No deprimido	Sin depresión
4	M	32	30-34 años	Viudo	Medico	4	4	CAS	8	A. leve	Con ansiedad	1	No deprimido	Sin depresión
30	F	34	30-34 años	Casado	Tec. Enfermeria	2	2	CAS	0	No ansiedad	Sin ansiedad	2	No deprimido	Sin depresión
20	F	38	35-39 años	Soltero	Tec. Enfermeria	4	4	CAS	2	No ansiedad	Sin ansiedad	2	No deprimido	Sin depresión
29	F	36	35-39 años	Casado	Tec. Enfermeria	2	2	CAS	2	No ansiedad	Sin ansiedad	2	No deprimido	Sin depresión
33	F	35	35-39 años	Conviviente	Tec. Enfermeria	2	2	CAS	2	No ansiedad	Sin ansiedad	2	No deprimido	Sin depresión
5	M	28	26-29 años	Soltero	Medico	3	3	CAS	3	No ansiedad	Sin ansiedad	2-Ene-00	No deprimido	Sin depresión
22	F	52	≥ 40 años	Conviviente	Enfermera	384	6	Nombrado	3	No ansiedad	Sin ansiedad	2	No deprimido	Sin depresión
24	F	31	30-34 años	Soltero	Enfermera	3	3	CAS	3	No ansiedad	Sin ansiedad	2	No deprimido	Sin depresión
12	M	33	30-34 años	Soltero	Medico	36	3	CAS	4	No ansiedad	Sin ansiedad	2	No deprimido	Sin depresión
31	F	29	26-29 años	Soltero	Tec. Enfermeria	2	2	CAS	5	No ansiedad	Sin ansiedad	2	No deprimido	Sin depresión
19	M	35	35-39 años	Casado	Medico	3	3	CAS	6	A. leve	Con ansiedad	2	No deprimido	Sin depresión
28	F	31	30-34 años	Soltero	Enfermera	3	3	CAS	6	A. leve	Con ansiedad	2	No deprimido	Sin depresión
23	F	29	26-29 años	Soltero	Tec. Enfermeria	4	4	CAS	7	A. leve	Con ansiedad	2	No deprimido	Sin depresión
37	M	29	26-29 años	Soltero	Medico	3	3	CAS	2	No ansiedad	Sin ansiedad	3	No deprimido	Sin depresión
50	M	25	20-25 años	Soltero	Medico	3	3	CAS	3	No ansiedad	Sin ansiedad	3	No deprimido	Sin depresión
14	F	28	26-29 años	Soltero	Medico	2	2	CAS	4	No ansiedad	Sin ansiedad	3	No deprimido	Sin depresión
27	F	38	35-39 años	Soltero	Tec. Enfermeria	36	3	Contratado	7	A. leve	Con ansiedad	3	No deprimido	Sin depresión
38	F	27	26-29 años	Soltero	Medico	3	3	CAS	7	A. leve	Con ansiedad	3	No deprimido	Sin depresión

46	F	32	30-34 años	Casado	Enfermera	3	3	CAS	6	A. leve	Con ansiedad	4	No deprimido	Sin depresión
26	F	26	26-29 años	Soltero	Tec. Enfermería	3	3	CAS	7	A. leve	Con ansiedad	4	No deprimido	Sin depresión
39	M	28	26-29 años	Soltero	Medico	3	3	CAS	3	No ansiedad	Sin ansiedad	5	No deprimido	Sin depresión
34	F	42	≥ 40 años	Soltero	Enfermera	2	2	CAS	5	No ansiedad	Sin ansiedad	5	No deprimido	Sin depresión
25	F	24	20-25 años	Soltero	Enfermera	3	3	CAS	5	No ansiedad	Sin ansiedad	6	No deprimido	Sin depresión
15	F	28	26-29 años	Soltero	Medico	3	3	CAS	10	A. leve	Con ansiedad	6	No deprimido	Sin depresión
21	F	28	26-29 años	Casado	Enfermera	3	3	CAS	25	A. moderada-grave	Con ansiedad	6	No deprimido	Sin depresión
41	F	33	30-34 años	Soltero	Enfermera	4	4	CAS	6	A. leve	Con ansiedad	7	No deprimido	Sin depresión
44	F	28	26-29 años	Soltero	Tec. Enfermería	2	2	CAS	8	A. leve	Con ansiedad	7	No deprimido	Sin depresión
42	F	26	26-29 años	Soltero	Enfermera	3	3	CAS	10	A. leve	Con ansiedad	7	No deprimido	Sin depresión
6	F	29	26-29 años	Soltero	Medico	1	1	CAS	15	A. moderada-grave	Con ansiedad	7	No deprimido	Sin depresión
1	F	27	26-29 años	Soltero	Medico	3	3	CAS	2	No ansiedad	Sin ansiedad	8	Leve	Con depresión
45	F	26	26-29 años	Soltero	Enfermera	3	3	CAS	4	No ansiedad	Sin ansiedad	8	Leve	Con depresión
54	F	27	26-29 años	Soltero	Enfermera	3	3	CAS	9	A. leve	Con ansiedad	8	Leve	Con depresión
8	F	27	26-29 años	Soltero	Medico	3	3	CAS	11	A. leve	Con ansiedad	8	Leve	Con depresión
52	M	26	26-29 años	Soltero	Medico	3	3	CAS	15	A. moderada-grave	Con ansiedad	8	Leve	Con depresión
16	F	29	26-29 años	Soltero	Medico	4	4	CAS	16	A. moderada-grave	Con ansiedad	8	Leve	Con depresión
18	F	26	26-29 años	Soltero	Medico	4	4	CAS	20	A. moderada-grave	Con ansiedad	8	Leve	Con depresión
49	F	28	26-29 años	Soltero	Enfermera	3	3	CAS	3	No ansiedad	Sin ansiedad	9	Leve	Con depresión
47	F	25	20-25 años	Soltero	Enfermera	3	3	CAS	5	No ansiedad	Sin ansiedad	9	Leve	Con depresión

51	M	28	26-29 años	Soltero	Medico	3	3	CAS	5	No ansiedad	Sin ansiedad	9	Leve	Con depresión
35	F	42	≥ 40 años	Soltero	Enfermera	2	2	CAS	7	A. leve	Con ansiedad	9	Leve	Con depresión
55	F	28	26-29 años	Soltero	Enfermera	3	3	CAS	7	A. leve	Con ansiedad	9	Leve	Con depresión
17	F	32	30-34 años	Soltero	Medico	24	4	CAS	11	A. leve	Con ansiedad	9	Leve	Con depresión
9	F	30	30-34 años	Soltero	Medico	3	3	CAS	15	A. moderada-grave	Con ansiedad	9	Leve	Con depresión
10	F	29	26-29 años	Soltero	Medico	1	1	CAS	15	A. moderada-grave	Con ansiedad	9	Leve	Con depresión
48	F	34	30-34 años	Casado	Enfermera	3	3	CAS	10	A. leve	Con ansiedad	12	Leve	Con depresión
11	F	29	26-29 años	Soltero	Medico	4	4	CAS	12	A. leve	Con ansiedad	12	Leve	Con depresión
7	M	24	20-25 años	Soltero	Medico	3	3	CAS	14	A. leve	Con ansiedad	12	Leve	Con depresión
2	M	30	30-34 años	Soltero	Medico	3	3	CAS	13	A. leve	Con ansiedad	13	Leve	Con depresión
53	F	34	30-34 años	Casado	Tec. Enfermeria	3	3	CAS	16	A. moderada-grave	Con ansiedad	15	Moderada-Grave	Con depresión
43	F	32	30-34 años	Casado	Tec. Enfermeria	3	3	CAS	2	No ansiedad	Sin ansiedad	16	Moderada-Grave	Con depresión
40	F	30	30-34 años	Casado	Tec. Enfermeria	3	3	CAS	7	A. leve	Con ansiedad	16	Moderada-Grave	Con depresión
36	F	22	20-25 años	Soltero	Tec. Enfermeria	2	2	CAS	15	A. moderada-grave	Con ansiedad	17	Moderada-Grave	Con depresión
13	M	30	30-34 años	Soltero	Medico	3	3	CAS	19	A. moderada-grave	Con ansiedad	17	Moderada-Grave	Con depresión
3	F	30	30-34 años	Soltero	Medico	2	2	CAS	24	A. moderada-grave	Con ansiedad	19	Moderada-Grave	Con depresión



Anexo 6:  
Proyecto de investigación

# Universidad Católica de Santa María

## Facultad de Medicina Humana

### Escuela Profesional de Medicina Humana



NIVELES DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL MODULAR  
VIRGEN DE CHAPI - HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2020

Borrador de tesis presentado por el Bachiller:

**Aguilar Soto, Julio César**

Para optar el Título Profesional de:

**Médico Cirujano**

Asesor:

**Dra. Muñoz del Carpio Toia, Agueda**

## 1. PREÁMBULO:

Durante el internado médico he podido enfrentar a diferentes escenarios, ya sea laborar en ambientes estresantes como emergencia, el continuo contacto con los pacientes que llegan graves y sus familiares que sufren, también el no contar con un ambiente y equipamiento que a veces no son los adecuados en los Hospitales del Ministerio de Salud, los cuales generan distintos grados de ansiedad y estas situaciones pueden afectar la salud mental del personal de salud.

El personal de salud al tener altos niveles de ansiedad puede convertirse en depresión, y este es un trastorno emocional que dificultará en este caso la interacción del médico con su entorno, y se manifestará con sentimientos de tristeza, la falta de interés por las actividades habituales que antes solía realizar con normalidad.

En la actualidad estamos viviendo una pandemia a causa del COVID-19 el cual está provocando un impacto a nivel del sistema de salud, mostrando en nuestro país la terrible situación sanitaria en donde tenemos hospitales viejos, falta de materiales, camas, ventiladores, médicos con una mal remuneración y sin seguro médico y principalmente falta de equipos de bioseguridad que es necesario para combatir con esta enfermedad, causando así un rápido aumento de confirmaciones de casos y muertes en la población como en médicos, provocando así aumento de niveles de estrés, ansiedad y depresión, tanto en el personal de salud como la población.

Esto me motivó a realizar el presente proyecto de tesis, pensando en la carga y el impacto que estos trastornos tendrán sobre la salud mental en el personal de salud del Hospital Modular Virgen de Chapi y así poder diseñar una estrategia en el futuro el cual ayudara a mejorar su calidad de vida.

## 2. PLANTEAMIENTO TEORICO:

### 1. Problema de investigación:

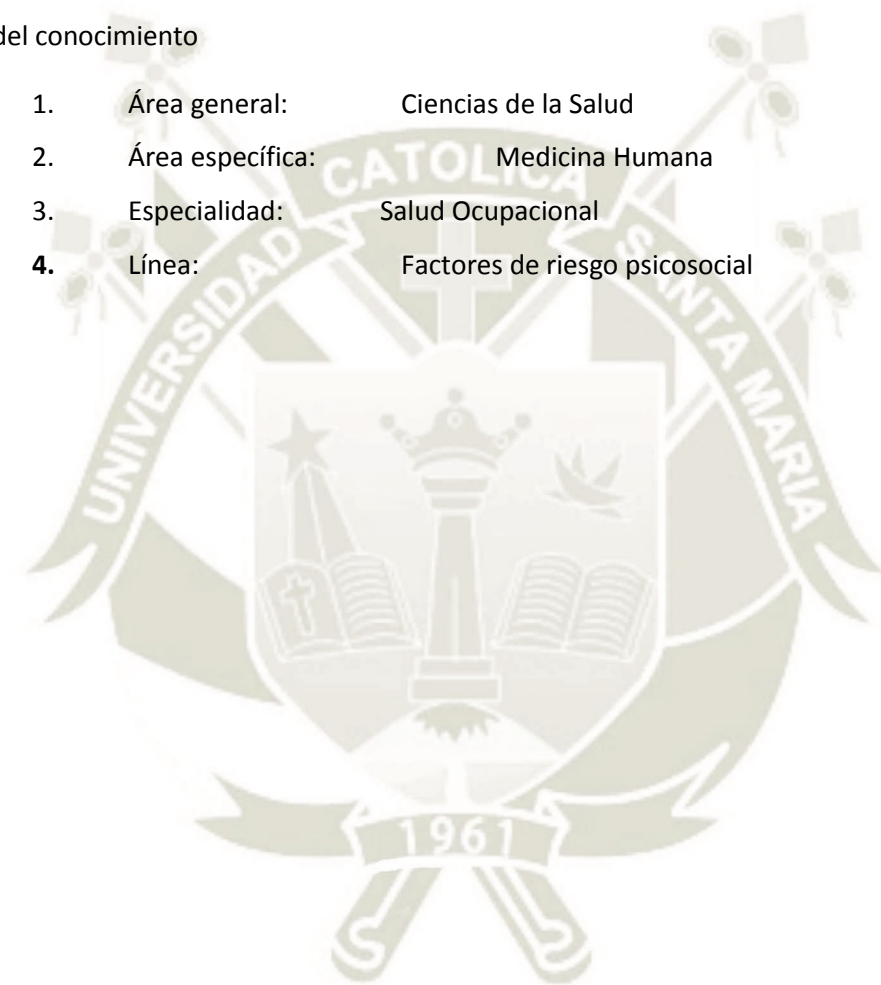
Enunciado del trabajo o problema:

¿Cuáles son los niveles de depresión y ansiedad en el personal médico del Hospital Modular Virgen de Chapi, Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2020?

Descripción del Problema

Área del conocimiento

1. Área general: Ciencias de la Salud
2. Área específica: Medicina Humana
3. Especialidad: Salud Ocupacional
4. Línea: Factores de riesgo psicosocial



Análisis u operacionalización de Variables:

Variable		Indicador	Unidad / Categoría	Escala
<b>Variable dependiente</b>				
Personal Médico	Ansiedad	Puntaje en escala de ansiedad de Hamilton	1. 0-5: no ansiedad. 2. 6-14: ansiedad leve. 3. $\geq 15$ : ansiedad moderada/grave	Ordinal
	Depresión	Puntaje en escala de depresión de Hamilton	1. 0-7: no depresión. 2. 8-14: distimia. 3. $\geq 15$ : depresión moderada-grave	Ordinal
Personal No Médico	Ansiedad en Personal de Enfermería	Puntaje en escala de ansiedad de Hamilton	1. 0-5: no ansiedad. 2. 6-14: ansiedad leve. 3. $\geq 15$ : ansiedad moderada/grave	Ordinal
	Depresión en Personal de Enfermería	Puntaje en escala de depresión de Hamilton	1. 0-7: no depresión. 2. 8-14: distimia. 3. $\geq 15$ : depresión moderada-grave	Ordinal
	Ansiedad en Personal Técnico de Enfermería	Puntaje en escala de ansiedad de Hamilton	1. 0-5: no ansiedad. 2. 6-14: ansiedad leve. 3. $\geq 15$ : ansiedad moderada/grave	Ordinal
	Depresión en Personal Técnico de Enfermería	Puntaje en escala de depresión de Hamilton	1. 0-7: no depresión. 2. 8-14: distimia. 3. $\geq 15$ : depresión moderada-grave	Ordinal
	<b>Variables independientes</b>			
Edad	Fecha de nacimiento	Años	De	

			razón
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	Varón / Mujer	Nominal
Estado civil	Unión civil	Soltero, casado, conviviente, separado, viudo.	Nominal
Ocupación	Grupo profesional Grupo técnico	Médicos, Enfermeras, Técnicos de enfermería	Nominal
Tiempo de trabajo	Fecha de ingreso al servicio	Años, Meses	De razón
Tiempo de trabajo en zona COVID	Fecha de ingreso a zona COVID	meses	De razón
Régimen laboral	Nexo institucional	Nombrado, contratado, CAS	Nominal

#### Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es la frecuencia de ansiedad y depresión, según la Escala de Hamilton, en el personal de salud del Hospital Modular Virgen de Chapi, Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2020?
2. ¿Cuáles son las características socio laborales del personal de salud que labora en el Hospital Modular Virgen de Chapi, Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2020?
3. ¿Cuáles son los factores de riesgo para el desarrollo de ansiedad y depresión en el personal de salud que labora en el Hospital Modular Virgen de Chapi, Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2020?

Tipo de investigación: De Campo

**Nivel de Investigación:** Descriptivo

**Diseño de investigación:** Observacional – Prospectivo – Transversal

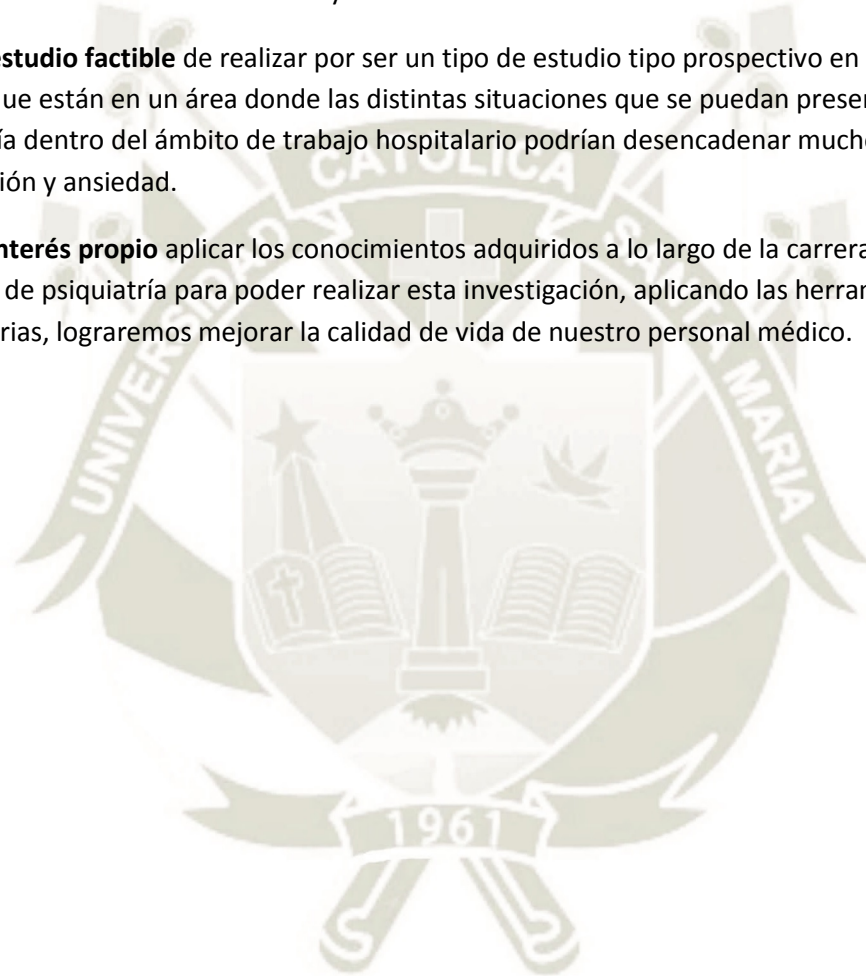
Justificación del problema

Esta investigación, busca conocer la frecuencia de ansiedad y depresión del personal médico que labora en el Hospital Modular Virgen de Chapi, Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2020, así como los factores socio laborales y el impacto que esto tendría en la salud mental del personal médico.

La investigación tiene **relevancia científica**, ya que contribuirá al conocimiento sobre el impacto que tiene los factores laborales en la salud mental del personal de salud además de sus niveles de ansiedad y depresión; Tiene **relevancia social**, puesto que beneficiará al personal de salud que laboran en un área que tiene una alta demanda en este tiempo de pandemia con situaciones difíciles y de estrés.

Es un **estudio factible** de realizar por ser un tipo de estudio tipo prospectivo en el personal de salud que están en un área donde las distintas situaciones que se puedan presentar durante el día a día dentro del ámbito de trabajo hospitalario podrían desencadenar muchos episodios de depresión y ansiedad.

Es de **interés propio** aplicar los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera en especial en el área de psiquiatría para poder realizar esta investigación, aplicando las herramientas necesarias, lograremos mejorar la calidad de vida de nuestro personal médico.



## MARCO CONCEPTUAL

### ANSIEDAD

La ansiedad es un estado normal caracterizado por activación de la alerta y preparación psicofísica ante una expectativa de respuesta a un estímulo del ambiente. Se acompaña de cambios físicos, expresión de activación adrenérgica. Es patológica cuando no existe estímulo desencadenante proporcional o cuando su intensidad es exagerada y motiva un estado de discomfort intenso en el individuo. Los trastornos de ansiedad son problemas psiquiátricos más comunes y extendidos en la población general. Son más frecuentes en mujeres y su incidencia disminuye con la edad. Es importante recordar que los trastornos de ansiedad se pueden asociar síntomas depresivos o psicósomáticos, e incluso conllevar conductas suicidas, pero, sin embargo, no asocian síntomas psicóticos (1).

### MECANISMOS NEUROBIOLÓGICOS INVOLUCRADOS EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

#### HIPERACTIVIDAD ADRENÉRGICA:

Numerosos estudios avalan el protagonismo del sistema noradrenérgico en la neurobiología de la ansiedad:

-La estimulación eléctrica del locus ceruleus en el mono provoca reacción de miedo similar a la que tiene lugar durante la exposición a la amenaza real en el hábitat natural.

-Niveles altos de noradrenalina, adrenalina y sus metabolitos se han encontrados en sujetos sanos luego de un estrés emocional. Los síndromes de abstinencia de opiáceos y alcohol, así como la abrupta suspensión de antidepresivos se asocian a sintomatología ansiosa intensa y aumento del metohidroxifenilglicol (MHPG) en el líquido cefalorraquídeo y en la orina.

-La yohimbina es una droga que bloquea los alfa-2 adrenorreceptores presinápticos lo que produce un aumento en la liberación de noradrenalina. Si la yohimbina se administra a pacientes con trastornos por pánico les causa ataques de pánico, a la vez que les produce elevación de la presión arterial, taquicardia y aumento de los niveles de MHPG y cortisol. Por otro lado la clonidina un agonista alfa-2 adrenérgico, reduce la actividad del locus ceruleus y es capaz de bloquear los ataques de pánico en pacientes con trastorno por pánico. Ambos hechos evidencian una anomalía adrenérgica en la etiología del trastorno por pánico.

-En la fobia social se encuentra una hipersensibilidad de los receptores betaadrenérgicos. Los síntomas de ansiedad que se presentan en este trastorno incluyen sudoración, enrojecimiento de la cara y temblor, que están mediados por la activación de receptores beta-adrenérgicos periféricos. El uso de betabloqueadores ayudan al control de estos síntomas.

-El isoproterenol, un selectivo agonista beta-adrenérgico cerebral, provoca ataques de pánico en pacientes que adolecen de trastorno por pánico. Fármacos inhibidores de la recaptura de serotonina tienen efecto panicolítico demostrado y su mecanismo sería a través de provocar una "downregulation" de los receptores beta-adrenérgicos.

-Animales expuestos a estrés severo en lo que se ha llamado "modelo de estrés inescapable" (perros sometidos a shock eléctricos manteniéndose sujetos sin oportunidad de escapar, al

dejarlos libres, recibiendo nuevas cargas eléctricas, los animales no intentan escaparse) provoca masiva liberación de noradrenalina en el locus ceruleus y amígdala, que puede ser prevenida con el uso de clonidina, etanol, opiáceos y benzodiazepinas. Este modelo ha dado muchas luces en el estudio de pacientes con trastorno de estrés postraumático, quienes presentan sintomatología ansiosa severa, aprendizaje de comportamientos maladaptativo y la preferencia de estos pacientes a abusar precisamente de las sustancias antes mencionadas.

-Hipersensibilidad de quimiorreceptores. El hecho que el lactato provoque en el trastorno por pánico una exagerada respuesta de ansiedad y no así en la fobia social y que el CO<sub>2</sub> induzca ataques de pánico en los dos trastornos, pero con menor intensidad y frecuencia en la fobia social, plantea la posibilidad de una hipersensibilización diferente de los quimiorreceptores para ambas enfermedades, que provocaría una hiperactivación de locus ceruleus (2).



#### HIPOSENSIBILIDAD DE LOS RECEPTORES GABA-BENZODICEPINICOS:

Hay dos tipos de receptores GABA, el A y el B. El GABA-A es un complejo receptor macromoleculcular postsináptico que incluye un canal de cloro y funcionalmente asociado a receptores benzodicepínicos. Abundan en el sistema límbico, cerebelo, striatum y corteza. Cuando el receptor GABA-A es activado se incrementa el flujo de cloro, disminuyendo la excitabilidad neuronal y finalmente provocando una acción inhibitoria. El receptor GABA-B es presináptico y al ser estimulado inhibe la liberación de GABA y algunos aminoácidos excitatorios. Las benzodicepinas y el etanol, con demostrado efecto ansiolítico, se unen al receptor benzodicepínico, el cual está localizado en la subunidad alfa del receptor GABA-A. El ácido valproico, es un fármaco GABAérgico que ha demostrado efectividad en el manejo de los trastornos por pánico. En los pacientes con trastorno por pánico presentan ataques de pánico al administrarle flumazenil, un antagonista de los receptores benzodicepínicos; a la vez, éstos pacientes son menos sensibles al diazepam, sugiriendo una hiposensibilidad de los receptores GABA-benzodicepínicos a nivel del locus ceruleus (2).

#### DISFUNCION SEROTONINERGICA:

Existen muchas investigaciones que comprueban la participación de la serotonina en la génesis de los trastornos de ansiedad, especialmente en los trastornos por pánico, fobia social y trastorno obsesivo-compulsivo y la más clara evidencia es la efectividad terapéutica de los inhibidores de la recaptura de serotonina en estos trastornos. Aunque la serotonina ciertamente juega un papel importante en la ansiedad, en éste momento es difícil especificar si el problema es un déficit o un exceso de este neurotransmisor o se trata de una alteración en la sensibilidad de los múltiples receptores serotoninérgicos pre y postsinápticos (5HT 1A, 2A, 2C, 1D vinculados con la ansiedad), que al estar ubicados en distintas regiones del cerebro daría lugar a una variedad de alteraciones. En seguida damos a conocer las investigaciones que al respecto se han hecho y los posibles mecanismos neuroquímicos involucrados en la producción de los trastornos de ansiedad (2).

#### HIPERACTIVIDAD SEROTONINERGICA

-Hipersensibilidad de los receptores 5HT. Sustancias como la fenfluramina, agonista serotoninérgico y la m-clorophenilpiperazina (m-CPP), un agente liberador de serotonina, provocan ansiedad en pacientes con trastorno por pánico. En este trastorno se piensa que existe una hipersensibilidad de los receptores 5-HT<sub>1D</sub>, que tienen efecto inhibitorio de las neuronas GABAérgica y consecuentemente estimula la actividad de locus ceruleus. Sin embargo, investigaciones realizadas en la fobia social, utilizando la fenfluramina y la mCPP se demuestran más bien una hipersensibilidad de los receptores 5HT-2 y no de los 5-HT-1. Al administrarse fenfluramina y m-CPP en pacientes con fobia social se provoca ansiedad, pero no se afecta la liberación de prolactina, que está bajo la responsabilidad de los receptores 5HT-1. Estas variantes podrían ser explicadas a la luz de diferencias de los subtipos de los receptores serotoninérgicos (ej. 5HT-1A, 5HT-1B, 5HT-1D, 5HT-2A, 5HT-2C, etc.). Algunos investigaciones sugieren que en el trastorno de ansiedad generalizada existe una hipersensibilidad de los receptores 5HT-2A y 5HT-2C, ya que antagonistas de los primeros como la amitriptilina y la clomipramina y desensibilizadores de los segundos como los

inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y los inhibidores de la MAO, utilizados a largo plazo, tienen efectos ansiolíticos (3).

-Hiperactividad serotoninérgica en la corteza prefrontal. En los pacientes con ansiedad se sospecha también una "downregulation" de los receptores presinápticos 5-HT<sub>1A</sub> de la corteza prefrontal, que provocaría un aumento en la liberación de serotonina que induce un efecto inhibitorio sobre las proyecciones GABAérgicas que va de la corteza al locus ceruleus, provocando un "encendido" de éste. El uso a largo plazo de un ansiolítico como la buspirona, un parcial agonista de los receptores pre y postsinápticos de 5-HT<sub>1A</sub>, produce una "up regulation" presináptico produciendo una disminución de la liberación de serotonina en el espacio intersináptico y también porque parcialmente inhibe la unión de la serotonina a su receptor post- sináptico. Cuando referimos que la buspirona es un agonista parcial queremos decir que tiene cierta actividad agonista, pero menos eficaz que el ligando estimulante natural, en este caso la serotonina. La buspirona al ocupar el receptor postsináptico desplaza o inhibe la unión de la 5-HT con los receptores, disminuyendo la estimulación. En consecuencia, la buspirona, al disminuir la actividad serotoninérgica hace que se libere GABA y por lo tanto inhiba al locus ceruleus (3).

#### **HIPOACTIVIDAD SEROTONINERGICA:**

Existe una proyección de neuronas serotoninérgicas del rafe al locus ceruleus, que ejercen sobre él un efecto inhibitorio. Una anormal disminución de la actividad serotoninérgica daría lugar a una activación del locus ceruleus y por ende a la producción de síntomas de ansiedad. Se ha demostrado también una disminución de los niveles de serotonina en el plasma y en líquido cefalorraquídeo en trastorno de pánico y en el trastorno de ansiedad generalizada (Ayuso) y fármacos que aumentan la serotonina como los IRSS son efectivos en la mayoría de trastornos de ansiedad (3).

#### **LA SEROTONINA CON EFECTO ANSIOGENICO Y ANSIOLITICO:**

Graeff y colaboradores han propuesto que existen al menos dos distintas vías involucradas en la ansiedad, que tienen efectos opuestos. Una, es la vía ascendente que va de los núcleos dorsales del rafe a la amígdala y la corteza prefrontal que provoca el miedo condicionado y la otras que va de los núcleos dorsales del rafe a la substancia periacueductal que inhibe el miedo no condicionado. En la primera, una hiperactividad serotoninérgica sería responsable de la fobia social y un déficit en la segunda, del trastorno por pánico. En la primera la serotonina es ansiogénica y en la segunda ansiolítica. El efecto final de los inhibidores de la recaptura de serotonina dependería entonces de la relativa importancia de cada vía en la etiología de los trastornos de ansiedad (3).

**DESBALANCE SEROTONINA/DOPAMINA:**

En condiciones normales la serotonina estimula los heterorreceptores 5-HT<sub>1D</sub>, 5HT<sub>2A</sub>, 5HT<sub>2C</sub> localizado en las fibras nerviosas dopaminérgicas, con la consecuente inhibición de la liberación de dopamina del botón presináptico hacia el espacio intersináptico. Se asume un estado de hiposerotoninergia en el trastorno 27 obsesivo-compulsivo que provoca un aumento de dopamina en el espacio intersináptico en la conexión de las fibras de los núcleos del rafe a las fibras dopaminérgicas de la sustancia negra (con sus conexiones de ganglios basales) que da lugar a los síntomas compulsivos, y que por su vinculación con la corteza prefrontal, a través del cíngulo, produce los síntomas obsesivos (3).

**DISFUNCION DOPAMINERGICA:**

Existen evidencias indirectas de que en la fobia social hay una disminuida actividad de dopamina:

1. Efectividad de fármacos dopaminérgicos como el bupropión en su tratamiento.
2. Desarrollo de síntomas de ansiedad social después de tratamiento con agentes bloqueadores de dopamina.
3. Mayor frecuencia de trastornos de fobia social en la enfermedad de Parkinson.
4. Baja actividad dopaminérgica en ratones "tímidos" (2).

**DISFUNCION DEL FACTOR LIBERADOR DE CORTICOTROPINA:**

El factor liberador de corticotropina (CRF) se encuentra distribuido en amígdala, hipocampo, corteza prefrontal, cíngulo, locus ceruleus, tálamo, sustancia periacueductal y cerebelo, todas ellas implicadas en el estrés. La inyección intravenosa de CRF provoca ansiedad y aumenta la actividad del locus ceruleus. La inyección de CRF en la amígdala produce miedo intenso. La administración de CRF aumenta la actividad noradrenérgica y viceversa. Estos hallazgos son indicativos de la participación del CRF en los trastornos de ansiedad (2).

**HIPERSENSIBILIDAD DE LOS RECEPTORES DE LA COLECISTOQUININA:**

Este neurotransmisor interactúa extensamente con los sistemas GABAérgicos, serotoninérgicos y noradrenérgicos y se piensa que juega un rol de modulación en la 28 ansiedad. Inyecciones de pentagastrina, un agonista del receptor de colecistoquinina de tipo B, en pacientes sufriendo de ansiedad generalizada induce ataques de pánico, mayor que los controles sanos, pero menor que en pacientes con trastorno por pánico (2).

**CLASIFICACION****TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG):**

Se caracteriza por ansiedad y preocupación excesiva por problemas de la vida cotidiana, asociada a síntomas físicos de ansiedad. El TAG es de comienzo insidioso, de evolución crónica, recurrente y con sintomatología continua más que episódica. La característica principal es el humor preocupado persistente asociado a síntomas de tensión motora, hiperactividad

vegetativa e hipervigilancia. Antes de establecer el diagnóstico de TAG deben descartarse trastorno por pánico, depresión y trastorno de adaptación (2).

#### TRASTORNO POR PANICO (TP):

Se caracteriza por crisis recurrentes, inesperadas y no provocadas de miedo intenso y síntomas físicos de ansiedad severa. Las crisis alcanzan su máxima intensidad antes de 10 minutos y ceden antes de 60 minutos. Frecuentemente se acompaña de agorafobia. Por lo general es de evolución crónica y recurrente (2).

#### FOBIA ESPECIFICA (FE):

Presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición de situaciones o estímulos específicos temidos, que da lugar a evitarlos. Las fobias específicas incluyen miedo a los animales, precipicios, ver sangre, ascensores, aviones, etc. El diagnóstico de fobia específica se establece si el comportamiento de evitación interfiere con la rutina normal de la persona (2).



#### FOBIA SOCIAL (FS):

Presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones públicas del individuo (ej. hablar en público, comer o escribir en público, conocer personas, hablar a figuras de autoridad) en las que teme comportarse en una forma humillante, ridícula o embarazosa, por lo que tiene a evitarlas. Son característicos los síntomas de rubor taquicardia, palpitaciones, sudoración, disnea y temblor cuando se expone a la situación temida (2).

#### AGORAFOBIA (A):

Fobia a lugares o situaciones donde escapar es difícil (o embarazoso) o bien es imposible encontrar ayuda en caso que aparezca síntomas de ansiedad severa. Los temores más frecuentes son alejarse de la casa, multitudes, congestión vehicular, quedarse solo. Si existe el antecedente de ataques de pánico diagnosticar trastorno de pánico con agorafobia (2).

#### DIAGNOSTICO

Según el DSM V los pacientes que cursen con ansiedad deben cumplir con los siguientes criterios:

“A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses)

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.

2. Facilidad para fatigarse.

3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.

4. Irritabilidad.

5. Tensión muscular.

6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación (4).

E. La ansiedad, preocupación o síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. La alteración no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia, o una enfermedad médica y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado del ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo” (4).

#### TRATAMIENTO

El tratamiento de la ansiedad puede verse desde el punto farmacológico y psicoterapia.

**BENZODIACEPINAS:** Estos fármacos reducen la ansiedad de una manera eficaz, disminuye el número y la intensidad de las Crisis de trastorno de angustia, ayuda frente a la fobia social y específica (5).

**INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAUDACIÓN DE SEROTONINA:** Son más seguro que los triciclos porque carecen de efectos anticolinérgicos y no resultan letales en caso de sobre dosis. Los efectos secundarios más habituales son las náuseas pasajeras, cefalea y la disfunción sexual. Estos fármacos deben administrarse con sumo cuidado en niños y adolescentes debido a que podrían presentar agitación y actos suicidas (6).

#### PSICOTERAPIA

La terapia cognitivo conductual ha demostrado su eficacia en los trastornos por ansiedad. En estos pacientes se hace una evaluación inicial, sesiones de psicoeducación para el paciente y familiares para que tengan conocimiento del padecimiento y del tratamiento a seguir, así como para aclarar las dudas que tienen con respecto al mismo. Las sesiones posteriores enseñan al paciente técnicas de relajación para manejar la ansiedad como respiración diafragmática (7).

#### DEPRESION:

La OMS define a la depresión como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (8).

La característica esencial de un episodio depresivo, es que debe tener un período de al menos 2 semanas de duración, después del cual puede llegar a hacerse crónico o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional (9).

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio (8).

#### ETIOLOGIA

La mayoría de los investigadores cree que la depresión es el resultado de la interacción entre las características biológicas y las vulnerabilidades fisiológicas de una persona y la frecuencia de sucesos estresantes o situaciones difíciles de superar en su vida. Entre las perspectivas para tratar de comprender las causas de la depresión están las teorías biológicas que suponen que la causa de la depresión se encuentra en los genes o en un mal funcionamiento fisiológico que puede tener o no una base en la herencia (10).

#### EL PAPEL DE LA HERENCIA.

Algunas formas de la depresión son genéticas, lo que indica que alguna vulnerabilidad biológica puede heredarse. Los estudios de gemelos y de familias sugieren con claridad un componente genético tanto en la depresión grave como en los trastornos bipolares. Hay estudios que revelan que existe un riesgo mucho mayor de desarrollar una depresión grave si el gemelo idéntico de la persona padece este trastorno (54%) que si la padece el padre, el hermano o la hermana (16.6%). También mencionan que aquellas personas que tienen parientes con un diagnóstico bipolar, tienen de 1.5 a 3 veces más probabilidad para desarrollar una depresión grave, que aquellas que no tienen ningún familiar con este diagnóstico. Los estudios de las familias también demuestran que mientras más joven sea la persona cuando ocurre la primera depresión, más probable es que sus parientes también experimenten periodos de depresión (10).

#### ASPECTOS BIOQUÍMICOS.

Cada una de los miles de millones de neuronas en el cerebro interactúa con las demás por medios electroquímicos. Cuando la neurona es estimulada, libera neurotransmisores, sustancias químicas, de las vesículas o áreas de almacenamiento en la terminación nerviosa. Es probable que la depresión sea el resultado de una falta de ciertos neurotransmisores químicos en lugares particulares del cerebro. Una de las primeras hipótesis sobre el papel de los neurotransmisores en los trastornos del estado del ánimo fue:

1. **La Teoría de las catecolaminas.** Esta teoría propone que la depresión puede ser el resultado de una deficiencia de catecolaminas, en especial norepinefrina en algunas sinapsis importantes en el cerebro y que la manía quizá se debe a un exceso de catecolamina en esas sinapsis.
2. **Hipótesis de la desensibilización.** Esta supone que ciertos receptores de catecolamina son super sensibles en las personas deprimidas y que el papel de las drogas antidepressivas consiste en reducir esta sensibilidad a los niveles normales. Sin embargo, los estudios clínicos para demostrar la presencia de estos receptores super sensibles todavía no producen resultados que apoyen esta hipótesis (10).

#### ESTUDIOS HORMONALES.

La depresión cursa con alteración del eje hipotálamo pituitario adrenal. Esto conlleva a que exista un aumento del factor liberador de corticotropina en plasma y líquido cefalorraquídeo (6). El aumento de glucocorticoides disminuye la actividad del factor de crecimiento neuronal con una considerable disminución en el tamaño neuronal y del tejido glial, especialmente en las áreas prefrontales (5). En el eje hipotálamo pituitaria tiroides podemos apreciar un

aumento de la hormona liberadora de tirotrófina en el líquido cefalorraquídeo, una respuesta aplanada de la liberación de Hormona Estimulante de Tiroides en pacientes que cursan con depresión mayor (5,6).

#### FACTORES PSICOSOCIALES.

Existen factores adicionales como podría ser la tensión en el medio ambiente en que se mueven las personas, tal tensión puede llegar a ocasionar el principio de este mal. Los acontecimientos estresantes por ejemplo la pérdida del cónyuge, o de un progenitor preceden con frecuencia a los primeros episodios del trastorno depresivo mayor. Una de las teorías propuestas para explicar esta observación es que el estrés que acompaña al primer episodio produce cambios a largo plazo en la biología cerebral. Estos cambios de larga duración pueden producir variaciones en el funcionamiento de diferentes neurotransmisores y sistemas de señales intra neuronales, variaciones que implican pérdidas neuronales y una disminución exagerada de conexiones sinápticas. Como consecuencia, la persona resulta más vulnerable para sufrir episodios posteriores de trastornos del estado de ánimo (10).

#### CLASIFICACION

##### TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR:

Es un episodio depresivo mayor que requiere de una duración de al menos 2 semanas, de un mínimo de cinco síntomas depresivos, con una intensidad suficiente para producir un deterioro del funcionamiento global del paciente (1).

##### TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE:

Episodios depresivos de ritmo recurrente, normalmente de mas de tres meses de duración, con recuperación entre ellos completa, sin síntomas residuales, separados por periodos libres de síntomas de al menos doce meses (1).

#### TRASTORNO AFECTIVO ESTACIONAL:

Se caracteriza por episodios depresivos recurrentes característicamente en los meses de invierno en que hay menos horas de sol. Mas frecuente en países del hemisferio norte. Responde a terapia lumínica y a antidepresivos (1).

#### TRASTORNO DISTÍMICO O DISTIMIA:

Presencia de síntomas depresivos de menor intensidad que en la depresión mayor, durante un periodo continuo superior a dos años, en el que nunca se llega a una recuperación completa. Se trata de un humor crónicamente deprimido. En niños y adolescentes la clínica debe estar presente al menos 1 año (1).

#### DIAGNOSTICO

El DSM-V sugiere aplicar los siguientes criterios.

1. “Criterios generales para episodio depresivo
  - El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas
  - El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico
2. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:
  - Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
  - Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
  - Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.
3. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:
  - Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
  - Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.

- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida. – Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
- Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición. – Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
- Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso” (11).

## TRATAMIENTO

En el tratamiento de la depresión utilizaremos una familia de psicofármacos y según su función de su mecanismo de acción se pueden delimitar varios grupos de antidepresivos, los cuales mostramos en la siguiente tabla (12).

**Tabla 1. Efectos farmacológicos de los distintos grupos de antidepresivos y su traducción clínica**

Grupo	Mecanismo de acción antidepresivo	Fármacos	Efectos clínicos	Efectos adversos comunes
ISRS	Inhibición de SERT	Fluoxetina, sertralina, fluvoxamina, paroxetina, citalopram, escitalopram	Antidepresivo, ansiolítico	Náusea, diarrea, boca seca, disfunción sexual, ansiedad inicial
IRSN	Inhibición de SERT y NAT	Venlafaxina, desvenlafaxina, duloxetina, milnacipran	Antidepresivo, ansiolítico	Cefalea, insomnio, náusea, diarrea, hiporexia, disfunción sexual, aumento de tensión arterial
IRND	Inhibición de NAT y DAT	Bupropión (anfebutamona)	Antidepresivo, ansiolítico	Boca seca, constipación, náusea, hiporexia, insomnio, cefalea, ansiedad, aumento de tensión arterial
ISRN	Inhibición de NAT	Reboxetina, atomoxetina	Antidepresivo, ansiolítico	Hiporexia, insomnio, mareo, ansiedad, boca seca, constipación, náusea, disfunción sexual
AMT	Agonismo MT <sub>1</sub> /MT <sub>2</sub>	Agomelatina	Antidepresivo, ansiolítico	Náusea, mareo, somnolencia, cefalea
Aa <sub>2</sub>	Antagonismo α-2	Mirtazapina	Antidepresivo, ansiolítico	Aumento de apetito, boca seca, constipación, sedación, mareo, hipotensión
AIRS	Inhibición de SERT y antagonismo 5HT <sub>2A/2C</sub>	Trazodona	Antidepresivo, ansiolítico, hipnótico	Náusea, edema, visión borrosa, boca seca, constipación, mareo, sedación, hipotensión
ATC	Inhibición de SERT y NAT	Amitriptilina, imipramina, desipramina	Antidepresivo, ansiolítico	Visión borrosa, constipación, aumento de apetito, boca seca, náusea, diarrea, fatiga, sedación, disfunción sexual, aumento de tensión arterial
MM	Inhibición de SERT, agonista 5-HT <sub>1A/1B/1D</sub> , antagonista 5-HT <sub>7</sub>	Vortioxetina	Antidepresivo, procognitivo, ansiolítico	Náusea, cefalea, mareo, boca seca

AIRS: antagonista de serotonina e inhibidor de recaptura de serotonina; AMT: agonista de receptores de melatonina; ATC: antidepresivo tricíclico; Aa2: antagonista de receptores α2 de noradrenalina; DAT: transportador de dopamina; IRND: inhibidor de recaptura de noradrenalina y dopamina; IRSN: inhibidor de recaptura de serotonina y noradrenalina; ISRN: inhibidor selectivo de recaptura de noradrenalina; ISRS: inhibidor selectivo de recaptura de serotonina; MM: antidepresivo multimodal; MT: receptor de melatonina; NAT: transportador de noradrenalina; SERT: transportador de serotonina.

Fuente: Pérez Esparza, Rodrigo. "Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones." *Revista de la Facultad de Medicina (México)* 60.5 (2017): 7-16.

## SALUD MENTAL EN EL PERSONAL DE SALUD EN LA PANDEMIA DE COVID-19

En la lucha contra la COVID-19, los profesionales de la salud se enfrentaron a una enorme presión debido a un alto riesgo de infección y falta de protección adecuada ante una posible contaminación, aislamiento, incremento de la demanda de trabajo, frustración, cansancio por las largas jornadas laborales, falta de contacto con sus familiares y trato con pacientes que expresan emociones negativas. El personal encargado de los recursos humanos de los servicios de salud debe ser consciente de las consecuencias mentales que podrían generarse en este contexto. Durante las etapas iniciales de las emergencias sanitarias, el personal de salud puede presentar síntomas depresivos, ansiosos y similares al TEPT (Trauma de estrés postraumático), los cuales no solo repercuten en la atención y toma de decisiones (las principales herramientas de lucha contra la COVID-19), sino también en su bienestar. Otro problema al que pueden estar expuestos los profesionales de la salud es el trauma vicario o indirecto, que consiste en la afectación involuntaria de estos profesionales a desarrollar síntomas similares a los de sus pacientes, víctimas de algún trauma. Los síntomas pueden ser la pérdida de apetito, fatiga, insomnio, irritabilidad, atención deficiente, miedo y desesperación. También se debe considerar el estigma hacia los profesionales de la salud. Si bien no se han encontrado estudios en la actual pandemia, las investigaciones realizadas durante otras epidemias o pandemias demostraron que entre el 20% y el 49% de los profesionales de la salud experimentaron estigma social relacionado con su trabajo y el temor de la comunidad y familiares de ser contagiados por ellos (13).

## Análisis De Antecedentes Investigativos

A nivel internacional

**Autor:** Lozano Vargas Antonio

**Título:** Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China.

**Resumen:** En la lucha contra la epidemia del Coronavirus (COVID-19), el personal de salud puede experimentar problemas de salud mental tales como estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, negación, ira y temor. En un estudio en China se observó que la tasa de ansiedad del personal de salud fue del 23,04%, mayor en mujeres que en hombres y mayor entre las enfermeras que entre los médicos. Asimismo, en la población general de China se observó un 53,8% de impacto psicológico moderado a severo; un 16,5% de síntomas depresivos, un 28,8% de síntomas ansiosos y un 8,1% de estrés, todos entre moderados y severos. Los factores asociados con un alto impacto psicológico y niveles elevados de estrés, síntomas de ansiedad y depresión fueron sexo femenino, ser estudiante, tener síntomas físicos específicos y una percepción pobre de la propia salud. Otro estudio en el mismo país detectó un 35% de distrés psicológico en la población general, con las mujeres presentando mayores niveles que los varones, al igual que los sub-grupos de 18-30 años y los mayores de 60 años. La pandemia plantea pues el desafío de cuidar la salud mental del personal de salud tanto como la de la población general. Así, el uso de instrumentos breves de detección de problemas de salud mental, validados en nuestra población, sería de mucha utilidad para los retos de salud pública que afronta el país (14).

**Autor:** Jiménez López José Luis , Arenas Osuna Jesus, Angeles Garay Ulises

**Título:** Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico.

**Resumen:** El objetivo es describir la prevalencia y las características clínicas de los síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio y su correlación con trastorno mental en residentes de medicina a lo largo de un año académico. Se incluyeron 108 residentes de segundo año que respondieron el inventario de depresión de Beck, el inventario de ansiedad rasgo-estado y la escala de riesgo suicida de Plutchik al inicio del ciclo académico, así como seis y doce meses después. En la primera medición se reportó una prevalencia de 3.7 % para síntomas de depresión, 38 % para síntomas de ansiedad y 1.9 % para riesgo de suicidio; a los seis meses la prevalencia aumentó a 22.2 % para depresión, 56.5 % para ansiedad y 7.4 % para riesgo de suicidio. El análisis estadístico mostró diferencias significativas entre las tres mediciones ( $p < 0.001$ ). La prevalencia de trastorno depresivo fue de 4.6 %. Casi todos los residentes que desarrollaron trastorno depresivo tenían antecedente personal de depresión. El ambiente académico y laboral tuvo poca asociación con los trastornos (15).



A nivel nacional:

**Autor:** Pisconte Ato, Carla Esther.

**Título:** Depresión y trastornos de ansiedad en internos de medicina de dos Hospitales del Norte del Perú - 2018.

**Resumen:** La depresión y los trastornos de ansiedad generan discapacidad y afectan a más de 260 millones de personas a nivel mundial. Diversos estudios advierten de una mayor prevalencia de estos trastornos en estudiantes de medicina, los cuales enfrentan situaciones de estrés y dificultades, que suelen acentuarse durante su internado. Este estudio analítico transversal buscó determinar la prevalencia y factores asociados a depresión y trastornos de ansiedad presentes en internos de medicina que realizan sus prácticas clínicas en el Hospital de Apoyo II de Sullana y en el Hospital José Cayetano Heredia III en el año 2018-2019. Se aplicó una encuesta a cada interno de medicina empleándose una ficha de recolección de datos y el test de screening de ansiedad ASQ-15. De 84 internos de medicina, 70 participaron en este estudio. Se halló una prevalencia de trastorno depresivo mayor de 60% y una prevalencia de 70% para trastornos de ansiedad. Los que eran de sexo femenino, realizaban su internado en un hospital de Essalud, los que procedían de universidades privadas y/o rotaban por los servicios de medicina y gineco-obstetricia, presentaron prevalencias más altas para estos trastornos. La variable convivencia ( $p < 0.05$ ) se asoció a la presencia de trastornos de ansiedad. Este trabajo concluye que los internos de medicina de ambos hospitales del norte de Perú presentaron alta prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión. Solo se halló asociación significativa entre los trastornos de ansiedad y convivencia (16).

A nivel local:

**Autor:** Espinoza Gutiérrez Karla Anaí.

**Título:** “Ansiedad y Depresión, según la Escala de Hamilton, en el Personal Médico y No Médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, 2014.”

**Resumen:** Se aplicó una la escala de ansiedad y de depresión de Hamilton, así como una ficha de datos a los trabajadores de los centros de estudio. Se comparan resultados mediante prueba chi cuadrado y se relaciona variables mediante cálculo de odds ratio y análisis de regresión logística. En el hospital Goyeneche 20% de trabajadores tienen ansiedad leve y en el IREN el 37.50% tiene ansiedad leve y 10% moderada ( $p > 0.05$ ). En cuanto a la depresión, el 46.67% de trabajadores del H. Goyeneche tuvieron depresión leve y 6.67% moderada, mientras que el 45% de trabajadores del IREN mostró depresión leve, 7.50% depresión moderada y 5% depresión severa ( $p > 0.05$ ). Se encontraron rasgos más relacionados con ansiedad como la mayor edad, el tener pareja, el mayor tiempo de trabajo, la ocupación de enfermera en ambos hospitales; para depresión, el tener pareja y el mayor tiempo de trabajo entre los dos centros. Al analizar los factores relacionados a ansiedad y depresión, resultaron relevantes el trabajar en el IREN (OR = 3.62), la edad mayo a 40 años (OR = 1.85), el sexo masculino (OR = 1.39), el tener pareja estable (OR = 1.13), la ocupación de enfermera (OR = 2.33), el tiempo de trabajo de más de 4 años en el servicio (OR = 2.10) y el ser contratado por CAS (OR = 2.25). Los factores relacionados a depresión 79 resultaron el ser enfermera (OR = 2.00), el tiempo de trabajo en hospital (OR = 4.12) o en el servicio (OR = 6.05) (17).

**Autor:** Villanueva Conde, Lucero Nathia

**Título:** “FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019.”

**Resumen:** Objetivo: Identificar los factores asociados a la presencia de ansiedad y depresión en personal médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, 2019. Métodos: Se encuestó a los médicos del servicio aplicando una ficha de datos sociodemográficos y la escala de ansiedad y de depresión de Hamilton. Se realizó un estudio de investigación de campo de tipo estudio observacional, prospectivo, transversal. Las variables para su procesamiento han requerido del Chi cuadrado con un nivel de significancia del 5%. Población y muestra: Todo el personal médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado en el periodo de estudio, en un número aproximado de 41 médicos que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. Resultados: Participaron 40 de los 42 médicos del servicio; el 42.50% tuvieron de 30 a 39 años y 25% de 40 a 49 años. El 72.50% de médicos fueron varones y 27.50% mujeres; 32.50% eran solteros y 52.50% casados. El 62.50% de participantes fueron médicos asistentes, y 37.50% residentes. El 40% de médicos tienen de 1 a 3 años de trabajo, 30% de 4 a 10 años y 22.50% de 11 a 20 años, con solo 7.50% con más de 20 años de trabajo. El 57.50% de casos eran nombrados y 42.50% contratados, y el 92.50% realiza guardias, 55% de médicos trabaja en clínicas, 32.50% realiza docencia. Se

encontró que el 67.50% de médicos tienen algún grado de ansiedad, siendo de tipo menor en 42.50% y mayor en 25% de casos. El 42.5% del personal médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, 2019 presentan ansiedad menor, el 32.5% no tienen ansiedad, mientras que el 25.0% del personal tienen ansiedad mayor. En cuanto a la depresión el 52.5% del personal médico presentan depresión leve, el 25.0% no tienen depresión, seguido por el 17.5% con depresión moderada, mientras que solo el 5.0% del personal presentan depresión severa. Conclusiones: Según el OR el personal contratado tiene más riesgo de presentar ansiedad que el personal nombrado, también se concluye que el personal médico que no tiene pareja presentan mayor riesgo de desarrollar ansiedad (18).



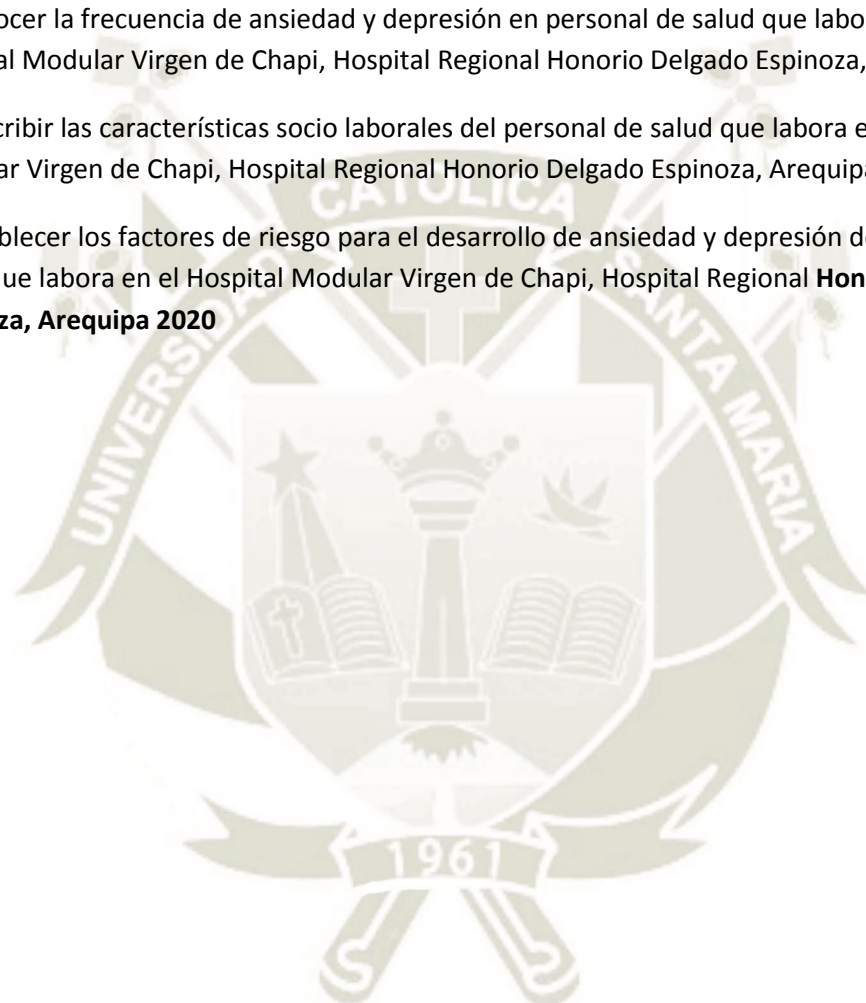
Objetivos.

General

Identificar la presencia de ansiedad y depresión, según la escala de Hamilton, en personal de salud en el Hospital Modular Virgen de Chapi, Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2020,

Específicos

- 1) Conocer la frecuencia de ansiedad y depresión en personal de salud que labora en el Hospital Modular Virgen de Chapi, Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2020
- 2) Describir las características socio laborales del personal de salud que labora en el Hospital Modular Virgen de Chapi, Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2020
- 3) Establecer los factores de riesgo para el desarrollo de ansiedad y depresión del personal de salud que labora en el Hospital Modular Virgen de Chapi, Hospital Regional **Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2020**



### Hipótesis

NULA: No es probable que el personal de salud que labora en el Hospital Modular Virgen de Chapi, Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2020, tenga ansiedad y depresión.

ALTERNA: Es probable que el personal de salud que labora en el Hospital Modular Virgen de Chapi, Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2020, tenga ansiedad y depresión.



#### 4. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

**1. Técnica:** En la presente investigación se aplicará la técnica de la encuesta.

**2. Instrumentos:** El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1) y la escala de ansiedad y de depresión de Hamilton (Anexo 3 y Anexo 4).

**3. Materiales:**

Fichas de investigación

Material de escritorio

Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

Campo de verificación

Ubicación espacial:

La presente investigación se realizará en el Hospital Modular Virgen de Chapi- Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza

Ubicación temporal:

El estudio se realizará en forma coyuntural durante el mes de agosto 2020.

Unidades de estudio:

Personal de salud del Hospital Modular Virgen de Chapi- Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza

Población:

Todo el personal de salud del Hospital Modular Virgen de Chapi- Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo de estudio, en un número aproximado de 60 personas.

Criterios de inclusión:

1. Médico asistente, residente o general, enfermera y técnico de enfermería del Hospital Modular Virgen de Chapi- Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza
2. Con tiempo de trabajo mínimo de 1 mes en zona COVID
3. Participación voluntaria en el estudio

Criterios de exclusión:

1. De licencia o vacaciones durante la realización del estudio
2. Fichas de encuesta incompletas o mal llenadas

3. Personas que sufren algún trastorno psiquiátrico previo

Estrategia de Recolección de datos

Organización

4. Se procede a confeccionar dos test que medirá el grado de depresión y ansiedad, el cual será entregado a todo el personal de salud del Hospital Modular Virgen de Chapi- Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza previa autorización mediante un consentimiento informado.

5. Se procederá a la recolección de datos según cronograma.

Recursos

Humanos :

1. Investigador: Julio César Aguilar Soto
2. Asesora: Dra. Agueda Muñoz del Carpio Toia

Materiales:

3. Fichas de investigación
4. Material de escritorio
5. Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

Financieros:

6. Autofinanciado

Validación de Instrumentos

Para la evaluación de la ansiedad se empleará la escala de ansiedad de Hamilton versión de 14 ítems, y para la depresión la escala de depresión de Hamilton de 17 ítems.

**-Test de Hamilton para depresión:** La Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton fue diseñada para ofrecer una medida de la intensidad o gravedad de la depresión. La versión inicial, con 24 ítems, data de 1960 y fue posteriormente revisada y modificada por el mismo autor, en 1967, reduciéndola a 21 ítems. De ellos, los cuatro últimos no son útiles a efectos de valorar la intensidad o gravedad de la depresión, por lo que en los ensayos clínicos de evaluación terapéutica se ha generalizado el uso de una versión reducida de 17 ítems, que corresponden a los 17 primeros de la versión publicada en 1967 (19).

**-Test de Hamilton para ansiedad:** Esta escala evalúa la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión. Además, este instrumento

es útil para monitorizar la respuesta al tratamiento. Está compuesto por 14 ítems, siendo 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Debe cumplimentarse por el terapeuta tras una entrevista, que no debe durar más allá de 30 minutos. Se indica para cada ítem una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no existen puntos del anclaje específicos. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. El entrevistador puntuó de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). No existen puntos de corte para distinguir población con y sin ansiedad y el resultado debe interpretarse como una cuantificación de la intensidad, resultando especialmente útil sus variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento (7).

#### Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

#### Plan de Clasificación

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

#### Plan de Codificación

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

#### Plan de Recuento

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

#### Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. La asociación de variables categóricas entre grupos se realizó con la prueba de independencia chi cuadrado. Se estableció la relación entre variables mediante coeficiente de correlación de Pearson para variables continuas, y con el coeficiente de Spearman para variables cualitativas. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete SPSS v. 25.0 para Windows.

6. CRONOGRAMA DE TRABAJO

TIEMPO ACTIVIDAD	2020				
	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
Búsqueda bibliográfica problema de investigación	x				
Sistematización de bibliografía		x			
Redacción de proyecto		x	x		
Aprobación proyecto de tesis por Asesor y profesores de curso taller de tesis				x	
Dictamen de comité de ética de investigación				x	
Ejecución de proyecto				x	
Recolección de datos				x	
Estructuración de resultados					x
Informe final					x

ELABORACION PROPIA

Fecha de inicio: 01 JUNIO DEL 2020

Fecha probable de término: 25 DE SEPTIEMBRE DEL 2020



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Manual AMIR Psiquiatría. 12th ed. 2019.
2. Reyes-Ticas, J. Américo. "Trastornos de ansiedad: Guía práctica para diagnóstico y tratamiento." Biblioteca virtual en salud. 2010.
3. Salazar Caracela. Características generales y niveles de ansiedad en postulantes a la Universidad Católica de Santa María, Precatólica periodo 2017 Arequipa. [Para optar el Título Profesional de: Médico cirujano]; 2017.
4. American Psychiatric Association. Actualización del DSM-5. 2017. [https://dsm.psychiatryonline.org/pbassets/dsm/update/DSM5Update\\_octubre2018\\_es.pdf](https://dsm.psychiatryonline.org/pbassets/dsm/update/DSM5Update_octubre2018_es.pdf).
5. Vélez A, William Rojas M., Jaime Borrero R. Jorge Restrepo M. Fundamentos de Psiquiatría, octava edición ed. Colombia. 2017.
6. De La Cruz-Vargas JA. Protegiendo al personal de la salud en la pandemia COVID-19. Rev la FacMed Humana. 2020;20(2):173–4. doi: 10.25176/RFMH.v20i2.2913.
7. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badía X, Baró E y el Grupo de Validación en Español de Escalas Psicosométricas (GVPEEP). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale p. Med. Clin (Barc) 2002;118(13):439-9.
8. Depresión [Internet]. OMS. 2020 [citado 29 agosto 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/management/depression/es/](https://www.who.int/mental_health/management/depression/es/).
9. Organización Mundial de la Salud. Depresion-nota descriptiva. Depresión. 2020. <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/depression>.
10. Zúñiga, Alma Ruth Baena, Maurilia Araceli Sandoval Villegas, and Celia Cristina Urbina Torres. "Los trastornos del estado de ánimo". 2005.
11. Benjamin J. Sadock, Virginia J. Sadock. Kaplan y sadock Manual de bolsillo de psiquiatría clínica, 5ta ed. Philadelphia: waters Kluwer. 2015.

12. Pérez Esparza, Rodrigo. "Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones." *Revista de la Facultad de Medicina (México)*. 60.5 (2017): 7-16.
13. Huarcaya-Victoria, Jeff. "Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19." *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 37.2 (2020).
14. 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. *RevNeuropsiquiatr*. 2020;83(1):51–6. doi: doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687.
15. Jiménez-López, José Luis, Jesús Arenas-Osuna, and Ulises Angeles-Garay. "Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico." *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 53.1 (2015): 20-28.
16. Pisconte Ato, Carla Esther. "Depresión y trastornos de ansiedad en internos de medicina de dos Hospitales del Norte del Perú-2018". 2018.
17. Espinoza Gutiérrez KA. Ansiedad y Depresión, según la Escala de Hamilton, en el Personal Médico y No Médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, 2014 [Bachiller]. Universidad Católica de Santa María. 2014.
18. Villanueva Conde LN. Factores asociados a la presencia de ansiedad y depresión en personal médico del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, 2019 [Bachiller]. Universidad Católica de Santa María. 2019.
19. Ramos-Brieva JA, Cordero A. (1986).Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr*. vol 14:324-334.

|

-